

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1994

Es preciso adoptar una renovada determinación para poder satisfacer las necesidades humanas básicas de todos los niños y niñas, tanto por la importancia intrínseca de este objetivo como por ser un paso esencial para solucionar los problemas de la pobreza, el crecimiento de la población y el deterioro del medio ambiente.



Fondo de las Naciones para la Infancia
(UNICEF)

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA
1994

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

Impreso y hecho en España
Printed and made in Spain

Título original: *The State of the World's Children 1994*

Diseño: Threefold, Witney, Reino Unido

Gráficos: Stephen Hawkins, Oxford, Reino Unido

Fotografía cubierta: Peter Williams/W.C.C.

Composición: Anglofort. Impresión: Grafos, S.A.

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

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

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

ESTADO
MUNDIAL
DE LA INFANCIA
1994



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

Contenido

Introducción

Introducción al informe sobre el Estado Mundial de la Infancia 1994 y resumen de los temas principales.

página 1

1 *Informe de resultados*

En los últimos años se han logrado progresos muy significativos contra algunas de las principales amenazas específicas para la salud y el bienestar de los niños y niñas del mundo. Los actuales conocimientos y capacidad de cobertura indican que podría lograrse una drástica reducción de la mortalidad infantil, las enfermedades, las discapacidades y el analfabetismo antes del año 2000. La mayoría de dirigentes políticos del mundo han establecido y aprobado diversas metas sociales que reflejan este potencial. El conjunto de estas metas representa un intento de superar los peores aspectos de la pobreza y de poner los beneficios más básicos del progreso al alcance de todas las comunidades. La experiencia pasada indica que los progresos nacionales en salud, nutrición y educación no dependen sólo del desarrollo económico, sino también de un compromiso sostenido en favor de la promoción del bienestar de la población pobre. En estos momentos sólo una ínfima proporción del gasto público y de la ayuda externa se dedica a satisfacer las necesidades de alimentación adecuada, atención primaria de salud, educación básica, suministro de agua potable y planificación familiar. Si recibieran una mayor prioridad, la mayor parte de estas necesidades podrían satisfacerse antes de finales de siglo.

página 7

2 *La espiral PPA*

Sobre los pasados logros y el potencial futuro pende la amenaza del denominado «problema PPA», esto es, los efectos interactivos de la pobreza, el crecimiento demográfico y el deterioro del medio ambiente. La solución de estos problemas se inserta en el marco del desafío aún más amplio de lograr la transición mundial hacia un futuro humano sostenible, objetivo que debería constituir el principio organizador central en la era de la posguerra fría. La perpetuación de la negligencia en abordar el «problema PPA» en el mundo en desarrollo se traducirá en un incremento de perturbaciones económicas, disturbios políticos, retrocesos democráticos e inestabilidad tanto a escala nacional como internacional.

página 25

3 *Soluciones sinérgicas*

El logro de las metas humanas básicas examinadas en la parte 1 supondría un importante avance contra el «problema PPA» que se analiza en la parte 2. Los peores aspectos de la pobreza impulsan el rápido crecimiento de la población y el deterioro del medio ambiente, que a su vez exacerban la pobreza. Recíprocamente, el efecto interactivo de las inversiones en salud y nutrición, educación básica y planificación familiar puede generar una espiral ascendente de progresos en el bienestar humano que contribuirían a frenar el crecimiento de la población y a mitigar las presiones sobre el medio ambiente. Por esto es preciso promover con renovada determinación las inversiones en la satisfacción de las necesidades humanas básicas, tanto por su importancia intrínseca como por ser un medio de contención del «problema PPA» que en los próximos años afectará crecientemente no sólo a las comunidades más pobres del mundo, sino a todos los países.

página 41

Tablas estadísticas

Indicadores básicos y estadísticas sobre nutrición, salud, educación, población, progreso económico y situación de las mujeres, más resúmenes regionales e indicadores básicos de los países menos poblados.

página 63

Gráficos

Gráf. 1	Mortalidad de menores de cinco años por causas principales en el mundo en desarrollo.	<i>página 1</i>
Gráf. 2	Porcentaje de niños de un año del mundo en desarrollo protegidos contra las principales enfermedades inmunoprevenibles.	<i>página 3</i>
Gráf. 3	Número anual estimado de niños que contraen la poliomielitis.	<i>página 7</i>
Gráf. 4	Evolución de la tasa global de fecundidad desde 1960.	<i>página 8</i>
Gráf. 5	Porcentaje de mujeres casadas que utilizan algún método anticonceptivo.	<i>página 9</i>
Gráf. 6	Porcentaje de niños en edad escolar con bocio.	<i>página 11</i>
Gráf. 7	Porcentaje de población con acceso a agua potable en las zonas rurales del mundo en desarrollo.	<i>página 15</i>
Gráf. 8	Porcentaje de episodios de diarrea tratados con la terapia de rehidratación oral (TRO).	<i>página 17</i>
Gráf. 9	Población actual en las principales regiones del mundo y proyecciones para el año 2100.	<i>página 25</i>
Gráf. 10	Proporción de la población total y de las emisiones totales de clorofluorocarbonos (CFC) del mundo industrializado y del mundo en desarrollo.	<i>página 26</i>
Gráf. 11	Porcentaje de la población rural más pobre del mundo en desarrollo que vive en zonas con riesgo de deterioro ambiental.	<i>página 31</i>
Gráf. 12	Porcentaje de la población rural más pobre de Asia que vive en zonas con riesgo de deterioro ambiental.	<i>página 33</i>
Gráf. 13	Porcentaje de la población rural más pobre de África que vive en zonas con riesgo de deterioro ambiental.	<i>página 35</i>
Gráf. 14	Porcentaje de la población rural más pobre de América Latina que vive en zonas con riesgo de deterioro ambiental.	<i>página 36</i>
Gráf. 15	Evolución comparada del número medio de nacimientos por mujer y de las tasas de mortalidad de menores de cinco años.	<i>página 43</i>
Gráf. 16	Relación entre las tasas de mortalidad de menores de cinco años y los niveles de uso de anticonceptivos.	<i>página 45</i>
Gráf. 17	Porcentaje de niños del mundo en desarrollo que comienzan la enseñanza primaria y alcanzan el 5.º grado.	<i>página 47</i>
Gráf. 18	Riesgo relativo de mortalidad antes de los cinco años según el espaciamiento con el nacimiento anterior.	<i>página 49</i>
Gráf. 19	Riesgo relativo de mortalidad antes de los cinco años según la edad de la madre.	<i>página 50</i>
Gráf. 20	Mujeres casadas que no desean un nuevo embarazo: porcentajes que utilizan y no utilizan anticonceptivos.	<i>página 52</i>
Gráf. 21	Población real y proyecciones para siete países con una población equivalente en 1950.	<i>página 53</i>
Gráf. 22	Deuda externa total como porcentaje del PNB, 1991.	<i>página 54</i>

Recuadros

1	Niños en situaciones bélicas: necesidad de una nueva ética	<i>página 4</i>
2	Enfermedades diarreicas: principios básicos	<i>página 6</i>
3	Tétanos neonatal: protección materno-infantil	<i>página 10</i>
4	Erradicación de la poliomielitis: el último tramo del camino	<i>página 12</i>
5	Desnutrición: una adaptación invisible	<i>página 16</i>
6	Agua potable: la lección de los barrios	<i>página 20</i>
7	Metas para el 2000: programas nacionales de acción	<i>página 22</i>
8	Progresos: eliminación de la deficiencia de yodo	<i>página 26</i>
9	Bangladesh: del desastre al desarrollo	<i>página 32</i>
10	Inversión en salud: Informe sobre el Desarrollo Mundial	<i>página 34</i>
11	Para la Vida: difusión del mensaje	<i>página 38</i>
12	África subsahariana: ¿descenso de la fecundidad?	<i>página 42</i>
13	SIDA: víctimas infantiles	<i>página 46</i>
14	Estados Unidos: ¿un nuevo trato para la infancia?	<i>página 48</i>

«La necesaria labor de canalizar la atención hacia las necesidades humanas ha fomentado lamentablemente la impresión popular de que el mundo en desarrollo es un escenario sombrío donde sólo se representan tragedias. Pero lo cierto es que, pese a todos los reveses sufridos, en los últimos 50 años se han logrado mayores progresos que en los dos milenios precedentes. Desde el final de la segunda guerra mundial, en el mundo en desarrollo se han duplicado con creces los ingresos reales medios; se han reducido a menos de la mitad las tasas de mortalidad infantil; se ha ampliado aproximadamente en un tercio la esperanza media de vida; la proporción de la población infantil escolarizada del mundo en desarrollo se ha elevado de menos de la mitad a más de tres cuar-

tas partes del total; y el porcentaje de familias rurales con acceso a agua potable se ha elevado de menos de un 10 % a casi un 60 %.

»Durante este mismo período, gran parte del mundo se ha liberado también del colonialismo, está a punto de acabar con todas las formas del *apartheid* y se ha desprendido de los férreos grilletes de los regimenes fascistas y totalitarios.

»La presente década ofrece una clara oportunidad para lograr un avance decisivo contra lo que podríamos describir como el último gran escándalo: la persistencia de la desnutrición, las enfermedades y el analfabetismo evitables, que siguen ensombreciendo las vidas y el futuro de la cuarta parte más pobre de los niños y niñas del mundo.»

Estado Mundial de la Infancia 1993

Introducción y resumen temático

Juzgado a través del prisma de la historia, y no sólo por su valor como noticia periodística, lo que en estos momentos está teniendo lugar en el mundo en desarrollo posiblemente aparecerá como el inicio de una ofensiva final contra algunos de los más antiguos y frecuentes enemigos de la infancia.

Entre estos enemigos figuran cinco enfermedades que actualmente matan más de ocho millones de niños cada año y causan la desnutrición que obstaculiza el normal desarrollo mental y físico de uno de cada tres niños en el mundo en desarrollo (gráfico 1). También comienza a registrarse un retroceso en algunas de las causas más frecuentes de discapacidad infantil: los virus y las deficiencias de micronutrientes que cada año son causa de sordera, ceguera, deficiencia mental o parálisis permanentes para centenares de miles de niños y niñas.

Pese a sus profundas repercusiones para millones de vidas, la mayoría de las veces estas tragedias, y los actuales avances contra ellas, no encuentran eco en los medios de comunicación. La razón es, en parte, que estos problemas se consideran normales y no como algo excepcional. Pero el principal motivo estriba en que sus consecuencias recaen casi exclusivamente sobre los hijos e hijas de los habitantes más pobres y menos influyentes del planeta.

Como resultado, gran parte de los éxitos parciales de los últimos años han permanecido silenciados en medio de una avalancha de desastres ampliamente difundidos. Por ejemplo, se está empezando a doblar el sarampión, que todavía causa cada año más muertes

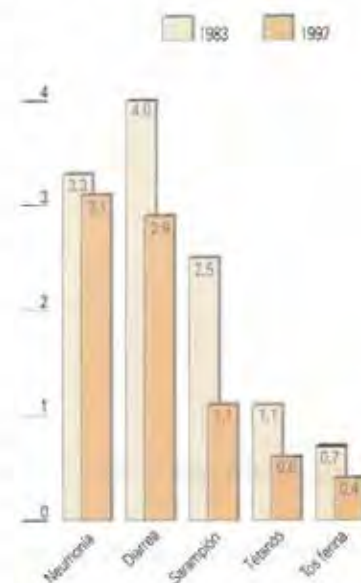
infantiles que la suma de todas las guerras y hambrunas ocurridas en el mundo. En efecto, las muertes por sarampión, la más devastadora de las enfermedades infantiles, han disminuido de más de 2,5 millones anuales en 1980 a poco más de un millón en la actualidad. Simultáneamente también se han reducido, de 75 millones anuales a unos 25 millones, los casos no mortales de esta enfermedad, una de las principales causas de discapacidad y desnutrición infantiles.

También se han registrado éxitos análogos contra otros graves problemas que afectan a los niños y niñas de las comunidades pobres, al empezar a hacer mella los amplios, aunque poco reconocidos, esfuerzos realizados en el mundo en desarrollo. Las muertes por tétanos neonatal se han reducido de más de un millón anual a cerca de medio millón en un plazo de diez años. En el mismo periodo, ha logrado reducirse de 4 millones anuales a menos de 3 millones el número de muertes por deshidratación asociada a las enfermedades diarreicas.

La poliomielitis, causante de la invalidez de tantos millones de niños y niñas a lo largo de los años, ha comenzado a ceder igualmente terreno. Desde 1980, los nuevos casos de parálisis registrados han disminuido de alrededor de medio millón anual a un total estimado de 140.000 en 1992. En varias regiones del mundo en desarrollo está a punto de conseguirse la erradicación del virus de esta enfermedad. Como indicador global de este éxito, se estima en más de tres millones el total de niños y niñas que actualmente llevan una

Gráf. 1 Principales enfermedades

Mortalidad de menores de cinco años por las principales enfermedades infantiles en el mundo en desarrollo (millones).



Las reducciones en la mortalidad por enfermedades específicas se han logrado a pesar de un incremento de aproximadamente un 20% en el total de menores de cinco años (1983-1992). La OMS ha revisado recientemente sus estimaciones del número anual de muertes por sarampión. La cifra del gráfico puede presentar discrepancias con las citadas en informes anteriores. China no está incluida en los datos de 1983.

Fuente: Organización Mundial de Salud, 1993

El acuerdo sobre la transición hacia un futuro sostenible debe constituir el principio organizador central de la era de la posguerra fría.

vida normal y que sin la ampliación de la cobertura de inmunización de la última década, habrían quedado paráliticos por la poliomielitis.

A finales de la década de 1980, cerca de la mitad de los países en desarrollo habían alcanzado la meta adoptada internacionalmente del 80% de cobertura de inmunización contra las principales enfermedades infantiles inmunoprevenibles y casi todos habían conseguido ampliar el nivel de cobertura hasta el 70% como mínimo (gráfico 2). Existen posibilidades razonables de que para 1995 se hayan alcanzado en gran parte otras metas adoptadas por la comunidad internacional.

Pronto podría acabarse con la deficiencia de yodo, responsable de que cada año nazcan 120.000 niños y niñas afectados de cretinismo y que constituye la causa más importante de deficiencia mental prevenible en el mundo.

La deficiencia de vitamina A, que provoca la ceguera de unos 250.000 niños y niñas cada año y constituye una importante causa de mala salud y mortalidad prematura entre los menores de cinco años, podría quedar prácticamente eliminada.

La muerte por tétanos neonatal, enfermedad prevenible mediante la inmunización de las mujeres embarazadas, puede llegar a ser muy pronto un hecho insólito.

Se espera que el 80% de las familias del mundo en desarrollo estén informadas sobre el tratamiento adecuado de las enfermedades diarreicas, incluida la terapia de rehidratación oral (TRO), lo cual permitirá evitar otro millón y medio de muertes infantiles cada año.

Se espera que la poliomielitis quede erradicada en la mayoría de los países del mundo antes de 1995.

Mientras tanto también se está avanzando hacia la ratificación universal de la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por 150 países, 28 de los cuales ya han informado sobre las medidas adoptadas para asegurar su pleno cumplimiento.

También hay algunas malas noticias que, pese a su mayor difusión, no podemos dejar de reseñar. Problemas de orden más apremiante —privaciones y explotación extremas y malos tratos inhumanos contra los niños y niñas en las guerras, en los lugares de traba-

jo, en las calles y en sus hogares— continúan afectando a millones de niños y jóvenes, tanto en los países en desarrollo como en el mundo industrializado. Sin embargo, incluso en este ámbito comienzan a detectarse los primeros indicios del nacimiento de una nueva ética, que en un futuro podrá ofrecer mayor protección a la infancia contra los peores males del mundo adulto. Esta frágil esperanza se examina en el recuadro 1.

La espiral PPA

De acuerdo con la línea habitual de concentrar la atención en los cambios que raras veces llegan a los titulares de la prensa, pese a afectar a las vidas de un enorme número de niños y niñas, en la primera parte del informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* de este año se resumen los progresos registrados contra los peligros concretos que amenazan la salud y la nutrición de los niños y niñas de las comunidades más pobres del mundo. También se reseña el potencial existente para lograr nuevos avances significativos en los próximos años.

En la segunda parte se sitúan estos progresos y este potencial en el contexto de los problemas más amplios que ensombrecen las perspectivas de la humanidad para el siglo XXI. En particular, se examinan las relaciones interactivas entre los peores efectos de la pobreza absoluta, la continuación de un rápido crecimiento de la población y la degradación del medio ambiente rural y urbano en gran parte del mundo en desarrollo. La interrelación entre estos problemas ha llegado a ser tal que al tratarlos por separado se corre el riesgo de no valorar adecuadamente la amenaza que suponen; por ello, en el informe se trata conjuntamente el problema en su triple dimensión: pobreza, población y ambiente, englobados bajo el término sintético de «el problema PPA», según las iniciales de las tres dimensiones.

«El problema PPA» se inscribe a su vez en el marco de un desafío aún más amplio. En efecto, cada día es más evidente que el mundo sólo dispone de un plazo limitado para concentrar su atención y sus capacidades en la gestión de la que será sin duda la transición más compleja y difícil de toda la historia hu-

mana: la transición hacia una nueva vía de progreso caracterizada por la satisfacción universal de las necesidades humanas mínimas, por la estabilización y posible reducción de las cifras de población y por patrones de progreso ambientalmente sostenibles en todos los países. También es evidente que para hacer frente a este desafío multifacético será preciso recurrir a todo el ingenio tecnológico, capacidad de gestión y perspicacia política que sean capaces de desarrollar las sociedades nacionales y la comunidad internacional. La negociación a través de esta gran transición debe desplazar, por tanto, las antiguas preocupaciones militares e ideológicas y constituir en su lugar un nuevo principio organizador del mundo en la época posterior a la guerra fría.

Este informe se centra en «el problema PPA» en el mundo en desarrollo, pero debe quedar claro desde el primer momento que la responsabilidad de garantizar la transición hacia un futuro sostenible recae en gran parte sobre los países industrializados ya consolidados. La vía desbrogada en los últimos quinientos años por un pequeño grupo de países ha reportado muchos beneficios, así como grandes sufrimientos, al resto del mundo. Pero también ha forzado prácticamente hasta el límite la sostenibilidad de la biosfera. Las presiones sobre el medio ambiente a escala planetaria proceden predominantemente en un grado abrumador de los países ya industrializados. Esta situación no puede prolongarse mucho tiempo más, porque los niveles de consumo y contaminación del mundo industrializado son de por sí injustos e insostenibles y, por otro lado, porque no puede pedirse razonablemente a las otras cuatro quintas partes del mundo que moderen o modifiquen el curso de su propio desarrollo para proteger la biosfera mientras los países industrializados continúan monopolizando la capacidad de provisión y absorción de la Tierra.

A medida que empecemos a adentrarnos en el siglo XXI, cada vez será más inevitable plantearse este desafío, en el que ahora muchos se resisten a pensar.

El reto más difícil para el mundo industrializado consistirá sin duda en redefinir sus propias nociones de creci-

miento y de progreso. Pero, para que la gran transición sea posible, es evidente que los países industrializados también deberán contribuir de modo significativo a ayudar a resolver «el problema PPA» en el mundo en desarrollo.

Dado el cúmulo de problemas políticos y económicos inmediatos que concentran la atención de la prensa, la opinión pública y la clase política en todos los países, cabe esperar que las dificultades de la población más pobre de los países más pobres sigan ocupando un lugar secundario en la agenda internacional. Pero más pronto o más tarde también esto deberá cambiar. En efecto, sencillamente no será posible sortear las transiciones que nos aguardan sin intentar resolver «el problema PPA» en las comunidades más pobres del mundo. Si no logra atajarse el impacto combinado de los peores aspectos de la pobreza, el rápido crecimiento de la población y el deterioro del medio ambiente, dentro de muy pocos años el resultado será, casi con toda certeza, un incremento de las divisiones sociales, las perturbaciones económicas y el malestar político, así como el progresivo debilitamiento de las oportunidades de progresar hacia la democracia y la estabilidad internacional. Ningún país —del Norte o del Sur, rico o pobre— quedará a salvo de las consecuencias de semejante fracaso.

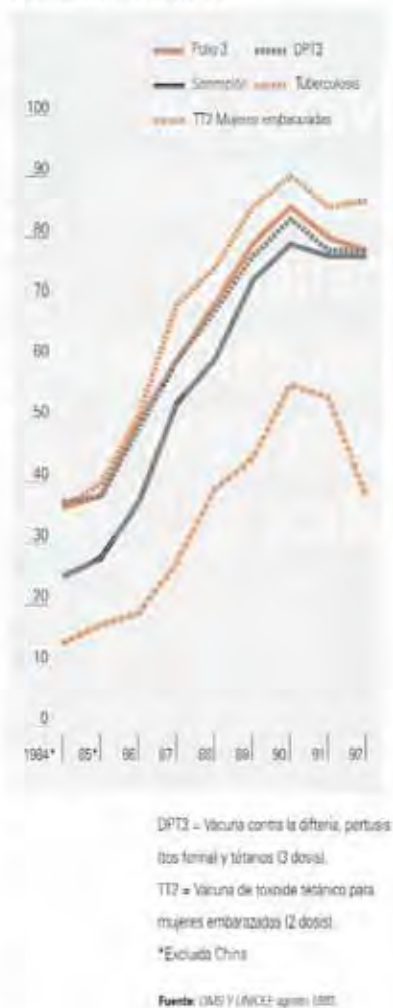
Acción inmediata

En la tercera parte del informe se examinan las cuestiones relacionadas con el progreso en favor de los niños y niñas de hoy en el contexto del «problema PPA» a más largo plazo. La proposición central señala que la promoción de las actuales oportunidades de bajo costo para proteger la salud, la nutrición y la educación de las mujeres y los niños y niñas del mundo en desarrollo constituye una de las vías más inmediatas y asequibles para debilitar la presión de la pobreza, el crecimiento de la población y el deterioro que sufre el medio ambiente.

En particular, se intenta destacar que «el problema PPA» no se resolverá sin un esfuerzo nacional e internacional continuado para superar los peores aspectos de la pobreza en los pocos años que restan de siglo. En efecto, la pobreza está en la raíz de la crisis de pobla-

Gráf. 2 Cobertura de inmunización

Porcentaje de niños de un año del mundo en desarrollo protegidos contra las principales enfermedades inmunoprevenibles.



Niños en situaciones bélicas: necesidad de una nueva ética

En la década de 1990, el mundo se encuentra en una encrucijada crítica para la causa de la protección de los niños y niñas en situaciones bélicas.

Por un lado, parece observarse un alarmante retroceso. En otras épocas, las principales víctimas de la guerra eran los soldados. Esto ya no es así. Sólo en la última década, se estima en 1,5 millones el número de niños y niñas muertos en conflictos armados. Otros 4 millones han quedado discapacitados, tullidos, ciegos o han sufrido lesiones cerebrales. Al menos 5 millones se han convertido en refugiados y 12 millones más se han visto desarraigados de sus comunidades. Un número muchísimo más grande ha sufrido un deterioro de su salud, nutrición y educación como resultado de la destrucción de las cosechas, infraestructuras, centros de salud y escuelas a causa de los conflictos.

En fecha más reciente, la violación de niñas se ha utilizado sistemáticamente como un arma de guerra en la ex-Yugoslavia. Y en muchas partes del mundo, se ha torturado a niños y niñas y se les ha obligado a presenciar o participar en atrocidades. Centenares de miles han quedado inválidos por explosiones de minas. Muchísimos más han sido reclutados por los ejércitos, se les han distribuido drogas y armas, y han quedado insensibilizados frente al dolor ajeno. Incontables millones de estos niños y jóvenes sufren trastornos de estrés post-traumático, un término estremecedor recién incorporado al léxico internacional.

A la vista de la acumulación insólita de estos hechos, parece justificado pensar que la cubierta protectora de la civilización está sufriendo un desgaste sin precedentes.

Al mismo tiempo, también comienzan a vislumbrarse síntomas de un nuevo compromiso para proteger a la infancia frente a los peores males del mundo adulto. La intensa difusión a través de los medios de comunicación de las atrocidades contra niños y niñas constituye un primer ejemplo, al igual que la reacción de la opinión pública a escala mundial y el rápido incremento, en todos los países, del número de organizaciones no gubernamentales entregadas a la tarea de intentar prevenir los abusos contra la infancia en situaciones bélicas y ofrecer ayuda a las víctimas.

La Declaración de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990, firmada por los líderes políticos de todo el mundo, requería específicamente que «en las situaciones de violencia y conflictos bélicos, se debe dar especial protección a los niños, mediante la suspensión de las hostilidades y la creación de

«corredores de paz». En la década de 1990, se ha creado un nuevo marco para todos estos esfuerzos a través de la Convención sobre los Derechos del Niño que, al igual que proclama el derecho de todos los niños y niñas a la atención de salud, nutrición y educación básicas, también incorpora cláusulas específicas para su protección en los conflictos armados. Ciento cincuenta gobiernos han ratificado la Convención en sus primeros cuatro años de existencia. Ninguna otra convención sobre derechos humanos ha progresado tan rápidamente en su fase inicial. El UNICEF confía que en 1995 los 184 miembros de las Naciones Unidas habrán ratificado la Convención, estableciendo de este modo unas normas mínimas en materia de supervivencia, protección y desarrollo infantiles cuyo incumplimiento debería avergonzar a cualquier país.

Este incipiente movimiento ya ha empezado a conseguir los primeros resultados prácticos en los últimos años. La idea de que todas las partes enfrentadas deberían llegar a un acuerdo para la protección de la infancia en situaciones bélicas ha ido ganando terreno desde la primera proclamación de los «días de tregua», que permitieron la inmunización de los niños y niñas de El Salvador en varias ocasiones cada año durante la pasada guerra civil. Las jornadas nacionales de inmunización en el Líbano y los «corredores de paz» establecidos durante los combates en Sudán constituyen otros ejemplos de aplicación de este principio embrionario, al igual que los esfuerzos para cubrir las necesidades básicas de los niños y niñas en los momentos álgidos de la Guerra del Golfo y en los días más negros de Sarajevo.

Como suele ocurrir con todos los principios de este tipo, en el mundo real por cada dos pasos que se avanza se da otro hacia atrás. Y sólo una clamorosa y persistente exigencia de nuevas acciones por parte de la opinión pública garantizará el mantenimiento de los progresos en este ámbito. □

ción y del medio ambiente en el mundo en desarrollo, a la vez que constituye el punto más accesible para quebrar los potentes sinergismos negativos que alimentan la espiral descendente del «problema PPA».

En estos momentos se requiere un esfuerzo decidido para proteger a millones de *niños y niñas* del mundo de los más graves efectos de la pobreza en la que han nacido. Los conocimientos y capacidad de cobertura disponibles permiten proteger, por primera vez, el desarrollo mental y físico de casi todos los niños y niñas del mundo. En consecuencia, ahora es posible interrumpir uno de los principales procesos de perpetuación de la pobreza de una a otra generación.

Por tanto, una respuesta adecuada al «problema PPA» debe incluir —entre múltiples acciones en muchos otros campos—, al menos cuatro formas de inversión básica en favor de la vida en las comunidades más pobres del mundo, a saber:

- Prevención de las enfermedades y discapacidades comunes y fuerte reducción de la desnutrición, tanto grave como moderada.
- Rápidos avances hacia el acceso de todos los niños y, sobre todo, de todas las niñas a la educación primaria como mínimo.
- Un esfuerzo mundial sin precedentes para mejorar las condiciones de

vida de las mujeres de las comunidades pobres: su salud y educación, su estatus y posibilidades de elección, sus derechos y oportunidades. Además de una importante cuestión de principios, ésta es también la medida práctica más importante que puede adoptarse para debilitar la presión del «problema PPA».

- Garantizar el acceso a la información y los servicios de planificación familiar para todas las personas que los precisen.

En resumen, el mensaje central del informe de este año destaca que la inversión en el bienestar de las mujeres y los niños y niñas —inversión que corre el riesgo de quedar relegada frente a otros problemas más recientes y aparentemente más dramáticos— no sólo constituye una de las metas humanitarias más importantes que puede proponerse alcanzar el mundo, sino también una de las contribuciones más incisivas y eficientes en términos de costos a la lucha contra los problemas más amplios de la pobreza, el crecimiento demográfico y el deterioro del medio ambiente.

El importe de esta inversión en la década de 1990 representaría poco más de una décima parte del 1% del producto económico mundial anual.

Es una oportunidad poco frecuente de conseguir mucho a buen precio. Y el mundo no puede permitirse desaprovecharla.

Enfermedades diarreicas: principios básicos

Un cuarto de siglo después del comienzo de su difusión la terapia de rehidratación oral (TRO) salva actualmente más de un millón de jóvenes vidas cada año.

La TRO consiste en el mantenimiento de la ingestión de líquidos y la continuación de la alimentación mientras persiste la diarrea. Esta terapia de bajo costo y fácil aplicación en el hogar, se disponga o no de sobres preparados de sales de rehidratación oral (SRO), es la barrera más eficaz para impedir la deshidratación, a menudo mortal, que drena los fluidos vitales del organismo. Actualmente es también el tratamiento habitual enseñado en algunas de las facultades de medicina más prestigiosas del mundo.

Cuando a principios de los años ochenta, el UNICEF decidió conceder prioridad a la promoción de la TRO, juntamente con la inmunización, pocas personas estaban informadas al respecto en los círculos médicos o gubernamentales, las escuelas o las familias. Actualmente, uno de cada tres niños con diarrea son tratados con la TRO en sus hogares. Gracias a ello, se evitan a diario unas 3.000 muertes infantiles. La TRO debe acompañarse de una alimentación continuada y puede ayudar a prevenir igualmente la desnutrición de un número aún mucho mayor de niños y niñas.

Sin embargo, la TRO es desdeñada con demasiada frecuencia. Más de dos millones de menores de cinco años siguen muriendo cada año de deshidratación diarreica en las comunidades más pobres del mundo. Y esta enfermedad sigue constituyendo una de las principales causas de desnutrición. En efecto, las recurrentes diarreas drenan el organismo infantil de nutrientes, reducen el apetito e inhiben la absorción de alimentos.

Con el fin de acelerar los progresos, los dirigentes de muchos países en desarrollo, con el estímulo del UNICEF y la OMS, han establecido la meta de cobertura del 80% de uso de la TRO para finales de 1995.

Pero el ejemplo de Egipto demuestra la importancia de un esfuerzo sostenido a largo plazo. En 1983, el gobierno puso en marcha, con el respaldo de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos una campaña sumamente eficaz de promoción de las SRO. Al cabo de dos años, un 96% de las madres con hijos de corta edad habían oído hablar de la rehidratación oral y la tasa de utilización de SRO superaba el 50%. En parte como resultado de este éxito, la mortalidad de menores de cinco años se redujo casi a la mitad, de 132 a 72 fallecidos por 1.000 nacidos vivos, entre 1985 y 1991.

Sin embargo, la financiación externa para el programa egipcio de promoción de las SRO ha disminuido mucho y las tasas de utilización de la TRO se han reducido al 34%. Uno de los principales obstáculos contra su difusión ha sido la profesión médica: ha resultado muy difícil convencer a los médicos, sobre todo los que practican la medicina privada, de que un procedimiento tan simple representa el tratamiento óptimo al que siempre debería recurrirse en primer lugar. Sigue prefiéndose la administración de fármacos: según encuestas recientes realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en dos gobernatorados egipcios, la TRO se utilizaba en el 23% de los casos de diarreas, mientras en un 54% se recetaban medicamentos anti-diarreicos.

Sólo uno de cada diez casos de diarrea requiere la administración de antibióticos además de la rehidratación oral. Las bolsitas de SRO, que pueden adquirirse por un precio asequible no superior a los 10 centavos de dólar, y otros remedios caseros como la administración de agua de arroz, té suave o agua de cocos verdes, permiten prevenir la deshidratación en la mayoría de los casos. Sin embargo, el tratamiento farmacológico supera abrumadoramente a la utilización de SRO en la mayoría de países. Según datos de la OMS, cada año se gastan más de 1.000 millones de dólares, en los países en desarrollo y desarrollados, en medicamentos anti-diarreicos inútiles y a menudo nocivos.

Algunos países están volviendo a los principios básicos. México acaba de iniciar, bajo la supervisión personal directa del Presidente Carlos Salinas, una campaña de dos años con un costo de 20 millones de dólares para hacer llegar la rehidratación oral a todos los niños y niñas en todos los estados del país. Bajo el lema «La mejor solución», la campaña insiste en los tres principios básicos: líquidos, alimentos y asistencia médica en caso necesario. Como respaldo a la campaña de promoción, las organizaciones nacionales de mujeres han iniciado un programa de formación para las madres de los barrios, que luego exhiben en sus casas la bandera blanca de la campaña. También se están enseñando los principios adecuados de tratamiento al personal médico de todo el país, en los hospitales y consultorios médicos privados; así como en los recién inaugurados centros de rehidratación oral. (1)

El aspecto más importante del progreso alcanzado en favor de los niños y niñas del mundo en desarrollo es el gradual dominio que se está consiguiendo contra las principales enfermedades infantiles.

La más devastadora de éstas es el sarampión común, una enfermedad relativamente poco importante en los países industrializados, pero que constituye una de las principales causas de mortalidad, desnutrición y discapacidad de los niños y niñas de las comunidades pobres del mundo en desarrollo.* Hace poco más de una década, alrededor de 75 millones de niños contraían el virus del sarampión cada año y más de 2,5 millones morían en el curso de la fase aguda de la enfermedad. Actualmente, gracias a los avances logrados en la atención de salud y la cobertura de inmunización, los casos anuales de sarampión han quedado reducidos a unos 25 millones y las muertes por esta enfermedad se han reducido a poco más de un millón.¹

En segundo lugar, también se están consiguiendo avances significativos contra las enfermedades diarreicas, otra de las principales causas de desarrollo deficiente y mortalidad prematura entre los niños y niñas de las comunidades pobres.

A principios de la década de 1980, alrededor de 4 millones de niños morían cada año por las secuelas de afecciones diarreicas. Pero desde 1985, la técnica de la TRO se ha puesto al alcance de unos 250 millones de familias, o sea aproximadamente una tercera parte de los niños y niñas del mundo en desarrollo. Sesenta países ya producen bolsas de sales de rehidratación oral (SRO) según la fórmula recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el UNICEF, y más de dos tercios partes de la población mundial puede obtener SRO en un lugar situado a una distancia razonable del hogar.² El resultado es la prevención de más de un millón de muertes infantiles anuales causadas por enfermedades diarreicas (recuadro 2).³

Durante los años ochenta y principios de los noventa también se han ampliado los niveles de inmunización, desde menos de un 20% a alrededor de un 80%, lo que sin duda representa uno de los mayores éxitos en el ámbito de la salud pública de este y de todos los siglos. Además de contribuir al control del sarampión, la inmunización también ha permitido conquistar mucho terreno frente a la incidencia de la tos ferina, el tétanos, la difteria y la poliomielitis. A principios de la década de 1980, la tos ferina causaba la muerte de más de 700.000 niños y niñas cada año; actualmente, el número de víctimas se ha reducido a cerca de 400.000.⁴ En el mismo periodo, el número de muertes por tétanos neonatal entre los recién nacidos se ha reducido de 1,1 millones a menos de 600.000 y el número de niños y niñas que mueren de difteria ha disminuido de 19.000 a 4.000 (recuadro 3).⁵

Como consecuencia de los avances en la inmunización también se ha registrado un continuado retroceso de la poliomielitis. En 1980, el virus de esta enfermedad causó la invalidez permanente de casi 400.000 niños y niñas en todo el mundo. El año pasado, el número de víctimas se elevó a unas 140.000 (recuadro 4 y gráfico 3).⁶ Según señala la OMS, en estos momentos existen probabilidades razonables de erradicar la poliomielitis de la faz de la Tierra antes del año 2000.

Un efecto favorable menos conocido de los progresos en la inmunización es su contribución a una mejor nutrición. Las frecuentes enfermedades constituyen una amenaza para la salud nutricional y el desarrollo a largo plazo de un niño o una niña: reducen el apetito durante varios días seguidos; inhiben la absorción de alimentos; consumen calorías con la fiebre y en la lucha contra la enfermedad; y drenan los nutrientes del organismo a través de los vómitos y las diarreas. Cuando estas enfermedades se repiten a menudo, precipitan al niño o a la niña en una espiral continuamente descendente de

Gráf. 3 Casos de poliomielitis

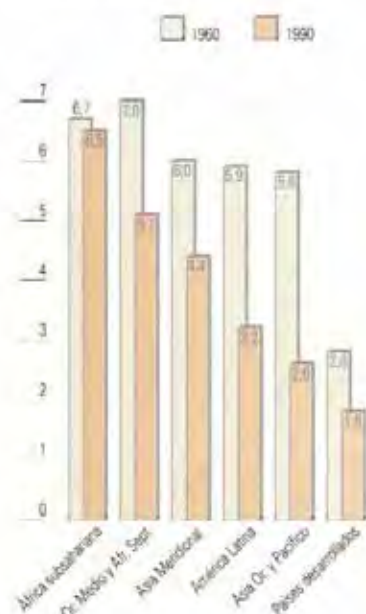
Número anual estimado de niños que contraen la poliomielitis en el mundo en desarrollo (millares)



* El control del sarampión permite salvar casi dos millones de jóvenes vidas cada año. Pero la importancia de este éxito va considerablemente más allá de la prevención de estas muertes. En efecto, es un hecho cada vez más reconocido que los ataques no mortales de sarampión a menudo aparecen asociados a la desnutrición, neumonía, diarreas, pérdida de vitamina A, encefalitis, conjuntivitis, otitis media, ceguera y sordera. La prevención de 50 millones anuales de casos de esta enfermedad representa, por tanto, una importante mejora en el estado general de salud y nutrición de los niños y niñas del mundo en desarrollo.

Gráf. 4 Descenso de la fecundidad

Evolución de la tasa global de fecundidad (Número medio de nacimientos por mujer) desde 1960.



La tasa global de fecundidad indica el número total de hijos que tendría una mujer que viva hasta el final de su edad fértil y tenga a cada edad un número de hijos equivalente a las tasas de fecundidad específicas prevalentes para esa edad.

Fuente: *World Development Report* (versión de 1993 versión, 1993).

desnutrición y mala salud. Y esta espiral, más que ninguna otra causa individual, es el motivo de que tantos millones de niños y niñas no logren sobrevivir más allá de sus primeros años o no lleguen a desarrollar su pleno potencial mental y físico (recuadro 5). Los grandes éxitos logrados en los últimos años contra algunas enfermedades infantiles concretas también representan, por tanto, un avance significativo frente a los problemas fundamentales de la desnutrición y las deficiencias en el desarrollo psíquico y físico. En otras palabras, constituyen pasos significativos hacia la erradicación no sólo de los síntomas, sino también de las causas de la pobreza y el subdesarrollo.

En los últimos años se ha registrado asimismo un progreso continuado en la ampliación del acceso a agua potable y a sistemas seguros de saneamiento para millones de familias del mundo en desarrollo. Desde 1980, la proporción de familias con acceso a agua potable se ha incrementado del 38% al 68% en Asia sudeste, del 66% al 78% en América Latina y del 32% al 47% en África.⁷ El acceso a sistemas seguros de saneamiento ha avanzado a un ritmo más lento, si bien más de la mitad de todas las familias del mundo en desarrollo disponen actualmente de medios para la eliminación sin riesgos de los excrementos.⁸ Estos avances también han contribuido a reducir la incidencia de las enfermedades y a fomentar la salud nutricional.

Finalmente, también se han conseguido notables avances en la difusión de la información y los medios adecuados de planificación familiar. En el plazo de tres décadas, ha descendido de 6,0 a 3,7 el número medio de hijos por mujer en el mundo en desarrollo (gráfico 4). La proporción de mujeres casadas que utilizan métodos modernos de planificación familiar se ha incrementado globalmente de menos del 10% a alrededor de un 50% (gráfico 5).⁹ El cambio se ha producido con una rapidez sin precedentes en la historia demográfica, con una reducción de las tasas de fecundidad a la mitad en el plazo de una sola generación en unos 17 países.¹⁰ En palabras del doctor Hiroshi Nakajima, Director General de la Organización Mundial de la Salud: «El acontecimiento más significativo de las últimas décadas

en el campo de la salud reproductiva ha sido la importante expansión en el uso de anticonceptivos, con importantes beneficios para las personas individuales, las familias, las sociedades y el mundo en general.»¹¹

Como se evidenciará en la tercera parte de este informe, la planificación familiar constituye una de las contribuciones más importantes al desarrollo social y económico: reduce el número de muertes maternas y las tasas de mortalidad de menores de cinco años; mejora la salud nutricional tanto de las mujeres como de los niños y niñas; permite disfrutar a las mujeres de mejor salud, más tiempo y mayores oportunidades; repercute positivamente sobre la atención y educación infantiles; y frena el crecimiento de la población. Pese a que todavía subsiste una considerable demanda no satisfecha, la difusión de la planificación familiar representa uno de los aportes más significativos al bienestar humano de los últimos años.

Cambio social

Los avances en los conocimientos y la tecnología han sido factores necesarios, pero no suficientes, para conseguir estas mejoras. Lo cierto es que desde hace varias décadas se dispone de la mayor parte de este saber científico: la eficacia en gran escala de la TRO quedó demostrada veinticinco años atrás;¹² desde los años sesenta, como mínimo, se disponía de las vacunas que han hecho posibles los recientes avances contra el sarampión, el tétanos, la tos ferina y la poliomielitis; hace treinta años que se dispone de la mayor parte de los modernos métodos anticonceptivos ampliamente utilizados en la actualidad; y en Suiza y los Estados Unidos se recurrió por primera vez a la yodación de la sal para combatir los trastornos asociados a la deficiencia de yodo en la década de 1920.

El nuevo elemento que ha hecho posible la reciente aplicación de estos avances a escala masiva es una transformación más amplia de carácter social y económico. Este cambio social, asociado al progresivo crecimiento económico, ha tenido lugar fundamentalmente en dos ámbitos. En primer lugar, la infraestructura y capacidad de las comunicaciones han alcanzado actualmente en la mayoría de países en

desarrollo un nivel con el cual resulta material y financieramente posible hacer llegar los beneficios fundamentales del progreso prácticamente a todas las comunidades. Se trata de un cambio histórico muy subestimado, cuyo potencial ha quedado convincentemente demostrado con los éxitos de los últimos años en el campo de la inmunización. Los altos niveles de cobertura alcanzados en el mundo en desarrollo indican que se ha establecido un sistema —incluida la capacidad de formación, abastecimiento, gestión, comunicaciones, transporte y seguimiento— capaz de establecer contacto con más de 100 millones de niños en cuatro o cinco ocasiones distintas durante su primer año de vida. Este sistema de cobertura, que abarca casi la totalidad de los poblados rurales y barrios urbanos, dista mucho de ser universalmente fiable y se requerirán extraordinarios esfuerzos para mantenerlo y reforzarlo a lo largo de los años que restan de esta década; pero los avances conseguidos hasta la fecha indican que casi todos los países en desarrollo disponen en estos momentos de la capacidad necesaria para poner los beneficios básicos del progreso científico al alcance de casi toda su población.

El segundo cambio, asociado al anterior, es la creciente conciencia pública y política a escala mundial de que estos avances ya son posibles, de que ahora se dispone tanto de los conocimientos científicos como de la capacidad de cobertura adecuados. Por consiguiente, ya no es inevitable ni aceptable que las enfermedades prevenibles y la desnutrición afecten a millones de familias y que millones de sus hijos e hijas sufran frecuentes enfermedades, un desarrollo deficiente y muertes prematuras. Como señalaba el informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia de 1989*: «En estos momentos, el mundo sabe que se está produciendo esta tragedia y está en condiciones de evitarla. El conocimiento debe ir unido a la ética, la capacidad a la moral.»

Este mensaje que destaca lo que ya es posible alcanzar ha sido proclamado por los agentes de salud y las escuelas de salud pública, por las organizaciones de las Naciones Unidas, por las fundaciones y las organizaciones no gubernamentales, por los organismos profesionales y los centros de investi-

gación, así como por un número creciente de activistas, comentaristas de prensa, dirigentes de opinión y organismos políticos.

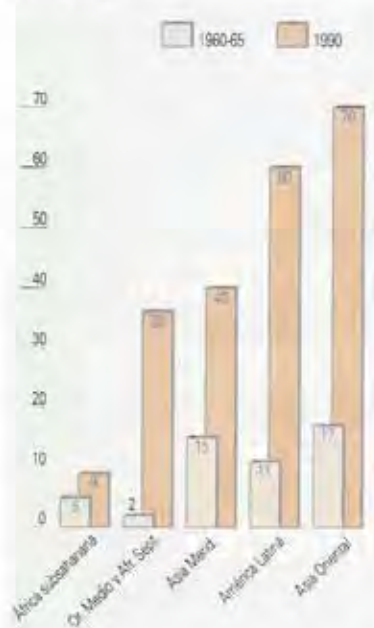
A la vez que se intensificaba su volumen, esta voz también ha empezado a traducirse en presiones políticas. Un primer ejemplo fue el compromiso para alcanzar la meta del 80% de cobertura de inmunización suscrito por casi todos los dirigentes políticos nacionales a mediados de la década de 1980. En aquella fecha, la inmunización sólo cubría a una tercera parte de los niños y niñas del mundo en desarrollo; cinco años después, cerca del 80% estaban protegidos por las vacunas.

Casi al mismo tiempo que se alcanzaba la meta de inmunización, el proceso de progresiva concienciación y crecientes presiones se plasmó en reivindicaciones concretas en favor de la universalización de otros beneficios básicos del progreso. Millares de personas y organizaciones de todo el mundo comenzaron a considerar cada vez más escandaloso que una afección tan simple, prevenible y tratable como las enfermedades diarreicas comunes siguiera segando tres millones de vidas infantiles cada año; o que se permitiera la muerte de más de tres millones de niños y niñas víctimas de enfermedades respiratorias, cuando habría sido posible proporcionarles antibióticos con un costo casi insignificante; o que el mundo siguiera tolerando que el sarampión, la tos ferina y el tétanos causaran millones de muertes cada año entre el 20% de la población infantil aún no protegida por las vacunas; o que todavía se permitiera que la poliomielitis dejase parálisis a más de 100.000 niños y niñas al año, cuando existía la posibilidad de erradicar el virus en todo el mundo.

A medida que avanzaba la década de 1980, la rápida ampliación de los conocimientos sobre la situación de los niños y niñas en los países en desarrollo comenzó a añadir nuevas cuestiones a la lista. ¿Por qué se permitía que un millón de niños quedasen ciegos cada año debido a la carencia de vitamina A cuando era posible suministrar cápsulas de vitamina A, con un costo inapreciable, a todos los niños y niñas en situación de riesgo?²³ ¿Por qué la deficiencia de yodo seguía siendo una de las principales causas de retraso men-

Gráf. 5 Planificación familiar

Porcentaje de mujeres casadas que utilizan algún método anticonceptivo.



Fuente: John Bess et al., *Family Planning and Child Survival Programs Assessment in 1991*, Population Council, 1992.

Tétanos neonatal: protección materno-infantil

Cada minuto, muere un recién nacido por infección de tétanos. Cada diez minutos, una madre reciente también cae víctima de la misma enfermedad. Cada año, podrían evitarse unas 50.000 muertes maternas y casi 600.000 muertes neonatales causadas por el tétanos —casi una cuarta parte de la mortalidad infantil en algunos países— mediante la vacunación antitetánica y prácticas higiénicas adecuadas durante el parto.

Entre las metas aprobadas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 figura la eliminación del tétanos neonatal antes de 1995. Ya hace treinta años que se dispone de la vacuna contra esta enfermedad y es un hecho sabido desde hace tiempo que la administración de dos dosis de toxoide tetánico durante el embarazo permiten proteger a la madre y su bebé hasta que puede vacunarse independientemente.

No obstante, el empeño para derrotar el tétanos está muy retrasado. Tras una década de intensos esfuerzos, a finales de 1990, en la mayoría de países se alcanzó o faltaba poco para alcanzar el 80% de cobertura de inmunización infantil contra otras enfermedades inmunoprevenibles. La cobertura de vacunación antitetánica de las mujeres embarazadas se elevó de menos de un 15% a alrededor de un 55% en el curso de esa década, pero posteriormente ha vuelto a reducirse hasta menos del 40%.

Cuatro años atrás, el informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* citó el siguiente comentario del doctor Ralph Henderson, director del Programa Ampliado de Inmunización de la Organización Mundial de la Salud durante la mayor parte de la década de 1980:

«La pervivencia del tétanos neonatal representa un importante fracaso de la atención pública de salud. Es uno de los síntomas más dramáticos e indignantes de nuestra incapacidad general para ofrecer servicios básicos de atención de salud materna adecuados. No deberíamos permitir que se produzca ni un solo caso de tétanos neonatal. Esta enfermedad debería quedar eliminada en todos los países antes de 1995. Disponemos de una vacuna adecuada y estable, y este objetivo debería y podría haberse conseguido antes.»

Lamentablemente, sus palabras siguen siendo tan pertinentes hoy como entonces.

La «incapacidad general» en la atención de salud materna incluye las prácticas inadecuadas del parto que permiten que las esporas del bacilo tetánico entren en contacto con el cordón umbilical no cicatrizado o con el canal del parto. Un gran número de mujeres del mundo

en desarrollo dan a luz en condiciones de higiene inadecuada y de desatención médica. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, sólo la mitad del total de los partos pueden considerarse «higiénicos» y sólo la mitad cuentan con la asistencia de una persona calificada.

Algunos países están ganando la batalla contra el tétanos gracias a un esfuerzo combinado de vacunación y de promoción del parto en condiciones más seguras. En Zimbabue, donde tres de cada cinco embarazadas están plenamente inmunizadas contra el tétanos, ahora se capacita a todas las mujeres que actúan como parteras, con especial hincapié en las «tres higienes»: higiene de las manos, de la superficie de alumbramiento y del corte y vendaje del cordón umbilical. Y en China, donde se desarrolló por primera vez el concepto de las «tres higienes», se inició recientemente en 300 distritos la primera campaña de vacunación antitetánica dirigida a las mujeres.

Tailandia, donde el tétanos era la causa de una cuarta parte de la mortalidad neonatal, está en vías de conseguir erradicar esta enfermedad antes de 1995. La campaña hace hincapié en la promoción del registro de casos, en los esfuerzos educativos masivos para motivar a las mujeres a vacunarse y en la formación de las parteras tradicionales, agentes de salud y otros dirigentes comunitarios en las prácticas de atención adecuada durante el parto. Entre 1988 y 1992, se duplicó la inmunización de las mujeres tailandesas con toxoide tetánico hasta alcanzar un nivel del 72%, y nueve de cada diez escolares fueron vacunados o recibieron una dosis de refuerzo contra el tétanos. También se efectuó una amplia distribución de «carpetas para un parto sin riesgos», sobre todo en las zonas con mayor prevalencia del tétanos.

Gracias a estos esfuerzos, en tres años logró reducirse el número de casos en las dos provincias con las mayores tasas de tétanos neonatal. □

tal prevenible en el mundo, que provocaba el nacimiento de más de 100.000 niños afectados de cretinismo cada año y afectaba el normal desarrollo de al menos 50 millones más, cuando el problema podía prevenirse con un medio tan asequible y fácil de aplicar como la yodación de toda la sal destinada al consumo? (gráfico 6)¹⁴ ¿Por qué se permitía que alrededor de un millón de lactantes muriesen cada año, sin despertar protestas, por el progresivo abandono de la práctica exclusiva de la lactancia materna en muchas zonas del mundo?¹⁵ ¿Y por qué casi un millón de personas seguían sufriendo los dolorosos y debilitantes efectos de la dracunculiasis o enfermedad del gusano de Guinea cuando el costo que supondría su control en las zonas afectadas había quedado reducido a unos 2,50 dólares por persona?¹⁶

Incluso en zonas donde se habían registrado continuados progresos comenzaron a plantearse con creciente impaciencia nuevos interrogantes. ¿Por qué mil millones de personas carecen aún de agua potable cuando las nuevas tecnologías y estrategias de base comunitaria han abierto la vía para resolver este problema con un costo mucho más reducido? (recuadro 6)¹⁷ ¿Por qué una tercera parte de los niños y niñas del mundo en desarrollo no alcanzan el peso considerado aceptable, cuando nuevos enfoques han demostrado que es posible lograr reducciones muy apreciables en la desnutrición con un costo de menos de 10 dólares por niño?¹⁸ ¿Por qué, según indican las encuestas, actualmente en el mundo en desarrollo uno de cada cinco embarazos no es deseado, cuando con la capacidad de comunicaciones y cobertura disponibles podrían ponerse las ventajas de la planificación familiar al alcance de casi todas las parejas?

Asimismo, también salió a relucir una cuestión que hasta entonces apenas había recibido atención y en la que aparentemente se habían registrado escasos progresos. ¿Por qué 500.000 mujeres jóvenes seguían muriendo cada año de parto en el mundo en desarrollo?, se preguntó en 1989 la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas para una Maternidad Sin Riesgos. ¿Por qué las mujeres del África subsahariana, por ejemplo, seguían expuestas a un riesgo de 1:20 de morir durante el parto cuando este mismo

riesgo se había reducido a 1:3.600 para las mujeres del mundo industrializado?¹⁹

Nuevas metas

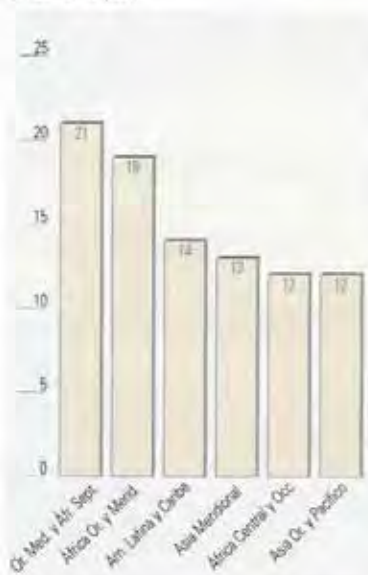
Este proceso adquirió un renovado impulso cuando se alcanzó la meta del 80% de cobertura de inmunización. La consecución de esta meta —que suponía hacer extensivo por primera vez en la historia un avance científico básico a prácticamente todas las comunidades del mundo— demostraba la posibilidad de alcanzar muchos otros objetivos similares e igualmente importantes si los países se decidían a intentarlo y si la comunidad internacional les ofrecía su apoyo continuado.

En el otoño de 1990, esta creciente conciencia de lo que podría lograrse culminó con la celebración de la primera cumbre mundial convocada hasta entonces para tratar una importante cuestión social, en vez de ocuparse de asuntos políticos, militares o económicos. A la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, celebrada en las Naciones Unidas en Nueva York, asistieron representantes de casi todos los países, incluidos 71 jefes de Estado y de Gobierno. Su propósito era examinar una amplia gama de progresos conseguidos gracias a los avances en los conocimientos y la tecnología, la reducción de los costos y la ampliación de la capacidad de los sistemas de comunicaciones en el mundo en desarrollo. El resultado fue la adopción de una serie de nuevas metas sociales y un acuerdo —actualmente suscrito por 159 países— por el cual cada país se compromete a adaptar las metas a sus circunstancias específicas y a establecer un programa nacional de acción para alcanzarlas hacia el año 2000.²⁰

En resumen, entre las nuevas metas figura la reducción de un tercio en las tasas de mortalidad de menores de cinco años, la reducción a la mitad de la desnutrición infantil, la ampliación del 90% de la cobertura de inmunización, el control de las principales enfermedades infantiles, la erradicación de la poliomielitis, la reducción a la mitad de las tasas de mortalidad materna, la finalización de la enseñanza primaria por al menos el 80% de todos los niños y niñas, el acceso a agua potable y sistemas de saneamiento para todas las comuni-

Gráf. 6 Deficiencia de yodo

Porcentaje de niños en edad escolar con bocio (abultamiento de la glándula tiroidea debido a la deficiencia de yodo).



Fuente: OMS, *Global prevalence of iodine deficiency disorders, 1991*.

Erradicación de la poliomielitis: el último tramo del camino

En 1971 se registró el último caso de viruela en el hemisferio occidental, como primera anticipación de la erradicación mundial de esta enfermedad hacia finales de esa década. Veinte años más tarde, en 1991, las Américas ofrecieron otro buen augurio para el mundo cuando las autoridades de salud de Perú registraron el que se espera que sea el último caso de poliomielitis endémica en la región.

El éxito conseguido en las Américas, junto con el rápido aumento de la inmunización contra la poliomielitis en el resto del mundo, han logrado grandes avances en el territorio ocupado por un virus que ha causado la invalidez de incontables decenas de millones de niños y niñas en el presente siglo. Ante estos resultados, los dirigentes de casi todos los países, reunidos hace tres años en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990, se comprometieron a hacer los esfuerzos posibles para erradicar la poliomielitis de la faz de la tierra antes del año 2000.

En las Américas, la batalla por la erradicación de la transmisión de la poliomielitis endémica se inició en 1985, a pesar de las crisis económicas y políticas y los conflictos con que se enfrentaban muchos países de esa región en aquellos momentos. En la vanguardia del esfuerzo se situó la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que se encargó de coordinar los esfuerzos de los distintos gobiernos para aislar el virus poliomielítico mediante vacunaciones regulares, jornadas nacionales de vacunación y operaciones de «barrido» a fin de contener los brotes epidémicos. También se estableció una red de laboratorios de diagnóstico en toda la región, así como 20.000 centros locales de vigilancia.

Una vez establecido el compromiso político, no tardaron en cosecharse los primeros resultados. Brasil, donde en 1986 se registraron dos terceras partes de los 920 casos de poliomielitis ocurridos en el hemisferio occidental, logró eliminar el virus en un plazo de tres años. El costo total de la campaña en las Américas se estimó en unos 500 millones de dólares, sufragados en un 80% por los países afectados.

Actualmente también comienza a haber zonas libres de poliomielitis en Europa, la Península Arábiga, la cuenca del Pacífico y en amplias zonas de África septentrional, oriental y meridional.

No obstante, ningún niño del mundo estará a salvo del azote de la poliomielitis mientras no se haya registrado el último caso.

A escala mundial, la cobertura de inmunización —habitualmente equivalente a la administración de tres dosis de vacuna durante el

primer año de vida— se ha ampliado de menos del 5% en 1970 hasta aproximadamente el 80% en 1990. En los últimos quince años, el total mundial de casos declarados se ha reducido de la elevada cifra de 60.000 en 1982 a unos 14.500 en 1992, un claro indicio de cambio aun considerando que muchos casos de poliomielitis no se declaran. En 1992, se elevó a 138 el número de países que no declararon ningún caso endémico de poliomielitis, frente a 129 en 1991. El número de países que no han registrado ningún caso durante tres o más años más se incrementó de 102 en 1991 a 109 en 1992.

A medida que se aproxima la meta de la erradicación de la poliomielitis, se detectan algunos síntomas de que las energías comienzan a flaquear. La cobertura global de inmunización contra la poliomielitis se ha reducido ligeramente, de un 85% en 1991 a menos del 80% en 1992. Los casos de poliomielitis se incrementaron un 40% en Asia suroccidental en 1992, elevando de 126.000 a 140.000 el total mundial estimado de casos registrados ese año. Unas dos terceras partes de las víctimas corresponden a Bangladesh, India y Pakistán.

Asimismo, algunos gobiernos no comunicaron a la OMS sus datos sobre la poliomielitis en 1992 y los fondos disponibles se han reducido en todo el mundo.

Según estimaciones de la OMS se requerirán un total de 1.100 millones de dólares para erradicar la poliomielitis antes del año 2000. Más de dos terceras partes de ese costo deberá ser sufragado por el mundo en desarrollo. Pero se trata de una inversión con rápidos dividendos: el ahorro sólo en gastos de vacunación se elevaría a 500 millones de dólares anuales a finales de siglo.

El ahorro en términos de sufrimiento humano sería inconmensurable. Actualmente, la vacunación regular protege contra la poliomielitis a 400.000 niños y niñas cada año, pero el virus sigue condenando anualmente a más de 100.000 a la parálisis pulmonar y de las extremidades. □

dades, y el acceso a la información y servicios de planificación familiar para todas las personas que los necesiten.

Estas metas constituyen otra manera de expresar que algunos de los beneficios más básicos del progreso pueden y deben ponerse al alcance de todos y no sólo de algunos. Representan el tipo de avances fundamentales en términos de supervivencia, salud y nutrición que la mayoría del mundo ya da por sentadas. Y en estos momentos no existe ningún motivo justificable para negar estos avances a ninguna familia o comunidad, dondequiera que vivan. Aunque la pobreza y el subdesarrollo pueden dificultar la tarea, para alcanzar estas metas no se requieren complejas tecnologías ni costosos servicios profesionales; en su mayor parte son metas que puede alcanzar en los próximos años cualquier país en desarrollo dispuesto a conceder suficiente prioridad a esta tarea.

El costo total adicional del esfuerzo para alcanzar todas estas metas para el año 2000 se estima en unos 25.000 millones de dólares anuales. Un precio insignificante para un programa capaz de proteger eficazmente a casi todos los niños y niñas del mundo de los peores efectos de la pobreza. Y un precio que podría pagarse fácilmente: bastaría dedicar un 20% del gasto público actual del mundo en desarrollo y un 20% de los presupuestos de ayuda externa a inversiones a largo plazo en la satisfacción de las necesidades humanas básicas de nutrición adecuada, atención primaria de salud, educación básica, agua potable y planificación familiar.

En estos momentos, sólo se destina a estos fines alrededor del 10% del gasto público y de los presupuestos de ayuda externa.

Acción nacional

Entre septiembre de 1990 y julio de 1993, un total de 86 gobiernos han establecido programas nacionales de acción para alcanzar las nuevas metas y han empezado a aplicarlos con diversos grados de compromiso y financiación (recuadro 7). Otros 56 países están completando las fases finales de elaboración de sus programas.

A fin de mantener vivo el sentimiento de urgencia, la mayoría de los gobiernos del mundo en desarrollo tam-

bién han aceptado el compromiso de intentar alcanzar un número limitado de estas metas a mediados de la presente década. Entre esas metas para 1995 figura la eliminación del tétanos neonatal, una reducción del 95% en la mortalidad por sarampión, la promoción de la TRO para hacerla llegar al 80% de las familias del mundo en desarrollo, el cumplimiento de los «Diez pasos para una feliz lactancia natural» promovidos por la OMS/UNICEF en la mayoría de hospitales y centros de maternidad, la eliminación de la enfermedad del gusano de Guinea (dracunculiasis), la erradicación de la poliomielitis en algunos países, la eliminación de los presentes niveles de deficiencias de vitamina A, la yodación universal de la sal para el consumo y la ampliación de la cobertura de inmunización hasta el 80% en todos los países que aún no hayan alcanzado esa meta.

El logro de estas metas permitiría evitar la muerte de más de dos millones de niños cada año y proteger a muchos millones más contra las principales causas de ceguera y discapacidad. Sin embargo, salvo en aquellos países más profundamente afectados por los conflictos políticos o el deterioro económico, incluidos algunos de los países más pobres del África subsahariana, todas estas metas se pueden alcanzar con un costo asequible.

Cuando podría hacerse tanto en favor de tantas personas y con un costo tan bajo, resulta inevitable reconocer una realidad fundamental y escandalosa: el motivo de que estos problemas no se resuelvan rápidamente no es la magnitud, dificultad o costo de la tarea. La razón estriba en que no se les concede suficiente prioridad. Y esto sucede primordialmente porque las personas más gravemente afectadas son casi exclusivamente los más pobres y con menor capacidad de influencia política de todo el mundo.

Los efectos acumulativos de esta negligencia deben juzgarse, por su intensidad y su escala, como la mayor carencia ética de nuestra civilización. Y como ocurre con todas las fallas éticas, es probable que este hecho genere terremotos de consecuencias prácticas. En la segunda parte de este informe se indica que si continúan ignorándose estos problemas, el resultado será posiblemente un continuo agravamiento de

*Esta tarea no ha tenido
prioridad porque los más
gravemente afectados
son las personas más
pobres y las menos
influyentes del mundo.*

Durante los últimos dos años, no se han registrado casos de polio en el hemisferio occidental.

la división social, la inestabilidad política y la degradación del medio ambiente. La alternativa consiste en emplear todos los medios democráticos a nuestro alcance para destacar la importancia y prioridad de estas cuestiones e intentar hacer realidad las grandes metas que ahora están tan claramente a nuestro alcance. Esto exigirá un compromiso a largo plazo de los dirigentes políticos y los gobiernos en favor de esta causa, generado o reforzado a través de la presión de las organizaciones no gubernamentales, los medios de comunicación, las organizaciones profesionales y empresariales, las órdenes religiosas, la comunidad académica y la opinión pública, tanto de los países industrializados como de los países en desarrollo.

El volumen de recursos adicionales asignados a esta causa dará una medida del alcance de este compromiso. Para lograr las metas propuestas será necesario avanzar rápidamente hacia la asignación del 20% del gasto público y del 20% de la ayuda para el desarrollo, como mínimo, específicamente destinados a la satisfacción de las necesidades humanas básicas de nutrición adecuada, atención primaria de salud, educación básica, agua potable y planificación familiar.

Progresos conseguidos

En algunos ámbitos clave ya se han logrado considerables progresos prácticos hacia las metas propuestas para mediados de la década y para el año 2000:

□ En general, se han mantenido los avances conseguidos en el campo de la inmunización y en muchos casos se han consolidado y ampliado desde 1990. Según datos de 1992, de un total de 101 países, 37 han ampliado su cobertura de inmunización para la serie completa de tres dosis de vacuna trivalente (difteria, tos ferina y tétanos), 30 han mantenido el nivel alcanzado en 1990 y 34 han perdido más de 5 puntos porcentuales.²¹ La meta del 90% de cobertura de inmunización, propuesta para el año 2000, ya se ha alcanzado en los siguientes países en desarrollo: Arabia Saudita, Costa Rica, Cuba, Chile, China, Egipto, Filipinas, Honduras, Hong Kong, Indonesia, Kuwait, Malasia, Mauricio, México, Omán, República Democrática de Corea, Túnez y Uruguay.

□ Varios países probablemente alcanzarán en la fecha prevista las metas de reducción del 90% de la morbilidad y del 95% de la mortalidad por sarampión propuestas para mediados de la década; entre ellos, Brasil, Costa Rica, Chile, China, Rwanda, Túnez, Viet Nam y Zimbabue.²² En conjunto, ya se ha logrado una reducción global del 66% en la morbilidad y del 88% en la mortalidad por sarampión con respecto a los niveles anteriores al inicio de la vacunación.²³

□ También se han conseguido sólidos avances para lograr la erradicación de la polio hacia 1995 en algunas áreas seleccionadas. En los últimos dos años no se han registrado casos de polio en Norteamérica, Centroamérica y Sudamérica, y se están liberando nuevas zonas en Europa, África Septentrional, África Meridional y Oriente Medio. A escala global, el número de casos de polio se ha reducido aproximadamente en un 80% en comparación con los niveles anteriores a las campañas de inmunización (gráfico 3).²⁴

□ Muchos países, entre los que se incluyen Bangladesh, Brasil, Filipinas, India, y Malawi, han empezado a aprovechar las redes de vacunación para distribuir cápsulas de vitamina A a todos los niños y niñas a partir de los seis meses.²⁵ En dos de los países más poblados del mundo en desarrollo —Bangladesh e India— estas cápsulas se distribuyen ya entre el 20% y el 25% de los niños. Para alcanzar la meta global de control de la deficiencia de vitamina A antes de 1995, estos avances deberán acelerarse y un mayor número de países deberán utilizar las redes de vacunación para distribuir cápsulas de vitamina A. Estudios independientes realizados en 1992 confirman que, en muchas zonas del mundo en desarrollo, los suplementos de vitamina A permiten lograr una reducción media del 25% en la mortalidad infantil.

□ Muchos países también están avanzando rápidamente hacia la meta de eliminación de la deficiencia de yodo, propuesta para 1995 (recuadro 8). En los últimos cinco años, se ha completado la aplicación de programas de yodación de la sal en un total de 24 países, incluidos Bangladesh, China, India y Pakistán, que en conjunto albergan más de la mitad de la población infantil del mundo en desarrollo. En 1995, Bangladesh, China, India y Tanzania producirán sal

yodada en cantidad suficiente para proteger a la totalidad de su población.²⁶ Otros 33 países están introduciendo programas análogos.

Los resultados comienzan a ser visibles en algunos países; Bhután, Bolivia y Ecuador, por ejemplo, pronto habrán conseguido evitar la aparición de nuevos casos de trastornos asociados a la deficiencia de yodo, incluido el cretinismo.

En la década de 1990 también se han registrado progresos continuados en la inversión de la tendencia a alimentar a los lactantes con biberón. Tras más de una década de esfuerzos de la OMS, del UNICEF y de muchas organizaciones no gubernamentales, la distribución gratuita o subvencionada de preparados de leche en polvo para lactantes entre las madres en los hospitales y centros de maternidad ha quedado prohibida en casi 80 países en desarrollo que antes toleraban esta práctica.²⁷ Centenares de hospitales y centros de maternidad de más de 100 países en desarrollo e industrializados han adoptado —en el contexto de la iniciativa de la OMS y el UNICEF en favor de los «Hospitales amigos del niño»— los «Diez pasos hacia una feliz lactancia natural» propuestos por las citadas organizaciones en 1989.²⁸ En los hospitales donde se han analizado los resultados, se ha constatado una considerable reducción de la morbilidad y la mortalidad entre los recién nacidos, así como un ahorro económico significativo.²⁹ Con el respaldo de los profesionales de la salud, la cooperación de los fabricantes de preparados de leche en polvo y una continuada atención de la opinión pública y de las organizaciones no gubernamentales, debería ser posible alcanzar a mediados de esta década la meta de que la mayoría de hospitales y centros de maternidad del mundo promuevan la lactancia materna como alimentación exclusiva de los lactantes durante los primeros meses de vida.

El control de la enfermedad del gusano de Guinea (dracunculiasis) es otra meta para 1995 que sin duda puede alcanzarse, aportando así una esperanza a todos aquellos que padecen meses de dolores discapacitantes, fiebres, náuseas, vómitos, diarreas y debilidad general. Hacia finales de los años 1980, se estimaban en unos 10 millones los casos de esta enfermedad en todo el

mundo. Los datos de 1992 parecen indicar que esa cifra se ha reducido a menos de un millón de casos, un 90% de los cuales se concentran en sólo siete países africanos. India, donde el número de casos declarados se redujo de 40.000 en 1984 a menos de 1.000 en 1992, está en vías de conseguir erradicar la enfermedad antes de 1995. Pakistán sólo declaró 23 casos el año pasado y pronto figurará junto a Arabia Saudita, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Irán y Yemen en la lista de países que han conseguido erradicar recientemente esta enfermedad.³⁰ Dos de los países más gravemente afectados, Ghana y Nigeria, han logrado reducir a la mitad el número de casos en los últimos tres años.*

Muchos países en desarrollo también están logrando firmes y en general poco reconocidos progresos hacia la meta de asegurar el abastecimiento de agua potable para todas las comunidades antes del año 2000 (gráfico 7). En India, el porcentaje de la población rural con acceso a agua potable se incrementó de poco más del 30% en 1980 a más del 80% en 1992. Si este ritmo de progreso se mantiene, India alcanzará en 1997, en las zonas rurales, la meta de acceso universal adoptada para el año 2000. Un total de 2,2 millones de bombas manuales India Mark II, diseñadas y producidas a través de la cooperación entre el Gobierno Indio, el UNICEF y varias organizaciones no gubernamentales, abastecen actualmente de agua a más de 550 millones de personas con un costo inicial de unos 4 dólares por persona.

En Bangladesh, a pesar de todos los problemas sufridos desde su independencia, veinte años de decididos esfuerzos han conseguido que un 80% de la población pueda abastecerse de agua potable, mediante pozos o conducciones, a menos de 150 metros del hogar (recuadro 9).

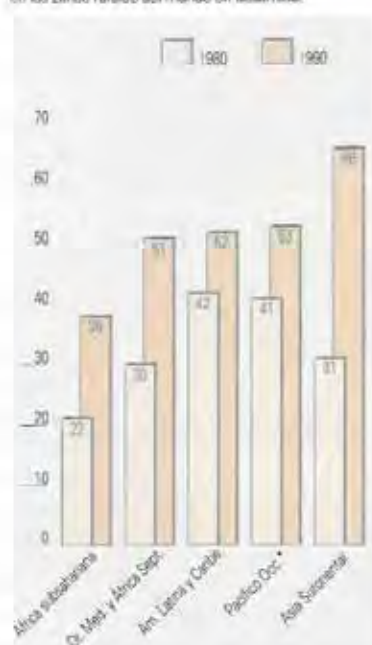
Avances demasiado lentos

Los progresos conseguidos son considerables. Pero los avances en la difusión de otros beneficios igualmente básicos del progreso son excesivamente lentos:

Se está progresando con demasiada lentitud en la reducción de las muertes por neumonía, la principal causa indivi-

Gráf. 7 Agua potable

Porcentaje de población con acceso a agua potable en las zonas rurales del mundo en desarrollo.



Los datos de 1980 sólo están disponibles para las agrupaciones regionales según los criterios utilizados por la OMS. Los cifras del gráfico pueden diferir de las citadas en el texto o en las tablas del anexo estadístico.

*Excluida China

Fuente: OMS, datos de publicación. Revisión de la OMS

* Si se alcanza la meta de erradicar la enfermedad del gusano de Guinea, este éxito concreto se deberá en gran parte a la labor del ex-presidente de los Estados Unidos Jimmy Carter y al Centro Carter de Atlanta, Georgia (Estados Unidos), que durante los últimos seis años se ha encargado de recabar y canalizar conocimientos, expertos y ayuda internacional en favor de esta causa.

Desnutrición: una adaptación invisible

La emergencia nutricional más profunda del mundo no puede verse en las pantallas de televisión y no provoca la indignación de la opinión pública. Sin embargo, la desnutrición común, puede considerarse escandalosa, tanto por su alcance como por su gravedad; cómplice sigilosa de la pobreza, la desnutrición socava el normal desarrollo mental y físico de uno de cada tres niños del mundo en desarrollo.

Sólo un 1% o 2% de los niños y niñas del mundo presentan síntomas visibles de desnutrición. No obstante, se estima que unos 190 millones de menores de cinco años sufren desnutrición crónica y se encuentran atrapados desde la primera infancia en un círculo de mala salud y desarrollo deficiente. El problema está particularmente extendido en Asia meridional, donde viven la mitad de los niños y niñas desnutridos del mundo.

La ecología de la desnutrición es compleja. Los alimentos escasean en muchos hogares de las comunidades pobres durante los intervalos entre las cosechas o en situaciones de sequía y de conflicto bélico. Pero la mayoría de niños y niñas desnutridos viven en hogares que disponen de suficientes alimentos. La alimentación adecuada de un niño pequeño representa sólo una proporción muy reducida del consumo total de alimentos de una familia.

Problemas específicos como el bajo peso al nacer y prácticas concretas como la alimentación con biberón contribuyen en gran medida a la desnutrición. Su causa principal, sin embargo, es la constelación de enfermedades, sobre todo diarreas, que proliferan en las comunidades pobres desprovistas de sistemas de abastecimiento de agua limpia y de saneamiento. Las enfermedades crónicas drenan los nutrientes del organismo y de sus células.

Cuando escasean los alimentos, el organismo tiene que recurrir a algunas adaptaciones para seguir funcionando. La mayoría de estas adaptaciones son invisibles o sólo pueden detectarse más adelante con ayuda de las «gráficas de crecimiento» destinadas a medir las deficiencias en el desarrollo. Prácticamente el único síntoma visible es la lentitud de movimientos, una falta de energía a consecuencia de los esfuerzos del organismo para conservar sus reservas energéticas. Los niños y niñas desnutridos suelen permanecer quietos en vez de correr y jugar, prefieren estar sentados que de pie, tumbados en lugar de sentados.

Para compensar la disminución de nutrientes, se reduce la tasa de metabolismo corporal

y desciende la presión sanguínea. Si las grasas corporales son escasas, el organismo recurre a otras reservas: consume los tejidos musculares en sustitución de las grasas y los huesos se desarrollan más lentamente o se deforman.

Mucho antes de llegar a ser visible, la desnutrición amplifica las peores consecuencias de las enfermedades. El riesgo de mortalidad por cualquier enfermedad dada se duplica para los niños con desnutrición leve y se triplica para los aquejados de desnutrición moderada. En total, la desnutrición interviene como factor en una tercera parte de los 13 millones anuales de muertes de menores de cinco años. Recíprocamente, una buena nutrición constituye un excelente escudo protector frente a las enfermedades.

Por diversos motivos que sólo últimamente han comenzado a desentrañar los científicos, la desnutrición causa los mayores estragos en el último trimestre del embarazo y durante los primeros doce meses después del nacimiento. En esta fase vulnerable, el pequeño estómago necesita una alimentación continuada, el desarrollo cerebral está a punto de completarse y el sistema inmunitario incipiente todavía es muy débil.

Los efectos más graves del desarrollo deficiente se concentran antes de que el niño cumpla el primer año. Aunque más adelante mejore su nutrición, es probable que su ritmo de desarrollo sea inferior al normal, con las consiguientes repercusiones para su desarrollo físico y mental, así como para el futuro de los niños y niñas afectados y de sus países.

Las madres con una nutrición deficiente tienden a dar a luz hijos con bajo peso al nacer, desnutridos ya durante la gestación y con probabilidades de seguir afectados por esta causa durante los primeros años cruciales de su vida.

Los dirigentes políticos reunidos en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 aprobaron la meta de reducción a la mitad de las tasas de desnutrición grave y moderada de menores de cinco años antes del año 2000. En África y en la India, programas en gran escala han demostrado en uno y otro caso que es posible alcanzar esa meta.

Incluso en plena crisis económica, el programa de nutrición comunitaria Iringa de Tanzania ha conseguido reducir en más de la mitad la tasa de desnutrición grave en un plazo de tres años. El costo inicial del programa fue de aproximadamente 16 dólares por niño en 1984. Ahora este costo se ha reducido a unos 2,50 dólares por niño con la ampliación del programa a todo el país. [1]

dual de mortalidad infantil en el mundo. Estudios piloto realizados en una docena de países indican que la mortalidad por neumonía puede reducirse hasta en un 50% mediante la información a los progenitores, para identificar los primeros síntomas de riesgo, y la capacitación de los agentes comunitarios de salud para la administración adecuada de antibióticos.²¹ Sin embargo, aunque 60 países han comunicado la elaboración de planes de acción contra la neumonía,²² de momento parecen haberse emprendido pocas acciones en la escala necesaria. Como consecuencia, sigue permitiéndose que más de tres millones de niños mueran cada año porque todavía no se ha puesto este avance relativamente sencillo y poco costoso de la ciencia moderna al alcance de los niños y niñas de las comunidades más pobres. Aún siguen comercializándose muchos medicamentos complejos, costosos, inútiles o dañinos y éstos llegan a todas las aldeas y barrios del mundo en desarrollo. Sin embargo, no se ponen al alcance de quienes los necesitan simples y baratos antibióticos capaces de combatir la primera causa de mortalidad infantil en el mundo.

□ La promoción de la TRO también ha avanzado con excesiva lentitud. Ya ha transcurrido un cuarto de siglo desde que se descubrió la posibilidad de prevenir y tratar la deshidratación con una mezcla de azúcar y sales, un descubrimiento descrito en la década de 1970 como «uno de los mayores adelantos médicos del siglo XX».²³ Esta técnica tiene un costo prácticamente insignificante. Sin embargo, todavía sólo la conocen una tercera parte de las familias del mundo en desarrollo. Mientras tanto las enfermedades diarreicas siguen matando a casi tres millones de niños y niñas cada año. Si los afectados fuesen los hijos e hijas de familias más acomodadas o influyentes sería prácticamente inconcebible que esta escala de mortalidad pudiera mantenerse al cabo de veinticinco años del descubrimiento de un remedio eficaz y de bajo costo. Algunos países, tales como Bhután, Camerún, Cuba, los Emiratos Árabes Unidos, Irán, Libia, Nigeria, Siria, Tanzania, Uruguay, Venezuela y Zambia han conseguido rápidos progresos. Pero los próximos dos años deberán realizarse considerables esfuerzos en

todas las regiones para conseguir ampliar el uso de la TRO al menos hasta un nivel del 80% (gráfico 8).

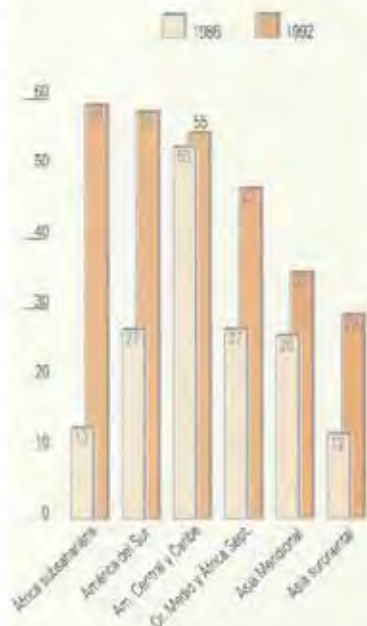
Como en el caso de la neumonía, la batalla para proteger a los niños y niñas contra la deshidratación se concreta en gran parte en la sustitución de los tratamientos inadecuados por otro adecuado; según las estimaciones de la OMS, en estos momentos se gastan casi 1.000 millones de dólares en la adquisición de medicamentos antidiarreicos, a menudo inútiles o perjudiciales, cuando en la mayoría de los casos bastaría con recurrir a la simple y poco costosa TRO. □ La meta de eliminación del tétanos neonatal antes de 1995 no podrá alcanzarse si se mantiene la presente tendencia (recuadro 3). En 1990, según las estimaciones disponibles, un 55% de las mujeres embarazadas del mundo en desarrollo recibieron la vacuna contra el tétanos. En 1993, esa proporción se había reducido a menos de un 40%.²⁴ Si es posible vacunar a un 80% de los niños contra el sarampión, no existe motivo alguno para que la cobertura de inmunización de las mujeres contra el tétanos todavía alcance apenas poco más de la mitad de ese nivel. Hace más de treinta años que se dispone de la vacuna de toxoide tetánico. Sin embargo, esta enfermedad sigue matando a un recién nacido cada minuto y a una recién madre cada diez minutos.

Igual que ocurre con muchos otros beneficios básicos del progreso reflejados en las metas para el 2000, los bajos niveles de cobertura de la vacunación antitetánica ya no pueden atribuirse exclusivamente a la pobreza. La decisión y el compromiso político son en estos momentos mucho más determinantes para alcanzar el éxito: India, por ejemplo, es uno de los países más pobres del mundo con un PNB per cápita de apenas 330 dólares anuales; sin embargo, ha conseguido inmunizar contra el tétanos a casi el 80% de las mujeres embarazadas. Y una vez consolidado un firme compromiso, pueden lograrse rápidos progresos: Tailandia, por ejemplo, ha reducido a la mitad la mortalidad por tétanos neonatal en los últimos años, gracias a la formación de comadronas en la aplicación de técnicas obstétricas seguras y a la duplicación de la cobertura de inmunización de las embarazadas.

□ También se observan escasos indi-

Gráf. 8 Rehidratación oral

Porcentaje de episodios de diarrea tratados mediante terapia de rehidratación oral (TRO).



□ La TRO incluye el uso de sales de rehidratación oral y/o de líquidos recomendados para la rehidratación. La gama de líquidos recomendados varía según los países.

Fuente: OMS, datos no publicados.

La existencia de altas tasas de mortalidad infantil y bajos niveles de instrucción de las mujeres contribuyen a una menor demanda de planificación familiar.

cios de avances significativos contra la mortalidad materna. Un total estimado de 500.000 mujeres mueren cada año por causas asociadas al embarazo y al parto. La meta de reducción de esa cifra a la mitad podría alcanzarse mediante una acción combinada en tres frentes.

El primero es un incremento de la inversión en servicios de planificación familiar. Un número desproporcionado de muertes asociadas al embarazo y al parto corresponden a mujeres demasiado jóvenes para dar a luz sin riesgos, o con un embarazo no deseado, o que intentan abortar ilegalmente en condiciones poco seguras. La planificación familiar permitiría evitar, por tanto, hasta una cuarta parte de la mortalidad materna total.

El segundo paso es ofrecer a las mujeres atención prenatal básica y asistencia cualificada durante el parto. Las revisiones periódicas durante el embarazo pueden ayudar a detectar los casos de hipertensión, anemia y paludismo (tres importantes causas de mortalidad materna). Dos inyecciones pueden proteger asimismo a la madre embarazada y a su hijo o su hija contra el tétanos. Todas las mujeres deberían contar durante el parto con la asistencia de una persona calificada capaz de asegurar las «tres higienes» (higiene de las manos, de la superficie de alumbramiento y del corte y vendaje del cordón umbilical) y de identificar los síntomas indicativos de la necesidad de asistencia más calificada. Actualmente, sólo alrededor de la mitad de los partos que tienen lugar en el mundo en desarrollo cuentan con la asistencia de una persona calificada.

La tercera medida es proporcionar atención obstétrica de urgencia a las mujeres que sufren problemas una vez iniciado el parto. En general, para ello no se requieren tecnologías avanzadas ni costosas instalaciones. Los hospitales y centros de maternidad de la zona habitualmente pueden prestar la atención necesaria con un costo relativamente bajo. Por consiguiente, todas las familias deberían estar informadas de los riesgos asociados al parto. Y todo futuro padre debería ocuparse —anticipadamente— de los preparativos necesarios para el traslado a un hospital o centro de maternidad en caso necesario.

No es imposible, por tanto, alcanzar la meta de reducción de la mortalidad

materna a la mitad antes de finales de siglo con los presentes niveles de desarrollo económico. Esto supondría reducir la tasa media de mortalidad materna a unas 150 muertes por cada 100.000 nacimientos, un nivel que ya han alcanzado muchos de los países más pobres del mundo, incluidos China, Filipinas, Mongolia, República Democrática Popular de Corea, Sri Lanka, Viet Nam y Zambia.²⁵

□ También se está avanzando con demasiada lentitud en el campo de la educación. La meta de finalización de la enseñanza primaria por el 80% de los niños y niñas como mínimo es una de las más importantes para el desarrollo personal y nacional, pero también es una de las más difíciles de alcanzar. Tras una rápida ampliación en las décadas de 1960 y 1970, las tasas de matriculación y permanencia en la enseñanza primaria han quedado estancadas o han disminuido en la última década en varios países en desarrollo, sobre todo en el África subsahariana.

En casi todas las regiones, el problema no es sólo de matriculación sino de permanencia en la escuela: más del 90% de los niños y niñas del mundo en desarrollo inician el primer grado de la enseñanza primaria, pero menos de dos terceras partes del total de matriculados completan un total de cuatro años de escolarización.

□ Los avances en los esfuerzos para poner la planificación familiar al alcance de todas las parejas también se han visto frenados en algunos países por falta de financiación y de prioridad. Recientemente se han conseguido éxitos extraordinarios, pero desiguales: el acceso a los servicios de planificación familiar se ha elevado hasta el 95% en Asia oriental (incluida China), más del 60% en Asia suroriental y América Latina, hasta un 55% en Asia meridional y a menos del 10% en África.²⁶

En el África subsahariana, en particular, el problema tiene causas más profundas que la insuficiente prioridad y falta de financiación. Debido a las altas tasas de mortalidad y bajo nivel de instrucción de las mujeres, la *demand*a de planificación familiar sigue siendo más baja que en otros lugares. Al mismo tiempo, los presupuestos de salud han sufrido recortes desproporcionados como consecuencia del endeudamiento externo, las políticas de ajuste y la caída de los precios de las exporta-

ciones, con la consiguiente reducción de la oferta de información y servicios de planificación familiar.

Faltan datos

Finalmente, aún no se ha avanzado significativamente en el establecimiento de sistemas de recogida de datos necesarios para el seguimiento de los progresos conseguidos en todos estos ámbitos básicos del desarrollo humano. Muchos países elaboran estadísticas trimestrales sobre el estado de salud y crecimiento de sus economías; muy pocos elaboran ni siquiera estadísticas anuales sobre el estado de salud y desarrollo de sus niños y niñas. Sin embargo, estos datos son esenciales como base para definir las políticas a seguir, para reforzar el principio de responsabilidad y para generar un debate público y político informado.

En todos los países, las instituciones académicas, las organizaciones no gubernamentales, los organismos profesionales, la comunidad empresarial y los medios de comunicación tienen la responsabilidad de velar por la amplia difusión y utilización de estos datos. Todos los medios de comunicación serios publican regularmente datos estadísticos sobre la economía y éstos han llegado a ser parte habitual de la vida política en casi todos los países. Para conseguir que se conceda mayor prioridad a la tarea de poner los beneficios básicos del progreso al alcance de todos, deberá apelarse de manera análoga a las estadísticas que indican la proporción de niños y niñas del país que todavía sufren desnutrición, o no reciben educación, o no están vacunados, o mueren de enfermedades prevenibles o no tienen acceso a una fuente de abastecimiento de agua potable.

Para contribuir a este proceso de seguimiento, el UNICEF ha editado este año una nueva publicación —*El Progreso de las Naciones*— que se basa en las últimas estadísticas disponibles para reflejar y comparar los avances nacionales en supervivencia infantil, salud, nutrición, educación, planificación familiar y en el progreso de las mujeres.²⁷

El PNB no es el único factor

Hasta la fecha, de todos los avances básicos de bajo costo capaces de mejorar

las condiciones de vida, que deberían ponerse al alcance de todas las familias, sólo la inmunización ha llegado a la mayoría de los 1.000 millones de habitantes más pobres del mundo.

Parte del problema tiene su origen en una convicción residual de que los problemas son demasiado grandes y sería excesivamente costoso intentar superarlos en estos momentos, un sentimiento bastante generalizado de que «siempre habrá pobres». Sin embargo, con el paso de los años, cada vez es más evidente que llegar a controlar los peores aspectos de la pobreza no es una cuestión de posibilidades, sino de prioridades.

Dos argumentos confirman esta opinión. En primer lugar, en los últimos años se han conseguido, en conjunto, progresos significativos con un nivel relativamente bajo de compromiso de los gobiernos. Como ya se ha señalado, los gobiernos del mundo en desarrollo sólo dedican alrededor del 10% de sus presupuestos a cubrir las necesidades básicas de nutrición, agua potable, atención primaria de salud, educación primaria y planificación familiar.²⁸ Asimismo, la proporción de la ayuda bilateral que se destina específicamente a inversiones a largo plazo en la satisfacción de estas necesidades humanas mínimas también es de aproximadamente un 10%.²⁹ Por ejemplo, menos del 2,5% de esta ayuda se dedica a educación primaria³⁰ y sólo alrededor del 1,5% a planificación familiar.

Estas cifras reflejan el bajo nivel de prioridad otorgado por los responsables políticos a la tarea de hacer llegar los beneficios más básicos del progreso a la cuarta parte más pobre de la población mundial. También es razonable suponer que gran parte de esta tarea ya se habría cumplido, de habersele concedido una prioridad significativamente superior, tanto a escala nacional como internacional, en los últimos dos decenios.

En segundo lugar, existen ejemplos de países que, a pesar de seguir debatiéndose con niveles relativamente bajos de desarrollo económico, sin embargo han logrado avances significativos en la ampliación de los beneficios básicos del progreso a todos sus ciudadanos. En estos momentos, muchos países pobres están más cerca de tener cubiertas las necesidades más básicas

Cada vez es más evidente que llegar a controlar los peores aspectos de la pobreza no es una cuestión de posibilidades, sino de prioridades.

Agua potable: la lección de los barrios

Las ciudades del mundo en desarrollo están registrando un crecimiento tres veces más rápido que las zonas rurales. Dentro de quince años, la mitad de la población del mundo en desarrollo será urbana. Las ciudades deberán duplicar la capacidad de servicios básicos como el abastecimiento de agua y los sistemas de saneamiento sólo para mantener las presentes condiciones.

Tegucigalpa, la capital de Honduras, ofrece un ejemplo de este problema y también de una prometedora solución. Su población se ha triplicado en veinte años hasta alcanzar los 750.000 habitantes debido a la afluencia de emigrantes de las zonas rurales en busca de trabajo. Dos terceras partes de éstos viven en los llamados barrios marginales.

La mayoría de los habitantes de los barrios compran el agua para lavarse y beber a vendedores ambulantes privados. Con frecuencia, el agua que adquieren no reúne las condiciones higiénicas adecuadas y pagan diez veces más por litro que los residentes de zonas conectadas a la red pública de suministro. La carencia de un abastecimiento adecuado de agua y sistemas seguros de saneamiento se traduce en frecuentes enfermedades y deficiencias en el desarrollo: uno de cada diez niños muere antes de los cinco años y una tercera parte de esta mortalidad está causada por las enfermedades diarreicas.

En 1987, la Institución del Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados (SANAA) de Honduras puso en marcha, con el respaldo del UNICEF, un innovador programa de abastecimiento de agua a los barrios pobres basado en el uso de pozos separados, tanques comunales y camiones cisterna. Al cabo de cinco años, más de 50.000 habitantes de 26 barrios disponían de agua procedente de fuentes de abastecimiento seguras, fiables y permanentes, con una reducción del gasto anual de agua por familia de un 40% del ingreso a sólo un 4%.

El puntal básico de la estrategia hondureña es la junta de aguas comunales para el abastecimiento de agua elegida en cada barrio. Estas juntas se encargan de reclutar trabajadores voluntarios, se ocupan de la gestión y mantenimiento del sistema de suministro, cobran las facturas de consumo y, finalmente, se encargan de reembolsar la inversión realizada por el UNICEF y el gobierno. En el marco de un proyecto paralelo del UNICEF, muchas familias se manifestaron dispuestas a financiar un sistema de saneamiento aceptable mediante la suscripción —y posterior reembolso— de créditos para construir unidades sanitarias.

Estrategias como la descrita —incluida la participación comunitaria, costos compartidos y recuperación de la inversión— pueden hacer posible el acceso universal a agua potable y sistemas de saneamiento antes de finales de siglo. El costo de la excavación de pozos e instalación de bombas de agua ya no es prohibitivo. Diez años atrás, el costo de perforación de un pozo equipado con una bomba manual en Sudán era de 9.500 dólares. Actualmente se ha reducido a 2.800 dólares.

Pero también es evidente que la meta de acceso universal no se alcanzará con las presentes estrategias.

Sobre un total estimado de 10.000 millones de dólares asignados anualmente al suministro de agua por los gobiernos y países donantes de ayuda, sólo unos 2.000 millones de dólares contribuyen a financiar proyectos como el de Honduras, destinados a ofrecer un servicio de bajo costo basado en pozos equipados con bombas manuales y bocas de agua en las calles o patios, y dirigido primordialmente a los pobres. Los 8.000 millones de dólares restantes se dedican a sistemas de costo relativamente alto —plantas depuradoras, estaciones de bombeo, suministro doméstico individualizado y sistemas de alcantarilla altamente mecanizados—, en su mayor parte al servicio de las comunidades más acomodadas. La mayoría de los gobiernos subvencionan, además, hasta un 70% de los costos operativos y de mantenimiento.

Alrededor de 1.200 millones de personas del mundo en desarrollo —unas dos terceras partes de los habitantes más pobres del mundo— no tienen acceso a un suministro mínimo de agua potable. Si se mantiene el presente ritmo de progreso, unos 770 millones seguirán sufriendo esta carencia a finales de siglo y el número de personas sin acceso a sistemas de saneamiento adecuados se habrá incrementado hasta sumar unos 1.900 millones.

El mensaje de la última década no puede ser más claro. La meta para el año 2000 de garantizar el acceso universal a agua potable y sistemas eficaces de saneamiento puede ser alcanzada, pero esto requerirá una reestructuración del gasto de los gobiernos y de la ayuda internacional en favor de estrategias comunitarias de bajo costo dirigidas a los sectores más pobres. □

de su población que otros considerablemente más ricos. Ocho de los países más pobres, con ingresos per cápita inferiores a 1.000 dólares anuales y una amplia variedad de sistemas políticos, han conseguido reducir al 70 por 1.000 nacidos vivos como mínimo sus tasas de mortalidad de menores de cinco años. Estos países son China, Egipto, Filipinas, Honduras, República Democrática Popular de Corea, República Dominicana, Sri Lanka y Viet Nam.

Asimismo, varios de los países más pobres del mundo, entre ellos cuatro del África subsahariana, han reducido sus tasas de desnutrición por debajo del 15%, menos de la mitad de la tasa media para el conjunto del mundo en desarrollo.⁴³

Muchos países con un PNB per cápita inferior a 1.000 dólares anuales también han superado la cota del 80% de cobertura de inmunización, mientras otros con un PNB dos veces más alto siguen estancados en coberturas mucho más bajas.

En el ámbito de la educación, China, Indonesia, Sri Lanka y Zimbabwe han alcanzado en todos los casos la meta de terminación de cuatro cursos de enseñanza primaria, como mínimo, por el 80% de su población infantil, a pesar de contarse entre los países más pobres del mundo.

Promesas y presiones

Estos ejemplos, así como los recientes éxitos ya reseñados, indican que el potencial existente es considerable. Actualmente se dispone de las tecnologías y estrategias adecuadas para poner los beneficios básicos del progreso al alcance de todos con un costo asequible. En general, se cuenta con la capacidad de comunicaciones y de cobertura necesarias. Se han establecido metas bien definidas, que han sido adoptadas por la gran mayoría de los dirigentes políticos del mundo. Y todo esto está teniendo lugar con el telón de fondo del fin de la guerra fría, el acceso al poder de una nueva generación de dirigentes en los Estados Unidos, una incipiente reducción del gasto militar en casi todas las regiones y el vacilante pero inconfundible progreso en todo el mundo hacia formas de gobierno más participativas y democráticas, que en último término

sólo pueden constituir un buen augurio para la mejora de las condiciones de vida de un gran número de los habitantes más pobres del mundo en desarrollo.⁴⁴

Gracias a la combinación de todos estos factores, el mundo podría estar próximo a hacer realidad la promesa formulada por el historiador Arnold Toynbee cuando escribió, algunos años antes de que el planeta quedara envuelto en la guerra fría: *«Nuestra época es la de la primera generación desde los albores de la historia en que la humanidad ha osado creer que es posible hacer extensivas las ventajas de la civilización al conjunto de la especie humana.»*

Presiones públicas

Frente a esta gran esperanza se cierne el peligro inmediato de que los compromisos suscritos no reciban suficiente y continuada prioridad. Los problemas a largo plazo y que afectan primordialmente a los pobres siempre han ocupado un lugar secundario en la lista de prioridades nacionales e internacionales. Una vez finalizadas las reuniones en la cumbre y las conferencias, y pronunciadas las declaraciones y promesas, debe iniciarse la batalla más amplia para conseguir que se mantengan esos compromisos frente a la competencia de otras cuestiones más inmediatas y otros grupos de intereses más poderosos. Para dar contenido a los compromisos e impulsarlos son esenciales, por tanto, el respaldo y la presión continuados de un amplio sector de la opinión pública y, sobre todo, de las organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación, dirigentes políticos y religiosos, organismos profesionales, dirigentes de empresa y comunidad académica. Los compromisos formales de los dirigentes políticos en favor de las metas internacionalmente adoptadas y la elaboración de programas nacionales de acción resultan insuficientes por sí solos.

En particular, es urgente que los países industrializados reestructuren sus programas de ayuda para asignar al menos un 20% de la misma a la satisfacción de las necesidades humanas mínimas de la población más pobre. La inversión en salud, nutrición y educación básicas y en la creación de oportunidades de empleo es el tipo de ayuda

Muchos países pobres se encuentran más cerca de satisfacer las necesidades básicas de su población que otros países considerablemente más ricos.

Metas para el 2000: programas nacionales de acción



En la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990, los 149 países allí representados se comprometieron formalmente a establecer programas nacionales de acción (PNA) para alcanzar las metas del año 2000 aprobadas en la Cumbre. Apenas tres años más tarde, en julio de 1993, el 90% de los niños y niñas del mundo vivían en países con PNA o habían elaborado una primera versión provisional de los mismos; 86 gobiernos ya habían completado sus programas y estaban iniciando su aplicación.

Los PNA ofrecen un nuevo enfoque estratégico de la un tanto desacreditada pero todavía necesaria planificación del desarrollo humano. Al dar prioridad al bienestar de la infancia, los PNA se sitúan por encima de las divisiones políticas y pueden perdurar más allá de los cambios de régimen. Integrados en los planes nacionales de desarrollo, como sucede en algunos grandes países, China, Egipto, India e Indonesia, o en muchos otros pequeños, los PNA proporcionan una referencia y una orientación para las inversiones en el futuro nacional. Asimismo, pueden servir de instrumentos para promover la colaboración entre agencias bilaterales y multilaterales como componentes para la elaboración de programas más amplios destinados a la erradicación de la pobreza, y como parte de macro-estrategias para el desarrollo sostenible según marcan las directrices del Programa 21, el plan de acción para el medio ambiente acordado en la «Cumbre para la Tierra», celebrada en Río de Janeiro en 1992.

Los PNA son también un medio importante para cubrir la brecha entre la ratificación y la ejecución de la Convención sobre los Derechos del Niño. El artículo 4 de la Convención insta a los países a garantizar los derechos económicos, sociales y culturales de los niños y niñas solamente «hasta el máximo nivel de sus recursos disponibles». Esto podría proporcionar una excusa para posponer el ejercicio de estos derechos. Los PNA son instrumentos pragmáticos y asequibles para asegurar un conjunto básico de derechos de los niños y niñas dentro de un periodo razonable.

La formulación y ejecución de los PNA tienen mayor dinamismo cuando reciben el respaldo personal de los jefes de estado o de gobierno—como en México, cuyo Presidente ha participado en las cinco evaluaciones del PNA—o cuando cuentan con una amplia participación de todos los sectores sociales—como en la República Dominicana, donde 125 organizaciones no gubernamentales participan en la Comisión responsable del PNA. En Uganda, el Consejo Nacional para la Infancia comprende representantes del gobierno, de

grupos no gubernamentales locales e internacionales, de instituciones religiosas, de los gobiernos donantes de ayuda, así como personas interesadas.

En Brasil, el «Pacto para la Infancia» abarca las ramas legislativa y ejecutiva del gobierno, el Consejo Nacional de Iglesias del Brasil, todos los gobernadores de los 27 estados y las organizaciones no gubernamentales más significativas.

Muchos países están descentralizando los PNA. Con este fin se están elaborando planes regionales o provinciales en países tan diversos como Brasil, Ecuador y Viet Nam. También se han formulado planes municipales, tanto en grandes ciudades, Dakar y Ciudad de México, como en algunas más pequeñas, Khulna en Bangladesh y Rosario en Argentina.

Mediante la estimación de los recursos requeridos para lograr las metas, los PNA contribuyen a identificar dónde y en qué proporción deben reestructurarse los presupuestos nacionales y la ayuda externa con el fin de asegurar la satisfacción de las necesidades prioritarias del desarrollo humano. Ahora falta superar la prueba de encontrar los recursos necesarios. La mayoría de países están financiando sus programas mediante la reasignación de una mayor parte de sus presupuestos a los servicios sociales. En Namibia y Zimbábwe, por ejemplo, se están reasignando en favor de la infancia las reducciones en el gasto de armamento. En México, el gasto por niño casi había duplicado en 1993 el nivel correspondiente a 1989.

Algunos de los países más prósperos del mundo en desarrollo, como la República de Corea, están financiando sus programas nacionales con fondos propios. Pero muchos países más pobres sólo podrán hacer realidad las esperanzas plasmadas en sus PNA si se cumplen las promesas de ayuda de los países donantes y la comunidad internacional. □

que la mayoría de las personas del mundo industrializado desean conceder,⁴³ y también es el tipo de ayuda que la mayoría de las personas del mundo en desarrollo quisieran recibir. Pero los actuales programas de ayuda externa siguen anclados, en su volumen y composición, en los patrones de la época de la guerra fría. Alrededor del 25% de la ayuda externa de los Estados Unidos se destina a fines militares y para el año fiscal 1994 un porcentaje superior al 25% de la ayuda no-militar corresponde a Egipto, Israel y los países de la antigua Unión Soviética, dejando sólo unos 6.500 millones de dólares para el resto del mundo en desarrollo. Además de estos imperativos de la política exterior la ayuda externa está también distorsionada por factores históricos y consideraciones comerciales. Por ejemplo, solamente un 25% del total de la ayuda externa está destinada a diez países que albergan el 75% de la población pobre del mundo.⁴⁴

En un momento en que muchos confiaban que el fin de la guerra fría liberaría considerables recursos financieros para combatir algunos de los problemas más básicos de la pobreza en el mundo, el esfuerzo internacional en favor del desarrollo se enfrenta, de hecho, con una grave crisis financiera. La enorme demanda de ayuda e inversiones en Europa oriental y en los países de la antigua Unión Soviética, junto con unos déficits públicos sin precedentes en varios de los principales países industrializados y los costos crecientes de las actividades de mantenimiento de la paz en «estados fracasados» como Somalia y la ex-Yugoslavia, están privando de ayuda, créditos e inversiones a los países más pobres del mundo, que al mismo tiempo se ven agobiados por el endeudamiento y la caída de los precios de las materias primas de las que todavía dependen en gran medida sus economías.

Para mitigar esta hambruna financiera y respaldar al mundo en desarrollo en sus esfuerzos para alcanzar las metas humanas básicas adoptadas será

preciso que los dirigentes de los países industrializados demuestren una considerable visión de futuro. Pero también deberán tener el valor y la tenacidad necesarios para no renunciar a esa visión pese a todos los problemas inmediatos y presiones que llenan sus agendas en esta década de 1990.

El siglo XXI

Más allá de los problemas de prioridades y recursos, el reto de poner al alcance de todas las comunidades los beneficios más básicos del progreso se enfrenta con una amenaza a largo plazo de una magnitud aún mayor. Existe el riesgo evidente y cada vez más grande de que tanto los avances potenciales del presente como los del pasado queden anulados, en los años venideros, por la intensificación de las crisis de la pobreza absoluta, el rápido crecimiento de la población y el incremento de las presiones ambientales. Al intensificarse este problema tridimensional, al que hemos llamado «problema PPA», podría ocurrir que aún se concediera menos prioridad que en el pasado reciente a la tarea de hacer realidad el potencial existente para poner los beneficios más básicos del progreso al alcance de todas las personas. Además de ser inhumana, esta reacción constituiría un grave error. En efecto, el logro de estas metas humanas básicas no sólo es un imperativo humanitario, sino que también representa uno de los medios más potentes y accesibles para reforzar el movimiento en favor de la democracia y adelantarse a los grandes problemas que se avecinan.

El «problema PPA» constituye, por tanto, el trasfondo inevitable del progreso y el potencial descritos en la primera parte de este informe. En la segunda parte se examinarán con algún detalle esos problemas, a fin de señalar cómo pueden repercutir de forma interactiva sobre el intento de hacer extensivos a todas las comunidades del mundo algunos de los beneficios más básicos del progreso en los próximos años.

Al menos un 20% de la ayuda internacional debería destinarse a satisfacer las necesidades humanas mínimas de la población más pobre.

Progresos: eliminación de la deficiencia de yodo

En la década de 1990 se está registrando un cambio revolucionario en las actitudes frente al problema poco conocido y a menudo ignorado de la deficiencia de yodo.

Tres años atrás, en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990, los dirigentes políticos mundiales prometieron renovar los esfuerzos para lograr la eliminación de los trastornos asociados a la deficiencia de yodo antes de finales de siglo. En aquellos momentos, apenas empezaba a tenerse conocimiento del verdadero alcance y gravedad del problema fuera de los círculos médicos y científicos. Desde entonces, sin embargo, se ha revisado el mapa del problema gracias a una nueva serie de encuestas y un mejor conocimiento de los daños potenciales asociados incluso a niveles moderados de deficiencia de yodo.

Actualmente se estima que casi 1.600 millones de personas en más de 110 países, se hallan en situación de riesgo y cerca de 300 millones padecen discapacidad mental. Unos 566 millones —alrededor del 10% de la población mundial y más del doble de la cifra estimada anteriormente— están afectadas por el bocio, el abultamiento del cuello debido a la hipertrofia de la glándula tiroides.

Cada año nacen al menos 30.000 niños muertos y más de 120.000 con cretinismo, retraso mental, deficiente desarrollo físico, sordomudos o paráliticos, debido a la deficiencia de yodo que sufren sus madres. Muchos más presentan cocientes de inteligencia al menos 10 puntos inferiores a su nivel potencial. Incluso cuando nacen sin anomalías, los niños y niñas que en sus primeros años reciben una dieta con niveles insuficientes de yodo ven mermado su desarrollo intelectual y viven reducidos a una existencia de embotamiento mental y apatía física. La deficiencia de yodo condena de este modo a comunidades enteras a la pobreza y el subdesarrollo, mermando la capacidad de aprendizaje de sus niños y niñas y su capacidad de ganarse el sustento en la edad adulta.

La solución —la yodación de toda la sal destinada al consumo— es relativamente sencilla y cuesta apenas unos 5 centavos de dólar por persona y año. Tras un año de yodación de la sal, dejan de nacer niños con cretinismo y comienza a reducirse el tamaño del bocio en las personas afectadas. Los niños y niñas desarrollan una nueva vitalidad y mejoran sus progresos escolares.

En los últimos dos años, muchos países han iniciado programas de yodación de la sal o han reforzado los ya existentes. Asimismo, los dirigentes de la gran mayoría de países en de-

sarrollo han establecido una meta global de yodación de toda la sal para consumo humano hacia 1995. Bangladesh, China, India y Tanzania —con casi la mitad de la población mundial en situación de riesgo— se encuentran ya en situación avanzada para alcanzar dicha meta.

La yodación de la sal es un procedimiento relativamente sencillo cuando puede concentrarse en un solo punto. En Siria, por ejemplo, el Ministerio de Industria es el único productor de sal y acaba de iniciar la yodación de la sal para el consumo nacional. En Bhután, donde la sal se importa de la India, diez años atrás se instaló una planta de yodación en la frontera, gracias a la cual ha logrado reducirse la incidencia del bocio infantil del 60% al 25%.

Cuando la producción de sal está en manos de pequeñas empresas —sólo en la India, su número supera las 10.000— el proceso se complica. Es preciso incentivar a los productores de sal para que inicien la yodación de su producto y adopten métodos de embalaje adecuados para retener el yodo; simultáneamente, debe educarse a la opinión pública para hacerle comprender las ventajas de utilizar sal yodada aunque su precio sea ligeramente más alto.

Bolivia resolvió este problema con la creación de una empresa privada dedicada a promover el consumo de sal yodada. Al incrementarse la demanda, 35 empresas productoras de sal comenzaron a yodar su producto, con ayudas del gobierno para evitar un excesivo aumento del precio. La policía boliviana se encarga de comprobar el contenido de yodo de la sal en los puntos de salida de las zonas productoras. Actualmente, más del 80% de la población tiene acceso a sal yodada y la incidencia del bocio se ha reducido en un tercio respecto a su anterior nivel del 60%.

En India, se ha recurrido a la radio, la televisión y los periódicos para difundir las ventajas de la sal yodada, mientras continúan los esfuerzos para incrementar la producción desde los actuales 3 millones de toneladas hasta los 5 millones de toneladas previstos como meta para 1995.

En Bangladesh, la sal se transporta en embarcaciones desde las salinas situadas en la costa. Desde que decretó la yodación obligatoria en 1989, el gobierno se ha encargado de suministrar gratuitamente maquinaria especial diseñada para la yodación y equipos de embalaje a las 265 fábricas procesadoras de sal del país. Su instalación se habrá completado a mediados de 1994. □

El derrumbe de la antigua Unión Soviética y la extinción del orden mundial bipolar han marcado claramente el fin de una era histórica. Pero la convicción de que la guerra fría ha acabado entre débiles estertores sin un gran estallido final y que uno de los bandos ha logrado imponerse sin que mediara casi ningún disparo se ha convertido en el primer y más peligroso placebo de una nueva era. En efecto, la guerra fría ha tenido efectos más destructivos que ninguna otra a lo largo de la historia humana; ha sido una guerra sin vencedores y cuyas más graves consecuencias aún no se han manifestado.

Además de fomentar los regímenes militares en muchas partes del mundo, con todo cuanto esto significa en términos de violación de los derechos humanos y desatención de las necesidades humanas, el principal resultado de la guerra fría ha sido una inmensa desviación de recursos financieros y humanos hacia fines esencialmente no productivos. Mientras tanto, urgentes problemas humanos y ambientales han quedado relegados, con la consiguiente intensificación de su alcance y gravedad durante todo el período de la guerra fría.

La magnitud de este desvarío puede apreciarse a grandes rasgos por su costo financiero: en los últimos años de la década de 1980, el gasto militar en todo el mundo se elevó a casi un billón de dólares anuales,⁴⁵ o el equivalente a la suma de los ingresos anuales de la mitad más pobre de la población mundial.

Sin embargo, ni siquiera este dato permite hacerse una idea de la magnitud del daño causado a la humanidad por estos cincuenta años de desviación de las energías y ambiciones humanas, de la investigación científica y saber tecnológico, de la productividad industrial y capacidad de organización. Como tampoco podría expresarse en cifras el costo del progreso perdido o la amplia gama de cuanto podría haberse conseguido de haberse dedicado estos recursos al progreso social y económico, al desarrollo científico pacífico y al

conocimiento y protección del medio ambiente. No obstante, parece razonable suponer que con una inteligente aplicación a estos fines de la mitad o incluso una cuarta parte de tan inmensos recursos, ahora podríamos vivir en un mundo donde el hambre masiva, la desnutrición, las enfermedades prevenibles, el analfabetismo, el rápido crecimiento de la población y el progresivo deterioro del medio ambiente global serían problemas del pasado.

Tal como han ocurrido las cosas, se ha dejado crecer estos problemas hasta alcanzar su presente escala, mucho más difícil de abordar. Entre ellos cabe citar:

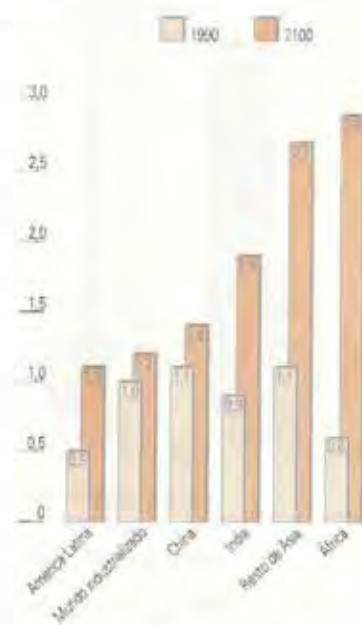
□ La pobreza absoluta de aproximadamente una quinta parte de la población mundial. La mayoría de estos mil millones de habitantes más pobres del planeta son personas que viven en un entorno ambiental en rápido proceso de degradación y en unas condiciones cada vez más difíciles y desesperadas, mientras las comunicaciones globales les permiten ser más conscientes que nunca de los niveles de prosperidad alcanzados en el resto del mundo.

□ Una tasa de crecimiento de la población que, si se mantienen las presentes tendencias, cuadruplicará el número de pobres en el plazo de una vida humana (gráfico 9). Según las proyecciones, la población del África subsahariana casi se triplicará en los próximos 40 años, de aproximadamente 600 millones a más de 1.600 millones.⁴⁶ En el mismo período, la población de Asia se incrementará de unos 3.000 millones a algo más de 5.000 millones.

□ Un patrón de consumo y contaminación ambiental en los países industrializados que no puede seguir manteniéndose sin causar graves daños a la biosfera, pero que tampoco puede negarse por más tiempo a las zonas muchísimo más pobladas del mundo que probablemente conseguirán un rápido crecimiento económico en los próximos años. En estos momentos, tres cuartas partes del consumo mundial de energía, dos terceras partes de las emi-

Gráf. 9 Proyecciones de población

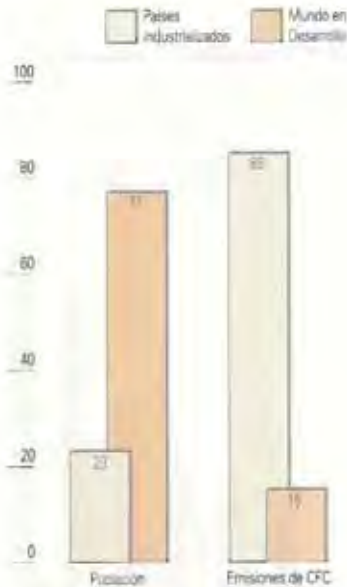
Población en 1990 en las principales regiones del mundo y proyecciones para el año 2100 (en miles de millones).



Fuente: Naciones Unidas, *Compendio estadístico de las Naciones Unidas: los estadísticos de las Naciones Unidas*, 1990-2100, 1987.

Gráf. 10 Población y Contaminación

Proporción de la población total y de las emisiones totales de clorofluorocarbonos (CFC) del mundo industrializado y del mundo en desarrollo.



Los clorofluorocarbonos destruyen la capa de ozono de la Tierra y contribuyen al calentamiento global.

Fuente: World Resources Institute, World Resources 1992-93, 1992.

siones totales de «gases de invernadero» y un 90% de las emisiones de clorofluorocarbonos que amenazan la capa protectora de ozono de la Tierra corresponden a los países industrializados, con aproximadamente el 20% de la población mundial (gráfico 10).⁴⁷

Es muy posible que la acumulación de estos problemas ya haya alcanzado un nivel en que un cierto grado de desastre es inevitable y en este sentido cabe afirmar que todavía no se han descubierto los auténticos costos de la guerra fría. Pero ahora que la sociedad humana comienza a liberarse de este desvarío histórico, es preciso mantener la esperanza de que la guerra fría haya acabado a tiempo para que el mundo pueda resituarse y reorientar su interés y capacidades hacia la tarea de evitar la catástrofe generada por la negligencia y acumulación de estos problemas durante los largos años de preocupaciones militares e ideológicas.

El «problema PPA»

Una vez que los países individuales y la comunidad internacional se han decidido a hacer frente a estas crecientes crisis, es probable que los problemas de la quinta parte más pobre de la población mundial reciban la más baja prioridad. Sin embargo, la búsqueda de soluciones debe empezar por ahí.

En un contexto económico internacional que genera más trabas que oportunidades para los países y poblaciones pobres, la principal amenaza para los mil millones de habitantes más pobres del mundo procede de la interacción entre la pobreza, el crecimiento de la población y el deterioro del medio ambiente. Con la creciente interrelación de estos problemas, es esencial considerarlos de forma integrada como uno solo. Con este propósito, las cuestiones relacionadas con pobreza-población-medio ambiente se tratarán aquí bajo la denominación común de «problema PPA» y se intentará mantener una perspectiva integral, aun a riesgo de simplificación de las partes. En el diagrama de la página 27 se avanza un paso más en esta dirección, con un esquema de los principales sinergismos que genera la espiral del «problema PPA»: las relaciones de refuerzo mutuo entre la pobreza, el crecimiento de la población y las presiones ambientales.

El impulso inicial de la espiral PPA está generado por las peores manifestaciones de la pobreza. Y la principal interacción de refuerzo mutuo está compuesta por la pobreza y el crecimiento acelerado de la población.

El rápido y prolongado crecimiento de la población es fruto de una desafortunada confluencia de la pobreza con el progreso. Con la primera serie de avances relativamente fáciles en la salud pública, se reducen las tasas brutas de mortalidad. Pero las tasas de natalidad se mantienen altas durante un periodo variable, en el que prevalece una amplia brecha entre natalidad y mortalidad y la población crece rápidamente. Aunque con el tiempo se inicie un descenso de las tasas de natalidad, el periodo de rápido crecimiento ha alterado la estructura de edades, de manera que la mayor parte de la población del país está formada por personas jóvenes próximas a iniciar su periodo reproductivo. El resultado es una inercia demográfica por efecto de la cual la población continúa creciendo en cifras absolutas incluso después de un acusado descenso en las tasas de natalidad.

La variable clave es el periodo de tiempo en que la natalidad sigue siendo alta tras el descenso de las tasas brutas de mortalidad. Y el motor que mantiene unas altas tasas de natalidad durante este periodo es la persistencia de algunas de las peores formas de pobreza y privación:

1) Falta de progresos en la atención de salud, con lo cual las tasas de mortalidad infantil siguen siendo altas y los progenitores tienden a tener más hijos como un seguro frente a la mortalidad esperada.⁴⁸

2) Falta de estatus, educación y oportunidades para las mujeres, aspectos característicos de la mayoría de las sociedades subdesarrolladas que aparecen fuertemente asociados a los matrimonios prematuros y los embarazos frecuentes durante un periodo prolongado.⁴⁹

3) Falta de una seguridad económica mínima, con el consiguiente atractivo de las familias numerosas como fuente potencial de apoyo en caso de enfermedad, en la vejez o en momentos de peligro y situaciones de emergencia.⁵⁰

4) Falta de inversiones en servicios básicos y tecnologías que reduzcan el trabajo, desde conducciones de agua y

LA ESPIRAL PPA



El gráfico sólo refleja los procesos que tienen lugar en el mundo en desarrollo. Sin embargo, la espiral PPA se ve agravada por las políticas del mundo industrializado en materia de ayuda, comercio, finanzas y deuda externa.

*La falta de confianza y
esperanza en el futuro es
un gran obstáculo para
hacer planes en la vida en
general, y para planificar
la familia en particular.*

bombas manuales hasta cocinas con un consumo eficiente de combustible y molinos de grano, con lo cual para las familias es deseable, e incluso esencial, tener un gran número de hijos e hijas como fuente de ayuda para las tareas agrícolas y domésticas.³¹

□ Falta de información y servicios de planificación familiar, que a menudo es la causa de que las tasas de natalidad se mantengan altas incluso cuando ya han cambiado las circunstancias y un gran número de personas comienza a apreciar las ventajas de las familias menos numerosas.

□ Falta de confianza y fe en el futuro, que es la gran enemiga de la planificación de la vida en general y de la planificación familiar en particular.³²

A estas fuerzas se suman otros poderosos factores no cuantificables que siempre han tendido a vincular la pobreza con familias numerosas: pautas de conducta que antaño fueron necesarias como protección o para la supervivencia tienden a permanecer enquistadas en la cultura y la tradición, que a menudo tardan en evolucionar cuando cambian las circunstancias. Asimismo, en las sociedades muy pobres, los hijos e hijas pueden constituir una de las pocas fuentes de orgullo y alegría, de cambio y esperanza, en unas vidas a menudo monótonas, difíciles y resignadas.

En suma, la pobreza es el muelle que impulsa el crecimiento acelerado de la población.

La perpetuación de la pobreza

Si bien la pobreza impulsa el rápido crecimiento demográfico, éste contribuye a su vez a reforzar el avance de la pobreza. Éste es el primero de los grandes sinergismos que alimentan la espiral descendente del «problema PPA».

En el pasado, se registró a menudo una coincidencia entre altas tasas de natalidad y altas tasas de crecimiento económico, y los dirigentes y gobiernos solían fomentar las familias numerosas como un medio para reforzar el poder militar y económico de sus países y asegurar al Estado grandes contingentes de trabajadores, consumidores, contribuyentes y soldados. Sin embargo, en las circunstancias actualmente vigentes en la mayor parte del mundo en desarrollo, la alta tasa de cre-

cimiento de la población contribuye a perpetuar la pobreza por varias razones obvias:

□ La fuerza de trabajo crece más rápidamente que las oportunidades de empleo, lo cual crea grandes contingentes de personas sin empleo o subempleadas y deprime los salarios de quienes logran encontrar trabajo.

□ Genera una creciente presión sobre los recursos que constituyen el medio de vida y fuente de satisfacción de las necesidades de la población pobre de las zonas rurales: suelos y fertilidad del suelo, fuentes de combustible y forraje para los animales domésticos, tierras de pastoreo y fuentes de abastecimiento de agua.

□ Determina la repetida subdivisión de las pequeñas propiedades entre un gran número de hijos. Si a esto se suman las grandes desigualdades en la propiedad de las tierras, el resultado es que muchos millones de habitantes de las zonas rurales se quedan sin tierras o casi sin tierras y, por tanto, sin medios para satisfacer sus necesidades de alimentos y combustible, de trabajo e ingresos.

□ Reduce la cantidad de tiempo, atención y recursos disponibles para cada hijo o hija.³³

□ Reduce el tiempo que puede dedicar la madre a ganar un ingreso o a otras tareas económicamente productivas.

□ Eleva los costos a los que deben hacer frente los gobiernos para ofrecer servicios adecuados de salud y educación para la nueva generación y somete a excesivas presiones la capacidad de las escuelas, centros de salud y sistemas de abastecimiento de agua y de saneamiento. Todo lo cual contribuye a mantener unos altos niveles de desnutrición, enfermedad y analfabetismo, que a su vez fomentan la perpetuación de la pobreza de las comunidades.

□ Causa hacinamiento y deterioro de la calidad de vida en los arrabales y barrios de chabolas, con todos los males que los acompañan: enfermedades, desesperanza, pérdida de autoestima, ruptura de los vínculos familiares, debilitamiento del apoyo familiar, incremento de la violencia, consumo abusivo de alcohol y de drogas, y abandono de mujeres y niños.

Por todas estas vías, el crecimiento de la población tiende a reforzar la pobreza y la pobreza a su vez tiende a re-

forzar el crecimiento de la población, formando un circuito que mantiene activa la corriente de la perpetuación de la pobreza.

Presiones ambientales

Las crecientes presiones ambientales están adquiriendo proporciones de grave crisis para las vidas de centenares de millones de personas del mundo en desarrollo. Varios estudios recientes han examinado esta relación entre pobreza y presiones sobre el medio ambiente⁵⁴; por tanto, bastará subrayar aquí el refuerzo mutuo entre ambos factores y su papel en la «espiral PPA».

En un contexto de pobreza, un número rápidamente creciente de personas se enfrentan con la insuficiencia de tierras disponibles para satisfacer sus necesidades y la ausencia de expectativas substanciales de empleo alternativo. En casi todas las regiones del mundo en desarrollo, la causa de este problema básico de carencia de tierras y desempleo y de su perpetuación es en gran parte la falta de inversiones en las pequeñas explotaciones agrícolas y la concentración de las tierras productivas en manos de un pequeño número de familias ricas o de grandes empresas.

En los actuales países industrializados, un número creciente de pobres también sufrió penurias en el campo y miseria en los arrabales urbanos durante las primeras fases de rápido crecimiento de la población. Sin embargo, entre muchas otras ventajas, entonces estos países gozaban de libertad de industrialización, exportación y emigración, y con el tiempo fue posible la absorción o dispersión de los crecientes contingentes de población que ya no podían subsistir exclusivamente de la agricultura. La mayoría de países en desarrollo en general no han contado con esta combinación de ventajas durante este periodo análogo de rápido crecimiento de la población y este es un hecho de la mayor trascendencia.

En los países en desarrollo donde ha tenido lugar una revolución agrícola, muchos millones de personas han experimentado una progresiva y substancial mejora de sus ingresos y nivel de vida en los últimos tres decenios. En general, los más beneficiados han sido los propietarios de tierras adecuadas

en los lugares adecuados y con acceso a los insumos necesarios y a facilidades de crédito. Sin embargo, en ausencia de una reforma agraria, las revoluciones agrícolas tienden a provocar una reducción del empleo por hectárea, con la intensificación de las desigualdades en la distribución de la propiedad de la tierra, la ampliación del tamaño de las explotaciones agrícolas y las posibilidades de mecanización en gran escala.

Simultáneamente, el crecimiento de la población determina la subdivisión del remanente de pequeñas propiedades entre un mayor número de hijos, hasta llegar un momento en que su reducido tamaño y excesiva fragmentación impiden cubrir las necesidades de una familia.

Como resultado de la combinación de ambas tendencias, muchas decenas de millones de pequeños propietarios agrícolas, aparceros y jornaleros se han quedado sin tierras o sin trabajo suficientes. Desde la India hasta Brasil, un incontable número de familias rurales han perdido sus tierras o se han visto expulsadas de los campos donde antes se dedicaban a la labranza y la cosecha.

Salvo algunas excepciones, el crecimiento del empleo agrícola e industrial no ha sido suficientemente rápido para absorber este excedente de mano de obra. En parte, como consecuencia de errores internos: inversiones desastrosas; políticas tributarias y cambiarias paralizantes; corrupción en gran escala; ineficacia del control estatal sobre las grandes empresas agrícolas; ausencia de una reforma agraria; y equivocada priorización de políticas de inversiones intensivas en capital y no en trabajo.

Los países y regiones en desarrollo que han logrado incorporar un número creciente de personas al empleo productivo han sido, en líneas generales, aquellos que han abordado la difícil tarea de efectuar una reforma agraria y han invertido en la salud, nutrición y educación de sus poblaciones. Cuando, como en el caso de Taiwán y la República de Corea, también han ofrecido incentivos razonables a los agricultores y han facilitado el acceso a créditos rurales, insumos agrícolas e infraestructura, se ha conseguido incrementar tanto el empleo como la productividad por hectárea en muchos millares de explotaciones agrarias pequeñas y medias.

Los países en desarrollo que han logrado progresar más son aquellos que han hecho la reforma agraria e invertido en la salud, la nutrición y la educación de su población.

La creciente prosperidad de las zonas rurales ha contribuido, a su vez, a crear mercados para un sector industrial en expansión y a generar empleos en el mismo.

Pero en los numerosos países en desarrollo que no han aplicado tales reformas ni han efectuado esas inversiones, la libertad de industrialización también se ha visto restringida por fuerzas sobre las cuales ejercen escaso control. Sus potenciales mercados están dominados por los países ya industrializados y sus intentos de exportar productos manufacturados a menudo han topado con barreras comerciales y arancelarias que restringen el crecimiento del empleo y cuyo costo anual para el mundo en desarrollo en términos de ingresos perdidos representa aproximadamente el doble del montante de la ayuda externa recibida.³⁵

Tampoco han contado con la libertad de emigración externa como una opción significativa. La legislación nacional o extranjera sólo ha permitido buscar nuevas oportunidades en otras regiones a una ínfima proporción de la población del mundo en desarrollo; en general, se ha permitido emigrar sobre todo a las personas más acomodadas e instruidas, más que a los pobres sin tierras ni bienes. Durante el período de rápido crecimiento demográfico en Europa, muchas decenas de millones de personas se encontraron en una situación análoga a la que actualmente sufren los pobres sin tierras y sin empleo del mundo en desarrollo, pero entonces pudieron emigrar a Australia, Canadá, Nueva Zelanda, Sudáfrica y los Estados Unidos en busca de nuevas oportunidades.³⁶ Por ejemplo, desde el final de las guerras napoleónicas hasta el inicio de la Primera Guerra Mundial, sólo del Reino Unido emigraron 20 millones de personas.³⁷

La ausencia de estas libertades, sumada a la falta de reforma agraria y de inversiones intensivas en trabajo para mejorar la productividad de las pequeñas explotaciones agrícolas, ha fomentado la emigración interna de la población sin tierras y sin empleo hacia uno de los dos siguientes destinos: algunos se han trasladado a zonas relativamente poco pobladas con tierras en otro tiempo menos apreciadas —selvas tropicales, laderas montañosas no cultivadas, tierras menos fértiles y la frágil pe-

riferia de los desiertos—, y otros han ido a engrosar el sector informal en las ciudades, donde han establecido su hogar en arrabales y barrios de chabolas, ocupando tierras igualmente poco apreciadas y subvaloradas.

Con el tiempo, estas migraciones han tenido por efecto una creciente concentración de la pobreza en las tierras agrícolas marginales y arrabales urbanos, dos destinos distintos con la característica común de un entorno ambiental vulnerable en ambos casos.

La consecuencia inevitable ha sido una progresiva acentuación de la pobreza y la penuria para millones de personas, debido a la continua degradación de la base de recursos de la población pobre. Las tierras forestales roturadas por el procedimiento de la quema pierden su equilibrio ecológico y su fertilidad al cabo de pocos años; las laderas montañosas escarpadas sufren muy pronto los efectos de la erosión en ausencia de inversiones en la conservación del suelo; las tierras agrícolas marginales gradualmente se vuelven yermas si quienes las cultivan no tienen posibilidad de abonarlas o dejarlas en barbecho; las periferias de los desiertos pronto se confunden con éstos cuando se las somete a una tala de leña y un pastoreo excesivos. Al mismo tiempo, los millones de personas que han afluído a los arrabales urbanos se ven expuestas a los problemas ambientales asociados al hacinamiento y la habitual carencia de condiciones de higiene, así como a todos los riesgos ambientales de ocupar terrenos desechados por los demás: a gran distancia de los centros de servicios y oportunidades de empleo, próximos a las líneas férreas y aeropuertos, en la contigüidad de industrias contaminantes y malolientes mataderos, en empinadas laderas sujetas al riesgo de terremotos y avalanchas, junto a vertederos de basura infestados de moscas, fétidos canales o cenagales inundados.

Este patrón se ha repetido, con múltiples variaciones, en casi todas las regiones del mundo en desarrollo. En América Latina, las extremas desigualdades en la distribución de la propiedad de la tierra han exacerbado el problema. En muchas partes de Asia, con densidades de población que figuran entre las más altas del mundo, se multiplican las dificultades. En África, donde

La pobreza se concentra cada vez más en las áreas ambientalmente vulnerables, en especial, en las tierras agrícolas marginales y los arrabales urbanos.

las desigualdades y las cifras de población por hectárea suelen ser menores, la agricultura de exportación ocupa las tierras más fértiles, mientras las tierras de la mayoría de la población más pobre suelen ser de menor calidad, reciben menos inversiones y están más expuestas al riesgo de sequía y desertificación.

El resultado común de estos diversos patrones es que la población más pobre ha quedado inmersa en un ciclo cerrado: la pobreza obliga a un número creciente de personas a emigrar hacia zonas ecológicamente vulnerables y las presiones ambientales resultantes pasan a engrosar las causas que perpetúan la pobreza, en un efecto sinérgico que ha llegado a constituir uno de los aspectos más visibles de la «crisis PPA». No es coincidencia, por ejemplo, que la cuarta parte más pobre de la población del África subsahariana se concentre en zonas deforestadas, o esquilmas por el pastoreo excesivo, o sometidas a métodos de cultivo inadecuados para esos suelos.³⁴

Presiones sobre las mujeres

Estos procesos están provocando la erosión de los suelos, la deforestación de las laderas montañosas y la pérdida de los medios de sustento arraigados por las lluvias en toda la precordillera del Himalaya, en las laderas de los Andes, en las zonas de catástrofe ambiental de Haití y la República Dominicana, en toda la zona montañosa central de América Central y en las tierras altas de Etiopía, donde más de la mitad de los suelos agrícolas ya han sufrido una erosión significativa.³⁵ En total, según estimaciones del Consejo Mundial de Alimentación, unos quinientos millones de personas viven y practican la agricultura en zonas montañosas sometidas a una grave erosión.³⁶ Cada año, se destruyen casi 17 millones adicionales de hectáreas de selva tropical; cada año, 6 millones de hectáreas de tierras áridas quedan convertidas en desierto; cada año, las lluvias o el viento despojan de miles de millones de toneladas de suelo las tierras donde se ven obligadas a cultivar sus alimentos y ganarse el sustento un número creciente de personas sin otro lugar donde ir.³⁷

También en las ciudades, la vulnerabilidad del medio ambiente causa pe-

nurias entre la población más pobre. Además de los riesgos de enfermedad derivados del hacinamiento y la carencia de agua limpia y sistemas de saneamiento adecuados, los pobres están cada vez más expuestos a ser víctimas de desastres no naturales, desde las filtraciones de la planta química de Bhopal, en la India, hasta la explosión del oleoducto de Cubatão, en Brasil. Y una vez más no es simple coincidencia que la mayoría de las víctimas de estas catástrofes sean habitantes de los poblados de chabolas que han ido creciendo en torno a estas instalaciones porque no podían instalarse en otro lugar.

En casi todos los casos, los efectos de esta espiral de pobreza y presiones ambientales recaen con particular intensidad sobre las mujeres y niñas de las comunidades pobres: son ellas quienes deben redoblar sus esfuerzos para satisfacer las necesidades mínimas de sus familias cuando la leña utilizada como combustible debe recolectarse cada vez más lejos, cuando las fuentes de abastecimiento de agua son irregulares y poco seguras, y cuando la degradación del suelo exige mayor trabajo para producir menos alimentos.

La espiral de la pobreza

En muchas partes del mundo en desarrollo, se está registrando una transformación fundamental en el carácter de la pobreza debido al impacto de estas fuerzas. La población pobre no presenta una dispersión geográfica relativamente uniforme, sino que por el contrario cada vez se concentra más en zonas ambientales marginales y vulnerables, con escasas alternativas salvo sobreexplotar un hábitat ya frágil, esquilmando aún más su escasa base de recursos y condenándose a una perpetua pobreza para ellos y sus hijos (gráficos 11, 12, 13 y 14).

El «problema PPA» constituye, por tanto, un círculo vicioso: la pobreza contribuye a mantener unas altas tasas de crecimiento de la población e incrementa las presiones ambientales, y estos dos factores a su vez fomentan la perpetuación de la pobreza. Y los pobres generalmente no disponen de recursos ni oportunidades para liberarse de este ciclo cerrado.

Es un hecho largo tiempo reconocido que la vía para romper este ciclo es

Gráf. 11 Población vulnerable

Cifra total y proporción de la población rural más pobre del mundo en desarrollo que vive en zonas de bajo potencial agrícola con riesgo de deterioro ambiental.



Fuente: Advisory Commission and the Joint World Bank/World Health Organization. *Human Development Report 1993*. Washington, D.C., 1993.

Bangladesh: del desastre al desarrollo

Cuando Bangladesh nació como país, en 1971, en medio de los estragos de la guerra, las inundaciones y las hambrunas, muchos analistas extranjeros lo consideraron un «caso desahuciado», con escasas esperanzas de futuro, salvo una creciente miseria y desesperación. Actualmente, es más probable que se cite a Bangladesh como un ejemplo de país muy pobre que está logrando progresos a pesar de las enormes dificultades con que se enfrenta.

Situado en uno de los entornos más expuestos a los desastres naturales del mundo, Bangladesh presenta muchos de los peores síntomas de la pobreza. De cada 1.000 niños nacidos vivos, 127 mueren antes de cumplir los cinco años. Dos terceras partes de los menores de cinco años sufren desnutrición. Las enfermedades son frecuentes y las tasas de discapacidad elevadas. Menos de la mitad de sus niños y niñas completan cinco años de enseñanza primaria. Y a pesar de la prohibición legal del trabajo infantil, una cuarta parte de los niños y niñas trabajan para ganarse el sustento, incluidas criaturas de seis años que ganan unos pocos centavos al día fragmentando ladrillos en los barrios de chabolas.

Sin embargo, este triste cuadro se está modificando lentamente. El ingreso per cápita ha crecido a un 2% anual durante la última década. Las instituciones democráticas se están reforzando progresivamente. El cuarto plan quinquenal de desarrollo nacional incorpora la mayoría de las metas aprobadas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Y en 1990, Bangladesh fue uno de los primeros países en ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño.

Las promesas se han traducido en progresos. Tras veinte años de duros esfuerzos, un 80% de la población rural dispone ahora de una fuente de abastecimiento de agua potable a menos de 150 metros de sus hogares, un éxito aún no alcanzado por muchos países más ricos. También se ha reforzado la atención básica de salud. En 1985, menos del 2% de los niños y niñas de Bangladesh estaban inmunizados contra el sarampión, una de las tasas de cobertura más bajas del mundo. Seis años más tarde, el nivel de inmunización superaba el 50%.

En 1989, tras constatar la amplia incidencia de los trastornos asociados a la deficiencia de yodo (TDY), Bangladesh decretó la yodación obligatoria de toda la sal para el consumo. En estos momentos, el país cuenta con un programa nacional de control de los TDY plenamente operativo y espera alcanzar esa meta hacia principios de 1994.

Los servicios gubernamentales de salud abarcan ya a casi todas las aldeas, a menudo con la colaboración de las familias que ofrecen sus casas como centros de contacto mensual. Estas redes locales promueven algunas de las intervenciones básicas en materia de salud, como la terapia de rehidratación oral contra la diarrea y la distribución de suplementos de vitamina A para la prevención de la ceguera.

También han sorprendido a muchos observadores los progresos logrados por Bangladesh en la promoción de la planificación familiar. La tasa de prevalencia de anticonceptivos se ha elevado del 3% en 1970 al 30% en 1991 y la tasa total de fecundidad del país se ha reducido de casi siete nacimientos por mujer a aproximadamente 4,8, en sólo dos décadas.

Además de los esfuerzos gubernamentales, Bangladesh también cuenta con varios miles de organizaciones no gubernamentales, algunas de las cuales han alcanzado fama internacional por sus innovadores enfoques y por la escala y grado de ambición sin precedentes de sus actuaciones.

El Banco Grameen se inauguró en 1976 como un experimento a partir de un postulado radical, a saber: que las personas pobres serían capaces de generar formas productivas de autoocupación sin ayuda externa si se les proporcionaba el capital de explotación necesario. En estos momentos, es el cuarto banco del país y concede pequeños créditos a más de un millón de personas anteriormente consideradas «insolventes». Más del 80% de sus clientes son mujeres y la tasa de reembolso de los créditos alcanza un 98%.

El Comité para el Progreso Rural de Bangladesh (CPRB), ha llegado a convertirse en una de las mayores organizaciones no gubernamentales del mundo, internacionalmente aclamado al igual que el Banco Grameen. Basado en la creatividad y la utilización de los propios recursos, el CPRB ha agrupado en organizaciones comunitarias a millares de los ciudadanos más pobres del país y gestiona unas 15.000 escuelas informales de base comunitaria. Un 70% de sus 450.000 alumnos son niñas. El CPRB obtiene una tercera parte de sus ingresos de inversiones en proyectos comerciales y de sus propias empresas. (.)

el «crecimiento desde abajo»,⁶² fomentado mediante una reforma agraria combinada con estrategias de empleo intensivas en trabajo, programas de créditos, oportunidades de formación, tecnologías adecuadas e inversiones en salud y educación. En estos momentos, se requieren asimismo inversiones destinadas a ayudar a millones de pobres a mantener la estabilidad y productividad del suelo.

Grandes contingentes de población no tienen acceso actualmente a estos medios que les permitirían liberarse de la «espiral PPA». En parte, la responsabilidad recae sobre los gobiernos que no conceden suficiente prioridad a las necesidades de la población más pobre. Pero, por otra parte, las políticas del mundo industrializado en materia de ayuda y deuda externa, comercio y financiación también contribuyen a dificultar la tarea, al restringir la ampliación de las oportunidades de empleo. La diversificación de las economías de los países en desarrollo es una condición esencial para romper la espiral de la pobreza. Sin embargo, como señaló en 1987 la Comisión Brundtland en las conclusiones del informe *Nuestro futuro común*: «La diversificación en un sentido capaz de mitigar la pobreza y las presiones ecológicas se ve obstaculizada por las desventajas impuestas para la transferencia de tecnología, el proteccionismo y la reducción de los flujos financieros en dirección a los países más necesitados de fondos internacionales.»⁶³

Consecuencias

La perpetuación del «problema PPA» en el siglo XXI tendrá consecuencias que trascenderán con creces las penurias que ya impone a los mil millones de habitantes más pobres del mundo. En consecuencia, es preciso que el mundo conceda nueva prioridad a este problema no sólo por consideraciones altruistas, sino por un interés fundamental de autopreservación.

El impacto ambiental del «problema PPA» supone, ante todo, una grave amenaza para el gran número de personas menos pobres que viven y trabajan en zonas agrícolas prósperas del mundo en desarrollo. La erosión producida por el agua al correr sobre las pendientes desnudas y laderas deforestadas arrastra el manto del suelo hacia las zo-

nas intensamente cultivadas del fondo de los valles, las llanuras pluviales y los estuarios de los ríos; los sedimentos depositados elevan el nivel de los ríos y obstruyen las presas y canales de irrigación, inutilizando las inversiones, a la vez que contribuyen a intensificar la frecuencia y estragos de las inundaciones. Según algunas estimaciones, estos procesos ya ponen en peligro los medios de subsistencia de 400 millones de familias que cultivan las tierras agrícolas más fértiles del mundo en desarrollo.⁶⁴

En segundo lugar, las crecientes presiones sobre las tierras marginales y, en particular, sobre las selvas tropicales representan una amenaza para toda la población mundial —incluida la del mundo industrializado— debido a su frecuentemente destacada contribución al efecto invernadero y a la acelerada pérdida de diversidad biológica. Ambos aspectos recibieron amplia difusión con motivo de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, celebrada en Río de Janeiro en 1992, y quedaron claramente reflejados en el Programa 21, el documento aprobado por los dirigentes políticos mundiales al final de la «Cumbre para la Tierra». En consecuencia, nos limitamos a citarlos aquí como otro mecanismo en virtud del cual las repercusiones del «problema PPA» trascienden ampliamente a la quinta parte de la población mundial más directamente afectada.

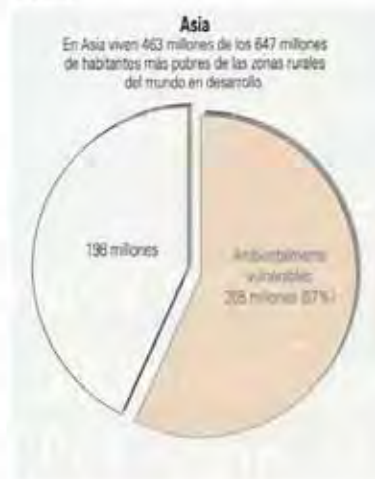
Inestabilidad

Más allá de su impacto sobre el medio ambiente global, el «problema PPA» también comienza a actuar como vehículo de transmisión de convulsiones internacionales, a través de sus efectos en la estabilidad política de los países en desarrollo, con todos los costos y riesgos que esto implica.

Las primeras consecuencias negativas probablemente se harán notar en los avances hacia la democracia representativa y el Estado de derecho. Millones de personas han visto abrirse las puertas a la esperanza en los numerosos países que han efectuado o están intentando efectuar la transición del autoritarismo a la democracia. Si el «problema PPA» frustra estas esperanzas, crecerá la desesperación económica, con el consiguiente incremento de

Gráf. 12 Población vulnerable en Asia

Cifra total y proporción de la población rural más pobre de Asia (incluida China y el Oriente Medio) que vive en zonas de bajo potencial agrícola con riesgo de deterioro ambiental.



Fuente: *Adapted from Environment and the poor: development strategies for a common agenda*, Overseas Development Council, Washington, D.C., 1992.

Inversión en salud: Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993

A lo largo de la pasada década el UNICEF ha insistido en destacar que los principales avances en el ámbito de la salud pueden lograrse con la aplicación generalizada de un limitado número de intervenciones específicas de bajo costo. El *Informe sobre el Desarrollo Mundial* de 1993 del Banco Mundial también se ocupa de esta cuestión. El propósito del informe es «ayudar a los decisores políticos a hacer efectivos los enormes rendimientos potenciales de las inversiones en salud de sus países». Su premisa es que «actualmente puede disponerse de los instrumentos y métodos para combatir y erradicar buena parte de los problemas de enfermedad aún subsistentes con un costo asequible incluso en los países más pobres».

«En la mayor parte del mundo —señala el informe— podrían conseguirse grandes avances adicionales en materia de salud mediante un número relativamente reducido de intervenciones de gran eficacia en relación a sus costos, que pueden hacerse efectivas con un costo modesto y sin necesidad de complejas instalaciones o especialidades médicas.» En el ámbito de la salud infantil, el informe destaca la inmunización y la distribución de suplementos de vitamina A y de yodo, como «un conjunto de intervenciones específicas... de la máxima eficacia en relación a sus costos entre todos los servicios de salud disponibles en el mundo.»

El informe del Banco Mundial mide la relación costo-eficacia aplicando un nuevo método de cuantificación de los problemas de salud. Primero calcula el número de años de vida saludable perdidos a causa de las enfermedades, restando el número real de años vividos de la esperanza de vida correspondiente a esa edad para una población con una baja tasa de mortalidad. A continuación se calcula el impacto de las discapacidades sufridas, multiplicando la duración esperada de la discapacidad por un «factor de gravedad» de hasta 0,6, a fin de equiparar la discapacidad a la pérdida de años de vida saludable y poder sumar ambos conceptos. Una vez obtenida la suma de las pérdidas por muerte prematura y por discapacidad, el resultado se ajusta adscribiendo un valor variable a cada año perdido según la edad. Este valor de ponderación, establecido según «criterios consensuados», se incrementa rápidamente desde cero, en el momento del nacimiento, hasta un nivel máximo a los 25 años de edad, para luego decrecer progresivamente con la edad.

El resultado representa el número de años de vida ajustados en función de la discapaci-

dad (AVAD). El número total de AVAD ofrece una medida aproximada de la incidencia global de las enfermedades. Según los cálculos del Banco Mundial, en 1990 el mundo perdió un total de 1.360 millones de AVAD por problemas de salud. Una cuarta parte de estas pérdidas se debieron a la incidencia de las principales enfermedades infantiles.

La pérdida en número de AVAD que permitiría evitar una intervención específica de salud se utiliza como medida de su eficacia en relación a los costos.

La aplicación de este método para determinar las prioridades de los programas nacionales de salud en todo el mundo modificaría significativamente la asignación del gasto de salud. Como destaca el Banco Mundial, aun teniendo en cuenta las presiones del mundo real, «los gobiernos de los países en desarrollo deberían gastar mucho menos —alrededor del 50% menos, como media— en intervenciones con menor eficacia en relación a los costos y duplicar o triplicar, en cambio, su gasto en programas básicos de salud pública, como la inmunización y la prevención del SIDA, y en servicios clínicos esenciales».

En particular, el informe propugna un «conjunto mínimo de servicios clínicos esenciales» que comprenda las intervenciones de salud más básicas y de mayor eficacia en relación a los costos. «La atención terciaria y los servicios de menor eficacia en relación a los costos podrán mantenerse —señala el informe— pero su financiación pública, cuando los servicios benefician sobre todo a la población más acomodada, debe reducirse progresivamente durante una fase de transición.»

Según concluye el Presidente del Banco Mundial, Lewis Preston: «El gasto público sufraga la mitad de los 168.000 millones de dólares de gasto anual en salud de los países en desarrollo. Una parte demasiado importante de esta suma se dedica a instalaciones terciarias de atención especializada que reportan escasas ventajas en relación al dinero gastado. Y se dedica una parte demasiado reducida a programas de bajo costo y alta eficacia, como puede ser el control y tratamiento de las enfermedades infecciosas y la desnutrición». []

las migraciones internas, las tensiones sociales, los disturbios políticos y los conflictos violentos. En resumen, existe un claro riesgo de que llegue a crearse un clima propicio para el retorno de los dictadores y demagogos que tanto mermaron las perspectivas de muchísimos países en desarrollo en el pasado reciente. Un peligro anunciado, entre otros, por el ex-Secretario Ejecutivo de la Comisión Económica para África, Adebayo Adedeji, cuando manifestó que «la democracia no puede prosperar en condiciones de abyecta pobreza», o por el Dr. Kofi Awoonor, embajador de Ghana ante las Naciones Unidas, cuando declaró: «La pobreza es la madre de la dictadura. Es una ingenuidad pensar que la mera institucionalización del pluralismo multipartidista y la instauración de sistemas de mercado libre pueden garantizar la supervivencia de la democracia en un país pobre que no recibe ingresos adecuados a cambio de sus exportaciones, no tiene acceso a la tecnología bajo condiciones de concesión inteligentes, está abrumado por un síndrome de endeudamiento paralizante o reducido prácticamente a vivir de caridad, aplastado bajo el peso de desesperadas trabas sociales.»⁶⁵

La materialización de tan pesimistas augurios iniciaría una nueva espiral descendente de huida de capitales, caída de los niveles de inversión extranjera y nacional, así como de los ingresos por actividades que dependen de la estabilidad, como el turismo, deterioro de los servicios sociales, como la salud y la educación, menor atención a los problemas de la pobreza y la degradación del medio ambiente, y resurgimiento de la tendencia a desviar los recursos nacionales hacia los gastos militares, la represión y la mitigación de las consecuencias de los conflictos y las migraciones internas.

De este modo podría perpetuarse uno de los más potentes sinergismos: el de la conjunción de inestabilidad y pobreza. Un brevísimos repaso de la lista de lugares del mundo donde la pobreza es más intensa y que menos se han beneficiado del progreso, indica que en líneas generales son los mismos que han sufrido prolongados periodos de inestabilidad, conflictos y represión. En su declaración de 1992, *Un programa para la paz*, el Secretario General de las Naciones Unidas Butros Gali señaló

como causas más profundas de los conflictos «la desesperación económica, la injusticia social y la opresión política». Y los conflictos constituyen, a su vez, una de las causas más comunes y devastadoras de la pobreza y la desesperanza.

En el centro de este sinergismo, el más destructivo de todos, se genera la amenaza contra la democracia: «Sólo una sociedad con una protección democrática de los derechos humanos —señala a continuación el Programa para la paz— puede ofrecer la estabilidad capaz de asegurar un desarrollo prolongado.»⁶⁶

El mundo industrializado

La interacción entre el «problema PPA» y las inestabilidades y conflictos nacionales también tiene repercusiones evidentes sobre la paz y estabilidad a escala internacional. En algunos casos, se requerirá una acción internacional para intentar proteger a las poblaciones en situaciones de emergencia extrema o en los Estados en crisis donde la alteración del orden sea total. En los casos restantes, la intervención internacional tendrá lugar como respuesta contra las agresiones de regímenes dictatoriales que han alcanzado el poder merced a una manipulación de las frustraciones de los pobres. Los ya considerables costos y riesgos de la intervención en estas situaciones de emergencia pueden incrementarse considerablemente en los próximos años. En palabras de un ilustre historiador moderno: «Los antecedentes indican que, entre las posibles consecuencias del rápido crecimiento de la población, las turbulencias sociales y la expansión territorial son tan plausibles como cualquier otra.»⁶⁷

En segundo lugar, el «problema PPA» también se manifestará en forma de un incremento de las presiones migratorias asociadas a los intentos de escapar, legal o ilegalmente, de unas tierras sin esperanza a otras que ofrezcan oportunidades, aunque sean limitadas. Las estimaciones ya cifran en 100 millones el número de personas que viven fuera de su país de nacimiento.⁶⁸ Según señala el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la abrumadora mayoría son emigrantes económicos, si bien al menos 20 millones también huyen de la violencia, las sequías y la destrucción del medio ambiente.⁶⁹ Con la progresiva ampliación

Gráf. 13 Población vulnerable en África

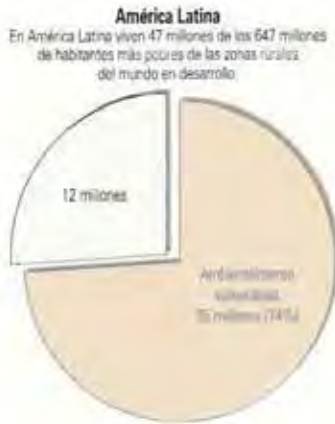
Cifra total y proporción de la población rural más pobre de África subsahariana que vive en zonas de bajo potencial agrícola con riesgo de deterioro ambiental.



Fuente: Adaptado de *Environment and the Poor* (Development Strategies for a Common World), United Nations Development Group, Harlow, U.K., 1981.

Gráf. 14 Población vulnerable en América Latina

Cifra total y proporción de la población rural más pobre de América Latina que vive en zonas de bajo potencial agrícola con riesgo de deterioro ambiental.



Fuente: *Assessing the Environment and the Role of Development Strategies for a Common Agenda*, Overseas Development Council, Washington, D.C., 1993.

del número de migrantes y la creciente preocupación de los países industrializados ante las presiones migratorias, cada vez resultará más evidente la conexión entre estos hechos y la necesidad de un nuevo esfuerzo internacional de desarrollo orientado hacia la superación de la pobreza.

Finalmente, ha podido constatarse que la pobreza y la desesperación también cruzan las fronteras internacionales bajo las repulsivas máscaras del terrorismo y el tráfico de drogas.

El problema de la prosperidad

El «problema PPA», pese a su amplitud y complejidad, sólo es uno de los elementos de la crisis que se cierne sobre el siglo XXI. El otro gran componente tiene orígenes muy distintos, a saber: los efectos de una creciente prosperidad.

Ya se ha señalado que las presentes amenazas contra la biosfera proceden predominantemente de los países industriales ya establecidos. Por ejemplo, según algunas estimaciones, el impacto del ciudadano norteamericano medio sobre el medio ambiente global es unas 3 veces superior al del italiano medio, 13 veces superior al del brasileño medio, 35 veces superior al del indio medio, 140 veces superior al del bangladeshi medio, y más de 250 veces superior al de un ciudadano nacido en uno de los países menos desarrollados del África subsahariana.⁶⁹ También este tema ya se ha tratado ampliamente en otras publicaciones.⁷¹

Otro aspecto menos comentado son las probables consecuencias si otros países mucho más poblados del mundo intentan aplicar con éxito un patrón análogo de progreso.

Muchos de los países más poblados del mundo, sobre todo de Asia, cuentan con expectativas razonables de crecimiento económico para los próximos años. Dada la difusión global de la televisión y el vídeo, y su influencia dinámica sobre las aspiraciones y estilos de vida humanos, parece probable que muchos de estos países y con prontas expectativas de mayor prosperidad aspiren a alcanzar, y en muchos casos comiencen a lograr, el mismo tipo de progreso material que actualmente prevalece en los países industrializados ya establecidos.

¿Quién puede negar que están en su derecho? Y, sin embargo, ¿quién puede negar que este derecho no puede hacerse realidad sin forzar la sostenibilidad del medio ambiente más allá de sus límites? Sin duda, el mundo industrializado no puede permitirse agitar la bandera roja del riesgo ambiental ante ningún país del mundo en desarrollo ni puede sugerirle que no debe aspirar a mayores niveles de progreso material. Esperar que millones de personas continúen viajando en carretas de bueyes y lavando sus ropas en los ríos y arroyos, para luego sentarse a contemplar la retransmisión de «Dallás» o «Dinastía», supondría pecar de la más absoluta falta de realismo.

No obstante, sólo para elevar el consumo de energía en el mundo en desarrollo hasta el presente nivel del mundo industrializado, por ejemplo, debería quintuplicarse, como mínimo, el consumo mundial total de energía. Y como señaló la Comisión Brundtland: «*El ecosistema planetario no podría soportarlo, sobre todo si los incrementos se consiguen mediante combustibles fósiles no renovables. Incluso una duplicación del consumo de energía a partir de la presente combinación de fuentes primarias probablemente ha de descartarse debido a los riesgos de calentamiento global y acidificación del medio ambiente.*»⁷²

China, por ejemplo, de mantenerse la presente tasa de progreso económico, alcanzaría en el plazo de una generación un nivel de desarrollo económico similar al de la República de Corea en la actualidad. La economía china pasaría a ser la más importante del mundo, con un impacto sobre el medio ambiente similar al de los Estados Unidos y sus emisiones de anhídrido carbónico serían superiores a las del conjunto de los actuales países industrializados.⁷³

Podrían citarse ejemplos análogos en el caso de la India, cuya población superará a la de China en el siglo XXI y cuyas clases medias, que a menudo aspiran a estilos de vida similares a los de los países industrializados, ya suman al menos 100 millones de personas, más que la población de cualquier país europeo o occidental.

Sin alternativas

Este dilema constituye, sin duda, el gran nudo gordiano del siglo XXI. La

perpetuación de la «espiral PPA» ya descrita en los países pobres supondría una invitación al desastre. Pero si cuatro quintas partes de la población mundial siguen la senda de desarrollo marcada por la quinta parte que actualmente vive en los países industrializados, se abrirán las puertas a otro tipo de desastre.

Mantener la situación actual tampoco representa una alternativa, tanto por una cuestión de principios como por consideraciones prácticas. Según señalan los autores de *Más allá de los límites*, veinte años después de la publicación inicial de *Los límites del crecimiento*: «Una sociedad sostenible no perpetuaría como un rasgo permanente los presentes e injustos patrones desiguales de distribución. Desde luego, no permitiría la perpetuación de la pobreza. Esto no sería sostenible por dos motivos. En primer lugar, los pobres no lo tolerarían ni deberían aceptarlo. En segundo lugar, mantener una parte de la población en condiciones de pobreza impediría la estabilización de la población, a menos que se aplicasen medidas coercitivas extremas.»⁷⁴

El único camino para seguir avanzando, aunque resulte difícil encontrarlo, es un esfuerzo internacional de cooperación para alcanzar tres principales objetivos:

□ Resolver el «problema PPA», mediante la superación de los peores aspectos de la pobreza, la desaceleración del crecimiento de la población y la inversión en el medio ambiente rural y urbano en que viven y trabajan actualmente los pobres.⁷⁵

□ Hacer realidad la transición a nuevas sendas de progreso en los países industrializados que permitan mantener o mejorar la calidad de vida con una significativa reducción del impacto ambiental. Un criterio de esta nueva definición de progreso sería una respuesta positiva a la pregunta: «¿Pueden aspirar los países en desarrollo a estilos de vida análogos, si así lo desean, sin superar los límites de la capacidad del planeta?»

□ Ayudar a todos los países en desarrollo a alcanzar el tipo de economías y tecnologías adecuadas para seguir la vía de desarrollo material elegida sin traspasar los límites ecológicos locales y globales.

Estos objetivos, expresados aquí a nivel general encubren en reali-

dad millones de dificultades prácticas. Pero cuanto más se posponga su inicio, mayores serán las dificultades. Los cambios geopolíticos de los últimos cuatro años han abierto una enorme oportunidad imprevista para dar ese primer paso. Como declaró a finales de 1992 el Subsecretario General de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, Jan Eliasson: «Si en esta etapa de la historia, con el final de la guerra fría y el inicio de una nueva era, no somos capaces de erigir el bienestar humano en centro de nuestras preocupaciones y actividades, y de demostrar de verdad que la finalidad de nuestra organización en sociedades e instituciones internacionales era mejorar las condiciones de vida para todos, habremos fracasado ante la humanidad.»⁷⁶

Un nuevo concepto de seguridad

Un elemento esencial de este cambio es una redefinición de lo que se entiende por seguridad. Después del debate suscitado por la publicación de su libro *Ascenso y caída de las grandes potencias*, el historiador Paul Kennedy ha emprendido la difícil tarea de intentar aplicar algunas de sus conclusiones a la preparación para el siglo XXI. «Los gobiernos y los pueblos —escribe— deben revisar sus antiguas definiciones sobre lo que ha de considerarse una amenaza para la seguridad nacional e internacional. Independientemente del fin de la guerra fría o de la posibilidad de poner fin a los enfrentamientos en el Oriente Medio, en estos momentos la seguridad y bienestar de los pueblos de este planeta está expuesta a enormes amenazas no militares que merecen atención... Al igual que las rivalidades entre Estados nacionales están quedando desplazadas por otros problemas de mayor envergadura, posiblemente debamos plantearnos el futuro desde una perspectiva mucho más amplia que la que ha caracterizado el pensamiento sobre temas de política internacional en el pasado.»⁷⁷

En muchos países en desarrollo, y sobre todo en el África subsahariana, ya es evidente que el «problema PPA» —incluida la degradación del medio ambiente en una escala que ningún ejército invasor podría aspirar a igualar— constituye una amenaza para la seguridad nacional. Sin embargo, la mayoría de sociedades siguen invirtien-

En muchos países en desarrollo, la seguridad nacional está amenazada por el deterioro ambiental en una escala tal que ningún ejército invasor podría igualar.

Para la Vida: difusión del mensaje

En junio de 1993 se ha publicado la segunda edición de *Para la Vida*, el libro que ofrece una recopilación del actual consenso científico sobre las medidas prácticas de bajo costo capaces de proteger la vida y el normal desarrollo de los niños y niñas.

Desde su aparición en 1989, se han publicado más de nueve millones de ejemplares de la primera edición de *Para la Vida* y su texto se ha traducido a 176 lenguas. La segunda edición, con un nuevo capítulo sobre desarrollo psicosocial infantil, es una publicación conjunta del UNICEF, la OMS, la UNESCO y el FNUAP, con la colaboración de más de 160 organizaciones no gubernamentales internacionales. En la segunda edición se han tenido en cuenta los numerosos comentarios recibidos de los usuarios en los últimos cuatro años.

Los mensajes básicos de *Para la Vida* se ofrecen agrupados en capítulos sobre espaciamiento de los nacimientos, maternidad sin riesgos, lactancia materna, desarrollo físico infantil, inmunización, diarrea, tos y catarros, higiene, paludismo, SIDA y desarrollo psicosocial infantil. Sin embargo, en muchos de los más de 100 países donde se ha traducido o adaptado el libro, se han adecuado estos mensajes a las necesidades nacionales o locales concretas. Se han añadido o sustituido, generalmente con la colaboración de destacados expertos nacionales, algunos capítulos sobre temas que abarcan desde el tabaquismo y el consumo abusivo de drogas hasta la higiene dental, los accidentes y las enfermedades de transmisión sexual.

El libro *Para la Vida* sólo puede llegar a una pequeña fracción de las familias que podrían beneficiarse de sus mensajes. Por esto se dirige principalmente a aquellos en situación de difundir sus mensajes a un amplio público: agentes comunitarios de salud, maestros y maestras, medios de comunicación, organizaciones religiosas, organizaciones de voluntarios, la comunidad empresarial y los organismos gubernamentales. La respuesta de todos estos comunicadores potenciales ha permitido que *Para la Vida* haya tenido una difusión sin precedentes en los últimos cuatro años.

Además de su utilización por los servicios de salud en la mayoría de países, más de treinta países han incorporado los mensajes de *Para la Vida* a sus programas educativos formales y/o a sus programas de alfabetización de adultos. En México, se han publicado más de un millón de ejemplares para su utilización como libro de texto. En China, se han publicado un millón de ejemplares en doce lenguas. En Irán, se ha producido una versión adaptada

de *Para la Vida* para su utilización en la campaña nacional de alfabetización, que abarca a dos millones de personas, principalmente mujeres. En Myanmar, se han producido 200.000 ejemplares de la versión nacional para su distribución en las escuelas y centros de salud, entre los agentes de los servicios de agua y saneamiento, y entre las organizaciones religiosas. En Nigeria, se han publicado 300.000 ejemplares en las cuatro lenguas principales, destinados a las escuelas, colegios de enfermeras y dirigentes religiosos.

En la mayoría de los países, los medios de comunicación han contribuido a la difusión de *Para la Vida* con anuncios en la radio y la televisión, versiones serializadas de sus mensajes y mediante su inclusión en centenares de seriales televisivos y populares programas radiofónicos. En Brasil, una importante cadena de supermercados imprimió mensajes de *Para la Vida* sobre 120 millones de bolsas de plástico. En Kenya, los mensajes figuran impresos sobre 10 millones de cajas de cerillas. En Turquía, se imprimieron sobre dos millones de envases de leche.

Los nuevos conocimientos serán sólo un factor más entre la multiplicidad de fuerzas que determinan la conducta en materia de salud. La pobreza y las presiones sociales, la educación y la confianza, influyen mucho sobre la posibilidad de elección de las personas y las decisiones que toman. Sin embargo, todas las familias tienen derecho a la información práctica y científica que puede ayudarles a proteger las vidas y la salud de sus hijos e hijas con métodos disponibles, que ya pueden aplicar, con un costo asequible para ellas. []

Pueden obtenerse ejemplares de la segunda edición de *Para la Vida* escribiendo a UNICEF, UNICEF House, DH40, Facts for Life Unit, 3 UN Plaza, Nueva York, NY 10017, Estados Unidos, o a través de las oficinas locales del UNICEF. A finales de 1993 también podrá disponerse de la publicación complementaria: *Guía Práctica Para la Vida*.

do muchísimos más recursos en capacidad militar que en protección del medio ambiente.

Actualmente, también en los países industrializados es mucho más probable que las amenazas contra la seguridad nacional tengan su origen en disputas por cuestiones ambientales, la contaminación transfronteriza por efecto de la lluvia ácida o presiones migratorias incontrolables, que en algún tipo de ofensiva militar. A escala internacional, las mayores amenazas contra la estabilidad seguramente procederán de la caída de las democracias y del deterioro del orden y la cohesión sociales, como consecuencia de la intensificación del «problema PPA».⁷⁷ A escala planetaria, como han señalado muchos observadores, la amenaza que representa para la biosfera el mantenimiento incontrolado de los presentes patrones de progreso resulta «tan inconcebible como las consecuencias de una guerra nuclear ilimitada».⁷⁸

Estas nuevas amenazas contra la seguridad nacional e internacional exigen a todas luces nuevas respuestas. En particular, es esencial que el país más poderoso del mundo en la actualidad utilice su enorme influencia para hacer realidad la gran transición hacia un futuro sostenible. Y en estos momentos, en los Estados Unidos ya comienzan a elevarse voces en favor de una radical reorientación de la política que permita dar respuesta al «problema PPA». Entre las manifestaciones más meditadas en este sentido, pueden seleccionarse dos citas:

«Me preocupa que, dentro de veinte años, cuando se escriba la historia del siglo XX, digan que lo más sorprendente ha sido que, tras el derrumbe del bloque oriental, la mayor potencia del mundo, los Estados Unidos, no actuase con decisión y visión de futuro para contribuir a establecer un nuevo orden mundial justo encaminado a prevenir las agresiones, transferir los recursos de la militarización al progreso humano nacional y en otros países, e inaugurar una vía global de desarrollo sostenible para la biosfera.»⁷⁹

«Aunque pueda parecer improbable, en estos momentos se requiere urgentemente algo parecido al Plan Marshall, un Plan Marshall Global, si quieren. Deberá ser un plan de una complejidad y magnitud muy superiores a las del mode-

lo originario. Ahora se necesita un plan combinado basado en los siguientes elementos: ayuda financiera en gran escala y a largo plazo, con fines cuidadosamente definidos, para los países en desarrollo; enormes esfuerzos para desarrollar y luego transferir a los países pobres las nuevas tecnologías necesarias para fomentar un progreso económicamente sostenible; un programa a escala planetaria para estabilizar la población mundial; y compromiso firme de los países industrializados de acelerar su propia transición a un modelo de vida ecológicamente responsable.»⁸¹

Estas voces tal vez se consideren idealistas, pero no claman desde un rincón tan remoto del desierto político como cabría suponer. La primera de las opiniones citadas corresponde a Peter C. Goldmark, presidente de la Fundación Rockefeller, y la segunda procede de un escrito del senador Al Gore, ahora vicepresidente de los Estados Unidos.

La primera prueba

El «problema PPA», la amenaza que suponen los presentes patrones de progreso para el medio ambiente y la necesidad de efectuar la gran transición hacia un futuro sostenible, constituyen el marco amplio en el cual debe insertarse cualquier intento de poner los beneficios básicos del progreso al alcance de todos y hacer realidad las grandes metas humanas expuestas en la primera parte de este informe.

Para responder a estos desafíos se requieren acciones nacionales y la cooperación internacional en muy diversos ámbitos: en la definición de las regulaciones y prácticas en materia de comercio internacional, en la promoción de políticas nacionales de desarrollo de orientación más humana y más intensivas en trabajo, en el restablecimiento de los flujos financieros e inversiones en favor del mundo en desarrollo, en la negociación de acuerdos en materia de medio ambiente, y en la cooperación científica y la transferencia de tecnología.

Sin embargo, en el caso del «problema PPA», en particular, en estos momentos es posible lograr importantes resultados mediante un renovado esfuerzo para superar los peores aspectos

La consecución de las metas humanas básicas para el año 2000 podría ser una primera prueba de la comunidad internacional para iniciar la transición hacia un futuro sostenible.

de la pobreza, que impulsa en gran parte el crecimiento de la población y las presiones ambientales en el mundo en desarrollo. La reducción de la mortalidad infantil, el control de la desnutrición y las enfermedades, el incremento de la producción familiar de alimentos y el acceso a la planificación familiar de todas las parejas, constituyen otros tantos medios para dar el primer impulso hacia la solución de muchos de estos problemas aparentemente intratables. Por tanto, la consecución de las metas humanas básicas adoptadas por la

mayoría de dirigentes políticos del mundo podría constituir una primera prueba de la voluntad y capacidad de la comunidad internacional para empezar a efectuar la gran transición.

En la parte final de este informe se examina con mayor detalle la fundamental contribución que supondría alcanzar las metas básicas para la superación del «problema PPA», en términos de satisfacción de las necesidades humanas mínimas, de estabilización de la población y de mitigación de las presiones ambientales.

En la primera parte de este informe se han resumido los progresos y el potencial existente en diversos ámbitos importantes del bienestar infantil. La conclusión obtenida es que se dispone de los conocimientos, la tecnología y la capacidad de cobertura en la medida suficiente para que en estos momentos sea posible poner algunos de los beneficios más básicos del progreso al alcance de todas las familias en casi todos los países, con un costo moderado. En particular, los gobiernos nacionales y la comunidad internacional están en condiciones de lograr y mantener, si así lo deciden, mejoras muy significativas en la supervivencia, la salud, la nutrición y la educación de muchos millones de niños y niñas del mundo. Los dirigentes políticos de la mayoría de países han acordado varias metas concretas que reflejan este potencial.

En la segunda parte se ha descrito el contexto más amplio en que deberá insertarse este progreso potencial y se han destacado los efectos negativos y de refuerzo mutuo de la perpetuación de la pobreza, el rápido crecimiento de la población y las crecientes presiones sobre el medio ambiente, los cuales constituyen el denominado «problema PPA» que podría amenazar no sólo el presente potencial, sino incluso los avances ya conseguidos.

En la tercera parte se examina la relación entre este potencial y esa amenaza, así como la fundamental contribución que supondría alcanzar las metas humanas básicas para la solución de los problemas mundiales que se ciernen en el horizonte cada vez más próximo del siglo XXI.

Recapitulando, algunas de esas metas concretas son:

- Agua potable para todas las comunidades.
- Educación básica para todos los niños y niñas.
- Acceso universal a la información y servicios de planificación familiar.

Cada una de las metas adoptadas está directamente asociada a la desactivación del «problema PPA». Para establecer las líneas generales de estas correlaciones, puede ser útil, sin embargo, agrupar los progresos potenciales en tres grandes ámbitos: salud y nutrición, educación y planificación familiar.

SALUD Y NUTRICIÓN

Alcanzar las metas humanas básicas en el ámbito de la salud permitiría atacar una de las principales raíces del «problema PPA».

En primer lugar, un mejor estado de salud constituye una de las armas más poderosas contra la *pobreza*. Ya sea en términos de las pérdidas económicas provocadas por enfermedades concretas⁸² o de los rendimientos económicos de las inversiones en el abastecimiento de agua,⁸³ en los últimos años se han acumulado abundantes datos de que los logros en salud y nutrición contribuyen a mejorar la productividad e incrementan los rendimientos de otras formas de inversión.

A corto plazo, es evidente que las frecuentes enfermedades sustraen tiempo, energía y recursos del esfuerzo por ganarse la vida, a través de la pérdida de muchas jornadas de trabajo en los campos, fábricas y hogares, así como de una desviación adicional de tiempo y energías de los adultos para el cuidado de los niños y niñas enfermos. A esto se suman los costos directos del gasto médico, que representa una media del 10% del ingreso familiar en las comunidades pobres del mundo en desarrollo.

A más largo plazo, existe una evidente y profunda conexión entre el desarrollo mental y físico de los niños y niñas y el desarrollo social y económico de sus países.

Existe una evidente y profunda conexión entre el desarrollo físico y mental de los niños y niñas y el desarrollo social y económico de sus países.

- Control de las principales enfermedades infantiles.
- Reducción a la mitad de la desnutrición infantil.
- Reducción de un tercio en las tasas de mortalidad de menores de cinco años.
- Reducción a la mitad de las tasas de mortalidad materna.

África subsahariana: ¿descenso de la fecundidad?

El África subsahariana es la única región del mundo en desarrollo que todavía no ha registrado un amplio descenso de la fecundidad. Algunos demógrafos opinan que éste ya se ha iniciado; otros no quieren aventurarse a dar una opinión, alegando que los datos son contradictorios.

Recientemente se han realizado Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) en 21 países del África subsahariana. Ya se han publicado los informes sobre trece de estos estudios y se dispone de resultados preliminares de otros cuatro.

De estas encuestas, combinadas con otros datos, se desprende claramente que la fecundidad ha comenzado a reducirse al menos en tres de los países estudiados: Botswana, Kenya y Zimbabwe.

Las estadísticas sobre la evolución de la fecundidad a lo largo del tiempo distan mucho de ser satisfactorias, incluso para estos tres países. Sin embargo, otras tendencias observadas parecen ratificar la conclusión de que se ha registrado una reducción de más de un nacimiento por mujer en la tasa global de fecundidad (TGF). Por ejemplo, se ha incrementado significativamente la prevalencia declarada del uso de anticonceptivos modernos: en Zimbabwe, un 43% de las mujeres casadas utilizan actualmente algún método moderno de planificación familiar; en Botswana esta cifra es del 33% y en Kenya del 27%.

Otra confirmación procede de encuestas sobre el número de hijos que desean tener las mujeres. En Kenya, el número medio citado en las respuestas muestra una marcada reducción, de 5,8 en 1984 a 4,4 en 1989. Entre las mujeres de 40-44 años, el número medio ideal de hijos era de 5,5, mientras entre las de 15-19 años era de 3,7.

Botswana, Kenya y Zimbabwe también han logrado más progresos que la mayoría de países africanos en los cuatro ámbitos frecuentemente asociados con el descenso de la fecundidad: avances en la educación femenina, descenso de la mortalidad infantil, programas de planificación familiar bien gestionados y un cierto grado de progreso económico.

El descenso más espectacular se ha registrado en Zimbabwe, donde los resultados de la EDS indican una reducción de 1,2 nacimientos por mujer en la TGF entre 1981-1984 y 1985-1988. Botswana ha registrado una reducción de 0,8 nacimientos por mujer en el mismo periodo. En Kenya, la TGF aparentemente ha registrado una reducción total de 1,5 nacimientos por mujer y de 0,5 entre 1987 y 1989,

cifra que indica una posible rápida aceleración del descenso de la fecundidad.

También parece que la fecundidad ha empezado a disminuir en Burundi, Mali, Nigeria, Senegal y Togo, aunque el descenso de la TGF es menos marcado en todos estos países y la evidencia complementaria resulta menos convincente.

En Nigeria —con casi una cuarta parte de la población del África subsahariana—, las estadísticas disponibles indican un posible descenso de 1,3 nacimientos por mujer en la TGF entre 1982 y 1988. Esto supondría el mayor descenso registrado en cualquier país del África subsahariana, pero el resultado es dudoso; por ejemplo, no concuerda con los resultados de las encuestas que indican que sólo un 6% de las mujeres nigerianas casadas utilizan algún medio anticonceptivo y sólo un 3,5% utilizan métodos modernos. En conjunto, parece probable que la fecundidad haya empezado a descender en las zonas más pobladas del suroeste del país y posiblemente también en el sureste.

Quienes argumentan que aún no se ha iniciado un descenso general de la fecundidad en el África subsahariana destacan que los valores tradicionales fomentan las familias numerosas y que el uso de anticonceptivos es alrededor de 20 puntos porcentuales más bajo de lo que cabría esperar, en comparación con la prevalencia en otros países con niveles similares de desarrollo económico.

Otros replican que están cambiando las circunstancias que determinan el tamaño de las familias y que las poblaciones africanas responderán exactamente igual que ya han hecho otras, siempre que se conceda la suficiente prioridad a la reducción de la mortalidad infantil, la educación de las mujeres y el acceso generalizado a los métodos modernos de planificación familiar. □

Por tanto, la primera contribución que haría el logro de las metas básicas de salud sería mejorar las *perspectivas económicas*, tanto a corto como a largo plazo, de las comunidades pobres.

Salud y crecimiento de la población

En segundo lugar, alcanzar las metas básicas de salud también tendría un impacto a largo plazo sobre el crecimiento de la población.

El presente potencial para fomentar la salud de los niños y niñas del mundo y salvar vidas infantiles es ciertamente enorme, tanto que incluso ha llevado a algunas personas a poner en entredicho la conveniencia de la difusión de técnicas como la inmunización, la TRO y los antibióticos, alegando que elevar las tasas de supervivencia infantil sólo contribuirá a exacerbar los problemas de población.

Además de poco ético, este argumento es profundamente equivocado.

No es ético porque implícitamente equivale a afirmar que negar deliberadamente los beneficios básicos del progreso a la cuarta parte más pobre de la población mundial, para que un porcentaje significativo de sus hijos e hijas sigan muriendo, puede ser una respuesta aceptable al problema de población. Permitir que prevalezca esta idea supondría la derrota en la lucha por un futuro civilizado y sostenible, no debido a una explosión de la población o a un desastre ambiental, sino como consecuencia de una catástrofe del espíritu humano.

Además, es un argumento equivocado porque se basa en una apreciación errónea de la relación entre mortalidad infantil y crecimiento de la población. Esta relación tiene muchas facetas, pero en conjunto refleja el hecho empírico de que una reducción significativa y continuada de la mortalidad infantil constituye casi invariablemente una condición previa para el incremento del uso de anticonceptivos y el descenso sostenido de la fecundidad.⁶⁴

Un aspecto implícito en esta relación es que la muerte de un hijo o una hija suele compensarse a menudo rápidamente con un nuevo embarazo.⁶⁵ Aun cuando no interviene esta intención consciente, la muerte de un lactante supone la interrupción de la lactancia materna y la consiguiente supresión de

su efecto anticonceptivo. Por ambas razones, las altas tasas de mortalidad infantil suelen ir asociadas a una mayor natalidad.

Una segunda faceta de la relación es que cuando mueren muchos niños y niñas, los padres tienden a asegurarse, a menudo en exceso, contra estas muertes teniendo más hijos de los que realmente desean.⁶⁶ En un plano más general, cuando la confianza en la supervivencia infantil es baja, los progenitores y las comunidades tienden a no avanzar hacia la fase de planificación consciente de las familias.⁶⁷ Y recíprocamente, la planificación familiar pasa a ser una opción más atractiva, cuando la reducción de las tasas de mortalidad infantil hace más predecible la relación entre número de nacimientos y tamaño final de la familia.

En la última década, muchos estudios han demostrado la realidad de estos efectos. La División de Población de las Naciones Unidas los ha sintetizado en una frase: «*Los avances en la supervivencia infantil, al incrementar la predictibilidad del proceso de creación de una familia, inician la transición de la conducta reproductiva desde niveles de fecundidad natural a niveles de fecundidad controlada.*»⁶⁸

La «Cumbre para la Tierra», celebrada en 1992 en Río de Janeiro, también ratificó esta conclusión. En palabras de su Secretario General, Maurice Strong:

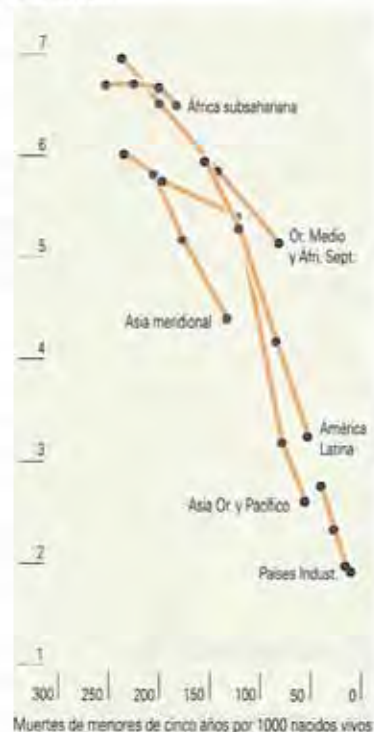
«*El esfuerzo para reducir las enfermedades y la desnutrición infantiles y alcanzar las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia no sólo es crucial por su valor intrínseco, sino también como un medio para contribuir a frenar el crecimiento de la población y a hacer posible un desarrollo económicamente sostenible en el siglo XXI y más allá.*»

Efecto umbral

La asociación entre reducción de la mortalidad infantil y reducción de los niveles de fecundidad ha alcanzado un momento crítico. Para apreciar los motivos, será preciso examinar con mayor detalle las diferentes fases de esta relación. Como muestra el gráfico 15, las primeras reducciones de la mortalidad infantil a menudo repercuten muy poco sobre la fecundidad. En esta fase, una alta tasa de mortalidad de menores de

Gráf. 15 Mortalidad infantil y natalidad

Evolución comparada de la tasa global de fecundidad (número medio de nacimientos por mujer) y de las tasas de mortalidad de menores de cinco años. Los puntos del gráfico indican la situación en 1960, 1970, 1980, y 1990 para cada región.



La tasa global de fecundidad indica el número total de hijos que tendría una mujer que viva hasta el final de su edad fértil y tenga a cada edad un número de hijos equivalente a la tasa de fecundidad específica prevalente para esa edad.

Fuente: Naciones Unidas (World situation prospects: the 1982 revision, 1983). UNICEF datos no publicados.

El riesgo real de exacerbación de los problemas del crecimiento de la población no está en poner los beneficios de la inmunización y de los antibióticos al alcance de todos los niños y niñas, sino en el fracaso en lograr este objetivo.

cinco años tiene dos efectos contradictorios sobre la tasa de crecimiento de la población: obviamente significa que menos niños y niñas sobrevivirán para tener hijos a su vez, lo cual, si los demás factores no varían, puede reducir las tasas de crecimiento de la población en algunos puntos porcentuales; pero también determina que los niveles de fecundidad se mantengan altos, puesto que los progenitores no pueden confiar en que los hijos e hijas que ya tienen sobrevivan, lo cual tiende a fomentar de manera mucho más pronunciada el mantenimiento de altas tasas de crecimiento de la población.

Sólo en la siguiente fase del proceso, cuando las tasas de mortalidad de menores de cinco años comienzan a descender de alrededor de 150 por 1.000 nacidos vivos a 100 por 1.000, y luego a 50 por 1.000, tiende a registrarse un incremento más marcado en el uso de anticonceptivos y un descenso más rápido de la fecundidad. El gráfico 16 muestra, por ejemplo, que entre 108 países para los que se dispone de datos, las tasas de uso de anticonceptivos siguen siendo inferiores al 20% en aquellos donde la mortalidad de menores de cinco años todavía es superior a 150 por 1.000. Sólo cuando ésta es inferior a 100 por 1.000, se incrementa el uso de anticonceptivos hasta un 50% o más.¹⁰ En el gráfico 15 puede apreciarse, asimismo, que cuando las tasas de mortalidad de menores de cinco años se mantienen altas, la tasa de fecundidad tiende a seguir siendo de seis, siete u ocho nacimientos por mujer.

Este patrón es significativo para las dimensiones del «problema PPA», puesto que muchos países en desarrollo ya han superado las primeras etapas de este proceso y en estos momentos se encuentran en el umbral de lo que podría y debería ser un período de rápido descenso de la fecundidad. El inicio de esta fase depende del descenso continuado de la mortalidad de menores de cinco años.

Es probable que este patrón histórico se acentúe, puesto que actualmente casi todos los países cuentan con programas de planificación familiar bien implantados, aunque no siempre adecuadamente financiados. En consecuencia, los nuevos avances en la salud y supervivencia infantiles pueden traducirse más rápidamente que en el pasado en reducciones de la fecundidad.

En resumen, hacer cuanto ahora es posible para fomentar la salud y reducir la mortalidad infantiles, además de constituir un importante logro en sí mismo, también contribuirá significativamente a la reducción de las tasas de natalidad. Y a la inversa, permitir que el progreso flaquee supone correr el riesgo de dejar a muchos países en desarrollo en el umbral de una considerable reducción de la fecundidad sin que consigan dar el gran paso.

El riesgo real de exacerbación de los problemas del crecimiento de la población no está en poner los beneficios de la inmunización y de los antibióticos al alcance de todos los niños y niñas del mundo, sino en el fracaso en lograr este objetivo.

EDUCACIÓN

Entre las metas adoptadas para finales de siglo, figura la terminación de la enseñanza primaria por el 80% de los niños y niñas, como mínimo, antes del año 2000.

Después de registrar impresionantes progresos durante tres décadas, en los años ochenta las tasas de matriculación y permanencia en la enseñanza primaria quedaron estancadas o disminuyeron en muchos países de África y en algunos de América Latina. En consecuencia, si se mantienen las presentes tendencias, la meta de finalización de la enseñanza primaria por el 80% de los niños y niñas como mínimo será una de las más difíciles de alcanzar. Sin embargo, si no se avanza hacia esa meta, cada vez serán mayores las dificultades para hacer frente al desafío del «problema PPA».

Las vinculaciones entre los avances en la educación y la solución del «problema PPA» son múltiples. Ante todo, la educación, como la salud, contribuye a aflojar el yugo de la pobreza. Numerosos estudios, particularmente los promovidos por el Banco Mundial en los últimos años, han demostrado este efecto. En el ámbito de la agricultura, por ejemplo, estudios realizados en Malasia, la República de Corea y Tailandia, y en fecha más reciente en Bangladesh, India, Nepal, Pakistán y varios países de América Latina, indican que los agricultores y agricultoras instruidos son más productivos que otros en condiciones análogas pero sin

instrucción.³⁰ Globalmente, se ha establecido una fuerte correlación entre la ampliación de los niveles de alfabetización y de matriculación en la enseñanza primaria y un crecimiento más rápido de los ingresos per cápita, así como una mayor igualdad económica.³¹ Otros estudios también muestran que el rendimiento económico de las inversiones en educación primaria supera con creces el de cualquier otro tipo de inversión.

Estas conclusiones confirman una intuición de sentido común, a saber: que las personas más instruidas pueden participar más plenamente en el proceso de modernización y desarrollo, y están más capacitadas para mejorar sus ingresos y contribuir al desarrollo económico de sus países.

Educación y medio ambiente

En segundo lugar, alcanzar la meta de educación básica para todos es uno de los requisitos previos más fundamentales para afrontar la dimensión ambiental del «problema PPA».

Para evitar que prosiga el deterioro del medio ambiente en las zonas vulnerables donde se concentran crecientemente los habitantes más pobres del mundo se requerirán una amplia gama de intervenciones. Por ejemplo, será precisa una liberalización del comercio internacional y un incremento de los flujos financieros a fin de fomentar la diversificación de las oportunidades de empleo. También se requerirán inversiones en nuevos métodos de cultivo y, especialmente, en técnicas de gestión del suelo y el agua, para hacer posible la satisfacción por medios sostenibles de las necesidades de los millones de personas que siguen viviendo de la agricultura. Por tanto, en los próximos años cada vez será mayor la necesidad de formación y reciclaje; de difusión de los nuevos conocimientos científicos; de introducción de nuevas variedades de plantas y nuevos métodos de cultivo; de promoción de los conocimientos sobre los riesgos ambientales contra la salud; de una creciente sensibilización de la opinión pública respecto a la vulnerabilidad e interdependencia de los ecosistemas; y de un más amplio conocimiento de los dilemas, alternativas y consecuencias a largo plazo de las múltiples decisiones que deben tomarse

constantemente en unas sociedades cada vez más complejas. En particular, los métodos de cultivo ambientalmente favorables son mucho más intensivos en conocimientos que la mayoría de los métodos convencionales.³²

Todos estos cambios serán necesarios para hacer frente a los problemas del medio ambiente. Y todos dependen en importante medida de la educación. No alcanzar la meta de educación básica para todos, supondría negar a millones de personas el acceso a los conocimientos, la posibilidad de elección y las oportunidades, con la consiguiente limitación de su capacidad para tomar decisiones informadas respecto a su propio futuro y menor preparación para adaptarse a los múltiples cambios que se avecinan.

Educación y población

Finalmente, la ampliación de la educación también es de relevancia fundamental para el tercer elemento del «problema PPA»: el rápido crecimiento de la población.

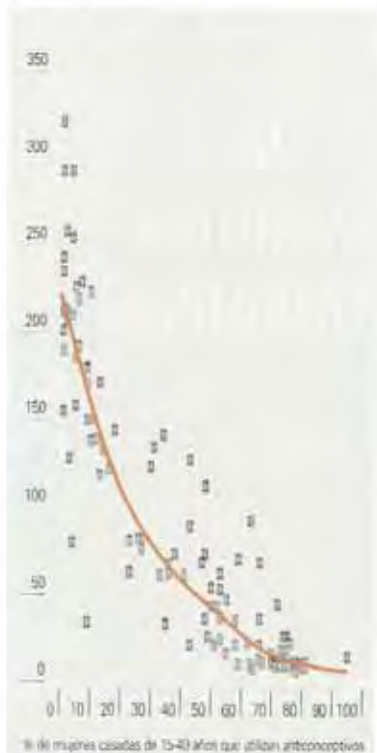
En particular, se ha constatado que la educación de las niñas constituye uno de los factores determinantes más básicos del descenso de la fecundidad.³³ Las mujeres instruidas suelen gozar de mayores oportunidades, conocen mejor las posibilidades de planificación familiar y tienden a comentar y decidir más frecuentemente con sus parejas el número de hijos que desean tener y cuándo desean tenerlos. También tienden a casarse más tarde, a retrasar el primer embarazo, a espaciar más los nacimientos y a tener un menor número total de hijos.³⁴

Estos efectos son especialmente perceptibles cuando la escolarización no se limita a dos o tres años. Según un estudio realizado en una selección representativa de países, el número medio de hijos resultó ser de aproximadamente siete para las mujeres sin educación secundaria y de alrededor de tres para las que habían alcanzado el nivel secundario, incluso después de descontar la influencia de otros factores, como el ingreso.³⁵

Este factor de la educación femenina cada vez se considera más fundamental para el tema de la población. Respondiendo a la pregunta de qué puede hacerse para desactivar la crisis

Gráf. 16 Confianza en la supervivencia

Relación entre las tasas de mortalidad de menores de cinco años (por 1.000 nacidos vivos) y los niveles de uso de anticonceptivos en 108 países del mundo en desarrollo.



Fuente: Naciones Unidas, *World population prospects, the 1992 revision, 1993*. UNICEF, datos no publicados.

SIDA: víctimas infantiles

Cuando el mundo inicia su segunda década de combate contra la epidemia del SIDA, las noticias que llegan del frente son desesperanzadoras. En varios países africanos, el SIDA comienza a superar al sarampión y el paludismo como primera causa de mortalidad infantil y se están perdiendo los avances duramente logrados en la reducción de la mortalidad infantil.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en total más de 13 millones de personas, entre ellas un millón de niños y niñas, han quedado infectadas por el VIH. Más de dos millones ya han muerto.

En el África subsariana aproximadamente una de cada 40 personas adultas está infectada con el VIH y en algunas ciudades la proporción es de una de cada tres; en Tailandia, es de una de cada 50 personas. Uno de cada cuatro nuevos contagios se produce en Asia y si se mantienen las presentes tendencias, al final de esta década un mayor número de asiáticos que de africanos contraerá el virus cada año. Para entonces, al menos 30 millones de adultos y niños estarán infectados con el VIH y las muertes por SIDA pueden llegar a sumar 1,8 millones cada año.

La mayoría de estas muertes se producirán en el mundo en desarrollo y la mayor parte de las víctimas serán mujeres, niños y niñas, dado el rápido incremento de la tasa de contagio entre las mujeres. Un hijo de una madre portadora del VIH tiene una probabilidad sobre tres de nacer infectado con el virus y con una probabilidad del 80% de morir antes de cumplir cinco años. Los hijos no contagiados también se encuentran en una situación de riesgo debido a la incapacidad de sus progenitores para cuidarlos. Según estimaciones de la OMS, a finales de esta década habrá en África 10 millones de niños y niñas sin nadie que les atienda: huérfanos, abandonados o huídos de sus casas, expuestos a su vez por la vida en la calle al contagio por el VIH.

El SIDA golpea a las personas en sus años más productivos —alrededor de dos terceras partes de los infectados tienen menos de 25 años—, privando a los países y a las familias de sus trabajadores más capaces. En Malawi, por ejemplo, con una de las tasas más altas de incidencia del SIDA, el ingreso perdido por esta causa ya equivale al 7% del producto interior bruto del país, una proporción que puede duplicarse o incluso triplicarse para el año 2000. El tratamiento del SIDA consume una quinta parte del presupuesto nacional de salud.

Las posibilidades de desarrollar una vacuna eficaz antes de finalizar esta década siguen siendo especulativas. La mayor esperanza re-

siste en la prevención, sobre todo a través de la educación para la salud. En casi todos los países, los programas de prevención del SIDA se están concentrando crecientemente en la movilización de todos los recursos posibles para hacer llegar sus mensajes a la opinión pública. En Uganda, se ha extendido a las escuelas secundarias y centros universitarios el programa de educación sexual y autoestima dirigido a los alumnos de enseñanza primaria; según los resultados de una reciente encuesta del Ministerio de Salud, un 60% de los ciudadanos saben actualmente cómo se contagia el SIDA. La mayoría de países utilizan una combinación de programas escolares y de información a través de los medios de comunicación de masas, incluida la televisión, la radio, y también la música y el teatro populares.

Los resultados han sido ambivalentes, pero con la creciente experiencia comienzan a detectarse señales esperanzadoras. El uso de preservativos ha aumentado en todos los lugares donde se ha informado a la opinión pública; en Tailandia, por ejemplo, se ha incrementado de 10 millones a 120 millones de preservativos anuales. Y en los países que se han concentrado activamente en la educación sexual de la generación más joven, la gente está comenzando a adoptar comportamientos sexuales más seguros, incluida una reducción del número de parejas sexuales. []

de población en el futuro inmediato, la Presidenta del Consejo de Población, Margaret Catley-Carlson, señala:

«La respuesta más importante ya se conoce. De todas las formas de inversión social y económica que influyen sobre el comportamiento en materia de fecundidad, el nivel de instrucción de las mujeres destaca como la de efecto más constante...»

«En varias sociedades tradicionales con altas tasas de fecundidad, las mujeres que han completado la enseñanza primaria o con niveles superiores de educación tienen unos tres hijos menos que sus equivalentes sin instrucción o con un nivel moderado de instrucción (1 a 3 años de escolarización). La reducción observada en la fecundidad matrimonial aparece vinculada al retraso de la edad en que contraen matrimonio, el uso eficaz de anticonceptivos y, posiblemente, unas mayores expectativas de las madres instruidas para sus hijos e hijas...»

«Una joven con un nivel secundario de educación se casa, en el caso típico, a los 21 años. Una joven sin ningún tipo de instrucción se casa a los 17. Si el matrimonio a la edad más tardía se impusiese en todo el mundo, en nuestro planeta seríamos unos mil millones menos antes de estabilizarse la población.»⁹⁵

Tasas de deserción escolar

El mundo en desarrollo ha logrado enormes avances en la educación en los últimos tres decenios. Pese a la duplicación del número total de niños y niñas en edad escolar entre 1960 y 1990, la proporción de matriculados en la enseñanza primaria se ha ampliado de la mitad a más de tres cuartas partes del total.⁹⁶

En total, más del 90% de los niños del mundo en desarrollo se matriculan inicialmente en la escuela, una prueba de que ya existe la capacidad institucional y motivación inicial para alcanzar la práctica universalización de la enseñanza primaria. Pero en muchos países, la baja calidad de la educación ofrecida, combinada con las limitadas oportunidades de empleo y la necesidad de que los niños y niñas ayuden a sus familias en las tareas agrícolas y domésticas, determina que un gran número abandonen la escuela antes de haber completado ni siquiera uno o dos años de enseñanza. En Asia meridional y América del Sur, por ejemplo, la matricula-

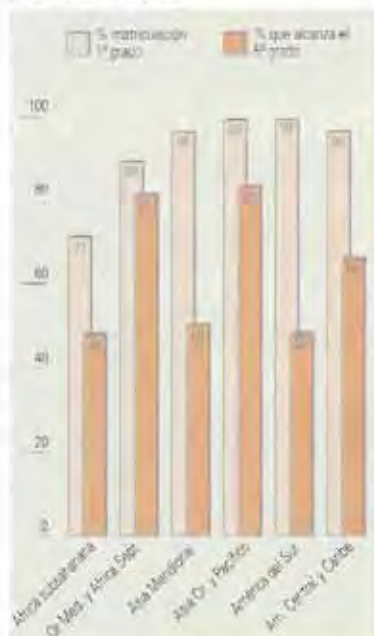
ción en el primer grado de la enseñanza primaria abarca más del 95% de los niños y niñas, pero sólo alrededor del 50% llega hasta el quinto grado (gráfico 17).⁹⁶ Por consiguiente, la máxima prioridad de la década de 1990 en materia de educación es lograr no sólo que todos los niños y niñas inicien la enseñanza primaria, sino también que permanezcan en la escuela el tiempo necesario para aprender a leer y escribir y adquirir conocimientos de cálculo, así como actitudes y habilidades básicas que les capaciten para mejorar sus circunstancias y hacer frente a los múltiples cambios que se avecinan.

De momento, es preciso señalar que pese a los compromisos formales de los gobiernos, no se está concediendo suficiente prioridad a esta tarea. En algunos países, comienza a acelerarse el progreso hacia la meta de educación para todos, pero en la mayoría de regiones parece poco probable que ésta se alcance. Sólo un pequeño porcentaje de los presupuestos nacionales del mundo en desarrollo y sólo un 2% de la ayuda total para el desarrollo se asignan actualmente a la enseñanza primaria, la inversión más importante de todas.

La tarea no será fácil, aunque logren conseguirse los recursos adicionales necesarios, a través del crecimiento económico, la reestructuración de los presupuestos nacionales o un incremento de la ayuda externa. No obstante, la experiencia de los últimos años en varios países indica que pueden conseguirse y mantenerse grandes avances con un costo asequible.⁹⁶ Los elementos principales de las estrategias que han tenido éxito parecen ser los siguientes: utilización de preescolares en los centros preescolares y escuelas primarias; períodos breves de formación para los maestros y maestras; apoyo regular y supervisión de la actividad de los maestros o maestras; unidades escolares reducidas, próximas a las comunidades que deben atender; edificios escolares con un bajo costo de capital; participación activa de las comunidades y de los progenitores; programa básico relevante presentado de manera atractiva; calendario y horario escolares que tengan en cuenta la demanda de colaboración estacional de los niños y niñas en la agricultura; y respaldo de las organizaciones no gubernamentales locales.

Gráf. 17 Enseñanza Primaria

Porcentaje de niños del mundo en desarrollo que comienzan la enseñanza primaria a la edad apropiada y que alcanzan el 5º grado.



Fuente: Oficina del UNICEF, a partir de datos proporcionados por la UNESCO, en el marco de la Cumbre Mundial sobre la Educación, 1990-1992.

Estados Unidos: ¿un nuevo trato para la infancia?

Una proporción creciente de los niños y niñas del país más rico del mundo se encuentran en una situación apurada. A pesar de que la economía de los Estados Unidos registró un crecimiento de aproximadamente el 20% en la década de 1980, unos cuatro millones más de niños y niñas estadounidenses engrosaron las filas de la pobreza durante ese mismo periodo. En total, uno de cada cinco niños y jóvenes vive por debajo del límite de pobreza, una proporción dos veces más alta que en cualquier otro país industrializado.

Otros indicadores sociales documentan este retroceso. La inmunización infantil se ha reducido hasta sólo un 10% en algunas zonas degradadas de las grandes ciudades; en el hemisferio occidental, sólo Bolivia y Haití presentan tasas medias tan bajas. También ha aumentado la incidencia de las enfermedades prevenibles: el número de casos declarados de sarampión se incrementó en 55.000 entre 1989 y 1991, incluidas 64 muertes, la cifra más alta registrada en veinte años.

Las denuncias de malos tratos contra niños y niñas también se triplicaron en la década de 1980; unos tres niños mueren actualmente cada día víctimas de malos tratos. A pesar de la gran publicidad concedida a la campaña del gobierno contra las drogas, la drogadicción y la criminalidad asociada a la misma han crecido marcadamente; se estima que cada año nacen unos 375.000 niños y niñas expuestos a los efectos de las drogas, incluidos los «bebés del crack». La violencia se apodera de las calles y las escuelas; el 30% de los niños residentes en zonas degradadas de las grandes ciudades han visto morir a alguna persona conocida antes de cumplir los 15 años. Actualmente, las familias con hijos constituyen el 31% de las personas sin hogar, frente a un 21% a principios de los años ochenta.

Algunos de los cambios que están sufriendo los niños y niñas estadounidenses —como el acusado incremento de las familias con un solo progenitor— están fuera del alcance de la acción inmediata del gobierno. Sin embargo, las medidas adoptadas para mitigar sus efectos en general han sido inadecuadas y no han servido para ofrecer una red de seguridad a los niños y niñas. En la década de 1980 se recortaron los programas de asistencia social, incluido el programa de Ayuda para familias con hijos dependientes. Más de 1,1 millones de familias monoparentales cayeron por debajo del límite de pobreza en el curso de esa década.

Subsisten las desigualdades sociales. La mortalidad infantil, por ejemplo, es de 8 por

1.000 nacidos vivos entre la población norteamericana blanca; entre la población negra se eleva al 18 por 1.000, por encima de la tasa de Cuba o de Polonia. «*Corremos el riesgo de dividirnos en dos países: uno de privilegios primmundistas y otro de privaciones tercermundistas*», advierte Marian Wright Edelman, directora del Fondo de Defensa de la Infancia.

Muchos objetivos de la política de la Administración Clinton, incluida la declarada ambición del Presidente de situar por encima del nivel de pobreza a todas las familias con un progenitor laboralmente activo, indican la posibilidad de un nuevo trato para los niños y niñas de los Estados Unidos. Por ejemplo, la cobertura universal de salud, beneficiaría sobre todo a los ocho millones de niños y niñas que según las estimaciones no reciben atención de salud.

Se ha aprobado rápidamente el Decreto sobre Permisos Familiares y Médicos, que fue obstaculizado y desvirtuado por los dos gobiernos anteriores. Si bien está muy lejos de los derechos reconocidos en muchos países europeos, concede hasta 12 semanas de permiso sin sueldo para atender a los hijos recién nacidos o a familiares enfermos y contribuirá a aliviar las presiones a que se ven sometidas muchas familias estadounidenses.

El Presidente Clinton también ha declarado que todos los niños y niñas tienen derecho a la inmunización, «*igual que al agua y al aire no contaminados*». El Congreso ha incrementado los fondos destinados a ampliar el programa nacional de vacunación y a respaldado la propuesta del Presidente de dar un nuevo impulso al programa «Head Start» (Ventaja Inicial), uno de los programas de desarrollo infantil que más éxitos ha cosechado en la historia de los Estados Unidos.

En su discurso de septiembre de 1993 ante la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Presidente de los Estados Unidos también habló de un nuevo compromiso en favor de los niños y niñas del mundo: «*Del mismo modo que nuestro país ha iniciado nuevas reformas para garantizar que cada niño estadounidense reciba atención de salud adecuada, debemos aumentar nuestros esfuerzos para hacer llegar las vacunas básicas y otros tratamientos para las enfermedades curables a los niños y niñas de todo el mundo. Es la mejor inversión que jamás podremos hacer.*» □

Las dificultades para determinar y poner en práctica la combinación adecuada de estrategias para alcanzar la universalización de la educación primaria en la década de 1990 son enormes. Pero también lo son las consecuencias que supondría un fracaso en este ámbito. La consecución de la meta de educación básica para todos los niños y niñas ayudaría a debilitar los principales factores impulsores de la «espiral PPA», al fomentar el progreso económico de los pobres, la capacidad de respuesta y actuación frente a los problemas del medio ambiente, y la desaceleración del crecimiento y una más rápida estabilización de la población.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Las metas humanas básicas para el año 2000 también incluyen el acceso a información y servicios de planificación familiar para todas las personas que lo deseen, dentro del respeto a las tradiciones culturales, religiosas y sociales de cada país.

La importancia de esta meta para hacer frente al «problema PPA» es evidente: menos nacimientos significan un crecimiento más lento de la población y menores presiones sobre el medio ambiente. Es un hecho menos reconocido, en cambio, que la planificación familiar también favorece significativos avances en la salud, supervivencia, nutrición, educación y calidad de vida, tanto de las madres como de sus hijos o hijas (gráficos 18 y 19). Constituye, por tanto, uno de los medios más potentes para interrumpir los sinergismos de la «espiral PPA» y contribuir a combatir la pobreza que la impulsa.

Como en el caso de la educación, la meta de planificación familiar debe situarse en el contexto de los últimos progresos conseguidos. En el plazo de sólo tres décadas, la proporción de mujeres casadas del mundo en desarrollo que utilizan algún método moderno de planificación familiar ha aumentado de un 10% a alrededor de un 50%. Otra muestra extraordinaria de la posibilidad de lograr cambios fundamentales y en gran escala en las actitudes y comportamientos humanos en un espacio relativamente breve de tiempo.

Como han señalado John Rowley y Halldan Mahler, de la Federación Internacional de Planificación de la Familia:

«A principios de los años sesenta, menos de 15 millones de parejas del mundo en desarrollo, excluida China, utilizaban algún método anticonceptivo. Actualmente, más de 380 millones de parejas del mundo en desarrollo —más de la mitad de todas las parejas en edad de procrear— están asumiendo la responsabilidad de regular su fecundidad.»

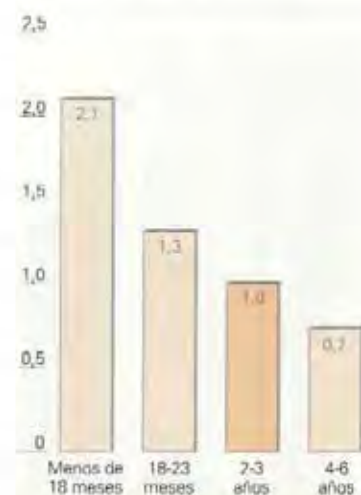
«No cabe duda de que el mundo ha iniciado una transición, social y demográfica. Estamos en vías de crear un mundo donde el éxito de la humanidad en la reducción de las tasas de mortalidad sea emulado por un menor número de nacimientos, más sanos y planificados. Un mundo en el cual todas las mujeres, en todas partes, tendrán derecho a controlar su fecundidad. Donde la salud reproductiva será objeto de atención y preocupación universales. Donde las tasas de crecimiento de la población ya no intensificarán las presiones urbanas y ambientales que contribuyen a perpetuar las enormes disparidades de riqueza y pobreza y son la causa de la progresiva destrucción de la "nave espacial en que viajamos".»¹⁰³

Esta transición todavía no se ha completado. Las tasas de fecundidad han descendido en la mayoría de las regiones del mundo en desarrollo a partir de 1970 y las últimas encuestas confirman que también han comenzado a reducirse en el África subsahariana. Pero en contra de muchas expectativas, la Encuesta Mundial de Fecundidad¹⁰⁴ y las Encuestas Demográficas y de Salud¹⁰⁵ han revelado que en casi todos los países en desarrollo sigue existiendo un nivel muy alto de demanda de planificación familiar no cubierta. Por ejemplo, se estima en 120 millones el número de mujeres del mundo en desarrollo que no desean un nuevo embarazo, pero no tienen acceso a un método anticonceptivo eficaz.¹⁰⁶ Como consecuencia, en el mundo en desarrollo, al menos uno de cada cinco embarazos no es planificado ni deseado.¹⁰⁴

Ya es un hecho ampliamente reconocido que unos mayores niveles de instrucción femenina, el descenso de las tasas de mortalidad infantil y el incremento de los ingresos son los principales factores que inducen a las parejas a desear tener menos hijos. Los servicios de planificación familiar les permiten ejercer esta opción con mayor facilidad y, por consiguiente, la posibilidad

Gráf. 18 Espaciamiento para la supervivencia

Riesgo relativo de mortalidad antes de los cinco años según el intervalo con el nacimiento anterior.

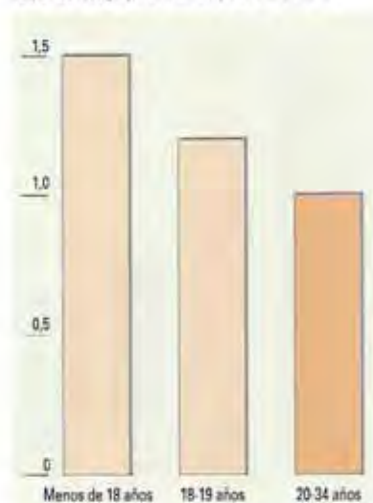


Fuente: John Hoberch, "Child spacing and child mortality", *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference*, vol. 2, 1978 (Marrakech, 1981). Datos de 25 países.

Gráf. 19 Madres demasiado jóvenes

Riesgo relativo de mortalidad antes de los cinco años según la edad de la madre.

Factor de riesgo para madres de 20-34 años = 1.



Fuente: John Robnett, "Child mortality and child mortality", *Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference*, Vol. 2, (Washington International, 1991). Datos de 22 países.

de acceder a ellos puede contribuir a que los cambios en las circunstancias y actitudes se traduzcan más rápidamente en tasas de fecundidad más bajas,¹⁰⁵ minimizando el desfase entre el descenso de las tasas de mortalidad y la reducción de las tasas de natalidad.

Todo un mundo de diferencia

La suma de los logros en materia de supervivencia infantil, salud, educación y planificación familiar podría tener un impacto decisivo sobre el «problema PPA» en los próximos años. Para expresarlo en cifras aproximadas, alcanzar todas estas metas significaría la diferencia que media entre una estabilización de la población mundial en un plazo de cien años a un nivel aproximado de 10.000 millones de personas y su estabilización medio siglo más tarde a un nivel de 20.000 millones.¹⁰⁶ Esta diferencia —aproximadamente equivalente al doble de la población mundial total en 1993— podría ser suficiente para determinar el éxito o el fracaso de la transición hacia un futuro sostenible.

El contraste con la insignificancia de los recursos necesarios resulta casi absurdo. El costo adicional que supondría poner la planificación familiar al alcance de todas las parejas antes de finalizar esta década sería de 3.000 a 5.000 millones de dólares anuales, aproximadamente el doble del gasto actual.¹⁰⁷ En estos momentos, los servicios de planificación familiar representan menos del 0,5% de los presupuestos nacionales en el mundo en desarrollo y menos del 1,5% de la ayuda total concedida por los gobiernos del mundo industrializado.¹⁰⁸ La ayuda internacional para servicios de planificación familiar no se ha incrementado, en términos reales, desde hace aproximadamente veinte años, aunque la revisión de su política de los años ochenta por parte de los Estados Unidos y la reanudación de su apoyo al FNUAP, la principal organización internacional dedicada a la cooperación en materia de planificación familiar abre algunas perspectivas más optimistas.¹⁰⁹

Aún es demasiado pronto para poder decir si los gobiernos y la comunidad internacional llegarán a dedicar los recursos y el compromiso necesarios para alcanzar la meta de planificación familiar. Pero no es demasiado pronto

para señalar que la falta de una respuesta adecuada para alcanzar una meta tan evidente, crucial y de costo asequible, constituirá una llamativa muestra de que los actuales sistemas e instituciones políticas no están a la altura de la tarea de hacer realidad la gran transición.

SINERGISMOS

Hasta aquí hemos considerado tres ámbitos básicos de potenciales progresos —salud y nutrición, educación básica y planificación familiar— desde la perspectiva de su impacto individual sobre los problemas de la pobreza, el crecimiento de la población y la degradación del medio ambiente. Pero igual que entre estos elementos de la «espiral PPA» opera un sinergismo destructivo, también se registra otro de carácter constructivo entre los diferentes elementos que contribuyen a su solución.

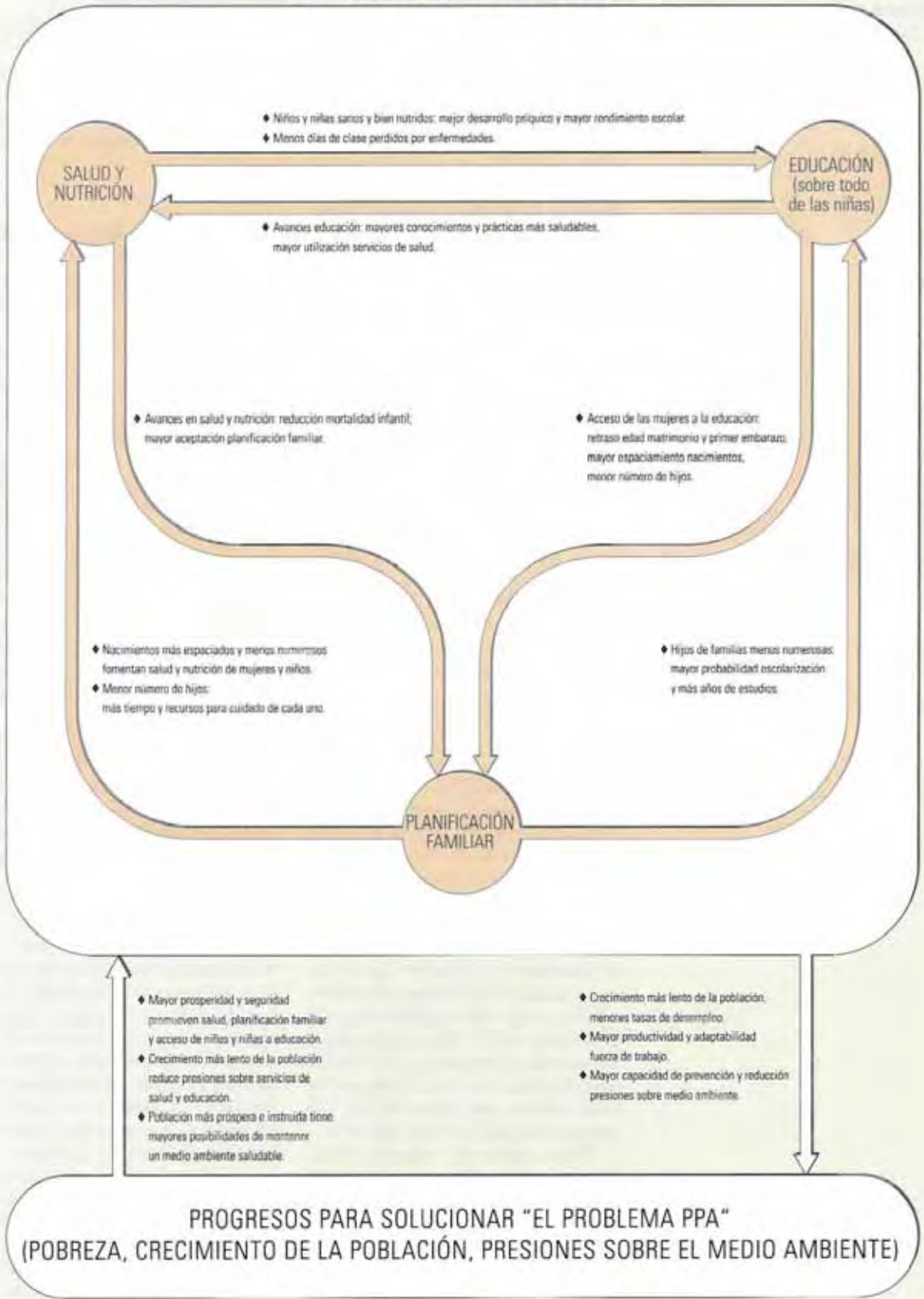
Por tanto, alcanzar *todas* las metas humanas básicas adoptadas tendría un efecto varias veces superior a la suma de sus consecuencias individuales. Y este sinergismo de soluciones es lo que permite abrigar la esperanza de que la consecución de esas metas, unida a los múltiples cambios necesarios, constituirá una respuesta de suficiente impacto para modificar significativamente el resultado final en términos humanos.

En el diagrama de la página 51 se resumen los sinergismos positivos más evidentes. Muchas de las relaciones descritas representan, en efecto, espirales ascendentes capaces de multiplicar varias veces el impacto del avance originario. Por ejemplo:

□ La planificación familiar contribuye de manera significativa a reducir las tasas de mortalidad de menores de cinco años; unas bajas tasas de mortalidad de menores de cinco años fomentan significativamente la demanda de planificación familiar.¹¹⁰

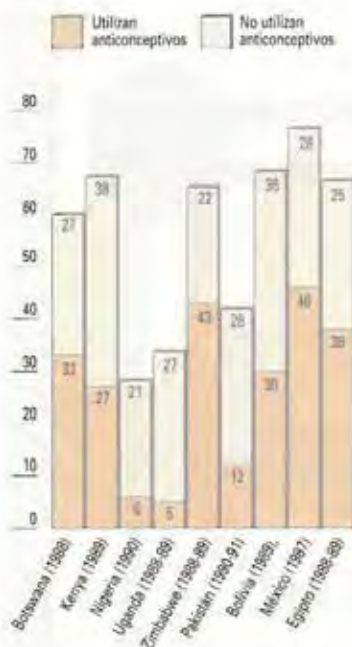
□ La educación, sobre todo de las mujeres, tiende a reducir el número de nacimientos y a ampliar su espaciamiento; cuando las familias son menos numerosas aumenta la probabilidad de que los hijos e hijas reciban educación (porque los progenitores pueden sufragar el costo de educar a un mayor número de hijos y también porque al disminuir el número de hermanos no es tan necesario que los mayores se ha-

ESPIRAL ASCENDENTE



Gráf. 20. Demanda no cubierta

Mujeres casadas que no desean un nuevo embarazo: porcentajes que utilizan y no utilizan anticonceptivos.



La demanda no cubierta de anticonceptivos incluye tanto las mujeres que desean espaciar los nacimientos como las que desean limitar el número de hijos.

Fuente: Encuestas demográficas y de salud citadas en "The reproductive revolution: new survey findings", Population Reports, serie M, nº 11, diciembre 1992.

gan cargo del cuidado de los más pequeños).¹¹¹

Los hijos de familias menos numerosas suelen gozar de mejor estado de salud y nutrición. Una mejor salud nutricional mejora la rentabilidad de las inversiones en educación. Muchos centenares de millones de niños y niñas no obtienen todos los beneficios posibles de la educación porque la desnutrición afecta su desarrollo psíquico, a causa del retraso mental asociado a la deficiencia de yodo, o porque un deficiente estado de salud nutricional merma su capacidad de concentración, o debido al porcentaje significativo de días de clase perdidos a causa de las frecuentes enfermedades.

Análogamente, un mejor nivel educativo fomenta un mejor estado de salud. Además de asimilar mejor los conocimientos en materia de salud y ser más conscientes de la importancia de la higiene y las medidas preventivas, las familias más instruidas también tienden a solicitar y utilizar con mucha mayor frecuencia servicios privados o públicos de atención de salud.¹¹²

La suma de estas relaciones de refuerzo mutuo se traduce en familias menos numerosas y con hijos más sanos e instruidos. Lo cual, a su vez, fomenta la capacidad de estos hijos e hijas para aprovechar las nuevas oportunidades y ganar su sustento y el de sus futuras familias, con lo cual sus hijos e hijas también tenderán a gozar de mejor estado de nutrición y salud y de un mayor nivel de instrucción. Este ciclo positivo ya ha demostrado sus potentes efectos en sociedades tan diversas como las de China, República de Corea, Sri Lanka y Taiwán. Y como puede apreciarse en el gráfico 21, los países y regiones que dieron prioridad a estas inversiones en su población en las décadas de 1950 y 1960, han conseguido controlar el crecimiento de la población y lograrán su estabilización con niveles mucho más bajos de los que habrían alcanzado en caso contrario.

Estos efectos de refuerzo mutuo, así como multitud de otros más que impulsaría la consecución de las metas humanas básicas, permiten aspirar a sustituir la espiral descendente por otra ascendente. Las inversiones en la consecución de las metas humanas básicas, unidas a la creación de mayores oportunidades de empleo, ofrecen la

mejor oportunidad para invertir el sentido de la «espiral PPA».

Poner los beneficios del progreso al alcance de todas las comunidades constituye, por tanto, la acción más eficaz que puede emprenderse en la década 1990 en favor de los niños y niñas de hoy, y también del mundo del mañana.

ÁFRICA

Sería imposible terminar estas reflexiones sobre el actual potencial y presentes amenazas sin prestar especial atención a los problemas del África subsahariana.

La situación de África, examinada a través de cualquiera de las tres lentes utilizadas en este informe —pobreza, población y medio ambiente—, suscita la máxima inquietud.

En el aspecto económico, África está retrocediendo y vuelve a hundirse en la pobreza. Su PNB disminuyó casi un 2% anual durante los años ochenta y el ciudadano medio vio disminuir significativamente su ingreso al finalizar la década. En total, unos 220 millones de africanos —casi la mitad de la población residente al sur del Sahara— viven actualmente en condiciones de pobreza absoluta, sin posibilidad de satisfacer sus necesidades más básicas.¹¹³

El resultado ha sido un aumento de la desnutrición en algunos países de África, en un momento en que se está reduciendo en la mayoría de las restantes regiones del mundo. En algunas zonas de Zambia, según un informe de 1993 de la organización voluntaria OXFAM, la proporción de niños desnutridos se ha incrementado del 5% al 25% en la última década.¹¹⁴ Los servicios de salud también han sufrido un retroceso en los países más afectados, si bien se han realizado esfuerzos extraordinarios para elevar la cobertura de inmunización de menos de un 20% hasta aproximadamente un 60% desde 1985 (llegándose a superar la cota del 70% de cobertura de inmunización contra el sarampión en 11 países africanos). Los años ochenta también deben considerarse una década perdida en el ámbito de la educación, con una reducción de alrededor de un tercio en el gasto por alumno, un descenso de la matriculación en la enseñanza primaria del 79% al 67%¹¹⁵ y el abandono del continente por un total estimado de un tercio de

los graduados universitarios.¹¹⁰ Por si estos problemas no fueran suficientes, muchos millones de familias africanas sufren actualmente los estragos del SIDA (recuadro 13).

Más allá de los sufrimientos causados por los conflictos y la intensificación de la pobreza, África también ha sido escenario de la más terrible manifestación de los procesos ambientales descritos en la segunda parte de este informe: la erosión del suelo afecta en estos momentos a tres cuartas partes de todas las tierras cultivables; las selvas tropicales se están destruyendo a un ritmo de 5 millones de hectáreas al año; y del 80% al 90% de la zona subsahariana, Sudán y las zonas septentrionales de Etiopía y Kenya están degradadas por la pérdida de arbolado y matorrales, con la consiguiente intensificación de la erosión y creciente reducción del rendimiento de los suelos.¹¹⁷ En total, las consecuencias de estos procesos afectan gravemente al menos a 30 millones de personas, que viven bajo la amenaza casi permanente de la sequía y las hambrunas. Como señala la Comisión Brundtland: «Ninguna otra región sufre con efectos tan trágicos el ciclo vicioso de la pobreza y la degradación del medio ambiente, la cual a su vez genera aún mayor pobreza».¹¹⁸

Las corrientes previsiones sobre el crecimiento de la población llaman a la reflexión, incluso en el continente menos poblado. Según las proyecciones, la población total de la parte de África situada al sur del Sahara se incrementará de 640 millones en la actualidad a 1,600 millones para el año 2030.¹¹⁹ Casi treinta países africanos, entre ellos Etiopía, Kenya, Nigeria, Uganda, Tanzania y Zaire, van camino de duplicar su población actual en menos de 25 años.¹²⁰

La deuda derrota al desarrollo

Las causas y potenciales soluciones de los problemas de África ya se han analizado detalladamente en otras publicaciones de las Naciones Unidas;¹²¹ por tanto, bastará enumerar brevemente aquí algunos de los aspectos esenciales.

En primer lugar, una débil posición comercial, como fruto de la dependencia de una pequeña gama de materias primas, la mala gestión interna y las barreras comerciales y arancelarias que obstaculizan la diversificación,¹²² ha re-

ducido la participación de África en el comercio mundial de casi el 4% al 1% durante los años ochenta. En particular, la caída de los precios de los principales productos de exportación del continente ha generado pérdidas por valor de unos 12.000 millones de dólares anuales. En Côte d'Ivoire, por ejemplo, entre 1988 y 1990, el volumen de las exportaciones de café se incrementó un 26%, pero su valor se redujo en un 21%.¹²³

En segundo lugar, las dictaduras impulsadas por la combinación de los conflictos internos combinados con la guerra fría han dado lugar a una militarización del continente, con resultados devastadores. Una enorme proporción de los recursos de África, y también de la ayuda externa, se ha desviado hacia fines militares. Al mismo tiempo, los conflictos militares, avivados por un exceso de armamento, han destruido las futuras perspectivas y presentes medios de subsistencia para muchas decenas de millones de familias africanas. Entre 7,5 y 10 millones de hogares del África subsahariana, como mínimo, han perdido sus medios de subsistencia, arrasados por las guerras y conflictos en los últimos años¹²⁴ y muchos millones de personas más se han convertido en refugiados.

En tercer lugar, África también ha sufrido los estragos de la deuda externa. Como puede apreciarse en el gráfico 22, la carga de la deuda externa del África subsahariana es muy superior a la de cualquier otra región del mundo en desarrollo. Cada año, las amortizaciones e intereses vencidos superan los 30.000 millones de dólares, de los cuales sólo llega a pagarse una tercera parte. El resto simplemente pasa a engrosar el montante total de la deuda, cuyo volumen casi se triplicó a lo largo de la década de 1980.¹²⁵ Pero los más de 10.000 millones anuales pagados ya suponen una carga paralizante, cuatro veces superior al gasto de África en servicios de salud y muchísimo mayor que la cantidad dedicada a la salud y educación de sus niños y niñas.¹²⁶

Para situar este problema de la deuda externa en el contexto del contenido general del informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* de este año, bastará señalar que el costo total que supondría alcanzar las metas humanas básicas —de salud, nutrición, educación

Gráf. 21. Tendencias demográficas

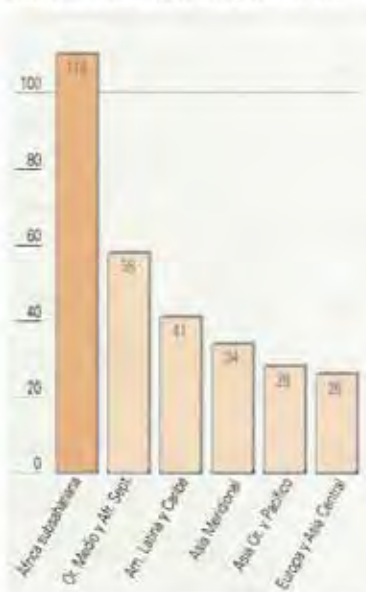
Población real y proyecciones (en millones) para siete países con una población equivalente en 1950.



Fuente: Naciones Unidas, *World Population Prospects: the 1992 Revision*, 1992. Datos para Taiwan: *World Monitor*, 1993.

Gráf. 22 La carga de la deuda

Deuda externa total como porcentaje del PNB, 1991



Fuente: Banco Mundial, *Viviendo mejor juntos* (1992-93), vol. 1, 1992.

y planificación familiar— en África, sería de unos 9.000 millones de dólares anuales; una cantidad significativamente inferior a la que África está reuniendo en estos momentos para pagar una tercera parte de los intereses adeudados sobre una deuda colosal, que en su mayor parte será imposible amortizar jamás, como coinciden en señalar todos los expertos.

Más allá de los errores de sus propios dirigentes, África también ha sufrido, por tanto, la explotación del mundo exterior en momentos de extrema necesidad. El sufrimiento y las pérdidas han sido incalculables, un holocausto financiero del que África no podrá recuperarse sin un esfuerzo internacional de una magnitud desconocida hasta la fecha.

Soluciones

Las acciones necesarias para frenar y cambiar de signo el deterioro del África subsahariana son tan conocidas como los propios problemas.

En primer lugar, como ha argumentado repetidamente el UNICEF y muchas organizaciones no gubernamentales,¹²⁷ es preciso condonar drásticamente las deudas de África. El alivio de la carga de la deuda debería incluir las cantidades adeudadas a los gobiernos de los países industrializados (tres cuartas partes de la deuda externa total de África), así como al Banco Mundial y al Fondo Monetario Internacional. En particular, los programas de alivio de la deuda deberían reducir significativamente el montante de los pagos que África realiza por este concepto cada año (hasta la fecha, la limitada cancelación concedida ha afectado en su mayor parte a deudas cuyo servicio ya no se pagaba). Siempre que sea posible, el alivio de la deuda debería vincularse asimismo a una reducción del gasto militar y un incremento del gasto destinado a alcanzar las metas humanas básicas de salud, nutrición, educación y planificación familiar.

En segundo lugar, debe permitirse un fortalecimiento de la posición comercial de África, a través de la negociación de precios razonables y estables para las materias primas, la reducción de las barreras comerciales frente a los productos africanos elaborados y manufacturados, la creación de un fondo de diversificación económica y el incremento de la ayuda y las inversiones.

En tercer lugar, debe lograrse una reducción más rápida del gasto militar. La responsabilidad recae primordialmente sobre los gobiernos africanos, que serán juzgados muy duramente por el resto del mundo si continúan desviando hacia fines militares los recursos que deberían invertir en creación de empleos, protección del medio ambiente, planificación familiar y en la salud, educación y nutrición de los niños y niñas africanos. Pero también comparten esta responsabilidad los gobiernos de los países industrializados que respaldan la exportación de armas a África. En palabras del Secretario General de las Naciones Unidas: «*Quienes proporcionan las armas pueden considerarse cómplices del crimen. Es preciso interrumpir la afluencia de armas al mundo en desarrollo.*»¹²⁸

En cuarto lugar, los gobiernos africanos deben hacer realidad los compromisos suscritos invirtiendo una mayor proporción de sus ingresos en recursos humanos e intentando alcanzar las metas humanas básicas aprobadas en los ámbitos de la salud, la nutrición, la educación y la planificación familiar.¹²⁹ En Dakar en 1992 y nuevamente en El Cairo en 1993, los dirigentes políticos de África manifestaron su propósito de alcanzar esas metas antes del final de esta década. Esos compromisos deben tener como respuesta el compromiso equivalente de los países industrializados de aportar recursos adicionales para esos fines.

En quinto lugar, la comunidad internacional no sólo debe apoyar a África en su lucha por la democracia mediante la cooperación encaminada a mejorar su posición económica y el respaldo a los compromisos de los gobiernos africanos en favor de la consecución de las metas humanas básicas. También debe ofrecer ayuda directa a las políticas e instituciones que contribuyen a consolidar los cimientos de la democracia. El Secretario General de las Naciones Unidas se manifestó recientemente sobre bre esta cuestión:

«Una y otra vez, en toda África, la inestabilidad ha interrumpido los primeros esperanzados avances en favor del desarrollo. Este ciclo sólo puede interrumpirse con la proliferación de las prácticas democráticas...»

«La ayuda para el desarrollo debe incluir el fomento de la creación y fortaleci-

miento de las instituciones democráticas. La democracia debe entenderse como la evolución hacia formas más adecuadas y más participativas de gobierno, así percibidas por los gobernados. Si no consigue arraigar la democracia, se repetirá la violencia, los golpes de estado, las guerras y la inestabilidad general, con inevitables repercusiones para el desarrollo socioeconómico».¹²⁰

Síntomas de cambio

Es posible alterar el rumbo de la situación en África. Algunos cambios fundamentales, como desenlace final de esta última década desastrosa, han creado un contexto distinto y mucho más esperanzador para el desarrollo de África. Muchos países africanos han emprendido reformas fundamentales en los últimos cinco años. Casi en todo el continente se ha iniciado una evolución hacia la democracia, aunque el camino a recorrer pueda ser frustrante y difícil. El fin del *apartheid* está próximo. Se han liberalizado las economías. Está mejorando el clima para las inversiones. La guerra fría ha dejado de fomentar las dictaduras. Se ha puesto fin a varias guerras de larga duración o se ha mitigado su alcance. Se observan signos de reducción del gasto militar, al menos en algunos países.¹²¹ Y la mayoría de los dirigentes políticos africanos, reunidos en Dakar en 1992 y en El Cairo en 1993, se comprometieron, en nombre propio y de sus gobiernos, a alcanzar las metas humanas básicas.¹²²

También se advierten las primeras señales de un posible cambio en la actitud de los países industrializados. El Secretario de Estado de los Estados Unidos, Warren Christopher, declaró que los intereses de la guerra fría serán reemplazados, como núcleo de la relación de los Estados Unidos con África, por «un perdurable compromiso en favor de la democracia y los derechos humanos».¹²³ En la misma línea, el presidente Clinton reconocía que: «En África se ha iniciado una revolución... Los africanos luchan para alcanzar la libertad política y económica... Tenemos un firme interés en ayudarles a plasmar esas libertades en una vida mejor para ellos y sus hijos».¹²⁴ En un sentido análogo se han manifestado los dirigentes europeos y varios países industrializados han adoptado medidas para vincular la continua-

ción de los programas de ayuda a los avances hacia la democracia y la reducción del gasto militar.

Son otras tantas señales de esperanza. Pero es preciso recordar que, hasta la fecha, los países industrializados se han mostrado renuentes a la hora de actuar y que las amenazas de reducir la ayuda, por justificadas y necesarias que parezcan, no son una respuesta adecuada frente a la crisis del África subsahariana. Y si los países industrializados, después de ofrecer respaldo moral, material y militar durante muchas décadas a dictaduras a menudo descaradamente corruptas y represivas, desean promover ahora el «buen gobierno» en África, deberán intentar reforzar la posición económica de África cancelando una parte importante de la deuda del subcontinente, negociando precios justos y estables para sus materias primas, reduciendo los aranceles sobre las exportaciones africanas de productos manufacturados¹²⁵ e incrementando el montante de la ayuda disponible para inversiones en la población africana y para la consecución de las metas humanas básicas.

REPLANTEAMIENTO

A medida que se comienza a tener una visión más clara de los problemas examinados en este informe, va ganando terreno el reconocimiento de que hacer posible la transición a un futuro sostenible debe llegar a constituir el nuevo principio organizador fundamental del período posterior a la guerra fría. También se está reconociendo progresivamente que atajar las grandes crisis de la pobreza, el crecimiento de la población y el deterioro del medio ambiente en las regiones más pobres del planeta es un aspecto esencial de esa transición.

Las características generales de la respuesta requerida comienzan a ser asumidas por expertos académicos, organizaciones internacionales, organizaciones no gubernamentales, muchas personas activas en los medios de comunicación y algunos partidos y dirigentes políticos.

Como parte de esa respuesta, la causa de la satisfacción de las necesidades humanas básicas de la quinta parte más pobre de la humanidad debe promoverse con renovada determinación, por su importancia intrínseca y como

Existe un creciente reconocimiento de que es esencial atajar los problemas de la pobreza, el crecimiento de la población y el deterioro del medio ambiente en las regiones más pobres del planeta para avanzar en la transición hacia un futuro sostenible.

Los países industrializados deben replantear su propia definición de progreso, a fin de mejorar la calidad de vida con un menor impacto sobre la biosfera.

un medio para prevenir el «problema PPA» y sus crecientes repercusiones, no sólo para las comunidades más pobres, sino también para las perspectivas democráticas, de progreso económico y de estabilidad política a escala nacional e internacional.

Simultáneamente, es preciso proteger frente a las amenazas ambientales los avances conseguidos en muchas partes del mundo en desarrollo y permitir la satisfacción de las legítimas aspiraciones materiales de las amplias zonas del mundo que están logrando un crecimiento económico sin desbordar la capacidad de sustentación, absorción y regeneración de la Tierra.

Para que esto sea posible, se requerirá una acción de los países industrializados en tres amplios frentes:

1. Creación de un entorno económico internacional «capacitante» en vez de «discapacitante» que permita el crecimiento económico del mundo en desarrollo. En la práctica, esto supondrá acuerdos para el establecimiento de precios justos y estables para las materias primas, para facilitar el acceso a los mercados de las exportaciones de productos manufacturados de los países pobres, para la cancelación de una proporción significativa de la deuda externa de algunas regiones y países seleccionados, y una renovación de la ayuda y las inversiones con prioridad para las inversiones en salud, educación y empleo destinadas a la población más pobre.

2. Promoción de intensos esfuerzos de investigación, en colaboración con científicos y técnicos de los países en desarrollo, en vistas a desarrollar y aplicar tecnologías capaces de elevar los niveles de vida y satisfacer las aspiraciones legítimas de sus poblaciones sin poner en peligro la biosfera.

3. Replanteamiento de nuestra propia definición de progreso, a fin de mejorar la calidad de vida con un menor impacto sobre la biosfera. Una prueba de la validez de cualquier nueva definición de progreso será que sus patrones de consumo y contaminación resulten ambientalmente sostenibles aunque todos los países alcancen niveles análogos de progreso.

El desafío democrático

En todo el mundo, se están multiplicando las manifestaciones en favor de un

nuevo esfuerzo para concentrar las acciones nacionales e internacionales en estos nuevos desafíos del periodo posterior a la guerra fría. Con frecuencia, quienes así se manifiestan recuerdan una ocasión anterior en que la crisis y el caos amenazaron al mundo industrializado, hace ya casi medio siglo, una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial. Citan, concretamente, el día del mes de junio de 1947 en que el general Georges Marshall expuso un plan que sigue destacando hasta la fecha como uno de los más relevantes ejemplos de la historia humana de generosidad de espíritu, visión práctica a largo plazo y voluntad de imaginar y actuar en gran escala, los requisitos fundamentales para superar con éxito la transición que ahora es preciso realizar.

Como había anticipado su artifice, el Plan Marshall triunfó en el intento de consolidar la democracia y fomentar la prosperidad no sólo en Europa sino en el mundo en general, uno de cuyos principales beneficiarios a largo plazo serían los propios Estados Unidos. «*El Plan Marshall —escribe el vicepresidente de los Estados Unidos— abordó los problemas de Europa desde la perspectiva más amplia posible y desarrolló estrategias al servicio de las necesidades humanas y de la promoción de un progreso económico sostenido; ahora debemos hacer lo mismo a escala global.*»¹⁷⁶

Sin embargo, aún se observan escasas muestras de la disposición del mundo industrializado a actuar con una osadía y visión de futuro equivalentes para hacer frente a los presentes desafíos.

La barrera que impide esta acción, la barrera que separa a la humanidad de un futuro sostenible, no es en último término de carácter financiero, técnico o ambiental. En el fondo se trata de una barrera política. El mundo dispone casi sin duda alguna de los recursos y el ingenio necesarios para efectuar la transición a un mundo donde todo hombre, mujer, niño o niña tenga satisfechas sus necesidades básicas y que permita continuar la aventura humana, con todo su potencial de progreso, crecimiento, cambio, entusiasmos y descubrimiento. Lo que falta averiguar es si nuestras instituciones y sistemas políticos serán capaces de responder a estos desafíos totalmente nuevos. En efecto, a medida que la mayor parte del mundo comienza a alejarse del totalitarismo,

cada vez resulta más evidente que la democracia misma no está respondiendo adecuadamente como un medio para resolver los problemas a largo plazo. En las democracias establecidas, la vida política parece centrarse esencialmente en consideraciones restringidas a corto plazo. En consecuencia, la visión política a menudo parece estar circunscrita por los sondeos de opinión y no se extiende más allá de las próximas elecciones, mientras los problemas ampliamente reconocidos que amenazan nuestro futuro y el de nuestros hijos e hijas requieren una visión y una capacidad de acción de alcance muy distinto, tanto en el espacio como en el tiempo. Quienes definieron originariamente los postulados de la democracia no tuvieron en cuenta o ni siquiera previeron este problema de disfuncionalidad entre las instituciones políticas y los problemas que deben resolver; pero es un problema que deben afrontar quienes ahora tienen que aplicar esos principios para intentar hacer efectiva una transición global de una complejidad sin precedentes.

Es una contradicción que deberá resolverse, como otros problemas igualmente intratables en el pasado, mediante un cambio en el clima de ideas imperante, en la ética subyacente que en última instancia configura las percepciones públicas y las prioridades políticas. Se trata del mismo proceso, encabezado más frecuentemente por las poblaciones que por sus gobiernos, que ha desbancado progresivamente conceptos e instituciones tan arraigadas como la esclavitud y el colonialismo, el *apartheid* y el racismo. Y el mismo que, en tiempos más recientes, ha comenzado a transformar profundamente nuestras actitudes en relación al entorno natural o a los derechos y estatutos de las mujeres.

Considerada desde la perspectiva de varias décadas y no ya desde la plataforma de unos pocos meses o años, se aprecia más claramente la posibilidad de efectuar este cambio y su enorme potencial en el mundo de los hechos prácticos. Hasta el presente siglo, por ejemplo, casi todas las sociedades estaban organizadas en favor de los intereses de una elite relativamente reducida que monopolizaba casi con exclusividad los derechos y privilegios, así como los beneficios del progreso. Una

situación en general no cuestionada y que se consideraba casi universalmente como algo normal, un reflejo de un orden preestablecido, que concedía prioridad a la aristocracia frente al campesinado, a los patronos frente a los obreros, a la raza blanca frente a la negra, a los europeos frente a los africanos y asiáticos, a los hombres frente a las mujeres. Las consecuencias prácticas del predominio de esta ética, con todo su enquistamiento de injusticias y desigualdades, siguen siendo muy patentes. Pero también es innegable que se ha producido un cambio en la ética subyacente, en lo que ahora se considera aceptable. Actualmente, pocas personas se negarían a aceptar, al menos en principio, que todas las personas deben gozar de los mismos derechos y oportunidades, o que los beneficios del progreso deben estar al alcance de todos.

Este cambio ético fundamental ha comenzado a transformar el mundo de los acontecimientos y las instituciones, y lentamente comienza a constituir el núcleo de los esfuerzos de la humanidad en favor del progreso.

Sin embargo, la aplicación de esta nueva ética sufre un preocupante retraso sobre todo en un aspecto. Todavía no se han puesto los derechos más básicos, las oportunidades más básicas y las ventajas más básicas del progreso al alcance de los mil millones de personas que componen la quinta parte más pobre de la sociedad humana. Ésta es la insuficiencia más flagrante del progreso y la civilización humanas en estos momentos en que nos aproximamos al final del siglo XX.

No obstante, actualmente, en medio de todos los conflictos y atrocidades, pueden empezar a vislumbrarse los inicios del tipo de cambio ético capaz de salvar un día esta insuficiencia. No siempre resulta fácil percibir la transformación subterránea del panorama ético entre el polvo y los escombros de las turbulencias, desastres y retrocesos inmediatos de nuestros días. Sin embargo, considerada desde la perspectiva de un plazo de varias décadas, la transformación resulta más evidente. Hace exactamente cincuenta años, un millón y medio de personas murieron víctimas de la hambruna en Bengala mientras el resto del mundo apenas se enteraba y hacía todavía menos por evitarlo.¹³⁷ Actualmente, cuando se produ-

Todavía no se han puesto las ventajas básicas del progreso al alcance de la quinta parte más pobre de la humanidad.

ce una hambruna, la opinión pública mundial está mejor informada y se preocupa más, y no está dispuesta a tolerar el espectáculo de la muerte y el sufrimiento masivos en las pantallas de sus televisores. Esto obliga a los gobiernos a actuar. Y aunque las acciones emprendidas sean inadecuadas y lleguen tarde, sin embargo reflejan un importante cambio en la consideración ética subyacente sobre lo que se considera o no aceptable en el mundo.

Del mismo modo, la intervención internacional en Somalia, pese a todas sus dificultades y contratiempos, representa no obstante una primera demostración de que la comunidad internacional no está dispuesta a contemplar inerte el sufrimiento masivo de la población —y de los niños y niñas— de un estado fracasado.

Sin embargo, hasta la fecha, esta nueva ética sólo se ha manifestado frente a los reveses y desastres repentinos y ampliamente difundidos, y todavía no se ha hecho extensiva a las «emergencias silenciosas» de la desnutrición, las enfermedades y el analfabetismo masivos con sus secuelas de sufrimiento inmediato y consecuencias permanentes para un número aún más grande de personas.

El desafío de la década de 1990 es profundizar y ampliar la nueva ética que comienza a perfilarse para que también el sufrimiento en gran escala por estas causas más ordinarias y cotidianas y menos espectaculares llegue a

considerarse inaceptable. Tal vez sea perdonable que los peores aspectos de la pobreza suscitasen tan poco interés y recibiesen tan escasa prioridad cuando poco podía hacerse para remediarlos. Pero casi inadvertidamente para el mundo, los avances en los conocimientos y la capacidad de cobertura ahora permiten acabar con los peores aspectos de la pobreza que destruyen la vida y el potencial humanos y tanto contribuyen a fomentar los problemas de la pobreza, el crecimiento de la población y la degradación del medio ambiente. Para que este cambio fundamental en la concepción ética subyacente llegue a completarse y pueda efectuarse la transición a un futuro sostenible, es esencial que la gente y las organizaciones cívicas, en todos los países, se muestren igualmente intransigentes frente al sufrimiento inaceptable que suponen las tragedias a gran escala, aunque menos conocidas, de la desnutrición y las enfermedades, el analfabetismo y las discapacidades masivas.

Sólo si se produce este cambio se concederá a la tarea de satisfacer las necesidades humanas básicas la prioridad continuada que merece. Sólo este cambio podrá garantizar que los dirigentes políticos cumplan las promesas que han hecho. Y sólo este cambio asegurará que efectivamente se haga lo que ya puede hacerse para acabar con los males de la desnutrición, las enfermedades y el analfabetismo masivos en nuestro tiempo. □

Metas 2000: ¿qué puede lograrse?

METAS A MITAD DE LA DÉCADA

Con el fin de mantener una sensación de urgencia, la mayor parte de los gobiernos de los países en desarrollo han adoptado también un número seleccionado de metas a medio plazo para ser alcanzadas a mitad de la presente década, en 1995. Las metas que se consideran factibles son las siguientes:

- Eliminación del tétanos neonatal
- Reducción de la morbilidad por sarampión en un 90 %
- Reducción de la mortalidad por sarampión en un 95 %
- Cobertura del 80 % en el uso de la TRO contra las enfermedades diarreicas.
- Erradicación de la polio (algunos países).
- Eliminación de los trastornos causados por la deficiencia de yodo.
- Cumplimiento de la «Iniciativa de los hospitales amigos del niño»
- Eliminación de la deficiencia de vitamina A
- Eliminación del gusano de Guinea (dracunculiasis)
- Cobertura del 80 % de inmunización en todos los países.

A continuación se enumera la lista completa de metas para el año 2000 adoptadas por los líderes políticos mundiales en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* el 30 de septiembre de 1990, las cuales se consideran factibles tanto en términos técnicos como financieros.

Metas globales 1990-2000

- Reducción en un tercio de las tasas de mortalidad de los menores de cinco años (o una reducción hasta niveles inferiores al 70 por 1000 nacidos vivos, si ello representa una mayor reducción).
- Reducción a la mitad de las tasas de mortalidad materna.
- Reducción a la mitad de la desnutrición moderada y grave de los menores de cinco años.
- Agua potable y servicios de saneamiento para todas las familias.
- Educación básica para todos los niños y terminación de la enseñanza primaria por al menos el 80 %.
- Reducción a la mitad de la tasa de analfabetismo adulto e igualdad de oportunidades educativas para hombres y mujeres.
- Protección de los numerosos millones de niños en circunstancias especialmente difíciles y aceptación y observancia en todos los países de la *Convención sobre los Derechos del Niño*. En particular, los años noventa deberían ser testigo de una rápida aceptación de que los niños merecen una especial protección en tiempos de guerra.

Protección para las niñas y las mujeres

- Acceso de todas las parejas a la educación y los servicios de planificación familiar con el fin de capacitarlas para la prevención de los embarazos no deseados, los nacimientos «demasiado numerosos o demasiado seguidos» y los embarazos de mujeres «demasiado jóvenes o demasiado mayores». Estos servicios deberán adaptarse a las tradiciones culturales, religiosas y sociales de cada país.
- Acceso de todas las mujeres a la atención prenatal, a una atención calificada durante el parto y a servicios especializados para los embarazos de alto riesgo y urgencias obstétricas.
- Reconocimiento universal de las ne-

cesidades especiales en materia de nutrición y salud de las mujeres durante la primera infancia, la adolescencia y los periodos de gestación y lactancia.

Nutrición

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

Salud infantil

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

Educación

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

REFERENCIAS

- 1 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Estado Mundial de la Infancia 1993*, UNICEF, Nueva York, p. 5.
- 2 *Dialogue on Diarrhoea*, N.º 52, marzo-mayo 1993, Appropriate Health Resources and Technologies Action Group (AHRTAG), Londres.
- 3 Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa para el Control de enfermedades diarreicas, *Interim Programme Report 1992*, WHO/CDD/93.40, Ginebra, 1992.
- 4 Datos proporcionados por la OMS, Ginebra, agosto 1993.
- 5 *Ibid.*
- 6 *Ibid.*
- 7 OMS, *Decenio del Abastecimiento de Agua Potable y del Saneamiento: Revista al final del Decenio*, OMS/CWS/92.12, Ginebra, 1992. OMS y UNICEF, *Water Supply and Sanitation Sector Monitoring Report 1993*, WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme, Ginebra y Nueva York, 1993.
- 8 *Ibid.*
- 9 OMS, *Reproductive Health: A Key to a Brighter Future. Biennial Report 1990-1991*, Ginebra, 1992.
- 10 UNICEF, *El Progreso de las Naciones 1993*, UNICEF, Nueva York, 1993, p. 34.
- 11 OMS, Comunicado de prensa N.º 45, OMS, Ginebra, 22 junio 1992.
- 12 Mahalanabis, Dilip, «The Pioneering Years», *Dialogue on Diarrhoea*, N.º 52, marzo-mayo 1993, p. 5.
- 13 United Nations Administrative Committee on Coordination, Subcommittee on Nutrition, *Second Report on the World Nutrition Situation*, Naciones Unidas, Nueva York, 1992, p. 39.
- 14 UNICEF, Nutrition Cluster, «A UNICEF Strategy for the Control of Iodine Deficiency Disorders», UNICEF, Nueva York, Septiembre 1993.
- 15 Levine, Ruth E. et alia, «Breastfeeding Saves Lives: An Estimate of Breastfeeding-related Infant Survival», Center to Prevent Childhood Malnutrition, Maryland, EE.UU., 21 mayo 1990.
- 16 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*, Banco Mundial, Washington, D.C., 1993, p. 93.
- 17 OMS, *Our Planet, Our Health*, OMS, Ginebra, 1992, p. 122.
- 18 Yambi, Olivia, y Mlolwa, Raphael, *Improving Nutrition in Tanzania in the 1980s: The Iringa Experience*, UNICEF, International Child Development Centre, Innocenti Occasional Papers N.º 25, marzo 1992, Florencia.
- 19 OMS, *Maternal Mortality: A Global Factbook*, OMS, Ginebra, 1991. UNICEF, *El Progreso de las Naciones 1993*, op. cit. p. 39.
- 20 UNICEF, «Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño» y «Plan de Acción para la Aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el Decenio de 1990», UNICEF, Nueva York, 1990.
- 21 Datos proporcionados por la OMS, agosto, 1993.
- 22 UNICEF, *El Progreso de las Naciones 1993*, op. cit., p.
- 23 OMS, Programa Ampliado de Inmunización, *Programme Report 1992*, OMS/EPI/GEN/93.1, OMS, Ginebra, enero 1993, p. 6.
- 24 *Ibid.*
- 25 *Ibid.*, p. 30.
- 26 UNICEF, Nutrition Cluster, op. cit.
- 27 UNICEF y OMS, «Progress Report to the Joint Committee on Health Policy», JCHP/93.1, UNICEF-WHO Joint Committee on Health Policy, 29th sesión, Ginebra, febrero 1993.
- 28 OMS y UNICEF, «Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: The Special Role of Maternity Services», declaración conjunta OMS/UNICEF, OMS, Ginebra, 1989.
- 29 Gonzalez, Ricardo B., «A Large-scale Rooming-in Program in a Developing Country: The Dr. José Fabella Memorial Hospital Experience», Manila, diciembre 1988. Disponible en UNICEF, Nutrition Cluster, Nueva York.
- 30 *IRC Newsletter*, N.º 215, marzo 1993, International Water and Sanitation Centre, La Haya, p. 2.
- 31 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*, op. cit., p. 114.
- 32 UNICEF y OMS, «The World Summit for Children: An Overview of Follow-up Action in Health, 1993-1995», JCHP29/93.3, UNICEF-WHO Joint Committee on Health Policy, 29th sesión, Ginebra, febrero 1993.
- 33 «Water with Sugar and Salt», *The Lancet*, 5 agosto 1979, p. 300.
- 34 OMS, Programa Ampliado de Inmunización, op. cit. p. 7.
- 35 OMS, *Maternal Mortality: A Global Factbook*, op. cit.
- 36 «The Reproductive Revolution: New Survey Findings», *Population Reports*, Series M, No. 11, Population Information Program, John Hopkins University, Baltimore, diciembre 1992.
- 37 UNICEF, *El Progreso de las Naciones 1993*, op. cit.
- 38 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), *Informe sobre Desarrollo Humano 1993*, PNUD, Nueva York, 1993.
- 39 PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano 1992*, Nueva York, 1992, p. 45.
- 40 Datos proporcionados por la Oficina de Financiación de Programas, UNICEF, Nueva York.
- 41 UNICEF, *El Progreso de las Naciones 1993*, op. cit., p. 18.
- 42 PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano 1993*, op. cit., panorámica y capítulo 2.
- 43 UNICEF, División de Información, Encuesta de opinión pública realizada en Canadá, la Comunidad Europea y en los Estados Unidos, UNICEF, Nueva York.
- 44 PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano 1993*, op. cit. p. 7.
- 45 United States aid: Nowels, Larry Q., «Foreign Aid: Clinton Administration Budget and Policy Initiative», Congressional Research Service, Washington D.C., 9 octubre 1993.
- 46 Deger, Saadet, *The Economics of Disarmament: Prospects, Problems and Policies for the Disarmament Dividend*, UNICEF, International Child Development Center, Innocenti Occasional Papers, Economic Policy Series, N.º 30, agosto 1992, p. 10, Florencia.
- 46 Naciones Unidas, *Long-range World Population Projections: Two Centuries of Population Growth 1950-2150*, Naciones Unidas, Nueva York, 1992.
- 47 Durning, Alan, «Asking How Much is Enough», en *The State of the World 1991*, Worldwatch Institute,

- Norton/Worldwatch books, Washington, D.C., 1991. (Traducción española: *La Situación en el Mundo 1991*, Apóstrofe, Madrid, 1991.)
- 48 Ross, John A., y otros, *Family Planning and Child Survival Programs as Assessed in 1991*, Population Council, Nueva York, 1992.
- 49 LeVine, Robert A., y otros, «Women's Schooling and Child Care in the Demographic Transition: A Mexican Case Study», *Population and Development Review*, Vol. 17, N.º 3, septiembre 1991.
- 50 Clay, Daniel C., y Vander Haar, Jane E., «Patterns of Intergenerational Support and Childbearing in the Third World», *Population Studies*, Vol. 47, 1993.
- 51 Ibid.
- 52 Naciones Unidas, Departamento Internacional de Asuntos Económicos y Sociales, «Family Building by Fate or Design: A Study of Relationships between Child Survival and Fertility», ST/ESA/SER.R/74, Naciones Unidas, Nueva York, 1987.
- 53 Havanon, Napaporn, Knodel, John y Sittitai, Werasing, «The Impact of Family Size on Wealth Accumulation in Rural Thailand», *Population Studies*, Vol. 46, 1992.
- 54 Leonard, Jeffrey, ed., *Environment and the Poor: Development Strategies for a Common Agenda*, Overseas Development Council, Washington, D.C., 1989. World Commission on Environment and Development (Brundtland Commission), *Our Common Future*, Oxford University Press, 1987. (Traducción española: Comisión Brundtland, *Nuestro Futuro Común*, Alianza Editorial, Madrid, 1988.)
- 55 PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano 1992*, op. cit.
- 56 Brogan, Hugh, *The Pelican History of the United States*, Penguin Books/Viking, 1987.
- 57 Kennedy, Paul, *Preparing for the Twenty-first Century*, Random House, Nueva York, 1993.
- 58 Leonard, Jeffrey, ed., op. cit., p. 25.
- 59 OXFAM, *Africa: Action for Recovery*, Oxford, abril, 1993, p. 32.
- 60 Consejo Mundial de la Alimentación (CMA), «Sustainable Food Security: Action for Environmental Management of Agriculture», CMA/1988/5/Add. 1, CMA, Roma, 1988, p. 5.
- 61 Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), *La Situación de la Alimentación y la Agricultura*, FAO, Roma, informes de 1991 y 1992.
- 62 Overseas Development Council «Growth from Below: A People-oriented Development Strategy», Development Paper 16, ODC, Washington, D.C., diciembre 1973.
- 63 Comisión Brundtland, op. cit., p. 29.
- 64 De Boer, John, «Sustainable Approaches to Hillside Agricultural Development», en Leonard, Jeffrey, ed., op. cit.
- 65 Nota Oficial de Su Excelencia, el Dr. Kofi N. Awoonor, Embajador de Ghana ante las Naciones Unidas, discurso al Grupo de los 77, Naciones Unidas, 1 octubre 1991.
- 66 Secretario General de las Naciones Unidas, *Un Programa para la Paz*, A/47/277-S/24111, Naciones Unidas, Nueva York, 1992.
- 67 Kennedy, Paul, op. cit., p. 11.
- 68 Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), *Estado de la Población Mundial 1993*, FNUAP, Nueva York, 1993.
- 69 Ibid.
- 70 Ehrlich, Paul R., y Ehrlich, Anne H., *The Population Explosion*, Simon and Schuster, Nueva York, 1990, p. 134. (Traducción española: *La explosión demográfica*, Salvat, Barcelona, 1993.)
- 71 Programa 21, informe de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo a la Asamblea General de las Naciones Unidas, número de venta 93.I.11, Naciones Unidas, Nueva York, 1993.
- 72 Comisión Brundtland, op. cit.
- 73 «A Green Wail», *The Economist*, 11 abril 1992.
- 74 Meadows, D.H., Meadows, D.L., y Rendels, J., *Beyond the Limits: Global Collapse or a Sustainable Future*, Earthscan Publications, Londres, 1992, pp. 210-211. (Traducción española: *Más allá de los límites del crecimiento*, EL PAIS-AGUILAR, Madrid, 1992).
- 75 Para un debate sobre algunos de las necesarias inversiones ambientales en áreas agrícolas marginales, véase Leonard, Jeffrey, ed., op. cit., pp. 29-31 y 38-39.
- 76 Eliasson, Jan, «Enlarging the United Nations Humanitarian Mandate», DPL/1320, Naciones Unidas, Nueva York, diciembre 1992.
- 77 Kennedy, Paul, op. cit., pp. 14-15.
- 78 Rotfeld, Adam Daniel, «The Fundamental Changes and the New Security Agenda», en *World Armaments and Disarmament*, anuario del Instituto Internacional de Estocolmo de Investigación para la Paz, Estocolmo, 1992.
- 79 Gore, Al, *Earth in the Balance*, Plume Books, Nueva York, 1993, p. 31.
- 80 Goldmark, Peter C., Jr., Presidente, Fundación Rockefeller, discurso pronunciado ante el Overseas Development Council, Washington, D.C., junio 1991.
- 81 Gore, Al, o. cit., pp. 297-307.
- 82 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*, op. cit., El informe de este año, subtítulo «Invertir en Salud», examina la interacción entre la salud humana, las políticas de salud y el desarrollo económico.
- 83 Ibid., p. 2.
- 84 Ross, John A., y otros, op. cit. Rashad, Hoda, El Bahy, Mohamed, y Attia, Shadia, «Linking Fertility Change to Community-level Changes in Mortality: The Egyptian Case», estudio realizado para UNICEF por el Population Council, West Asia and North Africa Office, 1992.
- 85 Akhter, Halida H., y Saifuddin, Ahmed, «Determinants of Contraceptive Continuation in Rural Bangladesh», *Journal of Biosocial Science*, Vol. 24, N.º 2, 1992.
- 86 Ross, John A., y otros, op. cit.
- 87 Naciones Unidas, Departamento Internacional de Asuntos Económicos y Sociales, «Family Building by Fate or Design: A Study of Relationships between Child Survival and Fertility», op. cit.
- 88 Ibid.
- 89 UNICEF, *El Progreso de las Naciones 1993*, op. cit., p. 35.
- 90 Carnoy, Martin, *The Case for Investing in Basic Education*, UNICEF, Nueva York, 1992, p. 26.
- 91 PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano 1992*, op. cit., recuadro 4.6, p. 69.
- 92 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1992*, Banco Mundial, 1992.
- 93 LeVine, Robert A., y otros, «Women's Schooling and Child Care in the

- Demographic Transition: A Mexican Case Study», *Population and Development Review*, Vol. 17, N.º 3, septiembre 1991.
- Pillai, Vijayan K., «Men and Family Planning in Zambia», *Journal of Biosocial Science*, Vol. 25, enero 1993.
- 94 Catley-Carlson, Margaret, President, Population Council, «Explosions, Eclipses and Escapes: Charting a Course on Global Population Issues», Conferencia Paul Hoffman de 1993 para el PNUD, Nueva York, 7 junio 1993.
- 95 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1992*, op. cit., p. 29.
- 96 Catley-Carlson, Margaret, op. cit.
- 97 Datos de la UNESCO publicados en UNICEF, *El Progreso de las Naciones 1993*, op. cit., p. 27.
- 98 Ibid., p. 28.
- 99 Anderson, Mary B., *Education for All: What are we Waiting For?*, UNICEF, Nueva York, 1992.
Véase también Lovell, Cathrine H., *Breaking the Cycle of Poverty: The BRAC Strategy*, Kumarian Press, Dhaka, 1992.
- 100 Rowley, John, y Mahler, Halfdan, «Family Planning Can Contribute to Health for all», en Rohde, Jon, Chatterjee, Meera, y Morley, David, eds., *Reaching Health for All*, Oxford University Press, 1992, p. 272.
- 101 La Encuesta Mundial de Fecundidad, realizada entre 1972 y 1984, fue el primer programa mundial en recopilar estadísticas nacionales comparables sobre fecundidad y planificación familiar. Para más información, véase Cleland, John, y otros, eds., *The World Fertility Survey: An Assessment*, Oxford University Press, 1987.
- 102 Las Encuestas Demográficas y de Salud, iniciadas en 1985, continúan la labor de la Encuesta Mundial de Fecundidad. Entre 1985 y 1992 más de 250.000 mujeres fueron entrevistadas en 36 países, con cuestionarios de un promedio de 250 preguntas. Para más información véase la serie *DHS Comparative Studies*, Institute for Resource Development/Macro International, Columbia, Maryland.
- 103 «The Reproductive Revolution: New Survey Findings», op. cit.
- 104 Westoff, Charles F., «Reproductive Preferences: A Comparative View», *DHS Comparative Studies*, N.º 3, 1991.
- 105 Koenig, Michael A., y otros, «Contraceptive Use in Matlab, Bangladesh in 1990: Levels, Trends and Explanations», *Studies in Family Planning*, Vol. 23, N.º 6, noviembre-diciembre 1992.
- 106 Naciones Unidas, *Long-range World Population Projections: Two Centuries of Population Growth 1950-2150*, op. cit., p. 26.
- 107 «The Reproductive Revolution: New Survey Findings», op. cit.
- 108 FNUAP, Global Population Assistance Report 1982-1990, FNNAP, Nueva York, 1992.
- 109 Rowen, Hobart, \$100 Million More for Family Planning», *The Washington Post*, 24 junio 1993.
- 110 Potts, Malcolm, y Thapa, Shyam, *Child Survival: The Role of Family Planning*, Family Health International, North Carolina, septiembre 1991.
Véase también «Risk Factors: Whether the Pregnancy is Wanted and Mother's Age», *Safe Motherhood*, N.º 7, WHO, Division of Family Health, noviembre 1991-febrero 1992.
- 111 Knodel, John, *Fertility Decline and Children's Education in Thailand: Some Macro and Micro Effects*, Working Paper N.º 40, Population Council, Nueva York, 1992.
- 112 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993*, op. cit.
- 113 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1992*, op. cit.
- 114 OXFAM, op. cit.
- 115 PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano 1992*, op. cit., recuadro 3. 1, p. 40.
- 116 Summers, Lawrence H., Gobierno de los Estados Unidos, nota oficial a los miembros del African Development Bank, Abidjan, mayo 1993.
- 117 OXFAM, op. cit., pp. 31-32.
- 118 Comisión Brundtland, op. cit.
- 119 Naciones Unidas, *Long-range World Population Projections: Two Centuries of Population Growth 1950-2150*, op. cit.
- 120 UNICEF, *El Progreso de las Naciones 1993*, op. cit., p. 35.
- 121 Véase, por ejemplo, *Africa's Children, Africa's Future; Human Investment Priorities for the 1990s*, Organización para la Unidad Africana, Addis Abeba, y UNICEF, Nueva York, 1992.
Véase también UNICEF, «Debt Relief for Africa: A call for Urgent Action on Human Development», UNICEF, Nueva York, mayo 1993.
- 122 *African Social and Economic Trends 1992*, Global Coalition for Africa, Washington, D.C., 1992.
- 123 FAO, *Situación de la Alimentación y la Agricultura 1992*, FAO, Roma, 1992.
- 124 *Africa's Children Africa's Future: Human Investment Priorities for the 1990s*, op. cit., p. 7.
- 125 PNUD, *Informe sobre Desarrollo Humano 1992*, op. cit., p. 47.
- 126 Naciones Unidas, «African Debt Crisis: A Continuing Impediment to Development», Naciones Unidas, Nueva York, 1993.
- 127 OXFAM, op. cit.
- 128 Secretario General de las Naciones Unidas, «New Concepts of Development Action in Africa», SG/SM/4887, declaración de las Naciones Unidas, Ginebra, diciembre 1992.
- 129 El «Consenso de Dakar», ha proporcionado un marco para el desarrollo social africano de acuerdo con los objetivos de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. El consenso fue adoptado por los representantes de casi todos los países africanos, quince gobiernos donantes, cinco agencias de desarrollo internacionales y bancos de desarrollo y organizaciones no gubernamentales, participantes en la Conferencia Internacional sobre la Asistencia a los Niños Africanos, convocada por la Organización para la Unidad Africana, Dakar, 25-27 noviembre 1992.
- 130 Secretario General de las Naciones Unidas, «Overcoming the Crisis in Development Cooperation», SG/SM/4872, nota oficial a la Conferencia sobre la Cooperación para el Desarrollo Mundial, Carter Center, Atlanta, 4 diciembre 1992.
- 131 Deger, Saadet, *The Economics of Disarmament: Prospects, Problems and Policies for the Disarmament Dividend*, op. cit.
- 132 El consenso de Dakar op. cit.
- 133 Citado en «Aid for Africa», *The Economist*, 14 mayo 1993.
- 134 Summers, Lawrence H., op. cit.
- 135 OXFAM, op. cit.
- 136 Gore, Al, op. cit., pp. 297-307.
- 137 Sen, Amartya, *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*, Clarendon Press, Oxford, 1981.

Tablas estadísticas



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

Notas a los datos	<i>página 64</i>	Agrupaciones de países	<i>página 86</i>
Signos y anotaciones	<i>página 64</i>	Definiciones	<i>página 88</i>
Índice de países	<i>página 65</i>	Fuentes principales	<i>página 89</i>

Tablas

1 Indicadores básicos	<i>página 66</i>	6 Indicadores económicos	<i>página 76</i>
2 Nutrición	<i>página 68</i>	7 Situación de la mujer	<i>página 78</i>
3 Salud	<i>página 70</i>	8 Países menos poblados	<i>página 80</i>
4 Educación	<i>página 72</i>	9 Ritmo de progreso	<i>página 82</i>
5 Indicadores demográficos	<i>página 74</i>	10 Resúmenes regionales	<i>página 84</i>

NOTAS A LOS DATOS

Los datos presentados en las tablas están acompañados de las correspondientes definiciones, fuentes y signos. Dada la heterogeneidad y número de fuentes utilizadas —de las cuales aparecen citadas las doce principales—, las tablas presentan inevitablemente una amplia gama de fiabilidad. Siempre que ha sido posible, se han utilizado datos oficiales nacionales recibidos por agencias de las Naciones Unidas. En los numerosos casos en que no se disponía de fuentes oficiales fiables se ha recurrido a estimaciones efectuadas por diversas agencias especializadas de las Naciones Unidas. Cuando no se ha dispuesto de tales estimaciones normalizadas, se han utilizado estimaciones, especialmente de las oficinas de área del UNICEF. Siempre que ha sido posible se han utilizado datos totales o representativos.

Los datos relativos a la tasa de mortalidad infantil, esperanza de vida, tasa bruta de natalidad, tasa bruta de mortalidad, etc., proceden de las estimaciones y proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas. Estas y otras estimaciones internaciona-

les se revisan periódicamente, lo que explica las posibles diferencias con los datos de anteriores publicaciones del UNICEF. Las estimaciones de las tasas de mortalidad de los menores de cinco años (TMM5) se han revisado en base a nuevos datos y a métodos aplicados por primera vez a un pequeño grupo de países en el último informe.

La reciente creación de nuevos países independientes ha incrementado el número de países con más de un millón de habitantes hasta un total de 145, en lugar de los 129 incluidos en el informe anterior. Con el fin de incorporar estos nuevos países a las tablas estadísticas, y facilitar al mismo tiempo su lectura, los resúmenes regionales se han trasladado a una nueva tabla (tabla 10).

Este año se han introducido cambios en dos indicadores. Uno es la modificación del «periodo de lactancia» de 12-15 meses a 20-23 meses. La segunda inclusión es la prevalencia de bocio entre los escolares. Este indicador ha sido seleccionado por UNICEF y la OMS para vigilar la reducción de la deficiencia de yodo, una de las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia.

SIGNOS Y ANOTACIONES

Habida cuenta de que el objetivo de la sección de Estadística es proporcionar una panorámica general sobre la situación de la infancia y las mujeres a escala mundial, se considera que las referencias estadísticas detalladas son más apropiadas para otro tipo de fuentes. Sólo se utilizan dos signos en las tablas.

- .. Datos no disponibles
- x Datos referidos a otros años o periodos distintos a los especificados en la columna, a definiciones diferentes a la norma, o sólo a una parte del país.

Los datos relativos a las TMM5 de los países proceden de la División de Población de las Naciones Unidas. En ciertos casos estas estimaciones pueden diferir de las estadísticas nacionales más recientes. En general, los datos aparecidos aproximadamente en el último año no están incluidos en estas estimaciones.

ÍNDICE DE PAÍSES

En las tablas siguientes, los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1992. En la lista alfabética adjunta se indica el número de referencia de acuerdo con la clasificación establecida.

Afganistán	4	Estonia	98	Nueva Zelanda	125
Albania	84	Etiopía	15	Omán	91
Alemania	135	Filipinas	68	Países Bajos	139
Angola	2	Finlandia	143	Pakistán	36
Arabia Saudita	40	Francia	131	Panamá	108
Argelia	60	Gabón	30	Papúa Nueva Guinea	56
Argentina	97	Georgia	93	Paraguay	86
Armenia	85	Ghana	27	Perú	64
Australia	133	Grecia	128	Polonia	114
Austria	130	Guatemala	57	Portugal	119
Azerbaiyán	74	Guinea	7	Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	132
Bangladesh	40	Guinea-Bissau	6	República Centroafricana	24
Bélgica	123	Haití	38	Rep. Checa	120
Benin	33	Honduras	71	Rep. Dominicana	75
Bielorrusia	101	Hong Kong*	141	Rumanía	94
Bhután	18	Hungría	115	Rusia, Fed. de	90
Bolivia	43	India	42	Rwanda	9
Botswana	70	Indonesia	46	Senegal	34
Brasil	63	Irán, Rep. Islámica de	72	Sierra Leona	5
Bulgaria	109	Iraq	53	Sierra Leona	5
Burkina Faso	32	Irlanda	145	Singapur	142
Burundi	23	Israel	122	Siria, Rep. Árabe	81
Cambodia	22	Italia	126	Somalia	12
Camerún, Rep. Unida del	44	Jamaica	117	Sri Lanka	110
Canadá	136	Japón	144	Sudáfrica	61
Colombia	106	Jordania	92	Sudán	29
Congo	47	Kazajistán	76	Suecia	140
Corea, Rep. de	129	Kenya	59	Suiza	134
Corea, Rep. Pop. Dem. de	87	Kirguistán	67	Tailandia	89
Costa Rica	116	Kuwait	113	Tanzania, Rep. Unida de	26
Côte d'Ivoire	41	Lao, Rep. Dem. Popular	35	Tayikistán	52
Cuba	121	Lesotho	31	Togo	37
Chad	13	Letonia	95	Trinidad y Tabago	102
Chile	112	Libano	78	Túnez	82
China	79	Liberia	11	Turkmenistán	49
Dinamarca	137	Libia, Jamahiriya Árabe	48	Turquía	50
Ecuador	69	Lituania	107	Ucrania	96
Egipto	73	Madagascar	28	Uganda	21
El Salvador	65	Malasia	111	Uruguay	104
Emiratos Árabes Unidos	103	Malawi	8	Uzbekistán	62
Eritrea	14	Mali	10	Venezuela	100
Eslovaquia	118	Marruecos	66	Viet Nam	77
España	127	Mauricio	99	Yemen, Rep. de	25
Estados Unidos de América	124	Mauritania	16	Yugoslavia (anterior)	105
		México	88	Zaire	20
		Moldova, Rep. de	83	Zambia	17
		Mongolia	54	Zimbabue	51
		Mozambique	3		
		Myanmar	45		
		Namibia	55		
		Nepal	39		
		Nicaragua	58		
		Niger	1		
		Nigeria	19		
		Noruega	138		
				* Colonia	

Tabla 1: Indicadores Básicos

	Tasa de mortalidad menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (millones) 1992	Nacimientos anuales (miles) 1992	Muertes anuales (0-5 años) (miles) 1992	PIB per capita (dólares) 1991	Esperanza de vida al nacer (años) 1992	Tasa de alfabetización de adultos 1990	Tasa bruta de escolarización primaria 1986-1991	Distribución familiar del ingreso 1980-1991	
	1990	1992	1990	1992								40 % más bajos	20 % más altos
1 Níger	320	320	191	191	8,3	428	137	300	46	28	29	..	..
2 Angola	345	292	208	170	9,9	514	150	610x	46	42	95	..	..
3 Mozambique	331	287	190	167	14,9	683	196	80	47	33	58	..	..
4 Afganistán	360	257	215	165	19,1	1031	265	280x	43	29	24	..	..
5 Sierra Leona	385	249	219	144	4,4	213	53	210	43	21	48	..	..
6 Guinea-Bissau	336	239	200	141	1,0	43	10	180	43	37	59	..	..
7 Guinea	337	230	203	135	6,1	313	72	480	44	24	37	..	..
8 Malawi	365	226	206	143	10,4	567	128	230	44	..	71	..	..
9 Rwanda	191	222	115	131	7,5	396	88	270	46	50	69	23	39
10 Mali	400	220	233	122	9,8	504	111	280	46	32	24	..	..
11 Liberia	288	217	192	145	2,8	132	29	450x	55	40	40x	..	..
12 Somalia	294	211	175	125	9,2	469	99	150x	47	24	15x	..	..
13 Chad	325	209	195	123	5,8	258	54	210	47	30	57	..	..
14 Eritrea	294	208	175	123	3,3	140	29	120	47	..	..	..	..
15 Etiopía	294	208	175	123	53,0	2627	547	120	47	24x	38	21	41
16 Mauritania	321	206	191	118	2,1	100	21	510	48	34	51	40	..
17 Zambia	220	202	135	113	8,6	403	81	420x	45	73	93	11x	61x
18 Bhután	324	201	203	131	1,6	65	13	180	48	38	26	..	..
19 Nigeria	204	191	122	114	115,7	5259	1004	340	52	51	72	..	..
20 Zaire	286	188	167	121	39,9	1912	359	230x	52	72	78	..	..
21 Uganda	218	185	129	111	18,7	960	178	170	42	48	76	21	42
22 Camboya	217	184	146	117	8,8	349	64	200x	51	35	..	..	..
23 Burundi	255	179	151	108	5,8	271	48	210	48	50	72	..	..
24 Rep. Centroafricana	294	179	174	105	3,2	142	25	390	47	38	67	..	..
25 Yemen	378	177	214	107	12,5	611	108	520	52	39	78	..	..
26 Tanzania	249	176	147	111	27,8	1351	238	100	51	..	63	8	63
27 Ghana	215	170	128	103	16,0	671	114	400	56	60	75	18	44
28 Madagascar	364	168	219	110	12,8	589	99	210	55	80	92	..	..
29 Sudán	292	166	170	100	26,7	1128	187	420x	52	27	49	..	..
30 Gabón	287	158	171	95	1,2	53	8	3780	53	61	..	..	..
31 Lesotho	204	156	138	108	1,8	64	10	580	60	..	107	11	61
32 Burkina Faso	318	150	183	101	9,5	449	67	290	48	18	36	..	..
33 Benin	310	147	184	88	4,9	243	36	380	46	23	61	..	..
34 Senegal	303	145	174	90	7,7	334	48	720	49	38	58	..	..
35 Lao Rep. Dem. Pop.	233	145	155	98	4,5	205	30	220	51	84x	104	..	..
36 Pakistán	221	137	137	95	124,8	5117	701	400	59	35	37	21	40
37 Togo	264	137	155	86	3,8	169	23	410	55	43	103	..	..
38 Haití	270	133	182	87	6,8	240	32	370	56	53	84	6x	48x
39 Nepal	279	128	186	90	20,6	778	100	180	53	26	86	22	40
40 Bangladesh	247	127	151	97	119,3	4623	587	220	53	35	73	23	39
41 Côte d'Ivoire	300	124	165	91	12,9	650	81	690	52	54	75x	19	42
42 India	236	124	144	83	879,5	25900	3212	330	60	48	97	21	41
43 Bolivia	252	118	152	80	7,5	261	31	650	61	78	82	12x	58x
44 Camerún	264	117	156	74	12,2	499	58	850	56	54	101	..	..
45 Myanmar	237	113	158	83	43,7	1431	162	220x	57	81	127	..	..
46 Indonesia	216	111	127	71	191,2	5146	571	610	62	82	117	21	42
47 Congo	220	110	143	82	2,4	107	12	1120	52	57	..	..	..
48 Libia	269	104	160	70	4,9	206	21	5310x	63	64	..	..	..
49 Turkmenistán	..	91	..	72	3,9	140	13	1700	66	..	..	23	..
50 Turquía	217	87	161	70	58,4	1653	144	1780	67	81	110	11x	55x
51 Zimbabue	181	86	109	60	10,6	434	37	650	56	67	117	..	..
52 Tayikistán	..	85	..	65	5,7	229	19	1050	69	..	..	23	..
53 Iraq	171	80	117	64	19,3	753	60	1500x	66	60	96	..	..
54 Mongolia	185	80	128	61	2,3	79	6	780x	63	..	98	..	..
55 Namibia	206	79	129	62	1,5	66	5	1460	58	..	94	..	..
56 Papúa Nueva Guinea	248	77	165	54	4,1	136	11	830	56	52	71	..	..
57 Guatemala	205	76	137	55	9,7	380	29	930	64	55	77	8	63
58 Nicaragua	209	76	140	54	4,0	163	12	460	66	..	98	12x	58x
59 Kenia	202	74	120	51	25,2	1111	82	340	59	69	94	9	61
60 Argelia	243	72	148	60	26,3	901	65	1980	66	57	95	..	..
61 Sudáfrica	126	70	89	53	39,8	1253	89	2560	63	76x	..	..	..
62 Uzbekistán	..	68	..	56	21,5	736	50	1350	69	..	..	22	..
63 Brasil	161	65	118	54	154,1	3626	236	2940	66	81	108x	7	68
64 Perú	236	65	143	46	22,5	658	43	1070	64	85	126	14	51
65 El Salvador	210	63	130	47	5,4	182	11	1080	66	73	78	8x	66x
66 Marruecos	215	61	133	50	26,3	854	52	1030	63	50	68	17	46
67 Kirguistán	..	60	..	49	4,5	135	8	1550	66	..	..	21	..
68 Filipinas	102	60	73	46	65,2	1992	120	730	65	90	111	17	48
69 Ecuador	180	59	115	47	11,1	332	20	1000	66	86	118	..	..
70 Botsuana	170	58	117	45	1,3	51	3	2530	61	74	110	6	66
71 Honduras	203	58	137	45	5,5	205	12	580	66	73	108	9	64
72 Irán	233	58	145	44	61,6	2473	143	2170	67	54	112	..	..
73 Egipto	258	55	169	43	54,8	1732	95	610	61	48	98	21x	41x
74 Azerbaiyán	..	53	..	37	7,3	189	10	1670	71	..	..	..	..
75 Rep. Dominicana	152	50	104	42	7,5	214	11	940	67	83	95	12	56

	Tasa de mortalidad menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (millones) 1992	Nacimientos anuales (millones) 1992	Muertes anuales (0-5 años) (millones) 1992	PIB per cápita (dólares) 1991	Esperanza de vida al nacer (años) 1992	Tasa de alfabetización de adultos 1990	Tasa bruta de escolarización primaria 1995-1991	Distribución familiar del ingreso 1990-1991	
	1960	1990	1960	1992								40 % más bajos	20 % más altos
76 Kazajstán	..	50	..	43	17,0	351	18	2470	69	..	..	..	..
77 Viet Nam	219	49	147	37	69,5	2039	100	240x	64	88	102x	..	..
78 Líbano	91	44	68	35	2,8	78	3	2150x	68	80	100x	..	..
79 China	209	43	140	35	1188,0	25057	1077	370	71	73	135	17	42
80 Arabia Saudí	292	40	170	35	15,9	574	23	7820	69	62	78	..	..
81 Siria	201	40	136	34	13,3	569	23	1160	67	65	109	..	..
82 Túnez	244	38	163	32	8,4	230	9	1500	68	65	116	16	46
83 Moldova, Rep. de	..	36	..	31	4,4	69	2	2170	68	..	..	23	..
84 Albania	151	34	112	28	3,3	76	3	790x	73	..	98	..	..
85 Armenia	..	34	..	29	3,5	79	3	2150	72	..	..	22	..
86 Paraguay	90	34	66	28	4,5	151	5	1270	67	90	107	..	..
87 Corea, Rep. Pop. Dem.	120	33	85	25	22,6	563	18	970	71	..	106	..	..
88 México	141	33	98	28	88,2	2491	82	3030	70	88	112	12	56
89 Tailandia	146	33	101	27	56,1	1176	39	1570	69	93	85	16	51
90 Rusia, Fed. de	..	32	..	28	148,3	1809	58	3220	69	..	..	..	..
91 Omán	300	31	180	24	1,6	67	2	6120	69	..	103	..	..
92 Jordania	149	30	103	25	4,3	171	5	1050	68	80	104x	..	..
93 Georgia	..	29	..	25	5,5	84	2	1840	73	..	..	21	..
94 Rumania	82	28	89	23	23,3	363	10	1390	70	..	91	..	..
95 Letonia	..	26	..	22	2,7	37	1	3410	71	..	..	..	..
96 Ucrania	..	25	..	21	51,9	633	16	2340	70	..	..	21	..
97 Argentina	68	24	57	22	33,1	673	16	2790	71	95	111	14x	51x
98 Estonia	..	24	..	20	1,6	22	1	3830	71	100x	..	20	..
99 Mauricio	84	24	62	20	1,1	20	0	2410	70	..	106	12x	46x
100 Venezuela	70	24	53	20	20,2	531	13	2730x	70	88	92	14	50
101 Bielorrusia	..	23	..	20	10,3	136	3	3110	71	..	..	22	..
102 Trinidad y Tabago	73	22	61	19	1,3	30	1	3670	71	95x	95	13x	50x
103 Emiratos Árabes Unidos	240	22	160	18	1,7	35	1	19680x	71	..	116	..	..
104 Uruguay	47	22	41	20	3,1	54	1	2940	72	96	100	18x	44x
105 Yugoslavia (anterior)	113	22	92	19	23,9	338	7	3060x	72	93	95	16	44
106 Colombia	132	20	82	17	33,4	809	16	1260	69	87	110	13	53
107 Lituania	..	20	..	17	3,8	56	1	2710	73	98x	..	..	..
108 Panamá	104	20	67	18	2,5	63	1	2130	73	88	107	8	60
109 Bulgaria	70	20	49	16	9,0	111	2	1840	72	..	96	..	..
110 Sri Lanka	130	19	90	15	17,7	371	7	500	71	88	107	13	56
111 Malasia	105	19	73	14	18,8	545	10	2520	71	78	93	13	54
112 Chile	138	18	107	15	13,6	309	6	2160	72	93	98	11	63
113 Kuwait	128	17	89	14	2,0	54	1	16150x	75	73	100	..	..
114 Polonia	70	16	62	14	38,4	550	9	1790	72	..	98	23	36
115 Hungría	57	16	51	15	10,5	127	2	2720	70	99x	94	26	34
116 Costa Rica	112	16	80	14	3,2	85	1	1850	76	93	102	13	51
117 Jamaica	76	14	58	12	2,5	55	1	1380	73	98	105	16	48
118 Eslovaquia	..	14	..	12	5,4	79	1	..	72	..	..	..	..
119 Portugal	112	13	81	11	9,9	114	2	5930	75	85	119	..	..
120 Rep. Checa	..	12	..	11	10,4	135	2	..	72	..	..	..	..
121 Cuba	50	11	39	10	10,8	190	2	1170x	76	94	103	..	..
122 Israel	39	11	32	9	5,1	110	1	11950	76	92x	93	18	40
123 Bélgica	35	11	31	9	10,0	122	1	18950	76	..	102	22	36
124 EE.UU.	30	10	26	9	255,2	4078	42	22240	76	..	105	16	42
125 Nueva Zelanda	26	10	22	8	3,5	60	1	12350	76	..	106	16	45
126 Italia	50	10	44	8	57,8	578	6	18520	77	97	97	19	41
127 España	57	9	48	8	39,1	422	4	12450	77	95	109	19	40
128 Grecia	64	9	53	8	10,2	106	1	6340	77	93	100	..	..
129 Corea, Rep. de	124	9	88	8	44,2	723	7	6330	71	96	107	20x	42x
130 Austria	43	9	37	7	7,8	91	1	20140	76	..	103	..	..
131 Francia	34	8	29	7	57,2	773	7	20380	77	..	111	18	41
132 Reino Unido	27	9	23	7	57,7	801	7	16550	76	..	107	17	40
133 Australia	24	9	20	7	17,6	265	2	17050	77	..	105	16	42
134 Suiza	27	9	22	7	6,8	86	1	33610	78	..	..	17	45
135 Alemania	40	8	34	7	80,3	912	8	23650	76	..	105	20	39
136 Canadá	33	8	28	7	27,4	391	3	20440	77	..	105	18	40
137 Dinamarca	25	8	22	7	5,2	64	1	23700	76	..	98	17	39
138 Noruega	23	8	19	6	4,3	63	0	24220	77	..	99	19	37
139 Países Bajos	22	7	18	6	15,2	207	2	18780	77	..	117	20	38
140 Suecia	20	7	16	6	8,7	120	1	25150	78	..	107	21	37
141 Hong Kong	52	7	38	6	5,8	75	1	13430	78	..	105	16	47
142 Singapur	40	7	31	6	2,8	44	0	14210	74	83x	110	15	49
143 Finlandia	28	7	22	6	5,0	64	0	23980	76	..	99	18	38
144 Japón	40	6	31	4	124,5	1390	8	26930	79	..	101	22	38
145 Irlanda	36	6	31	5	3,5	50	0	11120	75	..	100	..	..

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años, columna en negritas.

Tabla 2: Nutrición

	Recién nacidos con bajo peso % 1990	% niños lactantes (1995-92)			Población infantil (%) 1980-1992				Consumo diario calorías per cápita en % nivel requerido 1988-96	% Ingreso familiar (1990-95) (gastado en:)		
		lactancia exclusiva 0-3 meses	lactancia con alimentos complement. 3-9 meses	lactancia 20-23 meses	Insuficiencia ponderal (0-4 años)		Emaciación (12-23 meses) moderada-grave	Corteidad de talla (24-59 meses) moderada-grave		Población con bocio (8-11 años) % 1980-92	Total alimentos	cereales
					moderada-grave	grave						
1 Niger	15	..	..	..	49	..	23x	38x	9	95	..	..
2 Angola	19	3	83	53	..	..	..	..	7	80	..	..
3 Mozambique	20	..	..	..	..	..	..	..	20	77	..	..
4 Afganistán	20	..	..	..	..	..	..	..	20	72	..	..
5 Sierra Leona	17	..	94	41	29	..	18	39	7	83	56	22
6 Guinea-Bissau	20	..	..	..	23x	..	..	..	19	97	..	..
7 Guinea	21	..	..	..	..	..	..	..	19	97	..	..
8 Malawi	20	3	89	..	27	8	11	62	13	88	30	9
9 Rwanda	17	90	75	..	29x	6x	9x	58x	49	82	29	10
10 Mali	17	8	45	44	31x	9x	16	34x	29	96	57	22
11 Liberia	..	15	56	26	20x	..	..	..	6	98	..	..
12 Somalia	16	..	..	..	..	..	..	..	7	81	..	..
13 Chad	..	..	..	..	..	..	..	..	15	73	..	..
14 Eritrea	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
15 Etiopia	16	74	..	35	48x	16x	12x	63x	22	73	49	24
16 Mauritania	11	12	39	..	48	..	18	65	..	106	..	..
17 Zambia	13	13	88	34	25	6	10	47	51x	87	36	8
18 Bhután	..	..	..	..	38	..	4x	56x	25	128	..	..
19 Nigeria	16	2	52	43	36	12	16	54	10	93	48	18
20 Zaire	15	..	..	..	..	..	..	..	9	96	..	..
21 Uganda	..	70	67	39	23x	5x	4x	51x	7	93	..	..
22 Camboya	..	..	..	..	..	..	..	..	15	96	..	..
23 Burundi	..	89	66	73	38x	10x	10	60x	42	84	..	..
24 Rep. Centroafricana	15	..	..	..	..	..	..	..	63	82	..	..
25 Yemen	19	15	51	..	30	4	17	49	32	..	..	..
26 Tanzania	14	32	59	57	29	7	10	58	37	95	64	32
27 Ghana	17	2	57	52	27	6	15	39	10	93	50	..
28 Madagascar	10	..	..	..	33x	8x	17	56x	24	95	59	26
29 Sudán	15	14	45	44	35x	7x	13x	32x	20	87	60	..
30 Gabón	..	..	..	..	..	..	..	..	5	104	..	..
31 Lesotho	11	..	..	..	16	2	7	23	16	93	..	..
32 Burkina Faso	21x	3	35	..	..	..	..	..	16	94	..	..
33 Benin	..	..	..	..	..	..	..	..	24	104	37	12
34 Senegal	11	7	68	37	22	2	8	30	12	98	49	15
35 Lao Rep. Dem. Pop.	18	..	..	..	37	..	20	44	25	111	..	..
36 Pakistán	25	25	29	52	40	14	11	60	32	99	37	12
37 Togo	20	10	86	68	24x	6x	10	37x	22	99	..	..
38 Haití	15	..	..	..	37x	3x	17x	51x	4x	89	..	..
39 Nepal	..	..	..	..	..	..	..	..	44	100	57	38
40 Bangladesh	50	..	..	..	66	27	28	65	11	88	59	36
41 Côte d'Ivoire	14x	..	..	..	12	2	17	20	6	111	39	13
42 India	33	..	..	..	63x	27x	..	65x	9	101	52	18
43 Bolivia	12	59	57	30	13x	3x	2	51x	21	84	33	..
44 Camerún	13	7	77	35	14	3	7	32	26	95	24	7
45 Myanmar	16	..	..	..	32x	9x	..	..	18	114	..	..
46 Indonesia	14	53	76	62	40	..	..	..	28	121	48	21
47 Congo	16	43	..	27	24	..	13	33	8	103	37	16
48 Libia	..	..	..	..	..	..	..	..	6	140	..	..
49 Turkmenistán	..	..	..	..	..	..	..	..	20	..	..	..
50 Turquía	8	..	..	..	..	..	..	..	36	127	40	9
51 Zimbabwe	14	11	94	26	12	2	2	31	42	94	40	9
52 Tayikistán	..	..	..	..	..	..	..	..	20	..	..	..
53 Iraq	15	..	..	..	12	2	..	..	7	128	..	..
54 Mongolia	10	..	..	..	12x	..	2x	29x	7	97	..	..
55 Namibia	12	22	65	23	26	6	13	29	35	..	..	..
56 Papúa Nueva Guinea	23	..	..	..	35	..	..	..	30	114	..	..
57 Guatemala	14	..	..	44	34x	8x	3	68x	20	103	36	10
58 Nicaragua	15	..	..	..	11	1	0	22	4	99	..	..
59 Kenya	16	24	87	46	14x	3x	5x	32x	7	89	38	16
60 Argelia	9	..	..	..	9	..	7	18	9	123	..	..
61 Sudáfrica	..	..	..	..	..	..	..	..	2	128	34	..
62 Uzbekistán	..	..	..	..	..	..	..	..	18	..	..	..
63 Brasil	11	4	27	13	7	1	3	16	14x	114	35	9
64 Perú	11	40	62	36	11	2	3	46	36	87	35	8
65 El Salvador	11	..	..	..	15	..	3	36	25	102	33	12
66 Marruecos	9	48	48	18	16x	4x	6	34x	20	125	38	12
67 Kirguistán	..	..	..	..	..	..	..	..	20	..	..	..
68 Filipinas	15	..	..	..	34	5	14	45	15	104	51	21
69 Ecuador	11	31	31	23	17	0	4	39	10	105	30	..
70 Botswana	8	41	82	23	15x	..	..	..	8	97	25	12
71 Honduras	9	..	..	..	21	4	2x	34x	9	98	39	..
72 Irán	9	..	..	..	..	..	..	..	30	125	37	10
73 Egipto	10	38	52	..	10	3	4	32	5	132	49	10
74 Azerbaiyán	..	..	..	..	..	..	..	..	20	..	..	..
75 Rep. Dominicana	16	10	23	7	10	2	1	22	..	102	46	13

	Redes nacidos con bajo peso % 1990	% niños lactantes (1986-92)			Foliación infantil (%) 1980-1992			Certeza de talla (24-59 meses) moderada-grave	Foliación con bajo peso (6-11 años) % 1989-92	Consumo diario calorías per cápita en % nivel requerido 1988-90	% Ingreso familiar (1980-85) gastado en:	
		lactancia exclusiva 0-3 meses	lactancia con alimentos complement. 6-9 meses	lactancia 20-23 meses	Insuficiencia ponderal (0-4 años)		Emaciación (12-23 meses) moderada-grave				Total alimentos	carneles
					moderada-grave	grave						
76 Kazajstán	..	..	..	..	..	..	..	20	..	..	..
77 Viet Nam	17	..	..	..	42	14	12x	49x	20	103	..
78 Líbano	10	..	..	..	..	..	..	..	15	127	..
79 China	9	..	..	..	21x	3x	8x	41x	9	112	61
80 Arabia Saudí	7	..	..	..	..	..	..	..	..	121	..
81 Siria	11	..	..	..	..	..	..	..	73	126	..
82 Túnez	8	21	53	25	10x	2x	4	23x	4	131	37	
83 Moldova, Rep. de	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
84 Albania	7	..	..	..	..	..	..	..	41	107	..
85 Armenia	..	..	..	..	..	..	..	..	10	..	..
86 Paraguay	8	7	61	8	4	1	0	17	49	116	30	
87 Corea, Rep. Pop. Dem.	..	..	..	..	..	..	..	..	..	121	..
88 México	12	37	36	21	14	..	6x	22x	15	131	35	
89 Tailandia	13	4	69	34	26x	4x	10	28x	12	103	30	
90 Rusia, Fed. de	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
91 Omán	10	..	..	..	23	5	11	22	..	..	..
92 Jordania	7	32	48	13	6	1	3	21	..	110	35	
93 Georgia	..	..	..	..	..	..	..	..	20	..	..
94 Rumania	7	..	..	..	..	..	..	..	10	116	..
95 Letonia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96 Ucrania	..	..	..	..	..	..	..	..	10	..	..
97 Argentina	8	..	..	..	..	..	..	..	8	131	35
98 Estonia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99 Mauricio	9	..	..	..	24	..	16x	22x	..	128	24
100 Venezuela	9	..	..	..	6	..	4	7	11	99	23
101 Bielorrusia	..	..	..	..	..	..	..	..	22	..	..
102 Trinidad y Tabago	10	10	39	16	7x	0x	5	4x	..	114	19	
103 Emiratos Arabes Unidos	6	..	..	26	..	..	..	..	..	..	..
104 Uruguay	8	..	..	..	7x	2x	..	16x	..	101	31
105 Yugoslavia (anterior)	..	..	..	..	..	..	..	..	5	140	27
106 Colombia	10	17	48	24	10x	2x	5	18x	10	106	29	
107 Lituania	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
108 Panamá	10	..	..	..	16	..	7	24	13	98	38
109 Bulgaria	6	..	..	..	..	..	..	..	20	148	..
110 Sri Lanka	25	14	47	46	29x	2x	21x	39x	14	101	43	
111 Malasia	10	..	..	..	..	..	..	..	20	120	23
112 Chile	7	..	..	..	3x	0x	1	10x	9	102	29
113 Kuwait	7	..	..	..	6	..	2	14	..	..	..
114 Polonia	..	..	..	..	..	..	..	..	10	131	29
115 Hungría	9	..	..	..	..	..	..	..	..	137	25
116 Costa Rica	6	..	..	..	6	..	3	8	3	121	33
117 Jamaica	11	..	..	..	7	1	6	7	..	114	36
118 Eslovaquia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
119 Portugal	5	..	..	..	..	..	..	..	15	136	34
120 Rep. Checa	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
121 Cuba	8	..	..	..	..	..	1x	..	10	135	..
122 Israel	7	..	..	..	..	..	..	..	..	125	21
123 Bélgica	6	..	..	..	..	..	..	..	5	149	15
124 EE.UU.	7	..	..	..	..	..	..	..	..	138	10
125 Nueva Zelanda	6	..	..	..	..	..	..	..	..	131	12
126 Italia	5	..	..	..	..	..	..	..	20	139	19
127 España	4	..	..	..	..	..	..	..	10	141	24
128 Grecia	6	..	..	..	..	..	..	..	10	151	30
129 Corea, Rep. de	9	..	..	..	..	..	..	..	..	120	35
130 Austria	6	..	..	..	..	..	..	..	..	133	16
131 Francia	5	..	..	..	..	..	..	..	5	143	16
132 Reino Unido	7	..	..	..	..	..	..	..	..	130	12
133 Australia	6	..	..	..	..	..	..	..	..	124	13
134 Suiza	5	..	..	..	..	..	..	..	..	130	17
135 Alemania	..	..	..	..	..	..	..	..	10	..	12
136 Canadá	6	..	..	..	..	..	..	..	..	122	11
137 Dinamarca	6	..	..	..	..	..	..	..	5	135	13
138 Noruega	4	..	..	..	..	..	..	..	..	120	15
139 Países Bajos	..	..	..	..	..	..	..	..	3	114	13
140 Suecia	5	..	..	..	..	..	..	..	..	111	13
141 Hong Kong	8	..	..	..	..	..	..	..	..	125	12
142 Singapur	7	..	..	..	14x	..	..	..	..	136	19
143 Finlandia	4	..	..	..	..	..	..	..	..	113	16
144 Japón	6	..	..	..	..	..	..	..	..	125	17
145 Irlanda	4	..	..	..	..	..	..	..	..	157	22

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1992 (tabla 1).

Tabla 3: Salud

	% Población con acceso a agua potable 1985-1991			% Población con acceso a saneamiento adecuado 1985-1991			% Población con acceso a servicios de salud 1985-1992			% Población con inmunización completa 1990-92					Uso de la TRO % 1987-92
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Niños de un año				Mujeres embarazadas Terceros	
										TB	DTP	Polio	Sarampión		
1 Niger	53	98	45	14	71	4	41	99	30	40	21	21	28	45	17
2 Angola	41	71	20	19	25	15	30x	..	..	27	12	13	26	8	48
3 Mozambique	22	44	17	20	61	11	39	100	30	64	53	53	60	32	30
4 Afganistán	23	40	19	..	13	..	29	80	17	48	27	27	37	9	26
5 Sierra Leona	37	33	37	58	92	49	38	90	20	89	72	72	65	80	60
6 Guinea-Bissau	41	56	35	31	27	32	..	..	..	100	66	65	60	35	6
7 Guinea	53	87	56	21	84	5	75	100	55	65	52	52	50	70	65
8 Malawi	56x	97x	50x	84	100	81	80	..	..	99	86	84	82	66	14
9 Rwanda	66	75	62	58	77	56	80	..	..	94	85	85	81	88	26
10 Mali	41	53	38	24	81	10	35	..	..	70	34	34	41	8	41
11 Liberia	50	93	22	..	..	..	39	50	30	76	28	28	61	20	15
12 Somalia	37	50	29	18	44	5	27x	50x	15x	31x	18x	18x	30x	5x	78
13 Chad	57	25	70	..	..	..	30	..	..	43	17	17	41	5	15
14 Eritrea	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
15 Etiopía	25	91	19	19	97	7	46	..	..	21	13	13	10	7	68
16 Mauritania	66	67	65	..	34	..	45	72	33	73	34	34	39	40	54
17 Zambia	53	70	28	37	75	12	75x	100x	50x	83	57	59	56	20	90
18 Bhután	34	60	30	13	50	7	65	..	..	81	79	77	82	43	85
19 Nigeria	36	81	30	35	40	30	66	85	62	50	31	30	36	25	80
20 Zaire	39	68	24	23	46	11	26	40	17	65x	32x	31x	31x	29x	45
21 Uganda	33	60	30	32	63	28	61x	90x	57x	98	72	72	70	16	30
22 Camboya	36	65	33	14	81	8	53	80	50	50	32	32	33	22	6
23 Burundi	57	99	54	49	71	47	80	100	79	91	80	80	70	56	49
24 Rep. Centroafricana	24	19	26	46	45	46	45	..	..	94	77	77	82	87	24
25 Yemen	36	61	30	65	87	60	38	81	32	77	62	62	64	13	6
26 Tanzania	49	65	45	64	74	62	76x	99x	72x	99	84	83	82	15	83
27 Ghana	52	93	35	42	64	32	60	92	45	57	34	36	40	9	44
28 Madagascar	23	55	9	3	12	3	65	65	65	46	32	32	27	2	29
29 Sudán	48	55	43	75	89	65	51	90	40	75	67	67	66	14	28
30 Gabón	68	90	50	..	..	..	90x	..	..	96	78	78	76	96	25
31 Lesotho	47	59	45	22	14	23	80	..	..	59	58	58	80	40	78
32 Burkina Faso	68	44	72	10	35	5	49x	51x	48x	66	39	39	41	26	15
33 Benin	51	66	46	34	42	31	18	..	..	84	73	73	70	83	45
34 Senegal	48	84	26	55	85	36	40	..	..	65	47	47	43	26	27
35 Lao Rep. Dem. Pop.	36	54	33	21	97	8	67	..	..	39	23	25	55	19	30
36 Pakistán	56	80	45	24	55	10	55	99	35	91	78	78	76	42	34
37 Togo	60	77	53	23	56	10	61	..	..	74	53	47	29	81	33
38 Haití	39	55	33	24	55	16	50	..	..	45	24	27	24	5	20
39 Nepal	42	67	39	6	52	3	..	..	..	82	72	72	64	18	14
40 Bangladesh	84	82	81	31	63	26	45	..	..	89	63	63	59	80	24
41 Côte d'Ivoire	76	70	81	60	59	62	30x	61x	11x	47	47	47	51	35	16
42 India	85	87	85	16	53	2	..	..	..	96	89	89	85	77	37
43 Bolivia	52	77	27	26	40	13	63	90	36	86	77	84	80	52	63
44 Camerún	48	100	27	74	100	64	41	44	39	52	37	37	37	7	94
45 Myanmar	32	37	..	36	39	35	48	..	..	80	73	73	71	72	19
46 Indonesia	51	68	43	44	64	36	80	..	..	95	91	91	89	60	44
47 Congo	38	92	2	..	..	..	83	97	70	88	74	74	64	80	67
48 Libia	97	100	80	98	100	85	..	..	..	91	62	62	59	16	80
49 Turkmenistán	..	..	..	..	..	..	..	..	..	97	84	91	76	..	..
50 Turquía	78x	95x	63x	..	..	..	..	..	..	65	76	76	72	22	..
51 Zimbabue	84	95	80	40	95	22	85	96	80	79	73	73	72	60	77
52 Tayikistán	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	92	..	..	..	..
53 Iraq	77	93	41	..	96	..	93	97	78	79	63	64	68	45	70
54 Mongolia	80	100	58	74	100	47	95	..	..	85	84	84	86	..	85
55 Namibia	52	98	35	14	24	11	72	92	60	90	65	65	63	52	..
56 Papúa Nueva Guinea	33	94	20	..	57	..	96	..	..	67	61	61	66	52	46
57 Guatemala	62	92	43	60	72	52	34	47	25	56	65	69	58	18	24
58 Nicaragua	54	76	21	..	78	..	83	100	60	79	73	86	72	12	40
59 Kenya	49	74	43	43	69	35	77	..	40	93	85	85	81	37	69
60 Argelia	68x	85x	55x	57	80	40	88	100	80	97	89	89	82	27	27
61 Sudáfrica	..	..	..	..	..	..	..	..	..	85	67	69	63	..	..
62 Uzbekistán	..	..	..	..	..	..	..	..	..	97	63	85	84	..	..
63 Brasil	87	95	61	72	84	32	..	..	..	87	69	62	93	21	63
64 Perú	56	77	10	57	77	20	75x	..	..	82	80	81	80	27	31
65 El Salvador	47	85	19	58	86	36	56	80	40	71	65	65	62	26	45
66 Marruecos	56	100	18	..	100	..	70	100	50	93	87	81	81	80	13
67 Kirguistán	..	..	..	..	..	..	..	..	..	96	88	91	94	..	..
68 Filipinas	82	85	79	69	78	62	75	77	74	94	92	92	90	52	25
69 Ecuador	55	63	43	48	56	38	88	..	..	99	83	83	66	5	70
70 Botsuana	90	100	88	88	100	85	89x	100x	85x	71	82	82	65	46	64
71 Honduras	77	98	63	61	98	43	66	80	56	91	93	95	89	16	70
72 Irán	89	100	75	71	100	35	80	95	65	92	87	87	84	87	85
73 Egipto	90	95	86	50	80	26	..	..	..	92	89	89	89	70	34
74 Azerbaiyán	..	..	..	..	..	..	..	..	..	53	69	70	50	..	..
75 Rep. Dominicana	67	82	45	67	95	75	80	..	..	48	48	63	75	24	36

	% Población con acceso a agua potable 1988-1991			% Población con acceso a saneamiento adecuado 1988-1991			% Población con acceso a servicios de salud 1988-1992			% Población con inmunización completa 1990-92				Uso de la TRO % 1987-92	
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Niveles de un año					
										TB	DPT	Polio	Sarampión		Mujeres embarazadas
											Tatancos				
76 Kazajstán	..	..	..	..	..	..	..	..	..	90	85	87	90	..	..
77 Viet Nam	24	39	21	17	34	13	91	100	80	91	88	89	90	42	52
78 Libano	92	95	85	..	..	..	95	98	85	4	85	85	51	..	45
79 China	72	87	68	79	68	81	90	100	88	94	94	95	94	3	22
80 Arabia Saudi	95	100	74	86	100	30	97	100	88	97	96	96	90	62	45
81 Siria	74	90	58	83	84	82	83	92	68	93	89	89	84	63	95
82 Túnez	99	100	99	96	98	94	90x	100x	80x	80	95	95	87	44	22
83 Moldova, Rep. de	..	..	..	..	..	..	..	..	..	96	89	93	92	..	..
84 Albania	..	..	..	..	..	..	..	..	..	94	94	96	87	..	..
85 Armenia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
86 Paraguay	35	50	24	62	56	67	61	..	..	99	85	87	86	54	52
87 Corea, Rep. Pop. Dem.	..	..	..	..	..	..	..	..	..	99	90	98	96	97	72
88 México	76	81	88	50	70	17	78	80	60	95	91	92	91	42	63
89 Tailandia	77	87	72	74	80	72	90	90	90	99	85	84	74	72	65
90 Rusia, Fed. de	..	..	..	..	..	..	..	..	..	88	73	69	83	..	..
91 Omán	84	91	77	71	75	40	95	100	95	97	97	97	97	97	19
92 Jordania	99	100	97	100	100	100	97	98	95	..	98	97	91	32	77
93 Georgia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	83	45	45	58	..	..
94 Rumania	..	..	..	..	..	..	..	..	..	99	97	90	92	..	..
95 Letonia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	94	87	92	95	..	..
96 Ucrania	..	..	..	..	..	..	..	..	..	93	88	89	90	..	..
97 Argentina	65	73	17	69	75	35	71	80	21	99	78	83	89	..	70
98 Estonia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	96	70	71	75	..	..
99 Mauricio	96	100	92	94	92	96	100	100	100	87	91	91	87	77	7
100 Venezuela	89	89	89	92	97	70	..	..	..	82	66	72	61	..	80
101 Bielorrusia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	94	90	90	94	..	..
102 Trinidad y Tabago	97	99	91	79	99	98	99	..	..	..	82	81	93	..	70
103 Emiratos Árabes Unidos	95	..	..	77	93	22	99	..	..	98	86	86	85	..	81
104 Uruguay	75	85	5	61	60	65	82	..	..	99	93	93	93	13	96
105 Yugoslavia (anterior)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	81	79	81	76	..	..
106 Colombia	86	87	82	64	84	18	60	..	..	86	77	84	74	40	40
107 Lituania	..	..	..	..	..	..	..	..	..	94	78	88	89	..	..
108 Panamá	83	100	86	84	100	68	80x	95x	64x	98	82	83	71	27	55
109 Bulgaria	..	..	..	..	..	..	..	..	..	100	99	99	97	..	..
110 Sri Lanka	60	80	55	50	68	45	93x	..	..	89	86	86	79	67	76
111 Malasia	78	96	66	81	..	..	..	..	..	99	90	90	79	83	47
112 Chile	86	100	..	83	100	20	97	..	..	99	91	91	90	..	10
113 Kuwait	..	100	..	..	100	..	100	..	..	3	92	92	93	22	10
114 Polonia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	94	98	98	94	..	..
115 Hungría	..	..	..	..	..	..	..	..	..	99	100	98	100	..	..
116 Costa Rica	93	100	86	97	100	94	80x	100x	63x	92	90	90	84	68	78
117 Jamaica	100	100	100	89	100	80	90	..	..	85	84	74	63	50	10
118 Eslovaquia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	91	99	99	96	..	..
119 Portugal	..	..	..	..	..	..	..	..	..	89	95	95	96	..	..
120 Rep. Checa	..	..	..	..	..	..	..	..	..	98	99	99	97	..	..
121 Cuba	98	100	91	92	100	68	98	99	96	98	91	93	98	98	80
122 Israel	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	85x	89x	88x	..	..
123 Bélgica	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	87	99	75	..	..
124 EE.UU.	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	58	74	77	..	..
125 Nueva Zelanda	97	100	82	..	..	..	..	..	..	20	81	68	82	..	..
126 Italia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	6	95	85	50	..	..
127 España	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	93	94	97	..	..
128 Grecia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	56	54	96	76	..	..
129 Corea, Rep. de	97	97	96	100	100	100	100	100	100	76	80	79	96	..	..
130 Austria	..	..	..	..	..	..	..	..	..	97	90	90	60	..	..
131 Francia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	80	95	85	71	..	..
132 Reino Unido	..	..	..	..	..	..	..	..	..	75	90	95	89	..	..
133 Australia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	95	72	86	..	..
134 Suiza	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	89	95	83	..	..
135 Alemania	..	..	..	..	..	..	..	..	..	84	95	95	80	..	..
136 Canadá	..	..	..	..	..	..	..	..	..	85x	85x	70x	85x	..	..
137 Dinamarca	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	99	99	86	..	..
138 Noruega	..	..	..	..	..	..	..	..	..	95	91	86	90	..	..
139 Países Bajos	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	97	97	94	..	..
140 Suecia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	14	99	99	95	..	..
141 Hong Kong	100	100	96	88	90	50	99x	..	..	94	90	90	42	..	..
142 Singapur	100	100	..	99	99	..	100	100	..	99	85	85	90	..	..
143 Finlandia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	99	95	97	97	..	..
144 Japón	97	100	85	..	85	..	..	..	..	85	87	90	66	..	..
145 Irlanda	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	85	81	78	..	..

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1992 (tabla 1).

Tabla 4: Educación

	Tasa alfabetización adulta				N.º de receptores (1000 hab.) 1990		Tasa escolarización enseñanza primaria						Alumnos de 1.º grado que terminan enseñanza primaria		Tasa bruta escolarización enseñanza secundaria 1986-1991	
	1970		1990		radio	televisión	1960 (bruta)		1985-81 (bruta)		1985-91 (neta)		1988	%		
	hombres	mujeres	hombres	mujeres			mascul.	femen.	mascul.	femen.	mascul.	femen.		mascul.	femen.	
1 Níger	6	2	40	17	60	5	8	3	37	21	31	19	75	9	4	
2 Angola	16	7	56	29	54	6	30	14	98	91	..	..	..	..	..
3 Mozambique	29	14	45	21	42	3	71	43	68	48	45	37	39	9	5	
4 Afganistán	13	2	44	14	105	8	14	2	31	16	25	13	63	11	5	
5 Sierra Leona	18	8	31	11	223	10	30	15	56	39	..	..	..	21	12
6 Guinea-Bissau	13	6	50	24	39	..	35	15	76	42	58	32	8	9	4	
7 Guinea	21	7	35	13	42	7	27	9	50	24	34	17	44	15	5	
8 Malawi	42	18	..	..	238	..	50	26	77	64	55	52	47	6	3
9 Rwanda	43	21	64	37	62	..	65	29	69	68	65	65	36	9	6	
10 Mali	11	4	41	24	43	1	13	5	30	17	24	14	40	9	4	
11 Liberia	27	8	50	29	225	18	40	13	51x	28x	..	..	..	31x	12x
12 Somalia	5	1	36	14	43	14	6	2	20x	10x	14x	8x	37	12x	7x	
13 Chad	20	2	42	18	238	1	29	4	79	35	52	23	71	12	3	
14 Eritrea	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
15 Etiopía	8	..	33x	16x	191	2	9	3	48	30	32	24	44	17	12	
16 Mauritania	..	..	47	21	144	23	12	3	60	42	..	..	68	22	10
17 Zambia	66	37	81	65	77	30	61	40	99	91	81	79	64	25	14	
18 Bhután	..	..	51	25	16	..	5	..	31	20	..	..	26	7	2
19 Nigeria	35	14	62	40	172	32	54	31	82	63	..	..	52	22	17
20 Zaire	61	22	84	61	103	1	89	32	89	67	67	53	73	32	16	
21 Uganda	52	30	62	35	101	10	39	18	76	63	57	50	76x	16	8	
22 Camboya	..	23	48	22	113	9	..	..	..	..	..	..	50x	..	..
23 Burundi	29	10	61	40	58	1	33	10	79	64	55	46	83	6	4	
24 Rep. Centroafricana	26	6	52	25	66	4	50	11	83	51	66	43	48	17	6	
25 Yemen	14	3	53	26	..	..	..	..	111	43	..	..	53	47	10
26 Tanzania	48	18	..	..	24	2	33	16	64	63	46	47	73	5	4
27 Ghana	43	18	70	51	266	15	58	31	82	67	..	..	87	48	31
28 Madagascar	56	43	88	73	200	20	74	57	94	90	64	63	32	20	18	
29 Sudán	28	6	43	12	250	71	29	11	58x	41x	..	..	76	23x	17x
30 Gabón	43	22	74	49	141	37	..	..	..	..	..	..	44	..	..
31 Lesoto	49	74	..	..	70	6	73	109	99	115	64	76	50	21	31
32 Burkina Faso	13	3	28	9	26	5	12	5	45	28	36	23	64	9	5	
33 Benin	23	8	32	16	90	5	39	15	87	44	69	36	40	16	6	
34 Senegal	18	5	52	25	113	36	37	18	67	49	55	41	85	21	11	
35 Lao Rep. Dem. Pop.	37	28	92x	76x	126	7	43	20	116	91	..	..	38x	31	21
36 Pakistán	30	11	47	21	87	17	39	11	47	26	..	..	51	29	13
37 Togo	27	7	56	31	211	6	64	25	126	80	85	58	46	33	10	
38 Haití	28x	17x	59	47	46	5	50	39	86	81	44	44	9	20	19	
39 Nepal	23	3	38	13	34	2	19	3	112	57	84	43	..	42	17	
40 Bangladesh	36	12	47	22	42	5	80	31	78	68	69	61	46	23	12	
41 Côte d'Ivoire	26	10	67	40	142	61	62	22	88x	62x	..	..	73	27	12
42 India	47	20	62	34	79	32	83	44	109	83	..	..	53	54	33
43 Bolivia	68	46	85	71	599	163	70	43	87	78	83	75	50	37	31	
44 Camerún	47	19	67	43	139	29	77	37	108	93	80	69	68	31	21	
45 Myanmar	85	57	89	72	82	2	60	53	106	100	..	..	..	25	23
46 Indonesia	66	42	88	75	147	60	78	58	119	114	100	96	79	49	41	
47 Congo	50	19	70	44	110	6	..	..	..	..	..	..	62	37	14
48 Libia	60	13	75	50	224	99	..	..	..	..	..	..	..	..	..
49 Turkmenistán	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
50 Turquía	69	34	90	71	161	175	90	58	114	105	..	..	97	66	42
51 Zimbabue	63	47	74	60	85	31	82	65	118	116	..	..	75	54	46
52 Tayikistán	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Iraq	50	18	70	49	205	69	94	36	104	87	90	78	58	58	37	
54 Mongolia	87	74	..	..	132	41	80	80	96	100	..	..	..	87	96
55 Namibia	..	..	..	..	135	17	..	..	89	99	..	..	..	30	38
56 Papúa Nueva Guinea	39	24	65	38	72	2	24	15	77	65	79	67	61	15	10	
57 Guatemala	51	37	63	47	65	52	48	39	82	70	..	..	36	20x	17x
58 Nicaragua	58	57	..	..	249	62	57	59	94	101	74	77	29	31	44
59 Kenya	44	19	80	59	125	9	62	29	96	92	92x	89x	62	27	19	
60 Argelia	39	11	70	46	233	74	55	37	103	88	94	83	90	66	53	
61 Sudáfrica	..	..	78x	75x	326	105	..	..	..	..	..	..	..	..	..
62 Uzbekistán	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
63 Brasil	69	63	83	80	379	213	58	56	101x	97x	..	..	22	31x	36x
64 Perú	81	60	91	79	253	97	98	74	125x	120x	..	..	70x	66x	60x
65 El Salvador	61	53	76	70	..	..	59	56	77	78	69	71	27	26	26
66 Marruecos	34	10	61	38	209	74	69	28	81	55	66	45	63	42	30	
67 Kirguistán	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Filipinas	84	81	90	89	138	48	98	93	111	110	100	98	71	72	75	
69 Ecuador	75	68	88	84	315	83	82	75	118	117	..	..	63	55	57
70 Botswana	37	44	84	65	115	15	38	43	107	112	88	93	95	44	47	
71 Honduras	55	50	75	71	385	72	68	67	108	109	89	94	43x	29x	30x	
72 Irán	40	17	64	43	247	70	59	28	119	106	99	90	91	63	47	
73 Egipto	50	20	63	34	324	109	79	52	105	90	..	..	95	92	71
74 Azerbaiyán	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
75 Rep. Dominicana	69	65	85	82	170	84	75	74	95	96	73	73	33	44x	57x	

	Tasa alfabetización adultos				N.º de receptores (1000 hab.) 1992		Tasa escolarización enseñanza primaria						Alumnos de 1.º grado que terminan enseñanza primaria % 1988	Tasa bruta escolarización enseñanza secundaria 1986-1991		
	1970		1990		radio		1960 (bruta)		1985-81 (bruta)		1986-91 (netal)			mascul.	femen.	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	mascul.	femen.	mascul.	femen.	mascul.	femen.	mascul.	femen.				
76 Kazajstán
77 Viet Nam	..	..	92	84	108	39	103	74	105x	99x	..	..	57x	43x	40x
78 Líbano	79x	58x	88	73	840	330	112	105	105x	95x	..	..	..	57x	56x
79 China	..	..	84	62	184	31	131	90	140	129	100	100	81	53	41
80 Arabia Saudí	15	2	73	48	318	283	32	3	83	72	69	56	90	55	41	
81 Siria	60	20	78	51	251	59	89	39	114	102	100	93	85	60	43	
82 Túnez	44	17	74	56	196	80	88	43	122	109	100	91	79	50	40	
83 Moldova, Rep. de	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
84 Albania	..	..	..	..	176	86	102	86	98	98	..	..	91	85	74
85 Armenia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
86 Paraguay	85x	75x	92	88	171	59	106	94	109	106	95	94	57	29	31	
87 Corea, Rep. Pop. Dem.	..	..	..	..	119	15	..	..	110	103	..	..	..	..	..
88 México	78	69	90	85	243	139	80	75	113	110	..	..	70	52	53
89 Tailandia	86	72	96	90	185	112	97	88	86	85	..	..	59	33	32
90 Rusia, Fed. de	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
91 Omán	..	..	..	..	646	766	..	..	108	99	87	82	91	59	48
92 Jordania	64	29	89	70	254	81	..	..	105x	102x	94x	91x	95	79x	73x
93 Georgia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
94 Rumania	96	91	..	..	198	194	101	95	86	96	..	..	94	93	90
95 Letonia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
96 Ucrania	..	..	..	..	794	327	..	..	..	..	..	..	..	..	..
97 Argentina	94	92	95	95	681	222	99	99	107	114	..	..	..	89	78
98 Estonia	..	..	100x	100x	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
99 Mauricio	77	59	..	..	356	215	96	90	102	104	92	94	98	53	53
100 Venezuela	79	71	87	90	436	167	98	99	94	94	60	62	70	30	41	
101 Bielorrusia	..	..	..	..	306	268	..	..	..	..	..	..	..	..	..
102 Trinidad y Tabago	95	89	97x	93x	468	302	111	108	95	96	90	90	89	79	82	
103 Emiratos Árabes Unidos	24	7	..	..	324	110	..	..	117	114	100	100	96	63	72
104 Uruguay	93x	93x	97	96	603	233	117	117	107	106	..	..	93	61x	62x
105 Yugoslavia (anterior)	92	76	97	88	246	198	..	..	95	95	80	79	..	80	79
106 Colombia	79	76	87	86	170	115	74	74	109	111	..	..	56	48	57
107 Lituania	..	..	99x	98x	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
108 Panamá	81	81	88	88	223	165	89	86	109	105	91	92	79	57	62	
109 Bulgaria	94	89	..	..	438	250	94	92	97	95	85	84	62	72	75
110 Sri Lanka	85	69	93	84	197	35	107	95	108	105	100	100	94	72	77	
111 Malasia	71	48	86	70	429	148	108	79	93	93	..	..	96	55	58
112 Chile	90	88	93	93	342	205	87	86	99	97	..	..	77	71	77
113 Kuwait	65	42	77	67	343	285	132	99	101	99	84	86	90	93	87	
114 Polonia	98	97	..	..	429	293	110	107	99	98	97	97	92	80	84
115 Hungría	98	98	99x	99x	595	410	103	100	94	94	90	91	94	78	79	
116 Costa Rica	88	87	93	93	259	149	94	92	102	101	87	87	77	41	43	
117 Jamaica	96	97	96	99	411	130	78	79	104	105	98	100	85	57	63	
118 Eslovaquia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
119 Portugal	78	65	89	81	218	177	132	129	121	117	99	100	..	58	59	
120 Rep. Checa	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
121 Cuba	86	87	95	93	345	207	109	110	105	100	96	95	88	84	94	
122 Israel	93	83	95x	89x	471	266	99	97	92	95	..	..	78	79	86
123 Bélgica	99	99	..	..	778	452	111	108	102	103	98	99	78	103	104
124 EE.UU.	99	99	..	..	2123	815	..	..	105	104	99	99	90	92	91
125 Nueva Zelanda	..	..	..	..	929	442	110	106	106	105	100	100	95	88	91
126 Italia	95	93	98	96	797	424	112	109	96	96	..	..	100	78	78
127 España	93	87	97	93	306	396	106	116	109	108	100	100	94	102	112	
128 Grecia	93	76	98	89	423	196	104	101	100	101	96	97	100	101	97	
129 Corea, Rep. de	94	81	99	94	1006	210	108	94	106	109	100	100	100	89	86	
130 Austria	..	..	..	..	624	481	106	104	103	102	93	93	97	82	85
131 Francia	99	98	..	..	896	406	144	143	112	110	100	100	96	93	100
132 Reino Unido	..	..	..	..	1148	435	92	92	106	107	100	100	..	82	85
133 Australia	..	..	..	..	1280	486	103	103	105	105	97	97	99	82	85
134 Suiza	..	..	..	..	155	20	118	118	..	..	..	..	..	..	..
135 Alemania	..	..	..	..	..	..	..	..	105	105	89	90	..	99	96
136 Canadá	..	..	..	..	1026	641	108	105	106	104	96	97	96	106	107
137 Dinamarca	..	..	..	..	1030	535	103	103	97	98	..	..	99	108	110
138 Noruega	..	..	..	..	798	425	100	100	99	99	99	99	100	98	102
139 Países Bajos	..	..	..	..	906	495	105	104	115	118	100	100	94	104	101
140 Suecia	..	..	..	..	888	474	95	96	106	107	100	100	100	89	93
141 Hong Kong	..	..	..	..	649	274	88	72	105	104	95x	95x	98	71	75
142 Singapur	92	55	92x	74x	643	376	120	101	111	109	100	100	100	68	71	
143 Finlandia	..	..	..	..	998	497	100	95	100	99	..	..	100	104	124
144 Japón	99	99	..	..	907	620	103	102	101	101	100	100	100	94	97
145 Irlanda	..	..	..	..	583	276	107	112	100	101	87	89	97	93	102

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1992 (tabla 1).

Tabla 5: Indicadores Demográficos

	Población (millones)		Tasa de crecimiento anual de la población %		Tasa bruta de mortalidad		Tasa bruta de natalidad		Esperanza de vida		Tasa global de fecundidad 1992	Población urbana % 1992	Tasa anual crecimiento de la población urbana %	
	1992		1992-90	1990-92	1990	1992	1990	1992	1990	1992		1992	1985-90	1990-92
	Mejores 15 años	Mejores 5 años												
1 Níger	4,1	1,7	2,8	3,3	29	19	53	51	35	46	7,1	21	7,2	7,2
2 Angola	4,9	2,0	2,0	2,9	31	19	49	51	33	46	7,2	30	5,5	5,9
3 Mozambique	7,0	2,7	2,5	1,7	26	18	47	45	37	47	6,5	30	9,5	8,7
4 Afganistán	8,2	3,5	1,9	1,4	30	22	52	52	33	43	6,9	19	5,3	3,1
5 Sierra Leona	2,0	0,8	2,0	2,5	33	22	48	48	32	43	6,5	34	5,1	5,2
6 Guinea-Bissau	0,4	0,2	2,8	2,0	29	22	40	43	34	43	5,8	21	3,9	3,7
7 Guinea	3,0	1,2	1,6	2,6	31	20	53	51	34	44	7,0	27	4,9	5,7
8 Malawi	5,3	2,1	3,0	4,3	28	21	54	55	38	44	7,6	13	7,1	6,9
9 Rwanda	3,9	1,6	3,2	3,1	22	18	50	52	42	46	8,5	6	6,8	4,8
10 Mali	4,8	1,9	2,2	3,0	29	19	52	51	35	48	7,1	25	4,8	5,6
11 Liberia	1,3	0,5	3,0	3,2	25	14	50	47	41	55	6,8	48	6,1	5,8
12 Somalia	4,6	1,8	3,1	2,6	28	19	50	50	36	47	7,0	25	4,0	3,6
13 Chad	2,7	1,0	2,0	2,2	30	18	46	44	36	47	5,9	34	7,5	6,5
14 Eritrea	1,6	0,6	..	..	..	16	..	42	..	47	5,8	..	..	..
15 Etiopía	25,6	10,3	2,4	2,6	28	19	51	49	36	47	7,0	13	4,5	4,3
16 Mauritania	1,0	0,4	2,3	2,7	28	18	48	46	35	48	6,5	50	10,1	7,2
17 Zambia	4,4	1,7	3,1	3,4	22	18	50	47	42	45	6,4	42	6,6	3,9
18 Bhután	0,7	0,3	1,9	2,2	26	17	42	40	37	48	5,9	6	4,2	5,4
19 Nigeria	57,3	22,1	3,2	3,2	24	14	52	45	40	52	6,5	37	6,3	5,8
20 Zaire	19,9	7,8	2,9	3,3	23	15	47	48	41	52	6,7	29	3,5	3,2
21 Uganda	9,5	3,8	3,3	2,9	21	21	50	51	43	42	7,3	12	5,3	5,4
22 Camboya	3,8	1,4	0,4	2,5	21	14	45	39	42	51	4,5	12	0,0	3,9
23 Burundi	2,8	1,1	1,7	2,9	23	17	46	46	41	48	6,8	6	6,1	5,2
24 Rep. Centroafricana	1,5	0,6	2,1	2,6	26	18	43	45	39	47	6,2	48	4,5	4,6
25 Yemen	6,5	2,5	2,3	3,5	28	14	53	49	36	52	7,2	31	6,3	7,1
26 Tanzania	13,8	5,5	3,0	3,4	23	15	51	48	41	51	6,8	22	9,9	6,9
27 Ghana	7,6	2,9	2,1	3,3	19	12	48	42	45	56	6,0	35	3,3	4,3
28 Madagascar	6,1	2,4	2,5	3,2	24	13	48	45	41	55	6,6	25	5,1	5,9
29 Sudán	12,6	4,7	2,8	3,0	25	14	47	42	39	52	6,1	23	5,6	4,3
30 Gabón	0,4	0,2	3,3	3,6	24	16	31	42	41	53	5,3	48	6,7	6,0
31 Lesotho	0,8	0,3	2,2	2,6	24	10	43	35	43	60	4,7	21	7,1	6,5
32 Burkina Faso	4,4	1,7	2,3	2,6	28	18	49	47	36	48	6,5	17	5,5	6,5
33 Benin	2,4	1,0	2,4	2,9	33	18	47	49	35	46	7,1	40	8,3	4,9
34 Senegal	3,7	1,4	2,8	2,8	27	16	50	43	37	49	6,1	41	3,4	3,9
35 Lao Rep. Dem. Pop.	2,1	0,8	1,8	2,8	23	15	45	45	40	51	6,7	20	5,1	6,1
36 Pakistán	57,3	21,7	2,7	3,2	23	11	49	41	43	59	6,2	33	3,8	4,6
37 Togo	1,8	0,7	3,2	3,0	26	13	48	45	39	55	6,6	30	7,9	5,2
38 Haití	2,9	1,0	1,7	1,9	23	12	42	35	42	56	4,8	30	3,7	3,9
39 Nepal	9,4	3,4	2,4	2,7	26	13	46	38	38	53	5,5	12	6,6	7,8
40 Bangladesh	51,5	18,2	2,8	2,5	22	14	47	39	40	53	4,8	18	6,7	6,3
41 Côte d'Ivoire	6,6	2,6	4,0	3,8	25	15	53	50	39	52	7,4	42	6,7	5,4
42 India	330,8	112,1	2,2	2,0	21	10	43	29	44	60	3,9	26	3,6	3,1
43 Bolivia	3,2	1,1	2,5	2,5	22	10	46	35	43	61	4,6	52	3,2	3,9
44 Camerún	5,7	2,1	2,6	2,9	24	12	44	41	39	56	5,7	42	6,9	5,4
45 Myanmar	17,4	6,2	2,2	2,1	21	11	42	33	44	57	4,2	25	3,1	2,6
46 Indonesia	70,5	23,1	2,3	2,0	23	9	44	27	41	62	3,1	30	4,6	4,6
47 Congo	1,1	0,4	2,7	2,9	23	15	45	45	42	52	6,3	42	3,4	4,2
48 Libia	2,3	0,9	4,2	3,9	19	8	49	42	47	63	6,4	84	10,4	5,5
49 Turkmenistán	1,7	0,6	..	..	..	8	..	38	..	66	4,5	..	..	..
50 Turquía	21,6	7,6	2,4	2,3	18	7	45	28	50	67	3,5	64	4,0	5,5
51 Zimbabue	5,0	1,9	3,1	3,3	20	11	53	41	45	56	5,4	30	6,0	5,8
52 Tayikistán	2,7	1,0	..	..	..	6	..	41	..	69	5,3	32	..	..
53 Iraq	8,9	3,3	3,3	3,3	20	7	49	39	48	66	5,7	73	5,0	4,2
54 Mongolia	1,0	0,4	2,8	2,7	18	8	43	34	47	63	4,7	59	4,2	3,8
55 Namibia	0,7	0,3	2,7	3,0	22	11	45	43	42	59	6,0	29	4,8	5,1
56 Papúa Nueva Guinea	1,7	0,6	2,4	2,3	23	11	44	34	41	56	4,9	17	8,8	4,3
57 Guatemala	4,6	1,7	2,8	2,9	19	8	49	39	46	64	5,4	40	3,4	3,5
58 Nicaragua	2,0	0,7	3,1	2,9	19	7	51	41	47	66	5,1	61	4,6	4,0
59 Kenia	12,8	4,7	3,6	3,5	22	10	53	44	45	59	6,3	25	7,7	7,3
60 Argelia	11,9	3,9	3,0	2,8	20	7	51	34	47	66	4,9	53	4,0	4,6
61 Sudáfrica	16,1	5,5	2,7	2,5	17	9	42	31	49	63	4,1	50	2,8	2,8
62 Uzbekistán	9,4	3,3	..	..	..	6	..	34	..	69	2,3	41	..	..
63 Brasil	55,2	17,3	2,4	2,0	13	7	43	24	55	66	2,8	77	4,3	3,2
64 Perú	8,8	2,9	2,7	2,2	19	8	47	29	48	64	3,6	71	4,2	3,0
65 El Salvador	2,4	0,8	2,7	1,5	16	7	48	34	50	66	4,1	45	3,2	2,2
66 Marruecos	11,1	3,9	2,5	2,6	21	8	50	33	47	63	4,4	47	4,2	3,7
67 Kirguistán	1,8	0,6	..	..	..	8	..	30	..	66	3,9	38	..	..
68 Filipinas	27,0	9,2	2,8	2,4	15	7	45	31	53	65	4,0	44	3,9	3,8
69 Ecuador	4,5	1,5	3,0	2,6	15	7	46	30	53	66	3,7	58	4,6	4,3
70 Botswana	0,6	0,2	3,3	3,1	20	10	52	39	46	61	5,1	28	12,5	8,2
71 Honduras	2,5	0,9	3,1	3,3	19	7	51	27	46	66	5,0	45	5,4	5,3
72 Irán	29,7	11,1	3,1	3,8	21	7	47	40	50	67	6,0	58	4,9	5,1
73 Egipto	22,5	7,7	2,2	2,5	21	9	45	32	46	61	4,2	44	2,7	2,5
74 Azerbaiyán	2,6	0,9	..	..	..	6	..	26	..	71	3,2	54	..	..
75 Rep. Dominicana	2,9	1,0	2,7	2,3	16	6	50	29	52	67	3,4	62	5,1	4,0

	Población (millones)		Tasa de crecimiento anual de la población %		Tasa bruta de mortalidad		Tasa bruta de natalidad		Esperanza de vida		Tasa global de fecundidad 1992	Población urbana % 1992	Tasa anual crecimiento de la población urbana %	
	Ménor de 15 años	Ménor de 5 años	1965-80	1980-92	1960	1992	1960	1992	1980	1992				
	1992	1992											1965-80	1980-92
76 Kazajstán	5,6	1,9	..	..	..	8	..	21	..	69	2,7	57	..	..
77 Viet Nam	27,9	9,3	2,3	2,2	23	9	41	29	44	64	3,9	20	3,3	2,6
78 Líbano	1,0	0,4	1,4	0,5	14	7	43	27	60	68	3,1	85	4,1	1,8
79 China	343,8	119,1	2,1	1,5	19	7	37	21	47	71	2,2	28	2,6	4,4
80 Arabia Saudí	7,1	2,6	4,5	4,4	23	5	49	38	44	69	6,4	79	8,1	5,8
81 Siria	6,7	2,5	3,3	3,5	18	6	47	43	50	67	6,2	51	4,3	4,3
82 Túnez	3,3	1,1	2,1	2,3	19	7	47	27	48	68	3,5	57	3,8	3,4
83 Moldova, Rep. de	1,4	0,4	..	..	..	10	..	16	..	68	2,5	47	..	..
84 Albania	1,1	0,4	2,4	1,8	10	5	41	23	52	73	2,7	36	2,9	2,4
85 Armenia	1,1	0,3	..	..	..	7	..	23	..	72	3,0	68	..	..
86 Paraguay	1,9	0,7	2,9	3,0	9	6	43	33	64	67	4,4	49	3,8	4,3
87 Corea, Rep. Pop. Dem.	6,9	2,5	2,6	1,8	13	5	42	24	54	71	2,4	60	4,1	2,3
88 México	34,7	11,6	3,0	2,3	13	6	45	28	57	70	3,2	74	4,2	3,2
89 Tailandia	18,5	5,6	2,8	1,5	15	6	44	21	52	69	2,3	24	4,7	4,2
90 Rusia, Fed. de	36,1	11,5	..	..	..	12	..	12	..	69	1,8	74	..	..
91 Omán	0,8	0,3	3,7	4,2	28	5	51	41	40	69	6,8	12	7,6	8,0
92 Jordania	2,0	0,7	2,7	3,2	23	6	50	39	47	68	5,7	70	4,4	4,5
93 Georgia	1,4	0,4	..	..	..	9	..	15	..	73	2,1	56	..	..
94 Rumania	5,7	1,8	1,0	0,4	9	11	20	16	65	70	2,1	55	2,8	1,3
95 Letonia	0,6	0,2	0,7	0,5	10	12	16	14	70	71	2,0	72	1,6	0,9
96 Ucrania	11,6	3,6	..	..	..	13	..	12	..	70	1,8	67	..	..
97 Argentina	10,3	3,2	1,6	1,3	9	9	24	20	65	71	2,8	87	2,1	1,7
98 Estonia	0,4	0,1	0,9	0,6	11	12	16	14	69	71	2,1	72	1,7	0,8
99 Mauricio	0,3	0,1	1,7	1,1	10	7	44	18	59	70	2,0	41	2,6	0,7
100 Venezuela	7,8	2,5	3,4	2,5	10	5	45	26	60	70	3,2	91	4,6	3,2
101 Bielorrusia	2,5	0,8	..	..	..	11	..	13	..	71	1,9	66	..	..
102 Trinidad y Tabago	0,5	0,1	1,3	1,3	9	6	38	24	63	71	2,8	66	1,2	1,6
103 Emiratos Árabes Unidos	0,5	0,2	13,0	4,2	19	4	46	21	53	71	4,5	82	15,6	5,3
104 Uruguay	0,8	0,3	0,5	0,6	10	10	22	17	68	72	2,3	89	0,9	1,0
105 Yugoslavia (anterior)	5,7	1,7	0,9	0,6	10	9	23	14	63	72	1,9	58	3,4	2,6
106 Colombia	12,2	3,8	2,4	1,9	12	6	45	24	57	69	2,7	71	3,6	2,8
107 Lituania	0,9	0,3	1,0	0,8	8	10	21	15	69	73	2,0	70	3,0	1,9
108 Panamá	0,9	0,3	2,6	2,1	10	5	41	25	61	73	2,9	54	3,3	2,7
109 Bulgaria	1,9	0,6	0,5	0,1	9	12	18	13	68	72	1,8	69	2,4	1,1
110 Sri Lanka	6,0	1,8	1,9	1,5	9	6	36	21	62	71	2,5	22	2,4	1,6
111 Malasia	7,5	2,6	2,5	2,6	15	5	44	29	54	71	3,7	45	4,4	4,7
112 Chile	4,4	1,5	1,7	1,7	13	6	37	23	57	72	2,7	85	2,6	2,1
113 Kuwait	0,8	0,3	7,1	3,0	10	2	44	28	60	75	3,7	96	8,1	3,4
114 Polonia	10,1	2,9	0,8	0,6	8	10	24	14	67	72	2,1	63	1,8	1,3
115 Hungría	2,2	0,6	0,4	-0,2	10	14	16	12	68	70	1,8	66	1,9	1,0
116 Costa Rica	1,2	0,4	2,9	2,8	10	4	47	27	62	76	3,2	48	3,7	3,7
117 Jamaica	0,8	0,3	1,3	1,2	9	6	39	22	63	73	2,4	54	2,7	2,4
118 Eslovaquia	1,4	0,4	..	..	..	10	..	15	..	72	2,0	..	..	..
119 Portugal	2,1	0,6	0,5	0,1	11	10	24	12	63	75	1,5	35	1,8	1,5
120 Rep. Checa	2,3	0,7	..	..	..	11	..	13	..	72	1,9	..	..	..
121 Cuba	2,6	0,9	1,5	0,9	9	7	31	17	64	76	1,9	75	2,6	1,7
122 Israel	1,6	0,5	2,8	2,3	6	7	27	21	69	76	2,9	92	3,4	2,7
123 Bélgica	1,9	0,6	0,3	0,1	12	11	17	12	70	76	1,6	96	0,4	0,2
124 EE.UU.	58,8	19,2	1,1	1,0	9	9	23	16	70	76	2,1	76	1,2	1,2
125 Nueva Zelanda	0,8	0,3	1,1	0,9	9	8	26	17	71	76	2,1	84	1,5	0,9
126 Italia	10,3	2,9	0,5	0,2	10	10	18	10	69	77	1,3	70	1,0	0,6
127 España	7,9	2,1	1,1	0,3	9	9	21	11	69	77	1,4	79	2,2	1,1
128 Grecia	2,0	0,5	0,8	0,5	8	10	19	10	69	77	1,5	63	2,1	1,3
129 Corea, Rep. de	11,7	3,4	1,9	1,2	14	6	43	16	54	71	1,8	74	5,7	3,5
130 Austria	1,4	0,4	0,3	0,3	12	11	18	12	69	76	1,5	59	0,8	0,9
131 Francia	12,3	3,8	0,7	0,5	12	10	18	14	70	77	1,8	73	1,3	0,4
132 Reino Unido	11,8	3,9	0,2	0,2	12	11	17	14	71	76	1,9	89	0,4	0,2
133 Australia	4,1	1,3	1,7	1,5	9	8	22	15	71	77	1,9	85	1,9	1,4
134 Suiza	1,2	0,4	0,5	0,6	10	10	18	13	71	78	1,6	63	1,0	1,4
135 Alemania	14,5	4,6	0,2	0,2	12	11	17	11	70	76	1,5	86	0,6	0,5
136 Canadá	6,1	1,9	1,3	1,1	8	8	26	14	71	77	1,8	78	1,6	1,3
137 Dinamarca	0,9	0,3	0,5	0,1	9	12	17	12	72	76	1,7	85	1,0	0,2
138 Noruega	0,9	0,3	0,6	0,4	9	11	18	15	73	77	2,0	76	2,0	1,0
139 Países Bajos	3,0	1,0	0,9	0,6	8	9	21	14	73	77	1,7	89	1,2	0,6
140 Suecia	1,7	0,6	0,5	0,3	10	11	15	14	73	78	2,1	84	1,0	0,5
141 Hong Kong	1,3	0,4	2,1	1,2	7	6	35	13	66	78	1,4	95	2,5	1,4
142 Singapur	0,7	0,2	1,7	1,1	8	6	38	16	64	74	1,7	100	1,7	1,1
143 Finlandia	1,0	0,3	0,3	0,4	9	10	19	13	68	76	1,8	60	2,4	0,4
144 Japón	23,7	6,8	1,1	0,5	8	7	18	11	68	79	1,7	77	1,9	0,7
145 Irlanda	1,0	0,3	1,1	0,2	12	9	21	15	70	75	2,1	58	2,0	0,5

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1992 (tabla 1).

Tabla 6: Indicadores Económicos

	PNB per cápita (dólares) 1991	Tasa media anual de crecimiento PNB per cápita %		Tasa de inflación % 1980-1991	Población por debajo del nivel de pobreza absoluta % 1990-1999		% Gasto Gobierno central asignado a: (1986-92)			Flujos de AOD en millones de dólares 1991	Flujos de AOD en % PNB país receptor 1991	Servicio de la deuda en % exportación bienes y servicios	
		1965-80	1980-81		urbana	rural	salud	educación	defensa			1970	1991
1 Níger	300	-2,5	-4,1	2	..	35x	..	..	..	418	18	4	30
2 Angola	610x	..	6,1x	..	..	..	..	6x	15x	34x	250	..	4
3 Mozambique	80	..	-1,1	38	50	67	5x	10x	35x	1022	79	..	11
4 Afganistán	280x	0,6	..	..	18x	36x	..	..	..	521	..	..	..
5 Sierra Leona	210	0,7	-1,6	59	..	65x	10	13	10	108	12	11	4x
6 Guinea-Bissau	180	-2,7	1,1	56	..	..	1	3	4	123	68	..	26x
7 Guinea	460	1,3	..	..	..	..	..	11x	29x	331	12	..	14
8 Malawi	230	3,2	0,1	15	25	85	7	9	5	494	24	8	16x
9 Rwanda	270	1,6	-2,4	4	30	90x	5x	26x	..	328	17	1	14
10 Mali	280	2,1x	-0,1	4	27x	48x	2	9	8	408	17	1	3
11 Liberia	450x	0,5	5,2x	..	..	23x	5	11	9	143	..	8	..
12 Somalia	150x	-0,1	-1,8x	50x	40x	70x	1x	2x	38x	282	..	2	8x
13 Chad	210	-1,9	3,8	1	30x	56x	8x	8x	..	289	22	4	4
14 Eritrea	120	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
15 Etiopía	120	0,4	-1,6	2	60	65	3	11	..	951	15	11	23
16 Mauritania	510	-0,1	-1,8	9	..	..	4x	23x	..	208	20	3	12
17 Zambia	420x	-1,2	-2,9x	42x	25	..	7	9	..	587	..	6	12x
18 Bhután	180	..	6,8	8	..	..	5	11	..	55	21	..	7x
19 Nigeria	340	4,2	-2,3	18	..	..	1	3	3	293	1	4	25
20 Zaire	230x	-1,3	-1,6	61x	..	80x	4x	6x	14x	505	..	4	6x
21 Uganda	170	-2,2	3,3	107x	..	..	2x	15x	26x	566	20	3	42
22 Camboya	200x	..	..	..	..	..	..	..	..	62	4	..	..
23 Burundi	210	2,4	1,3	4	55x	85x	4x	16x	16x	249	21	2	30
24 Rep. Centroafricana	390	0,8	-1,4	5	..	91	..	..	..	225	19	5	5
25 Yemen	520	..	..	..	..	..	5	21	21	..	..	..	8
26 Tanzania	100	0,8	-0,8	26	..	..	6x	8x	16x	1038	41	5	19x
27 Ghana	400	-0,8	-0,3	40	59	37	9	26	3	603	10	6	15
28 Madagascar	210	-0,4	-2,5	17	50x	50x	7	17	8	358	14	4	24
29 Sudán	420x	0,8	-2,4	34x	..	85x	..	..	..	836	..	11	4
30 Gabón	3780	5,6	-4,2	2	..	..	..	..	..	142	3	6	6x
31 Lesotho	580	6,8	-0,5	14	50x	55x	11	22	6	125	12	5	5
32 Burkina Faso	290	1,7	1,2	4	..	..	5	14	18	379	14	7	8x
33 Benin	380	-0,3	-0,9	2	..	..	6x	31x	17x	270	15	2	7
34 Senegal	720	-0,5	0,1	6	..	..	..	..	..	789	14	3	14x
35 Lao Rep. Dem. Pop.	220	..	1,2	..	..	..	..	..	..	161	17	..	8x
36 Pakistán	400	1,8	3,2	7	32x	29x	1	2x	28x	1183	3	24	22x
37 Togo	410	1,7	-1,3	4	42x	..	5	20	11	201	13	3	5
38 Haití	370	0,9	-2,4	7	65	80	..	..	..	197	8	59	5
39 Nepal	180	..	2,1	9	55x	61x	5	11	6	403	12	3	12
40 Bangladesh	220	-0,3	1,9	9	86x	86x	5x	11x	10x	2142	9	..	19
41 Côte d'Ivoire	690	2,8	-4,6	4	30	26	4x	..	..	597	7	7	14
42 India	330	1,5	3,2	8	29	33	2	2	17	1657	1	22	27
43 Bolivia	650	1,7	-2,0	263	..	..	3	19	13	540	11	11	24
44 Camerún	850	2,4	-1,0	5	15x	40x	3	12	7	507	5	3	13x
45 Myanmar	220x	1,6	..	..	40x	40x	7	16	22	167	..	12	..
46 Indonesia	610	5,2	3,9	9	20	16	2	9	8	1733	2	7	21
47 Congo	1120	2,7	-0,2	0	..	..	..	..	..	134	5	12	19
48 Libia	5310x	0,0	-9,2x	0x	..	..	..	..	..	19	..	..	..
49 Turkmenistán	1700	..	0,7	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
50 Turquía	1780	3,6	2,9	45	..	..	3	18	10	1640	2	22	29
51 Zimbabue	650	1,7	-0,2	13	..	..	8x	..	17x	376	6	2	23
52 Tayikistán	1050	..	-0,1	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Iraq	1500x	..	..	..	..	..	..	..	..	417	..	..	..
54 Mongolia	780x	..	..	-1x	..	..	..	..	..	18	..	..	..
55 Namibia	1460	..	-1,2	13	..	..	10	22	7	179	8	..	..
56 Papúa Nueva Guinea	830	..	-0,6	5	10x	75x	9	15	5	381	12	1	14
57 Guatemala	930	3,0	-1,8	18	17	51	10	20	13	189	2	7	15
58 Nicaragua	460	-0,7	-4,4	584	21x	19x	11x	9x	50x	680	39	11	111
59 Kenia	340	3,1	0,3	9	10x	55x	5	20	10	884	10	6	22x
60 Argelia	1980	4,2	-0,7	10	20x	..	..	..	..	351	1	4	69
61 Sudáfrica	2560	3,2	0,7	14	..	..	..	..	..	..	..	..	..
62 Uzbekistán	1350	..	0,8	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
63 Brasil	2940	6,3	0,5	328	9	34	7	3	4	196	0	13	22
64 Perú	1070	0,8	-2,4	287	46	83	6	21	18	339	1	12	18
65 El Salvador	1080	1,5	-0,3	17	20	32	8	14	21	..	..	4	..
66 Marruecos	1030	2,7	1,6	7	28x	45x	3	17	15	1203	5	9	32
67 Kirguistán	1550	..	2,1	..	..	..	..	..	..	4	0	..	..
68 Filipinas	730	3,2	-1,2	15	52	64	4	16	11	1231	3	8	19
69 Ecuador	1000	5,4	-0,6	38	40	65	11	18	13	206	2	9	27
70 Botswana	2530	9,9	5,6	13	40	55	5	21	13	131	4	1	3
71 Honduras	580	1,1	-0,5	7	31	70	..	..	7x	332	11	3	25
72 Irán	2170	2,9	-1,3	14	..	..	8	21	10	81	0	..	1
73 Egipto	610	2,8	1,9	13	34	34	3	13	13	4638	14	38	17
74 Azerbaiyán	1670	..	0,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
75 Rep. Dominicana	940	3,8	-0,2	25	45x	43x	14	10	5	95	1	4	9

	PNB per cápita (dólares) 1991	Tasa media anual de crecimiento PNB per cápita %		Tasa de inflación % 1990-1991	Población por debajo del nivel de pobreza absoluta % 1980-1988		% Gasto Gobierno central asignado a: (1986-92)			Flujos de AOD en millones de dólares 1991	Flujos de AOD en % PNB país receptor 1991	Servicio de la deuda en % exportación bienes y servicios	
		1985-90	1980-91		urbana	rural	salud	educación	defensa			1970	1991
76 Kazajstán	2470	--	0,9	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
77 Viet Nam	240x	--	--	--	--	--	--	--	--	218	--	--	--
78 Líbano	2150x	--	--	--	--	--	--	--	--	138	--	--	--
79 China	370	4,1	7,8	6	--	13	--	--	8x	2166	1	--	10
80 Arabia Saudí	7820	4,0x	-3,4	-2	--	--	--	--	--	43	0	--	--
81 Siria	1160	5,1	-1,4	14	--	--	2	7	32	219	2	11	27x
82 Túnez	1500	4,7	1,1	7	20x	15x	6	17	6	312	3	20	21
83 Moldova, Rep. de	2170	--	1,8	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
84 Albania	790x	--	--	--	--	--	--	--	--	303	--	--	--
85 Armenia	2150	--	2,1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
86 Paraguay	1270	4,1	-0,8	25	19x	50x	4	13	13	111	2	12	16x
87 Corea, Rep. Pop. Dem.	970x	--	--	--	--	--	--	--	--	8	--	--	--
88 México	3030	3,6	-0,5	67	--	--	2	14	2	183	0	24	22
89 Tailandia	1570	4,4	5,9	4	10	25	7	20	17	738	1	3	5
90 Rusia, Fed. de	3220	--	1,3	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
91 Omán	6120	9,0	4,4	-3	--	--	5	11	35	15	0	--	13x
92 Jordania	1050	5,8x	-1,7	2	14x	17x	5	15	21	668	17	4	22
93 Georgia	1640	--	2,2	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
94 Rumania	1390	--	0,0	6	--	--	9	10	10	--	--	--	1
95 Letonia	3410	--	2,8	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
96 Ucrania	2340	--	2,3	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
97 Argentina	2790	1,7	-1,5	417	--	--	3	10	10	255	0	22	37
98 Estonia	3830	--	2,1	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
99 Mauricio	2410	3,7	6,1	8	12x	12x	9	15	2	95	4	3	6
100 Venezuela	2730x	2,3	-1,3	21	--	--	10	20	6x	81	0	--	13
101 Bielorrusia	3110	--	3,3	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
102 Trinidad y Tabago	3670	3,1	-5,2	7	--	39x	--	--	--	9	0	5	15x
103 Emiratos Árabes Unidos	19680x	--	-5,8	1x	--	--	7	15	44	6	0	--	--
104 Uruguay	2840	2,5	-0,4	64	22	--	4	7	9	59	1	22	27
105 Yugoslavia (anterior)	3060x	5,2	-1,4	123	--	--	--	--	53	130	--	10	14
106 Colombia	1260	3,7	1,2	25	32	70	--	--	--	143	0	12	32
107 Lituania	2710	--	2,5	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
108 Panamá	2130	2,8	-1,8	2	21x	30x	21	17	5	112	2	8	3
109 Bulgaria	1840	--	1,7	8	--	--	5	6	6	--	--	--	21
110 Sri Lanka	500	2,8	2,5	11	--	--	5	8	9	651	8	11	11
111 Malasia	2520	4,7	2,9	2	13	38	5	19	12	459	1	4	7
112 Chile	2160	0,0	1,6	21	12	20	6	10	8	122	0	19	24
113 Kuwait	16150x	0,6x	-2,2x	-3x	--	--	7	14	20	--	--	--	--
114 Polonia	1790	--	0,6	63	--	--	--	--	--	--	--	--	5
115 Hungría	2720	5,1	0,7	10	--	--	8x	3x	4x	--	--	--	30
116 Costa Rica	1850	3,3	0,7	23	8	20	32	19	2	193	3	10	15
117 Jamaica	1380	-0,1	0,0	20	--	80	7x	11x	8x	197	6	3	24
118 Eslovaquia	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
119 Portugal	5930	4,6	3,1	17	--	--	--	--	6x	--	--	7	22
120 Rep. Checa	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
121 Cuba	1170x	--	--	--	--	--	23x	10x	--	42	--	--	--
122 Israel	11950	3,7	1,7	89	--	--	4	10	22	1365	2	3	--
123 Bélgica	18950	3,6	2,0	4	--	--	12x	2x	5x	--	--	--	--
124 EE.UU.	22240	1,8	1,7	4	--	--	14	2	22	--	--	--	--
125 Nueva Zelanda	12350	1,7	0,7	10	--	--	12	12	4	--	--	--	--
126 Italia	18520	3,2	2,2	10	--	--	11x	8x	4x	--	--	--	--
127 España	12450	4,1	2,8	9	--	--	14	6	5	--	--	--	--
128 Grecia	6340	4,8	1,1	18	--	--	--	--	--	38	0	9	--
129 Corea, Rep. de	6330	7,3	8,7	6	18x	11x	1	16	22	64	0	20	6x
130 Austria	20140	4,0	2,1	4	--	--	13	9	2	--	--	--	--
131 Francia	20380	3,7	1,8	6	--	--	15x	7x	7x	--	--	--	--
132 Reino Unido	16550	2,0	2,6	6	--	--	13	3	11	--	--	--	--
133 Australia	17050	2,2	1,6	7	--	--	13	7	9	--	--	--	--
134 Suiza	33610	1,5	1,6	4	--	--	13	3	10	--	--	--	--
135 Alemania	23650	3,0x	2,2	3	--	--	19x	1x	8x	--	--	--	--
136 Canadá	20440	3,3	2,0	4	--	--	5	3	7	--	--	--	--
137 Dinamarca	23700	2,2	2,2	5	--	--	1x	9x	5x	--	--	--	--
138 Noruega	24220	3,6	2,3	5	--	--	10	9	8	--	--	--	--
139 Países Bajos	18780	2,7	1,6	2	--	--	12	11	5	--	--	--	--
140 Suecia	25110	2,0	1,7	7	--	--	1	9	6	--	--	--	--
141 Hong Kong	13430	6,2	5,6	8	--	--	--	17x	--	34	0	--	--
142 Singapur	14210	8,3	5,3	2	--	--	5	20	24	-18	--	1	--
143 Finlandia	23980	3,6	2,5	7	--	--	11	15	5	--	--	--	--
144 Japón	26930	5,1	3,6	2	--	--	--	--	--	--	--	--	--
145 Irlanda	11120	2,8	3,3	6	--	--	13	12	3	--	--	--	--

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1992 (tabla 1).

Tabla 7: Situación de la Mujer

	Esperanza de vida femenina/masculina % 1992	Tasa de alfabetización femenina/masculina % 1990	Tasas de escolarización:		Prevalencia de anticonceptivos % 1990-1992	Mujeres embarazadas inmunizadas Tetanos 1990-1992	Partos atendidos por personal especializado 1983-1992	Tasa de mortalidad materna 1980-1991
			Primaria fem./masc. % 1988-1991	Secundaria fem./masc. % 1988-1991				
1 Níger	107	43	57	44	4	45	15	700
2 Angola	107	52	93	..	1x	8	15	..
3 Mozambique	107	47	71	56	4	32	25	300
4 Afganistán	102	32	52	45	2x	9	9	640
5 Sierra Leona	108	35	70	57	4	80	25	450
6 Guinea-Bissau	108	48	55	44	1x	35	27	700x
7 Guinea	102	37	48	33	1x	70	25	800
8 Malawi	103	..	83	50	13	66	55	400
9 Rwanda	107	58	99	67	21	88	29	210
10 Mali	107	59	57	44	5	8	32	2000
11 Liberia	105	58	55x	39x	6	20	58	..
12 Somalia	107	39	50x	58x	1	5x	2	1100
13 Chad	107	43	44	25	1x	5	15	960
14 Eritrea	..	..	..	..	..	..	..	..
15 Etiopía	107	48x	65	71	2	7	14	560x
16 Mauritania	107	45	70	45	4	40	40	..
17 Zambia	103	80	92	56	15	20	51	150
18 Bhután	103	49	65	29	2	43	7	1310
19 Nigeria	107	65	77	77	6	25	37	800
20 Zaire	106	73	75	50	1x	29x	..	800
21 Uganda	105	56	83	50	5	16	38	300
22 Camboya	106	46	..	..	..	22	47	500
23 Burundi	107	66	81	67	9	56	19	..
24 Rep. Centroafricana	110	48	61	35	..	87	66	600
25 Yemen	101	49	39	21	7	13	16	..
26 Tanzania	106	..	98	80	10	15	53	340x
27 Ghana	107	73	82	65	13	9	40	1000
28 Madagascar	106	83	96	90	17	2	58	570
29 Sudán	105	28	71x	74x	9	14	69	550
30 Gabón	106	66	..	..	..	86	80	190
31 Lesotho	109	..	116	148	5x	40	40	..
32 Burkina Faso	107	32	62	56	8	26	42	810
33 Benin	107	50	51	38	9	83	45	160
34 Senegal	104	48	73	52	11	26	41	600
35 Lao Rep. Dem. Pop.	106	83x	78	68	..	19	..	300
36 Pakistán	110	45	55	45	12	42	35	500
37 Togo	107	55	63	30	34	81	54	420
38 Haití	106	80	94	95	10	5	20	340
39 Nepal	98	34	51	40	14	18	6	830
40 Bangladesh	99	47	87	52	31	80	5	600
41 Côte d'Ivoire	106	60	70	44	3	35	50	..
42 India	101	55	76	61	43	77	33	460
43 Bolivia	108	84	90	84	30	52	55	600
44 Camerún	106	64	86	68	13	7	64	430
45 Myanmar	106	81	94	92	13	72	57	460
46 Indonesia	106	85	96	84	48	60	32	450
47 Congo	110	83	..	38x	..	60	..	900
48 Libia	106	67	..	..	..	16	76	70x
49 Turkmenistán	..	..	..	..	..	..	..	..
50 Turquía	108	79	92	64	63	22	77	150
51 Zimbabue	105	81	98	85	43	60	70	..
52 Tayikistán	..	..	..	..	..	..	..	..
53 Iraq	105	70	84	64	18	45	50	120
54 Mongolia	104	..	104	110	..	..	99	140
55 Namibia	104	..	111	127	26	52	68	370x
56 Papúa Nueva Guinea	103	58	84	67	4	52	20	900
57 Guatemala	108	75	85	85x	23	18	51	200
58 Nicaragua	106	..	107	142	27	12	73	..
59 Kenya	107	74	96	70	27	37	50	170x
60 Argelia	104	66	85	80	51	27	15	140x
61 Sudáfrica	110	96x	..	..	48	..	..	84x
62 Uzbekistán	..	..	..	..	..	..	..	..
63 Brasil	109	96	96x	116x	66	21	95	200
64 Perú	106	87	96x	91x	59	27	52	300
65 El Salvador	108	92	110	100	47	26	66	..
66 Marruecos	106	62	68	71	42	80	26	300x
67 Kirguistán	..	..	..	..	..	..	..	..
68 Filipinas	106	99	99	104	36	52	55	100
69 Ecuador	107	95	99	104	53	5	84	170
70 Botswana	110	77	105	107	33	46	78	250
71 Honduras	107	95	101	103x	41	16	81	220
72 Irán	102	67	89	75	23x	87	70	120
73 Egipto	104	54	86	77	47	70	41	270
74 Azerbaiyán	..	..	..	..	..	..	..	..
75 Rep. Dominicana	107	96	101	130x	56	24	92	..

	Esperanza de vida femenina/ masculina % 1992	Tasa de alfabetización femenina/ masculina % 1990	Tasas de escolarización		Prevalencia de anticonceptivos % 1980-1993	Mujeres embarazadas inmunizadas Tétanos % 1990-1992	Partos atendidos por personal especializado % 1983-1992	Tasa de mortalidad materna 1980-1991
			Primaria fem./masc. % 1986-1991	Secundaria fem./masc. % 1986-1991				
76 Kazajstán	..	..	..	..	..	..	..	..
77 Viet Nam	107	91	94x	93x	53	42	95	120
78 Líbano	106	83	90x	98x	55x	..	45	..
79 China	105	74	92	77	83	3	94	95
80 Arabia Saudí	104	66	87	75	..	62	90	41
81 Siria	106	65	89	72	52	63	61	140
82 Túnez	103	76	89	80	50	44	69	70
83 Moldova, Rep. de	..	..	..	..	..	..	..	..
84 Albania	109	..	100	87	..	..	99	..
85 Armenia	..	..	..	..	..	..	..	..
86 Paraguay	107	96	97	107	48	54	66	300
87 Corea, Rep. Pop. Dem.	109	..	94	..	..	97	100	41
88 México	110	94	97	102	53	42	77	110
89 Tailandia	108	94	99	97	66	72	71	50
90 Rusia, Fed. de	..	..	..	..	..	..	..	..
91 Omán	106	..	92	81	9	97	60	..
92 Jordania	106	79	97x	92x	35	32	87	48x
93 Georgia	..	..	..	..	..	..	..	..
94 Rumania	109	..	112	97	58x	..	100	72
95 Letonia	114	..	..	..	..	..	..	..
96 Ucrania	..	..	..	..	..	..	..	..
97 Argentina	110	100	107	113	74	..	87	140
98 Estonia	114	100x	..	..	..	..	..	..
99 Mauricio	110	89x	102	100	75	77	85	99
100 Venezuela	109	103	100	137	49x	..	69	..
101 Bielorrusia	..	..	..	..	..	..	..	..
102 Trinidad y Tabago	107	96x	101	104	63	..	98	110
103 Emiratos Árabes Unidos	106	66x	97	114	..	..	99	..
104 Uruguay	109	99	99	102x	..	13	96	36
105 Yugoslavia (anterior)	109	91	100	99	55x	..	86	27
106 Colombia	109	99	102	119	66	40	94	200
107 Lituania	113	99	..	..	..	..	..	..
108 Panamá	106	100	96	109	58	27	96	60
109 Bulgaria	109	..	98	104	76x	..	100	9
110 Sri Lanka	106	90	97	107	62	67	94	80
111 Malasia	106	81	100	105	51	83	87	59
112 Chile	110	100	98	108	43x	..	98	67
113 Kuwait	106	87	98	94	..	22	99	6
114 Polonia	113	..	99	105	75x	..	100	11
115 Hungría	112	100x	100	101	73	..	99	15
116 Costa Rica	106	100	99	105	70	68	93	36
117 Jamaica	106	101	101	111	55	50	82	120
118 Eslovaquia	..	..	..	..	..	..	..	..
119 Portugal	110	91	97	102	66x	..	90	10
120 Rep. Checa	..	..	..	..	..	..	..	..
121 Cuba	105	98	95	112	70	98	90	39
122 Israel	105	94x	103	109	..	..	99	3
123 Bélgica	109	..	101	101	81	..	100	3
124 EE.UU.	109	..	99	99	74	..	99	8
125 Nueva Zelanda	108	..	99	103	70x	..	99	13
126 Italia	109	98	100	100	78x	..	..	4
127 España	108	96	99	110	59	..	96	5
128 Grecia	107	91	101	96	..	..	97	5
129 Corea, Rep. de	109	95	103	97	77	..	89	26
130 Austria	109	..	99	104	71	..	..	8
131 Francia	111	..	98	108	79x	..	94	9
132 Reino Unido	107	..	101	104	72	..	100	8
133 Australia	109	..	100	104	67x	..	99	3
134 Suiza	109	..	..	..	71	..	99	5
135 Alemania	109	..	100	97	..	..	99	5
136 Canadá	109	..	98	101	73	..	99	5
137 Dinamarca	108	..	101	102	63x	..	100	3
138 Noruega	109	..	100	104	71x	..	..	3
139 Países Bajos	108	..	103	97	76	..	100	10
140 Suecia	108	..	101	104	78	..	100	5
141 Hong Kong	107	..	99	106	81	..	100	6
142 Singapur	108	80x	98	104	74	..	100	10
143 Finlandia	111	..	99	119	80x	..	100	11
144 Japón	108	..	100	103	64	..	100	11
145 Irlanda	108	..	101	110	..	..	..	2

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1992 (tabla 1).

Tabla 8: Indicadores Básicos de los países menos poblados

	Tasa de mortalidad menores de cinco años		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (miles) 1992	Nacimientos anuales (miles) 1992	Muertes anuales (0-5 años) (miles) 1992	PNB per cápita (dólares) 1991	Esperanza de vida al nacer (años) 1992	Total adultos alfabetizados % 1985-1990	Estratificación en enseñanza primaria % 1986-1991	Niños inmunizados contra el sarampión %	
	1990	1992	1990	1992								1991-1992	1991-1992
1 Gambia	375	220	213	133	908	40,3	8,8	360	45	27	64	83	
2 Guinea Ecuatorial	316	182	188	118	369	16,2	3,0	330	48	50x	134x	66	
3 Djibouti	289	158	186	113	467	21,9	3,5	1210	49	12	47	83	
4 Comoros	248	130	165	90	585	28,7	3,7	500	56	48x	75	32	
5 Swazilandia	233	107	157	74	792	29,6	3,2	1050	58	67	104	85	
6 Islas Marshall	..	92	..	63	49	1,4	0,1	*	..	91	95	86	
7 Santo Tomé y Príncipe	..	85	..	65	124	4,5	0,4	400	68	57x	..	61	
8 Vanuatu	..	85	..	65	157	6,0	0,5	1150	65	64	103	74	
9 Kiribati	..	81	..	60	74	2,4	0,2	720	56	93	91	77	
10 Maldivas	258	78	158	56	227	8,8	0,7	460	63	91	87	98	
11 Guyana	126	65	100	49	808	20,7	1,3	430	65	96x	115	76	
12 Cabo Verde	164	60	110	44	384	13,8	0,8	750	68	37x	116	82	
13 Samoa	..	58	..	45	158	5,2	0,3	960	66	98	100	91	
14 Tuvalu	..	56	..	40	12	..	0,0	850	..	99	101	83	
15 Belice	..	52	..	41	198	7,2	0,4	2010	69	93	90	72	
16 San Cristóbal-Nevis	..	42	..	34	42	0,8	0,0	3960	71	90	..	99	
17 Surinam	96	35	70	28	438	11,4	0,4	3630	70	95	132	84	
18 Granada	..	35	..	29	91	2,2	0,1	2180	71	96x	88x	73	
19 Palau	..	35	..	25	16	0,5	0,0	790	..	98	103	94	
20 Islas Salomón	185	34	120	27	342	12,9	0,4	560	70	62	93	74	
21 Qatar	239	33	145	27	453	10,4	0,3	14770	70	76	97	79	
22 Islas Virgenes Británicas	..	33x	..	27x	17	0,3	0,0x	8500	75	98x	..	99	
23 Islas Turcos y Caicos	..	31x	..	25x	13	0,2	0,0x	780	..	98x	..	59	
24 Bahamas	68	29	51	24	264	5,2	0,2	11750	72	..	..	93
25 Fiji	97	29	71	24	739	17,6	0,5	1930	71	87	123	91	
26 Estados Fed. de Micronesia	..	29	..	25	109	3,7	0,4	*	71	81	100	88	
27 Islas Cook	..	28	..	26	17	0,4	0,0	1550	..	99	98	87	
28 Antigua y Barbuda	..	25	..	20	66	1,1	0,0	4430	74	95	100	87	
29 San Vicente y Granadinas	..	25	..	20	109	2,4	0,1	1730	71	82	95x	100	
30 Tonga	..	25	..	21	97	2,9	0,1	1280	68	99	98	90	
31 Dominica	..	22	..	18	72	1,5	0,0	2440	73	94x	..	98	
32 Santa Lucía	..	21	..	17	137	3,8	0,1	2490	72	82x	95x	97	
33 Seychelles	..	20	..	16	72	1,6	0,0	5110	71	88	102x	92	
34 Bahrain	208	16	130	13	533	14,1	0,2	7130	71	77x	103	87	
35 Montserrat	..	15	..	12	11	0,2	0,0	3330	75	97x	100x	100	
36 Barbados	90	12	74	10	259	4,1	0,0	6630	76	98	114	90	
37 Malta	42	11	37	9	369	5,5	0,1	7280	76	86	109	80	
38 Chipre	36	11	30	9	716	12,3	0,1	8640	77	94	103	74	
39 Luxemburgo	41	11	33	9	378	4,7	0,1	31780	75	..	93	80	
40 Brunel Darussalam	87	10	63	8	270	6,5	0,1	20760	74	78x	..	99	
41 Islandia	22	7	17	6	260	4,5	0,0	23170	78	..	101	99	

* De 1500 a 3499 dólares

MEDICIÓN DEL DESARROLLO HUMANO

Introducción a la tabla 9

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

En la tabla 9 de la página siguiente se utiliza la tasa de mortalidad de los menores de cinco años (TMM5) como el principal indicador de este tipo de progreso.

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

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

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

Por todas estas razones, el UNICEF ha elegido la TMM5 como el indicador simple más representativo del estado

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

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

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

Como muestra la tabla 9, no existe una relación fija entre la tasa anual de reducción de la TMM5 y la tasa anual de crecimiento del PNB per cápita. Estas comparaciones ayudan a destacar la importancia de las políticas, las prioridades y otros factores determinantes en la relación entre progreso económico y progreso social.

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

Tabla 9: Ritmo de Progreso

	Tasa de mortalidad de menores de cinco años						PIB per cápita		Tasa global de fecundidad				
				Tasa media anual de reducción (%)			Tasa media anual de crecimiento (%)		Tasa media anual de reducción (%)				
	1990	1992	1992	1990-92	1992-2000	1992-2000	1995-97	1997-99	1990	1992	1992	1990-92	1992-97
1 Niger	320	320	320	0,0	0,0	19,0	-2,5	-4,1	7,1	7,1	7,1	0,0	0,0
2 Angola	345	261	292	1,4	-0,9	17,9	...	6,1x	6,4	6,9	7,2	-0,4	-0,4
3 Mozambique	331	269	287	1,0	-0,5	17,6	...	-1,1	6,3	6,5	6,5	-0,2	0,0
4 Afganistán	360	280	257	1,3	0,7	16,3	0,6	...	6,9	7,1	6,9	-0,1	0,2
5 Sierra Leona	385	301	249	1,2	1,6	15,9	0,7	-1,6	6,2	6,5	6,5	-0,2	0,0
6 Guinea-Bissau	336	290	239	0,7	1,6	15,3	-2,7	1,1	5,1	5,7	5,8	-0,6	-0,1
7 Guinea	337	276	230	1,0	1,5	14,9	1,3	...	7,0	7,0	7,0	0,0	0,0
8 Malawi	365	290	226	1,1	2,1	14,6	3,2	0,1	7,6	7,6	7,6	-0,5	0,0
9 Rwanda	191	222	222	-0,8	0,0	14,4	1,6	-2,4	8,5	8,5	8,5	-0,6	0,0
10 Mali	400	310	220	1,3	2,9	14,3	2,1x	-0,1	7,1	7,1	7,1	0,0	0,0
11 Liberia	288	235	217	1,0	0,7	14,1	0,5	5,2x	6,6	6,8	6,8	-0,1	0,0
12 Somalia	294	246	211	0,9	1,3	13,8	-0,1	-1,8x	7,0	7,0	7,0	0,0	0,0
13 Chad	325	254	209	1,2	1,6	13,7	-1,9	3,8	6,0	5,9	5,9	0,1	0,0
14 Eritrea	294	260	208	0,6	1,9	13,6	...	...	...	...	5,8	...	...
15 Etiopía	294	260	208	0,6	1,9	13,6	0,4	-1,6	6,7	6,8	7,0	-0,1	-0,2
16 Mauritania	321	249	206	1,3	1,6	13,5	-0,1	-1,8	6,5	6,5	6,5	0,0	0,0
17 Zambia	220	160	202	1,6	-1,9	13,2	-1,2	-2,9x	6,6	7,1	6,4	-0,4	0,9
18 Bhután	324	249	201	1,3	1,8	13,2	...	6,8	6,0	5,9	5,9	0,1	0,0
19 Nigeria	204	196	191	0,2	0,2	12,5	4,2	-2,3	6,8	6,9	6,5	-0,1	0,5
20 Zaire	286	204	188	1,7	0,7	12,3	-1,3	-1,6	6,0	6,6	6,7	-0,5	-0,1
21 Uganda	218	181	185	0,9	-0,2	12,1	-2,2	3,3	6,9	7,0	7,3	-0,1	-0,3
22 Camboya	217	330	184	-2,1	4,9	12,1	...	...	6,3	4,5	4,5	1,7	0,0
23 Burundi	255	193	179	1,4	0,6	11,7	2,4	1,3	6,8	6,8	6,8	0,0	0,0
24 Rep. Centroafricana	294	202	179	1,9	1,0	11,7	0,8	-1,4	5,6	6,0	6,2	-0,3	-0,3
25 Yemen	378	236	177	2,4	2,4	11,6	...	...	7,5	7,7	7,2	-0,1	0,6
26 Tanzania	249	202	176	1,0	1,2	11,5	0,8	-0,8	6,8	6,8	6,8	0,0	0,0
27 Ghana	215	157	170	1,6	-0,7	11,1	-0,8	-0,3	6,9	6,5	6,0	0,3	0,7
28 Madagascar	364	216	168	2,6	2,1	11,0	-0,4	-2,5	6,6	6,6	6,6	0,0	0,0
29 Sudán	292	210	166	1,7	2,0	10,8	0,8	-2,4	6,7	6,6	6,1	0,1	0,7
30 Gabón	287	194	158	2,0	1,7	10,1	5,6	-4,2	4,1	4,4	5,3	-0,4	-1,6
31 Lesotho	204	173	156	0,8	0,8	10,0	6,8	-0,5	5,8	5,6	4,7	0,2	1,5
32 Burkina Faso	318	218	150	1,9	3,1	9,5	1,7	1,2	6,4	6,5	6,5	-0,1	0,0
33 Benin	310	176	147	2,8	1,5	9,3	-0,3	-0,9	6,9	7,1	7,1	-0,1	0,0
34 Senegal	303	221	145	1,6	3,5	9,1	-0,5	0,1	7,0	6,9	6,1	0,1	1,0
35 Lao Rep. Dem. Pop.	233	190	145	1,0	2,3	9,1	...	1,2	6,2	6,7	6,7	-0,4	0,0
36 Pakistán	221	151	137	1,9	0,8	8,4	1,8	3,2	6,9	7,0	6,2	-0,1	1,0
37 Togo	264	175	137	2,0	2,0	8,4	1,7	-1,3	6,6	6,6	6,6	0,0	0,0
38 Haití	270	195	133	3,2	3,2	8,1	0,9	-2,4	6,3	5,3	4,8	0,9	0,8
39 Nepal	279	177	128	2,3	2,7	7,5	...	2,1	5,8	6,4	5,5	-0,5	1,3
40 Bangladesh	247	211	127	0,8	4,2	7,4	-0,3	1,9	6,7	6,4	4,8	0,2	2,4
41 Côte d'Ivoire	300	180	124	2,6	3,1	7,1	2,8	-4,6	7,2	7,4	7,4	-0,1	0,0
42 India	236	177	124	1,4	3,0	7,1	1,5	3,2	5,9	4,8	3,9	1,0	1,7
43 Bolivia	252	170	118	2,0	3,0	6,5	1,7	-2,0	6,7	5,8	4,6	0,7	1,9
44 Camerún	264	173	117	2,1	3,3	6,4	2,4	-1,0	5,8	6,4	5,7	-0,5	1,0
45 Myanmar	237	146	113	2,4	2,1	6,0	1,6	...	6,0	5,1	4,2	0,8	1,6
46 Indonesia	216	128	111	2,6	1,2	5,8	5,2	3,9	5,5	4,4	3,1	1,1	2,9
47 Congo	220	125	110	2,8	1,1	5,6	2,7	-0,2	5,9	6,3	6,3	-0,3	0,0
48 Libia	269	150	104	2,9	3,0	4,9	0,0	-9,2x	7,1	7,3	6,4	-0,1	1,1
49 Turkmenistán	...	...	91	...	...	...	...	0,7	...	...	4,5	...	...
50 Turquía	217	141	87	2,2	4,0	4,0	3,6	2,9	6,3	4,3	3,5	1,9	1,7
51 Zimbabue	181	125	86	1,8	3,2	4,4	1,7	-0,2	7,5	6,4	5,4	0,8	2,9
52 Tayikistán	...	...	85	...	...	...	...	-0,1	...	...	5,3	...	...
53 Iraq	171	83	80	3,6	0,3	11,5	...	...	7,2	6,5	5,7	0,5	1,1
54 Mongolia	185	112	80	2,5	2,8	4,4	...	...	6,0	5,4	4,7	0,5	1,2
55 Namibia	206	114	79	3,0	3,1	4,4	...	-1,2	6,0	6,0	6,0	0,0	0,0
56 Papúa Nueva Guinea	248	95	77	4,8	1,8	4,6	...	-0,6	6,3	5,7	4,9	0,5	1,3
57 Guatemala	205	136	76	2,0	4,8	3,7	3,0	-1,8	6,9	6,3	5,4	0,5	1,3
58 Nicaragua	209	143	76	1,9	5,3	3,4	-0,7	-4,4	7,4	6,2	5,1	0,9	1,6
59 Kenia	202	112	74	2,9	3,5	4,4	3,1	0,3	8,0	7,8	6,3	0,1	1,8
60 Argelia	243	145	72	2,6	5,8	3,9	4,2	-0,7	7,3	6,8	4,9	0,4	2,7
61 Sudáfrica	126	91	70	1,6	2,2	4,6	3,2	0,7	6,5	4,9	4,1	1,4	1,5
62 Uzbekistán	...	...	68	...	...	...	...	0,8	...	...	4,3	...	...
63 Brasil	181	93	65	3,3	2,9	4,3	6,3	0,5	6,2	4,0	2,8	2,2	3,0
64 Perú	236	130	65	3,0	5,8	3,5	0,8	-2,4	6,9	5,0	3,6	1,6	2,7
65 El Salvador	210	120	63	2,8	5,4	3,7	1,5	-0,3	6,8	5,4	4,1	1,2	2,3
66 Marruecos	215	145	61	2,0	7,2	3,0	2,7	1,6	7,2	5,7	4,4	1,2	2,2
67 Kirguistán	...	...	60	...	...	...	...	2,1	...	...	3,9	...	...
68 Filipinas	102	70	60	1,9	1,2	4,7	3,2	-1,2	6,9	4,9	4,0	1,7	1,7
69 Ecuador	180	101	59	2,9	4,5	4,2	5,4	-0,6	6,9	5,1	3,7	1,5	2,7
70 Botswana	170	94	58	3,0	4,0	4,2	9,9	5,6	6,8	6,8	5,1	0,0	2,4
71 Honduras	203	100	58	3,6	4,5	4,2	1,1	-0,5	7,3	6,4	5,0	0,7	2,1
72 Irán	233	126	58	3,1	6,5	3,3	2,9	-1,3	7,2	6,5	6,0	0,5	0,7
73 Egipto	258	180	55	1,8	9,9	2,0	2,8	1,9	7,0	5,2	4,2	1,5	1,8
74 Azerbaiyán	...	...	53	...	...	...	...	0,4	...	...	3,2	...	...
75 Rep. Dominicana	152	94	50	2,4	5,2	3,6	3,8	-0,2	7,4	4,5	3,4	2,5	2,3

	Tasa de mortalidad de menores de cinco años						PIB per cápita		Tasa global de fecundidad				
	Tasa media anual de reducción (%)						Tasa media anual de crecimiento (%)		Tasa media anual de reducción (%)				
	1980	1990	1992	1990-80	1990-92	**requerida 1992-2000	1985-80	1990-91	1990	1990	1992	1990-80	1990-92
76 Kazajstán	..	..	50	..	..	..	..	0,9	..	..	2,7	..	..
77 Viet Nam	219	105	49	3,7	6,3	3,7	..	..	6,0	5,1	3,9	0,8	2,2
78 Líbano	91	62	44	1,9	2,8	4,2	..	..	6,3	4,0	3,1	2,3	2,1
79 China	209	65	43	5,9	3,4	5,1	4,1	7,8	5,7	2,7	2,2	3,7	1,7
80 Arabia Saudí	292	90	40	5,9	6,7	3,7	4,0x	-3,4	7,2	7,3	6,4	-0,1	1,1
81 Siria	201	73	40	5,1	5,0	3,8	5,1	-1,4	7,3	7,4	6,2	-0,1	1,5
82 Túnez	244	102	38	4,4	8,2	2,7	4,7	1,1	7,1	5,3	3,5	1,5	3,5
83 Moldavia, Rep. de	..	..	36	..	..	..	..	1,8	..	..	2,5	..	..
84 Albania	151	57	34	4,9	4,3	5,6	..	..	5,9	3,8	2,7	2,2	2,8
85 Armenia	..	..	34	..	..	..	..	2,1	..	..	..	..	..
86 Paraguay	90	61	34	1,9	4,9	4,0	4,1	-0,8	6,8	4,9	4,4	1,6	0,9
87 Corea, Rep. Pop. Dem.	120	43	33	5,1	2,3	4,4	..	..	5,8	3,1	2,4	3,1	2,1
88 México	141	81	33	2,8	7,5	3,0	3,6	-0,5	6,8	4,7	3,2	1,8	3,2
89 Tailandia	146	61	33	4,4	5,1	3,8	4,4	5,9	6,4	3,6	2,2	2,9	4,1
90 Rusia, Fed. de	..	..	32	..	..	..	..	1,3	..	..	1,8	..	..
91 Omán	300	95	31	5,7	9,3	3,6	9,0	4,4	7,2	7,2	6,8	0,0	0,5
92 Jordania	149	66	30	4,1	6,5	3,3	5,8x	-1,7	7,7	7,1	5,7	0,4	1,8
93 Georgia	..	..	29	..	..	..	..	2,2	..	..	2,1	..	..
94 Rumania	82	36	28	4,1	2,0	3,0	..	0,0	2,3	2,4	2,1	-0,2	1,1
95 Letonia	..	..	26	..	..	..	..	2,8	1,9	2,0	2,0	-0,3	0,0
96 Ucrania	..	..	25	..	..	..	..	2,3	..	..	1,8	..	..
97 Argentina	68	41	24	2,5	4,5	4,1	1,7	-1,5	3,1	3,3	2,8	-0,3	1,4
98 Estonia	..	..	24	..	..	..	..	2,1	2,0	2,1	2,1	-0,2	0,0
99 Mauricio	84	42	24	3,4	4,7	4,2	3,7	6,1	5,9	2,8	2,0	3,7	2,8
100 Venezuela	70	42	24	2,6	4,6	4,1	2,3	-1,3	6,5	4,2	3,2	2,2	2,3
101 Bielorrusia	..	..	23	..	..	..	..	3,3	..	..	1,9	..	..
102 Trinidad y Tabago	73	40	22	3,0	5,0	3,9	3,1	-5,2	5,2	3,3	2,8	2,3	1,4
103 Emiratos Árabes Unidos	240	64	22	6,6	8,9	4,0	..	-5,8	6,9	5,4	4,5	1,2	1,5
104 Uruguay	47	42	22	0,6	5,3	4,3	2,5	-0,4	2,9	2,7	2,3	0,4	1,3
105 Yugoslavia (anterior)	113	37	22	5,6	4,4	4,5	5,2	-1,4	2,8	2,1	1,9	1,4	0,8
106 Colombia	132	59	20	4,1	8,9	4,4	3,7	1,2	6,8	3,8	2,7	2,9	2,8
107 Lituania	..	..	20	..	..	..	..	2,5	2,5	2,1	2,0	0,9	0,4
108 Panamá	104	31	20	6,0	3,7	4,5	2,8	-1,8	5,9	3,8	2,9	2,2	2,3
109 Bulgaria	70	25	20	5,1	1,9	6,3	..	1,7	2,2	2,1	1,8	0,2	1,3
110 Sri Lanka	130	52	19	4,6	8,4	2,7	2,8	2,5	5,3	3,5	2,5	2,1	2,8
111 Malasia	105	42	19	4,6	6,6	4,0	4,7	2,9	6,8	4,2	3,7	2,4	1,1
112 Chile	138	35	18	6,9	5,5	3,6	0,0	1,6	5,3	2,8	2,7	3,2	0,3
113 Kuwait	128	35	17	6,6	6,1	5,2	0,6x	-2,2x	7,3	5,4	3,7	1,5	3,2
114 Polonia	70	24	16	5,3	3,3	3,8	..	0,6	3,0	2,3	2,1	1,3	0,8
115 Hungría	57	26	16	3,9	4,0	4,9	5,1	0,7	2,0	2,0	1,8	0,0	0,9
116 Costa Rica	112	29	16	6,8	4,9	5,1	3,3	0,7	7,0	3,7	3,2	3,2	1,2
117 Jamaica	76	39	14	3,4	8,4	3,5	-0,1	0,0	5,4	3,8	2,4	1,8	3,8
118 Eslovaquia	..	..	14	..	..	..	..	..	..	..	2,0	..	..
119 Portugal	112	31	13	6,4	7,1	2,6	4,6	3,1	3,1	2,2	1,5	1,7	3,2
120 Rep. Checa	..	..	12	..	..	..	..	..	..	..	1,9	..	..
121 Cuba	50	26	11	3,3	6,9	3,3	..	..	4,2	2,0	1,9	3,7	0,4
122 Israel	39	19	11	3,6	4,6	4,3	3,7	1,7	3,9	3,3	2,9	0,8	1,1
123 Bélgica	35	15	11	4,3	2,8	6,5	3,6	2,0	2,6	1,7	1,6	2,1	0,5
124 EE.UU.	30	15	10	3,3	3,3	4,2	1,8	1,7	3,5	1,8	2,1	3,3	-1,3
125 Nueva Zelanda	26	16	10	2,5	3,7	2,3	1,7	0,7	3,9	2,1	3,9	3,1	0,0
126 Italia	50	17	10	5,3	4,9	4,9	3,2	2,2	2,4	1,7	1,3	1,7	2,2
127 España	57	16	9	6,2	4,5	5,0	4,1	2,8	2,8	2,2	1,4	1,2	3,8
128 Grecia	64	23	9	5,2	7,5	2,9	4,8	1,1	2,2	2,1	1,5	0,2	2,8
129 Corea, Rep. de	124	18	9	9,8	5,3	3,7	7,3	8,7	5,7	2,6	1,7	3,9	3,5
130 Austria	43	17	9	4,6	5,5	4,2	4,0	2,1	2,7	1,6	1,5	2,6	0,5
131 Francia	34	13	9	4,9	3,0	4,6	3,7	1,8	2,8	1,9	1,8	1,9	0,5
132 Reino Unido	27	14	9	3,1	4,1	4,4	2,0	2,6	2,7	1,8	1,9	2,0	-0,5
133 Australia	24	13	9	3,0	3,8	3,7	2,2	1,6	3,3	2,0	1,9	2,5	0,4
134 Suiza	27	11	9	4,5	2,1	4,1	1,5	1,6	2,4	1,5	1,6	2,4	-0,5
135 Alemania	40	16	8	4,7	5,3	4,3	3,0x	2,2	2,4	1,5	1,5	2,4	0,0
136 Canadá	33	13	8	4,8	3,7	4,5	3,3	2,0	3,8	1,7	1,8	4,0	-0,5
137 Dinamarca	25	10	8	4,4	2,3	3,3	2,2	2,2	2,6	1,6	1,7	2,4	-0,5
138 Noruega	23	11	8	3,8	2,8	2,1	3,6	2,3	2,9	1,7	2,0	2,7	-1,4
139 Países Bajos	22	11	7	3,4	3,2	3,3	2,7	1,6	3,1	1,5	1,7	3,6	-1,0
140 Suecia	20	9	7	4,1	1,6	6,0	2,0	1,7	2,3	1,6	2,1	1,8	-2,3
141 Hong Kong	52	13	7	6,9	5,2	4,5	6,2	5,6	5,0	2,1	1,4	4,3	3,4
142 Singapur	40	13	7	5,6	5,2	3,5	8,3	5,3	5,5	1,8	1,7	5,6	0,5
143 Finlandia	28	9	7	5,9	2,4	4,6	3,6	2,5	2,7	1,7	1,8	2,3	-0,5
144 Japón	40	11	6	6,6	4,5	5,0	5,1	3,6	2,0	1,8	1,7	0,5	0,5
145 Irlanda	36	14	6	4,6	7,2	0,0	2,8	3,3	3,8	3,2	2,1	0,9	3,5

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

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1992 (tabla 1).

Tabla 10: Resúmenes regionales

	África Subsahariana	África Sept. y Oriente Medio	Asia Meridional	Asia Oriental y Pacífico	América Latina y Caribe	URSS (antigua)	Países industrializados	Países en desarrollo	Países menos desarrollados
Tabla 1: Indicadores básicos									
Tasa mortalidad menores cinco años 1960	255	240	237	200	157	..	43	216	282
Tasa mortalidad menores cinco años 1992	181	78	129	56	50	44	11	104	179
Tasa mortalidad infantil (0-1 años) 1960	152	155	145	132	105	..	36	137	171
Tasa mortalidad infantil (0-1 años) 1992	111	57	88	42	39	36	9	70	114
Población total (millones)	533	341	1183	1728	451	292	936	4234	537
N.º anual nacimientos (miles)	24444	12087	37885	39550	11699	4705	12846	125665	23795
N.º anual muertes menores cinco años (miles)	4431	943	4884	2216	581	205	135	13058	4260
PNB per cápita (dólares)	505	1944	325	692	2345	2691	18884	843	240
Esperanza de vida al nacer (años)	51	64	58	68	68	69	76	61	50
Tasa de alfabetización adultos (%)	51	58	46	76	85	..	95	..	43
Escolarización enseñanza primaria (%)	68	95	86	125	107	..	103	100	68
Porción ingreso, 40 % hogares nivel más bajo	..	..	21	18	10	..	18	..	..
Proporción ingreso, 20 % hogares nivel más alto	..	..	41	44	61	..	40	..	..
Tabla 2: Nutrición									
Nacimientos con bajo peso (%)	16	10	34	11	11	..	6	19	24
Niños con lactancia exclusiva, 0-3 meses (%)	26	..	..	..	..	..	..	..	..
Niños lactantes con alimentación complementaria, 6-9 meses (%)	64	..	..	..	..	..	..	..	..
Niños lactantes, 20-23 meses (%)	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Niños con insuficiencia de peso, moderada-grave (%)	31	17	60	26	11	..	..	36	43
Niños con insuficiencia de peso, grave (%)	9	..	25	..	2	..	..	12	..
Niños con emaciación, moderada-grave (%)	12	8	19	..	4	..	..	10	17
Niños con cortedad de talla, moderada-grave (%)	49	31	64	..	23	..	..	48	56
Prevalencia de bocio (%)	16	23	13	13	15	..	..	15	20
Consumo de calorías en relación nivel requerido (%)	93	124	99	112	114	..	134	107	90
Ingreso familiar gastado en alimentos (%)	38	39	51	45	34	..	14	41	..
Ingreso familiar gastado en cereales (%)	15	10	19	..	8	..	2	..	..
Tabla 3: Salud									
Población con acceso a agua potable, total (%)	43	77	80	68	78	..	..	70	49
Población con acceso a agua potable, urbana (%)	75	94	85	83	87	..	..	85	64
Población con acceso a agua potable, rural (%)	35	61	78	63	55	..	..	64	46
Población con acceso a saneamiento adecuado, total (%)	35	68	19	71	66	..	..	51	33
Población con acceso a saneamiento adecuado, urbana (%)	57	93	54	70	80	..	..	70	61
Población con acceso a saneamiento adecuado, rural (%)	27	46	6	70	33	..	..	41	26
Población con acceso a servicios de salud, total (%)	56	78	52	87	74	..	..	77	48
Población con acceso a servicios de salud, urbana (%)	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Población con acceso a servicios de salud, rural (%)	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Niños de un año inmunizados contra TB (%)	62	85	93	93	87	90	77	86	70
Niños de un año inmunizados contra DPT (%)	45	82	83	91	76	77	80	78	52
Niños de un año inmunizados contra polio (%)	45	82	83	92	76	79	85	78	51
Niños de un año inmunizados contra sarampión (%)	46	79	79	91	84	84	79	77	51
Mujeres embarazadas inmunizadas contra tétanos (%)	27	51	72	19	31	..	..	38	41
Utilización de la TRO (%)	57	50	35	29	57	..	..	40	37
Tabla 4: Educación									
Tasa alfabetización adultos 1970, masculina (%)	34	47	44	76	76	..	97	53	36
Tasa alfabetización adultos 1970, femenina (%)	17	19	19	56	69	..	95	33	18
Tasa alfabetización adultos 1990, masculina (%)	61	70	59	86	87	..	..	75	54
Tasa alfabetización adultos 1990, femenina (%)	41	46	32	67	83	..	..	55	32
N.º receptores radio por 1000 habitantes	147	248	77	197	338	..	1166	177	97
N.º receptores televisión por 1000 habitantes	23	113	27	44	165	..	549	55	9
Escolarización primaria (%) 1960, (tasa bruta), masculina	46	72	77	120	75	..	109	93	48
Escolarización primaria (%) 1960, (tasa bruta), femenina	24	40	39	85	71	..	107	62	23
Escolarización primaria (%) 1986-91, (tasa bruta), masculina	76	103	97	128	105	..	103	107	74
Escolarización primaria (%) 1986-91, (tasa bruta), femenina	60	87	73	120	102	..	103	92	57
Escolarización primaria (%) 1986-91, (tasa neta), masculina	54	90	..	..	74	..	97	87	55
Escolarización primaria (%) 1986-91, (tasa neta), femenina	46	79	..	..	75	..	97	82	45
Terminación primaria (%)	58	85	53	79	48	..	94	66	54
Escolarización secundaria, masculina (%)	21	62	47	52	44	..	91	47	21
Escolarización secundaria, femenina (%)	14	45	28	43	48	..	92	36	12

África Sept.
y
Oriente Medio

África
Sudoriental

Asia
Oriental
y
Pacífico

América Latina
y
Caribe

URSS
(antigua)

Países
industrializados

Países
en
desarrollo

Países
menos
desarrollados

Tabla 5: Indicadores demográficos

Población menor 15 años (millones)	258	149	464	542	167	80	200	1580	249
Población menor 5 años (millones)	100	54	161	185	55	26	62	554	95
Tasa anual crecimiento población 1965-80 (%)	2,8	2,8	2,3	2,2	2,5	..	0,8	2,4	2,6
Tasa anual crecimiento población 1980-92 (%)	3,0	3,0	2,2	1,7	2,1	..	0,6	2,1	2,7
Tasa bruta mortalidad 1960	24	21	21	19	13	..	10	20	25
Tasa bruta mortalidad 1992	15	8	11	7	7	11	9	9	16
Tasa bruta natalidad 1960	49	47	44	39	42	..	20	42	48
Tasa bruta natalidad 1992	45	35	32	23	26	16	14	30	44
Esperanza de vida al nacer 1960 (años)	40	47	43	47	56	..	69	46	39
Esperanza de vida al nacer 1992 (años)	51	64	58	68	68	69	76	61	50
Tasa global de fecundidad	6,4	5,0	4,3	2,5	3,1	2,0	1,8	3,7	6,0
Población urbana (%)	30	54	25	30	73	66	75	35	21
Tasa anual crecimiento población urbana 1965-80 (%)	5,4	4,6	3,8	3,3	3,8	..	1,4	3,9	5,5
Tasa anual crecimiento población urbana 1980-92 (%)	5,1	4,6	3,5	4,1	3,0	..	0,9	3,9	5,2

Tabla 6: Indicadores económicos

PNB per cápita (dólares)	505	1944	325	692	2345	2691	18884	843	240
Tasa anual crecimiento PNB per cápita 1965-80 (%)	3,0	3,2	1,5	4,8	4,1	..	2,9	3,7	0,4
Tasa anual crecimiento PNB per cápita 1980-92 (%)	-0,4	-0,7	3,1	6,6	-0,2	1,5	-0,2	2,4	0,3
Tasa anual inflación (%)	15	14	8	6	211	..	5	69	16
Población por debajo nivel pobreza absoluta (%) urbana	..	..	33	..	18	..	..	27	55
Población por debajo nivel pobreza absoluta (%) rural	62	..	39	17	49	..	..	31	70
Gasto del gobierno en salud (%)	4	5	2	3	6	..	13	4	5
Gasto del gobierno en educación (%)	12	18	3	16	9	..	4	11	13
Gasto del gobierno en defensa (%)	9	15	18	13	5	..	13	11	13
Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) (millones de dólares)	14548	10586	6612	7422	4283	..	..	43451	14263
AOD en relación PNB, país receptor (%)	10	2	2	1	0	..	..	1	15
Servicio deuda en relación exportaciones (%) 1970	5	..	21	..	14	..	..	12	7
Servicio deuda en relación exportaciones (%) 1991	16	28	24	11	22	..	..	18	12

Tabla 7: Situación de la mujer

Esperanza de vida, femenina/masculina (%)	107	104	101	106	109	..	109	105	104
Tasa de alfabetización, femenina/masculina (%)	68	66	54	78	96	..	..	74	58
Escolarización primaria, femenina/masculina (%)	80	84	75	93	98	..	100	87	78
Escolarización secundaria, femenina/masculina (%)	66	72	60	82	109	..	102	77	58
Prevalencia de anticonceptivos (%)	12	39	38	73	59	..	71	53	13
Mujeres embarazadas inmunizadas contra tétanos (%)	27	51	72	19	31	..	..	38	41
Partos atendidos por personal especializado (%)	37	56	29	61	61	..	98	55	28
Tasa de mortalidad materna	610	200	490	160	180	..	10	350	590

Tabla 9: Ritmo de progreso

Tasa de mortalidad menores cinco años (TMM5) 1960	255	240	237	200	157	..	43	216	282
Tasa de mortalidad menores cinco años (TMM5) 1980	203	144	179	80	86	..	17	138	222
Tasa de mortalidad menores cinco años (TMM5) 1992	181	78	129	56	50	44	11	104	179
Reducción anual (TMM5), 1960-80 (%)	1,2	2,5	1,4	4,6	3,0	..	4,6	2,2	1,2
Reducción anual (TMM5), 1980-92 (%)	0,9	5,1	2,7	3,0	4,8	..	3,9	2,4	1,8
Reducción anual requerida (TMM5), 1992-2000 (%)	12,3	5,8	7,7	5,1	4,2	..	4,3	7,9	11,8
Tasa anual crecimiento PNB per cápita 1965-80 (%)	3,0	3,2	1,5	4,8	4,1	..	2,9	3,7	0,4
Tasa anual crecimiento PNB per cápita 1980-91 (%)	-0,4	-0,7	3,1	6,6	-0,2	1,5	2,2	2,4	0,3
Tasa global de fecundidad 1960	6,7	7,0	6,1	5,8	6,0	..	2,8	6,0	6,5
Tasa global de fecundidad 1980	6,7	5,9	5,2	3,2	4,2	..	1,9	4,4	6,5
Tasa global de fecundidad 1992	6,4	5,0	4,3	2,5	3,1	2,0	1,8	3,7	6,0
Tasa de reducción anual fecundidad 1960-80 (%)	0,0	0,9	0,8	3,0	1,8	..	1,9	1,6	0,0
Tasa de reducción anual fecundidad 1980-92 (%)	0,4	1,4	1,6	2,1	2,5	..	0,5	1,4	0,7

Los datos de la tabla son totales o promedios ponderados.

AGRUPACIONES DE PAÍSES

ÁFRICA SUBSAHARIANA

Angola	Etiopía	Mali	Sierra Leona
Benin	Gabón	Mauricio	Somalia
Botswana	Ghana	Mauritania	Sudáfrica
Burkina Faso	Guinea	Mozambique	Tanzania, Rep. Unida de
Burundi	Guinea-Bissau	Namibia	Togo
Camerún	Kenya	Niger	Uganda
Congo	Lesotho	Nigeria	Zaire
Côte d'Ivoire	Liberia	Rep. Centroafricana	Zambia
Chad	Madagascar	Rwanda	Zimbabwe
Eritrea	Malawi	Senegal	

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL

Argelia	Iraq	Marruecos	Turquía
Arabia Saudí	Jordania	Omán	Yemen
Egipto	Kuwait	Sudán	
Emiratos Árabes Unidos	Libano	Siria, Rep. Árabe	
Irán, Rep. Islámica de	Libia, Jamahiriya Árabe	Túnez	

ASIA MERIDIONAL

Afganistán	Bhután	Nepal	Sri Lanka
Bangladesh	India	Pakistán	

ASIA ORIENTAL Y PACÍFICO

Camboya	Filipinas	Malasia	Singapur
Corea, Rep. Pop. Dem.	Hong Kong	Mongolia	Tailandia
Corea, Rep. de	Indonesia	Myanmar	Viet Nam
China	Lao, Rep. Dem. Popular	Papúa Nueva Guinea	

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Argentina	Chile	Jamaica	Rep. Dominicana
Bolivia	Ecuador	México	Trinidad y Tabago
Brasil	El Salvador	Nicaragua	Uruguay
Colombia	Guatemala	Panamá	Venezuela
Costa Rica	Haiti	Paraguay	
Cuba	Honduras	Perú	

URSS (antigua)

Armenia	Georgia	Lituania	Turkmenistán
Azerbaiyán	Kazajstán	Moldavia	Ucrania
Bielorrusia	Kirguistán	Rusia Fed.	Uzbekistán
Estonia	Letonia	Tajikistán	

PAÍSES INDUSTRIALIZADOS

Albania	Eslovaquia	Israel	Reino Unido
Alemania	España	Italia	Rep. Checa
Australia	EE.UU.	Japón	Rumania
Austria	Finlandia	Noruega	Suecia
Bélgica	Francia	Nueva Zelanda	Suiza
Bulgaria	Grecia	Países Bajos	Yugoslavia (anterior)
Canadá	Hungría	Polonia	
Dinamarca	Irlanda	Portugal	

PAÍSES EN DESARROLLO

Afganistán	Ecuador	Libano	Rep. Centroafricana
Angola	Egipto	Liberia	Rep. Dominicana
Arabia Saudí	El Salvador	Libia, Jamahiriya Árabe	Rwanda
Argelia	Emiratos Árabes Unidos	Madagascar	Senegal
Argentina	Eritrea	Malasia	Sierra Leona
Bangladesh	Etiopía	Malawi	Singapur
Benin	Filipinas	Mali	Siria, Rep. Árabe
Bhután	Gabón	Marruecos	Somalia
Bolivia	Ghana	Mauricio	Sri Lanka
Botswana	Guatemala	Mauritania	Sudáfrica
Brasil	Guinea	México	Sudán
Burkina Faso	Guinea-Bissau	Mongolia	Tailandia
Burundi	Haití	Mozambique	Tanzania, Rep. Unida de
Camboya	Honduras	Myanmar	Togo
Camerún	Hong Kong	Namibia	Trinidad y Tabago
Colombia	India	Nepal	Túnez
Congo	Indonesia	Nicaragua	Turquía
Corea, Rep. Dem. Pop.	Irán, Rep. Islámica de	Niger	Uganda
Corea, Rep. de	Iraq	Nigeria	Uruguay
Costa Rica	Jamaica	Omán	Venezuela
Côte d'Ivoire	Jordania	Pakistán	Viet Nam
Cuba	Kenya	Panamá	Yemen
Chad	Kuwait	Papúa Nueva Guinea	Zaire
Chile	Lao, Rep. Dem. Popular	Paraguay	Zambia
China	Lesotho	Perú	Zimbabwe

PAÍSES MENOS DESARROLLADOS

Afganistán	Etiopía	Mali	Somalia
Bangladesh	Guinea	Mauritania	Sudán
Benin	Guinea-Bissau	Mozambique	Tanzania, Rep. Unida de
Bhután	Haití	Myanmar	Togo
Botswana	Lao, Rep. Dem. Popular	Nepal	Uganda
Burkina Faso	Lesotho	Niger	Yemen
Burundi	Liberia	Rep. Centroafricana	Zaire
Camboya	Madagascar	Rwanda	Zambia
Chad	Malawi	Sierra Leona	Zimbabwe

DEFINICIONES

Tasa de mortalidad de menores de cinco años

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

Tasa de mortalidad infantil

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

PNB

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

Esperanza de vida al nacer

Promedio de años de vida de un recién nacido según la probabilidad de muerte prevalente en el momento del nacimiento.

Tasa de alfabetización de adultos

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

Tasa de escolarización en enseñanza primaria y secundaria

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

Distribución del ingreso

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

Bajo peso al nacer

Un peso inferior a 2500 gramos.

Insuficiencia ponderal

Moderada-grave: inferior a una desviación estándar de -2 respecto a la mediana de peso por edad de la población de referencia.

Grave: inferior a una desviación estándar de -3 respecto a la mediana de peso por edad de la población de referencia.

Emaciación

Moderada-grave: inferior a una desviación estándar de -2 respecto a la mediana del peso por altura de la población de referencia.

Cortedad de talla

Moderada-grave: inferior a una desviación estándar de -2 respecto a la mediana de altura por edad de la población de referencia.

Prevalencia de bocio

Proporción de niños (6-11 años) con bocio visible o palpable. Es un indicador de la deficiencia de yodo, que causa daño cerebral y retraso mental.

Acceso a servicios de salud

Proporción de la población que puede acceder a servicios locales de salud adecuados en menos de una hora con los medios de transporte habituales.

DPT

Difteria, pertusis (tos ferina) y tétanos.

Uso de la TRO

Proporción de todos los casos de diarreas en niños menores de cinco años tratados con sales de rehidratación oral o una solución adecuada preparada en el hogar.

Alumnos que terminan la enseñanza primaria

Proporción de niños que comienzan y terminan la enseñanza primaria.

Tasa bruta de mortalidad

Número de defunciones por 1000 habitantes.

Tasa bruta de natalidad

Número anual de nacimientos por 1000 habitantes.

Tasa global de fecundidad

Número de nacimientos por mujer durante el período de procreación, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalecientes para cada grupo de edad.

Población urbana

Proporción de población residente en áreas urbanas según las definiciones utilizadas en los censos nacionales más recientes.

Nivel de pobreza absoluta

Nivel de ingreso por debajo del cual no es posible obtener una dieta mínima adecuada y otros bienes esenciales no alimentarios.

AOD

Ayuda oficial al desarrollo.

Servicio de la deuda

Suma total pagada por intereses y principal de la deuda externa con garantía pública.

Prevalencia de anticonceptivos

Proporción de mujeres casadas de 15-44 años que utilizan métodos anticonceptivos habitualmente.

Partos atendidos

Proporción de partos atendidos por médicos, enfermeras, parteras y agentes de atención primaria de salud calificados o parteras tradicionales capacitadas.

Tasa de mortalidad materna

Número de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por 100.000 nacidos vivos.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Mortalidad infantil y de menores de cinco años

División de Población de las Naciones Unidas, UNICEF, División de Estadísticas de las Naciones Unidas, Banco Mundial, Oficina del Censo de los EE.UU.

Población total

División de Población de las Naciones Unidas.

Número anual de nacimientos

División de Población de las Naciones Unidas, División de Estadísticas de las Naciones Unidas y Banco Mundial.

Número de muertes de menores de cinco años

División de Población de las Naciones Unidas y UNICEF.

PNB per cápita

Banco Mundial.

Esperanza de vida

División de Población de las Naciones Unidas.

Adultos alfabetizados

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

Escolarización y terminación

UNESCO.

Ingreso familiar

Banco Mundial.

Bajo peso al nacer

Organización Mundial de la Salud (OMS).

Lactancia materna

OMS y Encuestas Demográficas y de Salud, Institute for Resource Development of Macro Systems (IRD), OMS.

Insuficiencia ponderal, Emaciación y Cortedad de talla

OMS, Encuestas Demográficas y de Salud.

Prevalencia de bocio

OMS.

Consumo de calorías

FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación).

Gasto del hogar destinado a alimentos

Banco Mundial.

Acceso a agua potable y servicios de saneamiento

OMS y UNICEF.

Acceso a servicios de salud

UNICEF.

Inmunización

OMS y UNICEF.

Uso de la terapia de rehidratación oral (TRO)

OMS.

Receptores de radio y televisión

UNESCO.

Población infantil

División de Población de las Naciones Unidas.

Tasas brutas de mortalidad y natalidad

División de Población de las Naciones Unidas.

Fecundidad

División de Población de las Naciones Unidas.

Población urbana

División de Población de las Naciones Unidas.

Inflación y nivel de pobreza absoluta

Banco Mundial.

Gasto en salud, educación y defensa

Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional (FMI).

Ayuda oficial al desarrollo (AOD)

OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económico).

Servicio de la deuda

Banco Mundial.

Prevalencia de anticonceptivos

División de Población de las Naciones Unidas, Fundación Rockefeller y Encuestas Demográficas y de Salud.

Partos atendidos

OMS.

Mortalidad materna

OMS.

Créditos de las fotografías:

Recuadro 1, *página 4*
UNICEF/Nicole Toutounji

Recuadro 2, *página 6*
UNICEF/Maggie Murray-Lee

Recuadro 3, *página 10*
UNICEF/Jeremy Horner

Recuadro 4, *página 12*
UNICEF/Jeremy Hartley

Recuadro 5, *página 16*
UNICEF/Jeremy Hartley

Recuadro 6, *página 20*
UNICEF/Jeremy Hartley

Recuadro 7, *página 22*
UNICEF/Rotner

Recuadro 8, *página 24*
UNICEF/Mainichi/Shinichi Asabe

Recuadro 9, *página 32*
UNICEF/Vilas

Recuadro 10, *página 34*
UNICEF/Nicole Toutounji

Recuadro 11, *página 38*
UNICEF/Jeremy Horner

Recuadro 12, *página 42*
UNICEF/Simonetta Nardin

Recuadro 13, *página 46*
UNICEF/Francene Keery

Recuadro 14, *página 48*
UNICEF/Jeremy Hartley

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

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

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

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

UNICEF, Oficina regional para América
Latina y el Caribe
Apartado Aéreo 7555, Bogotá, Colombia.

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

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

UNICEF, Oficina regional para Asia
meridional
Apartado Postal 5815 Lekhnath Marg,
Kathmandu, Nepal

UNICEF, Oficina para Australia y Nueva
Zelanda
Apartado Postal 143, Queen Victoria
Building, Sidney, N.S.W. 2000, Australia

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

El informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia 1994* examina los recientes progresos en salud, nutrición y educación en el contexto de los problemas más amplios de la pobreza, el crecimiento de la población y el deterioro del medio ambiente. El mensaje central señala que es esencial un renovado esfuerzo para superar los peores efectos de la pobreza masiva que aún subsisten -enfermedades, desnutrición, discapacidades, analfabetismo- tanto por la importancia intrínseca de este objetivo como por ser un requisito previo para superar con éxito la transición hacia un futuro humano sostenible.

El informe pasa revista a los extraordinarios logros de la última década frente a muchas amenazas específicas contra la infancia y arguye que existe la posibilidad de poner los beneficios básicos del progreso al alcance de todas las comunidades en los próximos años. Sin embargo, sobre los logros del pasado y el presente potencial pende la amenaza de los problemas interactivos de la persistente pobreza, el rápido crecimiento de la población y la degradación del medio ambiente. La negligencia general de la era de la guerra fría permitió la acumulación de estos problemas y su resolución deberá constituir el principio organizador central de la era de la posguerra fría.

Para hacer frente a este desafío será preciso actuar en muy diversos campos. Sin embargo, como indica el informe, la satisfacción de las necesidades esenciales de la población más pobre en materia de nutrición adecuada, agua potable, educación básica, atención primaria de salud y planificación familiar constituye uno de los medios más potentes para interrumpir la cadena de sinergismos destructivos originados por el problema conjunto de la pobreza, la población y el medio ambiente. Una población más sana y más instruida promoverá un mayor progreso económico; la reducción de las enfermedades y la mortalidad infantiles puede frenar el crecimiento de la población, al fomentar en los progenitores la confianza necesaria para hacer uso de la planificación familiar; y la educación y un mínimo de prosperidad son esenciales para la contención de las presiones sobre el medio ambiente y para garantizar que la población pobre se sienta también involucrada en el futuro.