



Asamblea General

Distr.
GENERAL

A/51/256
26 de julio de 1996
ESPAÑOL
ORIGINAL: INGLÉS

Quincuagésimo primer período de sesiones
Tema 100 del programa provisional*

ACTIVIDADES OPERACIONALES PARA EL DESARROLLO

Progresos hechos a mediados del decenio en la aplicación de la resolución 45/217 de la Asamblea General sobre la Cumbre Mundial en favor de la Infancia

Informe del Secretario General

Resumen

Este año es un hito en el decenio en que deben cumplirse los compromisos contraídos y las promesas hechas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Está marcado por el llamamiento de la Asamblea General a que se examinen los progresos hechos hasta la mitad del decenio transcurrido desde la Cumbre Mundial y se haga una evaluación más completa del grado en que se han alcanzado los objetivos fijados para mediados y para el fin del decenio.

En febrero de 1996 se pidió a todos los Jefes de Estado o de Gobierno que dieran pleno apoyo e impulsaran personalmente los exámenes nacionales de mitad del decenio y la preparación del presente informe. También se pidió a todos los organismos de las Naciones Unidas que prestaran apoyo coordinado en la preparación de sus exámenes nacionales a los países en que se ejecutan programas. Los resultados de estos exámenes, incluso los de los países industrializados, se reflejan en el presente informe.

Como se pide en la Declaración y el Plan de Acción de la Cumbre Mundial, el análisis de tendencias, de los progresos hechos hacia el logro de los objetivos para la infancia y de otros acontecimientos importantes ocurridos después de la Cumbre Mundial se presentan en una perspectiva regional, incluida la de los países industrializados. Como se pide en la resolución, se pone de relieve la respuesta del sistema de las Naciones Unidas.

También se presenta un examen objetivo por objetivo de los progresos hechos hasta la mitad del decenio, y se indican las enseñanzas de la experiencia y las tareas que quedan por hacer para alcanzar los objetivos para la infancia en el año 2000.

* A/51/150.

ÍNDICE

	<u>Párrafos</u>	<u>Página</u>
I. INTRODUCCIÓN	1 - 16	4
A. Importancia de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia	3 - 9	4
B. Tendencias a mediados del decenio	10 - 16	6
II. EL PROCESO COMPLEMENTARIO DE LA CUMBRE MUNDIAL EN FAVOR DE LA INFANCIA	17 - 64	8
A. La Cumbre Mundial en favor de la Infancia y la Convención sobre los Derechos del Niño	17 - 21	8
B. Preparación y ejecución de los programas nacionales de acción	22 - 29	9
C. Respuesta del sistema de las Naciones Unidas	30 - 39	10
D. Las contribuciones de las organizaciones no gubernamentales	40 - 46	13
E. Mantenimiento del progreso	47 - 57	15
F. Movilización de recursos	58 - 64	18
III. PROGRESOS ALCANZADOS EN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS	65 - 294	20
A. En el plano mundial	65 - 66	20
B. Panorama regional	67 - 100	20
1. América Latina y el Caribe	67 - 71	20
2. Asia meridional	72 - 77	21
3. Asia oriental y el Pacífico	78 - 82	23
4. África al sur del Sáhara	83 - 88	24
5. Oriente Medio y África septentrional	89 - 92	25
6. Europa central y oriental, la Comunidad de Estados Independientes y los Estados bálticos	93 - 96	26
7. Países industrializados	97 - 100	27

ÍNDICE (continuación)

	<u>Párrafos</u>	<u>Página</u>
C. Examen objetivo por objetivo de los progresos logrados a mediados del decenio	101 - 284	28
1. Mortalidad infantil y mortalidad de niños menores de 5 años	106 - 119	29
2. Inmunización, sarampión, tétanos neonatal y poliomielitis	120 - 140	31
3. Enfermedades diarreicas	141 - 153	35
4. Dracunculosis	154 - 164	37
5. Infecciones agudas de las vías respiratorias	165 - 174	39
6. Mortalidad derivada de la maternidad	175 - 187	41
7. Malnutrición de niños	188 - 202	43
8. Trastornos causados por la carencia de yodo	203 - 212	45
9. Carencia de vitamina A	213 - 226	47
10. Lactancia natural	227 - 242	49
11. Agua potable y saneamiento	243 - 256	51
12. Educación básica	257 - 271	54
13. Analfabetismo	272 - 284	56
IV. CONCLUSIÓN	285 - 299	59

Anexos

I. Objetivos para la infancia y el desarrollo en el decenio de 1990	63
II. Informe sobre el estado de la firma de la Declaración de la Cumbre Mundial, la preparación de programas nacionales de acción y la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño al 31 de mayo de 1996	67

I. INTRODUCCIÓN

1. La Cumbre Mundial en favor de la Infancia, que se celebró en Sede de las Naciones Unidas en Nueva York el 29 y el 30 de septiembre de 1990, tuvo lugar menos de un mes después de la incorporación de la Convención sobre los Derechos del Niño en el derecho internacional, y representó un hito histórico en el progreso internacional de la causa del niño. La Cumbre Mundial, a la que asistieron 71 Jefes de Estado o de Gobierno y 88 delegados ministeriales, adoptó una Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño y un Plan de Acción para aplicarla (A/45/625). En el Plan de Acción se determinaban siete objetivos principales relativos a la supervivencia, la salud, la nutrición, la educación y la protección de los niños que debían alcanzarse en el año 2000 o antes, y 20 objetivos auxiliares (véase la lista completa en el anexo I del presente informe). La Asamblea General, en su resolución 45/217, de 21 de diciembre de 1990, instó a todos los Estados y demás miembros de la comunidad internacional a que coadyuvaran al logro de estos objetivos.

2. En el inciso iv) del párrafo 35 del Plan de Acción de la Cumbre Mundial se pedía al Secretario General que tomara las disposiciones necesarias para un examen a mitad del decenio, en todos los niveles apropiados, de los progresos que se hubieran hecho en el cumplimiento de la Declaración y el Plan de Acción. En consecuencia, en el momento de la presentación del informe sobre las actividades complementarias de la Cumbre Mundial a la Asamblea General en su cuadragésimo noveno período de sesiones, se acordó que el sexto aniversario de la Cumbre Mundial, el 30 de septiembre de 1996, sería un momento adecuado para presentar un informe sobre el progreso de la ejecución a mitad del decenio. En febrero del presente año el Secretario General invitó a todos los Jefes de Gobierno a que dieran su apoyo personal al examen de mitad del decenio, y dirigió la misma petición a los jefes de los organismos de las Naciones Unidas. Por tanto el presente informe es el producto de muchas iniciativas y contribuciones de gobiernos y de mecanismos de la comunidad internacional, algunas de las cuales todavía no han terminado.

A. Importancia de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia

3. La Cumbre Mundial en favor de la Infancia fue la primera de una serie de conferencias mundiales celebradas bajo los auspicios de las Naciones Unidas en el decenio de 1990. Estas conferencias han hecho contribuciones distintas pero relacionadas entre sí a la causa del desarrollo humano en el mundo entero. Por tanto, la Cumbre Mundial en favor de la Infancia no sólo puso de relieve la causa de los niños en el programa político internacional, sino también creó un punto de partida para la regeneración del movimiento internacional contra la pobreza en todas sus dimensiones sociales y económicas. En esto la Cumbre Mundial y sus actividades complementarias tuvieron el apoyo de la atención extraordinaria que los medios de información prestan a las cuestiones que afectan a los niños.

4. La Cumbre Mundial ofreció a las Naciones Unidas la primera oportunidad de dar una respuesta coordinada a una conferencia internacional importante haciendo uso de objetivos específicos, mensurables y sujetos a un plazo. Estos objetivos fueron producto de un proceso de consultas cuyo resultado había recibido antes el apoyo de la Junta Ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

(UNICEF) como una serie de objetivos y estrategias de desarrollo para la infancia en el decenio de 1990; su objeto general era la reducción de la mortalidad de los niños menores de un año y de los menores de cinco años, como fin en sí mismo y como indicador básico del bienestar de la sociedad en conjunto.

5. El apoyo que dieron a los objetivos muchos Jefes de Estado y de Gobierno, en la Cumbre y en declaraciones posteriores, aportó un grado considerable de verosimilitud y empeño políticos. Desde entonces la estrategia de fijar objetivos sujetos a un plazo, obtener el apoyo del nivel político máximo y ofrecer asistencia técnica y otras formas de asistencia para alcanzarlos se ha vuelto parte de los medios empleados por las Naciones Unidas para la movilización internacional en torno a cuestiones de desarrollo humano.

6. La comunidad internacional pudo responder eficaz y rápidamente a la Declaración y Plan de Acción de la Cumbre Mundial gracias a que el programa de ésta era el producto común de la labor de muchos organismos. Gran parte de la elaboración y la formulación concretas de los objetivos de la Cumbre Mundial procedía de resoluciones ya aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud, la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos y la Junta Ejecutiva del UNICEF, y de declaraciones anteriores de política del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Banco Mundial. Las organizaciones no gubernamentales internacionales también hicieron contribuciones al proyecto de Declaración y Plan de Acción.

7. En última instancia, la prueba de todas las declaraciones y planes internacionales es el grado en que son aplicados o ejecutados por los gobiernos nacionales y por todos los sectores de la sociedad. En el período que siguió a la Cumbre Mundial se hizo un esfuerzo sin precedentes de traducir las "promesas para los niños" hechas a nivel internacional en programas nacionales de acción. Más de 150 países, en que vive el 85% de los niños del mundo, han elaborado programas nacionales de acción. En 70 países, incluso muchos de los que tienen una estructura federal, se ha desarrollado un proceso semejante a nivel subnacional, que ha producido programas de acción de estados, provincias, distritos y municipios. Este "proceso de los programas nacionales de acción" es único en la historia de la acción de las Naciones Unidas para el desarrollo, y representa una modalidad emergente de las relaciones entre la adopción internacional de decisiones y las medidas en el plano nacional.

8. También contribuyó a impulsar las actividades complementarias de la Cumbre Mundial la reafirmación de sus objetivos en las declaraciones y planes de acción de importantes conferencias internacionales posteriores, en particular la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo de 1992, la Conferencia Internacional sobre Nutrición de 1992, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994, la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de 1995, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 y la Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II) de 1996. Por tanto las decisiones de la Cumbre Mundial de 1990 pueden considerarse escalones para la ampliación ulterior del programa de desarrollo

humano, ambiental y de derechos humanos en estos foros posteriores, muchos de los cuales fueron mucho más amplios.

9. En septiembre de 1993, en ocasión del tercer aniversario de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, se celebró en Nueva York una mesa redonda en que los gobiernos renovaron su dedicación a los objetivos para el año 2000 relativos a los niños y adoptaron un conjunto de objetivos intermedios que debían alcanzarse al final de 1995. La elaboración de los objetivos para mediados del decenio tenía por objeto mantener el impulso del proceso en favor de la infancia iniciado después de la Cumbre Mundial. Como sus predecesores, estos objetivos de mediados del decenio también surgieron de una serie de reuniones internacionales: la Conferencia Internacional sobre la Asistencia a los Niños Africanos organizada por la Organización de la Unidad Africana (OUA) en Dakar en 1992, la Segunda Conferencia sobre la Infancia del Asia Meridional organizada por la Asociación del Asia Meridional para la Cooperación Regional (SAARC) en Colombo en 1992, la Conferencia sobre el Niño Árabe organizada por la Liga de los Estados Árabes en Túnez en 1992, la Consulta Ministerial de Asia y el Pacífico celebrada en Manila en 1993 y el período de sesiones de 1993 del Comité Mixto de Política Sanitaria del UNICEF y la Organización Mundial de la Salud (OMS). La Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993, celebrada en Viena, aprobó el año 1995 como objetivo para que culminara el proceso de ratificación por todos los países de la Convención sobre los Derechos del Niño. En abril de 1994 la Cumbre Iberoamericana aprobó un conjunto de objetivos para mediados del decenio para los países latinoamericanos y del Caribe en el Acuerdo de Nariño.

B. Tendencias a mediados del decenio

10. En el examen de mitad del decenio los objetivos para mediados del decenio y los objetivos para el fin del decenio se han unificado en un total de 17 objetivos sobre los cuales hay algunos datos cuantitativos a fin de medir el grado en que se van alcanzando. En la sección III del presente informe se indican en detalle los progresos hechos, por objetivo y por región. En la sección II se describen las muchas actividades que han contribuido al proceso de las actividades complementarias de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia.

11. Aunque los datos de los exámenes de mitad de decenio todavía están recopilándose e interpretándose, la información preliminar parece indicar una tendencia alentadora al logro de la mayoría de los objetivos para la infancia en la mayoría de los países. Desde luego, hay considerable variación entre los países y entre las regiones. Al mismo tiempo, se reconoce que con respecto a algunos objetivos no se han hecho progresos apreciables. En ciertos casos esto se debe a que el objetivo original se fijó sobre la base de información insuficiente sobre la incidencia de un problema; en otros, a que la elaboración de soluciones eficaces requería más tiempo. En un tercer grupo de casos los resultados han variado mucho entre los países y regiones y dentro de cada país o región. La tarea para el resto del decenio será mejorar estos resultados.

12. La esfera en que se han hecho más progresos es la lucha contra las enfermedades prevenibles, y particularmente la promoción de servicios como la inmunización, la lucha contra los trastornos causados por la carencia de yodo, la erradicación de la poliomielitis y la enfermedad del gusano de Guinea o

dracunculosis y la protección de la lactancia. Se han hecho progresos notables en la creación de un ambiente protector de la infancia mediante la ratificación casi universal de la Convención sobre los Derechos del Niño. El acceso al agua potable ha mejorado considerablemente. En la esfera de la educación, los datos sugieren que se han hecho algunos progresos, pero a un ritmo no tan rápido como sería de desear. Las actividades más rezagadas son la reducción de la malnutrición proteico-calórica, de la mortalidad derivada de la maternidad y del analfabetismo de adultos, y la difusión de los servicios de saneamiento. Es evidente que queda mucho por hacer para alcanzar el objetivo principal: una importante reducción de la mortalidad de los niños menores de 5 años.

13. Si se tienen en cuenta los obstáculos al desarrollo humano que afrontan muchas partes del mundo, el esfuerzo que han hecho muchos países en desarrollo por lograr progresos mensurables hacia la consecución de los objetivos para la infancia es realmente notable. No cabe duda de que el impulso dado por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y el proceso de los programas nacionales de acción posterior fueron una contribución importante a estos logros, lo mismo que el aumento del interés en las cuestiones de la infancia a que contribuyó la Cumbre Mundial y que se manifiesta en la atención permanente que los medios de información de todo el mundo prestan a los asuntos relacionados con la infancia.

14. Algunos componentes básicos de la Declaración y el Plan de Acción de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia no se expresaron como objetivos sino como asuntos de importancia general. Uno de ellos fue la necesidad de reducir las desigualdades entre los sexos, elevar la posición de la mujer y dar a las niñas desde el principio el mismo trato, el mismo acceso a los servicios y las mismas oportunidades que a los niños. También se hizo hincapié en la necesidad de apoyar a las familias, en vista del papel principal que desempeñan en la crianza y la protección de los niños; en los problemas que afrontan los niños en circunstancias especialmente difíciles, como la explotación económica y el conflicto armado; en la necesidad de proteger el medio ambiente y ordenarlo prudentemente para proteger el futuro social y económico de los niños, y en la necesidad de revitalizar el crecimiento económico. Todos estos elementos han servido de base para la labor de las conferencias internacionales posteriores.

15. Un resultado importante de la fijación de los objetivos para la infancia fue el reconocimiento de que los sistemas de reunión de datos de muchos países no permitían seguir como era debido a las tendencias de la supervivencia, el desarrollo y la protección de los niños. La reunión, el análisis y el uso de datos han sido una esfera importante de creación de capacidad, y la existencia y la fiabilidad de las estadísticas sociales han aumentado considerablemente desde 1990.

16. Como queda claramente demostrado en el presente informe, el quinquenio 1990-1995 fue un período sin precedentes de movilización social, promoción y progreso fundamental para el logro de los objetivos para la infancia en todo el mundo, con consecuencias alentadoras para el desarrollo humano. Este examen de mitad del decenio es motivo de celebración, pero también pone de relieve las esferas en que hay que ajustar o afinar las políticas, las estrategias, los planes de acción e incluso los objetivos. Este proceso permanente de reflexión y reexamen es parte de las actividades complementarias resultantes del proceso de las de conferencias recientes de las Naciones Unidas.

II. EL PROCESO COMPLEMENTARIO DE LA CUMBRE MUNDIAL
EN FAVOR DE LA INFANCIA

A. La Cumbre Mundial en favor de la Infancia y la
Convención sobre los Derechos del Niño

17. La Convención sobre los Derechos del Niño, que fue aprobada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1989 y entró en vigor como tratado internacional jurídicamente vinculante el 2 de septiembre de 1990, ha resultado ser el tratado de derechos humanos más rápidamente aceptado de la historia, habiendo sido ratificada por 187 Estados al 1º de julio de 1996. De los seis países que todavía no la han ratificado, los Estados Unidos de América y Suiza son signatarios de la Convención, y han dado a entender de este modo su intención de ratificarla.

18. El establecimiento de la ratificación universal de la Convención como objetivo para mediados del decenio tuvo el efecto de vincular las actividades dirigidas al logro de los objetivos mediante programas nacionales de acción con el marco legal sustentante creado por la Convención. En muchos países el proceso de ratificación de la Convención tuvo el apoyo de los esfuerzos combinados de organizaciones no gubernamentales, organismos estatales - incluso las comisiones nacionales para la infancia - y organizaciones afiliadas y oficinas nacionales de órganos miembros de las Naciones Unidas - en particular las oficinas nacionales del UNICEF y los comités nacionales pro UNICEF. El apoyo universal y la intensa atención de los medios de información que provoca la causa de los niños, unidos al carácter global de una convención que integra los derechos sociales, económicos, políticos y civiles, han contribuido sobremedida a la rapidez extraordinaria con que se ha ratificado la Convención.

19. El programa para la infancia también fue considerablemente fortalecido por la obligación jurídica que se han impuesto los Estados partes con respecto a los derechos y deberes enunciados en la Convención. Como tratado internacional atemporal, la Convención legitimaba los objetivos; y al mismo tiempo los países que se esforzaban por alcanzar los objetivos procuraban simultáneamente respetar los derechos enunciados en la Convención. Los programas nacionales de acción de muchos países manifiestan una comprensión cada vez mayor de estos vínculos.

20. La imputación de responsabilidad con respecto a las actividades de los programas nacionales de acción también ha estado relacionada con el proceso de seguimiento de la aplicación de la Convención. Conforme al artículo 43 de la Convención, en 1991 se creó un Comité de los Derechos del Niño para supervisar los procesos nacionales de aplicación. Más de 50 países ya han presentado informes al Comité sobre las medidas que han tomado para cumplir las obligaciones contraídas en el tratado. El Comité ha procurado examinar los programas nacionales de acción a fin de reforzar el vínculo entre el logro de los objetivos para la infancia y la realización de los derechos de los niños. Las recomendaciones del Comité sobre los informes de los Estados partes han sido a menudo objeto de la atención de los medios de información, lo cual ha contribuido a mantener a los gobiernos y a las organizaciones internacionales bajo vigilancia con respecto al cumplimiento de las promesas hechas a los niños en la Cumbre.

21. Puesto que aporta un marco general para la protección de la infancia, la Convención sobre los Derechos del Niño no sólo refuerza y sustenta las medidas de salud, nutrición y educación para alcanzar los objetivos para la infancia, sino también expresa la esperanza de que los Estados partes establezcan un marco legislativo de apoyo. Por lo menos 15 países ya han incorporado los principios de la Convención en su constitución nacional, y más de 35 han sancionado nuevas leyes o modificado leyes preexistentes para ajustar la legislación interna a las normas enunciadas en la Convención. Estas medidas, unidas a la amplia conciencia pública de la Convención, han mantenido las necesidades de los niños en el primer plano de la política de los Estados y así han fomentado, directa o indirectamente, actividades tendientes al logro de los objetivos.

B. Preparación y ejecución de los programas nacionales de acción

22. En el Plan de Acción de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se reconocía que los objetivos para la infancia tendrían que adaptarse a las realidades de cada país en cuanto a escalonamiento, prioridades, normas y recursos disponibles, y también que las estrategias para alcanzar los objetivos podrían variar de un país a otro. Para facilitar el proceso de adaptación de los objetivos a las condiciones nacionales y de elaboración de estrategias de ejecución, en el inciso i) del párrafo 34 del Plan de Acción se instaba a los países a preparar programas nacionales de acción.

23. En marzo de 1996, 155 de los 193 países habían preparado un programa nacional de acción definitivo o un proyecto de programa. Salvo algunos pequeños países insulares en desarrollo, la mayoría de los países que no han comunicado medidas son los afectados por guerras, desastres u otras dificultades extremas. Muchos países de Europa central y oriental y de la Comunidad de Estados Independientes (CEI) no estuvieron representados por separado en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, pero 25 de ellos firmaron luego la Declaración de la Cumbre y 15 han empezado a preparar o ya han preparado un programa nacional de acción. De los 30 países industrializados, 18 han preparado programas nacionales de acción definitivos o provisionales.

24. Muchos Estados han creado un consejo o comisión, o han fortalecido uno que ya existía, para elaborar el programa nacional de acción y velar por su ejecución, en algunos casos presidido por el Jefe de Estado o de Gobierno. Otros Estados han asignado la tarea a un comité interministerial o un ministerio técnico como el de planificación, el de salud o el de bienestar social. En muchos países instituciones universitarias, grupos religiosos y cívicos y organizaciones no gubernamentales han participado en mecanismos coordinadores especiales. Los organismos de las Naciones Unidas también han participado en el proceso de los programas nacionales de acción.

25. Los programas nacionales de acción se formularon cuando muchos países estaban haciendo reformas administrativas que favorecían la descentralización. Esto contribuyó a promover la descentralización de los programas nacionales de acción. Existen programas de acción subnacionales a nivel de estado, provincia, distrito o municipio en 65 países de todas las regiones. Por ejemplo, cada provincia de China ha firmado un contrato con el Comité Nacional Coordinador de Programas para el Niño y la Mujer sobre la preparación de un programa de acción;

en la India ocho estados han redactado planes de acción y otros siete tienen proyectos de plan. En América Latina, 16 de los 24 países están descentralizando el proceso de los programas nacionales de acción, y en los dos países más grandes de la región - el Brasil y México - participan todos los Estados. Varios países del África al sur del Sáhara, entre ellos Sudáfrica y Ghana, han elaborado planes subnacionales. Algunos países del Medio Oriente, entre ellos Egipto y el Sudán, siguen una política de descentralización. En la región de Europa central y oriental, la CEI y el Báltico, Croacia y la Federación de Rusia han empezado a preparar programas subnacionales.

26. En muchos países ha habido un proceso de adaptación de los objetivos a las condiciones nacionales. En la Argentina, el Brasil, Costa Rica y Túnez, por ejemplo, se han programado reducciones de la mortalidad infantil y la mortalidad de los niños menores de 5 años mayores que las propuestas para todo el mundo. En el Ecuador, Maldivas, México, la República de Corea, el Uruguay y Zimbabwe se han adoptado objetivos de mayor alcance para la educación básica. Algunos países de bajos ingresos, como Sri Lanka y Bangladesh, han adoptado objetivos de mayor alcance en algunos sectores, y otros han añadido objetivos no incluidos en el Plan de Acción de la Cumbre Mundial; algunos países se han fijado objetivos menos ambiciosos. Se prevé que se harán otras adaptaciones y se fijarán nuevas prioridades después de los exámenes de los progresos a mediados del decenio.

27. En la mayoría de los países en desarrollo, los objetivos y las estrategias de los programas nacionales de acción están incorporándose en los planes nacionales de desarrollo y han servido de base a las respuestas conjuntas de las Naciones Unidas por medio de las notas sobre la estrategia del país, y se han tenido particularmente en cuenta en los programas de cooperación del UNICEF para cada país.

28. Cerca de dos tercios de los programas nacionales de acción de los países en desarrollo incluyen una estimación de las consecuencias financieras del logro de los objetivos. Sin embargo, el análisis de los costos de los objetivos no ha tenido mucho efecto en la asignación de recursos y los procesos presupuestarios de la mayoría de los países.

29. Los programas nacionales de acción han sido un componente decisivo del enfoque basado en objetivos iniciado a nivel mundial por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Aunque la calidad y la eficacia de estos programas de acción varían de un país a otro y dentro de cada país, el proceso de los programas nacionales de acción ha sido una experiencia única de la que pueden sacarse muchas enseñanzas y que puede servir de base para muchos progresos en el futuro. La preparación de los programas nacionales de acción ofreció oportunidades de emprender muchas actividades de creación de capacidad y de movilización, algunas de las cuales han tenido efectos secundarios valiosos para el desarrollo social y económico en general, independientemente de su contribución inmediata al logro de los objetivos de la Cumbre.

C. Respuesta del sistema de las Naciones Unidas

30. En el inciso iii) del párrafo 35 del Plan de Acción de la Cumbre Mundial se pide la cooperación de todas las organizaciones competentes de las Naciones Unidas en el logro de sus objetivos. El UNICEF, como órgano de las Naciones

Unidas encargado directamente de la infancia, participó intensamente en el proceso complementario en los planos nacional e internacional. En su decisión 1991/10, la Junta Ejecutiva del UNICEF pidió a su Director Ejecutivo que dispusiera lo necesario para que el UNICEF, bajo la dirección del Secretario General y en cooperación con otros organismos competentes de las Naciones Unidas, prestara, como parte de sus actividades ordinarias, pleno apoyo a los países en desarrollo en el logro de los objetivos enunciados en la Declaración y el Plan de Acción.

31. Si bien las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en general han colaborado en la ejecución del Plan de Acción de la Cumbre, el grado de participación del sistema ha variado de un país a otro y de una organización a otra. En algunos casos, las organizaciones y los Estados Miembros han tendido a tratar los objetivos de la Cumbre Mundial como asunto del UNICEF. Sin embargo, ahora que otras conferencias han adoptado los objetivos de la Cumbre y la erradicación de la pobreza y la inversión en las personas han sido reconocidas por las Naciones Unidas en conjunto como estrategias básicas para el desarrollo humano, los objetivos para la infancia se sienten como asunto de interés más generalizado.

32. La OMS ha desempeñado un papel fundamental en la elaboración de objetivos relacionados con la salud y en la prestación de apoyo a los países en el logro de los objetivos. La colaboración entre organismos se efectuó principalmente por medio del Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria. La 46ª Asamblea Mundial de la Salud, celebrada en mayo de 1993, invitó a los Estados miembros de la OMS a que dieran la prioridad política y económica necesaria para el cumplimiento de los compromisos contraídos en el Plan de Acción de la Cumbre, y pidió al Director General de la OMS que tomara disposiciones a este respecto. En mayo de 1996 se celebró un período extraordinario de sesiones del Comité Mixto para examinar los progresos hechos en el logro de todos los objetivos relacionados con la salud, y se llegó a la conclusión de que la expresión en términos concretos de los objetivos había sido útil para estimular los esfuerzos mundiales en favor de la salud y el bienestar de la infancia y que esto había sido en sí mismo un logro importante. Las deliberaciones del Comité Mixto han sido un aporte importante al examen objetivo por objetivo de la sección III.

33. Muchas disposiciones del Plan de Acción de la Cumbre Mundial son directamente pertinentes al Fondo de Población de las Naciones Unidas y su interés en la salud reproductiva, incluso la planificación de la familia. Las organizaciones de las Naciones Unidas que trabajan en la esfera de la salud del niño y la salud reproductiva - el FNUAP, la OMS, el UNICEF y el PNUD - han acordado objetivos comunes que reflejan los de la Cumbre Mundial y remitido directrices comunes a sus oficinas exteriores para aumentar su colaboración. El Banco Mundial, cuyo Informe sobre el desarrollo mundial 1993 se dedicó a la salud y a la reforma del sector de la salud, también dio su apoyo a una serie de medidas congruentes con los objetivos de la Cumbre. Hay otros indicios de convergencia de programas; por ejemplo, para el Banco Mundial la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años y la tasa de mortalidad derivada de la maternidad son ahora "indicadores prioritarios de pobreza".

34. La UNESCO y el UNICEF colaboraron en las actividades complementarias en el sector de la educación por medio del mecanismo del Comité Mixto de Educación y en combinación con las actividades complementarias de la Conferencia sobre

Educación para Todos de 1990, celebrada en Jomtien (Tailandia). En 1993 se celebró una Cumbre sobre Educación en Nueva Delhi con el apoyo de la UNESCO, el UNICEF y el PNUD, en el cual los nueve países más populosos del mundo - Bangladesh, el Brasil, China, Egipto, la India, Indonesia, México, Nigeria y el Pakistán - renovaron su dedicación a la causa de la educación básica universal. La UNESCO y el UNICEF también colaboraron en la elaboración de enfoques innovadores de la educación básica por medio del proyecto conjunto "La educación para todos: cómo hacerla realidad". Éste es un ejemplo de acción conjunta tendiente a acelerar los progresos hacia la educación para todos, que se ha sometido a un proceso amplio de examen en 1995-1996 como parte de las actividades complementarias de la Conferencia de Jomtien en el plano regional y también en el plano mundial en una consulta celebrada en Ammán.

35. Los órganos de las Naciones Unidas que prestan asistencia a los niños afectados por emergencias, en particular el ACNUR y el Programa Mundial de Alimentos (PMA), han tenido en cuenta los objetivos para la infancia en el contexto de sus programas. Entre la mitad y dos tercios de los beneficiarios de estos programas son mujeres y niños. Los programas de alimentación apoyados por el PMA han hecho hincapié en la atención de la nutrición de los niños pequeños y de las mujeres embarazadas y las madres lactantes, incluso el apoyo a la lactancia natural. El PMA también ha fomentado la educación básica y la alfabetización mediante sus programas de alimentación en la escuela. Las directrices del ACNUR sobre niños refugiados, que databan de 1988, se han revisado a la luz de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, y así se ha fortalecido la colaboración entre organismos.

36. El Administrador del PNUD alentó a los representantes residentes del PNUD a otorgar importancia a los objetivos para la infancia como parte de sus funciones y esfuerzos de promoción del desarrollo humano sostenible durante los preparativos para la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Desde 1990 los Informes sobre el desarrollo humano del PNUD han proyectado una visión del desarrollo y estrategias para lograrlo congruentes con el programa ejemplificado por el Plan de Acción y los objetivos de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Éste es otro ejemplo de la visión común del progreso humano en torno a la cual todo el sistema de las Naciones Unidas ha tratado de coordinarse.

37. En octubre de 1995 el Comité Administrativo de Coordinación reconoció que la serie de conferencias recientes de las Naciones Unidas, incluida la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, formaba un proceso continuo. Al mismo tiempo, el Comité reconoció la necesidad de crear centros de coordinación en cada organismo para seguir las medidas que se adoptaran después de cada conferencia y la ejecución de su programa de acción, y la necesidad de que las organizaciones competentes y sus oficinas nacionales siguieran desempeñando sus papeles establecidos con respecto a la aplicación de las recomendaciones de las conferencias o a la ejecución de los programas nacionales de acción complementarios. En este sentido, el Comité reconoció la función coordinadora del UNICEF con respecto a la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y sus actividades complementarias. La política del Comité sobre las actividades complementarias de todas las conferencias recientes se basa en la atención prestada al plano nacional y el fomento de los planes de acción impulsados y elaborados por cada país y apoyados por acciones coordinadas de los órganos competentes de las Naciones Unidas.

38. Un elemento importante de las actividades complementarias de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia fue la elaboración de medidas para seguir los progresos en el logro de los objetivos. El UNICEF, la OMS, la UNESCO y otros organismos colaboraron estrechamente para acordar un conjunto básico de indicadores que se recomendaría a los países para seguir la marcha de las actividades complementarias. La OMS y el UNICEF adoptaron un conjunto básico de indicadores para todos los objetivos de salud y nutrición; el UNICEF y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) hicieron conjuntamente un examen técnico de los indicadores de seguridad alimentaria de los hogares; la UNESCO y el UNICEF elaboraron y aplicaron medidas de logro educativo; el Sistema conjunto UNICEF/OMS de vigilancia del abastecimiento de agua y el saneamiento público estableció directrices para medir los objetivos de agua y saneamiento, y el PNUD y el UNICEF colaboraron en la evaluación de las corrientes de ayuda que se realiza en el Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

39. El PNUD, el UNICEF, el FNUAP, la UNESCO y la OMS también han contribuido a la movilización de los recursos para el logro de los objetivos de desarrollo humano mediante la elaboración de la Iniciativa 20/20. En esta Iniciativa se propone que los países en desarrollo aumenten sus asignaciones presupuestarias para servicios sociales básicos al 20% por lo menos del total de gastos públicos, y que los gobiernos donantes destinen por lo menos 20% de su asistencia oficial para el desarrollo (AOD) a los servicios sociales básicos, incluidas las contribuciones a organizaciones multilaterales y a las organizaciones no gubernamentales. Mediante el sistema de coordinadores residentes, las Naciones Unidas responden a las solicitudes gubernamentales de apoyo a la ejecución de la Iniciativa 20/20 a nivel nacional.

D. Las contribuciones de las organizaciones no gubernamentales

40. El nivel extraordinario de movilización social, promoción y acción concreta en favor de los niños ocasionado por la adopción de la Convención sobre los Derechos del Niño y la celebración de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia no habría cobrado tanto ímpetu ni logrado tales resultados sin la contribución de las organizaciones no gubernamentales. Los objetivos para la infancia contribuyeron a crear un programa internacional para los niños en torno al cual se han unido organizaciones no gubernamentales relacionadas con la infancia del mundo entero. Los objetivos fueron bien acogidos porque derivaban de un análisis mundial de los problemas de la infancia y al mismo tiempo indicaban el camino hacia proyectos específicos e intervenciones de costo aceptable que las organizaciones podían emprender.

41. Las organizaciones no gubernamentales nacionales, locales e internacionales han participado en la planificación y la ejecución de programas nacionales de acción en más de 90 países. En muchos de ellos, hay organizaciones no gubernamentales que son miembros permanentes de los comités encargados de preparar y ejecutar los programas nacionales de acción. Esto ha contribuido a fortalecer sus vínculos con los funcionarios y las instituciones gubernamentales competentes. Por tanto los objetivos han permitido a los departamentos gubernamentales y a las organizaciones no gubernamentales concentrar sus esfuerzos en metas comunes. La ejecución del programa también ha dado impulso al aumento de la cooperación entre las organizaciones no gubernamentales y

destacado la necesidad de desarrollo institucional de las organizaciones no gubernamentales que trabajan en esferas relacionadas con la infancia.

42. En los países en que los programas nacionales de acción se han descentralizado, esta política ha permitido la participación de organizaciones no gubernamentales locales y comunitarias. En consecuencia, estas organizaciones han contribuido a la prestación de servicios, la sensibilización del público y la movilización de la población local. El logro de los objetivos requiere no sólo establecer servicios, sino también modificar la conducta de las personas interesadas. La prestación de un servicio tiene poco efecto en el bienestar del niño o de la madre si el servicio no se aprovecha como es debido. Por esta razón el papel de los grupos religiosos, grupos femeninos, organizaciones juveniles, asociaciones de padres y maestros y otros grupos que son parte esencial de la estructura de la comunidad es la clave del progreso sostenible a nivel de la base de la sociedad.

43. Las organizaciones no gubernamentales han desempeñado un papel vital en la promoción del logro de los objetivos para la infancia, ayudando a suscitar la conciencia del público y de los gobernantes mediante los medios de información. En muchos países, especialmente los países en desarrollo, las organizaciones no gubernamentales han asumido una responsabilidad especial con respecto a los objetivos y se han convertido en propugnadores y paladines de la causa de los niños. Además, han organizado funciones, conferencias y seminarios para educar a su comunidad en los objetivos de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y de la Convención sobre los Derechos del Niño. Por ejemplo, 5.000 scouts, que representan a más de un millón de miembros en la región de la Asociación del Asia Meridional para la Cooperación Regional, prometieron difundir información sobre la terapia de rehidratación oral (TRO) en la reunión (Jamboree) de 1994 de la Organización Mundial del Movimiento Scout. Más de 100 jefes de ocho tradiciones religiosas e indígenas de 14 países de Asia y el Pacífico emitieron una declaración en 1993 en que instaban a las instituciones espirituales y religiosas a esforzarse por alcanzar los objetivos de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y para fomentar la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño.

44. Cuatro grandes organizaciones no gubernamentales internacionales - International Save the Children Alliance, World Vision International, Plan International y el Fondo Cristiano para la Infancia - han tomado una iniciativa conjunta para promover la educación de las niñas. La iniciativa se ha puesto en marcha en seis países - Bangladesh, Bolivia, Filipinas, la India, Malawi y el Senegal - y está considerándose la posibilidad de una colaboración con socios intergubernamentales, entre ellos el UNICEF y el Banco Mundial.

45. Algunas organizaciones no gubernamentales internacionales han trabajado en favor de objetivos particulares con dedicación suprema, poniéndose a la vanguardia de la movilización de recursos y la promoción. Desde 1987 Rotary International ha dado apoyo notable a la erradicación de la poliomielitis mediante la campaña quinquenal PolioPlus. Helen Keller International ha desempeñado un papel fundamental en los esfuerzos de eliminar la carencia de vitamina A (que es una causa importante de la ceguera prevenible) mediante la distribución de cápsulas de vitamina A y asistencia técnica a organizaciones no gubernamentales y a ministerios de salud pública. Desde 1994 la Organización Mundial del Movimiento Scout ha contribuido a fomentar el uso universal de la

terapia de rehidratación oral (TRO) en el tratamiento de la deshidratación diarreica. Kiwanis International ha iniciado un "proyecto mundial de servicio" para ayudar a eliminar los trastornos causados por la carencia de yodo se han obtenido contribuciones para programas de lucha contra la carencia de yodo en 11 países. El Programa Mundial para el Año 2000 (Global 2000) del Centro Carter ha desempeñado un papel de vanguardia en relación con el UNICEF y la OMS en la erradicación de la dracunculosis.

46. Finalmente, las organizaciones no gubernamentales han hecho una inmensa contribución a la ratificación casi universal de la Convención sobre los Derechos del Niño y a su aplicación. La amplia campaña de sensibilización sobre los derechos del niño es principalmente resultado de los esfuerzos de muchas organizaciones no gubernamentales internacionales y nacionales. En el plano internacional, International Save the Children Alliance y los comités nacionales pro UNICEF han sido particularmente activos. El Grupo de las organizaciones no gubernamentales encargado de la Convención sobre los Derechos del Niño (una alianza de 37 organizaciones no gubernamentales internacionales) sigue aportando información a las organizaciones no gubernamentales nacionales y a las redes regionales de organizaciones no gubernamentales sobre los informes presentados por los Estados partes al Comité de los Derechos del Niño y sobre informes "alternativos" preparados por consorcios de las organizaciones no gubernamentales. El Grupo de las organizaciones no gubernamentales vigila la marcha de la aplicación de la Convención, sigue el trabajo del Comité y le suministra información cuando lo solicita.

E. Mantenimiento del progreso

47. A fin de alcanzar los objetivos para la infancia y de mantener los progresos logrados en el bienestar de los niños, fue necesario un esfuerzo considerable de creación de capacidad en diferentes niveles y de muchas instituciones de la sociedad. Muchos miembros de la comunidad internacional han prestado asistencia técnica y material a diversos países para determinar y satisfacer las necesidades de creación de capacidad. A nivel nacional, la creación de la capacidad de prestación de servicios fue un elemento muy importante. En los últimos años del decenio de 1980, durante la campaña de "Vacunación universal de los niños antes de 1990", varios países aumentaron considerablemente sus servicios de atención primaria de la salud y de salud maternoinfantil a fin de ampliar su cobertura y extenderla a las comunidades y las familias más pobres y más remotas.

48. Una de las esferas en que había que aumentar la capacidad era el registro periódico de datos sociales, incluso la creación de sistemas de reunión de datos y de técnicas de encuesta adecuados para seguir las tendencias. En el momento de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia era evidente que, en relación con muchos objetivos, los medios de seguir las mejoras del bienestar del niño a intervalos convenientes eran insuficientes, y en algunos casos no existían. En vista de estas deficiencias, en el inciso iv) del párrafo 35 del Plan de Acción de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se pedía la asistencia de las Naciones Unidas "a fin de establecer mecanismos apropiados para vigilar la aplicación de este Plan de Acción, utilizando expertos de las oficinas de estadística pertinentes de las Naciones Unidas, los organismos especializados, el UNICEF y los demás órganos de las Naciones Unidas". En la primera etapa de

las actividades complementarias de la Cumbre se prestó atención a la creación de estos mecanismos, como se ha indicado en el párrafo 38 supra.

49. Los conjuntos básicos de indicadores recomendados a los países por el UNICEF, la OMS y la UNESCO para vigilar los avances hacia los objetivos de la Cumbre se elaboraron con la intención de que fueran transparentes, manejables y fáciles de entender para los encargados de la formulación de políticas, los directores de programas y el público. Muchos países en desarrollo también se propusieron mejorar sus sistemas básicos de reunión de datos, de manera que los planificadores y programadores dispusieran de información de referencia fidedigna sobre mortalidad, morbilidad, casos de enfermedades determinadas, estado nutricional, matrícula escolar y otros asuntos importantes.

50. Una tarea importante fue la elaboración de instrumentos de medición de indicadores sociales relacionados con los objetivos para la infancia que fueran rápidos, fidedignos y económicos. Los censos suelen hacerse una vez cada 10 años, y la aplicación de los métodos normales de encuesta social puede producir demoras parecidas.

51. El UNICEF, otros organismos de las Naciones Unidas e instituciones universitarias emprendieron, como operación importante de creación de la capacidad de reunión, análisis y uso de datos, la elaboración de la encuesta de grupos basada en varios indicadores para uso de los países. Este método combina la velocidad y la simplicidad de la encuesta de grupos con la fiabilidad y la amplitud de la encuesta por hogares tradicional. El método es rápido y muy flexible; sus "módulos" pueden añadirse a una encuesta nacional por hogares preexistente. También es muy económico: sobre la base de los informes de 77 países, el costo medio de la encuesta de grupos y de las actividades de seguimiento conexas se calcula entre 50.000 y 75.000 dólares, suma relativamente pequeña en comparación con el costo de las encuestas socioeconómicas típicas de tamaño semejante. En enero de 1996, 91 países habían hecho una encuesta de grupos como parte del proceso de examen de mediados del decenio o estaban decididos a hacerla. De los 105 países en desarrollo que han presentado informes de mediados del decenio, 82 han usado el método de la encuesta de grupos en una encuesta especial o han incorporado módulos de la encuesta de grupos en otras encuestas nacionales. Las encuestas se han concebido para ser usadas como instrumento en la elaboración y el examen de políticas. Su uso ha contribuido a fomentar la colaboración intersectorial, establece los datos de referencia para los datos desglosados por sexo y edad y ha sido una contribución independiente valiosa al programa de los objetivos para la infancia.

52. Desde 1992 el UNICEF ha preparado y difundido ampliamente un informe anual titulado El progreso de las naciones, en que los países aparecen ordenados en tablas regionales según el progreso o la falta de progreso en el logro de los objetivos. La presentación de los datos en esta forma ha dado a cada país una oportunidad de evaluar sus progresos en comparación con los de su región y también de estimular el diálogo público para la acción.

53. En lo relativo a los objetivos sectoriales, se dedicaron esfuerzos considerables al aumento de la capacidad dentro de los sistemas de prestación de servicios. En relación con la atención de la salud, se desplegó ampliamente un programa llamado "la Iniciativa de Bamako", iniciado en 1987 por los ministros de salud de los países africanos, especialmente en el África occidental. La

Iniciativa tenía por objeto revitalizar los sistemas de atención médica que se habían vuelto inertes a causa de problemas de personal, infraestructura o suministros médicos, y hacía hincapié en la gestión local de los centros médicos y el suministro de medicamentos esenciales. Actualmente funcionan programas basados en la Iniciativa de Bamako en 41 países: 28 en el África en el sur del Sáhara, 5 en Asia y el Oriente Medio, 2 en la región de Europa central y oriental, la CEI y el Báltico, y 6 en América Latina y el Caribe. En varios países los servicios médicos administrados por la comunidad han podido generar recursos suficientes para cubrir los tratamientos, los medicamentos esenciales y los gastos periódicos.

54. En cuanto a la reducción de la susceptibilidad de los niños a las carencias de micronutrientes, las actividades de creación de capacidad han incluido el desarrollo de asociaciones con la empresa privada. Un ejemplo que ha iniciado una tendencia es la fortificación de los productos alimenticios con vitamina A. El otro esfuerzo notable se refiere a la yodación de la sal para prevenir los trastornos causados por la carencia de yodo. Como la producción de sal a menudo es una industria artesanal no mecanizada en los países en desarrollo, es difícil intervenir en el proceso de fabricación, pero se ha empleado mucho ingenio para incluir toda clase de productores en el marco de los planes nacionales de yodación de la sal. Casi todos los 94 países que tienen problemas de carencia de yodo han elaborado planes de yodación en masa de la sal basados en asociaciones entre el sector público y el privado; estas asociaciones tienen en cuenta el costo y las actividades de extensión, y por tanto satisfacen el requisito de sostenibilidad.

55. En el sector del abastecimiento de agua y el saneamiento, ha habido bastantes progresos en la creación de sistemas técnicos y administrativos de bajo costo basados en la participación de la comunidad para contribuir al logro de los objetivos para el fin del decenio, pero menos éxito en la redistribución de la inversión en este sentido.

56. La creación de capacidad en materia de educación requiere mucho más que proveer plazas para los niños que no van a la escuela. Las inversiones en recursos humanos serán de suma importancia para la ampliación del cuerpo de maestros. También es necesario elevar la capacidad de los maestros para que puedan animar las aulas e inspirar a los alumnos, desarrollar actividades que fortalezcan los vínculos entre las escuelas y las organizaciones de la comunidad, establecer programas de becas para aumentar la asistencia a la escuela, impartir enseñanza para varios grados en zonas remotas poco pobladas, y ampliar los servicios preescolares.

57. En los últimos cinco años ha habido muchas iniciativas encaminadas a descentralizar la planificación y la prestación de servicios básicos para los niños y las mujeres. Las formas de la descentralización varían, pero la tendencia es semejante: ayudar al gobierno local a desempeñar funciones más importantes de administración de servicios y promover la responsabilidad de los administradores ante el público, incluso el sentimiento de que el gobierno pertenece a la comunidad. Sin embargo, hay que resolver primero ciertas cuestiones importantes para poder realizar plenamente el potencial de la descentralización, en particular el equilibrio entre la autoridad central y la autoridad local, la transferencia de competencia técnica y organizativa del gobierno nacional al local, y la asignación de recursos adicionales a los

gobiernos locales para que desempeñen nuevas funciones de servicios. El desarrollo de asociaciones entre los gobiernos locales y las comunidades - incluso las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones comunitarias - tendrá un efecto profundo tanto en el logro de los objetivos para la infancia como en su sostenibilidad.

F. Mobilización de recursos

58. En el inciso iii) del párrafo 34 del Plan de Acción de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se insta a cada país "que reexamine, en el contexto de su situación nacional particular, su actual presupuesto nacional y, en el caso de los países donantes, sus presupuestos de asistencia para el desarrollo, para asegurarse de que los programas destinados a lograr las metas de supervivencia, protección y desarrollo del niño tengan prioridad a la hora de asignar recursos", y se añade que debe hacerse todo lo posible para que dichos programas estén protegidos en épocas de austeridad económica. La ampliación del acceso a los servicios sociales básicos requerirá recursos financieros adicionales además de economías por aumento de la eficiencia.

59. La movilización de los recursos necesarios para lograr los objetivos ha sido una preocupación constante desde la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Las estimaciones iniciales de los recursos adicionales sugerían que se necesitarían 20.000 millones de dólares más por año en el curso del decenio para alcanzar los objetivos. En los programas nacionales de acción de varios países se ha tratado de cuantificar la financiación nacional adicional necesaria para alcanzar los objetivos de la Cumbre. Por ejemplo, el programa nacional de acción del Ecuador incluye un objetivo "irrenunciable" de restablecer a mediados del decenio la proporción del 9,4% de los gastos públicos que se dedicaba a los sectores sociales en 1980. En el programa nacional de acción de Egipto se recomienda que el 7,5% del presupuesto se dedique a los sectores sociales básicos en el plan de desarrollo de 1992-1997. El Senegal proyecta aumentar la proporción de su presupuesto de salud pública del 5% a un 9% para el año 2000. Sin embargo no en todos los programas nacionales de acción se ha determinado el costo de alcanzar los objetivos. Incluso cuando se ha determinado, la influencia de esta determinación en el proceso presupuestario anual ha sido limitada, a causa de la estrechez fiscal, la elevada carga de la deuda y la falta de consenso político.

60. El impulso de la Iniciativa 20/20, descrita en el párrafo 39 supra, procedió en parte de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y de los debates establecidos a la sazón sobre la movilización de recursos para el desarrollo humano. El principio de la reciprocidad es un elemento fundamental de la Iniciativa, que surgió en un momento en que el mal funcionamiento de su economía y las presiones financieras externas habían inducido a muchos países en desarrollo a aplicar una rigurosa política de austeridad. Los datos indican que a menudo el peso de la austeridad fiscal recayó principalmente en los sectores sociales, en perjuicio de los pobres. La mengua de los gastos en dichos sectores se ha documentado en varios países de América Latina, el Asia meridional y el África al sur del Sáhara.

61. La Iniciativa 20/20 ha recibido repetidas muestras de apoyo a nivel internacional en los últimos años. La Cumbre Mundial para el Desarrollo Social

de 1995 hizo suya la Iniciativa, mencionando en su Programa de Acción el interés común que tenían ciertos países desarrollados y países en desarrollo en asignar, en promedio, 20% de la AOD y 20% del presupuesto nacional, respectivamente, a los programas sociales básicos. En una reunión internacional complementaria patrocinada por los Gobiernos de Noruega y los Países Bajos y celebrada en abril de 1996 se adoptó el Consenso de Oslo sobre medidas prácticas para ejecutar el proyecto 20/20. Entre estas medidas figuraban la asistencia de las organizaciones multilaterales a los países en desarrollo en la formulación y la ejecución de programas sociales en favor de los pobres y en el seguimiento de los gastos presupuestarios en servicios sociales básicos.

62. La información disponible sobre asignaciones presupuestarias sólo permite una estimación aproximada de la proporción que se dedica a los servicios sociales básicos. Las órdenes de magnitud sugieren que hacia 1990 se asignaba, en promedio, entre el 12% y el 15% del presupuesto nacional a la prestación de servicios sociales básicos. Varios indicadores sugieren que la asignación presupuestaria a los servicios sociales básicos había disminuido en el decenio de 1980. Sin embargo, hay unos pocos signos de mejora. Gradualmente, los programas de ajuste estructural han adquirido un "rostro humano"; muchos países tienen ahora redes de seguridad social y los gastos públicos en educación primaria y otros servicios sociales básicos están mejor protegidos. Varios donantes también han aumentado su apoyo a la prestación de servicios sociales.

63. Las organizaciones no gubernamentales han sido otro medio importante de movilización de recursos para los objetivos en pro de la infancia. Ya se han mencionado las importantes contribuciones de Rotary International y Kiwanis International. La contribución financiera de las organizaciones no gubernamentales, internacionales y nacionales, a menudo constituye una proporción considerable de los recursos para ejecutar los programas nacionales de acción. Por ejemplo, en Kenya el 10% del programa nacional de acción quinquenal global se financia con contribuciones de organizaciones no gubernamentales y del sector privado. La contribución de los comités nacionales pro UNICEF a las actividades complementarias de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia también ha sido considerable; por ejemplo, desde 1990 han hecho un aporte importante a 22 conversiones de la deuda en 19 países, eliminando deudas de un valor nominal de casi 200 millones de dólares y generando moneda nacional equivalente a unos 53 millones de dólares para programas de desarrollo social.

64. Aparte de reestructurar los gastos públicos y buscar más fondos externos para los sectores sociales, muchos países han investigado otros modos de generar recursos adicionales para los servicios sociales básicos. Esta movilización de recursos no puede atribuirse directamente a la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, pero las actividades complementarias de la Cumbre, al contribuir a crear un clima en que los gastos sociales se ven como inversión importante en el desarrollo humano, han sido una de las fuerzas que promueven la asignación de fondos a fines sociales basados en el bienestar del niño, o por lo menos la estabilizan e impiden que siga mermando.

III. PROGRESOS ALCANZADOS EN EL LOGRO DE LOS OBJETIVOS

A. En el plano mundial

65. Durante la primera mitad del decenio de 1990 se ha avanzado más hacia los objetivos para mediados del decenio que hacia los objetivos para el fin del decenio. Se han hecho grandes progresos en la reducción de la mortalidad causada por el sarampión, el aumento de la cobertura de la terapia de rehidratación oral (TRO), la erradicación de la dracunculosis y la ratificación universal de la Convención sobre los Derechos del Niño. También se han conseguido progresos considerables en la difusión de la inmunización, la reducción del número de casos de poliomielitis y sarampión, la conversión de los procedimientos hospitalarios de maternidad para promover la lactancia natural y la yodación de la sal. Algunos países están haciendo progresos rápidos en la ingestión de cantidades suficientes de vitamina A, pero en casi la mitad de los países en que la carencia de vitamina A es un problema de salud pública se ha avanzado poco. También queda mucho por hacer para reducir el tétanos neonatal.

66. Sólo en el abastecimiento de agua se han hecho progresos apreciables con respecto a los objetivos para el fin del decenio. Se han hecho progresos considerables en la reducción de la mortalidad infantil, pero sólo un 40% de los países en desarrollo están bien encaminados para alcanzar este objetivo. Los progresos en educación primaria han sido apenas proporcionales al aumento de la población, y queda mucho por hacer para reducir la malnutrición, la mortalidad derivada de la maternidad y el analfabetismo de adultos, lo mismo que para aumentar el acceso a los servicios de saneamiento.

B. Panorama regional

1. América Latina y el Caribe

67. La región de América Latina y el Caribe ha hecho grandes progresos en el logro de los objetivos para mediados del decenio. Muchos países ya han superado los objetivos para el fin del decenio en cuanto a cobertura de la inmunización. Se ha certificado la erradicación de la poliomielitis, y no se han registrado casos desde 1991. Ha habido rápidos avances en la lucha contra la carencia de micronutrientes mediante la yodación de la sal y suplementos de vitamina A. Se ha logrado el objetivo de la ratificación universal de la Convención sobre los Derechos del Niño a mediados del decenio, y muchos países han empezado a adaptar la legislación nacional en consecuencia. Al igual que a nivel mundial, los progresos con respecto a los objetivos para el fin del decenio han sido menores, pero aún así considerables.

68. Se ha tomado una serie de medidas en la región para movilizar a los líderes políticos y a la sociedad civil en favor de los objetivos de la Cumbre y para estimular a los gobiernos a pasar de la firma de la Declaración de la Cumbre Mundial a un empeño concreto en la acción en favor de la infancia. Algunos países, en particular el Brasil, Cuba y México, encabezaron este proceso, empleando la elaboración de los programas nacionales de acción como medio de movilizar los departamentos del gobierno y de reorientar su pensamiento hacia metas de rendimiento mensurables. El UNICEF en particular aprovechó todas las oportunidades de estimular a los gobiernos a tomar medidas pertinentes. Se creó

un Comité de Coordinación entre Organismos para facilitar la adopción conjuntas en apoyo de los gobiernos dedicados al logro de los objetivos.

69. En abril de 1994 28 gobiernos ratificaron su dedicación a los objetivos para la infancia firmando el Acuerdo de Nariño. En esa reunión los gobiernos también determinaron nuevas esferas de interés especial (el embarazo temprano, la minusvalidez y los derechos cívicos) e instaron a hacer inversiones sociales para mejorar la productividad y la equidad. En el Acuerdo también se reflejan los objetivos especiales para mediados del decenio fijados por los países latinoamericanos y del Caribe teniendo en cuenta las circunstancias nacionales y regionales. Por ejemplo, se ajustaron los indicadores de agua y saneamiento para tener en cuenta que la "cobertura universal" se consideraba una meta demasiado ambiciosa, y se adoptó como meta prioritaria la reducción de la diferencia entre los que tienen acceso a estos servicios y los que no lo tienen. En materia de educación, una estrategia llamada "Escuela Nueva" iniciada en zonas rurales de Colombia se aceptó en toda la región como el medio principal de incorporar a la escuela a los niños hoy excluidos de las aulas.

70. En el Acuerdo de Nariño se destaca la necesidad de institucionalizar los programas nacionales de acción, de apoyar el proceso de descentralización de estos programas para establecerlos a nivel de estado, distrito y municipio, y de dar a todos los grupos de la sociedad oportunidades de participar en la planificación y la ejecución de las medidas que se adopten para lograr los objetivos. También se subraya el imperativo nacional de encauzar recursos financieros de los sistemas público, privado y exterior a los servicios sociales básicos.

71. En los primeros años del decenio de 1990 muchos países afrontaron los retos del ajuste estructural, la democratización y el aumento de la desigualdad y la injusticia social causado por la estrechez económica. Si se tienen en cuenta estas circunstancias, los progresos hechos en el logro de los objetivos en pro de la infancia han sido alentadores. Los gastos en servicios sociales se han recuperado lentamente, aunque todavía no se puede decir que la crisis de la calidad y la cobertura de los servicios de salud y de educación se haya superado; queda mucho por hacer en cuanto a mortalidad perinatal, atención de la madre, salud reproductiva (especialmente de la juventud), calidad de la educación, protección especial de los niños e igualdad de acceso a los servicios de los desfavorecidos.

2. Asia meridional

72. Si bien en los últimos años el Asia meridional ha mantenido un crecimiento económico moderado, los beneficios no se han distribuido por igual, y el ingreso per cápita de la región sigue siendo el más bajo de todas las regiones. La región tiene sólo ocho países, pero también un cuarto de los niños del mundo, un tercio de las defunciones de niños menores de 5 años y la mitad de los niños malnutridos del mundo.

73. A pesar de esta situación, se ha avanzado mucho hacia los objetivos para mediados del decenio, erradicando prácticamente la dracunculosis, reduciendo la

mortalidad causada por el sarampión, ratificando la Convención sobre los Derechos del Niño y promoviendo la lactancia natural mediante la modificación de los procedimientos hospitalarios de maternidad. Se han hecho progresos considerables hacia la yodación universal de la sal: el 60% de la población de la región consume ahora sal yodada. El progreso de la inmunización ha sido desigual; Bangladesh, Bhután, la India, Maldivas y Sri Lanka mantienen un nivel de un 70% o más, pero en el Pakistán y en Nepal el nivel es considerablemente más bajo, y en el Afganistán llega sólo al 20%. El progreso de la terapia de rehidratación oral es lento en algunos países, en parte a causa de la mala transmisión de mensajes muy importantes sobre la atención de los niños con infecciones diarreicas.

74. Desde 1990 todos los países del Asia meridional han acelerado sus esfuerzos por lograr la educación universal, aumentando la dedicación política a la educación básica y las asignaciones presupuestarias a la educación primaria. De esta manera ha aumentado la matriculación y han disminuido un poco las disparidades entre los sexos y entre el campo y la ciudad. Sin embargo, el éxito ha creado nuevos problemas: las aulas se han vuelto insuficientes y se exige una educación primaria de mejor calidad.

75. Se han hecho progresos notables hacia el objetivo de abastecimiento de agua para el fin del decenio, pero se teme que la reserva de agua subterránea disminuya rápidamente y que surjan así problemas graves en la segunda mitad del decenio. La cobertura del saneamiento es la más reducida de todas las regiones y hay mucho que hacer a este respecto. La mortalidad de niños sigue bajando, pero no es probable que la tendencia actual baste para alcanzar el objetivo para el fin del decenio. Los niveles de malnutrición y analfabetismo del Asia meridional son los más altos de todas las regiones, y los progresos hechos en ambos terrenos hacia los objetivos para el fin del decenio han sido insuficientes.

76. En la región se ha cumplido el objetivo de la ratificación universal de la Convención sobre los Derechos del Niño. En consecuencia, la necesidad de tomar medidas para proteger a los niños del abuso y la explotación se ha examinado más ampliamente en foros públicos, y los encargados de la formulación de políticas, los medios de información y las organizaciones no gubernamentales le prestan mucha más atención que antes.

77. La piedra de toque de las actividades regionales complementarias de la Cumbre Mundial es la Resolución de Colombo sobre el Niño, que la Séptima Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno de la SAARC hizo suya en abril de 1993. En este documento el logro de los objetivos para la infancia se vinculó estrechamente con el compromiso colectivo de erradicar la pobreza. Se fijaron objetivos intermedios para 1995 a fin de catalizar y acelerar el logro de los objetivos para el fin del decenio; estos objetivos intermedios sentaron la base de los programas de acción nacionales y algunos programas subnacionales que han contribuido a movilizar apoyo político y social.

3. Asia oriental y el Pacífico

78. El historial de esta región con respecto a los objetivos para la infancia es notable. Se han hecho grandes progresos hacia todos los objetivos, excepto el relativo al tétanos neonatal. Entre los objetivos para el fin del decenio, se han hecho progresos considerables en la educación y el abastecimiento de agua. El nivel de alfabetización de adultos supera el 80%, y más del 85% de los niños que ingresan a la escuela primaria llegan al quinto grado. La diferencia de alfabetización entre los sexos todavía es grande, pero en la educación primaria es mucho menor. Estos cambios pueden atribuirse a inversiones considerables en educación básica. Aunque la mortalidad de niños ha seguido bajando en el decenio de 1990, la tasa de disminución actual no es suficiente para alcanzar los objetivos para el fin del decenio. La malnutrición es menor que en el Asia meridional o en el África al sur del Sáhara, alrededor del 20% de los menores de 5 años, pero la disminución es lenta. El saneamiento debe mejorarse.

79. Como en otras regiones, hay diferencias considerables entre los países, y algunos, en particular Camboya, Myanmar, Papua Nueva Guinea, la República Democrática Popular Lao y Viet Nam, afrontan dificultades especiales que pueden atribuirse a la pobreza y a la deficiencia de la infraestructura.

80. Cada vez más países de la región afrontan tareas urgentes en el contexto de la protección de la infancia a causa de las consecuencias adversas del cambio social rápido. El nuevo conjunto de problemas, que incluye la explotación comercial de los niños - y especialmente de las niñas - es un efecto secundario del éxito económico de la región y, en algunos casos, de la transición del sistema de economía de planificación centralizada a la economía de mercado. Se han reducido muchos programas de asistencia y seguridad social y ha habido una quiebra de los valores comunitarios y de las formas tradicionales de ayuda y control social; y la urbanización rápida, la degradación del ambiente y la propagación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) han exacerbado los problemas.

81. Las actividades complementarias de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia comenzaron en la mayoría de los países con la preparación de los programas nacionales de acción, en general sincronizada con los planes de desarrollo nacional e integrada en ellos. Los programas nacionales de acción ofrecieron la oportunidad de elaborar nuevos enfoques y estrategias para responder a las nuevas condiciones de la región. El proceso de preparación fue participativo y los grupos profesionales y las organizaciones voluntarias hicieron un aporte fundamental.

82. El punto de referencia para los objetivos para la infancia en el Asia oriental es el Consenso de Manila, resultado de la Consulta Ministerial Regional de septiembre de 1993, en el cual 17 países reafirmaron su dedicación a sus programas nacionales de acción y a la adopción de programas para alcanzar las metas de mediados del decenio. Este empeño se reafirmó en la Tercera Consulta Ministerial del Asia Oriental y el Pacífico sobre los objetivos en pro de los niños y el desarrollo hasta el año 2000, celebrada en Hanoi en noviembre de 1995. En la Declaración de Hanoi los países prometieron aumentar las asignaciones presupuestarias a los programas sociales según el concepto 20/20.

4. África al sur del Sáhara

83. En general, el África al sur del Sáhara es la región en que se han hecho menos progresos en el logro de los objetivos. También es la única región en que el total de la deuda externa es mayor que el producto nacional bruto (PNB) anual y en que la disminución de la AOD no ha sido compensada por el aumento de otras corrientes de inversiones internacionales. El bajo crecimiento económico y la insuficiencia de los recursos públicos para hacer inversiones sociales, la vulnerabilidad a la sequía y a la degradación ambiental, la epidemia en aumento del VIH y el SIDA, la inestabilidad del proceso de transformación política y los trastornos causados por los conflictos armados, son todos factores que han contribuido a dificultar el progreso hacia los objetivos.

84. A pesar de todas las dificultades, ha habido progresos. La yodación universal de la sal avanza rápidamente, y cerca del 60% de la población que necesita sal yodada ya la consume, la dracunculosis está en vías de erradicación, y el uso de la TRO ha aumentado considerablemente en muchos países de la región. En cuanto a los demás objetivos, se han hecho progresos en algunos países más bien que en la región en conjunto. Por ejemplo, en la inmunización, las tasas de cobertura de la región están cerca del 50%, pero 11 países tienen niveles de un 80% o más de inmunización con tres dosis de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (vacuna triple). La Iniciativa de Bamako es otro ejemplo de acción y ha producido un crecimiento sostenido de las tasas de inmunización en países como Benin, Burkina Faso, el Congo, Malí y el Togo.

85. Quedan todavía problemas considerables de lucha contra el paludismo, las enfermedades diarreicas, las infecciones agudas de las vías respiratorias y el sarampión. En algunos países la tasa de malnutrición infantil se halla entre el 30% y el 40%. Las tasas de supervivencia infantil de África empiezan a manifestar los efectos negativos de la epidemia del VIH y el SIDA, que no sólo afecta directamente la mortalidad de los niños, sino que también, a raíz de la enfermedad y la muerte de los padres infectados con el VIH, aumenta la malnutrición de los niños, la deserción escolar y el número de niños que se ven obligados a ganarse la vida en ocupaciones callejeras, entre ellas la mendicidad, la delincuencia y la prostitución.

86. No se ha avanzado gran cosa en la matriculación en la escuela primaria; el aumento del número de alumnos sólo ha sido proporcional al aumento de la población de edad escolar. Sin embargo, la tendencia descendente de la matriculación primaria en el decenio de 1980 parece haberse convertido en un ligero aumento en la primera mitad del decenio de 1990. No obstante, el logro de los objetivos de educación sigue siendo un desafío para la región y el mejoramiento de la educación de las niñas sigue siendo la primera prioridad; algunos países de la región tienen tasas de analfabetismo femenino superiores al 80%. Los gobiernos están ahora más dedicados a la visión de la Educación para Todos y hay una conciencia renovada de la importancia de la educación primaria universal para el progreso socioeconómico en todos los frentes.

87. Si bien la mortalidad de niños sigue bajando a nivel regional, la tendencia está muy lejos del objetivo para el fin del decenio; en varios países populosos la baja es mínima o nula. El África al sur del Sáhara es la segunda región en

malnutrición, y su nivel, aunque es considerablemente menor que el del Asia meridional, parece haber aumentado en la primera mitad del decenio.

88. El Consenso de Dakar (junio de 1993), que fue un resultado de la Conferencia Internacional sobre la Asistencia a los Niños Africanos de 1992, sigue siendo el principal punto de referencia para las actividades complementarias de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia en el África al sur del Sáhara. Los países participantes se comprometieron a convertir los objetivos de la Cumbre en programas nacionales de acción concretos, a reestructurar los presupuestos gubernamentales en apoyo de la ejecución de los programas nacionales de acción y a aumentar la movilización interna de recursos. Los Estados africanos también decidieron intensificar las actividades de inmunización, de lucha contra la carencia de yodo y de educación, adoptando así una serie de objetivos de mediados del decenio para África. La Convención sobre los Derechos del Niño ha sido ratificada por casi todos los países de la región y se promueve como instrumento de concepción de programas de protección y rehabilitación del niño, lo mismo que de restauración de la sociedad civil en general.

5. Oriente Medio y África septentrional

89. Se han hecho grandes progresos con respecto a casi todos los objetivos para mediados del decenio. Las tasas de inmunización han aumentado considerablemente y la incidencia de las enfermedades prevenibles mediante vacunas ha disminuido en consecuencia. Los niveles comunicados de inmunización de las madres contra el tétanos siguen siendo bajos, pero es posible que este resultado se deba a la deficiencia del método de medición. Se han logrado progresos considerables hacia los objetivos para el fin del decenio relativos al abastecimiento de agua e incluso a la cobertura del saneamiento. La matrícula escolar ha aumentado en general, aunque la disparidad entre los sexos sigue siendo grande. En cuanto al analfabetismo, los niveles de la región son parecidos a los del África al sur del Sáhara y también hay una gran disparidad entre los sexos. Sin embargo, la región del Oriente Medio y el África septentrional es la que ha avanzado más hacia el objetivo para el fin del decenio relativo a la mortalidad de niños, tres cuartos de los países de la región están bien encaminados.

90. La región tiene un PNB por habitante relativamente alto, pero también ha tropezado con obstáculos económicos; además la capacidad de planificación, de gestión y de cálculo de costos es insuficiente, la participación de la sociedad civil es baja y hay limitaciones presupuestarias debidas a factores estructurales.

91. En el Plan Panárabe para la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, adoptado en 1992 por la Liga de los Estados Árabes, se fijaron metas para mediados del decenio con respecto a los objetivos de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Estas metas se reafirmaron en 1994 cuando los ministros de salud árabes instaron al establecimiento de sistemas de seguimiento eficaces y crearon un comité permanente para supervisar la ejecución. Muchos países han creado consejos o comités para tratar asuntos relacionados con el bienestar infantil, varios de los cuales han recibido apoyo de los niveles más altos, incluso del jefe del Estado o del gobierno.

92. Con la ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño por casi todos los países de la región, ésta ha entrado en una nueva era con respecto a las posibilidades de promover el bienestar y la protección de la infancia. Ahora es posible el examen de problemas que antes se mantenían ocultos, como el trabajo de menores y el abuso de niños, y este examen ha sido legitimado en foros públicos de alto nivel; y también es posible dirigir recursos y programas a la atención de las necesidades de los niños que padecen desventajas especiales. Varios países están armonizando su legislación con las disposiciones de la Convención sobre los Derechos del Niño.

6. Europa central y oriental, la Comunidad de Estados Independientes y los Estados bálticos

93. Cuando se examinan los progresos que se han hecho en Europa central y oriental, la CEI y los Estados bálticos hacia los objetivos para la infancia, debe recordarse que la mayoría de los países de la región tenían niveles altos de protección de los niños y de cobertura de los servicios sociales antes del actual período de transición. En la mayoría de los países los indicadores sociales y económicos han empeorado en la primera mitad del decenio. La transición de la economía de planificación centralizada a la economía de mercado ha producido un gran deterioro de los servicios. Al mismo tiempo las redes de seguridad social se han vuelto menos eficaces y las instituciones y los sistemas sociales tienen necesidad urgente de reforma.

94. Inicialmente se alcanzaron algunos objetivos, especialmente en materia de inmunización, pero en los dos o tres últimos años muchos de los países de la región han sufrido reveses, entre ellos brotes de poliomielitis y difteria. Estos países afrontan un problema raro en otras regiones: el de mantener y proteger logros anteriores importantes. Es necesario concentrarse más en las esferas de necesidad urgente, como la lucha contra las enfermedades diarreicas y las infecciones agudas de las vías respiratorias, ya que estas enfermedades representan el 60% de las defunciones de niños en la mayoría de los países.

95. Otra consecuencia del proceso de transición es que cada vez hay más niños en "circunstancias especialmente difíciles", atrapados en situaciones de guerra, abandonados en instituciones, presos por delincuencia juvenil o víctimas de explotación o abuso. Todos los países de la región han ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño, pero muchos carecen de los fondos para aplicarla. La atención se concentrará en medidas que no requieran mucho gasto público, y se buscará la colaboración de los medios de información y las organizaciones no gubernamentales.

96. Se han elaborado varios programas de emergencia mediante llamamientos consolidados hechos por el Departamento de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas. También se han iniciado proyectos especiales de corta duración que responden a la necesidad urgente de medicamentos esenciales escasos y suministros para mejorar los sistemas de atención médica de Belarús, la Federación de Rusia y Ucrania. En general, en estas actividades de emergencia también se tienen en cuenta reformas a más largo plazo del sector social e incluyen la promoción del aumento de la asignación de recursos a los servicios para niños y mujeres.

7. Países industrializados

97. Los países industrializados han desempeñado un papel importante en las actividades complementarias de la Cumbre Mundial. Para fines de mayo de 1996, 16 habían terminado sus programas nacionales de acción (véase el anexo II). Cada uno de estos programas se refiere a las medidas nacionales y a la cooperación internacional. Diez países ya han presentado informes sobre lo logrado hasta mediados del decenio (Australia, Austria, el Canadá, Dinamarca, España, los Estados Unidos, el Japón, Nueva Zelandia, Noruega y Suecia), y en Alemania y los Países Bajos la preparación del examen de mediados del decenio está en una etapa avanzada.

98. Las estimaciones aproximadas que se habían hecho antes de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia sugerían que típicamente menos del 10% de la AOD bilateral se asignaba a los servicios sociales básicos. Desde entonces, aunque la AOD ha registrado una tendencia general descendente, hay algunos indicios de que la proporción de la AOD bilateral que se destina al desarrollo social está aumentando. El Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE ha empezado hace poco a presentar datos subsectoriales sobre educación básica y salud básica, pero las primeras respuestas todavía no permiten una evaluación firme de las asignaciones actuales de la AOD a servicios sociales básicos. La reunión internacional de abril de 1996 sobre la Iniciativa 20/20 ayudó a aclarar problemas de definición relativos a los servicios sociales básicos y a allanar el camino hacia los mecanismos para seguir la ejecución en los países que la adopten.

99. Después de la Cumbre, varios donantes han aumentado su apoyo a los programas para reducir los trastornos causados por la carencia de vitamina A y los causados por la carencia de yodo, mejorar la calidad y la cobertura de la educación primaria y prestar servicios a los niños que se hallan en circunstancias especialmente difíciles. Varios donantes han indicado que han aumentado sus contribuciones al UNICEF (Dinamarca, el Japón, Nueva Zelandia y los Países Bajos), entre ellas las destinadas a la educación de las niñas en África, en particular las del Canadá y Noruega. El Canadá se ha fijado el objetivo de dedicar el 25% de la AOD a las "necesidades humanas básicas" generales, y en 1994 los Países Bajos fueron el primer donante que preparó un informe dedicado especialmente a la asistencia a la infancia.

100. En 1995 se cumplió el décimo aniversario del Programa Internacional de los Estados Unidos para la Supervivencia del Niño, que ha prestado asistencia importante a la erradicación de la poliomielitis en América. El Japón desarrolla una actividad semejante en Asia, y en abril de 1996 los dos países prometieron en una declaración conjunta colaborar en la lucha contra la poliomielitis y la malnutrición por falta de micronutrientes. Varios países donantes, entre ellos Dinamarca, los Países Bajos, el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte y Suecia, han adoptado la reducción de la pobreza, la promoción de los derechos humanos y el buen gobierno como tareas prioritarias de la cooperación para el desarrollo; los servicios sociales para los niños y las mujeres y los programas para hacer efectiva la Convención sobre los Derechos del Niño se incluyen en estas categorías.

C. Examen objetivo por objetivo de los progresos
logrados a mediados del decenio

101. El concepto de los objetivos para la infancia fue elaborado originalmente por el UNICEF como contribución al Cuarto Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Los objetivos en pro de la infancia debían servir a la vez de vanguardia de la regeneración de las actividades de promoción del desarrollo humano en conjunto y de punto de referencia para los progresos hacia un mejoramiento socioeconómico más amplio. Por tanto los progresos que se hagan en el logro de estos objetivos deben considerarse parte de un movimiento mucho mayor encabezado por las Naciones Unidas, que sigue en marcha.

102. Para fines de junio de 1996, 34 países habían terminado el examen oficial de los progresos hechos hasta mediados del decenio y 56 lo estaban haciendo, entre ellos varios países industrializados. A nivel regional, los países del Asia oriental y el Pacífico hicieron un examen ministerial en Hanoi en noviembre de 1995; se prevén exámenes regionales de alto nivel parecidos de los países de la SAARC y de América en agosto de 1996. En el plano internacional se han hecho dos importantes exámenes conjuntos de mediados del decenio con la UNESCO y la OMS. El presente informe refleja los resultados de los exámenes nacionales, regionales e internacionales disponibles al fin de junio de 1996.

103. En la sección siguiente del informe se examinan los progresos logrados con respecto a cada objetivo en una perspectiva mundial. Los siete objetivos principales y los 20 objetivos de apoyo de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y los objetivos para mediados del decenio se han consolidado, para racionalizar e indicar sus relaciones. Los objetivos considerados son los que se incluyen en las categorías de salud, nutrición y educación, y los objetivos principales de la reducción de la mortalidad de niños pequeños y la mortalidad derivada de la maternidad.

104. Cada tema se analiza con respecto a las metas para mediados y para el fin del decenio, según las siguientes categorías: enunciación de los objetivos pertinentes; enunciación del problema que se buscaba resolver alcanzando los objetivos; resumen de los progresos hechos hacia el objetivo, incluida una descripción de las estrategias adoptadas cuando corresponde; y una indicación de las principales medidas futuras. En el caso de los objetivos de salud y nutrición, la exposición se basa en un análisis más largo presentado en la reunión de mayo de 1996 del Comité Mixto de Política Sanitaria del UNICEF y la OMS, con algunos datos actualizados. En un informe de esta extensión es inevitable sacrificar el análisis país por país en favor de una vista general de los progresos mundiales y regionales. Nótese también que todavía no se han recibido los datos estadísticos de las encuestas de grupos basadas en varios indicadores y otras encuestas de muchos países. Sin embargo, se han reunido y examinado datos recientes de encuestas nacionales e informes periódicos que permiten determinar aproximadamente el grado en que se han logrado los objetivos.

105. El único objetivo importante de la Cumbre que no se ha tratado especialmente es el de "dar mejor protección a los niños en circunstancias particularmente difíciles", ya que sobre este punto no se fijaron metas mensurables y el objetivo refleja principalmente las dificultades y complejidades de la situación de los niños en muchas situaciones desventajosas.

El establecimiento de indicadores mensurables aplicables a diferentes tipos de desventaja en situaciones diferentes ha atraído atención considerable después de la Cumbre. Se están gestando nuevas políticas y nuevos programas en respuesta a la necesidad de hacer mucho más en favor de los niños que padecen abandono, explotación o abuso, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo. Puede decirse que se ha avanzado un poco hacia el objetivo, pero, dada la magnitud de los problemas, queda mucho más por hacer.

1. Mortalidad infantil y mortalidad de niños menores de 5 años

La promesa

106. Objetivo para el fin del decenio. Entre 1990 y 2000, reducción en un tercio de la tasa de mortalidad de niños menores de un año y la de menores de 5 años, o a 50 y 70 por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente, si estas tasas son menores.

107. Resumen de la situación a mediados del decenio. Cerca del 40% de los países - que tienen un quinto de la población mundial de niños menores de 5 años - han reducido la tasa de mortalidad infantil y la de menores de 5 años en la medida necesaria para alcanzar el objetivo para el fin del decenio. Un 44% de los países - que tienen unos dos tercios de la población mundial de menores de 5 años - probablemente no alcanzarán el objetivo con el nivel de actividad actual.

El problema

108. Cada año mueren unos 12 millones de menores de 5 años. Cerca de la mitad de estas muertes son imputables a infecciones agudas de las vías respiratorias y enfermedades diarreicas, un 20% a enfermedades prevenibles con vacunas y de paludismo, y la mayoría del 30% restante de las muertes ocurre en el período neonatal.

109. Hay intervenciones prácticas y económicas para prevenir la mayoría de estas defunciones: la inmunización contra enfermedades prevenibles mediante vacunas, la TRO contra la deshidratación diarreica, el uso de mosquiteros impregnados con sustancias repelentes y el uso de antibióticos para tratar las infecciones. La gran mayoría de estos niños podrían salvarse.

Avances logrados

110. Como la mortalidad infantil (es decir, la de niños menores de 1 año) está incluida en la mortalidad de niños menores de 5 años, en esta sección sólo se trata de la segunda.

111. En los últimos 30 años la tasa de mortalidad de los menores de 5 años (TMM5) se ha reducido a la mitad en el mundo entero. Los últimos cálculos sugieren que se salvan unos 7 millones de niños por año. La TMM5 mundial siguió bajando en el decenio de 1990, pero hay grandes disparidades entre las regiones y los países en los progresos logrados hacia el objetivo.

112. Si se compara la tasa media anual de reducción de la TMM5 que los países lograron en el período de 1980 a 1994 con la tasa de reducción necesaria para

alcanzar el objetivo en el año 2000, se ve que cerca del 40% de los países están bien encaminados para alcanzar el objetivo. Tres cuartas partes de los países del Oriente Medio y el África septentrional y de los países industrializados están bien encaminados, y también lo están cerca del 60% de los países de América Latina y el Caribe, alrededor de la mitad de los de Asia y el Pacífico y cerca de un quinto de los de Europa central y oriental, la CEI y los Estados bálticos. Sólo un país del Asia meridional está en situación parecida, y en el África al sur del Sáhara son muy pocos los países bien encaminados.

113. En cuanto al número de niños afectados, los países bien encaminados representan sólo un quinto de los niños menores de 5 años del mundo. Otra sexta parte de los países han hecho progresos considerables hacia los objetivos; estos países tienen cerca del 15% de los menores de 5 años. No es probable que el 44% restante de los países - en donde habita la mayoría de los menores de 5 años del mundo - alcance los objetivos sin dedicación renovada y medidas enérgicas.

114. Incluso si se fijara como meta reducir la tasa sólo en un tercio (en vez de reducirla a menos de 70 por cada 1.000 nacidos vivos), parece que esta meta es inalcanzable en los países de alta mortalidad con el nivel de acción actual. Muchos no están logrando resultados que permitan acercarse a una reducción de un tercio al fin del decenio. Los países con emergencias de carácter complejo forman parte de este grupo, pero son una minoría.

115. Sin embargo, algunos países han demostrado que es posible mantener una apreciable reducción de la mortalidad en un período largo. Durante más de 10 años, el 60% de los países del Oriente Medio y el África septentrional han mantenido una reducción anual media del 5% o más, y en América Latina y el Caribe casi la mitad de los países han mantenido esta tasa.

Cuadro 1

Progresos logrados hacia el objetivo de reducción
de la mortalidad de los menores de 5 años

Región	Porcentaje de los países (porcentaje de la población de menores de 5 años)		
	Bien encaminados	Progresos considerables	Dificultades
África al sur del Sáhara	5 (0)*	10 (4)	85 (96)
Oriente Medio y África septentrional	75 (76)	6 (6)	19 (18)
Asia meridional	14 (1)	14 (10)	72 (89)
Asia oriental y el Pacífico	47 (25)	13 (2)	40 (73)
América Latina y el Caribe	59 (44)	27 (46)	14 (10)
Europa central y oriental, CEI y Estados bálticos	22 (27)	30 (25)	48 (48)
Países industrializados	74 (36)	17 (56)	9 (8)
Total mundial	39 (21)	17 (14)	44 (64)

Fuente: UNICEF (países con población de 1 millón de habitantes o más).

* Representa menos del 0,5% de la población menor de 5 años.

/...

Principales medidas futuras

116. Hay que dar prioridad a las regiones en que la mortalidad es mayor: el África al sur del Sáhara y el Asia meridional. En los países de gran mortalidad, especialmente en los que registran escasos progresos, es necesario revisar las estrategias de reducción de la mortalidad de niños, sobre la base de una evaluación más global de los factores en juego. Una causa de la falta de progreso es la ejecución deficiente de la inmunización, la lucha contra la diarrea o la reducción de las infecciones agudas de las vías respiratorias. Sin embargo, hay otros factores que afectan el nivel de mortalidad, y es necesario conocerlos mejor para aplicar métodos más eficaces.

117. Aunque las intervenciones siguen dirigiéndose a las principales causas de muertes de niños prevenibles, es necesario ampliar el acceso al tratamiento eficaz e integrado de las enfermedades de niños en establecimientos médicos de primer nivel.

118. También son aspectos muy importantes la adopción de decisiones en el hogar y el cambio sostenido de la conducta de las personas. Todas las familias deben informarse mediante buenos programas de comunicación y educación de lo que deben hacer para mejorar la salud de los niños, adoptando ellas mismas nuevas prácticas, como el uso de la TRO o de mosquiteros impregnados para combatir el paludismo, o llevando oportunamente los niños enfermos de diarrea o neumonía a un servicio médico.

119. Casi todos los niños de los países desarrollados tienen acceso a tratamientos simples y económicos que los protegen de la muerte por neumonía, diarrea, sarampión, paludismo o malnutrición. En los países en desarrollo son muchísimos los niños que no tienen acceso a estos tratamientos, y se necesitan recursos para proveer suministros suficientes. Todos los proveedores de servicios atención médica y todas las comunidades deben tener un suministro continuo de los medicamentos esenciales para el tratamiento de las principales enfermedades infantiles.

2. Inmunización, sarampión, tétanos neonatal y poliomielitis

La promesa

120. Objetivos para el fin del decenio. Mantener un alto nivel de cobertura de la inmunización (por lo menos el 90% de los niños menores de un año para el año 2000) con los antígenos del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis, y contra el tétanos para las mujeres en edad de procrear; y erradicar la poliomielitis en el mundo entero.

121. Objetivos para mediados del decenio. Aumentar la cobertura de la inmunización con los seis antígenos del PAI a un 80% o más en todos los países; reducir en un 95% la mortalidad por sarampión y en un 90% los casos de sarampión para 1995 con respecto al nivel anterior a la inmunización, como paso importante hacia la eliminación mundial del sarampión a largo plazo; erradicar la

poliomielitis en algunos países y regiones para 1995; eliminar el tétanos neonatal para 1995.

122. Resumen de la situación a mediados del decenio. La gran mayoría de los países han alcanzado el objetivo de cobertura de la inmunización con todos los antígenos, excepto el toxoide tetánico. Ha habido reducciones considerables de la poliomielitis, que se ha erradicado en muchos países. Se han logrado grandes progresos en la eliminación del tétanos neonatal, y los objetivos de reducción del número de muertes y de casos de sarampión se alcanzaron en algunas regiones, pero no en todo el mundo.

El problema

123. Sin el programa de inmunización actual, unos 5 millones de niños morirían cada año de enfermedades prevenibles por inmunización: 2,7 millones de sarampión, 1,2 millones de tétanos neonatal, 1 millón de tos ferina y 0,1 millones de difteria. Además, la poliomielitis produciría 0,8 millones de parálisis. Con el nivel actual de inmunización se salvan casi 3 millones de niños pequeños por año, pero todavía mueren 2 millones de enfermedades prevenibles por inmunización.

124. La carga de las enfermedades prevenibles por inmunización es máxima en el África al sur del Sáhara y en otras zonas en que no hay un buen desempeño general del PAI, la infraestructura sanitaria es en general deficiente y los disturbios civiles o las presiones económicas producen un bajo nivel de gastos sociales.

125. Pese a las mejoras en la inmunización infantil del último decenio, en muchos países en desarrollo el sarampión sigue siendo un problema de salud pública importante. La interferencia de los anticuerpos maternos reduce la eficacia de la vacuna al 85% en los niños de nueve meses, y a menos en los de edades menores. La enfermedad es muy contagiosa y la transmisión puede ocurrir rápidamente antes que aparezcan síntomas clínicos.

126. El tétanos neonatal es un problema de salud pública importante en los partos no atendidos por parteras profesionales. Los principales factores de riesgo de muerte por tétanos neonatal son la falta de vacunación de las mujeres y el parto en condiciones no higiénicas.

127. Después de haber sido contenida durante más de 30 años, la difteria ha resurgido en la Comunidad de Estados Independientes y se propagó a casi toda la CEI en el período 1993-1994. Este rebrote indica la necesidad de atención constante a la inmunización.

128. Algunas regiones del mundo todavía soportan una pesada carga de poliomielitis; incluso donde la transmisión se ha detenido, hay que continuar la inmunización hasta que se haya logrado la erradicación mundial.

Avances logrados

129. En el decenio de 1980 la cobertura de la inmunización aumentó sobremanera, y en 1990 llegó a una media mundial del 83% para la tercera dosis de la vacuna triple contra la difteria, la tos ferina y el tétanos. El objetivo para

mediados del decenio (medido según la inmunización con la tercera dosis de la vacuna triple) se ha alcanzado en 129 países, y la situación está a 10 puntos porcentuales del objetivo en otros 17. Por tanto 76% de los países han llegado o casi han llegado al objetivo para mediados del decenio, y muchos más están cerca.

130. Ya se ha alcanzado una tasa de cobertura de 90% (el objetivo para el año 2000) en 89 países, incluidos 59 países en desarrollo. No obstante en los países en que ha habido poco aumento de la cobertura será necesario un nuevo impulso para alcanzar el objetivo de fin del decenio.

Cuadro 2

Países que han alcanzado el objetivo de inmunización
o casi lo han alcanzado

Región	Tasa de cobertura de la tercera dosis de la vacuna triple del 80% o más		
	Número de países	Porcentaje de países	Porcentaje de los niños de 1 año
África al sur del Sáhara	11	24	14
Oriente Medio y África septentrional	17	85	83
Asia meridional	4	50	71
Asia oriental y el Pacífico	23	79	94
América Latina y el Caribe	30	83	57
Europa central y oriental, CEI y Estados bálticos	21	78	66
Países industrializados	23	88	98
Total mundial	129	67	69

Fuente: UNICEF y OMS.

131. La media mundial oculta grandes variaciones de las tasas de cobertura nacionales, que van del 13% al 100%. De los 18 países con muy escasa cobertura (menos del 50%), 14 están en el África al sur del Sáhara. Las variaciones regionales indican problemas particulares, como la gestión del PAI en Asia, la infraestructura de servicios médicos en África y los suministros en los países en transición. En todo el mundo, es difícil y costoso hacer llegar los servicios a las zonas remotas.

132. En cuanto al sarampión, la inmunización actual previene aproximadamente el 72% de los 130 millones de casos de sarampión y cerca del 85% de los 2,7 millones de muertes de sarampión que podrían haber ocurrido en 1995 sin la inmunización. Los números de casos y de muertes de sarampión son estimaciones basadas en las tasas de cobertura y la eficacia de la vacuna. En el cuadro 3 se indica la reducción porcentual de la mortalidad y la morbilidad.

Cuadro 3

Reducción de los casos y las defunciones de sarampión

Región	Reducción porcentual de	
	Casos de sarampión	Defunciones por sarampión
África al sur del Sáhara	34	65
Oriente Medio y África septentrional	75	96
Asia meridional	69	87
Asia oriental y el Pacífico	82	95
América Latina y el Caribe	100	100
Europa central y oriental, CEI y Estados bálticos	85	95
Países industrializados	88	94
Total mundial	74	86

Fuente: OMS.

133. Ha resultado eficaz el método de lucha contra el sarampión basado en el concepto de "alto riesgo", en el cual las campañas se dirigen a las poblaciones de niños especialmente expuestas al riesgo de contraer la enfermedad. La vacunación contra el sarampión de las poblaciones de niños expuestas a alto riesgo (por ejemplo, refugiados), acompañada de la distribución de vitamina A, es un modo eficaz de destinar los recursos a los más vulnerables.

134. El objetivo de la erradicación de la poliomielitis se estableció en 1988, año en que se registraron unos 35.000 casos. Hoy se registran unos 6.000 por año. La poliomielitis se ha declarado erradicada en todos los países de América. Además de estos 27 países, 70 de los 168 países sobre los cuales se dispone de datos no han registrado casos en los tres últimos años, y 13 no han registrado casos en el último año. Como el número de casos registrados ha disminuido en un 83% en siete años, hay buenas perspectivas de erradicar la poliomielitis para el año 2000. Sin embargo, los restantes son los países en los cuales la erradicación es más difícil.

135. De los 1,2 millones de muertes por tétanos neonatal que se producirían anualmente sin inmunización, se previene ahora un 61%. Alrededor del 80% de las muertes ocurren en sólo 12 países, que necesitan un esfuerzo especial.

136. Desde 1990 las muertes por tétanos neonatal se han estabilizado en alrededor de 0,5 millones por año a pesar del crecimiento de la población. Se estima que hoy se salva de esta enfermedad un número mayor, unos 670.000 niños por año. Casi el 80% de los 192 países informantes prácticamente la han eliminado reduciendo la tasa a menos de 1 por cada 1.000 nacidos vivos en cada distrito del país, o tienen una tasa de menos de 1 por cada 1.000 nacidos vivos en todo el país.

137. La inmunización ha combinado un método orientado hacia el logro de los objetivos con la sostenibilidad a largo plazo. Son cada vez más los países que financian programas de inmunización propios, y los medios para ejecutarlos son

casi totalmente nacionales. Han revestido importancia la descentralización y la ampliación de los servicios médicos de inmunización infantil.

Principales medidas futuras

138. El problema principal sigue siendo la movilización de la voluntad política y del compromiso financiero. El éxito del programa de erradicación de la poliomielitis puede servir de factor movilizador y de modelo para los demás programas.

139. La lucha contra el sarampión debe ceñirse a una sucesión de estrategias que empieza con la mejora de las prácticas de inmunización, prosigue con un servicio de extensión especial para las poblaciones de alto riesgo y termina con la prevención de brotes. Esto requiere mejorar la vigilancia. La prevención del tétanos neonatal debe concentrarse en las poblaciones de alto riesgo.

140. El seguimiento de los programas de inmunización es en general de mejor calidad que el de los progresos hacia otros objetivos, pero todavía es necesario mejorar la vigilancia de los programas de erradicación y eliminación. En los países que han registrado pocos progresos, la vigilancia debe comenzar en las zonas urbanas, especialmente en las poblaciones de los barrios de tugurios o de personas indocumentadas. Es necesario aumentar la vigilancia de la poliomielitis en las zonas endémicas, especialmente en los países que están próximas a la erradicación.

3. Enfermedades diarreicas

La promesa

141. Objetivo para el fin del decenio. Reducir en un 50% la mortalidad por diarrea en los niños menores de 5 años y en un 25% la incidencia de diarrea.

142. Objetivo para mediados del decenio. Uso de la terapia de rehidratación oral (TRO: aumento de la ingestión de líquidos) y la alimentación continua en 80% de los casos por lo menos. (En esta sección se informa sobre la proporción de niños que reciben paquetes de sales de rehidratación oral disueltas en agua potable o líquidos caseros recomendados.)

143. Resumen de la situación a mediados del decenio. En los países que han comunicado la proporción de niños con diarrea que reciben las sales o líquidos caseros, en general se ha logrado el objetivo. Sin embargo, el uso de la TRO (mayor ingestión de líquidos) y de la alimentación continua como tratamiento óptimo de la diarrea es bastante menos frecuente.

El problema

144. Más de 3 millones de muertes por año (1 de cada 4) entre los menores de 5 años de los países en desarrollo se atribuyen a las enfermedades diarreicas. La mayor parte se deben a la deshidratación y podrían prevenirse con la TRO (el aumento de la ingestión de líquidos) y la continuación de la alimentación del niño durante el episodio diarreico. Aunque los niños ya estén deshidratados, es posible salvar a la mayoría con las sales de rehidratación oral.

145. Los ataques de diarrea debilitan al niño pequeño y a menudo están relacionados con la malnutrición proteico-energética. Para mantener el estado nutricional del niño y tratar la diarrea persistente, es muy importante que el niño siga recibiendo una buena alimentación durante la diarrea.

Avances logrados

146. En los últimos cinco años ha habido una apreciable mejora del tratamiento doméstico de la diarrea, que ha salvado la vida a cerca de 1 millón de niños por año. En 1990 las sales y los líquidos caseros se habían usado probablemente en un tercio de los casos de diarrea. Para mediados del decenio, el nivel medio de uso (en 33 países informantes, en que habita casi la mitad de los menores de cinco años del mundo en desarrollo) era del 85%, con una variación del 71% al 98% según la región.

147. Todavía no se ha avanzado tanto en el uso de la TRO (mayor ingestión de líquidos) y la alimentación continua. Cuando se fijó el objetivo no se hacía tanto hincapié en el aumento de la ingestión de líquidos como ahora, y no se tenían datos sobre el volumen (en contraposición a la naturaleza) de los líquidos que se daban a los niños con diarrea. Se acepta ampliamente que la práctica de aumentar la ingestión de líquidos era rara en 1990, y que aún hoy va a la zaga del uso de las sales y líquidos caseros.

148. No es sólo que el nivel de uso de la TRO y la alimentación continua es bajo en algunos países, sino que además estas prácticas distan de ser una solución completa del problema de la mortalidad por diarrea. Para reducir en un 50% las muertes por diarrea es necesario que las madres sepan cuándo deben llevar al niño al trabajador sanitario y que el personal sanitario sea capaz de tratar la deshidratación aguda, la diarrea persistente y la disentería.

Cuadro 4

Tasas de uso de sales de rehidratación oral y líquidos caseros recomendados y porcentaje de países informantes

	Tasa	Porcentaje de países informantes	Porcentaje de los menores de 5 años representados
África al sur del Sáhara	89	29	58
Oriente Medio y África septentrional	71	25	34
Asia meridional	96	38	25
Asia oriental y el Pacífico	83	19	81
América Latina y el Caribe	78	14	31
Europa central y oriental, CEI y Estados bálticos	98	8	3
Países industrializados	85	23	49

Fuente: Encuestas de grupos de indicadores, programa de lucha contra las enfermedades diarreicas, encuestas de demografía y salud y otras encuestas.

149. El objetivo es posible alcanzar; pueden obtenerse reducciones rápidas y considerables de la mortalidad por diarrea si se combinan bien programas eficaces, empeño político, recursos suficientes, comunicación y movilización, y medición. Por ejemplo, México entre 1990 y 1993 logró reducir en un 56% la mortalidad por diarrea de los niños menores de 5 años.

Principales medidas futuras

150. Si no se mantienen la dedicación y los recursos, los programas de lucha contra las enfermedades diarreicas dejarán de avanzar e incluso retrocederán. Es necesario lograr un nivel alto de uso de la TRO y mantenerlo. Capacitar, motivar y movilizar a la profesión médica y a los dirigentes políticos para que hagan lo necesario para que las madres puedan aplicar medidas sanitarias sencillas y baratas contra esta enfermedad infantil común pero peligrosa es una tarea prioritaria de salud pública.

151. Debe prestarse mucha atención a los mensajes de salud pública, de manera que se haga hincapié en la TRO y la alimentación continua y se transmita información correcta sobre el uso de las sales de rehidratación oral y los líquidos caseros recomendados en el tratamiento doméstico de la diarrea, y sobre la necesidad de buscar atención médica si la afección persiste.

152. También hay que tomar medidas para reducir la incidencia de la propia diarrea, entre ellas la difusión del abastecimiento de agua potable y los medios sanitarios de eliminación de excrementos y la promoción de la lactancia natural exclusiva durante un período de 4 a 6 meses, la higiene personal (incluso el lavado de las manos, los alimentos y los utensilios de cocina y comidas), la inmunización contra el sarampión y el suministro de vitamina A.

153. Aunque el número de casos y el de defunciones de diarrea pueden estimarse a nivel mundial, el seguimiento a nivel nacional es problemático. Hay que elaborar medios prácticos de seguir los avances, incluida una afinación de los indicadores del proceso.

4. Dracunculosis

La promesa

154. Objetivo para el fin del decenio. Eliminar la dracunculosis.

155. Objetivo para mediados del decenio. Interrumpir la transmisión de la dracunculosis en todas las aldeas afectadas.

156. Resumen de la situación a mediados del decenio. El objetivo se ha alcanzado en general en la mayoría de los países en que la enfermedad es endémica. Sólo los países con conflictos armados han quedado a la zaga.

El problema

157. La dracunculosis es una enfermedad parasitaria debilitante transmitida por el agua que hace sólo cinco años afectaba a millones de personas. La enfermedad rara vez es mortal, pero la infección es sumamente dolorosa y puede incapacitar

al enfermo durante períodos largos. Cuando una mujer está infectada, hay un descenso apreciable del estado de nutrición de sus hijos y de las actividades de cuidado del niño, como las visitas al dispensario. El niño puede no poder asistir a la escuela cuando está incapacitado temporalmente por la enfermedad o cuando se hace cargo del trabajo de un padre incapacitado.

Avances logrados

158. La mayoría de los programas nacionales de erradicación de la dracunculosis no se establecieron hasta 1990 o después, pero han tenido gran éxito y han conseguido grandes progresos en poco tiempo. Se ha erradicado el gusano de Guinea en 15.000 aldeas y se estima que la incidencia de la enfermedad ha disminuido en un 97%.

159. Por consiguiente la dracunculosis está a punto de ser eliminada, y el objetivo para el fin del decenio podría alcanzarse. La mayoría de los focos restantes se hallan en comunidades apartadas de 16 países africanos, el Yemen y la India. El Pakistán está libre de la enfermedad desde 1993, y otros cinco países han registrado menos de 100 casos en 1995.

160. Como en tantos otros casos, la clave del éxito ha estribado en las comunidades que ejecutan los programas y reciben los beneficios. Las asociaciones entre donantes, organizaciones no gubernamentales, organismos de las Naciones Unidas y gobiernos también han sido muy fructíferas.

161. Los conflictos y la inseguridad han sido los principales obstáculos a la erradicación. En el Sudán se halla casi la mitad de los casos de dracunculosis que quedan en el mundo, y necesitará más asistencia técnica, operacional y financiera. La dedicación política al programa exige que todas las partes en conflicto permitan el acceso a las zonas en que debe ejecutarse el programa.

162. El seguimiento de la dracunculosis ofrece enseñanzas útiles para otras intervenciones sanitarias. El registro de los casos de dracunculosis ha sido mucho más eficiente económicamente que cualquier otro intento de seguimiento a nivel de la aldea, y el uso de mapas para esta vigilancia ha sido útil para la planificación y la adopción de decisiones en otros programas.

Principales medidas futuras

163. A medida que los países se acercan al objetivo de la erradicación, la financiación escasea, y varios programas nacionales contra la dracunculosis corren peligro. Es necesario mantener el impulso hasta llegar a la erradicación total.

164. La movilización lograda en torno a la lucha contra la dracunculosis no debe disiparse, sino dirigirse a otra meta. Si los servicios de erradicación del gusano de Guinea pueden integrarse ahora en otros programas de atención médica comunitaria, su capacidad puede trasladarse a la lucha contra otras enfermedades de zonas pobres y apartadas.

5. Infecciones agudas de las vías respiratorias

La promesa

165. Objetivo para el fin del decenio. Reducir en un tercio las muertes debidas a las infecciones agudas de las vías respiratorias entre los niños menores de 5 años.

166. Resumen de la situación a mediados del decenio. De los 88 países en desarrollo en que la neumonía bacteriana es común, 59 han iniciado programas activos de lucha contra las infecciones agudas de las vías respiratorias, pero es difícil medir el progreso hacia el objetivo, pues en 1990 pocos países tenían datos exactos sobre la mortalidad causada por dichas infecciones.

El problema

167. En los países en desarrollo las infecciones agudas de las vías respiratorias, especialmente la neumonía, son la causa de muerte más común en los menores de 5 años. Alrededor de un tercio de la mortalidad de niños anual, o sea unos 4 millones de defunciones, están asociadas con las infecciones agudas de las vías respiratorias. Entre el 30% y el 40% de las visitas pediátricas a servicios médicos tienen que ver con infecciones de las vías respiratorias.

168. La administración correcta de antibióticos puede evitar la muerte por neumonía de muchos niños. El tratamiento normal con antibióticos podría evitar entre el 30% y el 60% de la mortalidad de niños relacionada con las infecciones agudas de las vías respiratorias, pero este tratamiento no está al alcance de muchos de los niños que lo necesitan.

Avances logrados

169. A comienzos del decenio eran pocos los países que tenían los conocimientos y los instrumentos necesarios para reducir la mortalidad debida a las infecciones agudas de las vías respiratorias, por lo cual no se fijó un objetivo de reducción de dichas infecciones para mediados del decenio. Desde entonces se han hecho progresos tanto en la mejora del tratamiento en los dispensarios como en los cambios en la conducta en el hogar para disminuir la mortalidad por neumonía. De los 88 países en desarrollo con tasas de mortalidad infantil de más de 40 por cada 1.000 nacidos vivos, 59 habían iniciado programas activos de lucha contra las infecciones agudas de las vías respiratorias a fines de 1994.

170. La estrategia central de lucha contra las infecciones agudas de las vías respiratorias es el tratamiento adecuado de los enfermos. Las madres deben poder reconocer dichas infecciones y buscar tratamiento para sus hijos cuando sea necesario, y debe haber en la comunidad trabajadores sanitarios bien capacitados y provistos de los antibióticos adecuados.

171. Se ha introducido la capacitación en el tratamiento clínico de las infecciones agudas de las vías respiratorias en el marco de programas de lucha contra dichas infecciones, con materiales didácticos normales y conforme a criterios normales de calidad. Hasta hoy se ha impartido esta capacitación a más de 50.000 médicos, 85.000 enfermeras y 70.000 trabajadores sanitarios comunitarios.

Cuadro 5

Países que ejecutan programas contra las infecciones
agudas de las vías respiratorias

Región	Países destinatarios	Países en que se realizan actividades
África al sur del Sáhara	42	22
Oriente Medio y África septentrional	15	9
Asia meridional	7	7
Asia oriental y el Pacífico	8	8
América Latina y el Caribe	15	12
Europa central y oriental CEI y Estados bálticos	1	1
Total mundial	88	59

Fuente: OMS.

172. La conducta adecuada de la familia en busca de atención médica se está midiendo mediante encuestas por hogares en 60 países en desarrollo, y esta información servirá de base para planificar los programas de lucha contra las infecciones agudas de las vías respiratorias. Sin embargo, la medición de la mortalidad por dichas infecciones sigue fuera del alcance de la mayoría de los programas nacionales a mediados del decenio. Por tanto la medición de la baja de la mortalidad por infecciones agudas de las vías respiratorias será a lo sumo aproximada.

Principales medidas futuras

173. La mejora del tratamiento del enfermo en el hogar y en los servicios médicos es la clave de una reducción considerable de la mortalidad infantil. Es necesario mejorar no sólo los servicios médicos de primer nivel, sino también los hospitales que atienden a los enfermos graves. Para alcanzar el objetivo de la Cumbre hay que acelerar la ejecución de los programas de lucha contra las infecciones agudas de las vías respiratorias.

174. Las bacterias causantes de la neumonía se vuelven cada vez más resistentes a los antibióticos normales, y los gobiernos necesitarán ayuda en la adopción de una política sobre los antibióticos que se usarán contra las infecciones agudas de las vías respiratorias. El suministro continuo de los antibióticos adecuados será una de las principales tareas de los organismos nacionales e internacionales.

6. Mortalidad derivada de la maternidad

La promesa

175. Objetivos para el fin del decenio. Reducción de la mortalidad derivada de la maternidad en el año 2000 a la mitad del nivel de 1990.

176. Resumen de la situación a mediados del decenio. Las nuevas estimaciones de la OMS y el UNICEF indican que la mortalidad derivada de la maternidad se ha subestimado sobremanera y que en 1990 hubo unas 585.000 muertes debidas a la maternidad. No hay indicios de progresos considerables a nivel mundial. Se ha llegado a un consenso sobre las estrategias más eficaces: tratamiento adecuado del embarazo y el parto, acceso a servicios de salvamento cuando surgen complicaciones y prevención de los embarazos involuntarios.

El problema

177. Según los nuevos datos, en 1990 hubo unas 585.000 muertes causadas por la maternidad, lo cual indica que la mortalidad relacionada con el embarazo se había subestimado considerablemente en el pasado.

Cuadro 6

Estimaciones revisadas de la mortalidad derivada de la maternidad en 1990

Región	Tasa de mortalidad derivada de la maternidad (muertes de madres por cada 100.000 nacidos vivos)	Número de defunciones de madres (miles)
África al sur del Sáhara	980	219
Oriente Medio y África septentrional	320	32
Asia meridional	610	224
Asia oriental y el Pacífico	210	80
América Latina y el Caribe	190	22
Europa central y oriental, CEI y Estados bálticos	95	7
Países industrializados	17	2
Total mundial	430	585

Fuente: OMS y UNICEF.

178. La mayoría de las muertes obedecen a causas obstétricas: hemorragia, septicemia, eclampsia, parto obstruido y aborto en condiciones de riesgo. En los países en desarrollo, aproximadamente el 20% de las muertes relacionadas con el embarazo están vinculadas con enfermedades como la anemia y el paludismo, que se agravan con el embarazo.

179. En el mundo en desarrollo, menos de la mitad de las parturientas son atendidas por una partera profesional o un médico. Sólo el 59% de las embarazadas reciben atención prenatal. Aunque cerca del 15% de las mujeres tienen complicaciones durante el embarazo o el parto, una proporción desconocida aunque elevada no tiene acceso a atención obstétrica de emergencia.

Avances logrados

180. La medición de la mortalidad derivada de la maternidad es sumamente difícil y en la mayoría de los países no hay información fidedigna para establecer datos de referencia y tendencias. La OMS y el UNICEF han elaborado un nuevo método para estimar la mortalidad derivada de la maternidad en los países en que las estimaciones oficiales son insuficientes, y están preparando directrices para el seguimiento de los progresos mediante la reunión de datos sobre la difusión de los servicios obstétricos y la proporción de las mujeres con complicaciones que recurren a éstos.

181. El mejor conocimiento del mecanismo de la mortalidad derivada de la maternidad ha traído consigo cambios de método. La mayor parte de las muertes relacionadas con el embarazo pueden prevenirse combinando el tratamiento adecuado del embarazo y el parto, el acceso a una atención obstétrica esencial de salvamento y el acceso a servicios de planificación de la familia para evitar los embarazos involuntarios. Se necesita un sistema de atención médica eficaz con vínculos entre todos los niveles y derivación informada de las pacientes por personal bien capacitado; esto es particularmente necesario para atender las complicaciones que ponen en peligro la vida.

182. El reconocimiento de la magnitud y el carácter de las emergencias relacionadas con el embarazo ha suscitado una reevaluación del papel de las parteras tradicionales en la salud reproductiva. En lo que concierne al parto, hay que hacer hincapié en el establecimiento de vínculos entre las parteras tradicionales y los proveedores de servicios médicos estructurados. Se ha demostrado que la capacitación de las parteras tradicionales sin vinculación con el sistema de atención médica tiene un efecto insignificante en la mortalidad derivada de la maternidad.

183. Aunque no se conocen progresos mensurables hacia el objetivo, el impulso que ha cobrado recientemente la causa de la mujer a nivel nacional y en los foros internacionales se manifiesta en la mayor atención que se presta a la salud reproductiva en general y a la mortalidad derivada de la maternidad en particular. Se prevé que el fortalecimiento de las asociaciones entre los gobiernos, los organismos de las Naciones Unidas, las asociaciones profesionales y los defensores de la salud de la mujer a nivel mundial, nacional y comunitario producirá mejoras mucho más importantes en la segunda mitad del decenio.

Principales medidas futuras

184. Hay que tomar con prioridad medidas dentro del sistema de atención primaria y secundaria de la salud para mejorar el acceso al tratamiento clínico de emergencia de las complicaciones obstétricas y fortalecer los servicios relacionados con el embarazo para todas las mujeres.

185. Las intervenciones para la maternidad sin riesgos deben concebirse de manera que incluyan la planificación de la familia, la atención prenatal y la atención del parto y el puerperio. Los agentes de salud reproductiva deben recibir capacitación en consecuencia. El objetivo es asegurar un proceso continuo de atención durante toda la vida de la mujer.

186. Las actividades de información, educación y comunicaciones deben dirigirse no sólo a las mujeres sino también a los hombres y a los miembros de la comunidad cuyas actitudes y acciones pueden afectar la salud de las mujeres, y especialmente a los que puedan organizar el transporte en caso de emergencia.

187. A la luz de las nuevas estimaciones de la OMS y el UNICEF, cada país debe examinar su situación con respecto a la tasa de mortalidad derivada de la maternidad, y elaborar programas de bajo costo con objetivos y estrategias realistas especialmente adaptados a las circunstancias nacionales.

7. Malnutrición de niños

La promesa

188. Objetivo para el fin del decenio. Reducir en un 50% la malnutrición grave y moderada de los menores de cinco años entre 1990 y 2000.

189. Objetivo para mediados del decenio. Reducir en una quinta parte o más la malnutrición grave o moderada de los menores de cinco años con respecto al nivel de 1990.

190. Resumen de la situación a mediados del decenio. En general, la tasa de malnutrición de niños parece ser la misma que en 1990. Alrededor del 31% de los niños menores de cinco años del mundo tienen un peso inferior al normal; la mayoría se halla en el Asia meridional, donde cerca del 50% están malnutridos; en el África al sur del Sáhara la proporción es menor, pero quizás esté aumentando. De los 40 países con datos sobre tendencias, cerca de la mitad han logrado apreciables reducciones.

El problema

191. Se estima que unos 174 millones de niños menores de 5 años de los países en desarrollo están malnutridos, según el criterio del peso bajo para la edad. La malnutrición reduce no sólo el desarrollo físico e intelectual, sino también la resistencia a la enfermedad. Según estudios recientes, en promedio un 56% de las defunciones de niños pequeños de los países en desarrollo están asociadas con la malnutrición, y un 83% de éstas con la malnutrición ligera y moderada.

Cuadro 7

Tendencias de la malnutrición de niños

(Porcentaje de los menores de 5 años de peso inferior al normal)

Región	1985	1990	1995
África al sur del Sáhara	29	29	31
Oriente Medio y África septentrional	16	13	14
Asia meridional	57	51	51
Asia oriental y el Pacífico	27	23	22
América Latina y el Caribe	11	9	8
Países en desarrollo	34	30	31

Fuente: Adaptado de estimaciones preliminares del Subcomité de Nutrición del Comité Administrativo de Coordinación.

192. La seguridad alimentaria del hogar, el buen cuidado del lactante y del niño, el bienestar razonable de la mujer, un ambiente salubre y el acceso a servicios médicos básicos son condiciones necesarias para la buena nutrición del niño. Estas condiciones a su vez se hacen más fáciles de realizar si se avanza en la lucha contra las enfermedades, la mejora de la educación y la reducción de la pobreza.

Avances logrados

193. Si bien se dispone hoy de más datos que en 1990, todavía es difícil medir el cambio, en parte porque faltan datos de referencia o de tendencias adecuados sobre muchos países. Las mejores estimaciones disponibles indican que en 1995 un 31% de los menores de cinco años de los países en desarrollo tenían peso inferior al normal.

194. Las cifras mundiales ocultan diferencias regionales apreciables aunque la lentitud del progreso es común a todas las regiones. En el Asia meridional, cerca de la mitad de los niños pequeños tienen peso inferior al normal, en el África al sur del Sáhara el 31%, en el Asia oriental y el Pacífico el 22%, en el Oriente Medio el 14% y en América Latina y el Caribe el 8%. En las regiones del África al sur del Sáhara y el Asia meridional, la tasa de natalidad alta unida a la falta de mejoras en la nutrición ha producido un aumento del número de niños malnutridos.

195. En 1990 sólo 53 países en desarrollo tenían datos fidedignos sobre el número y la proporción de niños pequeños con peso inferior al normal; en 1995 97 países contaban con dichos datos. Este es un progreso importante que permitirá hacer análisis más exactos en el futuro. Unos 20 de los 40 países que tienen datos comparables anteriores y posteriores a 1990 han registrado descensos apreciables de la malnutrición desde el decenio de 1980; la mayoría de estos países pertenecen a las regiones del Asia oriental y el Pacífico, América Latina y el Caribe, y el Oriente Medio y el África septentrional, y algunos

probablemente han alcanzado el objetivo para mediados del decenio. En otros nueve países, seis de los cuales están en África, la malnutrición ha aumentado.

196. Los países que tenían un empeño político en reducir la malnutrición y habían asignado recursos considerables a este objetivo, formado personal capacitado y analizado rigurosamente el problema parecen haber logrado acelerar las tendencias positivas. El crecimiento económico puede facilitar el progreso, pero no es condición necesaria ni suficiente para producir una disminución significativa de la malnutrición de niños.

197. La mayoría de los programas para reducir la malnutrición de niños incluyen el fomento de la lactancia natural, la atención a la alimentación complementaria adecuada, la educación nutricional para favorecer el cambio en la conducta, el seguimiento y la promoción del crecimiento del niño, la lucha contra la carencia de micronutrientes, el apoyo nutricional del niño enfermo, la nutrición la madre y su remisión a otros servicios, y la asistencia a las mujeres en la administración doméstica y provisión económica; pero la combinación de estos elementos y la atención que se presta a cada uno varían según los programas.

198. Una característica distintiva de los programas que han tenido éxito es la participación de la comunidad en la determinación de problemas y en la movilización para la acción; un buen juego técnico no basta.

Principales medidas futuras

199. Es necesario movilizar el empeño de todos los niveles de la sociedad para reducir la malnutrición de los niños. Dada la importancia de la participación de la comunidad, los esfuerzos nacionales deben concentrarse en la creación de un ambiente que sustente a los programas comunitarios.

200. Hay que hacer más para prevenir las emergencias alimentarias y para crear sistemas de seguridad para los grupos más vulnerables, para emergencias y para los niños en circunstancias especialmente difíciles.

201. Habrá que fortalecer el empeño de los gobiernos y las organizaciones internacionales para que haya alguna perspectiva de alcanzar el objetivo para el fin del decenio.

202. Hay que hacer más hincapié en la relación entre el bienestar de la mujer y el niño y la malnutrición infantil intergeneracional. Debe protegerse el estado nutricional de las niñas y las mujeres jóvenes antes de la maternidad.

8. Trastornos causados por la carencia de yodo

La promesa

203. Objetivo para el fin del decenio. Eliminación casi total de los trastornos causados por la carencia de yodo.

204. Objetivo para mediados del decenio. Yodación universal de la sal en los países afectados por los trastornos causados por la carencia de yodo (yodación

efectiva de un 90% o más de la sal de uso alimentario o consumo de sal yodada en más del 90% de los hogares).

205. Resumen de la situación a mediados del decenio. Se han logrado apreciables progresos. Casi todos los países en que la carencia de yodo es un problema de salud pública ya yodan la sal para tratar de alcanzar el objetivo para el fin del decenio. En 1995 consumían sal yodada unos 1.500 millones de personas más que en 1990.

El problema

206. En 1990 unos 1.600 millones de personas, o sea un 30% de la población mundial, estaban expuestas a la carencia de yodo, y 750 millones de personas padecían bocio debido principalmente a la baja ingestión de yodo. Se estima que unos 43 millones de personas padecen algún grado de daño cerebral por ingestión insuficiente de yodo antes del nacimiento o en los primeros años de la niñez.

207. La yodación de la sal es un medio económico y eficaz de combatir la carencia de yodo en poblaciones enteras. Antes de 1990 pocos países en desarrollo habían introducido la yodación de la sal en gran escala o intentado aplicar reglamentos de yodación de la sal, y menos del 20% de la población expuesta al riesgo de trastornos causados por la carencia de yodo de los países en desarrollo consumía sal suficientemente yodada.

Avances logrados

208. De los 87 países sobre los cuales se dispone de información, 21 yodan ahora el 90% o más de la sal producida para el consumo humano. Estos países han alcanzado el objetivo para mediados del decenio. Otros 14 países yodan entre un 75% y un 90% de la sal. En muchos de los 52 países restantes, se ha establecido la infraestructura para producir sal yodada y la proporción de la población que consume sal yodada podría alcanzar o superar el objetivo del 90% en el año 2000.

209. Como resultado de las actividades posteriores a la Cumbre, otros 1.500 millones de personas han empezado a consumir sal yodada, con lo cual cada año unos 12 millones de niños, que de lo contrario habrían corrido peligro antes o después del nacimiento, han quedado protegidos contra el retraso mental. En conjunto, unos 2.400 millones de personas, o sea un 55% de la población de los 87 países en desarrollo sobre los cuales hay datos, tienen ahora una ingestión suficiente de yodo gracias al consumo de sal yodada.

210. Se han promulgado, o están en una etapa avanzada de la ratificación, leyes y reglamentos que facilitan y exigen la yodación de la sal en todos los países (menos ocho) en que la carencia de yodo es un problema reconocido de salud pública. Se ha movilizado una proporción considerable de los recursos humanos y financieros necesarios para lograr la yodación universal de la sal, incluso 30 millones de dólares de fuentes externas en los últimos cinco años.

Cuadro 8

Consumo de sal yodada

	Países en que prevalecen los trastornos causados por la carencia de yodo e información sobre la sal	Población que consume sal yodada	
		Porcentaje	Total (millones)
África al sur del Sáhara	33	57	298
Oriente Medio y África septentrional	9	73	157
Asia meridional	6	59	711
Asia oriental y el Pacífico	8	48	807
América Latina y el Caribe	20	80	369
Europa central y oriental, CEI y Estados bálticos	11	26	87
Total	87	55	2 429

Fuente: Oficinas exteriores del UNICEF.

Principales medidas futuras

211. Algunos de los países que no alcanzaron el objetivo para mediados del decenio necesitan más ayuda para poder lograr progresos apreciables en la lucha contra los trastornos causados por la carencia de yodo para el 2000.

212. Hay que fortalecer los mecanismos de seguimiento para asegurar la buena calidad de la yodación de la sal y para reunir datos exactos en el punto de consumo.

9. Carencia de vitamina A

La promesa

213. Objetivo para el fin del decenio: Eliminación casi total de la carencia de vitamina A y todas sus consecuencias, incluida la ceguera.

214. Objetivo para mediados del decenio: Lograr que por lo menos el 80% de los niños menores de 2 años que viven en zonas de ingestión deficiente de vitamina A reciban una cantidad suficiente de la vitamina mediante una combinación de lactancia natural, mejora de la alimentación, fortificación de los alimentos y suplementación.

215. Resumen de la situación a mediados del decenio. En 1995 17 países estaban avanzando rápidamente hacia el objetivo de la ingestión suficiente de vitamina A por lo menos para el 80% de los menores de 2 años, y otros 24 países tenían programas de mayor cuantía en curso. En 35 países afectados no se prestaba suficiente atención al problema.

El problema

216. En 1995, 250 millones de menores de 5 años de 76 países en desarrollo padecían carencia de vitamina A. En 43 de ellos este tipo de avitaminosis era grave y causaba síntomas clínicos de lesión ocular o xeroftalmia en 3 millones de niños, y ceguera en hasta 500.000 niños por año.

217. Hasta hace poco se habían subestimado las consecuencias de la carencia de vitamina A. La falta de esta vitamina debilita el sistema de inmunidad y así aumenta en un 25% la probabilidad de morir en la infancia, sobre todo de infecciones como la diarrea y el sarampión; también contribuye a la anemia y retarda el crecimiento. Se estima que la carencia de vitamina A también afecta la salud de unos 6 millones de mujeres embarazadas y lactantes.

218. La carencia de vitamina A se debe a una ingestión insuficiente de alimentos que contienen vitamina A; a menudo está asociada con infecciones frecuentes y con la malnutrición. Las tres principales estrategias para eliminar la carencia de vitamina A son la suplementación, la fortificación de los alimentos y el cambio de la alimentación. Los alimentos de origen animal y algunas frutas anaranjadas y amarillas son buenas fuentes de vitamina A, pero las familias pobres rara vez los consumen. El aumento del consumo de verduras puede contribuir a prevenir esta avitaminosis.

219. Para conocer la magnitud exacta de la carencia de vitamina A se necesitan muestras de sangre y análisis bioquímicos; por tanto es difícil estimar la incidencia de esta avitaminosis y seguir los progresos hacia la eliminación.

Avances logrados

220. Se han hecho progresos en varios países mediante la adopción de la estrategia de eliminación de la carencia de vitamina llamada "suplementación". Esta avitaminosis puede prevenirse casi totalmente distribuyendo suplementos con dosis altas de vitamina A a las madres inmediatamente después del parto, y a los niños dos veces por año a partir de los 6 meses de edad. De los países que tienen carencia de vitamina A grave, 22 suministran normalmente suplementos a los niños pequeños; 11 abarcan más del 50% de la población. En estos países los suplementos de vitamina A han salvado la vida a unos 300.000 niños. En siete de los países con carencia de vitamina A menos grave el suministro de suplementos de vitamina A es ahora procedimiento normal. Indonesia prácticamente ha eliminado la avitaminosis con esta estrategia.

221. La fortificación de los alimentos consumidos normalmente por las madres y los niños expuestos a la carencia de vitamina A también puede reducir sobremanera el problema. En Venezuela se fortifica ahora la harina con vitamina A y hierro; más del 90% del azúcar consumida en Guatemala está fortificada con vitamina A, lo que ha resultado muy eficaz para reducir la avitaminosis. En algunos países se fortifican el aceite de cocinar y la margarina; y ahora son muchos los países que están considerando la posibilidad de establecer programas de fortificación del azúcar.

222. Se han llevado a cabo esfuerzos por mejorar la alimentación de niños y madres en casi todos los países con carencia de vitamina A. Muchos de estos programas tienen finalidad múltiple y no es posible evaluar su contribución al

objetivo. Si bien se ha podido seguir el consumo de cápsulas de vitamina A y alimentos fortificados, es sumamente difícil seguir los cambios del consumo de alimentos que resultan de la educación nutricional.

Principales medidas futuras

223. La deficiencia subclínica de vitamina A es un factor muy importante para la salud del niño, pero los encargados de la adopción de políticas en muchos países todavía no la aprecian cabalmente. Hay que redoblar los esfuerzos por comunicar la importancia de la ingestión suficiente de vitamina A para el bienestar de millones de niños.

224. Los programas de suplementación de la vitamina A han resultado eficaces y deben promoverse activamente en todos los países en que prevalece su carencia. En los países en que la cobertura de la inmunización es alta, estos programas podrían vincularse con la inmunización y las visitas periódicas al dispensario. Las organizaciones de la comunidad y las farmacias deben suministrar cápsulas de dosis bajas de vitamina A a petición.

225. Debe considerarse más ampliamente la posibilidad de fortificar los alimentos como estrategia para combatir la carencia de vitamina A, tratando de obtener la cooperación de los productores y los distribuidores de productos alimenticios básicos elaborados. Hay que fortalecer el seguimiento y el control de la calidad de los programas de fortificación actuales.

226. Hay que tratar de evaluar los programas que buscan eliminar la carencia de vitamina A mejorando la alimentación. Se necesita más investigación para cuantificar la contribución que hacen los diferentes tipos de verdura a la satisfacción de las necesidades de vitamina A del niño.

10. Lactancia natural

La promesa

227. Objetivo para el fin del decenio: Habilitar a todas las mujeres para que alimenten a sus hijos mediante la lactancia exclusiva durante un período de cuatro a seis meses y de continuar la lactancia, con alimentos complementarios, hasta bien entrado el segundo año.

228. Objetivo para mediados del decenio: Hacer "amigos del lactante" todos los hospitales y maternidades poniendo fin a la distribución gratuita o a bajo costo de leche artificial y sucedáneos de la leche materna y siguiendo los diez pasos recomendados por la OMS y el UNICEF.

229. Resumen de la situación a mediados del decenio: Se han hecho grandes progresos hacia el objetivo para mediados del decenio. Para fines de junio de 1996, 7.762 maternidades en 103 países habían sido designadas "amigas del lactante". Más de 100 países han tomado medidas para impedir la distribución gratuita o a bajo costo de sucedáneos de la leche materna.

/...

El problema

230. La lactancia natural es fundamental para la salud y la nutrición de los 140 millones de niños que nacen cada año, pero son pocos los que reciben una lactancia natural óptima y algunos no son alimentados de esta manera en modo alguno. Son frecuentes el destete temprano, la suplementación innecesaria y la alimentación complementaria inoportuna (muy temprana o muy tardía).

231. La alimentación artificial aumenta la morbilidad de los niños y de las madres. El uso de sucedáneos de la leche materna, de alimentos complementarios inadecuados, o de ambos, contribuye al retraso del crecimiento y a la malnutrición en micronutrientes.

232. Los datos sobre lactancia natural disponibles indican que sólo un 43% de los niños menores de un año de los países en desarrollo son alimentados exclusivamente con leche materna (es decir, reciben sólo leche materna y ningún otro líquido o sólido) durante los primeros cuatro meses de vida. Las tasas de lactancia natural exclusiva varían entre cerca de la mitad en el Asia meridional y alrededor de un cuarto en el África al sur del Sáhara y un quinto en América Latina y el Caribe. Alrededor de los 6 meses de edad deben introducirse alimentos complementarios (semisólidos y sólidos); actualmente sólo un 45% de los lactantes entre 6 y 9 meses de edad son alimentados con leche materna y con alimentos complementarios. Cerca de la mitad de los lactantes de los países en desarrollo siguen alimentados a pecho cuando tienen entre 20 y 23 meses.

233. Al descuido histórico de la lactancia natural como derecho de las madres y de los lactantes se añaden las influencias comerciales establecidas en los sistemas de servicios médicos y en la conducta profesional que desalientan la lactancia natural. Las influencias comerciales están muy difundidas y afectan las prácticas, las actitudes y la investigación médicas.

Avances logrados

234. El reconocimiento de los efectos nocivos de la comercialización indebida de sucedáneos de la leche materna condujo a la adopción del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en 1981. Desde entonces 88 países han adoptado el Código o están tomando medidas obligatorias para ponerlo en práctica; 101 países han tomado medidas para poner fin al suministro gratuito o a bajo costo de sucedáneos de la leche materna.

235. La preocupación ante la mengua continua de la lactancia natural en todo el mundo condujo a la Declaración Innocenti sobre la protección, la promoción y el apoyo del amamantamiento de 1990. La Declaración contiene cuatro metas operacionales básicas para el año 1995: nombramiento de coordinadores y comités de lactancia natural nacionales; aplicación del Código Internacional; sanción de leyes de protección de la maternidad; y hacer "amigos del niño" los servicios de maternidad. La Iniciativa Hospitales Amigos del Niño se tomó en 1991 como estrategia para alcanzar la mayoría de estas metas.

236. Desde que se tomó la Iniciativa han sido designadas "amigas del niño" 7.762 maternidades en 103 países, que forman la mayoría de los establecimientos de interés. Otros 60 países se han adherido a la Iniciativa y están preparando la primera designación. El mayor número de establecimientos "amigos del niño"

se halla en el Asia oriental y el Pacífico (4.763); después vienen el Asia meridional (926), América Latina y el Caribe (721), el Oriente Medio y el África septentrional (597) y el África al sur del Sáhara (545). En Côte d'Ivoire 85 de 86 hospitales han sido designados "amigos del niño". Los países industriales y los países de Europa central y oriental, la CEI y el Báltico han empezado a adherirse a la Iniciativa, y ya han designado 210 hospitales.

237. La protección de la lactancia natural contra las presiones e intromisiones comerciales es un elemento esencial de todo programa eficaz. Los países que no tienen códigos de comercialización son más vulnerables y tienen más dificultad para lograr la sostenibilidad de los programas.

238. En 118 países algunas madres tienen derecho a una licencia por maternidad de 12 semanas por lo menos, pero la sanción de leyes de maternidad que abarquen todos los grupos de mujeres y que hagan posible la lactancia natural exclusiva durante unos seis meses sigue siendo una tarea difícil.

Principales medidas futuras

239. Proseguir la promoción de la lactancia como derecho de la madre, acompañada de la creación de un ambiente favorable a la lactancia si es necesario. El mejor modo de lograr estos fines es aplicar el Código Internacional e integrar la lactancia en todos los programas relacionados con la nutrición.

240. En los mensajes de promoción se seguirá haciendo hincapié en la lactancia natural exclusiva durante unos seis meses y en la duración óptima de la lactancia.

241. Para que las mujeres puedan tomar una decisión con conocimiento de causa informada sobre la alimentación del niño menor de 1 año, hay que poner a disposición de todas información completa e imparcial.

242. Hay que seguir combatiendo intensamente las influencias comerciales que perturban la lactancia natural.

11. Agua potable y saneamiento

La promesa

243. Objetivos para el fin del decenio: Acceso universal al agua potable y acceso universal a medios sanitarios de eliminación de excrementos.

244. Objetivos para mediados del decenio: Aumentar la cobertura del abastecimiento de agua y el saneamiento reduciendo la diferencia entre el nivel de 1990 y el objetivo del acceso universal en el año 2000 en un cuarto en el caso del agua y en un décimo en el del saneamiento.

245. Resumen de la situación a mediados del decenio: El objetivo de acceso al agua potable para mediados del decenio se alcanzó a nivel mundial, gracias a los considerables progresos logrados en Asia. En cambio, disminuyó el acceso a medios sanitarios de eliminación de excrementos, pues la cobertura de los

servicios creció más lentamente que la población, especialmente en las zonas urbanas.

El problema

246. Se estima que en 1990 1.600 millones de personas no tenían agua potable, y 2.600 millones carecían de saneamiento adecuado. Junto con la higiene deficiente, el agua y el saneamiento inadecuados contribuyen a la alta mortalidad de niños pequeños causada por las enfermedades diarreicas, que producen cada año más de 3 millones de defunciones de menores de 5 años en los países en desarrollo.

247. El acceso al agua potable y al saneamiento también afecta la propagación de varias otras enfermedades, entre ellas la esquistosomiasis y la dracunculosis y las infecciones que se propagan a causa de la falta de higiene, como las lombrices intestinales, la sarna y el tracoma. Las enfermedades transmitidas por el agua interactúan en forma desfavorable con otros problemas de salud de los niños y pueden contribuir a la malnutrición.

248. Además de los costos en salud de la falta de agua potable y saneamiento, las mujeres y los niños que tienen que invertir tiempo y energía en el transporte de agua padecen trabajos penosos y otras desventajas, particularmente en educación.

Avances logrados

249. Según los datos de 1994, 1.100 millones de personas todavía carecen de agua potable, y 2.900 millones de saneamiento. El objetivo para mediados del decenio en cuanto a abastecimiento de agua se alcanzó a nivel mundial, pues la diferencia entre el nivel de 1990 y el acceso universal se redujo en un 35%. En cambio, el objetivo de saneamiento no se alcanzó, y la diferencia aumentó en vez de disminuir. La demanda de saneamiento sigue siendo menor que la de agua potable, porque tanto las comunidades como los gobiernos lo consideran menos urgente.

250. Las cifras mundiales ocultan grandes diferencias entre las regiones, como se indica en el cuadro 9. Entre 1990 y 1994 la cobertura del abastecimiento de agua se mantuvo constante en América Latina, pero aumentó en todas las demás regiones. La región del Asia occidental y la de Asia y el Pacífico han alcanzado el objetivo para mediados del decenio. En cambio, la cobertura del saneamiento bajó en todas las regiones excepto el Asia occidental.

251. La participación de la comunidad en la gestión se considera indispensable para la ampliación de los servicios. Habrá que movilizar los recursos de las comunidades para lograr siquiera el nivel más básico de servicio. Por consiguiente los servicios deben ser económicos para los consumidores y deseados por ellos, para promover la distribución y la recuperación de los costos.

Cuadro 9

Cobertura del agua potable y el saneamiento, 1990 y 1994

Región	Abastecimiento de agua			Saneamiento		
	Cobertura		Objetivo para mediados del decenio	Cobertura		Objetivo para mediados del decenio
	1990	1994		1990	1994	
África	45	46	59	36	34	42
América Latina y el Caribe	79	79	84	69	63	72
Asia oriental y el Pacífico	61	80	71	30	29	37
Asia occidental	78	88	84	65	68	69
Todo el mundo	61	75	71	36	34	42

Fuente: Programa Mixto OMS/UNICEF de Vigilancia.

Nota: La clasificación por regiones de este cuadro es la utilizada para presentar los datos de agua y saneamiento en el informe del Secretario General de junio de 1995 (A/50/213-E/1995/87).

Principales medidas futuras

252. Las asociaciones entre el gobierno, los donantes, las organizaciones no gubernamentales y las comunidades son vitales para los progresos en materia de agua potable y saneamiento. Estas asociaciones deben fortalecerse y ampliarse para facilitar un grado mayor de participación de la comunidad.

253. El suministro de agua potable y saneamiento debe estar acompañado de la educación en higiene para aumentar la conciencia de la necesidad de agua potable y saneamiento y de los beneficios que reportan.

254. El abastecimiento de agua urbano sigue absorbiendo el 80% de las inversiones en abastecimiento de agua, lo cual beneficia a las poblaciones más favorecidas. Las actividades en este sector deben dirigirse especialmente a las ciudades en rápido crecimiento y a las zonas urbanas pobres, lo mismo que a las zonas rurales.

255. Para lograr progresos considerables hacia el objetivo para el fin del decenio serán necesarias una financiación muchas veces superior a la actual y más disposición a adoptar tecnologías de bajo costo y reformas que eleven la eficiencia en relación con el costo.

256. Las deficiencias de los sistemas de gestión de la información son un obstáculo importante en muchos países. Para atacar el desequilibrio entre el campo y las ciudades, o la falta de progresos en el suministro del saneamiento, se necesitan datos fidedignos que sirvan de base para planes racionales. Por tanto hay que seguir fortaleciendo los sistemas nacionales de vigilancia con la

asistencia del Programa Mixto OMS/UNICEF de Vigilancia del Abastecimiento de Agua y el Saneamiento.

12. Educación básica

La promesa

257. Objetivo para el fin del decenio. Acceso universal a la educación básica y educación primaria completa de no menos del 80% de los niños de edad escolar, con especial atención a la reducción de las disparidades entre niños y niñas.

258. Resumen de la situación a mediados del decenio. La proporción de niños de edad escolar matriculados ha aumentado en un 2% entre 1990 y 1995. Para alcanzar el objetivo para el fin del decenio será necesario acelerar el aumento de la matrícula. Las tasas de deserción también siguen siendo altas, particularmente en los países del África al sur de Sáhara y el Asia meridional, y la reducción de la disparidad entre los sexos ha sido lenta.

El problema

259. Más de 100 millones de niños de edad escolar no asisten a la escuela; un 60% de ellos son niñas. De los que empiezan la escuela, muchos no terminan siquiera cuatro años, y si bien la calidad de la enseñanza ha mejorado en algunos países, es lamentablemente deficiente en otros.

260. La educación básica aporta los instrumentos de aprendizaje esenciales: los conocimientos, aptitudes, valores y actitudes necesarios para una vida productiva y para el aprendizaje vitalicio. Abarca el desarrollo en la primera infancia, la educación primaria y una variedad de actividades didácticas que satisfacen las necesidades básicas de educación de los niños fuera de la escuela y de adolescentes y adultos. La educación primaria de los niños es un componente decisivo porque las competencias básicas y la preparación para la vida cotidiana deben ser adquiridas por todos en la niñez.

261. La inversión en educación es fundamental para el crecimiento económico y el desarrollo social, incluso el aumento del acceso a la atención primaria de la salud, la mejora de la nutrición, la reducción de la fecundidad, la ampliación del saneamiento y la habilitación de las mujeres. Al aumentar la productividad de los pobres, la educación contribuye a mejorar la distribución del ingreso y a reducir la pobreza, como ha demostrado la experiencia reciente de los países del Asia oriental.

Avances logrados

262. La Conferencia de Jomtien sobre Educación para Todos inició una importante reevaluación de la educación básica. En la primera mitad del decenio de 1990 se ha prestado bastante más atención a la educación básica a nivel político y ha habido una reasignación de recursos, y cada vez son más los países que ejecutan programas tendientes a mejorar la educación básica.

263. Ahora asisten a la escuela primaria 50 millones más de niños, pero este aumento es apenas proporcional al crecimiento de la población. Se estima que la

proporción de niños de edad escolar matriculados en los países en desarrollo ha aumentado del 80% al 82% entre 1990 y 1995. La disparidad entre los sexos registra un cambio semejante: la diferencia entre la tasa de matriculación de varones y la de mujeres ha bajado 2 puntos porcentuales.

264. Entre las regiones, el cambio de las tasas de matriculación varía de un descenso de 1 punto porcentual a un aumento de 3, y el de la disparidad entre los sexos de un descenso de 5 a un aumento de 1. En el África al sur del Sáhara, a la tendencia descendente de la matrícula primaria del decenio de 1980 parece haber seguido un ligero aumento en la primera mitad del decenio de 1990, pero como los datos de matrícula son insuficientes, los cambios entre 1990 y 1995 deben interpretarse con cautela.

265. La matrícula es sólo un aspecto de la educación primaria. Muchos niños no permanecen en la escuela hasta alcanzar el nivel mínimo de educación (el quinto grado). En la región del Asia oriental y el Pacífico y la del Oriente Medio y el África septentrional, cerca del 90% de los niños que empiezan la educación primaria terminan cuatro años de educación, en América Latina y el Caribe las tres cuartas partes, y en el África al sur del Sáhara y el Asia meridional sólo un 60%. Estos altos niveles de deserción indican que el logro del objetivo de la educación básica de no menos del 80% de los niños de edad escolar en el año 2000 será una tarea muy difícil para las dos últimas regiones. América Latina también tendrá que acelerar sus progresos para alcanzar el objetivo para el fin del decenio.

Cuadro 10

Tasas de matriculación y de disparidad entre los sexos

Región	Tasa neta de matriculación (ambos sexos)		Disparidad entre los sexos (tasa de los varones menos tasa de las mujeres)	
	1990	1995	1990	1995
África al sur del Sáhara	54	55	10	11
Oriente Medio y África septentrional	80	83	11	10
Asia meridional	75	78	25	20
Asia oriental y el Pacífico	95	94	6	5
América Latina y el Caribe	87	89	5	6
Países en desarrollo	80	82	13	11
Países industrializados	92	92	1	1

Fuente: Datos de la UNESCO preparados para la reunión de Educación para Todos celebrada en Ammán en junio de 1996.

266. Incluso para los niños que asisten a la escuela hasta el último grado, hacen falta considerables mejoras en la calidad de la educación. Según un estudio reciente de las escuelas primarias de 14 de los países menos

adelantados, el tamaño medio de las clases de primer grado llegaba hasta 112 alumnos, casi la mitad de las aulas no tenían pizarras, y la mayoría de los niños usaban en clase un idioma distinto del que hablaban en casa.

Principales medidas futuras

267. Es necesario acelerar las actividades, particularmente en el África al sur del Sáhara, para aumentar el número de los niños, y especialmente de las niñas, de edad escolar que asisten a la escuela. También es necesario mejorar los sistemas de información que registran la asistencia a la escuela, la repetición de grados y la deserción escolar, para seguir los avances en este ámbito en debida forma.

268. Es necesario poner fin rápidamente a las desigualdades entre los sexos en el acceso a la educación y hacer la educación una realidad para todas las niñas y mujeres, particularmente en el Asia meridional, el África al sur del Sáhara y el Oriente Medio y el África septentrional. La lentitud de los progresos logrados hasta ahora indica factores sociales, culturales y económicos profundamente arraigados que trascienden las causas pedagógicas, todos los cuales deben abordarse mediante un esfuerzo nacional amplio.

269. La mejora de la calidad de la educación requiere atención al medio físico de la enseñanza, el suministro de materiales didácticos, formación de maestros y participación de la comunidad en la enseñanza. También requiere la elaboración y el uso amplio de indicadores simples de logro docente, que permitan evaluar los progresos.

270. Un medio estimulante y acogedor es un elemento esencial de la educación, y los programas que prestan servicios a los pobres pueden compensar los efectos de una familia y una comunidad desfavorecidas. Estos programas contribuyen sobremedida a que todos los niños aumenten la probabilidad de entrar en la escuela primaria.

271. Como parte de una estrategia flexible y amplia para lograr la educación primaria universal, los métodos no académicos tienen un aporte importante que hacer en la tarea de prestar servicios a los grupos de difícil acceso, especialmente cuando los sistemas académicos no pueden ampliarse con bastante rapidez. Sin embargo, hay que vincular las necesidades de educación básica no académica con el sistema académico, de manera que estos niños tengan una oportunidad de juntarse con los demás niños y puedan contar con el apoyo de recursos suficientes.

13. Analfabetismo

La promesa

272. Objetivo para el fin del decenio. Reducción de la tasa de analfabetismo de adultos (cada país determinará el grupo de edad conveniente) a la mitad del nivel de 1990, con especial atención a la alfabetización de las mujeres.

273. Resumen de la situación a mediados del decenio. La tasa de analfabetismo de adultos de los países en desarrollo ha bajado del 34% al 30% entre 1990

y 1995. La disparidad entre los sexos se ha reducido ligeramente. Sin un gran esfuerzo en los próximos años, los logros al fin del decenio serán muy inferiores al objetivo en la mayoría de los países.

El problema

274. El número de las personas mayores de 15 años que saben leer y escribir ha aumentado en más de 300 millones entre 1990 y 1995. No obstante, el número de analfabetos se ha mantenido en alrededor de 900 millones, cerca de un cuarto de la actual población adulta del mundo. Dos tercios de la población analfabeta son mujeres.

275. El analfabetismo tiende a concentrarse en las minorías étnicas y culturales. Las personas que pertenecen a tribus, castas, razas, religiones y grupos lingüísticos ajenos al grupo mayoritario de la sociedad corren grave riesgo de analfabetismo, lo mismo que las poblaciones de regiones apartadas y los pobres. Las mujeres constituyen la mayoría de las personas privadas de educación en todos los grupos sociales.

276. Hay una fuerte correlación entre el analfabetismo de los padres y la no matriculación de los niños y una tasa alta de deserción escolar. Al mismo tiempo, un medio que no estimula la educación y una enseñanza de mala calidad tienden a aumentar la deserción, y así elevan considerablemente el número de analfabetos. También hay una estrecha relación entre el grado de alfabetización de las mujeres, el tamaño de sus familias y la mortalidad y el estado nutricional de sus hijos.

Avances logrados

277. En 1990 el 26% de la población adulta del mundo era analfabeta, y la proporción había bajado sólo ligeramente, al 24%, en 1995. Si esta tendencia se mantiene, no se alcanzará en el año 2000 el objetivo de reducir la tasa de analfabetismo a la mitad.

278. Los grados más altos de analfabetismo se hallan en el Asia meridional, donde la mitad de la población adulta no sabe leer ni escribir; en el África al sur del Sáhara y en la región del Oriente Medio y el África septentrional la proporción es del 40%. Las regiones del Asia oriental y el Pacífico y de América Latina y el Caribe tienen tasas de analfabetismo del 15%. Ninguna de las regiones está bien encaminada para alcanzar el objetivo en el año 2000, aunque la región del Asia oriental y el Pacífico es la que está más cerca.

279. Sólo la región de América Latina y el Caribe está bien encaminada para reducir la disparidad entre los sexos a la mitad, desde una tasa ya muy baja del 3%. En todas las demás regiones persistan elevados grados de disparidad, que varían entre 27 puntos porcentuales en el Asia meridional y 14 en el Asia oriental y el Pacífico.

280. Los grados bajos de analfabetismo de los países desarrollados reflejan en parte la tosquedad de la medida usada. Según un estudio de 1994, en que el alfabetismo se definía como un amplio conjunto de conocimientos importantes para la vida cotidiana de las personas, más del 20% de los adultos de algunos de los países más ricos del mundo tenían sólo los conocimientos más básicos. La

demanda cada vez mayor de nuevos conocimientos, unida a la rápida obsolescencia de los conocimientos adquiridos, produce un aumento del analfabetismo funcional no sólo en los países industrializados, sino también en muchas de las sociedades altamente alfabetizadas del mundo en desarrollo.

Cuadro 11
Tasas de analfabetismo y de disparidad
entre los sexos (1980-1995)

Región	Tasa neta de analfabetismo (ambos sexos)			Disparidad entre los sexos (tasa de las mujeres menos tasa de los varones)		
	1980	1990	1995	1980	1990	1995
Países en desarrollo	42	34	30	22	19	18
África al sur del Sáhara	59	48	43	23	21	19
Oriente Medio y África septentrional	58	46	40	28	25	23
Asia meridional	62	55	51	28	28	27
Asia oriental y el Pacífico	31	20	16	23	16	14
América Latina y el Caribe	21	16	14	5	3	2
Europa central y oriental, CEI y Estados bálticos	8	5	5	6	5	5
Países industrializados	3	2	1	3	1	1

Fuente: UNESCO.

Principales medidas futuras

281. Todo plan de reducción considerable del analfabetismo de adultos debe empezar por ampliar eficazmente la educación primaria para beneficiar a los niños que de lo contrario serán los analfabetos adultos de mañana.

282. Deben promoverse programas de gran magnitud y eficaces para los adolescentes y jóvenes que acaban de terminar el nivel primario pero afrontan un futuro sin conocimientos básicos; tales programas constituirían una "segunda oportunidad" de recibir una educación básica que combine la alfabetización y conocimientos básicos.

283. Los programas con un componente de alfabetización deben incluir o ir acompañados de actividades complementarias que den a los recién alfabetizados la oportunidad de usar sus conocimientos y continuar su educación en condiciones académicas, no académicas y no estructuradas. Con este fin deben desarrollarse asociaciones activas entre las autoridades públicas, las comunidades y las organizaciones no gubernamentales.

284. La movilización social es una de las claves del éxito de las campañas de alfabetización, como se ha demostrado en varios países en que las campañas son administradas por comités creados especialmente y compuestos en general de

organismos voluntarios. Es necesario emular el método de la movilización basada en la comunidad.

IV. CONCLUSIÓN

285. Los objetivos establecidos en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 han tenido una potencia movilizadora extraordinaria, y han generado un nivel renovado de actividad en favor de la infancia en todo el mundo y creado nuevas asociaciones entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales, donantes, los medios de información, la sociedad civil y organismos internacionales animadas por un fin común. Hay abundantes pruebas de que la Declaración y el Plan de Acción de la Cumbre Mundial, unidos a la incorporación casi simultánea de la Convención sobre los Derechos del Niño en el derecho internacional, aportaron el impulso y el marco jurídico para galvanizar la acción internacional en favor de los niños.

286. Muchos factores contribuyeron a este resultado, entre ellos la causa de los niños, que tiene un efecto unificador especial. La elaboración conjunta del programa para los niños, mediante un proceso de consulta y creación de consenso internacionales, fue un factor importante en la aceptación del programa y su traducción en acción. Igual importancia revistió el proceso de actividades complementarias, en el cual los gobiernos, especialmente los de los países en desarrollo, se hicieron cargo del programa, que se expresó en programas nacionales de acción y en programas subnacionales semejantes a nivel de Estado, provincia, distrito y municipio en muchos países.

287. El establecimiento en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de objetivos mensurables sujetos a un plazo fue una acción precursora, encaminada no sólo a movilizar los recursos y la dedicación de gobiernos y organizaciones, sino también a contribuir a elaborar programas de actividad y a darles metas y orientaciones claras. Fue una estrategia eficaz, pero también valiente; si los objetivos no se hubieran alcanzado o hubieran sido inasequibles, se habría corrido el riesgo de suscitar decepción y un sentimiento de ambición excesiva y de fracaso.

288. Los objetivos de supervivencia de los niños hacia los cuales se han logrado los progresos más notables son los relativos a la cobertura de la inmunización, la lucha contra las enfermedades diarreicas, la poliomielitis, la dracunculosis y los trastornos causados por la carencia de yodo, el acceso al agua potable y el fomento de la lactancia natural. Ochenta y nueve países ya han alcanzado el objetivo para el fin del decenio de una cobertura de la inmunización superior al 90%, y la acción para alcanzar el objetivo de erradicar la poliomielitis es prometedora. En cuanto a las enfermedades diarreicas, se han hecho grandes progresos en la difusión del tratamiento con las sales de rehidratación oral y los líquidos caseros recomendados. En la lucha contra la carencia de yodo, casi todos los países que tienen este problema ahora realizan yodación de la sal, y de 1990 a 1995 el número de las personas que consumen sal yodada ha aumentado en unos 1.500 millones. La población sin acceso al agua potable ha disminuido en un tercio desde 1990. También se ha alcanzado el objetivo para mediados del decenio de fomentar la lactancia natural aplicando regímenes "amigos del niño" en las maternidades. Todos estos son logros muy considerables, que se deben

principalmente a las actividades complementarias de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia.

289. En el presente examen se ha reconocido francamente la falta de progreso hacia algunos de los objetivos. Si bien la mortalidad de los niños menores de 5 años ha disminuido en todas las regiones, el progreso ha sido demasiado lento para alcanzar el objetivo de fin del decenio, particularmente en el África al sur del Sáhara y el Asia meridional, que en su conjunto registran las tres cuartas partes de las muertes de menores de 5 años. También ha habido progresos pequeños, inseguros o incluso insignificantes hacia los objetivos en cuanto a malnutrición, mortalidad derivada de la maternidad, saneamiento y educación de niñas. A pesar de la lentitud del progreso en estos sectores, el resultado general del examen a mediados del decenio no es desalentador sino lo contrario. Los países con empeño político han asignado recursos; los que han analizado las causas profundas, movilizad las comunidades y elaborado políticas y programas sólidos han logrado avances sensibles. Intervenciones de tipos muy diferentes en todo el espectro social pueden tener un efecto considerable. El crecimiento económico rápido es indispensable para lograr los objetivos, siempre que su estructura promueva el desarrollo humano y sus beneficios se distribuyan equitativamente entre todos los sectores de la sociedad. Al mismo tiempo, los países de bajos ingresos no necesitan esperar a que su economía haya cobrado impulso para invertir en la infancia.

290. Un resultado importante del examen es la magnitud de las diferencias regionales y locales en el progreso hacia los objetivos. Los objetivos fijados a nivel mundial ofrecen normas que todos los países pueden tratar de alcanzar, pero las diferencias de antecedentes históricos, grado de desarrollo, nivel de capacidad y otras condiciones iniciales hacen que los países y regiones enfrenten diversos grados de dificultad para alcanzarlas. Algunos países han logrado alcanzar ciertos objetivos, a menudo a pesar de grandes obstáculos, pero estos logros no se notan en los promedios regionales. Análogamente, los logros regionales pueden no ser visibles en los promedios mundiales. En un informe de esta extensión no ha sido posible hacer justicia a los esfuerzos notables y creadores que se han hecho en los planos nacional y local en muchos países.

291. Otro tema importante del examen es la interconexión de los objetivos con la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño. La ratificación de la Convención legitima los objetivos asignando a los Estados partes la obligación legal de proteger los derechos de los niños y de tomar disposiciones para que se atiendan sus necesidades básicas. Cuando el logro de los objetivos está próximo, la Convención requiere que se tomen medidas positivas para beneficiar a los no beneficiados, a los niños cuyas "circunstancias particularmente difíciles" los ponen hoy al margen de los servicios normales. La atención cada vez mayor que se presta a los niños afectados por conflictos armados, explotación, abuso o descuido sugiere que en lo que reste del decenio se dedicarán mayores esfuerzos al objetivo de aumentar la protección de los niños que se hallan en circunstancias particularmente difíciles.

292. Una enseñanza importante del examen objetivo por objetivo es que la participación de la comunidad tiene una contribución vital que hacer. En muchos casos la movilización de las comunidades en favor de un objetivo y de la estrategia para ejecutar un programa encaminado a alcanzar el objetivo ha sido el elemento decisivo del éxito. Esta enseñanza quedó ampliamente demostrada

durante la campaña de inmunización universal de los niños en los últimos años del decenio de 1980, y se ha corroborado en los esfuerzos del decenio de 1990 en una variedad más amplia de frentes sociales.

293. Uno de los logros internacionales importantes vinculados con las actividades complementarias de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia ha sido el trabajo generado en relación con la medición. El establecimiento de objetivos mensurables requería un esfuerzo proporcional de crear sistemas eficaces de reunión y uso de datos. Los últimos cinco años han revelado defectos en los sistemas y los datos actuales, e incluso en la fijación de los objetivos mismos. Sin embargo, ahora los gobiernos nacionales y la comunidad internacional están en mucho mejores condiciones de establecer datos de referencia y de seguir los progresos. La eficiencia económica, además de la eficacia, fue el principio que guió la labor. Al mismo tiempo, no se permitió que la necesidad de medición desviara la atención de las mejoras de la calidad de la vida menos susceptibles de análisis cuantitativo.

294. La principal tarea por delante, a que están dedicados los gobiernos y la comunidad internacional, es alcanzar los objetivos en el año 2000. Esto entrañará ajustes a nivel de país y correcciones a mitad de camino sobre la base de las enseñanzas de los últimos cinco años. El examen de mediados del decenio a nivel nacional ha generado ideas sobre nuevas direcciones en muchos países. En algunos casos, estas nuevas direcciones pueden requerir ajustes de los programas nacionales de acción o una reformulación de objetivos y estrategias basada en una mejor apreciación de las realidades locales. En otros, habrá que prestar especial atención a la creación de capacidad para que los logros sean sostenibles. En la segunda mitad del decenio se hará cada vez más hincapié en el establecimiento de un orden de prioridad entre los objetivos a nivel nacional, subnacional y comunitario, y en adaptaciones y afinamientos para ajustarlos a las situaciones locales y así reflejar, por ejemplo, la presencia de enfermedades epidémicas graves como el VIH/SIDA, el paludismo o la tuberculosis u otros problemas agudos.

295. Las asociaciones recién creadas deben fortalecerse y ampliarse. Hay que expandir la colaboración entre organismos generada por los objetivos para la infancia, y debe permitirse que las redes de apoyo de las organizaciones no gubernamentales, los medios de información y la sociedad civil desarrollen todo su potencial. Es importante que las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, y en particular el UNICEF, mantengan su actividad de promoción y liderazgo en este terreno.

296. El logro de los objetivos requerirá seguir movilizando recursos a todos los niveles del presupuesto del Estado, las empresas privadas, la sociedad civil y los organismos donantes. El uso eficiente de estos recursos será importante para el logro y la sostenibilidad del acceso universal a los servicios sociales básicos. Las Naciones Unidas seguirán promoviendo y apoyando la Iniciativa 20/20 y ofrecerán asesoramiento a los gobiernos sobre el modo de poner en práctica los principios de la Iniciativa y de seguir la marcha de su ejecución. En asociación con entidades no gubernamentales, privadas y donantes, deben proseguirse los esfuerzos de movilizar recursos en favor de objetivos determinados.

297. Mantener el impulso para "cumplir las promesas hechas a los niños en la Cumbre Mundial" durante todo el decenio no será tarea fácil. Sin embargo, en los últimos cinco años se ha reconocido cada vez más que la labor encaminada al logro de los objetivos para la infancia contribuye a catalizar actividades en favor de muchos otros objetivos sociales y económicos que la comunidad internacional se ha fijado en el decenio de 1990, entre ellos la disminución de la tasa de crecimiento de la población, la preservación y la prudente ordenación del medio ambiente, la promoción de los derechos humanos y la reducción de la pobreza.

298. Las conferencias internacionales del decenio de 1990 empezaron con un acto vigoroso de movilización en favor de la causa de los niños. A mediados del decenio, es hora de renovar nuestra promesa para los niños del mundo. Una tarea importante para el futuro será ajustar, afinar y poner en orden de prioridad objetivos y estrategias en el marco de la Convención sobre los Derechos del Niño. La mayoría de los exámenes de mediados del decenio están terminados, pero todo el proceso de consultas nacionales, regionales y mundiales para establecer un marco para la acción futura todavía está en curso. En estas consultas debe participar una amplia gama de socios principales, entre ellos gobiernos nacionales, organizaciones no gubernamentales, organizaciones internacionales, los medios de información, el sector privado y organismos donantes.

299. La Asamblea General debe considerar la posibilidad de celebrar un período extraordinario de sesiones dentro de cinco años para examinar en qué medida los países del mundo han logrado cumplir las "promesas para los niños" y ejecutar la Declaración y el Plan de Acción de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990. Entonces habrá llegado el momento en que la comunidad internacional deberá considerar nuevos objetivos y estrategias para después del año 2000 en favor de los niños del nuevo milenio.

Anexo I

OBJETIVOS PARA LA INFANCIA Y EL DESARROLLO EN EL DECENIO DE 1990

Los siguientes objetivos, aprobados en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990, se formularon tras amplias consultas en diversos foros internacionales, con la asistencia de prácticamente todos los gobiernos, los organismos competentes de las Naciones Unidas (entre ellos la OMS, el UNICEF, el FNUAP, la UNESCO, el PNUD y el BIRF) y muchas organizaciones no gubernamentales. Se recomienda alcanzar estos objetivos en todos los países en que sean aplicables, con la adaptación conveniente a la situación particular de cada país en cuanto a escalonamiento, normas, prioridades y recursos disponibles, y respetando las tradiciones culturales, religiosas y sociales. Los objetivos adicionales que sean especialmente pertinentes a la situación particular de un país deben añadirse en el plan nacional de acción. El logro de estos objetivos es indispensable para la plena aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño, que es el propósito último de los programas para los niños.

I. Principales objetivos de supervivencia, desarrollo y protección del niño

Entre 1990 y el año 2000, reducción de la tasa de mortalidad de los niños menores de un 1 y menores de 5 años en un tercio, o a 50 y 70 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, si esta tasa es menor.

Entre 1990 y el año 2000, reducción de la tasa de mortalidad materna a la mitad.

Entre 1990 y el año 2000, reducción de la malnutrición grave y moderada de los niños menores de 5 años a la mitad.

Acceso universal al agua potable y a medios sanitarios de eliminación de excrementos.

Para el año 2000, acceso universal a la educación básica y educación primaria completa de no menos del 80% de los niños de edad escolar.

Reducción de la tasa de analfabetismo de adultos (cada país determinará el grupo de edad conveniente) por lo menos a la mitad del nivel de 1990, con especial atención a la alfabetización de las mujeres.

Mejor protección de los niños en circunstancias especialmente difíciles.

II. Objetivos de apoyo y sectoriales

1. Salud y educación de la mujer

Atención especial a la salud y la nutrición de las niñas, las mujeres embarazadas y las madres lactantes.

Acceso de todas las parejas a información y servicios para prevenir los embarazos demasiado tempranos, poco espaciados, demasiado tardíos o demasiado numerosos.

Acceso de todas las mujeres embarazadas a la atención prenatal, a personal capacitado durante el parto y a servicios de consulta en caso de embarazo difícil o emergencia obstétrica.

Acceso universal a la educación primaria con especial atención a las niñas y programas acelerados de alfabetización para las mujeres.

2. Nutrición

Reducción de la malnutrición grave y moderada de los niños menores de 5 años a la mitad del nivel de 1990.

Reducción de la tasa de peso bajo al nacer (menos de 2,5 kilogramos) a menos del 10%.

Reducción de la anemia femenina por carencia de hierro a dos tercios del nivel de 1990.

Eliminación casi total de los trastornos causados por la carencia de yodo.

Eliminación casi total de la carencia de vitamina A y sus consecuencias, incluso la ceguera.

Habilitación de las mujeres para la lactancia exclusiva de sus hijos durante un período de cuatro a seis meses y para la continuación de la lactancia, con alimentación complementaria, hasta bien entrado el segundo año.

Institucionalización de la promoción y el seguimiento periódico del crecimiento en todos los países al fin del decenio de 1990.

Difusión de conocimientos y servicios de apoyo para aumentar la producción de alimentos y lograr la seguridad alimentaria de los hogares.

3. Salud del niño

Erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000.

Eliminación del tétanos neonatal para 1995.

Reducción en 95% de la mortalidad por sarampión y reducción en 90% de los casos de sarampión con respecto al nivel anterior a la inmunización para 1995, como paso importante hacia la erradicación mundial del sarampión a largo plazo.

Mantenimiento de un alto nivel de cobertura de la inmunización (por lo menos 90% de los niños menores de 1 año para el año 2000) contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, el sarampión, la poliomielitis, la tuberculosis y contra el tétanos para las mujeres en edad de procrear.

Reducción en 50% de las muertes por diarrea de niños menores de 5 años y reducción en 25% de la incidencia de diarrea.

Reducción en un tercio de las muertes por infecciones agudas de las vías respiratorias de niños menores de 5 años.

4. Agua y saneamiento

Acceso universal al agua potable.

Acceso universal a medios sanitarios de eliminación de excrementos.

Eliminación de la enfermedad de la dracunculosis para el año 2000.

5. Educación básica

Ampliación de las actividades de desarrollo en la primera infancia, incluso intervenciones de bajo costo convenientes basadas en la familia y en la comunidad.

Acceso universal a la educación básica y educación primaria completa de no menos del 80% de los niños de edad escolar mediante la educación formal o una educación no formal de nivel de aprendizaje semejante, con especial atención a la reducción de las disparidades entre niños y niñas.

Reducción de la tasa de analfabetismo de adultos (cada país determinará el grupo de edad conveniente) por lo menos a la mitad del nivel de 1990, con especial atención a la alfabetización de las mujeres.

Aumento de la adquisición por individuos y familias de los conocimientos, técnicas y valores necesarios para vivir mejor, que se suministrarán por todos los conductos educativos, incluso los medios de información y otras formas de comunicación y acción social modernas y tradicionales, cuya eficacia se medirá por el cambio del comportamiento.

6. Niños en circunstancias difíciles

Aumentar la protección de los niños que están en circunstancias especialmente difíciles y atacar las causas profundas de tales situaciones.

OBJETIVOS PARA MEDIADOS DEL DECENIO (1995)¹

1. Aumento de la cobertura de la inmunización con los seis antígenos del Programa Ampliado de Inmunización a 80% o más en todos los países;
2. Eliminación del tétanos neonatal;
3. Reducción de la mortalidad por sarampión en 95% y los casos de sarampión en 90% con respecto al nivel anterior a la inmunización;
4. Eliminación de la poliomielitis en algunos países y regiones (como contribución a la erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000);
5. Eliminación casi total de la carencia de vitamina A;

6. Yodación universal de la sal;
7. Uso de la terapia de rehidratación oral en 80% de los casos como parte del programa de lucha contra las enfermedades diarreicas²;
8. Hacer "amigos del niño" todos los hospitales y maternidades poniendo fin a la distribución gratuita o a bajo costo de sucedáneos de la leche materna y siguiendo los Diez Pasos recomendados por el UNICEF y la OMS;
9. Erradicación de la dracunculosis;
10. Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño por todos los países.

METAS PARCIALES DE ALGUNOS OBJETIVOS PARA 1995

1. Reducción de los niveles de 1990 de malnutrición grave o moderada en un quinto (20%) o más;
2. Fortalecimiento de la educación básica para reducir en un tercio la diferencia entre la tasa actual de matriculación y retención en la escuela primaria y el objetivo para el año 2000 del acceso universal a la educación básica y la educación primaria completa de no menos del 80% de los niños de edad escolar y la reducción en un tercio de la disparidad entre los sexos en la educación primaria que existía en 1990;
3. Aumento del abastecimiento de agua y el saneamiento para reducir la diferencia entre el nivel de 1990 y el objetivo del acceso universal en el año 2000 en un cuarto en el caso del agua potable y un décimo en el del saneamiento.

Notas

¹ Los países y regiones pueden fijarse metas adicionales o más altas. Muchos países que poseen la infraestructura y los medicamentos necesarios han incluido un objetivo de reducción de la mortalidad por infecciones agudas de las vías respiratorias.

² En los países que posean la infraestructura y los medicamentos necesarios, este objetivo puede ampliarse para incluir el tratamiento correcto de 50% de los enfermos por los proveedores de servicios médicos.

Anexo II

INFORME SOBRE EL ESTADO DE LA FIRMA DE LA DECLARACIÓN DE LA CUMBRE
MUNDIAL, LA PREPARACIÓN DE PROGRAMAS NACIONALES DE ACCIÓN Y LA
RATIFICACIÓN DE LA CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO AL
31 DE MAYO DE 1996

Asia *2 **5 ***20	D	C	África al sur del Sáhara *3 **12 ***29	D	C	América Latina y el Caribe *6 **3 ***23	D	C	Oriente Medio y África septentrional *1 **2 ***16	D	C	Países industrializados *1 **2 ***15	D	C
Afganistán	f	r	* Angola	nf	r	* Antigua y Barbuda	f	r	*** Arabia Saudita	nf	r	*** Alemania	f	r
*** Bangladesh	f	r	*** Benin	f	r	*** Argentina	f	r	*** Argelia	f	r	Andorra	nf	r
*** Bhután	f	r	*** Botswana	f	r	* Bahamas	nf	r	*** Bahrein	nf	r	*** Australia	f	r
Brunei Darussalam	nf	r	** Burkina Faso	f	r	*** Barbados	f	r	Chipre	nf	r	Austria	f	r
Camboya	f	r	*** Burundi	f	r	*** Belice	f	r	*** Djibouti	f	r	*** Bélgica	f	r
*** China	f	r	** Cabo Verde	f	r	*** Bolivia	f	r	*** Egipto	f	r	*** Canadá	f	r
*** Fiji	f	r	** Camerún	f	r	** Brasil	f	r	*** Emiratos Árabes Unidos	nf	nf	*** Dinamarca	f	r
*** Filipinas	f	r	*** Chad	f	r	*** Chile	f	r	*** Irán (República Islámica del)	f	r	*** España	f	r
*** India	f	r	*** Comoras	f	r	*** Colombia	f	r	* Iraq	nf	r	*** Estados Unidos de América	f	f
*** Indonesia	f	r	*** Congo	f	r	*** Costa Rica	f	r	** Jamahiriya Árabe Libia	nf	r	*** Finlandia	f	r
Islas Cook	nf	nf	*** Côte d'Ivoire	f	r	*** Cuba	f	r	*** Jordania	f	r	* Francia	f	r
*** Islas Marshall	f	r	* Eritrea	f	r	** Dominica	f	r	*** Kuwait	f	r	Grecia	f	r
** Islas Salomón	f	r	** Etiopía	f	r	*** Ecuador	f	r	*** Líbano	f	r	Irlanda	f	r
* Kiribati	nf	r	Gabón	f	r	*** El Salvador	f	r	*** Marruecos	f	r	Islandia	f	r
*** Malasia	f	r	*** Gambia	f	r	* Granada	f	r	*** Omán	nf	nf	Israel	f	r
*** Maldivas	f	r	*** Ghana	f	r	*** Guatemala	f	r	*** Qatar	f	r	** Italia	f	r
** Micronesia (Estados Federados de)	nf	r	*** Guinea	f	r	*** Guyana	f	r	*** República Árabe Siria	f	r	*** Japón	f	r
*** Mongolia	f	r	** Guinea Ecuatorial	f	r	Haití	f	r	*** Sudán	f		Liechtenstein	f	r
*** Myanmar	nf	r	*** Guinea-Bissau	f	r	*** Honduras	f	r	*** Túnez	f	r	Luxemburgo	f	r
Nauru	nf	r	*** Kenya	f	r	*** Jamaica	f	r	** Yemen	f	r	Malta	nf	r
*** Nepal	r	r	*** Lesotho	f	r	*** México	f	r				Mónaco	f	r
Niue	nf	nr	** Liberia	f	r	*** Nicaragua	f	r				*** Noruega	f	r
*** Pakistán	f	r	** Madagascar	f	r	*** Panamá	f	r				** Nueva Zelandia		
* Papua Nueva Guinea	f	r	*** Malawi	f	r	*** Paraguay	f	r				*** Países Bajos	f	r
*** República de Corea	f	r	*** Malí	f	r	*** Perú	f	r				*** Portugal	f	r
* República Democrática Popular Lao	f	r	*** Mauricio	f	r	*** República Dominicana	f	r				*** Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	f	r
República de Palau	nf	r	*** Mauritania	f	r	* Saint Kitts y	f	r	N e v i s			San Marino	nf	r

Asia *2 **5 ***20	D	C	África al sur del Sáhara *3 **12 ***29	D	C	América Latina y el Caribe *6 **3 ***23	D	C	Oriente Medio y África septentrional *1 **2 ***16	D	C	Países industrializados *1 **2 ***15	D	C
*** República Popular Democrática de Corea	f	r	*** Mozambique	f	r	** Santa Lucía	f	r				*** Santa Sede	f	r
Samoa	f	r	*** Namibia	f	r	* San Vicente y las Granadinas	f	r				*** Suecia	f	r
*** Singapur	nf	r	*** Níger	f	r	* Suriname	f	r				Suiza	nf	f
*** Sri Lanka	f	r	*** Nigeria	f	r	*** Trinidad y Tabago	f	r	Europa central y oriental y la Comunidad de Estados Independientes *12 **1 ***2					
*** Tailandia	f	r	*** República Centroafricana	f	r	*** Uruguay	f	r						
Tonga	f	r	*** República Unida de Tanzanía	f	r	*** Venezuela	f	r	* Albania	f	r	* Eslovaquia	nf	r
** Tuvalu	nf	r	*** Rwanda	f	r				* Armenia	f	r	* Eslovenia	f	r
** Vanuatu	f	r	** Santo Tomé	f	r	y Pr ín ci p e			Azerbaiyán	f	r	ex República Yugoslava de Macedonia	f	r
*** Viet Nam	f	r	*** Senegal	f	r				* Belarús	f	r	** Federación de Rusia	f	r
			* Seychelles	nf	r				Bosnia y Herzegovina	f	r	Kirguistán	f	r
			** Sierra Leona	f	r				* Bulgaria	f	r	Letonia	f	r
			Somalia	nf	nf				* Croacia	f	r	Lituania	f	r
			** Sudáfrica	f	r				Estonia	f	r	Polonia	f	r
			*** Swazilandia	f	r				Georgia	f	r	República de Moldova	f	r
			** Togo	f	r				Hungría	f	r	*** Rumania	f	r
			*** Uganda	f	r				Kazakstán	f	r	Tayikistán	f	r
			** Zaire	f	r				* República Checa	f	r	Turkmenistán	f	r
			*** Zambia	f	r				* República Federativa de Yugoslavia (Serbia y Montenegro)	f	r	Turquía	f	r
			*** Zimbabwe	f	r							* Ucrania	f	r

* En preparación: 25 países.

** Proyecto o bosquejo recibido: 25 países.

*** Programas nacionales de acción terminados: 106 países.

Programas nacionales de acción terminados, en proyecto o en preparación: 155 países.

D = Declaración de la Cumbre: 167 países la han firmado ("f"); 26 no la han firmado ("nf").

C = Convención sobre los Derechos del Niño: 198 países la han ratificado ("r"); 2 la han firmado ("f"); 4 no la han firmado ("nf").

Nota: Además de los países indicados, tres territorios no autónomos, a saber, las Islas Vírgenes Británicas, Montserrat y las Islas Turcas y Caicos, han preparado programas de acción.