

# ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1993



Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia  
(UNICEF)



ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA  
1993

*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 1993*

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

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

Composición: ANGLOFORT. Impresión: Grafos, S. A. Arte sobre papel

*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 1993



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

## MORTALIDAD INFANTIL: NOTA ESTADÍSTICA

En el presente informe se da la cifra de 12,9 millones como el número anual total de muertes infantiles (menores de cinco años) en el mundo en desarrollo. En informes anteriores la cifra utilizada ha sido de 14 millones. Esta nota explica las causas de este cambio.

La tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) es el número de niños fallecidos antes de los cinco años por 1000 nacidos vivos. Esta tasa depende de muchos factores, entre ellos, el ingreso, la nutrición, la salud, el agua potable, y la educación de los padres. Éste es el indicador básico utilizado por UNICEF para medir los niveles y los cambios de bienestar de la infancia.

Desafortunadamente, la mayor parte de los países en desarrollo carecen de sistema completo de registro de nacimientos y defunciones. Así pues, la División de Población de las Naciones Unidas realiza estimaciones de la mortalidad de menores de cinco años con métodos indirectos basados en modelos demográficos. La cifra de 12,9 millones está basada en estos métodos y la última estimación de la División de Población de las Naciones Unidas (DPNU) corresponde a 1990.

De forma paralela a este enfoque indirecto, la DPNU y el UNICEF están elaborando un método más directo de evaluación de los niveles y tendencias de la mortalidad de menores de cinco años en cada país. A partir de diversas fuentes, entre ellas censos de población, encuestas de hogares y sistemas de vigilancia, el nuevo estudio reúne los datos disponibles para 82 países y ha sido publicado con el título de *Child mortality since the 1960s - a data base for developing countries*. Asimismo, se han trazado líneas de tendencias de la TMM5 para los países más poblados, mediante las técnicas estadísticas convencionales. Las nuevas estimaciones resultantes de la TMM5 para 1990 se han incorporado al anexo estadístico de este informe.

Los resultados indican que con los nuevos métodos de evaluación se obtiene una cifra total de 12,7 millones de defunciones anuales de menores de cinco años en el mundo en desarrollo. Este dato es inferior, pero bastante aproximado, al de 12,9 millones utilizado en este informe. Esta cifra puede cambiar a medida que se disponga de nuevos datos y se pueda evaluar más países con el nuevo método.

La tendencia en la mortalidad de menores de cinco años en el mundo en desarrollo es la siguiente:

Año	1960	1970	1980	1990
Muertes anuales (millones)	18,9	17,4	14,7	12,7
Muertes diarias (miles)	52	48	40	35

La cuestión que se plantea es si estos cambios son resultado de una mejora en la información estadística y los nuevos métodos de análisis o bien reflejan mejores condiciones de salud y de supervivencia de la infancia.

No existe una respuesta clara. Para más de la mitad de los países en desarrollo, los datos primarios para llegar a estas nuevas estimaciones, aunque estén basados en métodos directos de cómputo e incluso hayan sido interpretados por análisis estadísticos más refinados, están referidos a 1987 o años anteriores. Si bien una proporción creciente de países disponen de datos para fechas más recientes, la mayor parte de las estimaciones para 1990 están basadas en proyecciones de las tendencias de principios o mitad de la década de 1980.

Cuando se dispone de datos más recientes para países concretos, los resultados son ambivalentes. Por ejemplo, la TMM5 parece haber descendido significativamente en Egipto, pero ha aumentado en Zambia. Para algunos países, existe evidencia de que ha habido un deterioro causado por factores tales como la guerra, la sequía, la recesión debida al endeudamiento, la caída de los precios de las materias primas y el impacto del SIDA. Sin embargo, también se sabe que los logros de la inmunización durante los años ochenta permiten prevenir una cifra aproximada de 3 millones de muertes anuales (y probablemente muchas más, ya que la inmunización contribuye a la protección contra la desnutrición). De igual modo, la difusión de la terapia de rehidratación oral permite evitar una cifra estimada de 1 millón de muertes por deshidratación al año.

UNICEF espera que la acción de estos factores positivos habrá contrarrestado la de los factores negativos y que los avances conseguidos en los últimos cinco años, sólo parcialmente reflejados todavía en las estadísticas, habrán reducido el número anual de muertes infantiles hasta una cifra considerablemente menor a la de 12,9 millones anuales utilizada en este informe.

# CONTENIDO

---

## ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1993

---

- I De la época de la indiferencia a la época del interés
- A pesar de todos los problemas de la posguerra fría mundial, es cierto que se dispone de los medios necesarios para acabar con la desnutrición masiva, las enfermedades prevenibles y el analfabetismo generalizado entre los niños del mundo. Tras la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* de 1990, muchos países han formulado planes de acción para el cumplimiento de las metas acordadas. Por múltiples razones acumuladas ha llegado el tiempo de llevar a cabo esta tarea. El costo adicional estimado es de unos 25.000 millones de dólares anuales. En estos momentos, sólo cerca del 10% de los recursos disponibles para el desarrollo se destinan a este fin.
- página 1*
- 
- II Una causa común
- Para que esta causa sea prioritaria, se necesita un movimiento mundial que ejerza una presión similar a la de los movimiento de defensa del medio ambiente y en favor de la mujer. La protección de la infancia frente a los peores aspectos de la pobreza reforzaría los esfuerzos para promover la protección del medio ambiente, el crecimiento económico sostenible, la igualdad de la mujer, la desaceleración del crecimiento de la población y la estabilidad política. Se trata, por tanto, de una causa que merece el apoyo de todos.
- página 25*
- 
- III Un movimiento para satisfacer las necesidades básicas
- Centenares de organizaciones, especialmente en el mundo en desarrollo, están respondiendo ya a este reto. Sobre todo, se necesita el apoyo de los medios de comunicación, de los profesionales de la salud y de la educación, y de las organizaciones no gubernamentales.
- página 37*
- 
- IV El marco internacional
- Los cambios políticos y económicos mundiales están creando las condiciones propicias, a pesar de todas las dificultades, para una renovada esperanza de superar los peores aspectos de la pobreza mundial. Pero todos los partidarios del movimiento para la satisfacción de las necesidades básicas deben ser conscientes que también forman parte de la misma lucha las acciones en favor de los cambios necesarios en la deuda externa, la ayuda y las relaciones comerciales.
- página 49*
- 
- Tablas estadísticas
- Indicadores básicos, nutrición, salud, educación, indicadores demográficos, indicadores económicos, mujer, países menos poblados, ritmo de progreso.
- página 67*
-

## RECUADROS

---

- |          |   |           |  |
|----------|---|-----------|--|
| <b>1</b> | <b>Neumonía:</b><br>3,5 millones de muertes<br><i>página 4</i>                                    | <b>9</b>  | <b>La Cumbre para la Tierra:</b><br>la infancia y el Programa 21<br><i>página 32</i> |
| <b>2</b> | <b>México:</b><br>de las palabras a los hechos<br><i>página 8</i>                                 | <b>10</b> | <b>Yodo:</b><br>la lección de España<br><i>página 34</i>                             |
| <b>3</b> | <b>Vitamina A:</b><br>confirmación de una sospecha<br><i>página 12</i>                            | <b>11</b> | <b>Situaciones de emergencia:</b><br>una nueva ética<br><i>página 36</i>             |
| <b>4</b> | <b>Inmunización:</b><br>mantenimiento del éxito<br><i>página 16</i>                               | <b>12</b> | <b>Brasil:</b><br>movimiento en favor de la infancia<br><i>página 38</i>             |
| <b>5</b> | <b>Enfermedades diarreicas:</b><br>estrategia para los noventa<br><i>página 22</i>                | <b>13</b> | <b>Lactancia materna:</b><br>hospitales pro lactancia materna<br><i>página 44</i>    |
| <b>6</b> | <b>Poliomielitis:</b><br>eliminación a la vista<br><i>página 24</i>                               | <b>14</b> | <b>Mortalidad materna:</b><br>atención de urgencia<br><i>página 48</i>               |
| <b>7</b> | <b>Europa y los Estados Unidos:</b><br>agua y saneamiento<br><i>página 26</i>                     | <b>15</b> | <b>La Iniciativa de Bamako:</b><br>servicio popular de salud<br><i>página 52</i>     |
| <b>8</b> | <b>Europa y los Estados Unidos:</b><br>acción popular para salvar la infancia<br><i>página 28</i> | <b>16</b> | <b>CEI:</b><br>una sutura a tiempo<br><i>página 56</i>                               |



# GRÁFICOS

---

Gráf. 1	Costo de la satisfacción de las necesidades básicas, datos comparativos	<i>página 2</i>
Gráf. 2	Proporción de AOD bilateral (países OCDE) asignada a la satisfacción de las necesidades básicas, 1990	<i>página 3</i>
Gráf. 3	Muertes prevenidas y efectivas, enfermedades inmunoprevenibles, millones, todos los países en desarrollo, 1991	<i>página 5</i>
Gráf. 4	Mortalidad de menores de cinco años por causas principales, países en desarrollo, 1990	<i>página 6</i>
Gráf. 5	Proporción de muertes de menores de cinco años prevenibles con medidas de bajo costo, países en desarrollo, 1990	<i>página 7</i>
Gráf. 6	Cobertura de inmunización, niños menores de un año, todos los países en desarrollo, 1981-1991	<i>página 9</i>
Gráf. 7	Descenso proporcional en los casos registrados de poliomielitis, por regiones, entre 1981 y 1991 (1989 para África subsahariana)	<i>página 11</i>
Gráf. 8	Número anual de casos registrados de sarampión, por regiones, 1981-1991	<i>página 13</i>
Gráf. 9	Número anual de nacimientos, regiones seleccionadas	<i>página 18</i>
Gráf. 10	Reducción a la mitad de la desnutrición infantil: tendencias y tasas requeridas, por regiones, 1975-2000	<i>página 41</i>
Gráf. 11	Tendencias en la escolarización en enseñanza primaria y terminación del 4.º grado, por regiones, 1980-2000	<i>página 43</i>
Gráf. 12	Ayuda de las ONG a los países en desarrollo, en dólares per cápita, por donante, 1990	<i>página 47</i>



---

I

ESTADO  
MUNDIAL  
DE LA INFANCIA  
1993

**James P. Grant**

De la época de la indiferencia a la época del interés

Una causa común

Un movimiento para satisfacer las necesidades básicas

El marco internacional

---

«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 cuartas 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 regímenes 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.»



## De la época de la indiferencia a la época del interés

Pese a todos los problemas de un mundo lacerado por continuas guerras y por daños ecológicos, empieza a vislumbrarse claramente la posibilidad de hacer realidad una de las máximas aspiraciones humanas. En el plazo de una década, debería ser posible acabar con el viejo azote de la desnutrición infantil, las enfermedades prevenibles y el analfabetismo generalizado.

Una indicación de cuán próxima puede estar esa meta es el costo financiero que supondrá alcanzarla, que en estos momentos puede cifrarse en unos 25.000 millones de dólares anuales\*. Según las estimaciones del UNICEF, éste será el importe de los recursos adicionales necesarios para aplicar las actuales estrategias de bajo costo destinadas a proteger a la infancia en el mundo. Concretamente, esta estimación corresponde al costo que supondría prevenir las principales enfermedades infantiles, reducir a la mitad la tasa de desnutrición infantil, proporcionar agua potable y sistemas de saneamiento eficaces a todas las

comunidades, garantizar el acceso universal a los servicios de planificación familiar y ofrecer una educación básica, como mínimo, a prácticamente todos los niños y niñas<sup>1</sup>.

En la práctica, los recursos financieros constituyen un requisito necesario pero no suficiente para la satisfacción de esas necesidades básicas. Un compromiso político continuado y una amplia capacidad de gestión son factores todavía más importantes. Sin embargo, es necesario reducir el desafío a un común denominador en dólares para acabar con la idea de que poner fin a los peores aspectos de la pobreza es una tarea demasiado ambiciosa para nuestras capacidades o de un costo inasequible para nuestros recursos.

A fines comparativos cabe señalar que esta cifra de 25.000 millones de dólares es bastante inferior a la suma destinada por el gobierno japonés para la construcción de una nueva autopista entre Tokyo y Kobe; representa dos o tres veces el costo del túnel que pronto se inaugurará entre el Reino Unido y Francia; es inferior al costo de todas las obras asociadas a la presa Ataturk que se está construyendo en el este de Turquía; es ligeramente superior al presupuesto que Hong Kong prevé destinar a la construcción de un nuevo aeropuerto; es aproximadamente equivalente al paquete de ayudas para 1992 acordado por el Grupo de los Siete sólo para Rusia; y es significativa-

\* En 1990, UNICEF estimó en 20.000 millones de dólares anuales los recursos financieros adicionales necesarios para alcanzar las metas en materia de salud, nutrición, educación, agua y saneamiento acordadas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*. Posteriormente se han estimado los recursos necesarios para alcanzar también las metas de planificación familiar<sup>1</sup>, que sumados a los anteriores elevan la estimación a unos 25.000 millones de dólares anuales en total.

mente inferior a la suma que este año gastarán los europeos en vino o los norteamericanos en cerveza<sup>3</sup> (gráfico 1).

En consecuencia, pese a las dificultades en otros ámbitos, es posible afirmar que ha llegado el momento de abandonar con rubor la idea de que el mundo no puede permitirse satisfacer las necesidades básicas de casi todos los hombres y mujeres, niños y niñas, relacionadas con una nutrición adecuada, agua pota-

ble, atención primaria de salud, planificación familiar y educación básica.

## Un esfuerzo del 10%

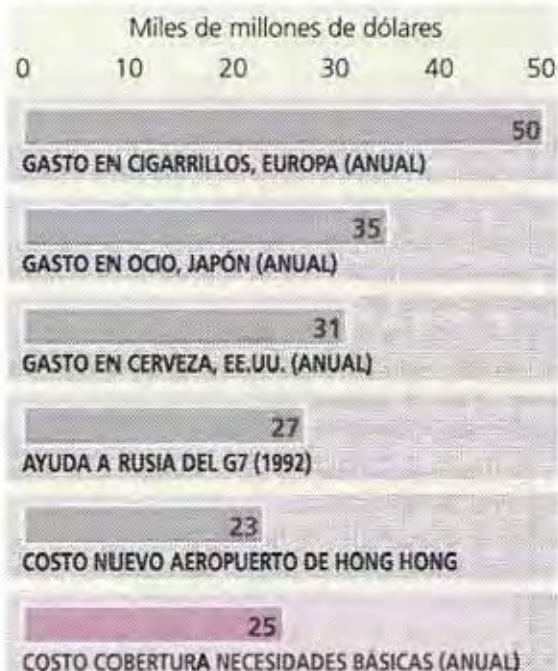
A la vista de cuanto podría conseguirse para tantas personas con un costo tan bajo, la opinión pública de todos los países, industrializados o en desarrollo, tiene el derecho de preguntarse por qué no se hace.

En parte, la respuesta es previsible: la satisfacción de las necesidades de la población más pobre y políticamente menos influyente raras veces ha figurado entre las prioridades de los gobiernos. Sin embargo, el contraste de la presente indiferencia con las oportunidades existentes empieza a adquirir unas dimensiones escandalosas, ignoradas en gran parte por la opinión pública. En la actualidad, los gobiernos del mundo en desarrollo dedican en promedio poco más del 10% de sus presupuestos a la satisfacción directa de las necesidades básicas de sus poblaciones<sup>4</sup>. Siguen gastando más en su capacidad militar y en el servicio de la deuda externa que en salud y educación<sup>5</sup>.

Lo que resulta aún más asombroso es que menos del 10% del total de la ayuda internacional para el desarrollo se dedica directamente a la satisfacción de esas necesidades humanas más inmediatas (gráfico 2)<sup>6</sup>. Según un estudio, por ejemplo, apenas un 1,5% de la ayuda bilateral total se destina a la atención primaria de salud, un 1,3% a la planificación familiar, un 3,2% a «otras formas de atención de salud» y sólo un 0,5% a la educación primaria<sup>7</sup>. Son datos forzosamente aproximados, puesto que los programas nacionales de ayuda no están desglosados en categorías comunes o comparables; sin embargo, cifrar en un 10% la proporción de la ayuda bilateral destinada a estos fines constituye probablemente una estimación global generosa<sup>8</sup>. Puesto que la ayuda bilateral procedente de los países occidentales industrializados suma

### Gráf. 1 Un costo asequible

No se puede seguir diciendo que la satisfacción de las necesidades humanas básicas es un objetivo demasiado vasto y costoso. Gracias a los conocimientos disponibles, este objetivo podría conseguirse dentro de una década con un costo de unos 25.000 millones de dólares anuales. Véanse algunos ejemplos comparativos:



Según estimaciones de UNICEF se requieren unos recursos adicionales de 25.000 millones de dólares anuales para prevenir las principales enfermedades infantiles, reducir a la mitad la desnutrición infantil, salvar 4 millones de vidas infantiles anuales, proveer de agua potable y servicios de saneamiento a todas las comunidades, proporcionar educación básica a todos los niños y prestar servicios de planificación familiar con carácter universal.

Fuente: UNICEF, basado en diversas fuentes.

## Gráf. 2 Ayuda para necesidades básicas

La ayuda externa concedida por los gobiernos se denomina ayuda oficial al desarrollo (AOD). El 80% de esta ayuda es «bilateral», es decir, se concede directamente de un gobierno a otro. El 20% restante es «multilateral» y se concede a través de organizaciones internacionales. El cuadro muestra el porcentaje de ayuda bilateral asignado a la cobertura de necesidades básicas relacionadas con la infancia: nutrición, agua potable, saneamiento, atención primaria de salud, educación básica y planificación familiar.

Proporción de AOD bilateral (países de la OCDE) asignada a la cobertura de necesidades básicas, 1990

	AOD bilateral neta (millones dólares)	Proporción asignada a necesidades básicas	Suma asignada a necesidades básicas (millones dólares)	Suma disponible para necesidades básicas si se asignara el 20% (millones dólares)
Noruega	756	19,7	149	150
Suiza	551	18,1	100	110
Finlandia	498	15,7	78	100
Canadá	1690	10,9	184	340
Dinamarca	695	10,6	74	140
Países Bajos	1901	9,4	179	380
Reino Unido	1483	8,8	131	300
Italia	2112	8,5	180	420
EE.UU.	8370	8,3	695	1670
Austria	299	8,1	24	60
Suecia	1384	7,1	98	280
Bélgica	548	6,5*	36	110
Irlanda	23	6,5*	1	5
Nueva Zelanda	82	6,5*	5	16
Francia	7329	4	313	1570
Japón	6786	2,7	183	1360
Australia	753	2	15	150
Alemania	4479	1,9	85	900
<b>Total</b>	<b>40239</b>	<b>6,3**</b>	<b>2530</b>	<b>8061</b>

\*Datos no disponibles. Se ha estimado un promedio de 6,5%.

\*\*La elaboración de estadísticas sobre la proporción de ayuda destinada a necesidades básicas está todavía en una etapa rudimentaria y existen numerosos problemas de definición y comparabilidad internacional sin resolver. Por esta razón, en este informe se utiliza una cifra aproximada del 10% como la porción de ayuda destinada a necesidades básicas, en lugar de los datos más precisos incluidos en el cuadro.

Fuentes: PNUD, Desarrollo Humano, Informe 1992, tabla 3.14, Bogotá, 1992; OCDE, Development Cooperation, París, 1991.

aproximadamente 40.000 millones de dólares anuales<sup>9</sup>, la cantidad destinada a nutrición, atención primaria de salud, agua y saneamiento, educación primaria y planificación familiar sería de unos 4.000 millones de dólares anuales. Menos de la mitad de lo que gastan cada año los países donantes sólo en la adquisición de calzado deportivo<sup>10</sup>.

En consecuencia, puede afirmarse sin exagerar que actualmente el problema de la superación de los peores aspectos de la pobreza mundial no reside en su excesiva envergadura o en su costo inasequible; simplemente no se ha dedicado un serio esfuerzo a lograrlo.

## Un cambio de época

La década de 1990 se ha iniciado con una renovada esperanza de que la época de la indiferencia empiece a dar paso a la época del interés responsable.

Pese a todos los movimientos sísmicos que han sacudido el panorama político y económico en los últimos años, esta nueva esperanza se sustenta en una serie de cambios más silenciosos que, si bien no han llegado a ocupar un lugar destacado en los grandes noticiarios, sin embargo han transformado la vida cotidiana de millones de personas.

El primero es la prioridad sin precedentes concedida a la inmunización de los niños y niñas de todo el mundo. Los servicios nacionales de salud, el UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y muchos millares de personas y organizaciones se han esforzado durante una década para alcanzar el objetivo de elevar a un 80% la cobertura de inmunización en el mundo en desarrollo. En 1990, se consiguió este objetivo. Gracias a ello ahora se salvan más de tres millones de vidas infantiles cada año (gráfico 3) y se protege a muchos millones de niños y niñas más contra las enfermedades, la desnutrición, la ceguera, la sordera y la poliomielitis. En segundo lugar, se ha reducido en casi un millón anual el

## Neumonía: 3,5 millones de muertes

Las infecciones respiratorias son la causa de más de una cuarta parte de todas las enfermedades y muertes infantiles en el mundo en desarrollo. También originan entre un 30% y un 60% de las consultas médicas y las visitas a centros de salud, y alrededor de una tercera parte de los ingresos hospitalarios. El precio en términos de salud y de sobrecarga de los servicios de salud es enorme; y casi todos los países pobres lo están pagando.

En más de un 90% de los casos, el problema es un catarro común, para el cual no se conoce ningún remedio. Sin embargo, las recetas de antibióticos innecesarios absorben hasta una tercera parte de los presupuestos dedicados a fármacos y medicamentos en el mundo en desarrollo. Y las familias gastan en todo el mundo un total estimado de 3.000 millones de dólares anuales en la adquisición de los más de 2.000 remedios comerciales contra la tos y los resfriados.

Mientras tanto, una reducida minoría de infecciones respiratorias, probablemente sólo del orden del 2% o el 3%, atacan el tejido pulmonar del niño. El resultado es una neumonía, en cuyo caso el riesgo de que el niño muera en un plazo de pocos días si no se le administra un antibiótico es del orden del 10% al 20%. Pero debido a que las víctimas suelen ser los hijos de las familias más pobres, con escasas posibilidades de acceso a los médicos y hospitales, los antibióticos a menudo no están a su alcance o no pueden recibirlos con la celeridad necesaria. Como consecuencia, alrededor de tres millones y medio de niños mueren cada año por esta causa.

En un 80% o 90% de los casos, el problema es una neumonía bacteriana, que puede controlarse con un tratamiento a base de antibióticos, habitualmente cotrimoxazol, durante cinco días, cuyo costo es de 25 centavos de dólar. Pero, aunque los problemas de orden científico son de relativamente sencilla solución, no ocurre otro tanto con los problemas logísticos. ¿Cómo hacer llegar la atención y los medicamentos adecuados a los niños que los necesitan en el momento oportuno?

En los últimos años, se ha experimentado con resultados positivos una respuesta precisa a esta cuestión.

Se puede instruir a los padres para enseñarles a identificar los primeros síntomas de peligro y capacitar a los agentes comunitarios de salud para diagnosticar una neumonía, recetar antibióticos en el acto e identificar la pequeña minoría de casos con riesgo que requieren un urgente traslado al hospital más próximo.

En muchos países, la profesión médica sigue siendo reacia a autorizar a los agentes de salud a recetar medicamentos. Sin embargo, según las conclusiones de un reciente estudio de la OMS: «La respuesta a uno de los interrogantes es clara: esta estrategia... ha demostrado que es eficaz. La reducción en las tasas de mortalidad habla por sí sola. Estudios sobre las intervenciones contra las IRA (infecciones respiratorias agudas) en Bangladesh, Filipinas, India, Indonesia, Nepal, Pakistán y Tanzania revelan reducciones de entre el 25% y el 67% en la mortalidad por neumonía».

Más de sesenta países en desarrollo cuentan actualmente con programas nacionales que intentan poner en práctica esta nueva estrategia. El objetivo es lograr una reducción de al menos un tercio en la mortalidad por neumonía durante la presente década.

Al mismo tiempo, alrededor de un 20% de las infecciones respiratorias agudas podrían prevenirse mediante la inmunización. Más de un tercio de millón de niños mueren cada año por efecto de la tos ferina y centenares de miles son víctimas de la neumonía que suele contraerse a menudo después de sufrir el sarampión\*. Otros factores de riesgo conocidos son el bajo peso al nacer y la desnutrición. Estudios realizados en Brasil y Perú han revelado que el riesgo es entre tres y cinco veces superior para los niños alimentados con biberón. Y en Indonesia se ha constatado que incluso una leve deficiencia de vitamina A (véase el gráfico 9) duplica el riesgo. El hacinamiento en las viviendas y un ambiente cargado de humo (incluido el humo del fuego de leña y de los cigarrillos) también incrementan el riesgo de infecciones respiratorias.

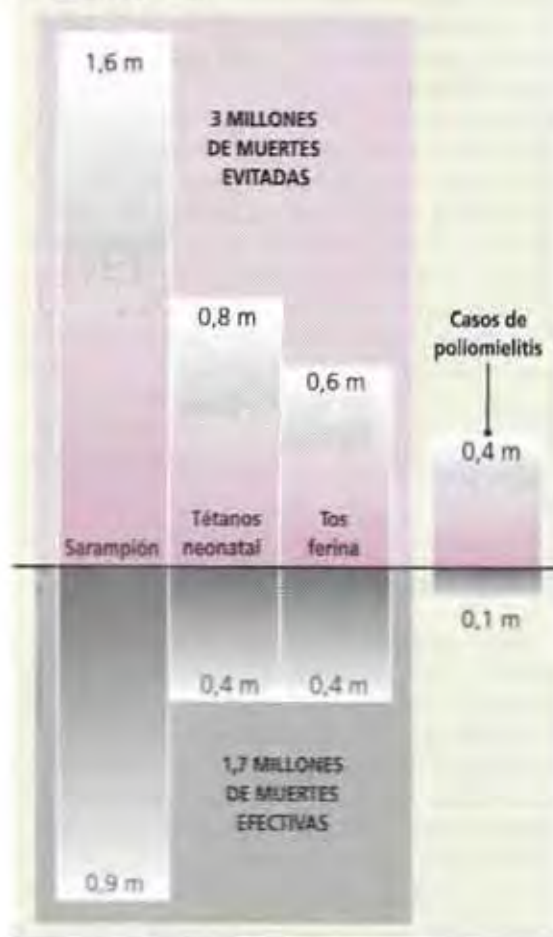
\* La vacunación contra el sarampión, que suele practicarse a los nueve meses, no podría evitar el 50% de las muertes por neumonía que afectan a los niños menores de esa edad.



### Gráf. 3 Tres millones de vidas salvadas

La cobertura de inmunización en el mundo en desarrollo se ha incrementado hasta un 80% en los últimos diez años. Gracias a ello, se evitan cada año tres millones de muertes causadas por enfermedades inmunoprevenibles.

*Muertes evitadas y efectivas, por enfermedades inmunoprevenibles, en millones, países en desarrollo, 1991*



La cifra de tres millones de muertes evitadas es menor que la incluida (3,2 millones) en el informe del año pasado sobre el Estado Mundial de la Infancia. Esta diferencia es el resultado de recientes cambios en el método utilizado por la OMS para calcular el número de muertes prevenidas mediante inmunización.

Fuente: OMS y UNICEF, julio 1992.

número de muertes infantiles causadas por las enfermedades diarreicas, al dotar a una tercera parte de las familias del mundo en desarrollo de los conocimientos necesarios para utilizar la terapia de rehidratación oral (véase recuadro 5).

La significación de estos logros va incluso más allá del extraordinario número de vidas que permiten salvar y de las enfermedades evitadas. Una cobertura de inmunización del 80% significa hacer llegar aproximadamente a 100 millones de niños y niñas una técnica médica moderna en cuatro o cinco ocasiones separadas durante su primer año de vida. Un éxito logístico sin precedentes, que demuestra más allá de toda duda que actualmente se dispone de la capacidad de cobertura necesaria para poner al alcance de la inmensa mayoría de los pobres del mundo las ventajas más básicas del progreso científico. En segundo lugar, también demuestra que, con el respaldo de un compromiso político continuado, es posible avanzar hacia unas metas sociales básicas aún en los países en desarrollo más pobres; en los últimos cinco años, se ha elevado espectacularmente la cobertura de inmunización en muchos países con un ingreso per cápita inferior a los 500 dólares anuales, incluidos Bangladesh, la República Centroafricana, Guinea Ecuatorial, Myanmar, Nepal, Sudán, Uganda, Viet Nam y Zambia<sup>11</sup>.

Otros avances en los conocimientos y en las técnicas aguardan ahora en el umbral de la puerta abierta por la inmunización. Y el potencial aún es enorme. Cada día mueren 35.000 menores de cinco años en el mundo en desarrollo. Casi un 60% de estas muertes, y gran parte de las enfermedades y desnutrición registradas en el mundo, están causadas por sólo tres enfermedades —la neumonía, la diarrea y el sarampión—, para las cuales se dispone de medios experimentados y probados de prevención y tratamiento, de fácil acceso y costo asequible (gráfico 4 y recuadros 1 y 5). Asimismo, la deficiencia de vitamina A, que supone una amenaza de muerte, de grave en-

fermedad y de ceguera para diez millones de niños y niñas del mundo, podría controlarse actualmente con un costo casi inapreciable, en comparación con los beneficios que ello reportaría (recuadro 3)<sup>12</sup>. Por citar otro ejemplo, la deficiencia de yodo que merma la capacidad mental y física de unos mil millones de personas y constituye la principal causa individual de retraso mental en el mundo, también podría eliminarse en estos momentos con un costo total de aproximadamente 100 millones de dólares, inferior al costo de dos modernos aviones de combate (recuadro 10)<sup>13</sup>.

## Gráf. 4 Mortalidad infantil

Más del 60% de las 12,9 millones de defunciones infantiles que ocurren en el mundo cada año están causadas por neumonía, enfermedades diarreicas, o enfermedades prevenibles con vacunación, o por una combinación de estos tres tipos de causas.

*Mortalidad de menores de cinco años, causas principales, países en desarrollo, 1990*



\* Incluidos sarampión con diarreas y sarampión con neumonía

En la práctica, los niños fallecen a menudo por causas múltiples o por los efectos interrelacionados de las enfermedades frecuentes y la desnutrición. A efectos de este gráfico, cada muerte está relacionada con una sola causa.

Fuente: OMS y UNICEF

Incluso los aspectos de la pobreza tradicionalmente considerados más costosos y arduos de superar en términos logísticos —como la carencia de nutrición adecuada, suministro de agua potable y educación básica— comienzan a ceder ante una combinación de nuevas tecnologías, costos decrecientes y estrategias comunitarias. Por ejemplo, el costo de proporcionar agua potable en África se ha reducido a la mitad desde mediados de 1980 y actualmente representa un promedio de unos 20 dólares anuales por persona<sup>14</sup>. Análogamente, países como Bangladesh y Colombia han demostrado que es posible ofrecer una educación básica relevante con un costo aproximado de 20 dólares anuales por alumno<sup>15</sup>. Otras experiencias, también en gran escala, realizadas en África y en India han demostrado la posibilidad de reducir a la mitad la incidencia de la desnutrición infantil con un costo inferior a los 10 dólares anuales por niño<sup>16</sup>. «Es preciso iniciar un ataque directo contra la desnutrición ... — declara un informe del Banco Mundial— y los gobiernos dispuestos a realizar el esfuerzo disponen ahora de medios eficaces y asequibles para llevarlo a cabo.»

## Nuevas metas

Estos avances en la tecnología y estrategia a aplicar, y el extraordinario potencial que han revelado, constituyeron el principal centro de atención en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* de las Naciones Unidas, celebrada en septiembre de 1990, coincidiendo aproximadamente con la consecución de la meta de inmunización. En la *Cumbre*, que contó con la participación de alrededor de la mitad de los presidentes y jefes de gobierno del mundo, se definieron un conjunto de compromisos concretos cuya aplicación, si llega a hacerse efectiva, sin duda puede marcar el inicio de una nueva época de interés responsable.

Esos compromisos, establecidos teniendo en cuenta el potencial que ofrecen los nuevos conocimientos y las nuevas tecnologías dispo-

nibles, se concretaron en un conjunto de metas específicas a alcanzar antes de que finalice el presente siglo. Entre ellas destacan las siguientes: prevención de las principales enfermedades infantiles; reducción a la mitad de la desnutrición infantil; reducción en un tercio de las tasas de mortalidad de los menores de cinco años; reducción a la mitad de las tasas de mortalidad materna; agua potable y sistemas de saneamiento para todas las comunidades; acceso universal a los servicios de planificación familiar; y educación básica para todos los niños y niñas (página 61).

### Gráf. 5 Muertes evitables

El cuadro muestra el número de muertes infantiles anuales por causas principales, y la proporción de estas muertes que podrían prevenirse con medidas sencillas y relativamente poco costosas tales como vacunas, antibióticos, terapia de rehidratación oral y el tratamiento adecuado de las enfermedades diarreicas.

*Proporción de muertes de menores de cinco años prevenibles con medidas de bajo costo, países en desarrollo, 1990*

Causa	Número anual de muertes (miles)	Proporción de muertes prevenibles a bajo costo (%)	Número de muertes prevenibles a bajo costo (en miles)
Diarrea	3000	90	2700
Neumonía	3560	70	2492
Sarampión*	880	85	748
Tos ferina	360	80	288
Tétanos neonatal	560	90	504
Tuberculosis	300	65	195
Paludismo	800	70	560
Otras perineonatales	2470	25	618
Otras	970	—	—
<b>Total</b>	<b>12900</b>	<b>63</b>	<b>8105</b>

\* Incluidos sarampión con diarrea y sarampión con neumonía. En la práctica, los niños fallecen a menudo por causas múltiples o por los efectos interrelacionados de las enfermedades frecuentes y la desnutrición. A efectos de este gráfico, cada muerte está relacionada con una sola causa.

Fuente: OMS y UNICEF

Para garantizar que estos compromisos se integren de forma permanente en la definición de las prioridades políticas, todos los países representados en la *Cumbre*, y muchos más que posteriormente han firmado la *Declaración* y el *Plan de Acción*, acordaron establecer programas nacionales específicos para alcanzar las metas acordadas. En septiembre de 1992, 50 países ya han completado estos planes y otros 80 los están ultimando (véanse páginas 62 y 63). En junio de 1992, el Secretario General de las Naciones Unidas comunicó a la Asamblea General que 31 países habían anunciado hasta la fecha su propósito de reestructurar sus presupuestos a fin de aumentar la proporción del gasto público destinado a necesidades sociales básicas<sup>17</sup>.

La formulación y financiación de estos planes es inevitablemente un proceso burocrático y no deben esperarse grandes resultados a muy corto plazo. Sin embargo, la mayoría de países han dado los primeros pasos para cumplir con lo prometido a los niños y niñas del mundo. Se han mantenido los niveles de inmunización (gráfico 6 y recuadro 4) y en algunos casos, especialmente en China, se ha superado la nueva meta del 90% (a partir de la cual cabe esperar descensos muy significativos en la incidencia de las enfermedades). La poliomielitis ha quedado erradicada casi con toda seguridad en América Latina y el Caribe (gráfico 7 y recuadro 6), donde ya ha transcurrido un año desde la última detección confirmada del virus. Están descendiendo los casos declarados de las principales enfermedades inmunoprevenibles (gráficos 7 y 8) y, según la OMS, existen probabilidades razonables de que en 1995 se cumplirá el objetivo de eliminación del tétanos neonatal. Países como Bangladesh, Bolivia, Ecuador, Malawi, Namibia, Sri Lanka, Tanzania y posiblemente Brasil ya han iniciado serios esfuerzos para reducir la tasa de desnutrición a la mitad. Asimismo, varios países están avanzando firmemente hacia la meta de agua potable y saneamiento para todos; entre ellos Bangla-

## México: de las palabras a los hechos

Unos cincuenta países han elaborado ya programas nacionales de acción (PNA) destinados a alcanzar las metas acordadas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*. Estas metas, que deben alcanzarse antes de que finalice el año 2000, incluyen la reducción a la mitad de la desnutrición infantil, la prevención de las principales enfermedades infantiles, la reducción en un tercio de las tasas de mortalidad de menores de cinco años, la reducción a la mitad de la mortalidad materna, el suministro de agua potable para todas las comunidades, el acceso universal a servicios de planificación familiar y educación básica para todos los niños y niñas.

En América Latina, casi todos los países han completado sus PNA. México, en particular, ha empezado a actuar decididamente; se ha formulado un PNA detallado y el Presidente Carlos Salinas de Gortari está personalmente al frente de una Comisión de vigilancia semestral de los progresos alcanzados. A continuación se reseñan los principales aspectos del programa:

○ Con la mitigación de la crisis de endeudamiento y la recuperación del crecimiento económico, se está invirtiendo la tendencia del gasto social, tras los profundos recortes introducidos en la década de 1980. En los dos primeros años de la presente década, el gasto social se ha elevado de un 6,4% a un 9% del PIB.

○ Un ambicioso programa de inmunización ha alcanzado una cobertura superior al 90% de los 11 millones de niños y niñas menores de cinco años del país. Se han creado más de 1.000 clínicas rurales y se han reequipado aproximadamente 1.300 centros de salud y 140 hospitales. Asimismo, se han establecido programas específicos para el control de las dos mayores amenazas para la vida y la salud de los niños y niñas mexicanos: las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas.

○ Con objeto de reducir la desnutrición, se ha puesto en marcha un programa de vigilancia del desarrollo infantil con el propósito de atender a todos los niños y niñas en edad preescolar. Están empezando a ofrecerse suplementos alimentarios a los hijos e hijas de aquellas familias en las cuales las principales causas de la desnutrición son el bajo nivel de ingreso y la carencia de alimentos (en muchos casos, la causa principal son las frecuentes enfermedades).

○ La iniciativa de los Hospitales amigos del Niño y de la Madre (recuadro 13) se está propagando rápidamente y 30 servicios de maternidad u hospitales han accedido a esa distinción hasta la fecha. Se ha interrumpido la distribución gratuita de preparados comerciales de leche en polvo, una práctica habitual en muchos países del mundo en desarrollo, y se ha puesto en marcha un programa de formación destinado a explicar las ventajas de la lactancia materna al personal de enfermería y al público en general.

○ Después de los recortes introducidos en la década de 1980, en los últimos cuatro años se han incrementado en un 70% los recursos destinados a la educación. Como fruto del nuevo Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica, se está desarrollando un esfuerzo especial a fin de reducir las disparidades en materia de educación. Se han concedido ayudas a 1.000 escuelas de los diez estados más pobres del país, entre ellas 270.000 becas destinadas a evitar que los niños y niñas abandonen la escuela porque la pobreza de sus familias no les permite continuar su escolaridad. Con el apoyo del Banco Mundial y la cooperación del PNUD, la UNESCO y el UNICEF, el gobierno también ha iniciado un programa de educación no formal para 1,2 millones de niños y niñas.

○ Se han publicado más de un millón de ejemplares de *Para la Vida*, 600.000 de los cuales se utilizan actualmente en el marco del sistema educativo. *Para la Vida*, editado conjuntamente por el UNICEF, la UNESCO, el FNUAP y la OMS, presenta los conocimientos básicos en materia de salud infantil sobre cuestiones como: espaciamiento de los nacimientos, maternidad sin riesgos, lactancia materna, desarrollo físico infantil, inmunización, diarrea, tos y catarros, higiene doméstica, paludismo, SIDA y desarrollo psicosocial infantil.

○ En México D.F. y en 31 estados se ha puesto en marcha un Programa para la Protección de los Niños y Niñas de la Calle.

○ El gasto gubernamental en el suministro de agua potable se ha duplicado con creces hasta superar los 1.000 millones de dólares y el número de personas atendidas se ha incrementado en 8 millones desde 1990.

desh, Burundi, China, Ghana, India, Nigeria, Paraguay, Sudán, Togo, Viet Nam y prácticamente todos los países de América Central<sup>18</sup>. Y con el fin de alcanzar la meta de la *Cumbre* de informar a todas las familias de la importancia de la lactancia materna, centenares de hospitales y servicios de maternidad han empezado a modificar sus políticas institucionales y a utilizar su enorme influencia para invertir la tendencia a alimentar con biberón a los lactantes (recuadro 13).

Asimismo, la promesa de la *Cumbre* también se está cumpliendo mediante la creciente aceptación de la *Convención sobre los Derechos del Niño*, destinada a establecer unas normas mínimas para la supervivencia, protección y desarrollo integral de la infancia. La *Convención*, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas a finales de 1989, entró en vigor, con las veinte ratificaciones necesarias, en vísperas de la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* de 1990. En general, suelen requerirse muchas décadas para que estas conven-

ciones alcancen un reconocimiento internacional generalizado; sin embargo, en este caso la *Cumbre* instó a todos los gobiernos nacionales a ratificarla en el plazo más breve posible y hasta el momento así lo han hecho más de 120 países (véase páginas 62 y 63).

En algunos países, ya se ha iniciado el proceso de incorporación de las cláusulas de la *Convención* a la legislación nacional. Y en muchos más se está convirtiendo en la norma aceptada para definir lo que se considera un trato aceptable o no aceptable para los más jóvenes. En todos los países, su mera existencia proporciona a los ciudadanos, periodistas y organizaciones no gubernamentales (ONGS) una plataforma aceptada a la cual pueden apelar para recordar a los dirigentes políticos sus promesas y organizar campañas contra todas las formas de negligencia y malos tratos que sufre la infancia (recuadro 12).

Finalmente, es indiscutible que estas promesas formuladas a la infancia del mundo ocupan ahora un lugar definido en la agenda política internacional. En los últimos dos años prácticamente todas las principales reuniones de máximo nivel entre los dirigentes mundiales —las cumbres Iberoamericana, de los Estados Islámicos, de los países francófonos, de los países no alineados, la Commonwealth, la Organización para la Unidad Africana, la Asociación para la Cooperación de Asia del Sur, la Liga de Estados Árabes y, finalmente, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo (recuadro 9)— han confirmado formalmente el compromiso de alcanzar las metas sociales básicas acordadas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*.

### Promesas sobre el papel

Sin subestimarla, tampoco debe exagerarse la importancia de la *Convención*, las metas de la *Cumbre* y los programas nacionales de acción. De momento, en su mayor parte siguen siendo sólo promesas sobre el papel. Sin embargo, cuando a mediados de la década de

### Gráf. 6 Mantenimiento de la inmunización

El objetivo del 80% de cobertura de inmunización para 1990 ha sido alcanzado gracias a un decidido esfuerzo a escala mundial. En adelante, la tarea consiste en mantener este esfuerzo. Hasta ahora, el descenso ha sido pequeño, y muchos países han comenzado un nuevo impulso para lograr la cobertura del 90%.

*Cobertura de inmunización, menores de un año, todos los países en desarrollo, 1981-1991*

Año	BCG	DPT 3	Polio 3	Sarampión	TT 2*
1981	31	27	24	18	14
1984	36	37	36	25	14
1985	40	38	38	28	17
1986	51	49	50	37	19
1987	69	60	60	53	27
1988	75	68	69	60	39
1989	85	77	79	73	44
1990	90	83	85	79	56
1991	85	78	80	77	54

Los años 1981 a 1985 no incluyen los datos de China.

\* Para mujeres embarazadas.

Fuente: OMS y UNICEF, julio 1992.

1980 más de 100 dirigentes políticos de todo el mundo aceptaron formalmente el objetivo de elevar la cobertura de inmunización a un 80% antes de 1990, también era una promesa sobre el papel. Actualmente, es una realidad que forma parte de las condiciones de vida de decenas de millones de familias de todo el mundo.

Una de las lecciones que se desprenden de este éxito es la necesidad de compromisos políticos formales al más alto nivel para que lleguen a aplicarse a escala nacional las soluciones disponibles. Pero una segunda conclusión es que sólo la dedicación de los servicios sociales, la movilización de las actuales capacidades de comunicación, un amplio respaldo entre los políticos, la prensa y la opinión pública, y el firme y continuado apoyo de la comunidad internacional, permitirán traducir estos compromisos en acciones concretas. La mayoría de los países que lograron alcanzar el objetivo de inmunización, entre ellos muchos de los más pobres y más afectados por los problemas del endeudamiento y el ajuste económico<sup>19</sup>, lo consiguieron ante todo gracias a que un gran número de personas y organizaciones, en todos los ámbitos de la vida nacional, tuvieron la convicción de que era posible y necesario alcanzar esa meta. Aunque podrían citarse los ejemplos de muchos países en desarrollo, como muestra bastará el caso de Bangladesh: uno de los países más pobres y más poblados de Asia, atenuado por formidables dificultades internas y externas, consiguió elevar su nivel de cobertura de inmunización de apenas un 2% en 1985 a un 62% en 1990. «*Jamás en la historia del país —escribió un funcionario de UNICEF en Dacca— se habían unido tantos grupos distintos para impulsar un mismo programa social: el Presidente, ocho ministerios del sector social, parlamentarios, altos funcionarios del Estado, periodistas, la televisión y la radio, centenares de organizaciones no gubernamentales, clubes sociales y juveniles, dirigentes religiosos, estrellas de cine y del deporte, y destacados empresarios locales, aunaron con éxito sus esfuerzos en pro de un objetivo común.*»

La cuestión que se plantea para los años inmediatamente venideros es si la población y las organizaciones de todos los países y en todos los ámbitos están dispuestas a impulsar de igual modo la consecución de las nuevas metas acordadas y la ejecución de los programas nacionales de acción formulados para alcanzarlas. Los nuevos compromisos y promesas sólo recibirán prioridad en la vida nacional si se consigue un grado comparable de participación popular, con la aportación de las energías prácticas y políticas de, literalmente, millones de personas y millares de organizaciones. Y sólo así llegará a alumbrar una nueva época de interés responsable.

## Cambios de mayor alcance

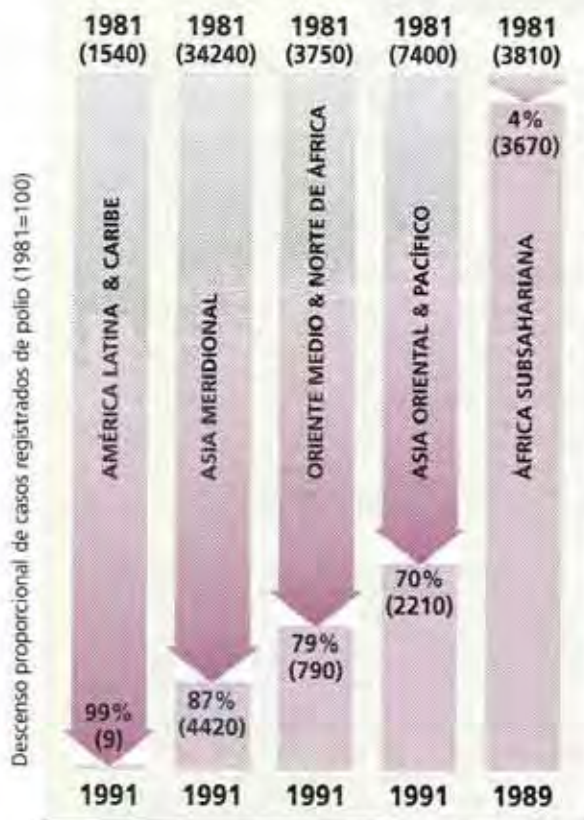
Todos estos acontecimientos están teniendo lugar en unos momentos de grandes cambios mundiales. Esto permite abrigar esperanzas de que la causa de la superación de los peores aspectos de la pobreza también encontrará respaldo, para cubrir el largo trayecto todavía pendiente, en el nuevo entorno político y económico de la década de 1990.

De momento, ese entorno sigue siendo sumamente difícil para la mayoría de países del mundo en desarrollo. Aún no se atisba el menor indicio de un incremento de los recursos destinados al desarrollo como consecuencia del fin de la guerra fría. Al contrario, de hecho gran parte del mundo en desarrollo se enfrenta con la más grave hambruna financiera de los tiempos modernos, privado de recursos como consecuencia de sus propios altos niveles de gasto militar, de la prolongación de la crisis de endeudamiento, de nuevos descensos de los precios de las exportaciones, de las políticas comerciales restrictivas de los países industrializados, de la recesión que sigue afectando a amplias zonas del mundo, de los costos de reconstrucción postbélica en el Golfo Pérsico, y de la canalización de las nuevas ayudas, créditos e inversiones hacia los países del Este de Europa y la antigua Unión Soviética.

### Gráf. 7 Avances contra la polio

Durante el decenio de 1990 es esencial no sólo vigilar la cobertura de inmunización alcanzada sino también conseguir las metas en el control de las enfermedades. La Cumbre Mundial en favor de la Infancia estableció la meta de erradicación de la polio para el año 2000. El gráfico muestra el descenso de los casos de polio registrados, con América Latina y el Caribe a la cabeza del avance.

*Descenso proporcional en los casos registrados de poliomiélitis, por regiones, entre 1981 y 1991 (1989 para el África subsahariana)*



Los datos entre paréntesis son el número absoluto de casos registrados.

Según estimaciones de la OMS, el número efectivo de casos de polio en 1991 en todo el mundo fue aproximadamente de 100.000, casi diez veces superior al número de casos registrados. La relación entre casos registrados y casos efectivos depende de la eficacia y cobertura de los sistemas de vigilancia.

Fuente: OMS

Pero a pesar de todos estos problemas, las posibilidades de avanzar han mejorado sustancialmente gracias a los enormes cambios políticos y económicos registrados en los últimos años: los progresos de la democracia en toda América Latina; la liberación de la Europa oriental; el desmoronamiento de la Unión Soviética; el fin de la guerra fría; la extensión de las reformas políticas democráticas a la mayor parte de África (incluida la erosión del sistema del *apartheid*); el retroceso en casi todo el mundo de la ideología que propugnaba un control gubernamental centralizado sobre todos los aspectos de la vida económica; y la progresiva aceptación de la necesidad de una acción internacional concertada para hacer frente a los problemas humanitarios y ambientales (recuadro 11).

El conjunto de estos cambios representa una de las más rápidas y fundamentales transformaciones registradas a lo largo de la historia. Asimismo, y pese a la estela de sufrimiento que acompaña el cambio, desde Somalia hasta la antigua Yugoslavia, cabe afirmar que esta transformación abre nuevas esperanzas para el desarrollo mundial. Si las diversas políticas económicas de mercado que se están adoptando no sucumben bajo el peso del gasto militar, la sobrecarga de la deuda externa y el proteccionismo comercial, cabe abrigar esperanzas fundadas de llegar a alcanzar un crecimiento económico sostenido. Y si los actuales avances hacia la democracia no flaquean bajo la embestida de una pobreza y un malestar social persistentes, también existen esperanzas fundadas de una futura participación más equitativa de los pobres en los beneficios de ese crecimiento.

Estos procesos están transformando el contexto global en que debe vivir el mundo en desarrollo y en el que sus habitantes han de intentar satisfacer sus necesidades. Que lo consigan o no depende, ante todo, del acceso de las familias al empleo y a un ingreso. En segundo lugar, también depende de que los gobiernos cumplan con su responsabilidad de

## Vitamina A: confirmación de una sospecha

El informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* de 1986 destacaba una sorprendente nueva propuesta en favor de la protección de la vida y la salud de muchos millones de niños y niñas. Investigaciones realizadas en Indonesia indicaban que la carencia de vitamina A podría ser la causa de una considerable proporción de la morbilidad y la mortalidad de los menores de cinco años. El doctor Alfred Sommer, miembro principal del equipo investigador, resumía así los resultados del estudio:

*«Sabemos que cada año, entre cinco y diez millones de niños padecen de xerofalmia moderada, debido a la carencia de vitamina A. De acuerdo con estas cifras, y teniendo en cuenta el mayor riesgo de muerte entre los niños con carencia moderada e incluso subclínica de vitamina A, podemos calcular que esta enfermedad representa entre el 20% y el 30% de la mortalidad preescolar en los países en desarrollo.»*

Hacia tiempo que se sabía que un cuarto de millón de niños quedaban ciegos cada año debido a la deficiencia de esta vitamina. Pero desde que se anunciaron las polémicas conclusiones del estudio realizado en Indonesia, en otras partes del mundo se ha intentado investigar la relación de fondo entre la vitamina A y la salud y supervivencia de los niños de corta edad. *«Si las conclusiones se confirman —declaraba en 1990 un informe de la Comisión sobre Investigaciones de Salud— las implicaciones estratégicas serían asombrosas.»*

A principios de 1992, treinta expertos e investigadores se reunieron en Bellagio, Italia, para examinar todos los estudios realizados hasta la fecha y extraer conclusiones conjuntas.

En líneas generales, el grupo confirmó que incluso una leve deficiencia de vitamina A incrementa considerablemente la tasa de mortalidad entre los niños de seis meses a seis años de edad. En particular, la deficiencia de vitamina A incrementa significativamente la gravedad y la incidencia de tres de los principales peligros que amenazan la salud de la infancia en el mundo en desarrollo: las enfermedades diarreicas, el sa-

rampián y la neumonía. También se confirmó que estas conclusiones son válidas aun en caso de deficiencias de vitamina A tan leves que no provocan trastornos de la vista, que hasta la fecha constituían el indicador aceptado de una deficiencia de vitamina A. *«Por consiguiente —señala el informe del grupo—, será preciso revisar la definición de la deficiencia de vitamina A para los fines de la atención pública de salud y sustituirla por otra más sensible a los niveles más moderados de deficiencia.»*

El grupo de Bellagio también consideró la posibilidad de reducir el riesgo mediante la administración de suplementos de vitamina A y en este contexto examinó los resultados de seis investigaciones independientes realizadas en la última década en India, Indonesia y Nepal, dos en cada país. Los estudios, que en total abarcaron a más de 100.000 niños, confirman que la administración de dosis adicionales de vitamina A puede reducir aproximadamente en un tercio la mortalidad infantil en muchas zonas del mundo en desarrollo.

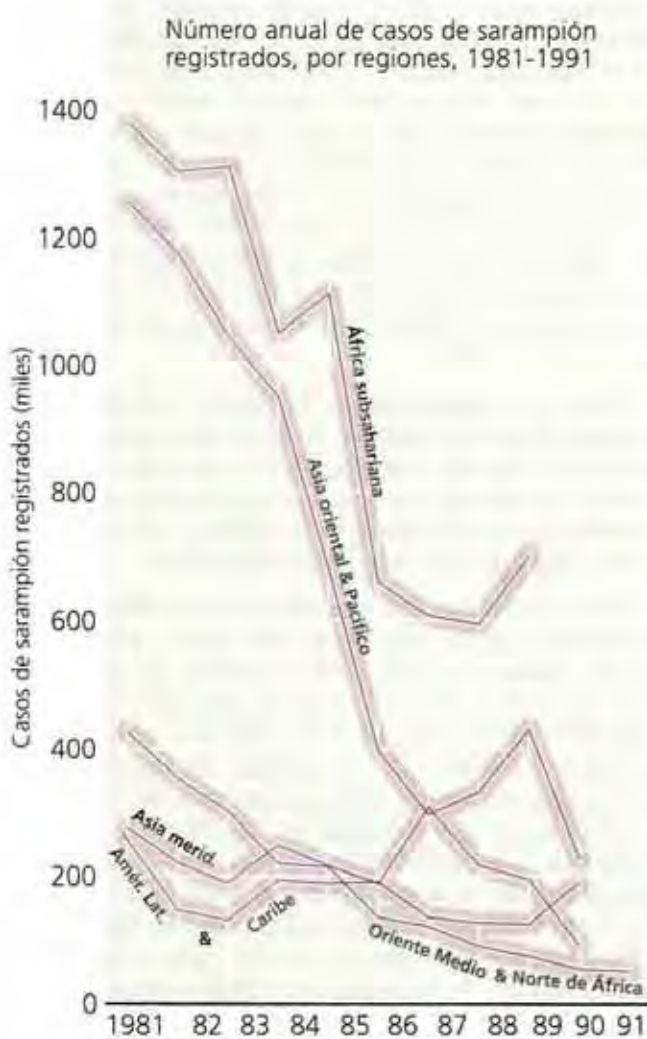
El problema puede abordarse fundamentalmente por tres vías. Puede instruirse a los padres sobre la importancia de que la dieta de sus hijos incluya alimentos con vitamina A (dosis abundantes de hortalizas de hojas verdes). O bien puede añadirse vitamina A a los alimentos de consumo generalizado —como el azúcar o la sal— durante el proceso de elaboración. O también pueden administrarse cápsulas de vitamina A cada seis meses a los niños en situación de riesgo. Todas estas estrategias tienen un costo inapreciable. Las cápsulas de vitamina A, por ejemplo, sólo cuestan 5 centavos cada una. Y ahora que los servicios de inmunización son capaces de hacer llegar regularmente las vacunas a más de un 80% de la población infantil, éstos también deberían hacerse cargo de la distribución de cápsulas de vitamina A.

Ya no hay motivo para seguir esperando. Los suplementos de vitamina A se han incorporado al grupo de estrategias de bajo costo capaces de reducir significativamente la incidencia de las enfermedades y la mortalidad entre la infancia del mundo en desarrollo.



### Gráf. 8 Avances contra el sarampión

La Cumbre Mundial en favor de la Infancia estableció la meta de una reducción del 90% de los casos de sarampión (y una reducción del 95% de las defunciones) para el año 2000, en comparación con los niveles previos de inmunización. El número de casos de sarampión registrados está descendiendo en todas las regiones, con Asia oriental a la cabeza del avance.



La relación entre casos registrados y casos efectivos depende de la eficacia y de la cobertura de los sistemas de vigilancia. El sistema es más débil en África, donde el número de casos registrados debe considerarse sólo como indicativo.

Fuente: OMS

respaldar los esfuerzos de las familias, ofreciéndoles servicios esenciales y redes de seguridad, a fin de garantizar que hasta los más desfavorecidos no sufran de desnutrición prevenible, enfermedades provocadas por la carencia de agua potable y sistemas adecuados de saneamiento o la imposibilidad de acceder ni siquiera a unos niveles básicos de atención de salud y educación. Aunque los grandes cambios registrados en los últimos cinco años no determinarán de forma inevitable o automática un avance en esta dirección, sin embargo mejoran las posibilidades y probabilidades de alcanzarlo.

Gracias a esta confluencia de la evolución general y de los procesos específicos, los primeros años de la década de 1990 inauguran una nueva etapa en la lucha por superar los peores aspectos de la pobreza. Una transformación política y económica de amplio alcance está creando un entorno más idóneo para reanudar los avances contra la pobreza; y los progresos en el ámbito de la tecnología, la estrategia y el compromiso político en favor de la consecución de las metas sociales básicas contribuyen a plantear el desafío en términos concretos y a abordarlo con nuevo impulso.

### Síntomas y causas

Si existe un aspecto del proceso de desarrollo donde las interpretaciones erróneas han calado más hondo que en ningún otro, éste es el de la relación entre estos dos factores: entre el desarrollo general a largo plazo y las intervenciones focalizadas practicadas de forma específica y deliberada, tales como las metas sociales básicas acordadas. La naturaleza misma de esta relación también debería plantear con renovada urgencia la importancia de satisfacer las necesidades humanas esenciales.

En estos momentos, si se cuenta con el suficiente respaldo público y político, es posible combatir aquellos aspectos de la pobreza que mayores sufrimientos causan a un mayor número de personas. En particular, pueden colmarse

algunas de las brechas más visibles, más vergonzosas y más perjudiciales entre los conocimientos disponibles y las presentes necesidades.

Con ello no se resolverán los problemas del desarrollo económico; no se suprimirá la carga de la deuda externa ni se reestructurarán unas relaciones económicas injustas; no se pondrá fin a la opresión y la explotación ni se erradicarán las múltiples causas del desempleo y de unos bajos ingresos; ni tampoco se dará satisfacción a las legítimas aspiraciones de centenares de millones de personas del mundo en desarrollo que, sin vivir en condiciones de pobreza absoluta, sin embargo no gozan de las comodidades de vida que se consideran obvias en los países industrializados. Esto ha llevado a argumentar a veces que tales intervenciones específicas con metas concretas sólo actúan sobre los síntomas de la pobreza, sin alterar sus causas.

A estas alturas esa objeción ya no merece las consideraciones que le fueron dispensadas en el pasado.

Su planteamiento es inaceptable por dos motivos. En primer lugar, es un argumento inhumano. ¿Cuánto tiempo más tendrán que esperar las familias más pobres hasta que se decida que el mundo ha alcanzado el nivel de desarrollo socioeconómico que permitirá dedicar unos pocos dólares per cápita a evitar la desnutrición, la ceguera, la invalidez y el retraso mental de millones de sus hijos e hijas?

En segundo lugar, la objeción no tiene en cuenta que las enfermedades frecuentes, la desnutrición, las deficiencias en el desarrollo y el analfabetismo figuran entre las causas más fundamentales de la pobreza, además de constituir sus más graves síntomas. No reconoce que el pulso del desarrollo económico se debilita cuando millones de niños y niñas sufren deficiencias en su desarrollo psíquico y físico; que el avance hacia la igualdad de oportunidades es más lento cuando los hijos e hijas de los más pobres abandonan la escuela y quedan atrapados por el analfabetismo para toda la vida; que la productividad de las comunidades

se ve mermada por las largas horas dedicadas a acarrear agua de fuentes de potabilidad dudosa y por el despilfarro de tiempo, energías y salud que suponen las enfermedades asociadas a su consumo; que las perspectivas de encontrar empleo y obtener un ingreso se ven socavadas por formas prevenibles de invalidez como la poliomielitis o la ceguera debida a deficiencias en la nutrición; que la capacidad de ahorro e inversión en el futuro de una familia se ve mermada cuando alguno de sus hijos nace con una discapacidad psíquica debido a una deficiencia de yodo; y que la contribución de las mujeres al desarrollo económico no puede hacerse efectiva cuando éstas permanecen encadenadas durante demasiados años a las funciones reproductivas, y deben dedicar un número excesivo de días al cuidado de las enfermedades y demasiadas horas a acarrear agua y combustible.

Éstas son algunas de las múltiples formas en que los peores síntomas de la pobreza contribuyen a corroer el potencial de los pobres, a reducir su control sobre sus circunstancias, a mermar las oportunidades a su alcance y a socavar el proceso de desarrollo a largo plazo.

La lucha por la justicia social y el desarrollo económico, en el interior de cada país y entre los distintos países, debe continuar, igual que los pobres mismos también seguirán luchando —como siempre lo han hecho— para intentar satisfacer sus necesidades mediante sus propios esfuerzos. Pero es un trágico error no reconocer la posibilidad de mejorar esos esfuerzos si se reducen las enfermedades, la discapacidad, la desnutrición, el analfabetismo y las tareas innecesariamente pesadas. En consecuencia, los actuales avances en los conocimientos y la tecnología con toda seguridad podrían contribuir tanto a mejorar las perspectivas futuras, como a mitigar los actuales sufrimientos. Y la objeción de que poner los actuales avances al alcance de una amplia mayoría supone atacar únicamente los síntomas resulta tan destructiva de cara al futuro como insensible en el contexto presente.

## Los años vulnerables

Esta vinculación entre las causas y los efectos de la pobreza confiere especial peso al argumento en favor de empezar a hacer ahora mismo todo lo posible para proteger a la infancia de los peores aspectos de la pobreza.

La pobreza tiene muchas causas externas. Y el proceso de desarrollo debe abordar todas esas causas, ya tengan su origen en circunstancias geográficas accidentales o en unas relaciones económicas de explotación. Pero una de las causas de más difícil solución es el hecho de que los hijos de los pobres no suelen iniciar la vida con las mismas posibilidades para aprovechar las oportunidades que más adelante puedan ofrecérseles. Y uno de los principales objetivos del desarrollo debe ser romper este insidioso «ciclo cerrado» de desnutrición y enfermedades que determinan un desarrollo físico y psíquico deficiente; que a su vez se traduce en un rendimiento escolar y laboral inadecuado; lo cual al llegar a la edad adulta a su vez reduce la capacidad de obtención de ingresos, de promover cambios y de responder ante las nuevas oportunidades; hecho que a su vez se traduce en familias pobres y a menudo numerosas, vulnerables a la desnutrición y las enfermedades, con las cuales se cierra el ciclo, con la transmisión de la pobreza de generación en generación.

El ciclo debe romperse antes de nacer el niño o la niña y durante sus primeros años de vida. Si se consigue ofrecer especial protección a su desarrollo físico y psíquico en ese período, si las familias, las comunidades y los gobiernos logran evitar que su normal crecimiento y desarrollo se vean afectados por los peores aspectos de la pobreza, si pueden adoptarse medidas especiales para ofrecerle durante esos meses y años de mayor vulnerabilidad parte de la protección que reciben los niños y niñas que han tenido la suerte de nacer en familias de una clase socioeconómica más alta, se habrá contribuido de manera significativa a romper el ciclo de la pobreza.

Millones de padres y madres del mundo entero hacen sacrificios para ofrecer este tipo de protección a sus hijos e hijas durante los años vulnerables. Desde su perspectiva, intentan darles esta protección especial movidos por el cariño y el sentido común. Desde la perspectiva de las repercusiones de la pobreza sobre el desarrollo físico y psicosocial del niño o la niña, la protección especial es un medio para elevar artificial y transitoriamente su condición socioeconómica, durante los primeros años más vulnerables de su vida, a fin de evitar, en la medida de lo posible, los efectos perjudiciales a largo plazo de la pobreza en que ha nacido.

Para ilustrar mejor esta tesis, cabe señalar que la naturaleza misma también intenta ofrecer este tipo de protección durante los años vulnerables, a través de la leche materna. En casi todas las circunstancias, la leche materna garantiza una nutrición adecuada del bebé durante los seis primeros meses de vida, haya nacido en el más mísero tugurio o en la mansión más opulenta. La naturaleza también procura neutralizar así los azares del nacimiento ofreciendo una calidad de nutrición que no refleja, y no se ve afectada por, el nivel socioeconómico de la familia de origen.

Actualmente, los avances en los conocimientos y en la comunicación han ampliado muchísimo la capacidad de proteger y resguardar el período más rápido de desarrollo físico y psíquico de la infancia, frente a los efectos más perjudiciales de la pobreza. Ahora es posible ampliar y reforzar esta protección básica durante los años más vulnerables de la vida, con medidas como la inmunización, la vigilancia y promoción del desarrollo<sup>21</sup>, el tratamiento adecuado de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, los suplementos de vitamina A y yodo, los subsidios alimentarios focalizados y el suministro de agua potable y servicios de saneamiento a bajo costo. Los conocimientos y la capacidad de comunicación disponibles ofrecen a las familias, los gobiernos y la comunidad internacio-

## Inmunización: mantenimiento del éxito

En septiembre de 1991, la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF pudieron anunciar al Secretario General de las Naciones Unidas que se había cumplido el objetivo de extender la cobertura de inmunización al 80% de la población infantil del mundo. Como fruto de una década de esfuerzos, con la participación de muchos millares de individuos y organizaciones de todo el mundo, actualmente se evitan más de tres millones de muertes infantiles y más de 400.000 casos de poliomielitis parálisis cada año.

El intenso esfuerzo realizado para alcanzar ese objetivo antes de finalizar el año 1990 llevó a muchos a preguntarse si éste sería sostenible y si en aras del mismo no se estaría abandonando la tarea de establecer sistemas más completos de atención primaria de salud. A los dos años de haber alcanzado el objetivo propuesto, es posible empezar a dar respuesta a esos interrogantes.

Aunque era de esperar un cierto retroceso con respecto a los niveles sin precedentes de inmunización alcanzados en la fecha fijada —finales de 1990—, los datos de finales de 1991 indican que éstos han descendido muy poco, aproximadamente un 3% en el conjunto del mundo en desarrollo. En 1991, 101 países en desarrollo mantuvieron o incrementaron sus niveles de inmunización y 28 registraron un descenso en la cobertura de inmunización.

En Asia, el retroceso ha sido escaso o nulo. Bangladesh superó enormes obstáculos para conseguir elevar su cobertura de inmunización de casi cero en 1982 a un 82% en 1990 y logró mantener una cobertura del 60% en 1991 frente a todas las adversidades concebibles. Incluso Viet Nam, que ha tenido dificultades para obtener vacunas suficientes, logró mantener su cobertura de inmunización.

En Oriente Medio y el Norte de África, casi todos los países han mantenido sus niveles de inmunización pese a la conmoción de la guerra del Golfo.

En toda América, la cobertura de inmunización se ha mantenido estable, salvo las importantes excepciones de Brasil y Venezuela, que en 1991 registraron tasas de inmunización inferiores a las de 1990. Aun así, la campaña de erradicación de la poliomielitis en

la región se encuentra a las puertas de la victoria, sin que se haya registrado ni un solo caso en los últimos doce meses.

El retroceso más acusado ha tenido lugar en el África subsahariana, donde el nivel global de inmunización descendió aproximadamente un 10% en 1991, con disminuciones de la cobertura de inmunización por debajo del 50% en el caso de las vacunas contra la poliomielitis, el sarampión y DTT. Este retroceso ha venido determinado en gran parte por las cifras registradas en 1991 en Camerún, República Centroafricana, Etiopía, Ghana, Mozambique, Nigeria y Sierra Leona, con sistemas de salud generalmente con una implantación débil o afectados por los conflictos sociales y políticos. Países con sistemas de salud más sólidos como Botswana, Burundi, Cabo Verde, Gambia, Namibia y Rwanda, han logrado mantener elevados niveles de cobertura y están registrando espectaculares descensos en la incidencia de las enfermedades.

Tan importante como alcanzar la meta de inmunización en sí es el establecimiento de un sistema de cobertura capaz de hacer llegar las vacunas a más de cien millones de niños en cuatro o cinco ocasiones diferenciadas a lo largo de su primer año de vida. En la mayoría de países, este sistema se está utilizando también para ofrecer otros servicios esenciales. En Asia, en particular, la red de inmunización se está aprovechando para combatir las enfermedades diarreicas (recuadro 5), las infecciones respiratorias agudas (recuadro 1) y la deficiencia de vitamina A (recuadro 3). India está utilizando este sistema para su iniciativa en favor de una maternidad sin riesgos (recuadro 14) y Bangladesh ha empezado a utilizar los servicios de la red de inmunización para reforzar sus servicios de planificación familiar.

En vez de limitarse a permanecer a la espera de la oportunidad de ofrecer sus servicios a una minoría, muchos centros de salud han adoptado la idea de aprovechar todos los medios disponibles para llegar a la comunidad como una vía para establecer un contacto regular organizado con la totalidad de la población. Es posible que a largo plazo este resultado sea el cambio más fundamental logrado gracias al esfuerzo de inmunización de la década de 1980.

nal la oportunidad de erigir un muro de protección básica en torno a los primeros años de vida de *todos los niños y niñas*. Y con ello podría contribuirse de un modo importante no sólo a la satisfacción de las necesidades humanas inmediatas, sino también a romper el «ciclo cerrado» de la pobreza y el subdesarrollo.

La presente oportunidad de satisfacer las necesidades más básicas y evidentes de la infancia de la cuarta parte más pobre del mundo debe considerarse, por tanto, también en el contexto de esta profunda relación entre las necesidades físicas y psíquicas de los niños y niñas y el desarrollo social y económico de sus sociedades. En palabras del profesor Muhammad Yunus, fundador del Grameen Bank Movement de Bangladesh: «Creo que ha llegado el momento de tomar la palabra para exigir con firmeza que se conceda a la infancia un lugar central en todos los planteamientos en materia de desarrollo»<sup>22</sup>.

### Mayor capacidad de cobertura

A los argumentos expuestos deben añadirse otras dos razones que refuerzan la idea de que ha llegado el momento de lograr un avance decisivo contra los peores aspectos de la pobreza.

Uno de los comunes denominadores más importantes que comparten los medios disponibles para proteger la vida, la salud y el desarrollo es que un agente comunitario de salud con sólo algunos meses de formación puede poner casi la totalidad de esos medios al alcance de las familias. Por ejemplo, un agente comunitario de salud con una formación, supervisión y respaldo adecuados puede contribuir a ofrecer información y servicios de planificación familiar; a dar asesoramiento sobre atención prenatal y prácticas para asegurar un parto sin riesgos; a informar a las familias de las ventajas de la lactancia materna; a organizar servicios de inmunización y registro; a diagnosticar las infecciones respiratorias agudas

y recetar antibióticos; a enseñar el uso de la terapia de rehidratación oral y la forma adecuada de proceder en caso de enfermedades diarreicas; a promover pautas de higiene doméstica y de prevención de las enfermedades; a organizar sesiones de vigilancia del desarrollo; a difundir los conocimientos sobre las necesidades especiales de alimentación durante los primeros años de vida; a organizar medidas de protección contra el paludismo; a distribuir los fármacos y medicamentos más esenciales; a proporcionar suplementos de vitamina A, yodo y hierro cuando sean necesarios; y a remitir los casos más complejos a profesionales de la salud más calificados. En resumen, pueden desvelar los conocimientos básicos en materia de salud y ponerlos a disposición de las comunidades. Y si para esta tarea cuentan con el respaldo de toda la amplia gama de capacidades de comunicación, de las escuelas y enseñantes, de los dirigentes religiosos y funcionarios de las administraciones locales, de los medios de comunicación impresos y electrónicos, de los comercios minoristas y las organizaciones profesionales, de las organizaciones no gubernamentales y los grupos de mujeres, los agentes comunitarios de salud puede convertirse en el pilar central del puente entre los conocimientos y las necesidades presentes.

El despliegue de un amplio número de agentes comunitarios de salud conlleva muchos problemas: en materia de reclutamiento y continuidad, de formación y supervisión regulares, y sobre todo de organización de los servicios de referencia esenciales. Pero son problemas superables como de hecho lo han sido cuando se ha mantenido un compromiso político continuado y se han destinado a ello los recursos financieros necesarios<sup>23</sup>.

Sobre todo, ya no puede seguir afirmándose que poner un agente de atención de salud capacitado al alcance de todas las familias es una propuesta poco práctica e inasequible. En el supuesto de asignar un agente de salud por cada 200 familias, por ejemplo, se requerirían

unos dos millones de agentes de salud para atender a los 2.000 millones de personas más pobres del mundo (en la práctica no es posible atender tan sólo al 20% más pobre). Con un costo medio aproximado de 1.000 dólares anuales, para cubrir los salarios y una capacitación periódica durante el servicio, el costo total sería del orden de los 2.000 millones de dólares anuales. Una cantidad que representa alrededor del 2% de lo que actualmente gasta cada año el mundo en desarrollo para pagar los salarios de sus soldados<sup>24</sup>.

Amartya Sen, profesor de la Universidad de Harvard y ex profesor de Economía Política

en la Universidad de Oxford, ha planteado estas consideraciones en relación a una más amplia gama de servicios:

*«También debe plantearse la cuestión... de si un país pobre ha de esperar muchas décadas hasta que el crecimiento económico haya generado los recursos suficientes para emprender ambiciosos programas públicos de atención de salud y educación. No está fuera de lugar preguntarse si un país pobre puede "permitirse" gastar tanto en salud y educación.*

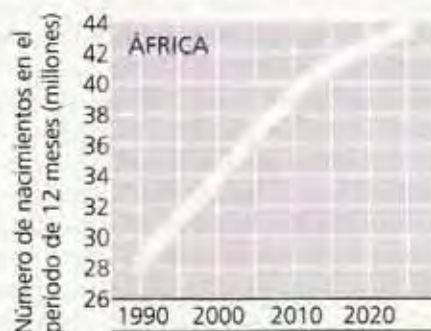
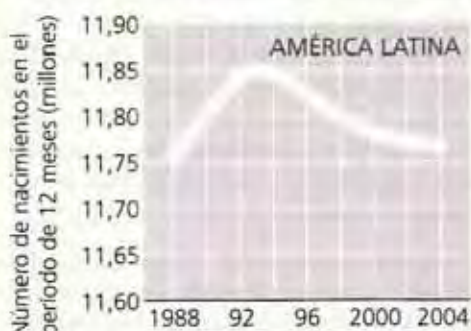
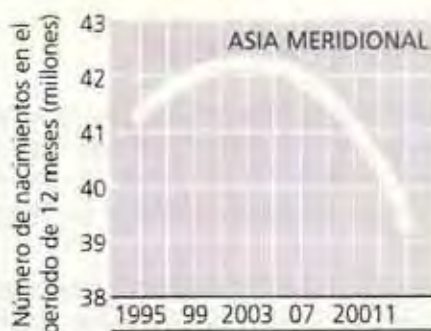
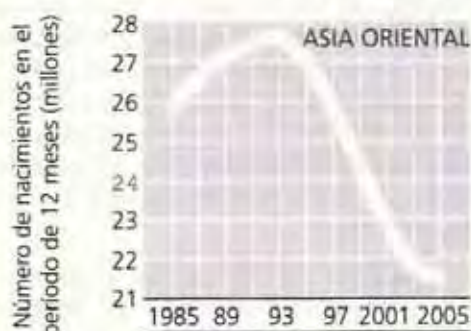
*»Para responder a esta pregunta, además de tener presente la realidad empírica de que muchos*

## Gráf. 9 Cima de natalidad

A medida que desciende el número anual de nacimientos, las inversiones adicionales en salud y educación pueden destinarse a mejorar la calidad de los servicios e incrementar la proporción de población cubierta. Todas las regiones del

mundo, excepto África, se encuentran ya, o están próximas, a la cima de natalidad. En África, el incremento de los nacimientos no comenzará a disminuir hasta el año 2010.

Número de nacimientos anuales, regiones seleccionadas



Interpolación basada en datos del *World Population Prospects*

Fuente: *World Population Prospects*, 1997, División de Población de las Naciones Unidas, Nueva York, 1992

*países pobres — como Sri Lanka, China, Costa Rica, el estado de Kerala en India y otros — han procedido exactamente de ese modo con muy buenos resultados, también debe comprenderse el hecho general del costo infinitamente más bajo de ofrecer atención pública de salud y servicios educativos básicos en un país pobre comparado con un país rico. Esto se explica porque tanto la atención de salud como la educación son actividades intensivas en trabajo, por lo cual resultan mucho más baratas en los países pobres, dados los niveles más bajos de salarios. En consecuencia, aunque un país pobre tenga enormes dificultades para gastar dinero en salud y educación, debido a la situación general de pobreza, la cantidad necesaria para pagar estos servicios también es significativamente menor cuando el país es aún bastante pobre»<sup>25</sup>.*

### **Cambio demográfico**

Por último, el importante cambio demográfico que se está registrando en la actualidad también corrobora la idea de que ha llegado el momento de emprender un esfuerzo decisivo para superar los peores aspectos de la pobreza.

En casi todas las regiones del mundo han descendido las tasas de fecundidad. En América Latina, ya ha empezado a disminuir el número anual de nacimientos; en Asia, estos alcanzarán un número máximo a mediados de la década de 1990 para luego descender; incluso en el Asia meridional, se alcanzará una cifra máxima en el plazo de una década (gráfico 9). Sólo en África continuará incrementándose el número anual de nacimientos hasta bien entrado el próximo siglo<sup>26</sup>. Es decir que pronto se alcanzará un momento de cambio demográfico decisivo en la era moderna. En efecto, una vez se ha estabilizado o comienza a descender el número anual de nacimientos, las nuevas inversiones en servicios como la atención de salud y la educación pueden destinarse a mejorar la calidad de los servicios ofrecidos y a ampliar la proporción de personas atendidas. En otras palabras, la tarea de ofre-

cer estos servicios dejará de ser «una carrera para no retroceder» y el objetivo de satisfacer las necesidades humanas básicas ya no será una meta móvil que continuamente se aleja por mucho que avancemos.

### **Un 20% para las necesidades básicas**

En las postrimerías del siglo XX, una serie de razones vienen a corroborar, por tanto, la idea de que por fin ha llegado el momento de acabar con los peores aspectos de la pobreza.

Se dispone de nuevas estrategias y nuevas tecnologías de bajo costo. Se han acordado unas metas concretas en consonancia con este potencial. Ningún otro documento a lo largo de la historia ha sido suscrito por un número tan importante de presidentes y primeros ministros como el compromiso de cumplir esas metas. La mayoría de países han formulado o están elaborando planes para alcanzarlas. Y cada vez gana mayor aceptación la idea de que centrar las actuaciones sobre los peores aspectos de la pobreza, y en particular sobre sus repercusiones para la infancia, constituye un elemento esencial de una estrategia de desarrollo a largo plazo.

Dentro del panorama mundial más amplio, los avances de los sistemas democráticos abren las puertas para que los problemas de los pobres, largo tiempo desatendidos, comiencen a adquirir mayor peso político. En efecto, proporcionar servicios básicos a las familias pobres con derecho a voto constituye, a fin de cuentas, una muestra de buen sentido político. Al mismo tiempo, las reformas económicas pueden crear a su vez un entorno mucho más favorable para el éxito de cualquier nuevo esfuerzo en favor de la satisfacción de las necesidades humanas básicas. Simultáneamente, también comienza a iniciarse un reflujó en la poderosa marea del cambio demográfico.

Por todos estos motivos, cabe afirmar que contamos con un nuevo potencial para avan-

zar hacia un mundo donde casi todas las personas — hombres y mujeres, niños y niñas— puedan ver satisfechas sus necesidades básicas. Pero también es evidente que este esfuerzo no adquirirá el impulso necesario a menos que se consiga mantener el compromiso político y empiecen a asignarse los recursos necesarios para este fin.

Para que los compromisos políticos suscritos y los programas nacionales de acción establecidos puedan dar sus frutos, es preciso empezar a contar con esos recursos adicionales en un plazo de uno a dos años.

Algunos países ya han empezado a actuar para obtener los fondos necesarios a partir de sus propios recursos. En la mayoría de los casos, para lograrlo casi con toda seguridad deberán incrementar la proporción del gasto gubernamental destinado a nutrición, atención primaria de salud, agua potable, sistemas eficaces de saneamiento, educación básica y servicios de planificación familiar. El UNICEF respalda firmemente la propuesta del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo de asignar al menos un 20% del gasto público a medidas directamente asociadas a la satisfacción de las necesidades humanas prioritarias<sup>17</sup>. De introducirse esta reestructuración en los presupuestos gubernamentales, los países en desarrollo podrían disponer globalmente de una cantidad varias veces superior a los 25.000 millones de dólares anuales necesarios para alcanzar las metas acordadas.

En la práctica, no será fácil modificar en tal medida los patrones de asignación de los recursos. Todos los gobiernos, por buenas que sean sus intenciones, sólo disponen de un limitado margen de maniobra, entre la espada de las presiones políticas y la pared de las limitaciones económicas. En estos momentos, los gobiernos del mundo en desarrollo dedican en conjunto una tercera parte de la suma de sus presupuestos a la devolución de la deuda externa y a la financiación de sus gastos militares<sup>18</sup>. Estas distorsiones no son fruto del azar.

Y las fuerzas internas y externas que han determinado estos patrones de gasto no desaparecerán de la noche a la mañana. Como tampoco desaparecerán las presiones para que una parte desproporcionada de los recursos públicos se destine a financiar los más avanzados y costosos servicios de salud y educación para los sectores más acomodados e influyentes de la sociedad.

Pero aun frente a semejantes presiones, debería ser posible destinar un 20% del gasto gubernamental a la tarea de ayudar a los pobres a satisfacer sus necesidades en materia de alimentación, agua, saneamiento, atención básica de salud, planificación familiar y educación para sus hijos e hijas.

## Reestructuración de la ayuda

Otro aspecto a dilucidar es si los países industrializados están dispuestos a respaldar este esfuerzo. De acuerdo con el compromiso suscrito en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, todo país en desarrollo que establezca un programa de acción detallado para alcanzar las metas sociales aprobadas — como quiera que se denomine este proceso— debería poder cubrir una parte del costo gracias a un incremento o una reasignación de la ayuda externa. Esta proporción oscilará entre menos de una cuarta parte, en el caso del Asia oriental y de América Latina, hasta dos terceras partes en los países menos desarrollados y en el África subsahariana. La ayuda externa adicional necesaria para el conjunto del mundo en desarrollo será del orden de unos 8.000 millones de dólares anuales.

Hasta la fecha no se observan indicios significativos de que los países industrializados estén dispuestos a ofrecer tal cantidad de recursos adicionales. La ayuda externa continúa estancada. Y han sido escasas las tentativas de reestructurar seriamente las presentes asignaciones. La ayuda entre gobiernos no puede desembarazarse fácilmente de la maraña de



consideraciones de política exterior, intereses económicos creados y asociaciones históricas, en virtud de las cuales el 40% más rico de la población del mundo en desarrollo percibe una ayuda per cápita dos veces superior que el 40% más pobre<sup>29</sup>, y los países donde se producen dos terceras partes de las muertes infantiles registradas en el mundo sólo reciben una cuarta parte de la ayuda externa mundial. Al mismo tiempo, adoptando un enfoque más positivo, sería un error suponer que toda la ayuda que no se destine directamente a la satisfacción de las necesidades humanas es irrelevante para esta causa. Las carreteras también ayudan a satisfacer algunas necesidades básicas. Y la creación de empleo todavía más.

Pero aun así, no parece exagerado esperar que un 20% de la ayuda para el desarrollo se destine a ayudar directamente a las poblaciones a satisfacer sus necesidades más básicas en materia de alimentación, agua, atención de salud, planificación familiar y educación primaria. Esta reestructuración de la asignación de la ayuda permitiría disponer, por sí sola, de los 8.000 millones de dólares anuales adicionales requeridos. A la vez que se incrementaría el tipo de ayuda que la mayoría de la población del mundo en desarrollo desea recibir, y que desea ofrecer la mayoría de la población del mundo industrializado. Un incremento que en estos momentos debería ofrecerse a todo país en desarrollo que se comprometa a ejecutar un programa de acción encaminado a satisfacer las necesidades humanas básicas.

El mismo compromiso cabe esperar también de las organizaciones multilaterales que en estos momentos desembolsan unos 12.000 millones de dólares al año. En particular, la Organización de las Naciones Unidas podría desempeñar un papel cada vez más crucial en los esfuerzos internacionales para alcanzar las metas sociales acordadas y establecer los nuevos cimientos para el desarrollo humano en el siglo XXI. Esta estrategia podría constituir una de las líneas de acción de la inminente reforma del sistema de las Naciones Unidas y fomentar

cambios convincentes para la opinión pública mundial, capaces de lograr su aprobación.

### Una excusa cada vez más débil

Sobre todo, no debe permitirse que esta oportunidad se desvanezca, absorbida por el eterno clima de pesimismo sobre las perspectivas del desarrollo mundial. 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 y juvenil; 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 cuartas partes del total (pese a haberse duplicado la población); y el porcentaje de familias rurales con acceso a agua potable se ha elevado de menos de un 10% a casi un 60%. Sin embargo, aun siendo extraordinarios, estos datos no permiten hacerse una idea del verdadero alcance de los cambios registrados en el plazo de unas pocas décadas. 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 regímenes fascistas y totalitarios. Y en el trasfondo de todos estos cambios se está efectuando la lenta y aún más fundamental transición de un mundo organizado casi exclusivamente, en casi todas las sociedades, en beneficio de un 10% o un 20% de privilegiados, a un mundo que empieza a reconocer progresivamente las necesidades y los derechos de toda la población. Sólo unas déca-

## Enfermedades diarreicas: estrategia para los noventa

Diez años atrás, las enfermedades diarreicas constituían la causa más importante de mortalidad infantil en el mundo y se cobraban la vida de casi cuatro millones de niños cada año. La mayoría de esas muertes se producían por deshidratación. Sin embargo, aunque hacía años que se contaba con un método sencillo y barato para prevenir y tratar la deshidratación, pocas personas lo conocían fuera del ámbito de la comunidad científica.

Ahora, gracias a una década de esfuerzos de promoción, aproximadamente una de cada tres familias del mundo en desarrollo conoce y utiliza alguna forma de terapia de rehidratación oral (TRO). Esto permite salvar alrededor de un millón de vidas cada año, haciendo retroceder las enfermedades diarreicas al segundo lugar entre las principales causas de mortalidad infantil.

Los éxitos obtenidos en la pasada década han modificado el desafío que se plantea para la siguiente. Sigue siendo necesario promover la TRO: una mayoría de familias del mundo en desarrollo aún no utilizan esta técnica y la deshidratación todavía causa más de un millón y medio de muertes cada año. Sin embargo, cada vez resulta más evidente la necesidad de ampliar los objetivos de la campaña contra las enfermedades diarreicas.

Dada la rápida reducción de la mortalidad por deshidratación gracias a la TRO, una proporción creciente de las muertes registradas se debe a la disentería y la diarrea persistente, que suelen requerir un tratamiento con antibióticos adecuados como complemento de la TRO. Hace diez años, dos terceras partes de todas las muertes asociadas a la diarrea se debían a la deshidratación; en la actualidad, esta proporción se ha reducido a menos de la mitad. Al mismo tiempo, cada vez está más claro que las afecciones diarreicas constituyen una de las causas principales —tal vez la

causa principal— de desnutrición infantil en el mundo en desarrollo. Numerosos estudios han demostrado que las frecuentes diarreas frenan el desarrollo normal del niño, al reducir el apetito, inhibir la absorción de alimentos, consumir calorías a través de la fiebre y drenar los nutrientes del organismo.

En consecuencia, la estrategia para la década de 1990 debe conceder nueva prioridad al agua potable y sistemas seguros de saneamiento y a la educación de los padres a fin de capacitarlos para prevenir las enfermedades diarreicas y minimizar su impacto sobre la salud y desarrollo de sus hijos. Los actuales conocimientos hacen posible la prevención en gran escala y con un bajo costo. Los medios principales para ello son los siguientes: lactancia materna; inmunización contra el sarampión; usar letrinas; mantener limpios los alimentos y el agua; y lavarse las manos antes de tocar cualquier alimento. Las medidas más importantes para impedir que la diarrea cause desnutrición son: mantener la alimentación del niño durante la enfermedad (especialmente continuar la lactancia materna) y darle una comida adicional al día al menos durante una semana una vez superada la enfermedad. Además de estar informados sobre la importancia de dar alimentos y líquidos al niño enfermo, todos los padres deberían saber que es necesario solicitar ayuda cualificada si se observa la presencia de sangre en las heces o si la diarrea persiste o es más intensa de lo habitual.

Reducir la mortalidad infantil en un tercio y la desnutrición infantil a la mitad fueron dos de las metas más importantes aprobadas por los dirigentes del mundo entero en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990*. Ninguna de las dos podrá alcanzarse si no se amplía el frente de lucha contra las enfermedades diarreicas y se reduce su impacto sobre la supervivencia y el desarrollo normal de muchos millones de niños del mundo.

das atrás, no parecía considerarse un problema de primera importancia que la mayoría pobre de la población no tuviera derecho al voto, a la libertad de expresión o de religión o a un juicio justo, o que sus hijos e hijas no recibirían educación y no estuvieran inmunizados y se beneficiasen muy poco o nada de los avances en el ámbito de la higiene y la atención de salud. En muchos países, incluso se consideraba natural que los hijos e hijas de los pobres pudieran venderse o cederse como siervos o estuvieran obligados a trabajar jornadas de 14 horas en los campos, las minas o las fábricas. Y casi exactamente 50 años atrás más de un millón de personas murieron en la hambruna de Bengala sin que en el mundo se elevara ni un murmullo de protesta.

Desde esta perspectiva más prolongada, el hecho de que actualmente dos terceras partes de los habitantes del planeta tengan derecho al voto, o que un 80% de los niños y niñas del mundo estén vacunados, o que se haya promulgado una Convención de los Derechos del Niño mundialmente aceptada, es indicativo de un cambio extraordinario. A la vista de tales progresos, las manifestaciones de pesimismo, más que sagacidad, sobre todo revelan cinismo. 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.

Resulta casi inconcebible que la oportunidad de alcanzar estas metas sociales básicas pueda perderse debido a un compromiso político insuficiente o a la incapacidad del mundo en desarrollo y de los países donantes para aportar conjuntamente 25.000 millones de dólares adicionales al año. Se dispone de tecno-

logías y estrategias asequibles. La capacidad de cobertura y comunicación están ahí y sólo falta movilizarlas. Ya se ha manifestado el compromiso político de alcanzar esas metas. Y el amplio contexto de los cambios políticos, económicos y demográficos probablemente es el más favorable que cabría esperar. Las dificultades son enormes. Pero resultan ínfimas en comparación con la capacidad de superarlas, como se ha hecho para alcanzar todos los numerosos grandes éxitos de nuestro tiempo.

En el mundo industrializado, ni la recesión ni los otros fines que compiten por la asignación de los recursos pueden servir de excusa para no aportar los 8.000 millones de dólares anuales adicionales que serían necesarios para respaldar los esfuerzos que deberán hacer los países en desarrollo que decidan conceder prioridad nacional al cumplimiento de las metas sociales básicas.

En el mundo en desarrollo, el subdesarrollo es una excusa cada vez menos válida para no suscribir ese compromiso y no empezar a movilizar los recursos financieros y humanos necesarios.

Ha llegado el momento de olvidar las excusas y afrontar el desafío. Si no se adoptan las medidas evidentes y asequibles para proteger las vidas, la salud y el normal desarrollo de muchos millones de niños y niñas, más que por falta de capacidad económica, será sobre todo porque se trata casi exclusivamente de los hijos e hijas de los pobres, de la parte de la población que no sólo carece de poder adquisitivo, sino también de influencia política y de capacidad para atraer la atención de los medios de comunicación. Y si no se aportan los recursos necesarios, si en los próximos años no logran superarse los peores aspectos de la pobreza, la desnutrición, el analfabetismo y las enfermedades, debe quedar claro que no será por falta de posibilidades, sino porque no se ha concedido prioridad a este fin.

## Poliomielitis: eliminación a la vista

El 5 de septiembre de 1991, los análisis de laboratorio confirmaron que Luis Tenorio Cortez, un niño de dos años de la municipalidad de Pichanaqui, en el sur de la zona central de Perú, sufría parálisis causada por el virus de la poliomielitis de tipo 1. Desde esa fecha, no se ha registrado ningún nuevo caso de poliomielitis en todo el hemisferio occidental.

La vigilancia todavía deberá mantenerse durante varios años, pero la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que ha encabezado la lucha para erradicar la poliomielitis de las Américas, empieza a vislumbrar claramente la victoria.

En la otra mitad del planeta, el virus sigue dejando parálisis de brazos y piernas a más de 100.000 niños cada año. Tan trágica cifra representa, sin embargo, un notable progreso. Diez años atrás, el virus causaba más de medio millón de víctimas anuales. Actualmente, la vacunación contra la poliomielitis alcanza una cobertura del 85% de la población infantil del mundo. En algunos países, el retroceso de la enfermedad ha sido espectacular; en Filipinas, por ejemplo, los casos de poliomielitis declarados descendieron de 1.422 en 1988 a solo 82 en 1990.

Tres cuartas partes del total de nuevos casos de poliomielitis declarados en 1989 y 1990 correspondieron a China e India. Sin embargo, en ambos casos, los crecientes niveles de inmunización permiten abrigar esperanzas realistas de llegar a erradicar la enfermedad antes del año 2000. El panorama es menos halagüeño en África, donde los sistemas de salud tienen en general una implantación más débil; catorce países africanos aún presentan niveles de cobertura de inmunización inferiores al 50%.

Una vez alcanzados unos altos niveles de inmunización rutinaria, la clave para lograr la total erradicación está en establecer un sistema de seguimiento capaz de detectar de inmediato cualquier nuevo caso de parálisis flácida. Mientras se realizan análisis de laboratorio para determinar si su causa es una poliomielitis, debe establecerse un «cordón» en torno al supuesto caso vacunando a todos los niños y niñas de la zona. Ningún país puede considerarse a salvo has-

ta que todos hayan erradicado la enfermedad. El virus de la poliomielitis puede introducirse en un país desde el extranjero y propagarse luego con rapidez, aunque sus niveles de inmunización rutinaria sean altos.

Miles de personas y organizaciones participan en estos momentos en el esfuerzo para lograr erradicar la poliomielitis de la faz de la tierra antes de finales del siglo xx, cumpliendo el objetivo propuesto en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990*. Los programas nacionales de inmunización, cuyos logros figuran entre los mayores triunfos de la pasada década, cuentan con el respaldo de la OMS y del UNICEF, así como con el apoyo de programas bilaterales de ayuda y de instituciones como la Fundación Rockefeller y los Centros de Control de Enfermedades de los Estados Unidos en Atlanta. La Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) ha contribuido con más de 40 millones de dólares en los últimos cinco años a la lucha contra la polio en la región de las Américas. En una remarcable muestra de respaldo popular, Rotary International ha recaudado más de 300 millones de dólares para la erradicación de la poliomielitis a escala mundial y ha ofrecido la colaboración de millares de voluntarios a los servicios de inmunización. En la mayoría de los países habría sido imposible cumplir la tarea de informar a centenares de millones de padres sobre las fechas, lugar y razones de la vacunación sin la colaboración de los medios de comunicación de masas, las escuelas, los dirigentes religiosos y muchas organizaciones no gubernamentales. El mundo en desarrollo cubrió por sí mismo dos terceras partes de los costos totales.

La erradicación mundial de la poliomielitis costará aproximadamente 1.400 millones de dólares repartidos a lo largo de los próximos diez años. Pero una vez confirmada su erradicación, dejará de ser necesaria la vacunación contra esta enfermedad. En consecuencia, quedará compensado con creces el costo del programa. El ahorro total en vacunas y costos de distribución, incluido el correspondiente al mundo industrializado, será de 500 millones de dólares anuales en el año 2000 y se habrá incrementado hasta un total estimado de 3.000 millones anuales para el año 2015.

# Una causa común

En la primera parte de este informe se ha señalado que existe una brecha sin precedentes entre lo que actualmente *podría hacerse* y lo que de hecho *se hace* para superar los peores aspectos de la pobreza. En particular, la cuarta parte más pobre de la población mundial ve negado su acceso a los avances en los conocimientos que podrían mejorar la salud, la nutrición y la educación de millones de familias. También se ha dicho que, en los lugares donde esta brecha sigue siendo amplia, la causa primordial no es una insuficiencia de recursos o de capacidad de cobertura, sino una cuestión de compromiso y de prioridades. Los pobres carecen de poder adquisitivo y de influencia política proporcionales a su número; en consecuencia, la brecha entre los conocimientos y las necesidades no se colmará fácilmente por la sola intervención de la mano invisible de las fuerzas del mercado, o de los procesos visibles de la política convencional.

En tales circunstancias, la brecha entre lo que ya se ha logrado y lo que podría conseguirse, entre conocimientos y necesidades, difícilmente llega a colmarse en virtud de algún proceso automático o inevitable del desarrollo socioeconómico; en la mayoría de los casos, ello se consigue gracias a las presiones de un amplio y creciente número de personas en favor del cambio. En el pasado, *movimientos populares* muy diversos, en defensa de intereses propios o de solidaridad con los derechos de otras personas, lograron que se concediera prioridad a problemas hasta entonces ignorados, consiguieron poner al alcance de la mayoría los beneficios del progreso, hasta entonces restringidos a la minoría, y promovieron unos cambios que actualmente se reconocen como avances de la propia civilización.

Varios recuadros de este informe documentan la contribución de los movimientos populares para hacer llegar los beneficios del progreso a un más amplio número de personas. Así puede comprobarse que la actuación de lo que actualmente denominaríamos ONG ha sido esencial para lograr cambios tales como la

transformación de la salud pública a través de la provisión de agua potable y de sistemas de saneamiento (recuadro 7), el control de los trastornos asociados a la deficiencia de yodo en Europa y los Estados Unidos (recuadro 10) y la deliberada reducción de las tasas de mortalidad infantil en el Reino Unido y en los Estados Unidos a principios de este siglo (recuadro 8).

En fechas más recientes, la mayoría de países del mundo han sido testigos de dos destacados ejemplos de la capacidad de los movimientos populares para promover un cambio fundamental a escala internacional: el movimiento en favor de la protección del medio ambiente y el movimiento para mejorar la condición de la mujer. Estas causas tampoco recibían la prioridad necesaria. También eran causas que difícilmente serían promovidas por las fuerzas del mercado o por los procesos políticos convencionales, sobre todo en las primeras etapas de vital importancia. Y en ambos casos, sólo iniciaron su largo y todavía inconcluso avance cuando un amplio número de personas empezó a estar mejor informado, a preocuparse más y a actuar más decididamente para intentar remediar los errores e injusticias que se estaban cometiendo.

Es evidente, por tanto, que la lucha para acabar con la desnutrición, las enfermedades y el analfabetismo prevenibles, la lucha para cubrir las necesidades humanas más básicas y permitir el acceso de la cuarta parte más pobre de la humanidad a los beneficios básicos del progreso, también dependerá en gran medida de que un amplio número de personas se decidan a alinearse en favor de esta causa. Para que se mantenga el impulso político generado hasta ahora y se conceda nueva prioridad a las metas acordadas, es preciso que el movimiento mundial en favor de la satisfacción de las necesidades básicas adquiera creciente fuerza, hasta estar en condiciones de empezar a ejercer el mismo tipo de presión que actualmente se desarrolla en favor de la protección del medio ambiente.

Por ello, esta segunda parte del informe constituye una llamada a la colaboración de

## Europa y los Estados Unidos: agua y saneamiento

El logro de las metas adoptadas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* consiste en gran parte en traducir los conocimientos disponibles en mejoras concretas en la calidad de vida de la mayoría de la población. En el pasado, este proceso generalmente ha dependido de los esfuerzos de personas y organizaciones que han impulsado campañas de presión popular para lograr que los gobiernos adoptasen medidas a escala nacional.

A mediados del siglo XIX, por ejemplo, se lograron avances básicos en los conocimientos sobre la relación entre agua limpia, sistemas adecuados de saneamiento y morbilidad. Pero sólo una decidida campaña permitió traducir estos conocimientos en los niveles de salud pública que actualmente se dan por sentados en la mayoría de los países occidentales. En palabras del historiador social norteamericano Michael Katz: «En todas partes, fue preciso luchar por la reforma de la salud pública.»

El debate surgió inicialmente en Francia y Alemania, pero adquirió nueva urgencia en Gran Bretaña tras cuatro explosivas epidemias de cólera que segaron centenares de miles de vidas en las hacinadas ciudades industriales. El científico británico John Snow fue el primero que asoció la propagación de la infección con la contaminación del agua destinada al consumo por las heces de pacientes de cólera y sugirió que la enfermedad podría estar causada por organismos invisibles (el proceso concreto de contagio de la enfermedad a través de los gérmenes no se descubriría hasta más entrado el siglo). Firmemente decidido a acabar con la indiferencia oficial y llamar la atención sobre esta cuestión, Snow arrancó de cuajo la palanca de una fuente popular de Broad Street, en Londres, en un incidente que logró amplio eco.

Simultáneamente, una de las figuras claves de la historia de la salud pública desarrollaba una campaña en favor de medidas legislativas. Según el razonamiento de Edwin Chadwick, un tenaz y audaz abogado que había sido nombrado Secretario de la Comisión de la Ley de Pobres en Gran Bretaña, la suciedad provocaba enfermedades y las enfermedades determinaban una pérdida de ingresos, conduciendo a la gente a la pobreza. En un estudio destacado sobre las espantosas condiciones de vida de la clase obrera bri-

tánica, Chadwick afirmaba que el número de vidas que anualmente se perdían a causa de la suciedad y un saneamiento inadecuado eran muy superiores a las bajas de cualquier guerra librada hasta entonces. Se vendieron 10.000 ejemplares de su informe, dedicado a promover la «idea sanitaria», que fue leído y discutido en todo el país hasta convertirse en el aglutinante de un movimiento popular que contó con la participación de muchas personas y organizaciones de prestigio.

El informe de Chadwick también fue la fuerza impulsora de la promulgación de los decretos de salud pública de 1848, 1866 y 1875. De forma gradual se logró superar la resistencia del gobierno y la compañía de aguas y se consiguieron los primeros avances en la salud pública gracias al control del suministro de agua y de los sistemas de alcantarillado.

En los Estados Unidos, uno de los pioneros de la salud pública fue Lemuel Shattuck, un librero de Massachusetts que en 1850 realizó y publicó una detallada encuesta sobre la salud en su estado. La encuesta marcaría el inicio de una nueva era en la salud pública en los Estados Unidos, aunque sus recomendaciones no fueron recogidas en ninguna medida oficial hasta mucho después de su muerte, ocurrida en 1859. Mientras tanto, la proliferación de miserios suburbios y viviendas infectas en las ciudades fomentaba las epidemias. Casi todas las familias perdían algunos de sus hijos o hijas víctimas de la difteria, el sarampión, el tifo y la diarrea, y esto estimuló la formación de organizaciones de voluntarios dedicadas a presionar al gobierno para que adoptase medidas. En la década de 1890, por ejemplo, la Noble Orden de los Caballeros del Trabajo —dedicada a promover acciones como las medidas en favor de la salud pública, los seguros sociales, la jornada de ocho horas y la abolición del trabajo infantil— amplió de 11 a más de 700.000 su número de miembros. Reformadores sanitarios, médicos e ingenieros insistían en la necesidad urgente de mejorar las condiciones sanitarias en las urbes industriales, con el respaldo de muchísimas mujeres de clase media y alta que se unieron a la campaña en favor de la reforma sanitaria. Estas organizaciones de voluntarios constituirían el marco fundamental de muchas de las reformas en materia de salud pública introducidas a finales del siglo XIX y principios del XX.

todas las personas y organizaciones de todos los países en esta lucha.

### **Redefinición de lo aceptable**

Bajo el término «movimientos populares» se incluyen realidades muy dispares. Algunos son movimientos de los menos privilegiados en defensa de sus propios intereses; otros son movimientos de solidaridad de los más privilegiados con los desfavorecidos. Algunos operan a la luz del día en un entorno de derechos cívicos y libertad de expresión; otros actúan en los oscuros márgenes de la censura y la represión. Algunos desarrollan su labor a una gran distancia geográfica y económica de las causas que respaldan; otros actúan con el polvo de la participación diaria adherido a las manos del interés. Algunos promueven su causa a través del efecto acumulado de millares de proyectos en pequeña escala, que permiten demostrar cuánto puede lograrse, a la vez que evidencian la existencia de un respaldo público para impulsar avances en más amplia escala; otros escogen la vía de recopilar y difundir datos, movilizar el respaldo público, difundir su causa a través de los medios de comunicación, promoverla entre los dirigentes empresariales y presionar en favor de cambios concretos en materia legislativa o de política.

En bastantes casos los movimientos populares han logrado impulsar, mediante alguna combinación de estos métodos, cambios profundos y duraderos que van más allá de la suma de sus éxitos prácticos o políticos. De vez en cuando incluso han conseguido alterar el clima ético de una época, redefiniendo la concepción pública y política de lo que se considera aceptable o no.

Una transformación del clima ético en este sentido contribuyó a socavar los cimientos de la esclavitud y el colonialismo. Un cambio de estas características desembocó en la promulgación de la legislación laboral y la prohibición del trabajo infantil en muchos países del mundo. Otro proceso análogo, lentamente

propagado, como una amplia marea, otorgó a millones de personas trabajadoras el derecho al voto y a la educación. Y una transformación del mismo tipo está haciendo retroceder actualmente las fronteras del racismo y el *apartheid*, a medida que se vuelven inaceptables unas actitudes y actuaciones que se habían mantenido incólumes durante siglos. Un cambio parecido está comenzando a frenar la vasta y negligente explotación del medio ambiente que, de proseguir sin control, acabaría destruyendo la propia capacidad de regeneración de la Tierra. Un proceso de estas características está empezando a resquebrajar por fin los altos y antiguos muros que todavía excluyen a la mayoría de las mujeres del mundo de las ciudadelas de la igualdad. Y precisamente el mismo tipo de cambio debe promoverse en la lucha para superar los peores aspectos de la pobreza en el mundo.

Para alcanzar ese objetivo, será preciso lograr una transformación en el clima ético que define y condiciona nuestra respuesta frente a las privaciones en gran escala. En los años inmediatamente venideros, las muertes prevenibles de decenas de miles de niños que se producen a diario y el deficiente estado de salud y de desnutrición persistente, también evitables, que afecta a muchísimos millones más, deben llegar a convertirse en una lacra tan repugnante e inaceptable como lo fueron la esclavitud o el colonialismo, como lo es el racismo y como lo será el sexismo.

Cada avance de la capacidad humana exige una respuesta de la civilización, si no quiere quedar rezagada. Colmar las brechas entre los nuevos conocimientos y las necesidades sociales constituye, por tanto, una medida del éxito en términos de organización social, una prueba de civilización en la conducción de los asuntos nacionales e internacionales. Que ingentes números de personas muriesen víctimas de las epidemias y las fiebres no constituía un inaceptable descrédito para la humanidad cuando no se conocía su causa y no se disponía de una cura. Pero es una vergüenza inaceptable para la hu-

## Europa y los Estados Unidos: acción popular para salvar a la infancia

A principios del presente siglo, la opinión pública de los países industrializados comenzó a reaccionar con creciente indignación ante las elevadas tasas de mortalidad infantil y «Salvar a la infancia» (*Saving Children*) se convirtió en el lema de las campañas de muchas organizaciones en Europa y los Estados Unidos.

Aunque el saneamiento ambiental había logrado un impresionante descenso de la morbilidad y la mortalidad generales, no se había registrado una disminución equivalente en las tasas de mortalidad de los niños y niñas de muy corta edad. En la primera década de este siglo, en Inglaterra y Gales morían 154 menores de un año por cada mil nacidos vivos, una tasa de mortalidad muy superior al promedio del mundo en desarrollo en la actualidad.

En el Reino Unido, un movimiento social popular agrupó a profesionales de la salud, enseñantes, funcionarios de las administraciones locales, asistentes sociales y colaboradores voluntarios bajo el lema «Salvemos a los bebés» (*Save the Babies*). Su principal objetivo era ofrecer a las madres los conocimientos que les permitirían mejorar su propio estado de salud y el de sus hijos e hijas. Uno de sus mensajes clave insistía, por ejemplo, en la importancia de lavarse las manos, en particular después de usar el retrete o de cambiar los pañales a un bebé, a fin de evitar la propagación de las enfermedades diarreicas que causaban alrededor de una cuarta parte del total de muertes infantiles (como todavía sucede actualmente en el mundo en desarrollo).

El personal de los primeros centros de atención infantil establecidos en Gran Bretaña, según el modelo practicado anteriormente en Francia, estaba formado en gran parte por voluntarias, con el respaldo de una enfermera y un médico. A mediados de la década de 1920, en un contexto de continuados avances en la nutrición y atención de salud, los centros se habían multiplicado hasta formar una red nacional que ofrecía desde leche y aceite de hígado de bacalao hasta cursillos de nutrición y la vigilancia periódica del peso de los niños y niñas. En la ciudad de Oxford, como en muchas comunidades, no fueron los médicos sino mujeres voluntarias quienes organizaron el movimiento de atención infantil. Entre 1906 y 1912, la proporción de recién nacidos atendidos por visitadoras voluntarias en la ciudad se elevó del 24% a más del 90% del total.

Los estudios de historia de la salud atribuyen a estos movimientos «centrados en las madres» un importante papel en la reducción de la tasa de mortalidad infantil de más de 150 a alrededor de un 60 por 1.000 en el primer cuartile del presente siglo. Además de los efectos directos de la difusión de los nuevos conocimientos en materia de salud, la insistente recomendación en la vigilancia frecuente del peso de los bebés también favorecía un contacto regular de los agentes de salud con las madres y sus hijos o hijas.

En los Estados Unidos, los movimientos populares también tuvieron una importancia clave para la reducción de las tasas de mortalidad infantil a principios de este siglo. Ciudadanos privados impulsaron la creación de «centros de salud para los bebés», que ofrecían leche a las madres lactantes y consejos sobre atención infantil. La doctora Josephine Baker inauguró en 1908 la primera Oficina de Higiene Infantil del mundo en el marco del Departamento de Salud de la ciudad de Nueva York. Bajo el lema «Mejores cuidados maternos, bebés más sanos, hogares mejores», institucionalizó un sistema de visitas domiciliarias de las enfermeras del sistema público de salud a fin de asesorar a las nuevas madres sobre la lactancia materna y las medidas que podían adoptar para proteger a sus hijos e hijas de la diarrea y otras infecciones. Según los datos recopilados por la propia doctora Baker, la tasa de mortalidad infantil en Nueva York se redujo de 144 por cada 1.000 nacidos vivos en 1890 a menos de 50 por 1.000 en 1939.

A partir de 1900, el Congreso Nacional de Madres comenzó a crear centenares de clubes de madres en todo el país (que en 1924 adoptarían el nombre de Asociación de Padres y Maestros). En la década de 1920, una «Cruzada de la Limpieza» difundió los conocimientos en materia de higiene de un extremo a otro del país a través de la radio y de historietas infantiles. En 1911, graduadas voluntarias colaboraban con 400 «hogares asistenciales» establecidos en los centros urbanos, donde enseñaban higiene doméstica (actividad firmemente respaldada por el movimiento sufragista y el movimiento obrero). En 1912, varias organizaciones de mujeres promovieron también la creación de la Oficina Federal de la Infancia, que desde entonces ha desempeñado un papel primordial en la oferta de servicios de atención de salud materna e infantil.



manidad que millones de niños y niñas mueran cada año de enfermedades demostradamente prevenibles y para las cuales existen tratamientos de costo casi inapreciable.

Los males de la desnutrición masiva, las enfermedades prevenibles y el analfabetismo generalizado ya no son inevitables y, en consecuencia, también deben considerarse inaceptables. A partir de ahora, estos males deben abandonar el lugar dominante que durante tanto tiempo han ocupado en la vida de tantísimas personas.

### **Solidaridad**

Centenares de organizaciones ya están comenzando a responder a este desafío, sobre todo en el mundo en desarrollo. En particular, muchas se han manifestado dispuestas a respaldar el compromiso suscrito por sus dirigentes políticos de alcanzar las metas sociales básicas en favor de la infancia y el desarrollo antes de que finalice este siglo. En unos setenta países, organizaciones populares de uno u otro tipo han colaborado con sus gobiernos en la formulación de programas nacionales de acción para alcanzar esas metas. En muchos más, organizaciones de voluntarios han celebrado consultas nacionales en busca de la forma más adecuada de respaldar un movimiento para intentar avanzar hacia esas metas durante la década de 1990.

Son esfuerzos que apenas se inician y representan un primer paso muy modesto, frente a las exigencias de la tarea a realizar. En efecto, para erigir esta causa en prioridad nacional e internacional se requerirá el respaldo, no de centenares, sino de millares de organizaciones, no de miles, sino de millones de personas.

Lamentablemente, un movimiento popular en favor de la satisfacción de las necesidades básicas y de la protección de la infancia frente a los peores efectos de la pobreza se enfrenta con una tarea aún más difícil que otros movimientos con aspiraciones análogas. Los hijos e hijas de las

familias más pobres constituyen el grupo menos poderoso de cualquier sociedad; sus necesidades no se manifiestan en forma de poder de sufragio ni de poder adquisitivo; y en la mayoría de los casos, los progenitores de la cuarta parte más pobre del mundo no gozan de las ventajas de la educación, la riqueza, la influencia política o el acceso a los medios de comunicación.

En consecuencia, el movimiento depende, en un grado significativo, de las personas y organizaciones —incluidos los movimientos de mujeres y de defensa del medio ambiente— que estén dispuestas a actuar solidariamente con la cuarta parte más pobre de la población mundial.

Consideraciones éticas evidentes imponen esta solidaridad. Pero, por desgracia, resulta difícil dar cabida continuada a la necesidad de esa acción solidaria en la repleta agenda de problemas pendientes. Los problemas de la desnutrición, el analfabetismo y las enfermedades de alcance masivo son «antiguos»; hemos convivido con ellos durante tantos miles de años que parecen formar parte de las condiciones estructurales de la existencia. Por ello se encuentran en situación desventajosa para competir por la atención de los medios de comunicación frente a cuestiones como el deterioro de la capa de ozono, o las explosiones de instalaciones químicas o centrales nucleares, o con las dramáticas perspectivas del calentamiento global. Las noticias sobre los avances tecnológicos o estratégicos que abren la posibilidad de superar algunos de estos problemas también suscitan escasa conmoción en los medios de comunicación, tanto en el mundo industrializado como en el mundo en desarrollo. De este modo permanece intacta la cómoda convicción de que se requerirán siglos de desarrollo económico para que la cuarta parte más pobre de la población mundial pueda beneficiarse de las ventajas de la ciencia moderna.

Pero el problema más difícil posiblemente es el hecho de que los peores aspectos de la pobreza no se consideran noticia de interés según los criterios imperantes en los medios de

comunicación de la mayoría de países. A diferencia de lo que ocurre incluso con desastres repentinos como las sequías, hambrunas o inundaciones, que 35.000 niños y niñas mueran a diario víctimas de la desnutrición y las enfermedades no constituye un suceso localizado en un espacio y momento concretos, ni fruto de una causa televisual. Es algo que ocurre todos los días, sin causar mayor conmoción, en las comunidades pobres de todo el mundo en desarrollo. En consecuencia, no constituye «noticia» y queda desplazado de la atención pública y de la agenda política.

Pero no por ello es menos real la tragedia de esas familias. La importancia de un hecho no debería decidirse exclusivamente en virtud de criterios de novedad o de imagen. Algo falla cuando el mundo es capaz de reaccionar con espanto y compasión ante los desastres repentinos, las hambrunas e inundaciones, pero en cambio permanece ignorante o impasible ante el daño inmensamente superior, en términos de mortalidad y desnutrición, causado por enfermedades prevenibles como el sarampión, la diarrea y la neumonía. Y algo falla también cuando la pérdida de la biodiversidad suscita una apasionada protesta, mientras la muerte innecesaria de muchos miles de niños y niñas cada día es acogida con indiferente silencio. Es inaceptable que la tragedia de estas vidas y muertes infantiles continúe cuando se dispone de medios para evitarla. Y no actuar solidariamente con estas necesidades en el momento presente, supone acatar tácitamente el veredicto de un mundo que dice que estos niños y niñas no tienen importancia porque son hijos de los pobres.

También existen importantes consideraciones prácticas en favor de la solidaridad. En efecto, si pueden alcanzarse las metas sociales básicas acordadas, si es posible proteger a la infancia de los peores aspectos de la pobreza, ello contribuiría significativamente a impulsar varias de las grandes causas que actualmente constituyen una preocupación de primer orden para el mundo entero. El crecimiento económico sostenible, los avances hacia la igualdad de

las mujeres, la protección del medio ambiente, la contención del crecimiento demográfico, una mayor equidad social y estabilidad política, son otras tantas metas hacia las cuales podría avanzarse si se adoptan las medidas actualmente a nuestro alcance para satisfacer las necesidades humanas básicas y proteger a la infancia de los peores efectos de la pobreza absoluta.

En resumen, la causa de la infancia y de las familias más pobres, la causa de quienes menos posibilidades tienen de exigir prioridad para sus propios derechos y necesidades, merece ser respaldada tanto por consideraciones éticas como prácticas. Y merece el respaldo de todas las personas individuales y organizaciones activas, en todos los países, en todos y cada uno de los aspectos de la lucha por un mundo más justo y sostenible.

## Población

Empezaremos por el tema del crecimiento demográfico acelerado. Maurice Strong, Secretario General de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo de 1992, señaló en la fase preparatoria de la Cumbre para la Tierra que: *«el esfuerzo para reducir las enfermedades y la desnutrición, y alcanzar las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, no sólo es crucial en sí mismo, sino también como un medio para contribuir a frenar el crecimiento demográfico y hacer posible un desarrollo ambientalmente sostenible en el siglo XXI y más allá»*. Una afirmación corroborada por los centenares de estudios demográficos que demuestran la intervención de cuatro factores principales<sup>31</sup> en la desaceleración del crecimiento demográfico, a saber: la educación de las niñas y las mujeres; el acceso a servicios de atención de salud y la reducción de las tasas de mortalidad infantil; el acceso a servicios de planificación familiar; y el incremento de los ingresos. Pero probablemente el factor de mayor peso es el sinergismo entre todas estas influencias, cuya acción combinada puede ejercer una presión en favor de la reduc-

ción de las tasas de natalidad muy superior a la suma de sus efectos aislados. Y aun en ausencia de uno de estos factores —esto es, de mejoras significativas en los ingresos—, países como China, Sri Lanka y el estado de Kerala en la India han demostrado que la acción combinada de la reducción de la mortalidad infantil, la educación de las niñas y el acceso a servicios de planificación familiar pueden reducir las tasas de natalidad hasta niveles casi equivalentes a los del mundo industrializado.

Estos tres factores sociales de la ecuación de la población ocupan un lugar de primer orden entre las metas sociales básicas acordadas, que incluyen una reducción en un tercio de la mortalidad infantil, información y servicios de planificación familiar para todos, y educación básica para todos los niños y niñas. La consecución de estas metas reduciría la mortalidad infantil, fomentando la *confianza* de los progenitores que les permitirá, a su vez, reducir el tamaño de sus familias. También facilitaría el acceso a los servicios de planificación familiar, ofreciendo a los progenitores los *medios* para tener familias menos numerosas. Y promovería el acceso a la educación de 100 millones de niños y niñas —mayoritariamente estas últimas— actualmente no escolarizados, incrementando la probabilidad de que los progenitores del futuro *decidan* tener familias menos numerosas.

En consecuencia, si ha habido alguna vez una causa con razones obvias que justifiquen una acción prioritaria, ésta es sin duda la de alcanzar estas metas concretas. Todas ellas representan importantes avances humanos *en sí mismas*. Su acción combinada permitirá mejorar la vida y la salud de millones de mujeres y de niños y niñas. Todas pueden alcanzarse con un costo relativamente reducido. Todas ofrecen a las personas mayores posibilidades de elección y de control sobre sus propias vidas. Y todas suponen una importante contribución sinérgica a la reducción de la tasa de crecimiento demográfico, con lo cual permitirían reducir la pendiente del camino hacia el desarrollo sostenible.

## Medio ambiente

Un movimiento para satisfacer las necesidades básicas de toda la infancia confluye, por tanto, con la necesidad de reducir las tasas de crecimiento demográfico. Pero también coincide con el movimiento de defensa del medio ambiente en otros frentes.

Para millones de las familias más pobres del planeta, una de las principales preocupaciones ambientales es la permanente amenaza de enfermedades presente en su entorno inmediato. Los mayores riesgos para su vida y su salud no proceden de la contaminación química de las aguas sino de su contaminación con organismos fecales, no de los residuos industriales sino de los residuos de origen humano, y su mayor problema ambiental es la carencia de agua potable y sistemas eficaces de saneamiento, únicos medios capaces de ofrecerles protección contra las enfermedades diarreicas, la esquistosomiasis, los anquilostomas, la dracunculiasis (gusano de Guinea), el cólera y el tífus. Ésta es la crisis ambiental silenciosa que a diario causa estragos en las vidas y la salud de millones de personas, cuya voz merece ser tenida en cuenta en el debate sobre el medio ambiente.

En segundo lugar, alcanzar la meta de proporcionar una educación básica adecuada a todos los niños y niñas también engarza con el movimiento en favor de la protección del medio ambiente. La educación y reeducación sobre temas ambientales constituye la clave para la salvación del planeta. Dar a conocer los hechos a la población, hacerle comprender la fragilidad y unidad de los ecosistemas, los riesgos ambientales a menudo ocultos que amenazan la salud, el auténtico impacto de las actividades humanas, sus consecuencias a largo plazo, las opciones y alternativas existentes, representa y seguirá representando la principal esperanza para el movimiento de defensa del medio ambiente. Pero sin acceso a la educación básica y a la alfabetización, millones de personas se verán privadas de esos co-

## La Cumbre para la Tierra: la infancia y el Programa 21

La Cumbre para la Tierra (oficialmente, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo) reunió a 118 Jefes de Estado y de Gobierno en Río de Janeiro, Brasil, en junio de 1992. Al igual que la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* de 1990, la Cumbre de Río de Janeiro también adoptó una *Declaración* y un *Plan de Acción*.

Aunque la imposibilidad de alcanzar un acuerdo de carácter más vinculante constituye una cierta decepción, la *Declaración de Río* (una exposición de principios no vinculante) recoge claramente los argumentos en favor de unos patrones de desarrollo más sostenibles. También destaca la erradicación de la pobreza, la igualdad de derechos para las mujeres y «*la creatividad, ideales y valor de la juventud en el mundo*» como factores vitales para lograr un futuro mejor para todos.

Pero el verdadero éxito de Río de Janeiro fue la adopción del *Programa 21*, el plan de acción en favor del medio ambiente y el desarrollo en la transición al mundo del siglo XXI.

Este voluminoso documento de más de 500 páginas, aprobado por los dirigentes mundiales, fue el resultado de más de dos años de negociaciones entre los gobiernos de todo el mundo y miles de organizaciones y personas.

El *Programa 21* ratifica los compromisos suscritos en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* con las siguientes palabras:

*«En la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se establecieron unas metas principales relacionadas con la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño, que son válidas también para el Programa 21. Las metas de apoyo y sectoriales guardan relación con la salud, la educación y la nutrición de las mujeres, con la salud infantil, con el agua y el saneamiento, con la educación básica y con los niños en circunstancias especialmente difíciles.*

*Los gobiernos nacionales, de acuerdo con sus propias políticas, deberían encargarse de:*

*a) asegurar la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño, de conformidad con las metas adoptadas por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia;*

*b) velar por que los intereses de la infancia se tengan plenamente en cuenta en el proceso de participación en favor del desarrollo sostenible y el mejoramiento del medio ambiente.»*

El Capítulo 25 del *Programa 21* está dedicado a la infancia y la juventud, e insta específicamente a los gobiernos a:

o ejecutar programas para alcanzar las metas adoptadas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*;

o ratificar y aplicar la *Convención sobre los Derechos del Niño*;

o promover actividades de protección primaria ambiental para satisfacer las necesidades básicas y capacitar a las comunidades locales;

o ampliar las oportunidades de educación para la infancia, especialmente para las niñas;

o incorporar los intereses de la infancia en todas las políticas y estrategias pertinentes relacionadas con el medio ambiente y el desarrollo.

Otros capítulos —dedicados a la salud, las mujeres, el agua, la educación, la pobreza y la población— también respaldan las metas adoptadas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*. El capítulo dedicado a los temas de población, por ejemplo, recomienda informar a todas las mujeres sobre las ventajas de la lactancia materna y destaca la importancia de una mejor atención de salud a fin de reducir la mortalidad materna e infantil.

Igual que en el caso de la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, ahora debe iniciarse la larga lucha para lograr que se cumplan las promesas formuladas en Río de Janeiro y para garantizar la satisfacción de las necesidades de las presentes generaciones sin hipotecar la posibilidad de una vida digna para las que aún no han nacido.

nocimientos y esas opciones; estarán menos capacitadas para absorber nueva información, adoptar decisiones informadas y adaptarse a los numerosos cambios que sin duda tendrán lugar en el siglo XXI.

Finalmente, la satisfacción de las necesidades humanas también confluye con la protección del medio ambiente porque no puede pedirse razonablemente a una gran proporción de la población mundial que concentre su atención y sus esfuerzos en el problema de la sustentabilidad a largo plazo, mientras sigue inmersa en una lucha desesperada por la supervivencia a corto plazo y la satisfacción de sus necesidades humanas mínimas.

La Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo constituyó el esfuerzo más significativo realizado hasta la fecha para intentar aunar estas preocupaciones en torno a la pobreza y la degradación del medio ambiente (recuadro 9). Los acuerdos alcanzados se recogen en dos documentos principales: la Declaración de Río de Janeiro sobre Medio Ambiente y Desarrollo y el «Programa 21». La Declaración afirma que la erradicación de la pobreza es indispensable para alcanzar un desarrollo sostenible. Y el Programa 21 declara a su vez: «En la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se establecieron unas metas concretas relacionadas con la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño, que son válidas también para el Programa 21».

### **El movimiento en favor de la mujer**

La satisfacción de las necesidades básicas —sobre todo en materia de atención primaria de salud, planificación familiar y educación— también supondría una aportación fundamental para el avance del movimiento en favor de la mujer en todo el mundo.

La supervivencia, salud y normal desarrollo físico y psíquico de sus hijos e hijas constituye una preocupación central para centenares de millones de mujeres, en su mayoría silencio-

sas integrantes de ese movimiento. Una preocupación que absorbe la mayor parte de su tiempo, inquietudes, esfuerzos y recursos. Y pocas cosas podrían contribuir tanto a cambiar sus vidas como aliviarlas de esa tarea. La inmunización, el control de las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas, los suplementos de vitamina A y de yodo, el acceso a agua potable y sistemas adecuados de saneamiento permitirían ofrecer en todos los casos una ayuda práctica a millones de mujeres que en estos momentos se ven privadas de ella porque no se concede suficiente prioridad a estos objetivos.

La contribución posiblemente más importante para mejorar la vida de las mujeres en las comunidades más pobres del mundo sería alcanzar otra de las metas en materia de necesidades básicas, a saber: el acceso universal a la información y los servicios necesarios para planificar el número, momento y espaciamiento de los nacimientos.

Actualmente, la planificación de los nacimientos parece casi una obviedad para la mayoría de mujeres del mundo industrializado. Sin embargo, todavía es una revolución pendiente para muchos millones de mujeres a quienes reportaría beneficios aún mayores.

La planificación familiar podría salvar la vida de entre una tercera y una cuarta parte de las 10.000 mujeres que mueren *cada semana* como consecuencia de complicaciones asociadas al parto. También podría proteger a millones de mujeres de dolorosas discapacidades permanentes que a veces pueden producirse como consecuencia del parto y que son más frecuentes en el caso de los embarazos no deseados. Y sin duda reduciría el número de abortos ilegales, estimados en aproximadamente 50.000 *diarios*, que cada año siegan la vida de un total estimado de 150.000 jóvenes mujeres.

Lo que está en juego no es sólo la mortalidad femenina, sino también la calidad de vida

## Yodo: la lección de España

Es un hecho sabido desde hace más de setenta años que mediante la adición de cantidades ínfimas de yodo a la sal se pueden eliminar los problemas de salud causados por la deficiencia de yodo en la dieta. Se requiere menos de una cucharadita de yodo a lo largo de toda una vida; pero su carencia origina una serie de trastornos por deficiencia de yodo (TDY) que se manifiestan muy pronto. La consecuencia más visible es la aparición del bocio alrededor del cuello. Pero los efectos invisibles son más insidiosos; centenares de millones de personas viven actualmente con su capacidad psíquica y física disminuida debido a un problema de deficiencia de yodo del cual, en su mayor parte, ni siquiera son conscientes.

Alrededor de mil millones de personas están expuestas a este riesgo. Los más vulnerables son los grupos más jóvenes. El yodo es esencial para la secreción de la hormona que regula el desarrollo normal físico y psíquico, y los niños afectados por una deficiencia de yodo pueden presentar un crecimiento insuficiente, apatía y retraso mental, o ver mermada su normal capacidad de expresión verbal, movimiento y audición.

La solución es simple y de costo inapreciable. Puesto que todos los humanos consumen sal y dada la posibilidad de añadir yodo a la sal sin alterar su gusto o apariencia, pueden eliminarse los TDY por el procedimiento de yodar toda la sal en la fase de refinado o embalaje. El costo es tan reducido —aproximadamente cinco centavos de dólar anuales por persona— que habitualmente puede ser absorbido por el precio de mercado de la sal. Con la cooperación de la industria procesadora de la sal, este problema podría resolverse sin necesidad de un gasto público importante y continuado.

Suiza y los Estados Unidos fueron los primeros países que iniciaron la yodación de la sal comercializada para el consumo. En 1922, un médico suizo, Hans Eggenberger, organizó una petición en su cantón natal a fin de convencer a las autoridades para que se encargasen de yodar toda la sal a su paso por la estación de ferrocarril procedente de las minas. Los beneficios no tardaron en manifestarse y al poco tiempo la mayo-

ría de cantones habían aprobado legislaciones similares. «La sal yodada constituye, sin duda alguna, la medida preventiva en materia de salud más eficiente en términos de costo jamás adoptada en Suiza», declaró un reciente estudio sobre la experiencia suiza.

En cambio, en España, el gobierno de la época creyó que no era necesario actuar específicamente sobre la deficiencia de yodo y que la respuesta al problema estaba en el desarrollo económico general. Como resultado, en algunas partes de España, los TDY continuaron constituyendo un problema grave, aunque no reconocido, hasta mediados de la década de 1980. Incluso entonces, fue precisa la extraordinaria iniciativa particular de un médico español, que persuadió a sus colegas para que dedicasen sus vacaciones a recopilar datos sobre los TDY, para lograr que el Estado se decidiera a iniciar finalmente un debate público sobre el problema y a financiar un estudio nacional.

En el mundo en desarrollo, el principal obstáculo hasta la fecha ha sido la falta de conciencia pública y política sobre la gravedad del problema y su sencilla solución. Sin embargo, después de la *Cumbre Mundial de la Infancia*, donde los dirigentes políticos adoptaron el objetivo de eliminar los TDY a lo largo de esta década, varios países han empezado a adoptar medidas para yodar toda la sal destinada al consumo. Ecuador y Tanzania están empezando a controlar el problema. En 1993, Bután y Bolivia habrán conseguido la meta de reducir a cero el número de nuevos casos. En 1995, tanto China como la India podrían producir suficiente sal yodada para abastecer a toda su población.

En muchos países, se requerirán todavía varios años antes de poder contar con la legislación, la tecnología y los procedimientos de control necesarios para que toda la sal llegue adecuadamente yodada al consumidor. Pero, entre tanto, puede administrarse yodo a las poblaciones en comprobada situación de riesgo mediante inyecciones o cápsulas, con un costo ligeramente superior a los 10 centavos de dólar anuales por persona.

de las mujeres. Al liberarlas de los constantes embarazos y la continua dedicación a la crianza de los hijos, la planificación familiar puede ampliar el tiempo, energías y recursos disponibles para su educación, para la adquisición de nuevas capacidades, para la obtención de ingresos, para la participación en una más amplia gama de actividades comunitarias y para el descanso y el ocio de que se ven casi totalmente privadas millones de mujeres de las capas más pobres de la sociedad.

Finalmente, la consecución de la meta de educación básica y alfabetización para todos los niños y niñas fortalecería la implantación del movimiento mundial en favor de la igualdad de la mujer. Las niñas están casi universalmente discriminadas en el ámbito de la educación. Y aunque sólo sea por consideraciones exclusivamente prácticas, éste es uno de los errores que pueden costarle más caros a una sociedad. Centenares de estudios realizados en los últimos años demuestran que existe una importante correlación entre la educación de las niñas y la confianza para adoptar nuevas pautas sociales; la disposición a solicitar y utilizar servicios de salud; la capacidad de adaptación a las nuevas oportunidades y de obtención de ingresos más altos; la protección del medio ambiente local; una utilización más eficiente de los recursos familiares; la reducción de las tasas de mortalidad infantil; un mejor estado de salud y nutrición de la familia; la utilización de los servicios de planificación familiar; y la reducción del tamaño medio de las familias<sup>32</sup>.

La capacitación de las mujeres mediante la alfabetización y la educación básica, como mínimo, constituye, por tanto, uno de los elementos más cruciales del proceso de desarrollo. Pero también es uno de los pasos más importantes para que las mujeres lleguen a ejercer mayor control sobre sus vidas, tengan más influencia en las decisiones comunitarias y familiares que las afectan y dispongan de mayores oportunidades de desarrollar su propio potencial.

## Avances políticos

Finalmente, el creciente movimiento en favor de la democracia y de una mayor equidad también puede respaldar el movimiento para superar los peores aspectos de la pobreza y alcanzar las metas sociales básicas acordadas, y viceversa.

En particular, la educación y la alfabetización abonan el terreno para la democracia y la participación y abren posibilidades realistas de alcanzar una mayor igualdad de oportunidades económicas.

Será preciso actuar en muchos niveles, y reparar muchas injusticias, para corregir los inaceptables grados de desigualdad existentes tanto en el interior de cada país como entre los distintos países. Pero una acción directa para proteger a los más pobres, y particularmente a la infancia, constituye un elemento fundamental para la reducción de esas grandes desigualdades en materia de recursos, capacidades y oportunidades.

En consecuencia, la superación de los peores aspectos de la pobreza y la consecución de las metas sociales básicas es una causa que refuerza —y se ve reforzada por— todas las grandes causas de nuestro tiempo. Y ha llegado el momento de que tan importantes vinculaciones se plasmen en la práctica. Quienes sufren las consecuencias más dolorosas del problema de la pobreza absoluta —la cuarta parte más pobre de la población mundial— dedican prácticamente todas las horas de cada jornada a la lucha por satisfacer las necesidades básicas de sus familias. Luchan en el sentido práctico y cotidiano, y en muchos casos también en el sentido de una lucha política organizada. Y necesitan el respaldo práctico y político de miles de personas y organizaciones de todos los países, dispuestas a solidarizarse con esa lucha y suficientemente informadas sobre su origen y consecuencias para reconocer en ella la fuerza de una *causa común*.

## Situaciones de emergencia: una nueva ética

Los avances hacia las metas de desarrollo, como los examinados en este Informe, a menudo se ven perturbados por desastres naturales y situaciones de emergencia, conflictos armados y crisis económicas. Aunque muchas guerras transfronterizas parecen estar perdiendo virulencia con el fin de la guerra fría, la violencia étnica y los conflictos civiles parecen incrementarse casi en el mismo grado.

Gracias a la actual capacidad de comunicación, estos desastres ya no pasan desapercibidos para la comunidad internacional. La opinión pública exige que se adopten medidas de ayuda para aliviar los sufrimientos humanos. Las críticas generalizadas contra la lentitud o insuficiencia de las respuestas a las crisis de Somalia y la antigua Yugoslavia son indicativas de esta nueva ética global.

Pero la atención de las necesidades asociadas a un desastre no siempre debe distraer los esfuerzos de desarrollo. En algunos casos, las medidas de emergencia pueden tener un impacto positivo a largo plazo, al mejorar la capacidad de organización y acelerar la ejecución de programas vitales de bajo costo, en áreas como la inmunización, la terapia de rehidratación oral y el suministro de agua potable y servicios de saneamiento de bajo costo. Los programas de emergencia bien diseñados incluyen planes para la rehabilitación y la promoción del desarrollo a más largo plazo.

Aunque las situaciones de emergencia pueden ser impredecibles, es posible planificar la preparación para hacerles frente. Botswana sufrió seis años de la peor sequía de este siglo a mediados de la década de 1980, pero aun así consiguió contener la hambruna y la desnutrición con un costo de apenas un 2,5% de su PNB. Y a finales de esa misma década, varios estados de la India soportaron dos años de grave sequía, que en cualquier época anterior habrían provocado una hambruna masiva para millones de personas. Gracias a las eficaces medidas adoptadas por el gobierno de la India para distribuir la ayuda de alimentos e implantar el trueque de alimentos por trabajo se consiguió evitar una catástrofe.

Estos ejemplos indican que la prevención de las hambrunas mediante la seguridad alimentaria doméstica resulta eficiente en términos de costo, puesto que contribuye a evitar las catástrofes a la vez que favorece el desarrollo a largo plazo.

En los últimos años ha ganado creciente aceptación la obligación primordial de ofrecer ayuda humanitaria incluso en medio de una guerra o un conflicto civil. En la actualidad, está universalmente reconocido el derecho y el deber de la comunidad internacional de intervenir para proteger a la población civil inocente, particularmente a las mujeres y a los niños y niñas. La *Convención sobre los Derechos del Niño* y la *Declaración de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia* han respaldado esta nueva ética con la fuerza del derecho internacional y de un compromiso político al máximo nivel.

Otro proceso igualmente positivo de la posguerra fría es la favorable disposición de la comunidad internacional a actuar a través de las Naciones Unidas para imponer sanciones económicas a los gobiernos que infringen la Carta de la ONU. Pero las sanciones son un arma de dos filos. A menudo, las más duras consecuencias recaen sobre los menos culpables y más vulnerables. Aunque se excluya específicamente la «ayuda de carácter humanitario» de las sanciones económicas, ello no garantiza que los suministros esenciales lleguen a quienes más los necesitan. En muchos casos, los pobres y los vulnerables han sufrido una «doble sanción» al ver bruscamente agravadas sus privaciones debido a la escasez y al alza de los precios. Al mismo tiempo, las sanciones con frecuencia sólo han supuesto una mínima incomodidad para los ricos y los poderosos.

La experiencia demuestra que no existe ningún procedimiento sencillo para imponer «sanciones con rostro humano» que castiguen a los culpables y protejan a los vulnerables. Pero es obligado reflexionar profundamente de antemano sobre el posible impacto en las víctimas involuntarias y prever medidas contrarrestantes que ayuden a mitigar sus sufrimientos.



# Movimiento en favor de las necesidades básicas

En casi todos los países existen movimientos, de uno u otro tipo, en favor de la satisfacción de las necesidades básicas. Millares de organizaciones del mundo industrializado y del mundo en desarrollo impulsan campañas en favor de la educación, la protección de la infancia contra las enfermedades, el fin del hambre en el mundo, la promoción de la planificación familiar, la lactancia materna, la adopción de medidas contra problemas concretos como los trastornos asociados a la deficiencia de yodo o de vitamina A, la inmunización y la erradicación de la poliomielitis, la difusión de los conocimientos en materia de salud, la protección de los niños y niñas de la calle o de cuantos son víctimas de malos tratos en sus casas, en el trabajo o en conflictos bélicos.

La inmensa mayoría de estos grupos tienen su sede en el mundo en desarrollo y su expansión constituye uno de los sucesos más destacables de los últimos años. Como señala un informe de la OCDE de 1990: «Desde mediados de la década de 1970 se está registrando una tendencia creciente de la activa participación de organizaciones no gubernamentales autóctonas en los esfuerzos de desarrollo en los países del Sur. Estimaciones conservadoras cifran su número entre 6.000 y 8.000 en la década de 1980»<sup>33</sup>.

Otras fuentes cifran en 12.000 el número de organizaciones de desarrollo independientes existentes sólo en la India, entre ellas muchas, como por ejemplo el *Movimiento para una Ciencia Popular*, específicamente dedicadas a poner los conocimientos y tecnologías actuales al alcance de las comunidades más pobres. En Pakistán, al menos 3.000 ONG también colaboran directamente con las comunidades para intentar satisfacer las necesidades humanas más inmediatas<sup>34</sup>. En Indonesia, existen al menos 600 organizaciones independientes ocupadas en temas de desarrollo. En México, su número conocido supera las 250. En Filipinas, 200 organizaciones colaboran en los esfuerzos por satisfacer las necesidades de los niños y niñas de la calle.

Muchos centenares de organizaciones del mundo industrializado colaboran también en esta lucha contra los peores aspectos de la pobreza. Algunas concentran sus esfuerzos en la recaudación de fondos para la realización de proyectos prácticos en el mundo en desarrollo. Otras están empeñadas en tareas a largo plazo de formación de la opinión pública o en campañas para impulsar cambios políticos y económicos. Muchas actúan en ambos ámbitos a la vez.

Las ONG de los países industrializados y en desarrollo han comenzado a movilizarse en favor de las metas en materia de necesidades básicas acordadas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*<sup>35</sup>. El *Plan de Acción* adoptado en la *Cumbre* señala específicamente: «Se alienta a las familias, las comunidades, los gobiernos locales, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones sociales, culturales, religiosas, comerciales y de otra índole, incluidos los medios de comunicación, a que desempeñen un papel activo en apoyo de las metas enunciadas en este Plan de Acción. La experiencia del decenio de 1980 indica que sólo mediante la movilización de todos los sectores de la sociedad, incluidos los que tradicionalmente no consideraban como objetivo principal la supervivencia, la protección y el desarrollo de la infancia, es posible lograr progresos significativos en estas áreas»<sup>36</sup>.

Respondiendo a esta invitación, en casi la mitad de los países en desarrollo, organizaciones no gubernamentales han participado en la elaboración de programas nacionales de acción para alcanzar las metas humanitarias básicas acordadas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* y ratificadas por la *Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo*. En algunos países —Costa Rica, Filipinas, Ghana, Jamaica, Malasia, Níger, República Dominicana, Zimbabue— se ha invitado oficialmente a las ONG a incorporarse a las comisiones gubernamentales encargadas de elaborar estos programas. En otros —Argentina, Bahrein, Benín, Bolivia, Botswana, India, Kenya, Mauricio, Nepal, Pakis-

## Brasil: movimiento en favor de la infancia

El asesinato de niños y niñas de la calle en Brasil ha suscitado merecidas condenas en todo el mundo. Menos conocidos son, en cambio, los esfuerzos de millares de personas y organizaciones para crear un movimiento en favor de los derechos de la infancia en ese país.

Dos décadas de dictadura habían transformado las propias leyes en un instrumento de opresión de la infancia en Brasil. Millares de niños y niñas permanecían recluidos en duras instituciones correccionales por el mero hecho de ser pobres y haber sido abandonados. Privados de derechos legales, los abusos de que eran víctimas por parte de la policía y otras autoridades habían llegado a convertirse en norma.

Tras la reinstauración de la democracia en 1985, continuaron las mismas leyes e instituciones y gran parte de las antiguas actitudes y prácticas siguieron persistiendo en el sistema judicial, la policía y las sobrecargadas instituciones correccionales. Pero al menos quedó abierta la posibilidad de iniciar una campaña en favor de un cambio. El mismo año de la celebración de las elecciones, doscientas organizaciones no gubernamentales que desarrollaban una labor en favor de los niños de la calle de Brasil se unieron en un movimiento nacional. Gracias a su experiencia de colaboración con estos grupos, el UNICEF pudo facilitar los contactos entre las partes interesadas y ofrecer asesoramiento en muy diversos aspectos. El nuevo gobierno, reconociendo públicamente los problemas existentes, creó un organismo para la infancia que fomentó activamente la colaboración de las organizaciones no gubernamentales (ONG).

La tarea más fundamental para el nuevo movimiento fue reinstaurar la concepción misma de unos derechos de la infancia en la sociedad brasileña y en sus instituciones. La redacción de la nueva Constitución nacional ofrecía una oportunidad perfecta para este fin. Con el apoyo de muchas personas pertenecientes a la Iglesia católica, los medios de comunicación, las profesiones jurídica y médica, el movimiento en favor de los derechos de la infancia lanzó una campaña nacional que, en el segundo semestre de 1986, logró la publicación de casi 3.000 artículos y la emisión de 72 programas televisados sobre los derechos de la infancia. En mayo de 1987, se entregó al Presidente de la Asamblea Constituyente una petición firmada por 1,3 millones de brasileños en favor de la inclusión de los derechos de la infancia en la nueva Constitución. El movimiento en favor de los derechos de la infancia había entrado en escena.

Se lograron los cambios constitucionales, pero era preciso que les siguieran las correspondientes modificaciones legislativas y políticas. También con el respaldo de la Iglesia, de los medios de comunicación y de jueces y funcionarios del gobierno favorables a la reforma, se inició una campaña para derogar la legislación represiva y sustituirla por un Nuevo Estatuto de la Infancia y la Adolescencia. La propuesta de ley limitaba el poder de los tribunales para decretar la privación de libertad de los niños y niñas a los casos en que hubiesen cometido algún delito. Siempre que fuese posible, se devolverían los niños y niñas abandonados a sus familias. En caso contrario, se les confiaría a instituciones lo más reducidas y del carácter más familiar posible. Los niños bajo tutela institucional podrían asistir a escuelas ordinarias y seguir integrados en la comunidad.

Nuevamente, millares de personas y organizaciones se movilizaron en apoyo de la nueva ley, que en 1990 fue aprobada por el Congreso y ratificada, sin modificaciones, por el Presidente.

Aún queda un largo camino por recorrer antes de que nadie pueda darse por satisfecho con las medidas adoptadas para proteger los derechos de la infancia en Brasil. Pero los cambios constitucionales y legislativos logrados sientan las bases esenciales para seguir avanzando. Las instituciones de acogida para la infancia comienzan a ofrecer formación profesional y a colaborar en la creación de oportunidades de trabajo remunerado. Muchos estados han establecido teléfonos de urgencia y algunas ONG también han creado centros de defensa para los niños y niñas y adolescentes, a menudo con personal voluntario. Casi todos los estados y municipios cuentan actualmente con un consejo de los derechos del niño donde están equitativamente representados las ONG y el gobierno. Los abusos contra los niños y niñas ya no pasan desapercibidos sin que nadie proteste.

De acuerdo con la nueva legislación, los problemas de los niños y niñas que no han violado específicamente la ley no son de competencia judicial sino de los consejos tutelares comunitarios. Desde finales de 1991, una amplia alianza nacional denominada "Pacto para la Infancia", en la cual figuran representantes del gobierno, de la Iglesia, del mundo empresarial, de los sindicatos, de los medios de comunicación y de los movimientos sociales, se ha erigido en vigilante de los derechos de la infancia y de la aplicación de las nuevas leyes.

tán, Sudán, Tailandia, Tanzania, Yemen—, las ONG han colaborado mediante la celebración de consultas nacionales separadas.

En algunos países, las ONG también han decidido dedicar sus esfuerzos a la consecución de metas específicas, con o sin la cooperación del gobierno. En Bangladesh, por ejemplo, seis organizaciones —*Swanirvar Bangladesh, Village Education Resource Centre, Dhaka Ahsania Mission, Jagoroni Chakra, Bangladesh Literary Society, y Bangladesh Rural Advancement Committee*— están colaborando con el Ministerio de Educación para avanzar hacia la meta de acceso a la educación básica para todos los niños y niñas antes del año 2000. En Indonesia, la *Asociación de Comadronas de Indonesia* está actuando como una importante fuerza impulsora de la «iniciativa en favor de una maternidad libre de riesgos» que agrupa a muchas ONG en un esfuerzo por alcanzar la meta de la *Cumbre* de reducir las tasas de mortalidad materna a la mitad antes de finales de siglo. En Egipto, la sección egipcia de la *Asociación Internacional de Juristas* y la *Asociación Médica y Jurídica* movilizaron el respaldo público para lograr que Egipto figurase entre los primeros países ratificantes de la *Convención de los Derechos del Niño*. En Brasil, varias ONG dedicadas a ayudar a los niños y niñas de la calle crearon un *Movimiento Nacional de los Niños de la Calle*, que desarrolló con éxito una campaña en favor del reconocimiento explícito de los derechos del niño en la nueva Constitución del país (recuadro 12).

En el mundo industrializado, un número más reducido de ONG están empezando a movilizarse para respaldar estas metas sociales básicas. El grupo *Results*, con sede en Washington, ha conseguido la publicación de numerosos editoriales en los principales periódicos como parte de su campaña en favor de las metas adoptadas en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* y de una triplicación de la parte de la ayuda externa de los Estados Unidos destinada a la atención primaria de salud y la educación básica. En varios países, organi-

zaciones como *Vision Mundial Internacional* y la *Alianza Internacional de las Organizaciones «Save the Children»* han promovido campañas para el envío masivo de cartas a los dirigentes políticos, representantes de los medios de comunicación y directores de empresa, recordándoles las metas sociales básicas acordadas en la *Cumbre*.

Otras ONG concentran su actuación en metas específicas. La *Federación Internacional de Planificación de la Familia*, por citar uno de los ejemplos más importantes, ha contribuido y sigue contribuyendo de un modo significativo al objetivo de acceso universal a la planificación familiar y a la reducción de la mortalidad materna. La *Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja* ha puesto en marcha el programa *Niño Vivo* para contribuir a la aplicación de las medidas de bajo costo de prevención de las principales enfermedades infantiles. Grupos como la *Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil*, la *Alianza Internacional de Acción pro Lactancia Materna* y la *Liga de la Leche Internacional*, están logrando importantes avances contra la desnutrición a través de sus campañas para evitar la promoción de preparados comerciales de leche en polvo en el mundo en desarrollo y mediante su labor para poner al alcance de todos los progenitores los actuales conocimientos sobre las ventajas de la lactancia materna (recuadro 13). La *Organización Internacional de Jóvenes Cámaras*, que cuenta entre sus asociados a hombres y mujeres jóvenes de más de un centenar de países, ha prestado su colaboración profesional para ayudar a controlar los devastadores efectos de las enfermedades diarreicas. El *Fondo Cristiano en favor de la Infancia* ha puesto en marcha un programa para alcanzar las metas acordadas para el medio millón de niños y niñas cubiertos por sus actividades. *Rotary International*, que también desarrolla actividades en más de un centenar de países, ha recaudado más de 300 millones de dólares para la erradicación de la poliomielitis y ha movilizado a un ejército de voluntarios

que han colaborado en los aspectos logísticos de la campaña de erradicación.

Este último ejemplo debería ofrecer materia de reflexión a quienes quizás supongan que estos esfuerzos no pueden pasar de representar gestos de escaso alcance, sin verdadera incidencia en el marco general más amplio. Sólo en la India, *Rotary International* ha movilizado la colaboración de 50.000 voluntarios en los esfuerzos de vacunación y el doble durante las jornadas nacionales de inmunización. En la lista de los principales donantes para el Programa de Inmunización Ampliada, recientemente publicada por la OMS, aparece en sexto lugar *Rotary International*, cuya aportación de 300 millones de dólares es superior a las de los gobiernos de Canadá, Suecia, el Reino Unido o los Estados Unidos<sup>37</sup>.

En otras palabras, miles de organizaciones no gubernamentales están trabajando en gran y pequeña escala, política y prácticamente, en el ámbito nacional y local, en pro de la consecución de las metas sociales básicas.

Pero aun así, todavía no puede hablarse de un movimiento con el suficiente respaldo público y en los medios de comunicación, o un calendario de objetivos comunes, para empezar a ejercer la presión política continuada necesaria. Sólo cuando comience a cambiar el clima de opinión, cuando la desnutrición, las enfermedades y el analfabetismo masivos sean ampliamente percibidos como un hecho inaceptable y vergonzoso, empezarán a aplicarse las soluciones disponibles en una escala equivalente a la de los actuales problemas. Para hacer posible ese cambio será preciso que, literalmente, millones de personas y miles de organizaciones decidan manifestarse en favor de esta causa.

## Respaldo de los medios de comunicación

Algunos grupos profesionales concretos podrían marcar una diferencia potencialmente decisiva tanto en los países en desarrollo como en los industrializados.

En particular, en la mayoría de países los medios de comunicación se están convirtiendo en las principales parteras del cambio pacífico. La comunicación, y no la violencia, ha liberado a muchísimos países de la dictadura en los últimos años. La comunicación alimenta la democracia y la participación popular al elevar a nuevos niveles la conciencia pública. La comunicación ha impulsado el movimiento de defensa del medio ambiente y el movimiento de mujeres en el último decenio. La comunicación ha hecho posible la dramática ampliación de los niveles de inmunización en el mundo en desarrollo. Y la comunicación podría dar ahora un impulso masivo congruente con la causa en favor de la satisfacción de las necesidades básicas.

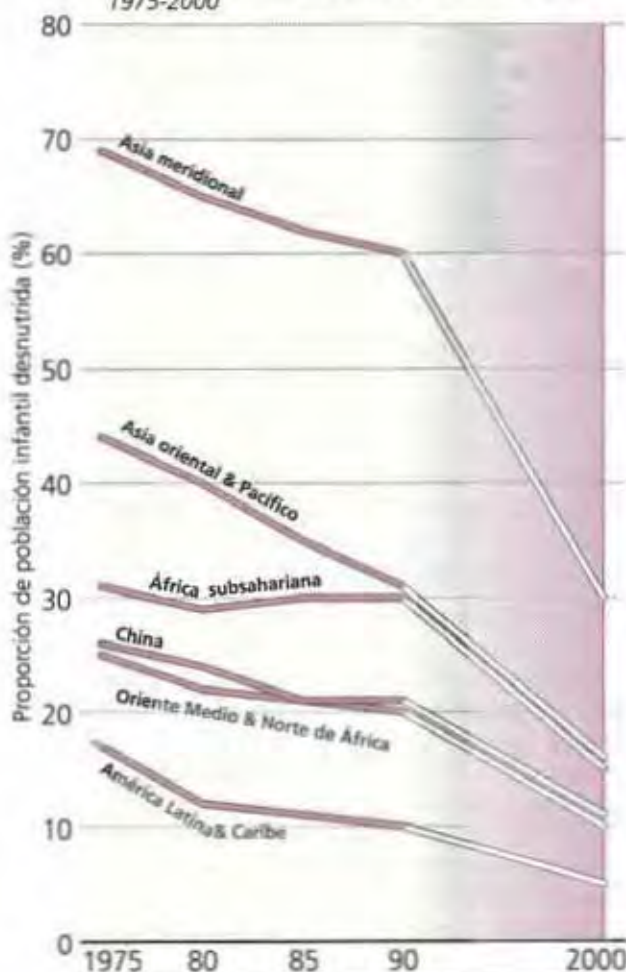
En la medida en que es posible establecer generalizaciones, los medios de comunicación tienden a presentar los problemas básicos de la pobreza sólo desde el punto de vista de la realidad existente, sin considerar cómo podrían ser las cosas, a centrarse sólo en las medidas adoptadas, sin prestar atención a las oportunidades desperdiciadas o al marco general de necesidades. Por ello, será preciso impulsar un nuevo estilo de periodismo contra la pobreza, como expresión de un serio compromiso de los medios de comunicación para fomentar y a la vez reflejar el creciente respaldo público en favor de la satisfacción de las necesidades básicas. Las características y contenido de ese nuevo estilo periodístico dependerán de las prioridades y circunstancias locales, pero su finalidad debe ser mantener vivo el interés de la opinión pública y de los dirigentes políticos y ofrecerles información sobre los datos y tendencias más destacados, los avances logrados y las necesidades insatisfechas, las nuevas tecnologías y los intentos de aplicarlas en una escala suficientemente amplia, las consecuencias humanas y las implicaciones económicas.

Los propios profesionales de los medios de comunicación son los más capacitados para decidir cómo canalizar esta aportación. Pero

### Gráf. 10 Avances contra la desnutrición

La Cumbre Mundial en favor de la infancia estableció la meta de reducir a la mitad el nivel de desnutrición infantil de 1990 hacia el 2000. El gráfico presenta las primeras estimaciones de las tendencias regionales de la desnutrición. El tramo blanco de la línea muestra que para conseguir la meta se requerirá una aceleración de la tendencia actual, especialmente en Asia meridional y el África subsahariana.

*Reducción a la mitad de la desnutrición infantil: tendencias y tasas requeridas, por regiones, 1975-2000*



La desnutrición se define como más de dos desviaciones estándar por debajo del nivel deseable de peso por edad. La desnutrición infantil se refiere a la población menor de cinco años.

Fuente: Second Report on the World Nutrition Situation, ACC-SCN, 1997

la brecha actualmente existente entre la presente capacidad y la realidad de hoy ofrece amplio material para una década de reportajes e investigaciones, análisis y editoriales. Entre los temas que legítimamente cabe esperar sean investigados por los medios de comunicación de los países que gozan de libertad de prensa, pueden citarse, por ejemplo, los siguientes:

— ¿Qué proporción de los niños y niñas del país presentan un desarrollo físico y psíquico normal y qué proporción ven socavado su desarrollo a causa de la desnutrición? (gráfico 10) ¿Se vigila regularmente el estado nutricional de los niños y niñas del país? ¿Es más fácil saber cuántas familias tienen televisor que averiguar cuántos niños y niñas sufren desnutrición?

— ¿Cuántos miles de niños y niñas murieron a causa del sarampión o del tétanos durante el último año y qué proporción está vacunada contra estas enfermedades? (gráficos 8 y 6, y recuadro 4) ¿Existen zonas del país, o grupos sociales, que no están cubiertos por los servicios de inmunización?

— ¿Cuántos niños y niñas del país han quedado impedidos a consecuencia de la poliomielitis en los últimos 12 meses y qué progresos se han realizado en el establecimiento de «cordones de vacunación» en torno al virus y en vistas a su erradicación? (gráfico 7 y recuadro 6).

— ¿Se sabe cuántos niños pierden cada año la salud y/o la vista a causa de una deficiencia de vitamina A y si se están adoptando medidas, y cuáles, para modificar la dieta o proporcionar cápsulas de vitamina A? (recuadro 3).

— ¿Cuántos niños nacen con discapacidades psíquicas a causa de la deficiencia de yodo? ¿Existen proyectos para yodar toda la sal destinada al consumo?

— ¿Cuál es la edad media de matrimonio y la del primer embarazo? ¿Cuántos niños y niñas nacen en «circunstancias críticas» (menos de dos años de espaciamiento entre los nacimientos, más de cuatro embarazos en total,

madre menor de 18 años o mayor de 35), y qué proporción de parejas tienen acceso a información y servicios de planificación familiar<sup>38</sup>?

—¿Cuántas mujeres mueren y quedan discapacitadas como resultado de un parto? ¿Cuáles son las causas? ¿Qué medidas se están adoptando para hacer llegar la atención obstétrica de emergencia a las zonas rurales? (recuadro 4).

—¿Cuántos niños y niñas siguen muriendo debido a las enfermedades diarreicas y cuántos progenitores han recibido información sobre la terapia de rehidratación oral que podría salvar la vida de sus hijos? (recuadro 5).

—¿Son las infecciones respiratorias agudas la causa principal de mortalidad infantil en el país y qué medidas se están adoptando para facilitar el tratamiento con antibióticos antes de que sea demasiado tarde?

—¿Cuál es la tasa nacional de mortalidad de los menores de cinco años? ¿Es significativamente más alta o más baja que la de otros países con un nivel de desarrollo económico parecido?

—¿Qué proporción de niños nacen con un peso inferior a los 2.500 gramos (peso demasiado bajo)? ¿Cuál es la cifra correspondiente en los países vecinos? ¿Qué conclusiones pueden sacarse con respecto al estado de salud y bienestar de las mujeres del país?

—¿Qué porcentaje de los niños y niñas del país están escolarizados en la enseñanza primaria? (gráfico 11) ¿Cuántos abandonan la escuela antes de aprender a leer y escribir? ¿Es más alta la matriculación masculina que la femenina? ¿Cuáles son las causas de las altas tasas de deserción escolar?

—¿Qué proporción de lactantes son alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida? ¿Cuántas muertes infantiles se estima que se producen cada año como consecuencia de la progresiva tendencia hacia la alimentación

biberón? ¿El gobierno ha prohibido la publicidad de preparados comerciales de leche en polvo? ¿Siguen regalándose muestras gratuitas de preparados de leche en polvo en los servicios de maternidad? (recuadro 13).

—¿Se ha ratificado la *Convención de los Derechos del Niño*? ¿Se están incumpliendo sus cláusulas? ¿Qué modificaciones se han introducido en la legislación y la política nacionales para garantizar su cumplimiento?

—¿Qué proporción del gasto público se destina a satisfacer las necesidades humanas más básicas e inmediatas? ¿Se concede prioridad a los servicios de bajo costo para la mayoría o a servicios más caros para una minoría?

—¿Existen diferencias significativas en las tasas de morbilidad y mortalidad, desnutrición y analfabetismo, entre las niñas y los niños, entre las zonas rurales y las urbanas, o entre diferentes distritos o provincias?

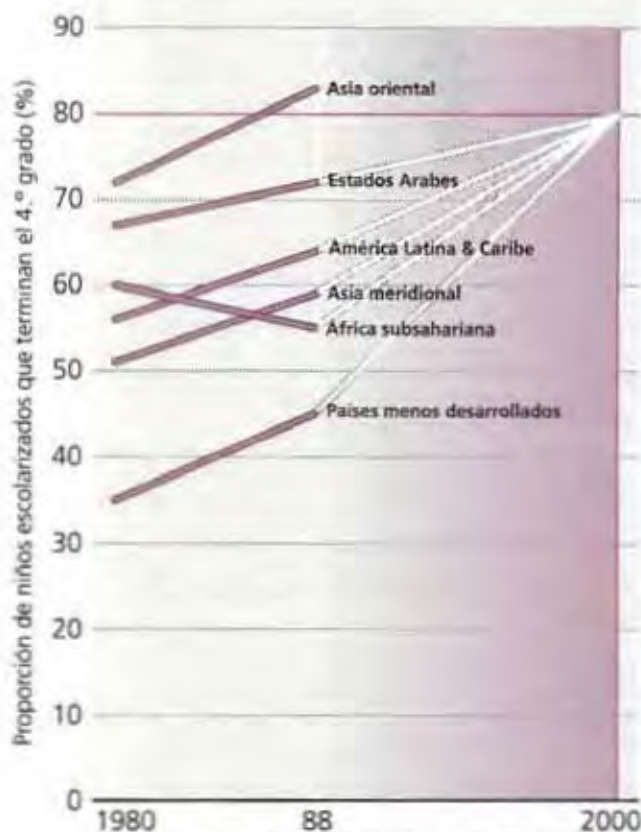
Tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo, también podría examinarse críticamente a qué fines se destina la ayuda exterior; ¿qué proporción llega a los grupos más pobres, a la atención primaria de salud, a la educación básica, a programas de suministro de agua y saneamiento de bajo costo, a la planificación familiar?

Las cuestiones y la forma de abordarlas variarán, pero a los propietarios y directores de los medios de comunicación y los periodistas no les faltarán temas, tanto de interés nacional como de interés humano, para mantener una intensa atención del público durante una década y respaldar así la causa en favor de la satisfacción de las necesidades básicas. Artículos y reportajes esporádicos y circunstanciales no impulsarán esta causa; para ello se requiere nada menos que una década de intensa y continuada atención de los medios de comunicación, incluido el seguimiento crítico de los avances hacia la meta de satisfacer las necesidades básicas de la cuarta parte más pobre de la población de un país. Pero si un número suficientemente amplio de profesionales res-

### Gráf. 11 Educación primaria

Una de las metas para el año 2000 establecidas por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia es la escolarización de todos los niños y la terminación de al menos el 80% de la enseñanza primaria. El gráfico muestra la proporción actual de niños en cada región que terminan el 4.º grado de la enseñanza primaria. El tramo blanco de la línea indica el avance necesario para alcanzar la meta.

Tendencias en la escolarización y terminación en enseñanza primaria, por regiones, 1980-2000



Los países no siempre informan sobre la edad de entrada en el primer grado de la escuela primaria. En los casos en que no se informa de la edad de entrada y el número de nuevos niños matriculados es menor que la población de la edad correspondiente, se supone que todos los nuevos matriculados pertenecen a la edad oficial de entrada. Habida cuenta de que muchos de los nuevos matriculados son de mayor edad a la oficial, los datos del gráfico indican un nivel de terminación más alto del realmente efectivo.

Fuente: *The Impact of Primary Education on Literacy (STE-B)*, UNESCO.

petados de los medios de comunicación responden a este reto en los próximos años se logrará incrementar significativamente la presión pública y política para la consecución de las metas en favor de la satisfacción de las necesidades sociales básicas.

### Profesionales de la salud

La contribución de los profesionales de la salud del mundo en desarrollo a la satisfacción de las necesidades básicas ya figura entre las más significativas. Aun así, podría multiplicarse varias veces en la década de 1990.

El número de profesionales de la salud se ha duplicado con creces en el último decenio y el mundo en desarrollo cuenta actualmente con bastante más de dos millones de médicos y más de seis millones de enfermeras, auxiliares de enfermería y comadronas. Si se añaden los administradores de centros de salud, directores de colegios médicos, pediatras, administradores de hospitales e investigadores médicos, el conjunto de estos profesionales representa un amplio ejército potencial capaz de respaldar los esfuerzos para colmar la brecha entre los conocimientos y tecnologías disponibles y su uso generalizado.

Cierto es que algunos profesionales de la salud han llegado a formar más bien parte del problema que de la solución. En algunos países, los médicos han fomentado la lactancia con biberón, han continuado recetando medicamentos antidiarreicos en vez de las sales de rehidratación oral y se han opuesto a la administración de antibióticos por los agentes comunitarios de salud. No obstante, un número creciente de ellos comienzan a ejercer su influencia en otros sentidos:

—Promueven estrategias de atención primaria de salud y se oponen a la asignación de la inmensa mayoría de los recursos a los hospitales urbanos.

—Exploran nuevas formas de empleo más eficiente del personal médico altamente califi-

## Lactancia materna: hospitales pro lactancia materna

A principios de 1992, cincuenta y dos hospitales de doce países recibieron la consideración de «hospitales pro-lactancia materna» y se espera que varios centenares más se hayan hecho acreedores de este título antes de finalizar el año. El objetivo es revolucionar la actitud de los hospitales hacia los recién nacidos y sus madres.

Durante muchos años, la mayoría de hospitales tendían a disuadir a las madres de amamantar a sus hijos. Los recién nacidos solían permanecer en habitaciones separadas de sus madres y la alimentación con biberón se había convertido en la norma. Los fabricantes de preparados de leche en polvo, en sus esfuerzos por asegurarse una parte del mercado, suministraban rutinariamente a los hospitales leche en polvo gratuita o a precios especiales. Millones de madres, deseosas de hacer lo que fuese más conveniente para sus hijos, se dejaron convencer y adoptaron el biberón. El resultado ha sido un acusado descenso de la lactancia materna, reforzado por la publicidad y el incremento a escala mundial del número de mujeres que trabajan fuera de casa.

A lo largo de la última década, la OMS y el UNICEF han desarrollado una campaña destinada a invertir esta tendencia. La leche materna es más nutritiva, más higiénica, inmuniza a los lactantes contra las enfermedades comunes y reduce el riesgo de cáncer de mama y de ovarios para la madre. Los preparados de leche en polvo, aparte de su costo, a menudo se diluyen en exceso con agua no potable y se dan a los niños con biberones no esterilizados. En las comunidades pobres, la diferencia es tan vital que cada año podría salvarse un total estimado de un millón de vidas infantiles si las madres de todo el mundo volvieran a practicar la lactancia materna como forma exclusiva de alimentación de sus hijos durante los primeros cuatro a seis meses de vida.

La situación en los hospitales es probablemente el aspecto más importante de esta lucha. Muchos servicios de maternidad se han alineado desde hace largo tiempo en favor de la alimentación con biberón y no han ofrecido una información adecuada a las madres sobre las ventajas de la leche materna, favoreciendo implícitamente, y concediendo mayor estatus, a los preparados de leche en polvo. Estas circunstancias indujeron a la OMS y el UNICEF a poner en marcha la iniciativa de los hospitales pro-lactancia materna a

mediados de 1991. El objetivo es convencer a todos los hospitales para que apliquen los «Diez pasos hacia una feliz lactancia natural», entre los cuales figura informar a todas las madres de los beneficios que ofrece la lactancia natural, facilitar la cohabitación entre las madres y los niños, rechazar el uso de biberones y ayudar a las madres a resolver todas las posibles dificultades para iniciar la lactancia materna. Los hospitales que apliquen los diez pasos son reconocidos públicamente como «hospitales pro-lactancia materna».

Inicialmente, la campaña se propuso lograr que accedieran a este título los principales hospitales de doce países: Bolivia, Brasil, Côte d'Ivoire, Egipto, Filipinas, Gabón, Kenya, México, Nigeria, Pakistán, Tailandia y Turquía. Al cabo de un año, ya se ha alcanzado este objetivo. La fase siguiente es ampliar esta consideración al menos a 100 hospitales en cada una de las ocho regiones, incluido el mundo industrializado. Se espera que en 1995 se haya transformado la práctica hospitalaria en todos los países.

Mientras tanto, la Asociación Internacional de Fabricantes de Preparados de Leche en Polvo también ha aceptado el compromiso de que sus miembros interrumpirán antes de finales de 1992 todo tipo de promoción y comercialización de sus productos en los hospitales y servicios de maternidad en los países cuyos gobiernos respalden la iniciativa pro-lactancia materna.

Si todos estos propósitos se cumplen, la campaña habrá ayudado al mundo a alcanzar, no uno, sino varios de los objetivos más importantes aprobados en la *Cumbre Mundial en favor de la infancia* de 1990, incluida la reducción en un tercio de la mortalidad infantil y la reducción a la mitad de la desnutrición infantil. Asimismo, al igual que muchas otras acciones necesarias para alcanzar esos objetivos, una política pro-lactancia materna se reduce en gran parte a sustituir una práctica desfavorable por otra favorable y, por tanto, requiere muy pocos recursos adicionales. De hecho, los costos se reducirán para los hospitales, que podrán prescindir de los preparados de leche en polvo, los biberones y las salas de lactantes separadas. Uno de los primeros hospitales que adoptó una política pro-lactancia materna, el Jose Fabella Memorial Hospital de Filipinas, ya ha anunciado un ahorro del 8% en su presupuesto anual.



cado, desplegándolo en tareas de formación, supervisión y apoyo de un sistema de referencia para los agentes comunitarios de salud.

—Utilizan su influencia para una mayor difusión de los beneficios en materia de salud asociados a la planificación familiar.

—Respaldan el uso de la terapia de rehidratación oral y defienden en el seno de la profesión los argumentos en favor de los agentes comunitarios de salud para que puedan recetar antibióticos (recuadro 1).

—Promueven la lactancia materna, apoyan la campaña para lograr que todos los hospitales y centros de maternidad adopten los pasos pro lactancia materna (recuadro 13) y colaboran en el seguimiento de la aplicación del código internacional en materia de comercialización de preparados de leche en polvo.

—Colaboran en el seguimiento de las deficiencias de micronutrientes y en la difusión de la información sobre estos problemas ocultos y sus soluciones de bajo costo.

—Intentan desmitificar los conocimientos médicos y poner la información esencial al alcance de todas las familias.

Los agentes de salud de todos los niveles también comienzan a colaborar en la reducción de la brecha entre conocimientos y necesidades a través de sus organizaciones profesionales. El *Consejo Internacional de Enfermeras*, que representa a un millón de enfermeras de todos los países, ha iniciado la formación de sus miembros para la tarea de informar a los progenitores sobre medidas de bajo costo para proteger el desarrollo infantil durante los años más vulnerables. La *Asociación Internacional de Pediatría* también ha instado a sus tres cuartos de millón de asociados a utilizar «la combinación de tecnología, comunicación y organización social que podría reducir a la mitad las enfermedades y la mortalidad infantiles». La *Federación Internacional Farmacéutica* ha recomendado a sus 700.000 farmacéuticos asociados en 65 países la promoción de las sales de

rehidratación oral como alternativa a los medicamentos antidiarreicos. La *Confederación Internacional de Comadronas* ha instado a sus 80.000 asociadas en 42 países a colaborar activamente en la reducción de las tasas de mortalidad materna y en la difusión de los conocimientos en materia de atención infantil a fin de ponerlos al alcance de los nuevos padres y madres.

También en este caso, estos esfuerzos representan sólo un modesto primer paso. Pero son suficientes para indicar que si un número muchísimo más amplio de profesionales de la salud se compromete activamente con esta causa, algunos de los objetivos más básicos en materia de salud estarán al alcance de la mano.

## Educadores

Un tercer grupo profesional que podría contribuir de forma significativa y específica a esta causa en la mayoría de países es el de los educadores.

Pese a todos los problemas de financiación insuficiente de las escuelas y de equipamiento inadecuado, en el mundo en desarrollo sigue habiendo cinco veces más enseñantes que agentes de salud y el sistema de educación formal constituye con mucha diferencia el canal más amplio disponible para difundir los nuevos conocimientos en los que está basado en gran parte el presente potencial.

Como en el caso de los medios de comunicación y de los profesionales de la salud, es arriesgado generalizar dada la gran diversidad de problemas y prioridades, países y culturas. Pero la educación básica, sobre todo si sólo abarca unos pocos años, debería preparar lo mejor posible a los niños y niñas para los papales y responsabilidades que asumirán en el futuro. Habida cuenta de que los niños y niñas de hoy son los padres y madres del mañana, así como vehículos para hacer llegar la información a sus propios progenitores, nin-

guno debería dejar la escuela sin haber adquirido los conocimientos básicos sobre las medidas más eficaces y menos costosas para proteger los años vulnerables de la infancia.

Una vez más el reto no se plantea en términos generales, sino muy concretos. Ningún niño y ninguna niña debería dejar la escuela sin haber adquirido conocimientos sobre:

—Los principios básicos de una nutrición adecuada.

—La importancia de la lactancia materna, los riesgos de la alimentación con biberón (recuadro 13) y las necesidades especiales de nutrición durante los primeros años de vida del niño.

—Los enormes beneficios de una planificación responsable del tamaño de la familia y de una planificación y espaciamiento bien informado de los nacimientos.

—La importancia del agua potable y el saneamiento ambiental, la higiene doméstica y la prevención de las enfermedades.

—La necesidad de la inmunización.

—Las medidas a adoptar frente a las enfermedades más corrientes —en particular, las afecciones diarreicas y la tos y los catarros— y los casos en que es esencial acudir a un agente de salud capacitado.

—Una información básica sobre los problemas del medio ambiente, tanto a nivel local como global, y sobre las medidas que pueden adoptar los individuos y las familias para preservar la integridad del medio ambiente.

—El principio de que las niñas tienen iguales capacidades, potencial, necesidades y derechos que los niños y deberían tener acceso a la misma educación, estatus y oportunidades.

Asimismo, en la mayoría de países, los educadores también podrían contribuir a acabar con un problema educativo que en muchos aspectos es considerado de la mayor importancia en todo el mundo, a saber: las altas tasas de deserción entre los alumnos que comienzan la enseñanza primaria, sobre todo entre las ni-

ñas. Actualmente, casi un 90% de todos los niños del mundo en desarrollo comienzan a asistir a la escuela. Pero en muchos países casi la mitad de los alumnos abandonan antes de haber completado cuatro años de escolaridad y antes de haber aprendido a leer y escribir. En consecuencia, la meta de educación básica para todos los niños y niñas depende en gran medida de que se logre contener esta hemorragia educativa. La mayoría de los factores que determinan estas altas tasas de deserción escolar escapan al control de las escuelas y de los enseñantes. Sin embargo, en algunos países, podría lograrse una cierta corrección de este problema si los administradores educativos, los directores de escuela y los enseñantes tuviesen conocimiento de las múltiples razones que determinan el abandono de la escuela y de los factores asociados al contenido y organización de la vida escolar que podrían contribuir a contener esta hemorragia.

Muchos sistemas educativos ya han asumido estas responsabilidades, en particular la tarea de difundir la información esencial en materia de salud. En 1989, el UNICEF, la OMS y la UNESCO publicaron conjuntamente *Para la Vida*, un compendio, en los términos más sintéticos y sencillos posibles, de la información básica en materia de salud que «todas las familias tienen el derecho de conocer». Este libro, traducido a 138 idiomas en más de un centenar de países, forma parte del programa nacional de educación y/o de los programas de alfabetización en más de 30 países.

Pero podría avanzarse mucho más si los profesionales de la educación en todos los niveles, incluidos los centros de formación del profesorado y las asociaciones profesionales, decidieran aportar el bagaje de su experiencia y conocimientos prácticos a esta causa.

## Ayuda práctica y política

Finalmente, una gran variedad de organizaciones de voluntarios del mundo industrializado han aportado desde hace largo tiempo su

respaldo en favor de la satisfacción de las necesidades humanas básicas. Se ha subestimado mucho el alcance e importancia de este respaldo, que ha contribuido a ayudar a muchos millones de familias a satisfacer sus necesidades y a hacer frente a algunas de las más graves dificultades y desastres humanos. En particular, está muy difundida la idea de que estas aportaciones son muchísimo menos significativas que los programas gubernamentales de ayuda. Pero se trata de una noción convencional que es preciso revisar.

Las organizaciones voluntarias de los países industrializados desembolsan aproximada-

mente 5.000 millones de dólares cada año para impulsar programas destinados a satisfacer las necesidades humanas básicas (gráfico 12)<sup>39</sup>. La ayuda de los países occidentales industrializados representa un total de 40.000 millones de dólares anuales (52.000 millones de dólares si se incluye la ayuda multilateral). Pero como se ha señalado, la proporción de la ayuda bilateral y multilateral destinada directamente a la satisfacción de necesidades básicas es de alrededor de un 10%. En otras palabras, se eleva a unos 4.000 o 5.000 millones de dólares al año, una cantidad aproximadamente equivalente a la contribución de las organizaciones voluntarias (aunque en algunos países parte de la ayuda gubernamental se canaliza a través de organizaciones voluntarias).

Si además de la cantidad, se considera también la calidad de la ayuda, la comparación se inclina todavía más en favor de las ONG. En los últimos años, las ONG del mundo industrializado han iniciado una colaboración aún más estrecha con organizaciones análogas del mundo en desarrollo; también han empezado a ofrecer programas de ayuda que intentan satisfacer las necesidades y reforzar las capacidades de los pobres, fomentan la participación de las personas a quienes se proponen ayudar, reconocen la aportación de las mujeres y tienen en cuenta los factores ambientales.

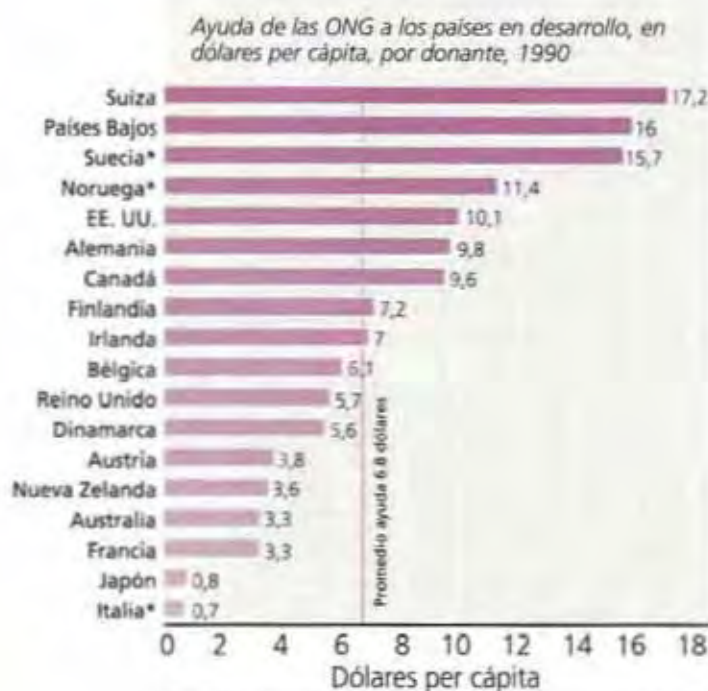
Por tanto, la contribución global de los movimientos de voluntarios del mundo industrializado a esta lucha dista mucho de ser insignificante.

Sin embargo, sigue siendo cierto que en estos momentos las organizaciones voluntarias están aún muy lejos de alcanzar el impacto práctico o político necesario para aprovechar plenamente el presente potencial. Estas organizaciones pueden movilizar el respaldo de centenares de miles de personas pero tendrían que contar con el respaldo de millones. Lo cual requerirá un grado distinto de participación.

En el plano de la recaudación de fondos, tal vez las organizaciones voluntarias respondan

### Gráf. 12 La contribución de las ONG

Las organizaciones no gubernamentales (ONG) de carácter voluntario contribuyen con unos 5.000 millones de dólares anuales para proyectos en el mundo en desarrollo. Esta cifra es superior a la parte destinada a «necesidades básicas» de la ayuda gubernamental de carácter bilateral. El gráfico muestra las contribuciones per cápita del mundo industrializado.



\*Datos de 1989.

Fuente: OCDE, datos inéditos.

## Mortalidad materna: atención de urgencia

Un total estimado de 500.000 mujeres mueren cada año por complicaciones asociadas al embarazo y al parto. Un 99 % de estas muertes tienen lugar en el mundo en desarrollo. En África, las probabilidades de que una mujer muera durante el embarazo o el parto son aproximadamente de 1:20; en Asia el riesgo es de 1:54, en América Latina de 1:73 y en Europa septentrional de 1:10.000.

La *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* de 1990 estableció como meta lograr una reducción de la mortalidad materna en un 50% como mínimo antes del año 2000 y muchos países están buscando las vías y los medios para alcanzar este objetivo.

Sólo existen tres alternativas posibles: evitar los embarazos no deseados, evitar las complicaciones obstétricas y evitar que las complicaciones que se presenten conduzcan a la muerte.

La primera opción tiene un amplio campo de aplicación. En el mundo en desarrollo, aproximadamente una tercera parte de todos los embarazos son no deseados. Habida cuenta de que la mayoría de los embarazos no deseados entran dentro de la categoría de alto riesgo, la planificación familiar podría evitar, por tanto, un número considerable de muertes maternas. También permitiría reducir la mortalidad asociada a los abortos realizados en condiciones poco seguras, que actualmente siegan la vida de más de 100.000 jóvenes mujeres cada año.

La planificación familiar también interviene en la segunda opción de evitar las posibles complicaciones obstétricas. En efecto, entre una cuarta y una tercera parte de las muertes maternas corresponden a mujeres que han tenido demasiados hijos (más de cuatro partos) o a madres demasiado jóvenes (menores de 18 años) o demasiado mayores (de más de 35 años).

En contra de las esperanzas de muchas personas, actualmente no parece disponerse de ningún medio para reducir de forma significativa los riesgos de complicaciones una vez que la mujer ya está embarazada. Incluso una nutrición más adecuada y una mejora en el estado general de salud tienen relativamente escasa incidencia. En el Reino Unido y en los Estados Uni-

dos, por ejemplo, se mantuvieron unos altos niveles de mortalidad materna incluso después de lograr avances en el estado de nutrición y de salud que permitieron reducir la mortalidad infantil hasta niveles muy bajos. Sólo en la década de 1930, con la extensión de la atención obstétrica de urgencia para ponerla al alcance de una amplia mayoría, se inició un marcado descenso de la mortalidad materna. Todavía en la actualidad, existe en los Estados Unidos una comunidad religiosa que presenta una tasa de mortalidad materna semejante a la de la India —y aproximadamente cien veces superior a la media de los Estados Unidos— pese a unos altos niveles de ingreso, educación, nutrición y atención de salud. ¿El motivo? Sus miembros rechazan los servicios médicos modernos, incluso en situaciones de urgencia.

En cierto momento se creyó poder reducir el problema mediante una pronta identificación de las mujeres más expuestas a sufrir complicaciones durante el parto, a fin de organizar su traslado a una unidad de maternidad moderna o a un lugar cercano a una de éstas. Es esencial que la mujer sea visitada al menos dos veces en un centro de salud y que reciba la vacuna contra el tétanos durante el embarazo. Pero los resultados de estudios recientes indican que aproximadamente un 50% de las urgencias obstétricas no aparecen asociadas a ningún factor de riesgo evidente susceptible de ser observado o solventado en una fase anterior del embarazo.

En otras palabras, la reducción de la mortalidad materna depende en gran medida del acceso a la atención obstétrica de urgencia. La cual no debe ser necesariamente equivalente al acceso a un hospital urbano de alta tecnología. Esta atención puede ofrecerse en pequeñas unidades de maternidad y centros de salud. Pero aun así no estará al alcance de quienes más la necesitan a menos que se detecte rápidamente cualquier problema durante el parto y se organice el inmediato traslado a una unidad de maternidad. Para que esto sea posible, todos los futuros padres deberían adoptar medidas —con antelación— para disponer de un medio de transporte para el traslado a un hospital o unidad de maternidad en caso necesario.

al reto directo de recaudar los 8.000 millones de dólares adicionales para incrementar la participación del mundo industrializado en la superación de los peores aspectos de la pobreza en el curso de la presente década. Esa meta podría casi alcanzarse duplicando las contribuciones voluntarias del mundo industrializado; un incremento que constituiría una aportación práctica significativa para la consecución de las metas sociales básicas, así como la expresión de un creciente respaldo público en favor de esta causa.

En el plano político, el fortalecimiento del movimiento de ONG podría contribuir de un modo todavía más crucial a la satisfacción de las necesidades básicas. En efecto, sólo un incremento de las presiones de la opinión pública puede elevar de forma duradera esta meta a la categoría de prioridad nacional e internacional. Pero las presiones no deben ir encaminadas únicamente a lograr un incremento de la ayuda externa. Un número creciente de orga-

nizaciones voluntarias están asumiendo la responsabilidad de llamar la atención de la opinión pública hacia la arraigada injusticia de las relaciones económicas entre países en desarrollo y países industrializados. Este año, por ejemplo, 20 de las organizaciones voluntarias más conocidas de 13 países europeos desarrollaron una campaña conjunta con el fin de presionar en favor de nuevas acciones destinadas a mitigar la crisis de endeudamiento que tan devastadoras consecuencias sigue teniendo para la vida y la subsistencia humanas en el mundo en desarrollo<sup>40</sup>.

En todos los países, es esencial que las personas y organizaciones comprometidas con esta causa estén también atentas a los errores e injusticias que sólo pueden enmendar los gobiernos y que repercuten profundamente sobre los esfuerzos de millones de personas para satisfacer sus necesidades básicas. El último capítulo de este Informe estará dedicado a examinar brevemente esta problemática más amplia.

## El marco internacional

Todavía queda un margen para la esperanza de que los cambios que se están registrando en el panorama político y económico a medida que el mundo va dejando atrás la era de glaciación política, puedan crear unas condiciones más favorables para el éxito de la lucha contra los peores aspectos de la pobreza.

El desmoronamiento de la Unión Soviética, y de la fe en las políticas monolíticas y los sistemas económicos altamente centralizados, han puesto fin a la guerra fría, abriendo nuevas perspectivas para el desarme, las reformas económicas y el avance de la democracia. Si llegan a hacerse realidad, todas estas posibili-

dades promoverán la causa de la satisfacción de las necesidades básicas.

En primer lugar, el fin de la guerra fría permite reducir la vasta parte de los recursos mundiales —físicos, financieros, científicos, administrativos— que durante tanto tiempo se había destinado a acciones bélicas y represión militar. Con lo cual aumenta la esperanza de que una mayor proporción de estos recursos pueda dedicarse a la mitigación de algunos de los grandes problemas sociales con que se enfrentan los países del mundo industrializado; a la interrupción y reparación del daño causado al medio ambiente; y a inversiones

encaminadas a erradicar la pobreza y a alcanzar un crecimiento económico sostenible en el mundo en desarrollo.

De momento, todo esto no pasan de ser posibilidades.

El gasto militar del mundo industrializado en gran parte ha salido incólume del reciente terremoto geopolítico. Los gastos militares globales representan aproximadamente 750.000 millones de dólares anuales, equivalentes a la suma de los ingresos anuales de la mitad más pobre de la población mundial<sup>41</sup>. En términos reales, en la actualidad los Estados Unidos gastan aproximadamente un 50% más en defensa que una década atrás. El gasto proyectado, en el programa quinquenal de defensa presentado en el Congreso de los Estados Unidos en enero de 1992, prevé una reducción tan gradual que en 1996 el gasto, en dólares constantes, todavía será un 25% más alto que en la época de Nixon y Brezhnev<sup>42</sup>. Análogamente, en Europa occidental, donde la situación política y militar se ha modificado totalmente en los últimos cinco años, se habla mucho de reducir los presupuestos de defensa sin que ello se traduzca en una disminución apreciable del nivel de gasto militar<sup>43</sup>.

En el mundo en desarrollo, la reducción del gasto militar en los seis años del período 1984-1990 fue de un 20% aproximadamente. Pero esta cifra tampoco ofrece una base sólida para el optimismo. Casi toda esa reducción corresponde a Oriente Medio. En otras regiones, se han registrado escasas reducciones realmente significativas y la mayoría de los recortes se han introducido como respuesta obligada para atender el servicio de la deuda externa más que como fruto de un compromiso en favor de la satisfacción de las necesidades básicas.

Sin embargo, sin duda se anuncian cambios inminentes en algunos de los países más pobres y militarizados del mundo donde la guerra fría ha tenido graves repercusiones durante largo tiempo. En Etiopía, por ejemplo, donde medio millón de soldados fueron des-

movilizados el pasado año, la parte del gasto militar dentro del presupuesto total del gobierno ha descendido de casi un 60% a poco más del 30%, y el gasto en salud y educación se ha incrementado de un 12% en 1989-90 a casi un 20% en 1992-93. Mientras tanto, el primer aniversario del nuevo gobierno ya no se celebró con un desfile de tropas y el tradicional despliegue de material militar, sino de personas que enarbolaban ramas de olivo y banderas con blancas palomas de la paz.

## Desmilitarización

Aunque la desviación de fondos de la defensa al desarrollo sigue siendo sobre todo una posibilidad, el fin de la guerra fría ya ha empezado a contribuir en otros aspectos a la causa de los pobres del mundo.

Entre éstos destacan los apreciables avances hacia la desmilitarización y la democratización de la sociedad registrados ya en muchos países. En efecto, han quedado atrás los tiempos en que a las dictaduras militares les bastaba cuadrarse ante la bandera ideológica de una u otra de las dos superpotencias para obtener legitimación política, equipo militar y ayuda económica.

Sería difícil exagerar la importancia del fin de la guerra fría en este sentido. Cuarenta años de rivalidades en el contexto de la guerra fría contribuyeron a militarizar la cultura política en muchos países en desarrollo, abonando la maleza de las dictaduras y sembrando nuevas tiranías. El resultado ha sido un despilfarrero de recursos de extraordinarias dimensiones. El gasto militar del mundo en desarrollo se quintuplicó, en términos reales, en sólo 30 años<sup>44</sup>. Y durante buena parte de ese tiempo, elites militarizadas se dedicaron a gobernar en beneficio de una minoría, utilizando con mayor frecuencia sus armas contra sus propios ciudadanos que contra los agresores extranjeros, y sólo consiguieron privar a la población de sus derechos sin satisfacer sus necesidades. Además, la población del mundo

en desarrollo también ha tenido que pagar el costo de la cultura militar con la moneda de los conflictos bélicos. Y el precio más alto lo ha pagado la infancia. Sólo en la última década, más de 1,5 millones de niños y niñas murieron víctimas de las guerras, más de 4 millones quedaron físicamente discapacitados, más de 5 millones se vieron obligados a vivir en campos de refugiados y más de 12 millones perdieron sus hogares<sup>45</sup>.

Todo esto ha tenido repercusiones previsiblemente desastrosas para los avances hacia la meta de satisfacer las necesidades humanas básicas. Las hambrunas y privaciones sufridas en los últimos años en países como Chad, Etiopía, Liberia, Mozambique, Somalia, Sudán y Uganda en todos los casos han sido causadas o se han visto exacerbadas por los conflictos militares. Se han destruido cultivos, carreteras, mercados, escuelas y clínicas; el comercio, y los propios medios para ganarse la vida, se han visto alterados; se han pisoteado las libertades civiles y con ellas las esperanzas de millones de personas de acceder a unas condiciones mínimamente dignas de vida.

Para algunas de las víctimas de esta prolongada tragedia, el fin de la guerra fría ha supuesto nuevos conflictos y devastación. En otros lugares, ha abierto nuevas esperanzas. Sólo en los tres últimos años, más de una tercera parte de los países del mundo ha alterado su curso político en el sentido de una mayor democratización.

Ésta es una buena noticia para la creación de un movimiento en favor de la satisfacción de las necesidades humanas en los próximos años. En efecto, cuanto más se avance hacia la democracia, mayores serán las posibilidades de que los grupos más pobres de la sociedad comiencen a ejercer un cierto grado de influencia política.

Finalmente, los avances en el ámbito de las libertades políticas y de prensa también pueden contribuir a crear un entorno favorable a los esfuerzos de la población y de sus organi-

zaciones para promover los cambios que les permitirán satisfacer sus propias necesidades. En un estudio ya citado, Amartya Sen sostiene que las libertades políticas y de prensa no son incidentales, sino fundamentales para la causa de la satisfacción de las necesidades humanas, en el contexto del problema más específico de acabar con el hambre y la desnutrición. El argumento es igualmente aplicable a la lucha para promover la salud o la educación:

*«La democracia y una prensa no censurada pueden transferir la penalización por las hambrunas de los desposeídos a quienes ocupan puestos de autoridad; no existe medio más seguro para sensibilizar a los gobiernos frente al sufrimiento de las víctimas de las hambrunas.»*

*«Sin embargo, si bien la democracia representa un importante paso en la dirección adecuada, una forma democrática de gobierno no constituye por sí sola garantía suficiente de una actuación pública adecuada contra el hambre. En la India, por ejemplo, el problema de las hambrunas está absolutamente politizado, lo cual ha contribuido a eliminar el fenómeno, pero la callada persistencia de la subnutrición y las privaciones endémicas todavía no ha alcanzado un relieve equivalente en los medios de comunicación y en la política partidista. Otro tanto puede decirse de la discriminación de género y las privaciones relativamente mayores que sufren las mujeres. Los incentivos políticos en favor de una actuación para remediar estas grandes insuficiencias se verían enormemente reforzados si, aprovechando mejor el marco democrático, lograra canalizarse el interés político y periodístico hacia estos temas.»*

*«... la acción pública debe entenderse como acción del público y no sólo como una acción estatal para el público. El contexto político de una prensa democrática y no censurada puede contribuir de modo substancial a eliminar el problema del hambre, pero para lograrlo también se requiere una participación activa del público. En última instancia, la eficacia de la acción pública no depende sólo de la legislación, sino también de la fuerza y vigor de la práctica democrática.»<sup>46</sup>*

## La Iniciativa de Bamako: servicio popular de salud

La mayor parte del dinero dedicado a gastos de salud en el mundo en desarrollo no lo desembolsan los gobiernos ni procede de la ayuda internacional, sino que sale de los bolsillos de sus habitantes. Hasta en los países más pobres, entre el 5% y el 10% de los ingresos familiares se dedican regularmente a pagar gastos médicos, clínicas, curanderos tradicionales, hospitales de las misiones, farmacias privadas y vendedores de medicamentos de solvencia muy variable.

En otras palabras, la mayoría de las personas disponen de alguna alternativa en materia de atención de salud. Y en muchos países, los servicios gubernamentales de salud ven decrecer progresivamente su aceptación. Los recortes presupuestarios inducidos por el endeudamiento, la caída de los precios de las exportaciones y el gasto militar se han traducido en salarios no pagados, desmoralización de los agentes de salud y estanterías vacías. También existe un amplio descontento por el trato desconsiderado y la poca calidad de los servicios ofrecidos en los centros gubernamentales de salud.

Como resultado de ello, los farmacéuticos privados y vendedores de medicamento no cualificados han pasado a convertirse en los principales suministradores de atención de salud en muchas regiones. Con frecuencia esto implica pagar precios exorbitantes por tratamientos y medicamentos a menudo ineficaces y a veces nocivos.

En septiembre de 1987, los ministros de Salud de la mayoría de los gobiernos africanos examinaron con la OMS y el UNICEF una forma totalmente distinta de abordar este problema. El resultado fue la Iniciativa de Bamako, destinada a transformar las 40.000 instalaciones gubernamentales de salud del África subsahariana en un nuevo tipo de servicio de salud parcialmente controlado y obligado a rendir cuentas ante las comunidades a las cuales debe atender.

Ante la escasez o ausencia de fondos gubernamentales adicionales, las mejoras en el servicio sólo podrían financiarse contando con la demostrada disposición de la población a pagar por la atención de salud. Al mismo tiempo, se reconocía que la gente sólo estaría dispuesta a pagar si los servicios gubernamentales de salud empezaban a ofrecerle lo que desea: agentes de salud comprensivos y competentes y un suministro seguro de los medicamentos más esenciales a precios razonables.

Inicialmente, se recurrió a la ayuda internacional para garantizar una formación adecuada de los agentes de salud y que todos los centros de salud estuviesen bien provistos de medicamentos genéricos, adquiridos a granel a muy bajo costo. Los medicamentos se venden con un margen de beneficio, si bien su costo sigue siendo mucho más bajo que el de los mismos productos adquiridos privadamente. La comunidad controla los ingresos así obtenidos a través de un comité local de gestión.

Pese a las muchas dudas de que un proyecto de estas características pudiese tener éxito en las difíciles circunstancias africanas, la Iniciativa de Bamako se está aplicando con buenos resultados. Hasta la fecha, casi 2.000 centros gubernamentales de atención de salud —que atienden a unos veinte millones de personas— se han revitalizado gracias a la adopción del nuevo sistema. En 1992, según una evaluación realizada por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, aunque subsisten muchos problemas, las comunidades locales están demostrando su competencia en la gestión local de los fondos de atención de salud y en la distribución de medicamentos esenciales. Alrededor de la mitad de los ingresos obtenidos hasta la fecha se han dedicado a reponer las existencias de medicamentos. Otra cuarta parte se ha utilizado para cubrir los gastos de funcionamiento de los centros y ofrecer incentivos a los agentes de salud. El resto se conserva en forma de ahorros.

La preocupación más frecuentemente expresada es que el cobro de tarifas pueda excluir a los más pobres. Pero un estudio independiente que investigó esta cuestión concreta en Camerún llegó a la conclusión de que el nuevo sistema está reportando ventajas significativas para el 20% más pobre de la población, que no podía pagar los precios de los vendedores privados de medicamentos, pero en cambio está en condiciones de costear los precios mucho más bajos de los centros de salud de nueva orientación.

*«La conclusión general —señala la evaluación de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres— es que se observan muchos aspectos prometedores. El UNICEF y otros organismos deben continuar apoyando los esfuerzos de los países para aplicar la iniciativa de Bamako y debe reconocerse la necesidad de una inversión apreciable en favor de este proceso.»*



## Reorientación de la ayuda

El fin de la guerra fría también puede contribuir a impulsar esta causa al permitir una reorientación de la ayuda, retirándola a aquellos países que conceden manifiestamente una prioridad muy superior al gasto militar en detrimento de la satisfacción de las necesidades humanas.

Los países donantes empiezan a no considerar esencial para su política exterior la ayuda a unas economías excesivamente militarizadas. Habida cuenta de que los contribuyentes del mundo industrializado están poco dispuestos a financiar la adquisición de armas y las guerras en el mundo en desarrollo, es probable que la ayuda comience a canalizarse progresivamente de acuerdo con las nuevas circunstancias del período posterior a la guerra fría.

En una reunión de 18 países donantes celebrada en diciembre de 1991 en París, se llegó a un acuerdo de principios en el sentido de que la reducción del gasto de armamento y los avances hacia la democracia deben constituir importantes criterios para la asignación de la ayuda externa en la década de 1990. Alemania ya ha anunciado una reducción del 25% en su ayuda a la India debido al «excesivo armamento». Japón ha anunciado a la República Democrática Popular de Corea que no considerará la concesión de créditos o ayudas hasta que se sometan a inspección internacional todas las instalaciones nucleares. Y el Grupo Independiente sobre Flujos Financieros a los Países en Desarrollo (GIFFPD), —presidido por el ex-canciller alemán Helmut Schmidt y del cual también forman parte los ex-presidentes o primeros ministros de Canadá, Nigeria, Perú y la República de Corea— ha recomendado que en la futura asignación de ayudas y créditos se conceda prioridad a los países que dedican menos del 2% del PIB al gasto en capacidad militar. Evidentemente, los principales países donantes también figuran entre los principales exportadores de armamento y aún está por ver si adoptarán una

posición de principio análoga con respecto a la venta de armamentos al mundo en desarrollo.

En otra propuesta, el ex-presidente del Banco Mundial Robert McNamara respaldó la recomendación del GIFFPD como parte de un plan para reducir el gasto en armamento tanto en el mundo industrializado como en el mundo en desarrollo. El plan prevé que el Consejo de Seguridad garantice la integridad territorial, una reducción continuada del armamento convencional y nuclear en los países industrializados (incluida una reducción del 50% en el gasto de armamento de los Estados Unidos en el curso de los próximos seis a ocho años), un control más riguroso para evitar la proliferación del armamento nuclear, nuevas limitaciones a las exportaciones de armamento y la vinculación de la ayuda internacional a los avances hacia una reducción del 50% en el gasto militar (como porcentaje del PNB) antes de finales de siglo<sup>47</sup>.

Es innecesario decir que cualquiera de estas reducciones, si llega a hacerse efectiva, podría cubrir varias veces el costo del esfuerzo requerido para satisfacer las necesidades humanas básicas.

## Ayuda para necesidades básicas

Las personas del mundo industrializado que respaldan los avances hacia la satisfacción de las necesidades humanas básicas también deben tener presente que no basta con incrementar la ayuda. Se requieren cambios en otros dos aspectos.

En primer lugar, como ya se ha expuesto en la primera parte de este informe, debe incrementarse hasta un 20% como mínimo la proporción de la ayuda externa destinada directamente a la satisfacción de las necesidades básicas de los pobres.

En segundo lugar, el flujo y canalización de la ayuda también deben estar vinculados a la probabilidad de que ésta se traduzca en beneficios adicionales para la cuarta parte más pobre de la población de los países receptores (en vez de servir para proporcionar servicios a

los no tan pobres o para que los gobiernos puedan gastar una parte más importante de sus propios recursos en proyectos de prestigio o en el sector militar). Una vía para evaluar esta probabilidad es a través del seguimiento regular de los avances hacia la consecución de las metas adoptadas en materia de necesidades básicas.

Lejos de pecar de idealista, la idea de vincular en un grado importante el flujo de ayuda y de créditos a la probabilidad de que se destinen a satisfacer necesidades básicas está siendo objeto de atención por parte de la mayor fuente mundial de fondos para el desarrollo. En efecto, en octubre de 1991, el Presidente del Banco Mundial declaró en la reunión anual del Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial que la erradicación de la pobreza debería constituir el «objetivo marco» del Banco Mundial y que el volumen de créditos concedidos por el Banco «debería estar vinculado a los esfuerzos para reducir la pobreza»<sup>48</sup>.

El desarrollo de estos nuevos criterios para la concesión de ayuda y créditos podría fomentar un mayor interés de la opinión pública del mundo industrializado por la ayuda externa, y viceversa. El respaldo público en favor de la ayuda externa no se ha extinguido. Pero se ha visto seriamente mermado por la ampliamente difundida y en gran parte justificada apreciación de que aquella no se dedica primordialmente a satisfacer las necesidades o fomentar las capacidades de los más pobres ni a atacar directamente los peores aspectos de la pobreza. La movilización del respaldo público en favor de un incremento de la ayuda dependerá, por tanto, en gran parte de que los propios programas de ayuda se hagan más mercedores de ese respaldo. Y la responsabilidad de que así sea recae a partes iguales sobre los países industrializados «donantes» y sobre los países en desarrollo «receptores».

## Comercio internacional

Además de la potencial reducción del gasto militar y de los avances efectivos de la demo-

cracia, el desmoronamiento de la Unión Soviética y el fin de la guerra fría también han impulsado reformas económicas y la adopción de políticas «favorables al mercado» en muchos países durante largo tiempo sometidos a regímenes económicos altamente centralizados. Probablemente, el resultado será la desaparición de las empresas estatales ineficientes, una utilización más productiva de los recursos y la liberación de las energías e iniciativas de la población. En consecuencia, también este proceso abre perspectivas de un crecimiento económico acelerado.

Sin embargo, ésta puede resultar una falsa esperanza para muchos países. Las fuerzas del mercado no pueden promover el crecimiento económico en ausencia de inversiones. El mundo en desarrollo necesita inversiones: en la salud y educación de su población; en la infraestructura de transporte, comunicaciones y energía; y en sus empresas industriales. Pero gran parte de estos países, y en particular los países del África subsahariana, no están actualmente en condiciones de hacer esas inversiones. Y la causa no son sólo los altos niveles de gasto militar.

Este año, el mundo en desarrollo deberá dedicar el 20% de los ingresos de sus exportaciones al servicio de la deuda. El total de esta deuda se eleva ahora a casi 1,3 billones de dólares. Cada año, deben pagarse intereses y amortizaciones por valor de 143.000 millones de dólares<sup>49</sup>. Evidentemente es imposible la devolución de semejante cantidad, tres veces superior a la ayuda total recibida de todas las fuentes. Con lo cual, la parte impagada pasa a engrosar la deuda total.

La situación del África subsahariana es particularmente difícil. Su deuda total se ha triplicado desde 1980 y actualmente se eleva a unos 175.000 millones de dólares. Esta cantidad representa menos del 14% de la deuda total del mundo en desarrollo, pero constituye una carga excesiva para las frágiles economías africanas. Los países del África subsahariana gastan actualmente un 50% más en el servicio

de su deuda externa que en la salud y educación de su infancia. Sin embargo, tamaño sacrificio sólo les permite pagar alrededor de una tercera parte de los intereses adeudados cada año.

Las deudas del pasado socavan así la inversión en el futuro. Y sin esa inversión, la introducción de políticas económicas favorables al mercado difícilmente podrá satisfacer las esperanzas de crecimiento económico acelerado que suscita.

Se ha hablado mucho de la cancelación o condonación de la deuda y se han discutido y aprobado muchas propuestas en diversas reuniones, desde Toronto a Trinidad. Sin embargo, hasta la fecha las deudas canceladas sólo han reducido los pagos anuales del África subsahariana en aproximadamente 200 millones de dólares anuales sobre un pago anual total de 10.600 millones de dólares en 1991; una reducción del 2% aproximadamente<sup>50</sup>.

Por el contrario, se ha recomendado continuamente a los países deudores la adopción de una política encaminada a incrementar las exportaciones como una vía para saldar la deuda con sus propios medios. Pero el mundo en desarrollo sigue dependiendo en muy importante medida de una gama relativamente reducida de materias primas para obtener ingresos a través de la exportación (América Latina todavía depende en dos terceras partes de las materias primas y África en más de un 90%), con lo cual el resultado ha sido un exceso de la oferta y un nuevo hundimiento de los precios. Côte d'Ivoire y Ghana han incrementado las exportaciones de cacao. Tanzania ha incrementado las exportaciones de algodón. Pero sin resultado. Los precios de las principales materias primas producidas en el mundo en desarrollo, que registraron un descenso continuado en la década de 1980, se redujeron en otro 20% entre 1989 y 1991<sup>51</sup> y es probable que se mantengan a este bajo nivel en el futuro previsible<sup>52</sup>. En consecuencia, la solución ha beneficiado sobre todo a los países industrializados, en forma de importaciones más bara-

tas. Mientras tanto, las deudas del mundo en desarrollo siguen creciendo.

La solución obvia es una diversificación de las economías de los países en desarrollo para que puedan empezar a exportar productos elaborados y manufacturados, y reducir así su dependencia de las materias primas y obtener divisas. Pero para ello se requieren, a la vez, inversiones y acceso a los mercados. Y actualmente la mayoría de países del mundo en desarrollo en gran medida ven negadas ambas cosas. Las posibilidades de inversión a partir de los recursos internos ya han quedado agotadas en gran parte debido al gasto militar y la devolución de la deuda. Las inversiones y créditos exteriores prácticamente se han interrumpido con la canalización de más de 100.000 millones de dólares hacia la Europa oriental, la tarea de facilitar la reintegración de Rusia en la economía mundial y la reconstrucción en el Golfo Pérsico. La ayuda bilateral permanece estancada. Las inversiones privadas se dirigen casi en su totalidad a otros países industrializados o a un puñado de países de Asia oriental o de América Latina.

Algunos países en desarrollo están empezando a adquirir las tecnologías que, junto a las ventajas del bajo costo de la mano de obra y de unas abundantes materias primas, les permitirían incrementar las exportaciones y crear los puestos de trabajo y generar los ingresos necesarios para que su población pueda satisfacer sus necesidades. Pero los aranceles, cuotas y otras restricciones impuestas por los países industrializados les vedan esa oportunidad. Estas barreras representan para el mundo en desarrollo la pérdida de aproximadamente 50.000 millones de dólares anuales de ingresos por exportaciones, una cantidad casi equivalente al total de la ayuda que reciben<sup>53</sup>. En consecuencia, también es esencial que en la presente ronda de negociaciones del Acuerdo General sobre Aranceles y Comercio (GATT) se llegue a un acuerdo en virtud del cual las oportunidades económicas no sigan viéndose restringidas por el proteccionismo

## CEI: una sutura a tiempo

En 1992, el UNICEF y la OMS encabezaron una misión observadora de las Naciones Unidas, integrada por 14 países, destinada a recopilar datos sobre la situación en la antigua Unión Soviética. El resultado ha sido la elaboración de un informe sobre una crisis humana en ciernes y la recomendación de que se preste ayuda ahora para contribuir a mantener los servicios esenciales con el fin de evitar una necesidad mucho mayor de ayuda externa en el futuro. Respondiendo a estas conclusiones, el Comité Ejecutivo del UNICEF ha solicitado la elaboración de proyectos para la apertura de nuevas oficinas en Armenia, Azerbaiján, Kazajistán, Kirgistán, Tadjikistán, Turkmenistán y Uzbekistán.

Durante toda la década de 1980, el UNICEF ha venido sosteniendo que la protección de la infancia frente a las peores consecuencias de los errores y desventuras del mundo adulto es una medida rentable tanto en términos económicos como humanos. Incluso privaciones transitorias pueden afectar permanentemente el desarrollo físico y psíquico de los niños. Es esencial, por tanto, proteger la salud, la nutrición y la educación infantiles, por difíciles que sean las circunstancias, a fin de evitar que los problemas se perpetúen en la siguiente generación.

Las nuevas naciones de la antigua Unión Soviética todavía cuentan con la infraestructura necesaria para garantizar esos servicios mínimos a los 25 millones de niños menores de cinco años que representan el futuro de sus respectivos países.

A diferencia de muchos países en desarrollo, los nuevos países de la Comunidad de Estados Independientes (CEI) iniciaron su andadura con niveles casi universales de alfabetización y una amplia red de escuelas y puestos de salud. La cobertura de inmunización probablemente superó el 90% en los últimos años en la URSS y el índice de servicios médicos por habitante figuraba entre los más altos del mundo. Kazajistán, por ejemplo, cuenta con 7.640 centros de salud y 278 hospitales para una población de 16,5 millones de habitantes.

Pero en 1992 esta infraestructura amenazaba con desmoronarse. En la mayoría de las repúblicas, los actuales presupuestos de salud sólo cubren una tercera parte de las necesidades estimadas. Prácticamente

se ha interrumpido la producción de vacunas y debido a la perturbación de los sistemas comerciales y de pago, todos los ministerios de Salud declaran sufrir graves escaseces de medicamentos y equipos esenciales. El elevado costo de los alimentos y la falta de suministros ponen en peligro la continuidad de los programas de alimentación en los centros preescolares y de enseñanza primaria, y sobre todo amenazan la red de centros de distribución gratuita de leche, que atienden aproximadamente a la mitad de todos los menores de tres años. Al mismo tiempo, la reducción de la financiación pública está erosionando rápidamente los mecanismos de ayuda social, como las pensiones y prestaciones familiares.

La amenaza del hambre también se cierne sobre los 200 millones de habitantes de la CEI. La liberalización de los precios y la perturbación de los sistemas de comercialización multiplicaron hasta por siete los precios de los alimentos sólo en el primer mes de 1992. Los salarios no han crecido a la par. En la Federación Rusa, los ingresos familiares se multiplicaron por tres en 1992, mientras los precios de la carne y de las hortalizas se multiplicaban por nueve. Muchas familias lograron hacer frente a la situación consumiendo los alimentos acumulados, pero en estos momentos millones de personas se ven obligadas a prescindir de alguna comida o a conformarse sólo con pan y patatas.

A todos estos problemas se suma la tragedia ambiental. Según los expertos rusos en medio ambiente, el 17% de la antigua Unión Soviética — donde reside una cuarta parte de su población — puede considerarse como una zona de crisis ecológica. Casi una cuarta parte de todos los niños nacidos en esas zonas sufren anomalías genéticas declaradas.

En las antiguas repúblicas soviéticas la pobreza todavía no está tan extendida ni es tan acusada como en el mundo en desarrollo. Pero la situación se deteriora rápidamente. En 1989, según los datos oficiales, un 11% de las familias vivían por debajo del nivel de pobreza en el conjunto de la antigua Unión Soviética; actualmente, más de tres cuartas partes de la población ha caído en una situación de pobreza en muchas regiones.

de quienes vienen predicando desde hace tan largo tiempo la economía de mercado ante el mundo en desarrollo.

El optimismo por la propagación de políticas económicas favorables al mercado debe moderarse, por tanto, ante la constatación de que las reglas del mercado internacional no son neutrales y a menudo resultan sumamente desfavorables para el mundo en desarrollo. Y quienes se proponen respaldar el movimiento en favor de la satisfacción de las necesidades básicas deben tener presente que las presiones en favor de acciones en el ámbito de la deuda, la ayuda y los créditos externos y de las relaciones comerciales internacionales también deberán constituir un aspecto necesario de esa lucha.

### **El mercado y los pobres**

Asimismo, es importante que quienes participen en un movimiento de este tipo tengan presente que aun cuando se logre impulsar el crecimiento económico, con ello no se asegurará la satisfacción de las necesidades básicas. Actualmente en muchísimos países, incluidos muchos países industrializados y muchos países en desarrollo que han registrado un rápido crecimiento económico en el pasado, el 20% más pobre de la población no ha compartido los beneficios de ese crecimiento. En el Reino Unido y en los Estados Unidos, por ejemplo, la década de 1980 fue un período de crecimiento económico casi continuado en el que no participaron en absoluto los sectores más pobres de su población<sup>54</sup>.

La reciente reanudación del crecimiento en América Latina ofrece otro ejemplo. La reforma económica de finales de los años ochenta y principios de los noventa contribuyó a impulsar un crecimiento del PIB superior al 3% anual en toda América Latina. Pero en un país como Brasil, donde el ingreso del 20% más rico de la población es 33 veces superior al del 20% más pobre, el reparto de los beneficios de la reanudación del crecimiento económico es tan desigual que éste favorece muy poco o na-

da en absoluto a los más pobres. Análogamente, en Venezuela, donde el crecimiento económico rozó el 9% en 1991, las familias más pobres han visto mejorar muy poco su nivel de vida y para muchas el costo de satisfacer sus necesidades básicas ha aumentado más rápidamente que sus ingresos<sup>55</sup>.

En otras palabras, la relación entre reforma económica, crecimiento económico y satisfacción de las necesidades básicas dista mucho de ser automática. Se requieren políticas gubernamentales específicas no sólo para promover el crecimiento adecuado, sino también para que éste redunde en unas mejores condiciones de vida para los desfavorecidos. La economía de mercado no ofrece una panacea para el progreso social. Y si los gobiernos abandonan sus responsabilidades, el resultado serán unas sociedades en las cuales continuarán aumentando las desigualdades económicas y la demanda económica efectiva será lo primordial, mientras las necesidades humanas no cuentan para nada. Es responsabilidad de los gobiernos respaldar los esfuerzos de los progenitores invirtiendo en salud y educación para todos los niños y niñas; establecer las redes de seguridad capaces de asegurar la satisfacción de las necesidades mínimas de los más vulnerables; poner al alcance de todos los beneficios básicos de aquellos avances en los conocimientos humanos que ofrecen escaso interés comercial; y compensar la tendencia inherente a las fuerzas del mercado en favor de los privilegiados. Ninguna mano invisible se encargará de satisfacer las necesidades básicas y de efectuar las inversiones básicas.

El fin de la guerra fría, el hundimiento del comunismo soviético, el vasto movimiento hacia la democracia política y la reforma económica, han alimentado en todo el mundo la esperanza de que este siglo pueda finalizar de forma optimista por desastroso que fuera su inicio. Es una oportunidad sin precedentes que ha surgido de manera inesperada. Pero sólo es eso, una oportunidad, y no continuará abierta indefinidamente. Por ello, en estos

momentos es esencial que los países industrializados que han promovido la democracia política y la economía de mercado del mundo en desarrollo hagan ahora cuanto esté en su mano para crear el entorno internacional adecuado para que estas políticas puedan demostrar sus méritos.

Si esto se consigue, las reformas económicas y políticas que actualmente se están introduciendo en tan amplia escala podrían generar un tipo de progreso capaz de beneficiar también a los pobres. Gracias a los avances de la democracia, las clases más pobres pueden empezar a adquirir una mayor influencia política y, en la mayoría de los casos, éste es el eslabón perdido entre lo que podría hacerse y lo que de hecho se hace para erradicar los peores aspectos de la pobreza. Asimismo, gracias a la reforma económica, un número cada vez mayor de pobres podrán satisfacer sus necesidades mediante sus propios esfuerzos y con sus propios ingresos.

## Conclusión

En 1992, muchas tragedias concretas han atacado una vez más el sentido mismo de la infancia en lugares como Somalia y la antigua Yugoslavia. Responder ante estas tragedias, dondequiera que ocurran, es una parte importante de la tarea del UNICEF, que ha dedicado muchas otras publicaciones y declaraciones a esta cuestión en el curso de este año.

No obstante, durante más de diez años, el informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* se ha concentrado en aquellas cuestiones que afectan profundamente a un número muchísimo mayor de niños y niñas, pero que permanecen tan constantes a lo largo del tiempo y cuya localización es tan difusa que en ningún momento llegan a constituir un acontecimiento capaz de alcanzar la consideración de noticia de interés mundial.

Esta tragedia, aunque invisible y desapercibida, tiene sin embargo un alcance que trasciende con creces hasta el de las mayores

emergencias que con tanta frecuencia concentran la preocupación mundial y del UNICEF. Ninguna hambruna, ninguna inundación, ningún terremoto, ninguna guerra, se ha cobrado jamás 250.000 vidas infantiles en una sola semana. Sin embargo, éste es el número de niños que mueren *cada semana* víctimas de la desnutrición y las enfermedades. Y por cada uno que muere, muchísimos más sobreviven con una salud y un desarrollo tan deficientes que jamás llegarán a desarrollar el pleno potencial físico y psíquico con que nacieron.

La indiferencia quizás era comprensible cuando muy poco o nada podía hacerse frente a esta tragedia en gran escala. Pero lenta, calladamente, y sin que el mundo haya prestado demasiada atención, hemos llegado a un momento en que esta tragedia ya no es inevitable. En consecuencia, ya no puede considerarse aceptable en un mundo que se pretenda civilizado. Ha llegado el momento de inaugurar una nueva época de interés responsable.

Los cambios políticos y económicos ocurridos en el mundo están empezando a crear unas condiciones que, aun siendo difíciles, abren nuevas esperanzas para la superación de los peores aspectos de la pobreza y, en particular, de sus repercusiones para los niños y niñas del mundo. El costo de la prestación de servicios de salud y educación sigue siendo relativamente bajo en el mundo en desarrollo y la gradual estabilización del número de nacimientos significa que las nuevas inversiones en servicios básicos podrán empezar a incrementar la proporción de la población atendida. Mientras tanto, se han ensayado y experimentado tecnologías y estrategias para la prevención de la desnutrición y las enfermedades, y la eliminación del analfabetismo, que ahora sólo aguardan el momento de ser aplicadas en una escala equivalente a la magnitud de los problemas que en muy gran medida pueden resolver.

La confluencia de todos estos diversos factores significa que en estos momentos es posible alcanzar una de las más grandes metas que

podía proponerse la humanidad: ofrecer una alimentación adecuada, agua potable, sistemas eficaces de saneamiento, atención primaria de salud, planificación familiar y educación básica prácticamente a todos los habitantes —hombres y mujeres, niños y niñas— de la Tierra.

En 1990, este nuevo potencial para una acción específica contra los peores aspectos de la pobreza quedó plasmado en un conjunto de metas sociales básicas que reflejan fielmente ese potencial y que han sido formalmente aceptadas por la gran mayoría de dirigentes políticos del mundo. En muchos países ya se ha empezado a trabajar para cumplir la promesa que representan esas metas.

Nos encontramos, por tanto, en el umbral de una nueva época de preocupación frente a la silenciosa e invisible tragedia que la pobreza inflige a los niños y niñas de hoy y al mundo de mañana. Que el mundo se adentre con paso firme en esta nueva era dependerá de la presión que ejerzan los políticos, los medios de comunicación, la opinión pública y los servicios profesionales en todos los países.

No será fácil crear ni mantener una presión de este tipo. Un movimiento en favor de la superación de los peores aspectos de la pobreza y, en particular, de la protección de la infancia carece del respaldo manifiesto de un poderoso grupo de votantes y no puede apelar a intereses inmediatos. Los movimientos de defensa del medio ambiente y en favor de la mujer se están convirtiendo, en grado varia-

ble, en responsabilidad de todos, por la razón evidente de que casi todo el mundo se siente directamente afectado en algún sentido por ambas causas. Por su alcance y gravedad, la tragedia de la desnutrición, las enfermedades y el analfabetismo debería conmover tanto los corazones y la razón como las tragedias que, por su condición de «sucesos», logran conmover al mundo y despertar los sentimientos de solidaridad humana que son la base de toda civilización. Pero más allá de esta respuesta instintiva, también es preciso un más amplio conocimiento y comprensión de las realidades más complejas de una causa común. Un movimiento en favor de la satisfacción de las necesidades sociales básicas sólo conseguirá triunfar si también llega a convertirse en responsabilidad de todos.

Unirse en una causa común no es una cuestión de apoyo mutuo marginal. Ninguno de los grandes objetivos que actualmente empiezan a considerarse prioritarios —ya sea la causa de la desaceleración del crecimiento demográfico, la causa de una mayor igualdad para las mujeres, la causa del desarrollo ambientalmente sostenible, la causa de la democracia política— podrá alcanzarse si no se satisfacen a su vez las necesidades humanas más básicas de la cuarta parte olvidada de la población del planeta. Por ello, también esta causa debe convertirse en responsabilidad de todos. Entre cuantos lean el presente informe, difícilmente habrá una persona o una organización que no pueda contribuir a impulsar esta causa común.





# Metas 2000: ¿qué puede lograrse?

A continuación se enumera la lista completa de metas para el año 2000 adoptada por la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* el 30 de septiembre de 1990.

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

## Nutrición

- Reducción hasta un nivel inferior al 10% de la incidencia del bajo peso al nacer (menos de 2,5 kilogramos).
- Reducción en un tercio de los casos de anemia femenina por carencia de hierro.
- Eliminación virtual de los trastornos por carencia de yodo y de vitamina A.
- Información para 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.

## Informe de situación

Según lo acordado en la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, un gran número de países han formulado o están formulando *programas nacionales de acción* (PNA) para alcanzar las metas sociales básicas. Estas metas incluyen la prevención de las principales enfermedades infantiles, la reducción a la mitad de la desnutrición infantil, la reducción en un tercio de las tasas de mortalidad de menores de cinco años, la reducción a la mitad de la mortalidad materna, la provisión de agua potable y saneamiento a todas las comunidades, el acceso universal a la información y los servicios de planificación familiar y educación básica para todos los niños y niñas. La siguiente tabla muestra la situación de los PNA, en cada país, hasta septiembre de 1992.

La *Cumbre* también instó a los países a ratificar lo antes posible la *Convención sobre los Derechos del Niño*, que establece normas mínimas para la supervivencia, la protección y el desarrollo de la infancia.

Hasta ahora, 122 países han ratificado la *Convención*.

Entre paréntesis, número de países.

○ = Declaración de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia (139)

◐ = Programa Nacional de Acción en preparación (46)

◑ = Programa Nacional de Acción en borrador (34)

● = Programa Nacional de Acción finalizado (54)

Los países que han ratificado la *Convención sobre los Derechos del Niño* aparecen representados en color en la lista adjunta.

Albania	○			
Albania, Rep. de	○			
Alemania	○			●
Angola		◐		
Antigua y Barbuda	○			
Arabia Saudí			◐	
Argelia			◑	●
Argentina	○		◑	●
Armenia, Rep. de	○		◑	●
Austria	○			●
Austria	○			
Azerbaijan, Rep. de				
Bahamas				
Bahrein		◐		
Bangladesh	○			●
Barbados	○	◐		
Bélgica	○			●
Belice	○			●
Bénes	○	◐		
Brunei	○		◑	
Bielorrusia	○			
Bolivia	○			●
Bosnia y Herzegovina				
Botswana	○	◐		
Brazil	○		◑	●
Brunel				
Bulgaria	○			
Burkina Faso	○		◑	
Burundi	○		◑	
Cabo Verde	○	◐		
Cambodia				
Camerin, Rep. Un. del	○		◑	●
Canada	○			●
Centrodinamarca, Rep.	○			●
Colombia	○			●

Comores	○			
Cook, Islas		◐		
Congo	○		◑	
Congo, Rep. Rep. Dem.	○			●
Congo, Rep. de	○			●
Costa Rica	○			●
Côte d'Ivoire	○			●
Croacia, Rep. de				
Cuba	○			●
Chad	○		◑	
Checoslovaquia (anterior)	○			
Chile	○		◑	
China	○			●
Chipre				
Dinamarca	○			●
Djibuti	○			●
Dominica	○			●
Dominican, Rep.	○			●
Ecuador	○			●
Egipto	○			●
El Salvador	○			●
Emiratos Árabes Unidos		◐		
Eslovenia				
España	○		◑	
EE.UU.	○	◐		
Estonia, Rep. de				
Etiopía		◐		
Fiji			◑	
Filipinas	○			●
Finlandia	○			●
Francia	○	◐		
Gabón	○			
Gambia	○		◑	
Ghana	○			●
Granada	○			

<b>Grecia</b>				●
Guatemala	○			●
Guinea	○			●
Guinea-Bisáu	○	●		
Guinea Ecuatorial	○		●	
Guyana	○	●		
<b>Haití</b>				
Honduras	○			●
Hungría	○			
<b>India</b>			●	
Indonesia	○			●
<b>Irán</b>				●
<b>Iraq</b>				
<b>Irlanda</b>				
Islandia	○			
<b>Islas Salomón</b>		●		
Israel	○			
Italia	○	●		
Jamaica	○			●
<b>Japón</b>				●
Jordania	○		●	
<b>Kazajstán, Rep. de</b>				
Kenya	○			●
<b>Kiribati</b>		●		
<b>Kirguistán, Rep. de</b>				
Kuwait	○	●		
Lao, Rep. Dem. Pop.	○	●		
Lesotho	○	●		
Letonia, Rep. de		●		
Líbano	○	●		
<b>Liberia</b>				
<b>Libia</b>			●	
Liechtenstein	○			
Lituania, Rep. de				
<b>Luxemburgo</b>				
Madagascar	○	●		
<b>Malasia</b>			●	
Malawi	○	●		
Maldivas	○		●	
Malí	○			●
Malta				
<b>Marruecos</b>				●
<b>Marshall, Islas</b>				●
Mauricio	○	●		
Mauritania	○		●	
México	○			●
Micronesia		●		
Moldova, Rep. de				
Mónaco	○			
Mongolia	○	●		
<b>Mozambique</b>			●	
Myanmar		●		
Namibia	○			●
Nepal	○			●
Nicaragua	○			●
Níger	○		●	
Nigeria	○		●	

Noruega	○			●
<b>Nueva Zelanda</b>		●		
<b>Omán</b>		●		
<b>Países Bajos</b>				●
Pakistán	○			●
Panamá	○			●
<b>Papúa Nueva Guinea</b>		●		
Paraguay	○			●
Perú	○			●
Polonia	○			
Portugal	○	●		
<b>Qatar</b>		●		
Reino Unido	○			●
Rumania	○			
Rusia, Fed. de	○			
Rwanda	○		●	
<b>Samoa</b>				
San Cristóbal-Nevis	○	●		
San Marino				
San Vicente-Granadinas	○	●		
Santa Lucía	○	●		
Santa Sede	○			●
São Tomé y Príncipe	○		●	
Senegal	○			●
Seychelles		●		
Sierra Leona	○	●		
<b>Singapur</b>				●
<b>Siría</b>		●		
<b>Somalia</b>				
Sri Lanka	○			●
<b>Sudáfrica</b>				
Sudán	○			●
Soecia	○			●
<b>Suiza</b>				
<b>Surinam</b>		●		
Swazilandia	○		●	
Tailandia	○		●	
Tanzania, Rep. Unida de	○		●	
<b>Tayikistán, Rep. de</b>				
Togo	○	●		
Trinidad y Tabago	○	●		
Túnez	○			●
<b>Turkmenistán</b>				
<b>Turquía</b>				●
Tuvalu		●		
Ucrania	○			
Uganda	○		●	
Uruguay	○			●
<b>Uzbekistán, Rep. de</b>				
Vanuatu	○	●		
Venezuela	○			●
Viet Nam	○			●
Yemen, Rep. de	○		●	
Yugoslavia (anterior)	○			
Zaire	○	●		
Zambia	○		●	
Zimbabue	○		●	

## Referencias

---

- 1 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Los Niños y el Desarrollo en el decenio de 1990*, UNICEF, Nueva York, 1990.
- 2 Banco Mundial, *Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1992*, p. 26. Banco Mundial, Washington, D.C., 1992.
- 3 Todos los datos proceden de *The Economist*, 1992.
- 4 Datos basados en el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Desarrollo Humano: Informe 1991*, p. 41, tabla 3.1. PNUD, Nueva York, 1991.
- 5 *Patterns of Government Expenditure in Developing Countries During the 1980s — the Impact on Social Services*, UNICEF, International Child Development Centre, Florencia, Innocenti Economic Policy Series, Paper No. 18, 1991.
- 6 PNUD, *Desarrollo Humano: Informe 1992*, p. 43, tabla 3.15, PNUD, Nueva York, 1992.
- 7 Kanda, Chiyo, «Trends in Bilateral Official Resource Flows to Social Sectors 1985-1988», UNICEF, 1990.
- 8 PNUD, *Desarrollo Humano: Informe 1992*, p. 43, tabla 3.14, PNUD, Nueva York, 1992.  
Naciones Unidas, «Implementation of General Assembly Resolution 45/217 on the World Summit for Children», report of the Secretary-General to the forty-seventh session of the General Assembly, 17 junio 1992, A/47/264, Naciones Unidas, Nueva York.
- 9 Development Centre for the Organisation for Economic Co-operation and Development, *Development Co-operation 1991*, table 14, OECD, Paris, 1991.
- 10 «The Maecenas Touch», p. 9 of «A Survey of the Sports Business», *The Economist*, 25 julio 1992.
- 11 Mehrotra, Santosh, «Immunization Coverage in an Economically Unfavourable Environment», UNICEF Planning Office, UNICEF, Nueva York, 1992.
- 12 «Ending Hidden Hunger», a policy conference on micronutrient malnutrition, Montréal, Canada, 10-12 October 1991. Sponsored by the Canadian Agency for International Development, the Food and Agriculture Organization of the United Nations, the United Nations Children's Fund, the United Nations Development Programme, the United States Agency for International Development, the World Bank and the World Health Organization.
- 13 Haxton, David P., «Defeating Iodine Deficiency with a Grain of Salt», *First Call for Children*, No. 2, abril-junio 1992. UNICEF, Nueva York.
- 14 Donaldson, Lloyd A., «Rural Water and Health. The Challenge to Water and Sanitation Sector Professionals», *WATERfront*, No. 1, p. 3, febrero 1992. UNICEF, Nueva York.
- 15 Los datos del número de escuelas y alumnos en el BRAC son estimaciones relativas a diciembre de 1992 proporcionadas en agosto de 1992 por el coordinador de programas de UNICEF en Dacca. El dato de 18 dólares por alumno procede de *Together for Education*, publicado por BRAC en febrero de 1992. Véase también Lowell, Catherine H., *Breaking the Cycle of Poverty — the BRAC Strategy*, Kumarian Press, 1992.
- 16 Berg, Alan, *Malnutrition — What Can Be Done? Lessons from World Bank Experience*, publicado por el Banco Mundial para Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1987.
- 17 Naciones Unidas, «Implementation of General Assembly Resolution 45/217 on the World Summit for Children».
- 18 Estos ejemplos están proporcionados por las secciones de Nutrición y de Agua y Saneamiento Ambiental de UNICEF, Nueva York.
- 19 Mehrotra, op. cit.
- 20 McKee, Neill, «Social Mobilization: Lessons from Bangladesh», *First Call for Children*, No. 2, abril-junio 1992, UNICEF, Nueva York.
- 21 Para una discusión completa de la vigilancia y promoción del desarrollo infantil, véase, «En busca del desarrollo», *Estado Mundial de la Infancia 1987*, pp. 64-80. UNICEF, Nueva York, 1986.
- 22 Prólogo a ul Huq, Mujibul (ed.), *Near Miracle in Bangladesh*, University Press Ltd., Dacca, 1991.

- 23 Gill, Walt, «CHWs: Are National Programmes in Crisis?», *Health Policy and Planning*, Vol. 3, No. 1, pp. 1-21, Oxford University Press, 1988.
- 24 «Let Them Eat Guns», *The Economist*, p. 99, 2 noviembre 1991.
- 25 Sen, Amartya, «Public Action to Remedy Hunger», Fourth Annual Arturo Tanco Memorial Lecture, Queen Elizabeth II Conference Centre, Londres, 2 agosto 1990.
- 26 División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects 1992*, United Nations, Nueva York, 1992.  
Hill, Kenneth, «Babies of the Future: Setting the Scene», School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore.
- 27 PNUD, *Desarrollo Humano: Informe 1991*, p. 40.
- 28 *Patterns of Government Expenditure in Developing Countries During the 1980s*, World Bank, *World Debt Tables 1991-92*, World Bank, Washington, D.C., 1992.
- 29 PNUD, *Desarrollo Humano: Informe 1992*, p. 44.
- 30 Sen, Amartya, *Poverty and Famines: An Essay on Entitlement and Deprivation*, Oxford University Press, 1981.
- 31 Para una discusión sobre estos cuatro factores, véase, «La cuestión de la población», *Estado Mundial de la Infancia 1991*, pp. 37-47, UNICEF, Nueva York, 1990.
- 32 Adamson, Peter, «Two Powerful Forces for Child Survival», *People*, Vol. 15, No. 1, 1988, International Planned Parenthood Federation, Londres, 1988.
- 33 Development Centre for the Organisation for Economic Co-operation and Development, *Directory of Non-Governmental Development Organisations in OECD Member Countries*, p. 24, OECD, Paris, 1990.
- 34 PNUD, *Desarrollo: Informe 1992*, p. 78.
- 35 See «Partnership in Action», UNICEF, Nueva York, 1992.
- 36 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, «Declaración Mundial sobre la Supervivencia, Protección, Desarrollo del Niño» y «Plan de Acción para la ejecución de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, Protección y Desarrollo del Niño en el decenio de 1990», párrafo 34 (IV), *Estado Mundial de la Infancia 1991*, UNICEF, Nueva York, 1990.
- 37 Informe de los Auditores, WHO, Expanded Programme of Immunization, Ginebra, 1992.
- 38 Potts, M. and Thapa, S., *Child Survival: The Role of Family Planning*, Family Health International, North Carolina, septiembre 1991.
- 39 OECD, *Directory of Non-Governmental Development Organisations*.
- 40 «Debt and Development» *EUROSTEP Newsletter*, junio-julio 1992, Bruselas.
- 41 Sivard, Ruth Leger, *World Military and Social Expenditures 1991*, World Priorities Inc., Washington, D.C., 1991.  
Banco Mundial, *Informe sobre Desarrollo Mundial, 1991* pp. 218-219, tabla 1.
- 42 McNamara, Robert S., «The Post Cold War World and its Implications for Military Expenditures in Developing Countries», paper prepared for the World Bank Annual Conference on Development Economics 1991, 25-26 abril 1991, Banco Mundial, Washington, D.C., 1991.
- 43 PNUD, *Desarrollo Humano: Informe 1992*, p. 85.
- 44 Sivard, op. cit.
- 45 *Effects of Armed Conflict on Women and Children: Relief and Rehabilitation in War Situations*, Vol. 10, Issue 2-3, 1991, Rehabilitation International and UNICEF, Technica Support Programme of the United Nations Decade of Disabled Persons (1983-1992).
- 46 Sen, op. cit.
- 47 McNamara, op. cit.
- 48 World Bank, *Assistance Strategies to Reduce Poverty*, World Bank, Washington, D.C., 1991.
- 49 World Bank, *World Debt Tables*.
- 50 Ibid.
- 51 PNUD, *Desarrollo Humano: Informe 1991*, p. 59.
- 52 World Bank, *Global Economic Prospects and the Developing Countries*, World Bank, Washington, D.C., 1992.
- 53 Ibid.
- 54 Para el Reino Unido: «How the Other Tenth Lives», *The Economist*, p. 29, 12 septiembre 1992.  
Para los Estados Unidos: Johnson, C.M., Miranda, L., Sherman, A. and Weill, J.D., *Child Poverty in America*, Children's Defense Fund, 122 C Street, N.W., Washington, D.C. 20001.
- 55 «Latin America Cheers Up», *The Economist*, pp. 12-13, 18 abril 1992.



---

# II

---

# ESTADÍSTICAS

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

Notas a los datos Signos y anotaciones

ÍNDICE DE PAÍSES

TABLAS

### 1: Indicadores básicos

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

### 2: Nutrición

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

### 3: Salud

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

### 4: Educación

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

### 5: Indicadores demográficos

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

### 6: Indicadores económicos

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

### 7: Situación de la mujer

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

### 8: Indicadores básicos de los países menos poblados

### 9: Nuevos países independientes

### 10: Ritmo de progreso

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

Definiciones Agrupación de países Fuentes estadísticas principales

---

## 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 gradación de fiabilidad. Siempre que ha sido posible, se han utilizado datos oficiales nacionales recibidos por las agencias de las Naciones Unidas. En los numerosos casos en que no se disponía de fuentes oficiales fiables se ha recurrido a estimaciones efectuadas por diversas agencias especializadas de las Naciones Unidas. Cuando no se ha dispuesto de tales estimaciones normalizadas, se han utilizado estimaciones, especialmente de las oficinas de área del UNICEF. Siempre que ha sido posible se han utilizado datos globales o muestrales a escala nacional.

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 internacionales se revisan periódicamente, lo que explica las posibles diferencias con los datos de anteriores publicaciones del UNICEF.

Para la revisión de las estimaciones de 1991 y años anteriores de la TMM5 se han utilizado los resultados obtenidos tras una evaluación continuada de los datos de mortalidad de los menores de cinco años, tal como se describe brevemente en la *Nota estadística* incluida en las páginas preliminares de este informe. Asimismo, se incluyen nuevos indicadores, relacionados con las metas establecidas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, sobre lactancia materna (tabla 2) y saneamiento

(tabla 3). También se han incorporado nuevas estimaciones demográficas, publicadas por la División de Población de las Naciones Unidas en julio de 1992. Las cuatro agrupaciones de países según la TMM5 se han reelaborado en función de la media ponderada en lugar de la mediana. Finalmente, se incluyen nuevas agrupaciones regionales de países en las tablas 1 a 7 y en la tabla 10.

La cifra de 70 defunciones de menores de cinco años por 1000 nacidos vivos se utiliza como referencia para distinguir los dos grupos de países con las TMM5 más altas respecto a los dos grupos con tasas más bajas, en las tablas 1 a 7 y 10, de acuerdo con la meta para el año 2000 establecida en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Dicha meta señala una reducción de la TMM5 en todos los países en un tercio o a un nivel del 70 por 1000 nacidos vivos, si ello supone una reducción menor. Así pues, si todos los países consiguieran alcanzar la meta de reducción de la mortalidad de menores de cinco años, hacia finales de la década de 1990 todos los países pertenecerían a los dos grupos con menores TMM5.

Los importantes cambios económicos y sociales que han tenido lugar en Europa y Asia han conducido a la creación de nuevos países independientes. Las infraestructuras nacionales necesitan tiempo para adaptarse a los cambios de estado institucional y, por ello, las estadísticas disponibles sobre estos nuevos países independientes son limitadas. Teniendo en cuenta tanto la necesidad de informar sobre la situación de los niños y las mujeres como la limitada cobertura estadística, se ha diseñado una tabla separada (tabla 9) para este grupo de países.

## Signos y anotaciones

En los informes anteriores se ha utilizado el valor de la mediana como indicador agregado para los grupos de países. Este valor ha sido sustituido por la media ponderada. Los datos basados en definiciones diferentes a la norma aparecen identificados de forma separada. Sin embargo, a diferencia de los informes anteriores, no

se ha incluido una lista detallada de notas a las tablas. Habida cuenta de que el objetivo de este informe es proporcionar una panorámica general sobre la situación de la infancia y las mujeres a escala mundial, se considera que estas referencias estadísticas detalladas son más apropiadas para otro tipo de fuentes.

Por razones técnicas de edición se ha seguido la notación anglosajona: los decimales están indicados por un punto (14.2 = 14.2)

— Datos no disponibles

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en la columna, a definiciones diferentes a la norma, o sólo a una parte del país

Los datos que aparecen en las filas de color sombreadas (agrupaciones de países en función de la TMM5 y grupos regionales) son totales o medias **ponderadas**.

**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.**



## 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 1991. En la lista alfabética adjunta se indica el número de referencia de acuerdo con la clasificación establecida.

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

# TABLA 1: INDICADORES BÁSICOS

	Tasa de mortalidad infantil (0-5 años)		Tasa de mortalidad infantil (5-14 años)		Fecundidad total (niños/mujer)	Nacimientos anuales (miles)	Mujeres anuales (0-14 años) (miles)	PIB per cápita (dólares)	Egresos de riego al riego (miles)	Tasa de alfabetización de adultos	Tasa de electrificación primaria 1985-1995	Distribución mundial del ingreso 1985-1995	
	1985	1995	1985	1995								40 % más bajos	20 % más altos
	1985	1995	1985	1995								1985	1995
<b>Países con TMM5 muy alta</b>	<b>283</b>	<b>197</b>	<b>184</b>	<b>114</b>	<b>502</b>	<b>23629</b>	<b>4897</b>	<b>355</b>	<b>50</b>	<b>48</b>	<b>64</b>	...	...
1 Angola	345	<b>292</b>	208	170	9.6	496	153	610*	46	42	93	...	...
2 Mozambique	331	<b>292</b>	190	170	14.6	672	209	80	47	33	68	...	...
3 Afganistán	360	<b>257</b>	215	165	17.9	964	236	280*	43	29	24	...	...
4 Sierra Leona	385	<b>253</b>	219	146	4.3	206	53	240	42	21	53	...	...
5 Guinea-Bissau	336	<b>242</b>	200	143	1.0	42	10	180	43	36	59	...	...
6 Guinea	337	<b>234</b>	203	138	5.9	303	71	480	44	24	34	...	...
7 Malawi	365	<b>228</b>	206	144	9.9	539	123	200	45	...	67	...	...
8 Mali	400	<b>225</b>	200	108	9.5	487	111	270	45	32	23	...	...
9 Niger	321	<b>218</b>	191	107	8.0	414	90	310	46	28	28	...	...
10 Chad	325	<b>213</b>	195	125	5.7	252	54	190	47	30	57	...	...
11 Etiopía	294	<b>212</b>	175	125	51.5	2543	540	120	46	...	38	...	...
12 Somalia	294	<b>211</b>	175	125	9.0	457	95	150	46	34	15	...	...
13 Mauritania	321	<b>209</b>	191	120	2.1	97	20	500	47	34	51	...	...
14 Burkina Faso	363	<b>206</b>	205	120	9.3	435	89	330	48	18	36	...	...
15 Eritrea	324	<b>205</b>	203	133	1.6	63	13	190	48	38	26	...	...
16 Zambia	220	<b>200</b>	135	112	8.4	394	82	420	45	73	96	11*	61*
17 Libia	310	<b>200</b>	184	131	2.7	127	25	450*	56	40	34	...	...
18 Uganda	223	<b>190</b>	133	110	18.1	924	174	220	43	48	70	...	...
19 Rwanda	255	<b>189</b>	150	112	7.3	382	71	310	47	50	69	...	...
20 Nigeria	212	<b>188</b>	108	86	112.7	5161	1006	270	52	51	70	...	...
21 Camboya	217	<b>186</b>	146	120	8.6	342	65	...	50	35	...	...	...
22 Senegal	299	<b>182</b>	172	82	7.5	330	61	710	49	38	58	...	...
23 Yemen	378	<b>182</b>	214	110	12.1	599	110	650*	52	39	86	...	...
24 Burundi	260	<b>181</b>	153	108	5.7	262	47	210	48	50	69	...	...
25 Zaire	300	<b>180</b>	174	117	38.7	1845	333	230	52	72	76	...	...
26 Rep. Centroafricana	294	<b>180</b>	174	106	3.1	138	25	390	47	38	64	...	...
27 Tanzania	249	<b>178</b>	147	112	26.9	1299	230	120	51	91	64	...	...
28 Madagascar	364	<b>173</b>	219	113	12.4	569	97	230	55	80	92	...	...
29 Sudán	292	<b>169</b>	170	102	26.0	1111	189	420*	51	27	50*	...	...
30 Gabón	287	<b>161</b>	171	97	1.2	50	8	3330	53	61	...	...	...
31 Benin	310	<b>149</b>	184	89	4.8	235	34	360	46	23	66	...	...
32 Lao, R.D.P.	233	<b>148</b>	155	101	4.3	196	28	200	50	...	110	...	...
33 Nepal	298	<b>147</b>	186	102	20.1	776	114	170	53	26	85	12*	59*
34 Togo	305	<b>144</b>	182	86	3.7	164	23	410	54	43	103	...	...
35 Iraq	171	<b>143</b>	117	111	18.7	735	105	2340*	68	60	96	...	...
<b>Países con TMM5 alta</b>	<b>231</b>	<b>116</b>	<b>143</b>	<b>80</b>	<b>1672</b>	<b>53579</b>	<b>6176</b>	<b>525</b>	<b>59</b>	<b>54</b>	<b>93</b>	<b>18</b>	<b>44</b>
36 Lesoto	210	<b>137</b>	149	82	1.8	63	9	470	60	...	107	...	...
37 Haití	270	<b>137</b>	182	89	6.6	236	32	370	56	53	84	6	48
38 Ghana	224	<b>137</b>	132	84	15.5	659	90	390	56	60	75	17	45
39 Pakistán	221	<b>134</b>	148	94	121.5	5044	671	380	58	35	38	19	46
40 Bangladesh	247	<b>133</b>	151	101	116.6	4514	683	200	52	35	70	24	37
41 Côte d'Ivoire	300	<b>127</b>	165	93	12.5	624	77	730	52	54	70	13	53
42 India	236	<b>126</b>	144	84	863.2	25654	3221	350	60	48	97	20	41
43 Camerún	270	<b>126</b>	163	66	11.9	489	60	940	55	54	101	...	...
44 Bolivia	282	<b>126</b>	167	89	7.4	258	32	620	60	78	82	12	58
45 Namibia	248	<b>120</b>	146	73	1.5	64	8	1030*	58	...	...	...	...
46 Myanmar	237	<b>117</b>	158	85	42.8	1411	164	220*	57	81	103	...	...
47 Congo	220	<b>110</b>	143	83	2.3	103	11	1010	52	57	...	...	...
48 Libia, Jamahiriya Árabe	269	<b>106</b>	180	72	4.7	201	21	5310*	62	64	...	...	...
49 Perú	240	<b>97</b>	142	66	22.0	652	63	1160	64	85	123	13	52
50 Guatemala	270	<b>92</b>	125	62	9.5	373	34	900	64	55	76	14*	55*
51 Marruecos	265	<b>91</b>	163	72	25.7	853	77	950	63	50	66	23	39
52 Turquía	216	<b>89</b>	160	72	57.2	1633	146	1630	67	81	113	11	55
53 Zimbabue	181	<b>88</b>	109	61	10.3	422	36	640	56	67	128	...	...
54 Indonesia	215	<b>86</b>	128	61	187.7	5104	437	570	62	77	118	21	41
55 Botswana	169	<b>85</b>	116	62	1.3	50	4	2040	60	74	115	9	59
56 Egipto	260	<b>85</b>	168	62	53.6	1735	146	600	61	48	97	21	41
57 Ecuador	184	<b>82</b>	124	59	10.8	329	27	960	66	86	118	...	...
58 Mongolia	185	<b>82</b>	128	62	2.3	78	6	780*	63	...	102	...	...
59 Nicaragua	209	<b>81</b>	140	58	3.8	160	13	830*	65	...	95	12	58
60 Papua Nueva Guinea	248	<b>79</b>	165	55	4.0	134	10	660	56	52	73	...	...
61 Rep. Dominicana	200	<b>78</b>	125	59	7.3	213	16	820	67	83	96	...	...
62 Kenia	202	<b>75</b>	120	52	24.4	1085	79	370	59	69	94	9*	60*
63 Honduras	230	<b>73</b>	160	62	5.3	201	15	590	65	73	109	12	59
64 Sudáfrica	126	<b>72</b>	89	54	36.9	1237	86	2530	62	...	...	...	...
<b>Países con TMM5 mediana</b>	<b>174</b>	<b>36</b>	<b>114</b>	<b>29</b>	<b>2226</b>	<b>50370</b>	<b>1804</b>	<b>1465</b>	<b>69</b>	<b>76</b>	<b>120</b>	<b>15</b>	<b>...</b>
65 Brasil	179	<b>67</b>	117	55	151.5	3668	247	2680	66	61	...	8	63
66 El Salvador	210	<b>67</b>	130	50	5.3	180	12	1100	65	73	76	8	66
67 Irán, Rep. Islámica de	233	<b>62</b>	145	47	60.0	2437	149	2450	67	54	108	...	...
68 Argelia	243	<b>61</b>	148	50	25.7	886	53	2060	66	57	96	...	...
69 Paraguay	103	<b>59</b>	66	48	4.4	148	9	1110	67	90	106	...	...
70 Túnez	254	<b>58</b>	159	45	8.2	228	13	1420	67	65	115	...	...

	Tasa de mortalidad menor de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (millones)	Incremento anual (miles)	Mueras anuales (0-1 años) (miles)	PIB per cápita (dólares)	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa de alfabetización de adultos (%)	Tasa de escolarización primaria (1980-1990)	Distribución de ingreso (1990-1995)	
	1980	1991	1980	1991								10 % más baja	20 % más alta
71 Viet Nam	219	<b>52</b>	147	39	68.1	2040	105	240*	63	88	102	..	..
72 Siria	217	<b>47</b>	136	37	12.8	552	25	990	66	65	106	..	..
73 Jordania	180	<b>46</b>	135	39	4.2	165	7	1240	67	80	99	..	..
74 Líbano	91	<b>46</b>	68	36	2.8	77	4	2150*	88	80	100	..	..
75 Filipinas	128	<b>46</b>	81	34	63.8	1975	90	730	65	90	111	14	52
76 Venezuela	114	<b>43</b>	81	34	19.8	528	22	2560	70	88	105	14	51
77 Arabia Saudí	292	<b>43</b>	170	33	15.4	580	24	7050	69	62	76	..	..
78 Omán	378	<b>42</b>	214	32	1.6	66	3	5220*	69	..	102	..	..
79 México	138	<b>37</b>	97	30	86.3	2462	91	2490	70	87	117	13	..
80 Rumania	82	<b>34</b>	69	27	23.3	367	12	1640	70	..	96	..	..
81 Corea, Rep. Pop. Dem. de	120	<b>34</b>	85	25	22.2	533	18	970*	71	..	107	..	..
82 Tailandia	146	<b>33</b>	101	28	55.4	1188	38	1420	69	93	89	15*	50*
83 URSS (anterior)	53	<b>31</b>	38	23	282.8	4847	156	4550*	70	..	105	..	..
84 Albania	151	<b>31</b>	112	26	3.3	76	2	790*	73	..	99	..	..
85 Panamá	105	<b>30</b>	69	21	2.5	63	2	1830	73	86	107	..	..
86 Emiratos Árabes Unidos	239	<b>29</b>	145	24	1.6	35	1	19860	71	48	111	..	..
87 Mauricio	104	<b>28</b>	70	22	1.1	70	1	2250	70	..	103	12	46
88 China	205	<b>27</b>	133	22	1170.4	24592	661	370	70	73	135	22	38
89 Uruguay	57	<b>24</b>	51	21	3.1	54	1	2560	72	96	107	18	44
90 Argentina	70	<b>24</b>	59	22	32.7	673	16	2370	71	96	111	14	51
91 Trinidad y Tobago	89	<b>23</b>	58	20	1.3	30	1	3470	71	..	97	13*	50*
92 Yugoslavia (anterior)	113	<b>22</b>	92	19	73.9	343	8	3060	72	93	95	17	43
93 Bulgaria	70	<b>21</b>	49	17	9.0	113	2	2250	72	..	97	..	..
94 Chile	142	<b>21</b>	114	17	13.4	307	6	1940	72	93	96	13	54
95 Sri Lanka	130	<b>21</b>	90	16	17.4	371	8	470	71	85	108	13	56
96 Colombia	130	<b>21</b>	86	18	32.9	806	17	1240	69	87	107	13	53
<b>Países con TMM5 baja</b>	<b>48</b>	<b>11</b>	<b>38</b>	<b>9</b>	<b>959</b>	<b>13428</b>	<b>144</b>	<b>17580</b>	<b>76</b>	<b>..</b>	<b>103</b>	<b>18</b>	<b>41</b>
97 Malasia	105	<b>20</b>	73	15	18.3	541	11	2340	70	78	97	14	51
98 Jamaica	89	<b>19</b>	63	16	2.4	55	1	1510	73	98	105	15	49
99 Costa Rica	122	<b>18</b>	85	14	3.1	84	2	1910	76	93	100	12	55
100 Hungría	57	<b>17</b>	51	16	10.5	128	2	2780	70	..	97	26	32
101 Polonia	70	<b>17</b>	62	15	38.3	568	10	1690	71	..	99	24	35
102 Kuwait	128	<b>17</b>	89	14	2.0	53	1	16150*	75	73	100	..	..
103 Cuba	91	<b>14</b>	65	11	10.7	187	3	1170*	76	94	103	..	..
104 Checoslovaquia	33	<b>13</b>	26	12	15.7	220	3	3140	72	..	93	..	..
105 Israel	39	<b>12</b>	32	10	4.9	108	1	10920	76	..	94	18*	40*
106 Portugal	112	<b>12</b>	81	10	9.9	117	1	4900	74	85	127	..	..
107 E.E.U.U.	30	<b>11</b>	26	9	252.6	4024	43	21790	76	..	101	16	42
108 Grecia	64	<b>11</b>	53	10	10.1	106	1	5990	77	93	102	..	..
109 Irlanda	36	<b>10</b>	31	8	3.5	52	1	9550	75	..	101	..	..
110 Singapur	50	<b>10</b>	38	8	2.7	44	0	12310	74	..	110	15	49
111 Bélgica	35	<b>10</b>	31	8	10.0	121	1	15540	76	..	101	22*	36*
112 Australia	24	<b>10</b>	20	8	17.3	261	3	17000	77	..	106	16	42
113 Italia	50	<b>10</b>	44	8	57.7	575	6	16830	77	97	96	19	41
114 Nueva Zelanda	26	<b>10</b>	22	8	3.4	69	1	12680	75	..	106	16	45
115 Corea, Rep. de	126	<b>10</b>	88	9	43.7	714	7	5400	70	96	109	20	42
116 Canadá	33	<b>9</b>	28	7	27.0	388	3	20470	77	..	105	18	40
117 Alemania	40	<b>9</b>	34	8	79.8	901	8	22320*	76	..	103	20*	39*
118 Dinamarca	25	<b>9</b>	22	8	5.2	62	1	22080	75	..	98	17	39
119 Suiza	27	<b>9</b>	22	7	6.8	84	1	32680	78	..	..	17	45
120 Francia	34	<b>9</b>	29	7	56.9	772	7	19490	77	..	113	18*	41*
121 Reino Unido	27	<b>9</b>	23	7	57.5	792	7	16100	76	..	106	17*	40*
122 Austria	43	<b>9</b>	37	8	7.7	90	1	19060	76	..	104	..	..
123 España	57	<b>9</b>	46	8	39.0	423	4	11020	77	95	111	19	40
124 Hong Kong	64	<b>8</b>	43	7	5.8	73	1	11540	77	..	105	16	47
125 Países Bajos	22	<b>8</b>	18	7	15.1	202	2	17320	77	..	116	20	38
126 Noruega	23	<b>8</b>	19	7	4.3	61	1	23120	77	..	96	19	38
127 Finlandia	28	<b>7</b>	22	6	5.0	64	0	26040	75	..	99	18	38
128 Japón	40	<b>6</b>	31	5	124.0	1384	9	25430	79	..	102	22*	38*
129 Suecia	20	<b>5</b>	16	4	8.6	117	1	23690	78	..	104	21	37
<b>Agrupaciones regionales</b>													
Países menos desarrollados	286	180	172	115	519	22973	4128	240	50	47	66	..	..
Países en desarrollo	217	101	136	67	4147	123583	12573	806	61	65	100	..	..
Países desarrollados	45	17	36	13	1213	17423	298	14710	74	..	103	18	40
África Subsahariana	261	180	151	103	515	23659	4799	490	51	54	68	..	..
África del Norte y Oriente Medio	246	90	157	66	332	11925	1075	1975	63	58	95	..	..
Asia meridional	238	131	147	89	1158	37386	4846	335	58	46	86	20	42
Asia oriental y Pacífico	198	42	128	37	1700	38946	1641	650	68	76	125	20	42
América Latina y el Caribe	161	57	108	44	442	11687	662	2105	67	85	108	11	50

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) columna en negritas. Los datos que aparecen en las filas coloradas son totales o medias ponderadas.

# TABLA 2: NUTRICIÓN

	Recorrido de bajo por % 1980	% niños menores (1980-81)			Población infantil (%) (1980-1991)			Índice medio de producción de alimentos por cápita (1975-1981 1991)	Consumo diario calórico por cápita en % del requerido 1980-81	% Ingesta energética (1980-81) por cápita en		
		lactancia exclusiva 63 meses	lactancia con alimentos complement. 6-9 meses	lactancia 12-15 meses	Infecciones parasitarias (3-4 años)		Eritrocitos (12-25 meses) fuerza grasa			Consumo de sal (24-36 meses) energía grasa	Total	cereales
					medido grasa	grasa						
<b>Países con TMM5 muy alta</b>	<b>16</b>			<b>82</b>	<b>34</b>		<b>15</b>		<b>96</b>	<b>91</b>		
1 Angola	19								80	80		
2 Mozambique	20								68	77		
3 Afganistán	20			61*	38	7			73	72		
4 Sierra Leona	17			92*	23*	2*	14*		84	83	56	22
5 Guinea-Bissau	20			98*	23*				104	97		
6 Guinea	21			85*					88	97		
7 Malawi	20			96*	24*		8	61	77	88	55	28
8 Mali	17	8	45	90	31*	9*	16	34*	97	96	57	22
9 Níger	15			15*	49	9	23*	38*	73	95		
10 Chad									97	73		
11 Etiopía	16			95*	38*		19*	43*	87	73	50	24
12 Somalia	16			54*					81	81		
13 Mauritania	11	12	39	89	48	23	18	65	75	106		
14 Burkina Faso	21*			97*					118	94		
15 Bhután				90*	38*		4*	56*	94	128		
16 Zambia	13			93*	25*	5*	10*	59*	98	87	37	8
17 Liberia		15	56	67					63	98		
18 Uganda		70	67	86	21	5	4	25*	97	93		
19 Rwanda	17			74*	33*	4*	1*	34*	86	82	30	11
20 Nigeria	16	2	57	86	36	12	16	54	124	93	62	18
21 Camboya				72*	20	3			140	96		
22 Senegal	11	7	68	93	22*	6*	8	28*	96	98	50	15
23 Yemén	19	15			53*		15*		79			
24 Burundi		89	66	96	38	10	10	60	88	84		
25 Zaire	15			85*					94	96	55	15
26 Rep. Centroafricana	15								93	82		
27 Tanzania	14			70*	48	6			81	95	64	32
28 Madagascar	10			85*	33*	8*	17	56*	83	95	59	26
29 Sudán	15	14	45	80	20		13*	32*	76	87	60	
30 Gabón									85	104		
31 Benín				76*					114	104	37	12
32 Lituania, R.D.P.	18				37		20	44	110	111		
33 Nepal				82*					124	100	57	38
34 Togo	20	10	86	95	24	6	10	37*	87	99		
35 Iraq	15			58	12	2			65	128		
<b>Países con TMM5 alta</b>	<b>27</b>			<b>77</b>	<b>50</b>	<b>21</b>	<b>20</b>	<b>59</b>	<b>110</b>	<b>105</b>	<b>47</b>	<b>16</b>
36 Lesotho	11			76*	16	2	7	23	80	93		
37 Haití	15			29*	37*	3*	17*	51*	83	89		
38 Ghana	17	2	67	94	27	6	15	39	105	93	66	
39 Pakistán	25	25	29	78	40	14	11	60	102	99	54	17
40 Bangladesh	50			82*	68*	27*	16*	65	96	88	59	36
41 Côte d'Ivoire	14*			78*	12	2	17	20	93	111	40	14
42 India	33				63*	27*		65*	116	101	52	18
43 Camerún	13	7			17*		2*	43*	79	95	24	8
44 Bolivia	12	50	57	73	13	3	2	51*	125	84	33	
45 Namibia	12			73*	29*	6*	9*	30*	92			
46 Myanmar	16			94*	32	9			88	114		
47 Congo	16			90*	24		13	33	97	103	42	19
48 Libia, Jamahiriya Árabe									74	140		
49 Perú	11	32	49	57	13*	2*	3	43	93	87	36	8
50 Guatemala	14			82	34*	8*	3	68*	95	103	36	10
51 Marruecos	9	48	48	67	16*	4*	6	34*	134	125	40	12
52 Turquía	8			63*					99	127	40	8
53 Zimbabue	14	11	94	90	12	2	2	31	76	94	40	9
54 Indonesia	14	39	82	82	40				125	121	61	18
55 Botswana	8	41	82	77	15				63	97	35	13
56 Egipto	10	38	52	77	10	3	4	32	106	132	50	10
57 Ecuador	11	31	31	51	17	0	4	39	99	105	30	
58 Mongolia	10								76	97		
59 Nicaragua	15				11	1	0	22	62	99		
60 Papúa Nueva Guinea	23				35				98	114		
61 Rep. Dominicana	16	14	24	23	13*	2*	3	26*	81	102	46	13
62 Kenia	16	24	87	83	14*	3*	5*	32*	103	89	39	16
63 Honduras	9			24*	21	4	2*	34*	81	98	39	
64 Sudáfrica									81	128	26	
<b>Países con TMM5 mediana</b>	<b>10</b>			<b>41</b>	<b>21</b>		<b>9</b>	<b>36</b>	<b>122</b>	<b>116</b>	<b>42</b>	
65 Brasil	11	4	28	25	7	3	2*	15*	115	114	35	9
66 El Salvador	11			55*			3	36	103	102	33	12
67 Irán, Rep. Islámica de	9			51*	43*		23*	55*	114	125	37	10
68 Argelia	9				10*		4*	13*	104	123		
69 Paraguay	8	7	61	40	4	1	0	17	116	116	30	6
70 Túnez	8	21	63	57	10*	2*	4	23*	102	131	37	7

	Paises salidos del top 100	% tasa letales (1980-91)			Pérdida MMMS (%) 1980-1991				Índice costo producción de alimentos por cápita en % del ingreso (1980-91)	Consumo diario calórico por cápita en % del requerido (1980-91)	% Ingreso familiar (1980-91) párrafo en			
		tasa letal 1980-91	tasa de alimentos completos		Influencia primario (0-4 años)		Enequico (12-23 meses)				Costos de tala (24-36 meses)		Total rural	urbano
			92 meses	54 meses	total	gras	total	gras			total	gras		
71 Viet Nam	17	..	..	49*	42	14	12*	49*	131	103	..	..		
72 Siria	11	..	..	41*	..	..	..	..	73	126	..	..		
73 Jordania	7	32	..	61*	6	1	3	21	82	110	35	..		
74 Líbano	10	..	..	15*	..	..	..	..	132	127	..	..		
75 Filipinas	15	..	..	53*	34	5	14	45	82	104	51	20		
76 Venezuela	9	..	..	30*	6*	..	4	7*	99	99	38	..		
77 Arabia Saudí	7	..	..	..	..	..	..	..	223	121	..	..		
78 Omán	10	..	..	76	..	..	..	..	..	..	..	..		
79 México	12	38	36	32	14	..	6*	22*	97	131	35	..		
80 Rumania	7	..	..	..	..	..	..	..	70	116	..	..		
81 Corea, Rep. Pop. Dem. de	..	..	..	..	..	..	..	..	109	121	..	..		
82 Taiwán	13	4	69	56	26*	4*	10	28*	109	103	30	7		
83 URSS (anterior)	6	..	..	..	..	..	..	..	96	132	..	..		
84 Albania	7	..	..	..	..	..	..	..	62	107	..	..		
85 Panamá	10	..	..	55*	16	..	7	24	81	98	38	7		
86 Emiratos Árabes Unidos	6	..	..	25	..	..	..	..	..	..	..	..		
87 Mauricio	9	..	..	40*	24	..	16*	22*	94	128	24	7		
88 China	9	..	..	..	21*	3*	6*	41*	138	112	61	..		
89 Uruguay	8	..	..	..	7*	2*	..	16*	108	101	31	7		
90 Argentina	8	..	..	14*	..	4	..	..	95	131	35	4		
91 Trinidad y Tobago	10	10	39	30	7*	0*	5	4*	87	114	..	..		
92 Yugoslavia (anterior)	..	..	..	..	..	..	..	..	87	140	27	..		
93 Bulgaria	6	..	..	..	..	..	..	..	88	148	..	..		
94 Chile	7	..	..	20*	3*	0*	1	10*	118	102	29	7		
95 Sri Lanka	25	14	47	71	29	2	21	39	89	101	43	18		
96 Colombia	10	17	48	39	10	2	5	18	101	106	29	..		
<b>Países con TMMMS baja</b>	<b>7</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>102</b>	<b>133</b>	<b>15</b>	<b>3</b>		
97 Malasia	10	..	..	19*	..	4	6	..	146	120	30	..		
98 Jamaica	11	..	..	43*	7	1	6	7	96	114	39	..		
99 Costa Rica	6	..	..	24*	6	..	3	8	90	121	33	6		
100 Hungría	9	..	..	..	..	..	..	..	114	137	25	..		
101 Polonia	..	..	..	..	..	..	..	..	103	131	29	..		
102 Kuwait	7	..	..	12*	6	..	2	14	..	..	..	..		
103 Cuba	8	..	..	..	..	..	1*	..	96	135	..	..		
104 Checoslovaquia	6	..	..	..	..	..	..	..	118	145	..	..		
105 Israel	7	..	..	..	..	..	..	..	91	125	22	..		
106 Portugal	5	..	..	7	..	..	..	..	117	136	34	..		
107 EE.UU.	7	..	..	..	..	..	..	..	94	138	13	2		
108 Grecia	6	..	..	..	..	..	..	..	104	151	30	..		
109 Irlanda	4	..	..	..	..	..	..	..	118	157	22	4		
110 Singapur	7	..	..	..	14*	..	..	..	70	136	19	..		
111 Bélgica	6	..	..	..	..	..	..	..	110	149	15	2		
112 Australia	6	..	..	10	..	..	..	..	92	124	13	2		
113 Italia	5	..	..	..	..	..	..	..	99	139	19	2		
114 Nueva Zelandia	6	..	..	..	..	..	..	..	102	131	12	2		
115 Corea, Rep. de	9	..	..	27*	..	..	..	..	100	120	35	14		
116 Canadá	6	..	..	..	..	..	..	..	117	122	11	2		
117 Alemania	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..		
118 Dinamarca	6	..	..	..	..	..	..	..	132	135	13	2		
119 Suiza	5	..	..	..	..	..	..	..	100	130	17	..		
120 Francia	5	..	..	..	..	..	..	..	106	143	16	2		
121 Reino Unido	7	..	..	..	..	..	..	..	108	130	12	2		
122 Austria	6	..	..	..	..	..	..	..	103	133	16	2		
123 España	4	..	..	..	..	..	..	..	111	141	24	3		
124 Hong-Kong	8	..	..	..	..	..	..	..	111	125	12	1		
125 Países Bajos	..	..	..	..	..	..	..	..	103	114	13	2		
126 Noruega	4	..	..	..	..	..	..	..	108	120	15	2		
127 Finlandia	4	..	..	..	..	..	..	..	98	113	16	3		
128 Japón	6	..	..	..	..	..	..	..	99	125	16	4		
129 Suecia	5	..	..	..	..	..	..	..	96	111	13	2		
<b>Agrupaciones regionales</b>														
Países menos desarrollados	24	..	..	82	42	14	15	50	91	90	..	..		
Países en desarrollo	19	..	..	68	36	12	14	47	116	107	43	..		
Países desarrollados	6	..	..	..	..	..	..	..	99	133	15	2		
África Subsahariana	16	..	..	84	31	8	13	44	95	93	37	16		
África del Norte y Oriente Medio	10	..	..	62	24	..	..	..	106	123	..	..		
Asia meridional	34	..	..	78	59	25	23	64	112	99	53	10		
Asia oriental y Pacífico	11	..	..	66	26	..	..	..	130	112	49	..		
América Latina y el Caribe	11	..	..	33	11	3	4	23	104	114	35	8		

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMMMS), columna en negrita. Los datos que aparecen en las filas coloreadas son totales o medias ponderadas.

**TABLA 3: SALUD**

Países con TMM5 muy alta	% Población con acceso a agua potable 1980-1990			% Población con acceso a saneamiento adecuado 1980-90			% Población con acceso a servicios de salud 1985-1988			% Población con inmunización completa 1990-91				Uso de la TPO % 1987-91	
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Niños de un año					
										TB	DPT	Polo	Sarampión		Mujeres embarazadas
										Tétanos					
<b>Países con TMM5 muy alta</b>	<b>43</b>	<b>62</b>	<b>35</b>	<b>43</b>	<b>66</b>	<b>33</b>	<b>52</b>	..	..	<b>62</b>	<b>47</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>28</b>	<b>39</b>
1 Angola	35	75	19	21	25	20	30*	..	..	54	27	26	40	36	48
2 Mozambique	24	44	17	21	53	12	39	100	30	63	42	42	50	30	30
3 Afganistán	21	39	17	..	5	..	29	80	17	39	30	30	29	9	26
4 Sierra Leona	36	33	37	63	92	49	..	..	..	71	56	57	54	77	60
5 Guinea-Bissau	27	17	30	21	29	18	..	..	..	94	63	63	52	35	5
6 Guinea	51	78	42	6	22	1	47	100	40	47	35	35	33	25	65
7 Malawi	56*	97*	50*	84	100	81	80	..	..	96	81	78	78	76	14
8 Mali	41	53	38	19	90	3	15	..	..	68	34	34	39	9	..
9 Níger	61	100	52	9	36	3	41	99	30	26	17	17	23	44	54
10 Chad	57	25	70	..	..	..	30	..	..	27	12	12	21	4	15
11 Etiopía	19	70	11	19	97	7	46	..	..	29	21	21	17	6	38
12 Somalia	37	50	29	18	44	5	27*	50*	15*	31	18	18	30	5	78
13 Mauritania	66	100	100	39	89	13	40	..	..	60	26	26	29	40	..
14 Burkina Faso	69	44	72	..	49	..	49*	51*	48*	60	38	38	36	26	..
15 Brután	32	60	30	9	50	7	65	..	..	81	79	77	82	43	65
16 Zambia	60	76	43	56	76	34	75*	100*	50*	97	79	78	76	68	89
17 Libia	55	93	22	..	..	2	39	50	30	62*	28*	28*	55*	20*	9
18 Uganda	21	43	18	30	32	30	61	90	57	100	76	76	73	21	30
19 Rwanda	50*	79*	48*	57	77	55	27*	60*	25*	94	85	85	81	88	24
20 Nigeria	53	50	54	58	63	55	66	85	62	57	44	44	46	26	35
21 Camboya	18	40	15	13	53	8	53	80	50	54	40	40	34	22	6
22 Senegal	47	84	25	53	86	36	40	..	..	89	51	51	46	33	27
23 Yemen	38	56	30	37	51	64	38	..	..	71	53	53	45	8	7
24 Burundi	38	100	34	10	80	5	61	..	..	88	83	89	75	56	49
25 Zaire	33	59	17	..	..	..	26	40	17	65	32	31	31	29	45
26 Rep. Centroafricana	26	32	21	..	..	48	45	..	..	42	25	26	25	87	24
27 Tanzania	56	75	46	68	93	58	76*	99*	72*	89	79	74	75	40	83
28 Madagascar	22	62	10	..	9	..	56	..	..	67	50	49	40	17	11
29 Sudán	46	55	43	71	89	66	51	90	40	66	63	63	59	16	37
30 Gabón	68	90	50	..	..	..	90*	..	..	96	78	78	76	86	10
31 Benin	54	66	46	35	42	31	18	..	..	81	68	68	60	83	45
32 Lao, R.D.P.	35	50	32	13	49	5	67	..	..	34	22	22	20	13	30
33 Nepal	37	86	34	2	17	1	..	..	..	81	74	74	63	17	14
34 Togo	59	76	53	22	56	10	61	..	..	79	61	61	51	81	33
35 Iraq	92	100	72	75	100	11	93	97	76	79	63	64	68	45	70
<b>Países con TMM5 alta</b>	<b>75</b>	<b>83</b>	<b>71</b>	<b>23</b>	<b>56</b>	<b>10</b>	<b>61</b>	..	..	<b>86</b>	<b>80</b>	<b>80</b>	<b>76</b>	<b>65</b>	<b>26</b>
36 Lesotho	48	59	45	15	22	14	80	..	..	76	75	74	75	..	68
37 Haití	36	59	27	21	42	13	50	..	..	72	41	40	31	23	20
38 Ghana	57	90	41	52	92	33	60	92	45	55	39	39	39	9	21
39 Pakistán	56	80	45	24	55	10	55	99	35	91	81	81	77	42	34
40 Bangladesh	81	76	81	16	57	8	45	..	..	86	60	60	53	78	26
41 Côte d'Ivoire	76	70	80	60	73	51	30*	61*	11*	47	37	37	47	35	16
42 India	86	87	85	16	53	2	..	..	..	92	89	89	86	80	14
43 Camerún	42	46	39	46	100	1	41	44	39	48	34	34	35	35	84
44 Bolivia	53	77	27	27	40	13	63	90	36	67	58	67	73	52	63
45 Namibia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	68	67	82	71	52	..
46 Myanmar	31	38	30	36	39	35	33	100	11	65	62	62	63	61	19
47 Congo	38	92	2	..	..	..	83	97	70	88	74	74	64	60	26
48 Libia, Jamahiriya Árabe	94	100	80	91	100	72	..	..	..	91	62	62	59	18	60
49 Perú	61	78	10	59	76	20	75	..	..	78	71	74	59	12	..
50 Guatemala	62	91	43	59	72	52	34	47	25	43	63	69	49	18	24
51 Marruecos	61	100	25	..	..	16	70	100	50	92	81	81	80	64	13
52 Turquía	78*	95*	63*	..	..	..	..	..	..	52	72	72	66	20	..
53 Zimbabue	66	31	80	..	..	..	71	100	62	87	83	81	83	60	77
54 Indonesia	58	72	51	39	51	33	80	..	..	87	83	82	78	52	45
55 Botswana	54*	84*	46*	42	98	20	89*	100*	85*	92	86	82	78	62	64
56 Egipto	73	92	56	..	..	10	..	..	..	93	93	87	90	71	58
57 Ecuador	58	75	44	67	98	38	75	92	40	83	59	62	54	5	70
58 Mongolia	65	78	50	..	..	..	..	..	..	92	84	85	86	..	59
59 Nicaragua	54	78	18	27	30	16	83	100	60	75	71	83	54	25	40
60 Papúa Nueva Guinea	34	93	23	45	99	35	96	..	..	68	53	54	52	3	46
61 Rep. Dominicana	63	86	28	28	41	10	80	..	..	45	47	54	69	24	31
62 Kenia	30*	61*	21*	34	89	19	..	..	..	80	74	71	59	37	69
63 Honduras	65	86	48	58	79	42	66	80	56	99	94	93	86	16	70
64 Sudáfrica	..	..	..	..	..	..	..	..	..	85	67	69	63	..	..
<b>Países con TMM5 mediana</b>	<b>76</b>	<b>89</b>	<b>67</b>	<b>67</b>	<b>83</b>	<b>48</b>	<b>87</b>	..	..	<b>93</b>	<b>87</b>	<b>92</b>	<b>89</b>	<b>54</b>	<b>55</b>
65 Brasil	97	100	86	64	86	1	..	..	..	80	75	96	83	62	62
66 El Salvador	48	84	19	58	86	36	56	80	40	66	60	60	53	19	45
67 Irán, Rep. Islámica de	89	98	76	63	86	32	80	95	65	91	88	88	84	77	71
68 Argelia	68*	85*	55*	67	80	40	88	100	80	99	89	89	83	27	26
69 Paraguay	34	65	7	86	89	83	61	..	..	93	79	79	74	54	42
70 Túnez	92	97	86	96	98	94	90*	100*	80*	80	91	91	82	40	63

	% Población con acceso a agua potable 1980-1990			% Población con acceso a saneamiento adecuado 1980-90			% Población con acceso a servicios de salud 1980-1988			% Población con inmunización completa 1990-91				Mujeres embarazadas Totales	Uso de la TMO %
	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Total	Urbano	Rural	Número de niños					
										TB	DPT	Polio	Sarampión		
71 Viet Nam	42	50	40	62	70	60	80	100	75	91	88	88	88	14	53
72 Siria	70	90	50	85	85	84	75*	92*	60*	98	92	92	87	84	89
73 Jordania	99	100	98	61	92	..	97	98	95	..	91	91	83	47	77
74 Líbano	92	95	85	..	..	..	..	..	..	4	85	85	51	..	10
75 Filipinas	81	93	72	67	83	63	..	..	..	96	89	90	88	52	25
76 Venezuela	90*	93*	85*	51	57	5	..	..	..	83	54	63	61	..	80
77 Arabia Saudí	94	100	74	..	100	..	97	100	88	97	96	96	90	62	45
78 Omán	55	100	49	48	75	45	91	100	90	92	94	94	96	97	19
79 México	71	78	49	58	77	13	78	80	60	87	84	95	78	42	66
80 Rumania	..	..	..	..	..	..	..	..	..	90	95	92	89	..	..
81 Corea, Rep. Pop. Dem. de	..	..	..	..	..	..	..	..	..	99	99	99	99	99	72
82 Tailandia	53	97	32	91	79	95	90	90	90	99	90	91	79	76	43
83 URSS (anterior)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	90	67	74	85	..	..
84 Albania	..	..	..	..	..	..	..	..	..	94	94	96	87	..	..
85 Panamá	84	100	66	81	99	61	80*	95*	64*	87	82	82	80	27	55
86 Emiratos Árabes Unidos	95	..	..	77	93	22	99	..	..	96	84	84	81	..	81
87 Mauricio	95	100	92	92	100	86	100	100	100	87	91	91	88	77	7
88 China	74	87	68	..	..	..	90	100	88	96	95	96	95	..	54
89 Uruguay	73	85	5	..	..	..	82	..	..	89	88	88	82	13	96
90 Argentina	65	73	17	69	75	35	71	80	21	99	84	88	99	..	70
91 Trinidad y Tabago	96	100	87	96	100	95	99	..	..	..	73	74	81	..	70
92 Yugoslavia (anterior)	..	..	..	..	..	..	..	..	..	89	..	88	88	..	..
93 Bulgaria	..	..	..	..	..	..	..	..	..	99	99	99	98	..	..
94 Chile	89	100	21	85	100	4	97	..	..	90	91	91	93	..	1
95 Sri Lanka	60	80	55	59	68	56	93*	..	..	85	83	83	76	50	76
96 Colombia	88	88	87	70	96	13	60	..	..	93	87	94	83	40	40
<b>Países con TMM5 baja</b>	..	..	..	..	..	..	..	..	..	<b>77</b>	<b>89</b>	<b>88</b>	<b>78</b>	..	..
97 Malasia	79	96	65	76	100	60	..	..	..	99	90	90	79	83	47
98 Jamaica	100	100	100	85	96	74	90	..	..	94	83	86	68	50	10
99 Costa Rica	92	100	84	94	99	89	80*	100*	63*	92	95	95	90	68	78
100 Hungría	..	..	..	..	..	..	..	..	..	99	99	99	99	..	..
101 Polonia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	95	98	99	96	..	..
102 Kuwait	..	100	..	..	100	..	100	..	..	3	92	92	93	22	10
103 Cuba	..	..	..	..	..	..	..	..	..	98	99	97	99	88	80
104 Checoslovaquia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	98	99	99	96	..	..
105 Israel	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	88	88	88	..	..
106 Portugal	..	..	..	..	..	..	..	..	..	89	89	89	85	..	..
107 EE.UU.	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	96	78	..	..
108 Grecia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	58	..	..	..	..	..
109 Irlanda	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	65	81	78	..	..
110 Singapur	100	100	0	99	99	..	100	100	..	99	85	85	90	..	..
111 Bélgica	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	94	95	75	..	..
112 Australia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	90	90	68	..	..
113 Italia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	4	83	63	43	..	..
114 Nueva Zelanda	97	100	82	..	..	..	..	..	..	20	90	90	90	..	..
115 Corea, Rep. de	100	100	100	100	100	100	93	97	86	76	80	79	96	..	..
116 Canadá	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	85*	85*	85*	..	..
117 Alemania	..	..	..	..	..	..	..	..	..	84	94	94	59	..	..
118 Dinamarca	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	95	97	84	..	..
119 Suiza	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	98	94	..	..
120 Francia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	80	95	90	69	..	..
121 Reino Unido	..	..	..	..	..	..	..	..	..	75	85	90	89	..	..
122 Austria	..	..	..	..	..	..	..	..	..	97	95	95	74	..	..
123 España	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	73	73	84	..	..
124 Hong Kong	100	100	96	..	100	..	99*	..	..	94	90	90	42	..	..
125 Países Bajos	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	97	97	94	..	..
126 Noruega	..	..	..	..	..	..	..	..	..	95	85	84	87	..	..
127 Finlandia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	91	90	90	95	..	..
128 Japón	..	..	..	..	..	..	..	..	..	85	90	90*	73	..	..
129 Suecia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	14	99	99	84	..	..
<b>Agrupaciones regionales</b>															
Países menos desarrollados	47	61	42	29	57	22	45	..	..	68	51	51	48	42	35
Países en desarrollo	72	84	65	39	71	22	75	..	..	84	78	79	76	57	40
Países desarrollados	..	..	..	..	..	..	..	..	..	82	82	84	80	..	..
África Subsahariana	44	60	37	43	69	32	52	..	..	63	48	48	47	31	43
África del Norte y Oriente Medio	75	93	56	67	89	37	77	..	..	82	81	80	77	48	51
Asia meridional	80	85	78	17	53	4	52	..	..	90	83	83	79	73	19
Asia oriental y Pacífico	71	85	65	58	73	51	87	..	..	93	90	91	89	53	49
América Latina y el Caribe	80	89	57	62	81	18	72	..	..	82	72	87	77	47	58

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5), columna en negritas. Los datos que aparecen en las filas coloreadas son totales o medias ponderadas.

# TABLA 4: EDUCACIÓN

	Tasa alfabetización adulta				N° de receptores (1000 hab.)		Tasa escolarización enseñanza primaria				Alumnos que ingresan con éxito enseñanza primaria		Tasa total escolarización enseñanza secundaria 1985-1990			
	1970		1990		radio	televisión	1980 (bruto)		1985-90 (bruto)		1985-90 (neto)		%	1989	mascul.	femen.
	hombres	mujeres	hombres	mujeres			mascul.	femen.	mascul.	femen.	mascul.	femen.				
<b>Países con TMM5 muy alta</b>	<b>30</b>	<b>14</b>	<b>59</b>	<b>37</b>	<b>128</b>	<b>17</b>	<b>39</b>	<b>19</b>	<b>73</b>	<b>54</b>	<b>52</b>	<b>41</b>	<b>55</b>	<b>22</b>	<b>13</b>	
1 Angola	16	7	56	29	53	6	..	..	101	85	..	..	24*	17	9	
2 Mozambique	29	14	45	21	41	2	60	36	76	59	49	41	39	7	4	
3 Afganistán	13	2	44	14	104	8	15	2	31	16	..	..	63	11	5	
4 Sierra Leona	18	8	31	11	220	10	30	..	65	40	..	..	..	23	11	
5 Guinea-Bissau	13	6	50	24	39	..	..	..	76	42	52	29	8	9	4	
6 Guinea	21	7	35	13	41	5	44	16	46	21	34	17	44	14	5	
7 Malawi	42	18	..	..	237	..	..	45	73	60	52	49	47	6	3	
8 Mali	11	4	41	24	39	0	14	6	29	17	23	14	40	9	4	
9 Niger	6	2	40	17	59	4	7	3	36	20	..	..	75	8	3	
10 Chad	20	2	42	18	237	1	29	4	79	35	52	23	71	12	3	
11 Etiopía	8	..	..	..	188	2	11	3	46	30	32	24	44	17	12	
12 Somalia	5	1	36	14	41	14	13	13	20	10	14	8	37	13	7	
13 Mauritania	..	..	47	21	143	23	13	3	60	42	..	..	68	22	10	
14 Burkina Faso	13	3	28	9	26	5	12	5	44	27	34	20	64	9	5	
15 Bhután	..	..	51	25	15	..	5	..	31	20	..	..	26	7	2	
16 Zambia	66	37	81	66	74	25	51	34	99	91	81	79	64	25	14	
17 Liberia	27	8	50	29	225	18	45	18	43	24	..	..	..	..	..	
18 Uganda	52	30	62	35	99	8	..	32	78	63	57	50	76	16	8	
19 Rwanda	43	21	64	37	59	..	..	..	69	68	65	65	36	9	6	
20 Nigeria	35	14	62	40	171	29	46	27	77	63	..	..	52	22	16	
21 Camboya	..	23	48	22	107	8	..	..	..	..	..	..	50*	45	20	
22 Senegal	18	5	52	25	113	35	36	..	67	49	55	41	85	21	11	
23 Yemen	14	3	53	26	59	27	..	..	132	39	..	..	53	42	7	
24 Búndi	29	10	61	40	57	1	27	9	77	60	55	46	63	5	3	
25 Zaire	61	22	84	61	101	1	88	32	89	67	67	53	73	32	16	
26 Rep. Centroafricana	26	6	52	25	61	3	53	12	79	48	56	37	48	16	6	
27 Tanzania	48	18	93*	88*	21	1	33	18	64	63	47	48	75	5	4	
28 Madagascar	56	43	88	73	198	20	58	45	94	90	64	63	32	20	18	
29 Sudán	28	8	43	12	235	61	35	14	58*	41*	23	17	76*	23*	17x	
30 Gabón	43	22	74	49	138	36	..	..	..	..	..	..	44*	..	..	
31 Benin	23	8	32	16	89	5	38	15	87	44	89	36	40	23	9	
32 Lao, R.D.P.	37	28	..	..	124	5	34	16	122	98	..	..	38	31	22	
33 Nepal	23	3	38	13	33	2	19	1	112	57	84	43	27	42	17	
34 Togo	27	7	56	31	210	6	63	24	126	80	85	58	46	33	10	
35 Iraq	50	18	70	49	202	68	94	36	104	87	90	78	58	58	37	
<b>Países con TMM5 alta</b>	<b>50</b>	<b>25</b>	<b>65</b>	<b>41</b>	<b>113</b>	<b>39</b>	<b>77</b>	<b>42</b>	<b>103</b>	<b>82</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>59</b>	<b>49</b>	<b>31</b>	
36 Lesotho	49	74	..	..	68	3	63	102	99	115	64	76	50	21	31	
37 Haití	26*	17*	59	47	42	5	50	42	86	81	44	44	9	20	19	
38 Ghana	43	18	70	51	295	15	52	25	82	67	..	..	87	49	30	
39 Pakistán	30	11	47	21	86	16	46	13	49	27	..	..	51	28	12	
40 Bangladesh	36	12	47	22	41	4	66	26	76	64	67	58	46	23	11	
41 Côte d'Ivoire	26	10	67	40	139	59	68	24	82	58	..	..	73	27	12	
42 India	47	20	62	34	78	27	80	40	112	82	..	..	53	54	31	
43 Camerún	47	19	66	43	131	22	87	43	108	93	80	69	68	31	20	
44 Bolivia	68	46	85	71	597	98	78	50	86	77	88	78	50	36	31	
45 Namibia	..	..	..	..	133	16	..	..	..	..	..	..	..	..	..	
46 Myanmar	85	57	89	72	81	2	61	52	106	100	..	..	33*	25	23	
47 Congo	50	19	70	44	109	5	103	53	..	..	..	..	62	37	14	
48 Libia, Jamahiriya Árabe	60	13	75	50	224	91	92	24	..	..	..	..	82*	..	..	
49 Perú	81	60	92	79	251	95	95	71	125	120	..	..	70*	68	61	
50 Guatemala	51	37	63	47	64	45	50	39	82	70	..	..	36	21	19	
51 Marruecos	34	10	61	38	209	70	67	27	81	55	65	46	63	42	30	
52 Turquía	69	34	90	71	161	174	90	58	117	108	..	..	97	63	39	
53 Zimbabue	63	47	74	60	85	27	..	..	130	126	100	100	74*	49	42	
54 Indonesia	66	42	84	62	144	55	86	58	120	115	100	97	70	52	43	
55 Botswana	37	44	84	65	111	12	35	48	112	117	94	100	95	31	36	
56 Egipto	50	20	63	34	322	98	80	52	104	89	..	..	95	91	71	
57 Ecuador	75	68	88	84	314	82	87	79	118	117	..	..	63	55	57	
58 Mongolia	87	74	..	..	131	38	79	78	100	103	..	..	88	88	96	
59 Nicaragua	58	57	..	..	247	61	65	66	90	100	71	76	29	28	46	
60 Papúa Nueva Guinea	39	24	65	38	69	2	59	7	79	87	78	67	61	16	10	
61 Rep. Dominicana	69	65	85	82	168	82	99	98	95	96	..	78	33	..	..	
62 Kenia	44	19	80	59	95	9	64	30	96	92	..	..	62	27	19	
63 Honduras	55	50	76	71	384	70	68	67	108	109	89	94	43	28	36	
64 Sudáfrica	..	..	..	..	324	101	94	85	..	..	..	..	..	..	..	
<b>Países con TMM5 mediana</b>	<b>84</b>	<b>80</b>	<b>85</b>	<b>68</b>	<b>277</b>	<b>100</b>	<b>93</b>	<b>88</b>	<b>124</b>	<b>115</b>	<b>98</b>	<b>96</b>	<b>75</b>	<b>51</b>	<b>45</b>	
65 Brasil	69	63	83	80	373	204	97	93	..	..	..	..	22*	32	42	
66 El Salvador	61	53	76	70	403	87	..	..	77	78	69	71	27	26	26	
67 Irán, Rep. Islámica de	40	17	65	43	245	66	58	27	115	101	99	90	91	62	44	
68 Argelia	39	11	70	46	232	73	55	37	103	88	97	81	90	61	53	
69 Paraguay	85*	75*	92	88	169	48	105	90	108	104	93	92	57	28	30	
70 Túnez	44	17	74	56	188	75	88	43	123	107	99	90	79	50	39	



	Tasa alfabetización adulta				N.º de recepciones (1000 hab.)		Tasa escolarización enseñanza primaria				Alumnos que terminan con éxito enseñanza primaria		Tasa bruta de escolarización enseñanza primaria (1990-1995)		
	1970		1990		1989		1989 (bruta)		1989-90 (bruta)		1989-90 (neto)		1990	1990-1995	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	radio	televisión	mascul.	femen.	mascul.	femen.	mascul.	femen.		mascul.	femen.
71 Viet Nam	..	..	92	84	107	38	..	..	105	99	..	..	57	43	40
72 Siria	60	20	78	51	248	59	89	39	114	102	100	93	85	63	45
73 Jordania	64	29	89	70	252	77	94	59	98	99	88	88	96*	80	78
74 Líbano	79*	58*	88	73	834	377	105	99	105	95	..	..	..	57	56
75 Filipinas	84	81	90	90	138	41	98	93	111	110	100	98	71	72	75
76 Venezuela	79	71	87	90	432	156	100	100	105	105	107	88	70	50	62
77 Arabia Saudí	15	2	73	48	280	277	22	..	81	70	64	48	90	53	39
78 Omán	..	..	..	..	645	762	..	..	106	97	86	81	91	55	40
79 México	78	69	90	85	242	127	82	77	118	115	..	..	70	53	53
80 Rumanía	96	91	..	..	195	194	101	95	96	95	..	..	94	84	92
81 Corea, Rep. Pop. Dem. de	..	..	..	..	117	14	..	..	110	103	..	..	99	100	100
82 Tailandia	86	72	96	90	182	109	88	79	89	88	..	..	59	32	28
83 URSS (anterior)	98	97	..	..	685	323	100	100	104	105	..	..	94	..	..
84 Albania	..	..	..	..	172	83	102	86	99	98	..	..	91	86	73
85 Panamá	81	81	88	88	222	165	98	94	109	105	90	89	79	56	63
86 Emiratos Árabes Unidos	24	7	58	38	322	109	..	..	111	110	100	100	96	60	69
87 Mauricio	77	59	..	..	354	215	103	93	102	104	92	94	98	53	53
88 China	..	..	84	62	184	27	..	..	142	128	100	100	81	50	36
89 Uruguay	93*	93*	97	96	600	227	111	111	107	106	..	..	93	68	76
90 Argentina	94	92	96	95	673	219	98	99	107	114	..	..	..	69	78
91 Trinidad y Tobago	95	89	..	..	460	301	..	..	95	98	89	93	89	81	84
92 Yugoslavia (anterior)	92	76	97	88	245	197	113	108	95	94	..	..	98*	82	79
93 Bulgaria	94	89	..	..	436	249	94	92	98	96	86	85	62	74	76
94 Chile	90	88	94	93	340	201	111	107	99	97	..	..	77	72	78
95 Sri Lanka	85	89	93	84	194	32	100	90	109	106	100	100	94	71	76
96 Colombia	79	76	88	86	167	108	77	77	106	108	72	74	56	52	53
<b>Países con TMM5 baja</b>	<b>97</b>	<b>95</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>1148</b>	<b>521</b>	<b>108</b>	<b>106</b>	<b>103</b>	<b>103</b>	<b>97</b>	<b>96</b>	<b>95</b>	<b>90</b>	<b>92</b>
97 Malasia	71	48	87	70	428	144	108	83	97	96	..	..	96	58	59
98 Jamaica	96	97	98	99	409	124	92	93	104	105	98	100	85	62	68
99 Costa Rica	88	87	93	93	259	136	97	95	101	98	86	86	77	41	42
100 Hungría	98	98	..	..	592	409	103	100	96	97	93	94	94	70	72
101 Polonia	98	97	..	..	428	292	110	107	99	99	97	98	92	80	83
102 Kuwait	65	42	77	67	337	281	131	102	101	99	..	77	90	93	67
103 Cuba	86	87	95	93	343	203	109	109	105	100	96	95	88	84	94
104 Checoslovaquia	..	..	..	..	583	410	93	93	92	93	..	..	93	84	90
105 Israel	93	83	..	..	468	266	99	97	92	95	..	..	78	79	86
106 Portugal	78	65	89	82	216	176	132	129	131	123	..	..	..	47	56
107 EE.UU.	99	99	..	..	2122	814	..	..	101	100	95	96	90	98	99
108 Grecia	93	76	98	89	419	195	104	101	101	102	97	98	100	99	94
109 Irlanda	..	..	..	..	583	271	107	112	100	101	88	90	97	93	102
110 Singapur	92	55	..	..	306	372	121	113	111	109	100	100	100	68	71
111 Bélgica	99	99	..	..	776	447	111	108	101	101	96	97	78	103	104
112 Australia	..	..	..	..	1262	484	103	103	106	105	97	98	99	80	83
113 Italia	95	93	98	96	794	423	112	109	96	96	97	98	100	78	78
114 Nueva Zelanda	..	..	..	..	922	372	110	106	106	108	100	100	95	87	89
115 Corea, Rep. de	94	81	99	94	1003	207	99	89	107	110	100	100	100	88	85
116 Canadá	..	..	..	..	1023	626	108	105	105	105	96	97	98	104	105
117 Alemania	..	..	..	..	895*	378*	..	..	103	102	..	..	99*	92	88
118 Dinamarca	..	..	..	..	1012	528	103	103	97	98	..	..	99	106	107
119 Suiza	..	..	..	..	851	406	118	118	..	..	..	..	99*	..	..
120 Francia	99	98	..	..	895	400	144	143	114	111	100	100	96	93	100
121 Reino Unido	..	..	..	..	1145	434	92	92	106	106	97	97	..	82	85
122 Austria	..	..	..	..	822	475	106	104	104	103	..	..	97	81	83
123 España	93	87	97	93	304	389	106	116	112	110	100	100	94	100	111
124 Hong Kong	..	..	..	..	634	260	93	79	105	104	..	..	96	98	71
125 Países Bajos	..	..	..	..	902	485	105	104	114	117	100	100	94	105	102
126 Noruega	..	..	..	..	796	423	100	100	98	98	98	97	100	96	101
127 Finlandia	..	..	..	..	998	488	100	95	99	99	..	..	100	103	121
128 Japón	99	99	..	..	895	610	103	102	102	102	100	100	100	94	97
129 Suecia	..	..	..	..	885	471	95	96	104	104	100	100	100	89	93
<b>Agrupaciones regionales</b>															
Países menos desarrollados	36	18	58	36	93	8	44	23	74	57	54	44	52	21	12
Países en desarrollo	53	33	75	55	174	51	75	49	108	92	87	82	64	47	35
Países desarrollados	98	96	..	..	1029	482	106	106	103	103	97	98	94	91	93
África Subsahariana	34	17	64	44	145	22	49	28	75	60	53	45	58	21	13
África del Norte y Oriente Medio	47	19	70	46	237	106	72	41	103	86	81	70	85	61	43
Asia meridional	44	19	59	32	76	23	74	38	99	72	..	..	52	47	27
Asia oriental y Pacífico	76	56	85	66	196	40	87	89	130	120	..	..	77	51	42
América Latina y el Caribe	76	69	87	83	335	156	91	86	108	107	83	79	47	46	51

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5), columna en negritas. Los datos que aparecen en las filas subrayadas son totales o medias ponderadas.

# TABLA 5: INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países con TMM5 muy alta	Población (millones) 1991		Tasa de crecimiento anual de la población %		Tasa bruta de mortalidad		Tasa bruta de natalidad		Esperanza de vida		Tasa global de fecundidad 1991	Población urbana %	Tasa anual crecimiento de la población urbana %	
	Menores 16 años	Mayores 5 años	1985-90	1980-91	1985	1991	1985	1991	1980	1991		1991	1985-90	1980-91
<b>Países con TMM5 muy alta</b>	<b>276</b>	<b>106</b>	<b>2.6</b>	<b>3.0</b>	<b>26</b>	<b>16</b>	<b>50</b>	<b>47</b>	<b>39</b>	<b>50</b>	<b>6.6</b>	<b>25</b>	<b>5.9</b>	<b>5.3</b>
1 Angola	5.6	2.2	2.8	2.9	31	20	49	51	33	46	7.2	27	6.4	5.9
2 Mozambique	7.7	2.9	2.5	1.7	26	18	47	45	37	47	6.5	25	11.8	8.8
3 Afganistán	9.7	4.2	2.4	1.0	30	22	52	52	33	43	6.9	18	6.0	2.6
4 Sierra Leona	2.2	0.9	2.0	2.4	33	22	48	48	32	42	6.5	31	4.3	5.1
5 Guinea-Bissau	0.5	0.2	1.2	2.0	29	22	40	43	34	43	5.8	19	1.7	3.6
6 Guinea	3.3	1.3	1.9	2.6	31	21	53	51	34	44	7.0	25	6.6	5.6
7 Malawi	5.8	2.3	2.9	4.3	28	21	54	55	38	45	7.6	11	7.8	6.9
8 Mali	5.4	2.1	2.1	3.0	29	20	52	51	35	45	7.1	23	4.9	5.6
9 Niger	4.6	1.8	2.7	3.3	29	19	53	51	35	46	7.1	19	6.9	7.2
10 Chad	2.9	1.1	2.0	2.2	30	18	46	44	35	47	5.9	30	8.2	6.5
11 Etiopía	28.2	11.2	2.7	2.6	28	19	50	49	36	46	7.0	12	6.6	4.2
12 Somalia	5.1	2.0	2.7	2.6	28	19	50	50	36	46	7.0	24	6.1	3.6
13 Mauritania	1.1	0.4	2.3	2.7	28	18	48	46	35	47	6.5	44	12.4	7.3
14 Burkina Faso	4.9	1.9	2.0	2.6	28	18	49	47	36	48	6.5	14	3.4	8.5
15 Bhután	0.7	0.3	1.6	2.2	26	17	42	40	37	48	5.9	5	3.7	5.3
16 Zambia	4.8	1.6	3.1	3.5	22	17	50	47	42	45	6.5	42	7.1	4.0
17 Liberia	1.5	0.6	3.0	3.2	25	15	50	47	41	55	6.8	44	6.2	5.8
18 Uganda	10.4	4.1	2.9	2.9	21	21	50	51	43	43	7.3	11	4.1	5.4
19 Rwanda	4.3	1.7	3.3	3.1	22	18	50	52	42	47	8.5	5	6.3	4.8
20 Nigeria	62.5	23.4	2.5	3.3	24	14	52	46	40	52	6.6	34	4.8	5.9
21 Camboya	4.1	1.5	0.3	2.5	21	15	45	40	42	50	4.5	11	1.9	3.8
22 Senegal	3.9	1.5	2.5	2.8	27	17	50	44	37	49	6.2	39	4.1	3.9
23 Yemen	7.2	2.7	2.3	3.5	28	14	53	49	36	52	7.3	28	6.4	7.1
24 Burundi	3.1	1.2	1.9	2.9	23	17	46	46	41	48	6.8	5	1.8	5.1
25 Zaire	22.1	8.6	2.8	3.3	23	15	47	48	41	52	6.7	28	7.2	3.1
26 Rep. Centroafricana	1.6	0.6	1.8	2.6	26	18	43	45	39	47	6.2	46	4.8	4.6
27 Tanzania	15.4	6.0	3.3	3.4	23	15	51	48	41	51	6.8	20	8.7	6.8
28 Madagascar	6.8	2.6	2.5	3.2	24	13	48	46	41	55	6.6	23	5.7	5.8
29 Sudán	13.5	5.0	3.0	3.0	25	15	47	43	39	51	6.2	22	5.1	4.3
30 Gabón	0.5	0.2	3.5	3.6	24	16	31	41	41	53	5.2	44	4.2	6.0
31 Benin	2.7	1.1	2.7	2.9	33	18	47	49	35	46	7.1	37	10.2	4.8
32 Lac. R.D.P.	2.3	0.9	0.6	2.8	23	16	45	45	40	50	6.7	18	4.8	6.0
33 Nepal	10.0	3.4	2.4	2.7	26	14	46	39	38	53	5.6	10	5.1	7.9
34 Togo	2.0	0.8	3.0	3.0	26	13	48	45	39	54	6.6	28	7.2	5.2
35 Iraq	9.8	3.6	3.4	3.3	20	7	49	39	48	66	5.8	71	5.3	4.2
<b>Países con TMM5 alta</b>	<b>707</b>	<b>244</b>	<b>2.5</b>	<b>2.3</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	<b>44</b>	<b>32</b>	<b>44</b>	<b>59</b>	<b>4.2</b>	<b>30</b>	<b>4.1</b>	<b>3.8</b>
36 Lesotho	0.8	0.3	2.3	2.7	24	10	43	35	43	60	4.8	19	14.6	6.5
37 Haití	3.0	1.1	2.0	1.9	23	12	47	36	42	56	4.9	28	4.0	3.8
38 Ghana	8.3	3.0	2.2	3.3	19	12	48	42	45	55	6.1	34	3.4	4.3
39 Pakistán	61.8	22.5	3.1	3.2	23	11	49	42	43	58	6.3	31	4.3	4.6
40 Bangladesh	54.5	19.7	2.7	2.5	22	14	47	39	40	52	4.8	16	8.0	6.3
41 Côte d'Ivoire	7.4	2.9	4.2	3.8	25	15	53	50	39	52	7.4	40	8.7	5.3
42 India	343.7	115.9	2.3	2.1	21	10	43	30	44	60	4.0	25	3.6	3.1
43 Camerún	6.1	2.3	2.7	2.9	24	13	44	41	39	55	5.8	39	8.1	5.4
44 Bolivia	3.4	1.2	2.5	2.5	22	10	46	35	43	60	4.7	50	2.9	3.9
45 Namibia	0.8	0.3	1.0	3.0	22	11	45	43	42	58	6.0	27	1.9	5.1
46 Myanmar	18.4	6.5	2.3	2.1	21	12	42	33	44	57	4.3	25	2.8	2.5
47 Congo	1.2	0.5	2.7	2.9	23	15	45	45	42	52	6.3	40	3.5	4.2
48 Libia, Jamahiriya Árabe	2.6	1.0	4.6	4.0	19	8	49	43	47	62	6.5	81	9.7	5.6
49 Perú	9.0	3.0	2.8	2.2	19	8	47	30	48	64	3.7	69	4.1	3.0
50 Guatemala	5.0	1.8	2.8	2.9	19	8	49	39	46	64	5.5	39	3.6	3.5
51 Marruecos	11.6	4.0	2.5	2.6	21	9	50	33	47	63	4.5	45	4.2	3.7
52 Turquía	22.2	7.8	2.4	2.3	18	7	45	29	50	67	3.6	59	4.3	5.5
53 Zimbabwei	5.4	2.0	3.1	3.3	20	11	53	41	45	56	5.9	28	7.5	5.8
54 Indonesia	71.5	23.5	2.3	2.0	23	9	44	27	41	62	3.2	28	4.7	4.6
55 Botswana	0.7	0.2	3.5	3.2	20	10	52	39	46	60	5.2	24	15.4	8.2
56 Egipto	23.5	7.8	2.4	2.5	21	10	45	32	46	61	4.2	44	2.9	2.5
57 Ecuador	4.6	1.5	3.1	2.6	15	7	46	30	53	66	3.8	55	5.1	4.4
58 Mongolia	1.1	0.4	3.0	2.8	18	8	43	35	47	63	4.7	57	4.5	3.8
59 Nicaragua	2.1	0.8	3.1	2.8	19	7	51	41	47	65	5.2	59	4.6	4.0
60 Papua Nueva Guinea	1.8	0.6	2.3	2.3	23	11	44	34	41	55	5.0	15	8.4	4.3
61 Rep. Dominicana	3.0	1.0	2.7	2.3	16	6	50	29	52	67	3.5	59	5.3	4.0
62 Kenia	13.9	5.2	3.6	3.5	22	11	53	44	45	59	6.4	23	9.0	7.3
63 Honduras	2.7	1.0	3.2	3.4	19	7	51	38	46	65	5.1	43	5.5	5.3
64 Sudáfrica	16.9	5.8	2.4	2.5	17	9	42	32	49	62	4.2	49	2.6	2.8
<b>Países con TMM5 mediana</b>	<b>738</b>	<b>243</b>	<b>2.1</b>	<b>1.6</b>	<b>16</b>	<b>7</b>	<b>36</b>	<b>23</b>	<b>52</b>	<b>69</b>	<b>2.7</b>	<b>41</b>	<b>3.2</b>	<b>3.3</b>
65 Brasil	55.3	16.9	2.4	2.0	13	7	43	24	55	66	2.9	74	4.5	3.3
66 El Salvador	2.5	0.9	2.7	1.4	16	8	48	34	50	65	4.2	44	3.5	2.1
67 Irán, Rep. Islámica de	32.2	11.6	3.2	3.9	21	7	47	41	50	67	6.1	56	5.5	5.2
68 Argelia	12.5	4.3	3.1	2.9	20	7	51	34	47	65	5.0	51	3.8	4.6
69 Paraguay	2.0	0.7	2.8	3.0	9	6	43	34	64	67	4.4	47	3.2	4.4
70 Túnez	3.3	1.1	2.1	2.3	19	7	47	28	48	67	3.6	55	4.2	3.4

	Población (millones)		Tasa de crecimiento anual de la población %		Tasa bruta de mortalidad		Tasa bruta de natalidad		Esperanza de vida		Tasa global de fecundidad	Población urbana %	Tasa anual crecimiento de la población urbana %	
	1980	1991	1985-89	1990-91	1990	1991	1990	1991	1980	1991	1991	1991	1980-89	1990-91
71. Viet Nam	28.9	35.5	1.0	2.2	23	9	41	30	44	63	4.0	20	4.1	2.5
72. Siria	7.4	2.7	3.4	3.5	18	6	47	43	50	66	6.3	50	4.5	4.3
73. Jordania	2.2	0.8	2.6	3.2	23	8	50	39	47	67	5.8	67	5.3	4.5
74. Líbano	1.1	0.4	1.6	0.4	14	7	43	27	60	68	3.2	82	4.6	1.7
75. Filipinas	28.1	34.4	2.9	2.5	15	7	45	31	53	65	4.0	42	4.0	3.8
76. Venezuela	7.9	2.5	3.5	2.5	10	5	45	27	60	70	3.2	90	4.5	3.3
77. Arabia Saudí	7.8	2.8	4.6	4.5	23	5	49	36	44	69	6.5	76	8.5	5.9
78. Omán	0.9	0.3	3.6	4.3	28	5	51	41	40	69	6.8	11	8.1	8.1
79. México	35.7	11.9	3.1	2.3	13	6	45	29	57	70	3.3	72	4.5	3.2
80. Rumanía	5.6	1.8	1.1	0.4	9	11	20	16	65	70	2.2	53	3.4	1.3
81. Corea, Rep. Pop. Dem. de	7.3	2.7	2.7	1.8	13	5	42	24	54	71	2.4	60	4.6	2.3
82. Tailandia	18.2	5.8	2.7	1.5	15	6	44	21	52	69	2.3	21	4.6	4.2
83. URSS (anterior)	77.1	22.9	0.9	0.8	7	10	24	17	66	70	2.3	66	2.2	1.4
84. Albania	1.1	0.4	2.5	1.9	10	5	41	24	62	73	2.8	35	3.4	2.5
85. Panamá	0.9	0.3	2.6	2.1	10	5	41	25	61	73	3.0	52	3.4	2.7
86. Emiratos Árabes Unidos	0.5	0.2	16.1	4.3	19	4	46	22	53	71	4.6	80	18.9	5.5
87. Mauricio	0.3	0.1	1.6	1.1	10	7	44	19	59	70	2.0	41	4.0	0.7
88. China	357.2	120.4	2.2	1.5	19	7	37	21	47	70	2.3	25	2.6	4.4
89. Uruguay	0.8	0.3	0.4	0.6	10	10	22	17	66	72	2.4	88	0.7	1.0
90. Argentina	10.4	3.3	1.6	1.3	9	9	24	21	65	71	2.8	86	2.2	1.7
91. Trinidad y Tobago	0.5	0.1	1.3	1.3	9	6	38	24	63	71	2.8	65	5.0	1.6
92. Yugoslavia (anterior)	5.6	1.6	0.9	0.6	10	9	23	14	63	72	1.9	55	3.0	2.7
93. Bulgaria	1.8	0.5	0.5	0.1	9	12	18	13	68	72	1.9	67	2.8	1.1
94. Chile	4.6	1.5	1.8	1.7	13	6	37	23	57	72	2.7	64	2.6	2.1
95. Sri Lanka	5.9	1.8	1.8	1.5	9	6	36	21	62	71	2.5	21	2.3	1.5
96. Colombia	12.3	3.9	2.2	1.9	12	6	45	25	57	69	2.7	69	3.5	2.8
<b>Países con TMM5 baja</b>	<b>213</b>	<b>67</b>	<b>0.9</b>	<b>0.7</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>66</b>	<b>76</b>	<b>1.8</b>	<b>75</b>	<b>1.7</b>	<b>1.0</b>
97. Malasia	8.0	2.7	2.5	2.6	15	5	44	30	54	70	3.7	42	4.5	4.6
98. Jamaica	0.8	0.3	1.5	1.2	9	6	39	23	63	73	2.5	51	3.4	2.4
99. Costa Rica	1.3	0.4	2.6	2.8	10	4	47	27	62	76	3.2	47	3.7	3.7
100. Hungría	2.1	0.6	0.4	-0.1	10	14	16	12	68	70	1.8	63	1.8	1.0
101. Polonia	9.8	2.7	0.8	0.7	8	10	24	15	67	71	2.1	61	1.8	1.3
102. Kuwait	0.7	0.2	7.0	3.6	10	2	44	28	60	75	3.8	95	8.2	4.1
103. Cuba	2.7	0.9	1.5	0.9	9	7	31	17	64	76	1.9	73	2.7	1.7
104. Checoslovaquia	3.6	1.1	0.5	0.2	10	11	17	14	70	72	2.0	76	1.9	1.5
105. Israel	1.8	0.6	2.8	2.1	6	7	27	22	69	76	2.9	91	3.5	2.5
106. Portugal	2.0	0.6	0.6	0.1	11	10	24	12	63	74	1.5	33	2.0	1.4
107. EE.UU.	61.2	20.3	1.0	0.9	9	9	23	16	70	76	2.0	75	1.2	1.1
108. Grecia	1.9	0.5	0.7	0.5	8	10	19	10	69	77	1.5	62	2.5	1.3
109. Irlanda	0.9	0.2	1.2	0.3	12	9	21	15	70	75	2.2	57	2.2	0.6
110. Singapur	0.7	0.2	1.6	1.1	8	5	38	16	64	74	1.7	100	1.6	1.1
111. Bélgica	1.9	0.6	0.3	0.1	12	11	17	12	70	76	1.6	96	0.5	0.2
112. Australia	4.2	1.4	1.8	1.5	9	8	22	15	71	77	1.9	85	0.2	1.4
113. Italia	9.6	2.9	0.6	0.2	10	10	18	10	69	77	1.3	69	1.0	0.6
114. Nueva Zelanda	0.9	0.3	1.3	0.9	9	8	26	17	71	75	2.1	84	1.5	0.9
115. Corea, Rep. de	11.3	3.5	1.9	1.2	14	6	43	16	54	70	1.7	70	5.7	3.6
116. Canadá	6.3	2.0	1.3	1.1	8	8	26	14	71	77	1.8	77	1.5	1.3
117. Alemania	14.8	4.6	0.2	0.2	12	11	17	11	70	76	1.5	85	0.9	0.5
118. Dinamarca	0.9	0.3	0.5	0.1	9	12	17	12	72	75	1.7	85	1.1	0.2
119. Suiza	1.3	0.4	0.5	0.6	10	10	18	12	71	76	1.6	61	1.2	1.4
120. Francia	12.2	3.8	0.7	0.5	12	10	18	14	70	77	1.8	73	2.7	0.4
121. Reino Unido	12.1	4.0	0.2	0.2	12	11	17	14	71	76	1.9	89	0.5	0.2
122. Austria	1.5	0.5	0.3	0.2	12	11	18	12	69	76	1.5	58	0.1	0.9
123. España	7.3	2.1	1.0	0.4	9	9	21	11	69	77	1.4	78	2.4	1.1
124. Hong Kong	1.2	0.4	2.1	1.2	7	6	35	13	66	77	1.4	94	2.3	1.5
125. Países Bajos	3.1	1.0	0.9	0.6	8	9	21	13	73	77	1.7	89	1.5	0.6
126. Noruega	0.9	0.3	0.6	0.4	9	11	18	14	73	77	1.9	74	5.0	1.0
127. Finlandia	1.0	0.3	0.3	0.4	9	10	19	13	68	75	1.8	60	2.5	0.4
128. Japón	27.8	6.9	1.2	0.5	8	7	18	11	68	79	1.7	77	2.1	0.7
129. Suecia	1.7	0.6	0.5	0.3	10	11	15	14	73	78	2.0	84	1.0	0.4
<b>Agrupaciones regionales</b>														
Países menos desarrollados	270	102	2.6	2.7	25	16	48	44	39	50	6.0	19	6.4	5.2
Países en desarrollo	165	57.4	2.4	2.1	20	8	42	30	46	61	3.7	33	4.0	3.9
Países desarrollados	277	86	0.6	0.6	9	10	21	14	69	74	1.9	73	1.7	1.0
África Subsahariana	281	107	2.7	3.0	24	15	48	46	40	51	6.5	28	6.7	5.2
África del Norte y Oriente Medio	150	56	2.9	3.0	21	8	47	36	47	63	5.0	52	4.9	4.6
Asia meridional	486	168	2.4	2.2	21	11	44	33	43	58	4.4	24	3.9	3.5
Asia oriental y Pacífico	560	188	2.2	1.7	19	7	39	23	47	68	2.6	28	3.3	4.1
América Latina y el Caribe	171	55	2.5	2.1	13	7	42	26	56	67	3.2	71	4.0	3.0

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5), columna en negritas. Los datos que aparecen en las filas coloreadas son totales o medias ponderadas.

# TABLA 6: INDICADORES ECONÓMICOS

	PIB per cápita (1980)	Tasa media anual de crecimiento PIB per cápita %		Tasa de inflación % 1980-1985	Posición por déficit del nivel de pobreza absoluta %		% Gasto Gobierno central apropiado a (1980-81)			Paga de ADI en millones de dólares 1980	Paga de AOD PIB por cabeza 1980	Servicio de la deuda en % exportación bienes y servicios	
		1980-81	1980-85		1980-1985	urbana	rural	total	educación			defensa	1970
<b>Países con TMM5 muy alta</b>	<b>355</b>	<b>2.4</b>	<b>-0.8</b>	<b>24</b>			<b>3</b>	<b>9</b>		<b>12723</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>15</b>
1 Angola	610*		6.1				6	15	34	211			
2 Mozambique	80		-4.1	37	50	67	5	10	35	923	76		5
3 Afganistán	280*	0.6			18*	36*				172			
4 Sierra Leona	240	0.7	-1.5	56		65*	6*	16*	4*	66	7	11	6*
5 Guinea-Bisáu	180	-2.7	1.7				1	3	4	118	67		27
6 Guinea	480	1.3						11	29	274	10		6
7 Malawi	200	3.2	-0.1	15	25	85	7	9	5	450	27	8	19
8 Malí	270	2.1*	1.2	3	27*	48*	4	17	17	462	20	1	7
9 Níger	310	-2.5	-4.5	3		35*				357	15	4	4
10 Chad	190	-1.9	3.3	1	30*	56*	8	8		314	26	4	2
11 Etiopía	120	0.4	-1.2	2	60	65				871	14	11	31
12 Somalia	150	-0.1	-1.8	50	40*	70*	1	2	38	433	46	2	18*
13 Mauritania	500	-0.1	-1.8	9			4	23		207	21	3	8
14 Burkina Faso	330	1.7	1.4	5			5	14	18	305	10	7	5
15 Bután	190		7.4	8			5	12		42	15		
16 Zambia	420	-1.2	-2.9	42	25		7	9		430	13	6	11
17 Liberia	450*	0.5	5.2*			23*				94		8	
18 Uganda	220	-2.2	0.8	107			2	15	26	563	15	3	35
19 Rwanda	310	1.6	-2.2	4	30	90*	5	26		261	13	1	11
20 Nigeria	270	4.2	-3.0	18			1	3	3	214	1	4	20
21 Camboya										35			
22 Senegal	710	-0.5	0.0	7						724	14	3	15
23 Yemen	650*									390			17*
24 Burundi	210	2.4	1.3	4	55*	85*	4	16	16	259	23	2	41
25 Zaire	230	1.3	-1.5	61		80*	4	6	14	616	10	4	6
26 Rep. Centroafricana	390	0.8	-1.3	5		91				227	19	5	6
27 Tanzania	120	0.8	-0.7	26			6*	8*	16*	1156	42	5	18
28 Madagascar	230	-0.4	-2.3	17	50*	50*				375	14	4	34
29 Sudán	420*	0.8	1.8*	34*		85*				768		11	3
30 Gabón	3330	5.6	-2.8	-2						139	4	6	5
31 Benín	360	-0.3	-1.0	2			6	31	17	254	15	2	5*
32 Lab. R.D.P.	200		0.7							150	18		12
33 Nepal	170		1.8	9	55*	81*	5	11	6	363	12	3	14
34 Togo	410	1.7	-1.7	5	42*		6	20	11	205	14	3	10
35 Iraq	2340*									56			
<b>Países con TMM5 alta</b>	<b>525</b>	<b>2.6</b>	<b>1.8</b>	<b>23</b>	<b>32</b>	<b>37</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>20609</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>20</b>
36 Lesotho	470	6.8	-0.9	13	50*	50*	7	16	10	138	17	5	2
37 Haití	370	0.9	-2.3	7	65	80				176	7	59	3
38 Ghana	390	-0.8	-0.6	43	59	37	9	26	3	470	8	6	18
39 Pakistán	380	1.8	2.9	7	32*	29*	1	2	28	1108	3	24	17
40 Bangladesh	200	-0.3	1.0	10	86*	86*	5	11	10	2081	9		16
41 Côte d'Ivoire	730	2.8	-3.7	2	30	26	4			674	8	7	13
42 India	350	1.5	3.2	8	29	33	2	3	17	1550	1	22	20
43 Camerún	940	2.4	-0.3	6	15*	40*	3	12	7	475	4	3	13
44 Bolivia	620	1.7	-2.6	318			2	18	14	499	7	11	29
45 Namibia	1030*			13*			10	22	7	62			
46 Myanmar	220*	1.6			40*	40*	5	17	25	196		12	29*
47 Congo	1010	2.7	-0.2	1						208	9	12	15
48 Libia, Jamahiriya Árabe	5310*	0.0	-9.2	0						11			
49 Perú	1160	0.8	-2.0	234	46	83	5	16	11	366	2	12	5
50 Guatemala	900	3.0	-2.1	15	17	51	10	20	13	191	2	7	10
51 Marruecos	950	2.7	1.6	7	28*	45*	3	17	15	965	4	9	19
52 Turquía	1630	3.6	3.0	43			4	19	12	1259	1	22	25
53 Zimbabue	640	1.7	-0.8	11			8		17	336	5	2	19
54 Indonesia	570	5.2	4.1	8	20	16	2	8	8	1717	2	7	23
55 Botswana	2040	9.9	6.3	12	40	55	5	20	12	151	6	1	4
56 Egipto	600	2.8	2.1	12	34	34	3	13	13	5584	16	38	21
57 Ecuador	960	5.4	-0.8	37	40	85	7	25	12	142	1	9	27
58 Mongolia	780*			-1						11			
59 Nicaragua	830*	0.7	4.7*	432	21*	19*	11	9	50	316		11	3
60 Papúa Nueva Guinea	860		-0.5	5	10*	75*	9	15	5	376	11	1	17
61 Rep. Dominicana	620	3.8	-0.4	22	45*	43*	10	9	5	93	2	4	6
62 Kenia	370	3.1	0.3	9	10*	55*	5	20	8	989		6	21
63 Honduras	590	1.1	-1.2	5	31	70			7	445	15	3	32
64 Sudáfrica	2530	3.2	0.9	14									
<b>Países con TMM5 mediana</b>	<b>1465</b>	<b>4.2</b>	<b>1.4</b>	<b>94</b>			<b>7</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>6706</b>	<b>1</b>	<b>12</b>	<b>16</b>
65 Brasil	2680	6.3	0.6	254	9	34	7	5	4	161	0	13	15
66 El Salvador	1100	1.5	-0.6	17	20	32	8	16	25	344	6	4	20
67 Irán, Rep. Islámica de	2450	2.9	-0.8	14			9	22	14	66	0		
68 Argelia	2060	4.2	-0.3	7	20*					225	0	4	58
69 Paraguay	1110	4.1	-1.3	24	19*	50*	4	13	13	50	1	12	12
70 Túnez	1420	4.7	0.9	7	20*	15*	6	16	7	310	3	20	22

	PIB per cápita (dólares 1990)	Tasa media anual de crecimiento PIB por cápita %			Población por hab. del nivel de pobreza absoluta %		% Gasto Gobierno central asignado a:			Flujo de ACD en millones de dólares 1990	Flujo de ACD en % PIB por cápita 1990	Servicio de la deuda en % superficie terrestre y servicios	
		1985-89	1990-99	1990-1999	urbana	rural	salud	educación	defensa			1970	1990
		1980	1980-89	1990-1999	urbana	rural	salud	educación	defensa			1970	1990
71 Viet Nam	240*	..	..	..	..	..	..	..	..	164	..	..	..
72 Siria	990	5.1	-2.1	15	..	..	1	9	41	645	5	11	25
73 Jordania	1240	5.8*	-3.9	..	14*	17*	6	14	23	664	23	4	22
74 Líbano	2150*	..	..	..	..	..	..	..	..	136	..	..	..
75 Filipinas	730	3.2	-1.5	15	52	64	4	17	11	1266	3	8	16
76 Venezuela	2560	2.3	-2.0	19	..	..	10	20	6	76	0	3	17
77 Arabia Saudí	7050	4.0*	-5.6	-4	..	..	..	..	..	18	..	..	..
78 Omán	6220*	9.0	7.1	..	..	..	5	11	41	67	..	..	13
79 México	2490	3.6	-0.9	70	..	..	2	14	2	130	0	24	18
80 Rumania	1640	..	1.1	2	..	..	9	3	10	..	..	..	..
81 Corea, Rep. Pop. Dem. de	970*	..	..	..	..	..	..	..	..	6	..	..	..
82 Tailandia	1420	4.4	5.6	3	10	25	20	7	17	787	1	3	11
83 URSS (anterior)	4550*	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
84 Albania	790*	..	..	..	..	..	..	..	..	12	..	..	..
85 Panamá	1830	2.8	-2.0	2	21*	30*	16	19	6	93	2	6	3
86 Emiratos Árabes Unidos	19860	..	-7.2	1	..	..	7	15	44	4	0	..	..
87 Mauricio	2250	3.7	5.4	9	12*	12*	9	14	2	86	4	3	4
88 China	370	4.1	7.9	6	..	13	..	..	..	2004	1	..	9
89 Uruguay	2560	2.5	0.9	61	22	..	5	7	9	46	1	22	30
90 Argentina	2370	1.7	-1.8	395	..	..	2	9	9	173	0	22	25
91 Trinidad y Tabago	3470	3.1	-6.0	6	..	39*	..	..	..	10	0	5	13
92 Yugoslavia (anterior)	3060	5.2	-0.9	123	..	..	..	..	53	46	0	10	7
93 Bulgaria	2250	..	2.3	2	..	..	4	6	7	..	..	..	16
94 Chile	1940	0.0	1.1	21	12	20	6	10	6	89	0	19	15
95 Sri Lanka	470	2.8	2.4	11	..	..	7	10	7	659	8	11	10
96 Colombia	1240	3.7	1.1	25	32*	70	..	..	..	89	0	12	33
<b>Países con TMM5 baja</b>	<b>17580</b>	<b>..</b>	<b>2.5</b>	<b>5</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>2578</b>	<b>..</b>	<b>..</b>	<b>10</b>
97 Malasia	2340	4.7	2.5	2	13	38	..	..	..	467	1	4	10
98 Jamaica	1510	-0.1	-0.4	18	..	80	7	11	8	277	8	3	24
99 Costa Rica	1910	3.3	0.6	24	8	20	26	19	2	228	4	10	21
100 Hungría	2780	5.1	1.5	9	..	..	8	3	4	..	..	..	43
101 Polonia	1690	..	1.2	54	..	..	..	..	..	..	..	..	4
102 Kuwait	16150*	0.6*	-2.2	-3	..	..	8	14	20	4	..	..	..
103 Cuba	1170*	..	..	..	..	..	23	10	..	29	..	..	..
104 Checoslovaquia	3140	..	1.3	2	..	..	..	2	7	..	..	..	9
105 Israel	10920	3.7	1.5	101	..	..	4	10	25	1374	3	3	..
106 Portugal	4900	4.6	2.4	18	..	..	..	..	6	67	0	7	16
107 EE.UU.	21790	1.8	2.2	4	..	..	14	2	23	..	..	..	..
108 Grecia	5990	4.8	1.5	18	..	..	..	..	..	36	0	9	..
109 Irlanda	9550	2.8	1.1	7	..	..	13	13	3	..	..	..	..
110 Singapur	12310	8.3	5.7	2	..	..	5	18	22	-4	0	1	..
111 Bélgica	15540	3.6	1.2	4	..	..	12	2	5	..	..	..	..
112 Australia	17000	2.2	1.7	7	..	..	13	7	9	..	..	..	..
113 Italia	16830	3.2	2.2	10	..	..	11	8	4	..	..	..	..
114 Nueva Zelanda	12680	1.7	0.6	10	..	..	12	12	4	..	..	..	..
115 Corea, Rep. de	5400	7.3	8.9	18	18*	11*	2	20	26	53	0	20	6
116 Canadá	20470	3.3	2.4	4	..	..	6	3	7	..	..	..	..
117 Alemania	22320*	3.0*	2.2*	3*	..	..	19	1	8	..	..	..	..
118 Dinamarca	22080	2.2	2.1	6	..	..	1	9	5	..	..	..	..
119 Suiza	32680	1.5	1.7	4	..	..	13*	3*	10*	..	..	..	..
120 Francia	19490	3.7	1.7	6	..	..	15	7	7	..	..	..	..
121 Reino Unido	16100	2.0	2.5	6	..	..	15	3	12	..	..	..	..
122 Austria	19060	4.0	2.0	4	..	..	13	9	3	..	..	..	..
123 España	11020	4.1	2.7	9	..	..	13	6	6	..	..	..	..
124 Hong Kong	11540	6.2	5.5	7	..	..	..	17	..	48	0	..	..
125 Países Bajos	17320	2.7	1.4	2	..	..	12	11	5	..	..	..	..
126 Noruega	23120	3.6	2.7	6	..	..	10	9	8	..	..	..	..
127 Finlandia	26040	3.6	3.1	7	..	..	11	14	5	..	..	..	..
128 Japón	25430	5.1	3.5	2	..	..	..	..	..	..	..	..	..
129 Suecia	23660	2.0	1.8	7	..	..	1	9	6	..	..	..	..
<b>Agrupaciones regionales</b>													
Países menos desarrollados	240	-0.1	0.1	23	55	70	5	13	16	13894	15	7	10
Países en desarrollo	805	3.7	2.2	62	27	31	5	12	12	43082	2	12	16
Países desarrollados	14710	..	2.4	5	..	..	14	4	14	1534	..	..	..
África Subsahariana	490	2.5	-0.9	17	..	62	4	12	11	14316	10	5	14
África del Norte y Oriente Medio	1975	3.8	-1.4	12	..	..	6	18	18	11392	2	..	28
Asia meridional	335	1.5	3.0	8	33	39	2	4	18	5995	2	21	18
Asia oriental y Pacífico	650	..	6.8	9	..	17	..	15	14	7336	1	..	11
América Latina y el Caribe	2105	4.1	-0.3	190	18	49	6	10	5	4043	0	14	18

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5), columna en negritas. Los datos que aparecen en las filas coloristas son totales o medias ponderadas.

**TABLA 7: SITUACIÓN DE LA MUJER**

	Estrato de vida lingüística promedio % 1981	Tasa de alfabetización femenina promedio % 1980	Tasa de mortalidad		Prevalencia de anemias % 1980-1982	Morbilidad embrazada promedio % 1980-1981	Parto prematuro por gestación espontánea % 1981-1983	Tasa de mortalidad materna 1981-1982
			Primaria por 1000 % 1985-1988	Secundaria por 1000 % 1985-1988				
<b>Países con TMM5 muy alta</b>	<b>106</b>	<b>62</b>	<b>74</b>	<b>58</b>	<b>6</b>	<b>28</b>	<b>33</b>	<b>640</b>
1 Angola	107	52	84	53	1*	36	15	..
2 Mozambique	107	47	78	57	4	30	28	300
3 Afganistán	102	32	52	45	2*	9	9	640
4 Sierra Leona	108	35	62	48	4	77	25	450
5 Guinea-Bisau	108	48	55	44	1*	35	27	700*
6 Guinea	102	37	46	36	1*	25	25	800
7 Malawi	103	..	82	50	7	76	45	170
8 Malí	107	59	59	44	5	9	32	2000
9 Egipto	107	43	56	38	1*	44	47	700
10 Chad	107	43	44	25	1*	4	15	960
11 Etiopía	107	..	65	71	2	6	14	..
12 Somalia	107	39	50	54	1	5	2	1100
13 Mauritania	107	45	70	45	4	40	20	..
14 Burkina Faso	107	32	61	56	1	26	30	810
15 Bhután	103	49	65	29	2	43	7	1310
16 Zambia	103	80	92	58	1*	68	38	150
17 Liberia	105	58	56	..	6	20*	58	..
18 Uganda	106	56	83	50	5	21	38	300
19 Rwanda	107	58	99	67	10	88	22	210*
20 Nigeria	107	65	82	73	6	26	37	800
21 Camboya	106	46	..	44	..	22	47	500
22 Senegal	104	48	73	52	11	33	41	600
23 Yemen	101	49	30	17	..	8	12	..
24 Burundi	107	66	78	60	9	56	19	..
25 Zaire	107	73	75	50	1*	29	..	800
26 Rep. Centroafricana	111	48	61	38	..	87	66	600
27 Tanzania	106	95	98	80	8	40	60	340*
28 Madagascar	106	83	96	90	..	17	62	570
29 Sudán	105	28	71*	74	9	16	69	550
30 Gabón	107	66	..	..	..	86	80	190
31 Benin	107	50	51	39	9	83	45	160*
32 Lac. R.D.P.	106	..	80	71	..	3	..	..
33 Nepal	98	34	51	40	14	17	6	830
34 Togo	107	55	63	30	34	61	15	420
35 Iraq	105	70	84	64	18	45	50	125*
<b>Países con TMM5 alta</b>	<b>103</b>	<b>62</b>	<b>80</b>	<b>64</b>	<b>39</b>	<b>65</b>	<b>35</b>	<b>440</b>
36 Lesotho	109	..	116	148	5*	..	40	..
37 Haití	106	80	94	95	10	23	20	340
38 Ghana	107	73	82	61	13	9	55	1000
39 Pakistán	100	45	55	43	12	42	40	500
40 Bangladesh	99	47	64	48	31	78	5	600
41 Côte d'Ivoire	106	60	71	44	3	35	20	..
42 India	101	55	73	57	43	80	33	460
43 Camerún	106	65	86	65	16	35	45	430
44 Bolivia	108	84	90	86	30	52	54	600
45 Namibia	105	..	..	..	26	52	..	370*
46 Myanmar	106	81	94	92	13	61	57	460
47 Congo	110	63	..	38	..	60	..	900
48 Libia, Jamahiriya Árabe	106	67	..	..	..	18	76	80*
49 Perú	106	86	96	90	59	12	52	300
50 Guatemala	108	75	85	90	23	18	34	200
51 Marruecos	106	62	66	71	36	64	26	300*
52 Turquía	108	79	92	62	63	20	77	150
53 Zimbabue	106	81	97	86	43	60	60	..
54 Indonesia	106	74	96	83	48	52	32	450
55 Botswana	111	77	104	116	33	62	78	200
56 Egipto	104	54	66	78	38	71	35	320
57 Ecuador	107	95	99	104	53	5	58	170
58 Mongolia	104	..	103	109	..	..	99	140
59 Nicaragua	106	..	111	164	27	25	73	..
60 Papua Nueva Guinea	103	58	85	63	4	3	20	900
61 Rep. Dominicana	107	96	101	..	50	24	92	..
62 Kenia	107	74	96	70	27	37	50	170*
63 Honduras	107	93	101	129	41	18	90	220
64 Sudáfrica	110	..	..	..	48	..	..	83*
<b>Países con TMM5 mediana</b>	<b>107</b>	<b>80</b>	<b>93</b>	<b>87</b>	<b>66</b>	<b>54</b>	<b>87</b>	<b>100</b>
65 Brasil	109	96	..	131	66	62	96	200
66 El Salvador	110	92	101	100	47	19	50	..
67 Iran, Rep. Islámica de	102	66	88	71	23*	77	70	120
68 Argelia	103	86	85	87	36	27	15	140*
69 Paraguay	107	96	96	107	48	54	86	300
70 Túnez	103	76	87	78	50	40	68	50

	Esperanza de vida (hombr.) muñala	Tasa de alfabetización hombr. muñala	Tasa de escolarización		Prevalencia de aneurismas %	Mujeres embarazadas Tramés %	Paisa desarrolla por persona apropiada %	Tasa de mortalidad infante cada 1000
			Tasa de escolarización					
			Primaria hom. muc. %	Secundaria hom. muc. %				
71 Viet Nam	107	91	94	93	53	14	95	120
72 Siria	106	65	89	71	52	84	61	140
73 Jordania	106	79	101	98	35	47	87	48*
74 Líbano	106	83	90	98	55*	..	45	..
75 Filipinas	106	100	99	104	36	52	55	100
76 Venezuela	109	103	100	124	49*	..	69	..
77 Arabia Saudí	105	66	86	74	..	62	90	90
78 Omán	106	..	92	73	9	97	60	..
79 México	110	94	97	100	53	42	77	110
80 Rumania	109	..	99	110	58*	..	100	150
81 Corea, Rep. Pop. Dem. de	109	..	94	100	..	99	100	41
82 Tailandia	108	94	99	88	66	76	71	71
83 URSS (anterior)	114	..	101	..	..	..	..	21
84 Albania	109	..	99	85	..	..	99	..
85 Panamá	106	100	96	113	58	27	96	60
86 Emiratos Árabes Unidos	106	66	99	115	..	..	99	..
87 Mauricio	110	..	102	100	75	77	85	99
88 China	105	74	90	76	72	..	94	95
89 Uruguay	109	99	99	112	..	13	96	36
90 Argentina	110	99	107	113	74	..	87	140
91 Trinidad y Tobago	107	..	103	104	53	..	98	110
92 Yugoslavia (anterior)	108	91	99	96	55*	..	86	8
93 Bulgaria	109	..	98	103	76*	..	100	9
94 Chile	110	99	98	108	43*	..	96	67
95 Sri Lanka	106	90	97	107	62	50	94	80
96 Colombia	109	98	102	102	66	40	94	200
<b>Países con TMM5 baja</b>	<b>109</b>	<b>..</b>	<b>100</b>	<b>102</b>	<b>72</b>	<b>..</b>	<b>87</b>	<b>12</b>
97 Malasia	106	80	99	102	51	83	82	59
98 Jamaica	106	101	101	110	55	50	82	120
99 Costa Rica	106	100	98	102	70	68	93	36
100 Hungría	112	..	101	103	73	..	99	15
101 Polonia	113	..	100	104	75*	..	100	11
102 Kuwait	106	87	98	94	..	22	99	6
103 Cuba	105	98	95	112	70	88	90	39
104 Checoslovaquia	111	..	101	107	95*	..	100	10
105 Israel	105	..	103	109	..	..	99	3
106 Portugal	110	92	94	119	66*	..	90	10
107 EE.UU.	109	..	99	101	74	..	99	8
108 Grecia	107	91	101	96	..	..	97	5
109 Irlanda	108	..	101	110	..	..	..	2
110 Singapur	108	..	98	104	74	..	100	10
111 Bélgica	109	..	100	101	81	..	100	3
112 Australia	109	..	99	104	67*	..	99	3
113 Italia	109	98	100	100	78*	..	..	4
114 Nueva Zelanda	109	..	100	102	70*	..	99	13
115 Corea, Rep. de	109	95	103	97	77*	..	89	26
116 Canadá	109	..	100	101	73	..	96	5
117 Alemania	109	..	99	96	..	..	99	5
118 Dinamarca	108	..	101	101	63*	..	100	3
119 Suiza	109	..	..	..	71	..	99	5
120 Francia	111	..	97	108	79*	..	94	9
121 Reino Unido	107	..	101	104	72	..	100	8
122 Austria	109	..	99	102	71	..	..	8
123 España	108	96	98	111	59	..	96	5
124 Hong Kong	107	..	99	106	81	..	100	6
125 Países Bajos	109	..	103	97	76	..	100	10
126 Noruega	109	..	100	105	71*	..	..	3
127 Finlandia	111	..	100	117	80*	..	100	11
128 Japón	108	..	100	103	64	..	100	11
129 Suecia	108	..	100	104	78	..	100	5
<b>Agrupaciones regionales</b>								
Países menos desarrollados	104	62	76	55	12	42	27	590
Países en desarrollo	104	73	85	76	50	57	55	340
Países desarrollados	110	..	100	103	72	..	96	15
África Subsahariana	107	68	81	64	11	31	36	600
África del Norte y Oriente Medio	104	60	83	72	37	48	55	210
Asia meridional	101	54	73	56	38	73	30	490
Asia oriental y Pacífico	106	77	92	87	66	53	81	160
América Latina y el Caribe	109	95	99	111	58	47	80	180

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5), columna en negrita. Los datos que aparecen en las filas coloreadas son totales o medias ponderadas.

**TABLA 8: INDICADORES BÁSICOS DE LOS PAÍSES MENOS POBLADOS**

	Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (miles)	Crecimiento anual (miles)	Morbilidad infantil (0-1 años) (miles)	PIB per cápita (dólares)	Egresos de rifa al hogar (dólares)	Total global de alfabetización %	Estructura de la economía %	Ingreso medio anual (dólares)
	1990	1991	1990	1991								
1 Gambia	375	234	213	135	884	39.8	9.3	260	44	27	54	87
2 Guinea Ecuatorial	316	202	188	120	360	15.9	3.2	330	47	50	108*	79
3 Djibouti	...	181	186	115	453	21.2	3.4	1210*	48	12	47	79
4 Comoros	248	133	165	92	564	27.6	3.7	480	55	48*	75	87
5 Swazilandia	230	113	157	76	771	29.0	3.3	620	57	55*	104	80
6 Vanuatu	...	89	...	68	153	6.2	0.6	1060	65	53*	84*	66
7 Santo Tomé y Príncipe	...	89	...	68	121	4.2	0.4	420	67	57*	...	68
8 Kiribati	...	85	...	56	72	2.4	0.2	760	55	96	91	63
9 Maldivas	...	81	158	58	220	8.6	0.7	440	63	95	87	97
10 Guyana	126	69	100	50	601	20.7	1.4	370	65	92*	106	76
11 Cabo Verde	164	61	110	44	373	13.4	0.8	690	67	37*	115	76
12 Samoa	...	59	...	46	158	5.7	0.3	730	66	98	91*	87
13 San Cristóbal - Nevis	...	43	...	36	42	0.9	0.0	3330	70	90	...	99
14 Tuvalu	...	...	...	34*	12	...	...	650*	...	90	...	79
15 Surinam	96	37	70	30	430	11.4	0.4	3050	70	95	124	84
16 Granada	...	37	...	30	91	2.4	0.1	2120	70	96*	88*	96
17 Montserrat	...	35	...	29	11	0.3	0.0	3330*	71	97*	100*	99
18 Islas Salomón	...	...	120	28	331	12.5	...	510	70	15	65*	74
19 Qatar	239	35	145	28	440	10.4	0.4	15860	70	76	73	79
20 Islas Vírgenes Británicas	...	...	27*	17	17	0.2*	...	8500*	69*	96*	...	84
21 Estados Fed. de Micronesia	...	31	...	26	107	3.7	0.1	980*	71	63*	101*	12*
22 Bahamas	...	...	51	25	260	5.1	...	11420	72	70*	...	87*
23 Fiji	97	30	71	25	732	18.0	0.5	1770	71	79*	122	84
24 Islas Turcas y Caicos	...	...	25*	12	12	0.2	...	780*	...	98*	...	99
25 Belice	...	29*	...	23*	194	7.0	0.2	1970	68	93	90	74
26 Islas Marshall	...	...	23*	47	47	1.3*	...	...	74*	76*	107	25*
27 Palau	...	...	23*	15	15	0.5	...	790*	74*	75	98*	100
28 San Vicente y Granadinas	...	26	...	22	108	2.5	0.1	1610	71	82	95*	99
29 Tonga	...	26	...	22	97	3.1	0.1	1010	67	78	100*	63*
30 Antigua	...	23	...	19	66	1.3	0.0	4600	74	95	100	89
31 Santa Lucía	...	22	...	18	135	4.0	0.1	1900	72	82*	95*	82
32 Seychelles	...	21	...	17	71	1.6	0.0	4670	71	88	102*	89
33 Dominica	...	20	...	16	72	1.7	0.0	1940	75	94*	100	98
34 Islas Cook	...	...	15*	17	17	0.4*	...	1550*	...	75	100	100
35 Bahrein	208	18	130	14	518	13.7	0.2	6380	71	77	110	85
36 Malta	42	17	37	11	356	5.4	0.1	6610	76	88	108	80
37 Barbados	90	12	74	11	258	4.1	0.0	6540	75	96	110*	87
38 Chipre	36	11	30	10	709	12.4	0.1	6040	77	89*	103	74
39 Brunei Darussalam	...	10	63	8	284	6.4	0.1	20760*	74	78*	...	99
40 Luxemburgo	41	9	33	7	375	4.5	0.0	28730	75	...	...	80
41 Islandia	22	7	17	6	257	4.5	0.0	21400	78	...	101	99

**TABLA 9: NUEVOS PAÍSES INDEPENDIENTES**

	Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)	Población total (miles)	Población urbana (%)	Población menor 15 años (%)	Número anual de nacimientos (miles)	% de la fuerza de trabajo con educación completa (1980-91)		PIB per cápita (dólares)	Egresos de rifa al hogar (dólares)	Tasa global de alfabetización	Tasa de mortalidad infantil
	1990	1990	1980-90	1980-90	(miles)	país	comparación	1989	1988-90	1985-90	1990
<b>URSS (anterior)</b>											
1 Turkmenistán	94	3.7	47	43	126	84	68	3170	65	4.4	55
2 Tayikistán	72	5.3	33	44	203	90	89	2060	70	5.2	39
3 Uzbekistán	64	20.5	42	41	688	61	81	2430	69	4.1	43
4 Kirguistán	54	4.4	38	27	127	72	91	2950	68	3.9	43
5 Kazajistán	44	16.7	57	33	362	86	94	3890	69	2.9	53
6 Azerbaiyán	44	7.2	54	33	180	93	91	3670	70	2.8	29
7 Armenia	35	3.3	68	30	79	96	92	4750	71	2.7	35
8 Moldavia	33	4.4	47	24	77	92	95	4470	68	2.5	34
9 Georgia	32	5.5	55	25	93	80	74	4270	72	2.3	55
10 Ucrania	22	51.9	67	16	659	81	88	4720	71	2.0	33
11 Rusia, Fed.	22	148.3	74	22	1987	75	79	6700	70	2.0	49
12 Bielorrusia	20	10.3	66	22	143	90	96	6170	72	2.1	25
13 Estonia	14	1.6	72	24	23	70	86	6200	71	2.1	...
14 Letonia	11	2.7	71	23	39	89	96	6360	71	2.0	...
15 Lituania	10	3.7	69	24	57	80	66	5830	72	2.0	...
<b>Yugoslavia (anterior)</b>											
16 Bosnia y Herzegovina	15	4.4	...	...	64	...	...	2290	71	1.7	25
17 Croacia	10	4.8	56	...	56	...	...	4440	71	1.7	4
18 Eslovenia	8	2.0	...	...	24	96	90	7630	72	1.6	4

Notas: 1. Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad infantil (0-1 años) en 1990. 2. Para los países de la antigua URSS, el PIB per cápita en rublos se ha convertido en dólares de los EE.UU. a la tasa de cambio operacional de las Naciones Unidas. 3. Sólo se incluyen los nuevos países independientes que son miembros de las Naciones Unidas.



# Medición del desarrollo humano

---

## Introducción a la tabla 10

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

En la tabla 10 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 maternoinfantil (incluida atención prenatal); nivel de ingresos y disponibilidad de alimentos de la familia; acceso a agua potable y saneamiento eficaz; y grado de seguridad del medio ambiente infantil.

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

Por todas estas razones, el UNICEF ha elegido la TMM5 como el indicador individual más representativo del estado de la infancia de un país. En conse-

cuencia, las tablas estadísticas anexas ordenan los países según el orden descendente de las tasas de mortalidad de menores de cinco años y no en el orden ascendente de su PNB per cápita.

## Indicador del ritmo de progreso

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

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

Como muestra la tabla 10, 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 10: RITMO DE PROGRESO**

	Tasa de mortalidad de menores de cinco años						PIB per cápita		Tasa global de educación				
	Tasa media anual de reducción (%)						Tasa media anual de crecimiento (%)		Tasa media anual de educación (%)				
	1980	1985	1991	1980-85	1985-91	Temperatura 1991-2000	1980-85	1985-91	1980	1985	1991	1980-85	1985-91
<b>Países con TMMS muy alta</b>	<b>283</b>	<b>222</b>	<b>197</b>	<b>1.1</b>	<b>1.0</b>	<b>11.7</b>	<b>2.4</b>	<b>-1.8</b>	<b>6.6</b>	<b>6.8</b>	<b>6.6</b>	<b>-0.1</b>	<b>0.2</b>
1 Angola	345	261	232	1.4	-1.0	15.9	...	6.1	6.4	6.9	7.7	-0.4	-0.4
2 Mozambique	331	269	202	1.0	-0.7	15.9	...	-4.1	6.3	6.5	6.5	0.7	0.0
3 Afganistán	360	280	257	1.3	0.8	14.5	0.6	...	6.9	7.1	6.9	-0.1	0.3
4 Sierra Leona	385	301	253	1.2	1.6	14.3	0.7	-1.5	6.2	6.5	6.5	-0.2	0.0
5 Guinea-Bissau	336	290	242	0.7	1.6	13.8	-2.7	1.7	5.1	5.7	5.8	-0.6	-0.7
6 Guinea	337	276	234	1.0	1.5	13.4	1.3	...	7.0	7.0	7.0	0.0	0.0
7 Malawi	365	290	226	1.2	2.2	13.1	3.2	0.1	6.9	7.6	7.6	0.5	0.0
8 Malí	400	310	225	1.3	2.9	13.0	2.1*	1.2	7.1	7.1	7.1	0.0	0.0
9 Níger	321	259	218	1.1	1.6	12.6	-2.5	-4.5	7.1	7.1	7.1	0.0	0.0
10 Chad	326	254	213	1.2	1.6	12.4	-1.9	3.3	6.0	5.9	5.9	0.1	0.0
11 Etiopía	294	260	212	0.6	1.9	12.3	0.4	-1.2	6.7	6.8	7.0	-0.1	-0.3
12 Somalia	294	246	211	0.9	1.4	12.3	-0.1	-1.8	7.0	7.0	7.0	0.0	0.0
13 Mauritania	321	249	209	1.3	1.6	12.2	-0.1	-1.8	6.5	6.5	6.5	0.0	0.0
14 Burkina Faso	363	264	206	1.8	1.9	12.0	1.7	1.4	6.4	6.5	6.5	-0.1	0.0
15 Bután	324	249	205	1.3	1.8	11.9	...	7.4	6.0	5.9	5.9	0.1	0.0
16 Zambia	220	180	200	1.6	-2.0	11.7	-1.2	-2.9	6.6	7.1	6.5	-0.4	0.8
17 Liberia	310	244	200	1.2	1.8	11.7	0.5	5.2*	6.6	6.8	6.8	-0.1	0.0
18 Uganda	223	190	190	0.8	0.0	11.1	-2.2	0.8	6.9	7.0	7.3	-0.1	-0.4
19 Rwanda	256	219	189	0.8	1.3	11.0	1.6	-2.2	7.5	8.5	8.5	-0.6	0.0
20 Nigeria	212	196	168	0.4	0.4	11.0	4.2	-3.0	6.8	6.9	6.6	-0.1	0.4
21 Camboya	217	330	188	-2.1	5.1	11.0	...	...	6.3	4.5	4.5	1.7	0.0
22 Senegal	299	232	182	1.3	2.2	10.6	-0.5	0.0	7.0	6.9	6.2	0.1	1.0
23 Yemen	378	236	182	2.4	2.4	10.6	...	...	7.5	7.7	7.3	-0.1	0.5
24 Burundi	260	207	181	1.1	1.2	10.6	2.4	1.3	6.8	6.8	6.8	0.0	0.0
25 Zaire	300	203	180	2.0	1.1	10.5	-1.3	-1.5	6.0	6.6	6.7	-0.5	-0.1
26 Rep. Centroafricana	294	202	180	1.9	1.0	10.5	0.8	1.3	5.6	6.0	6.2	-0.3	-0.3
27 Tanzania	249	202	178	1.0	1.1	10.4	0.8	0.7	6.8	6.8	6.8	0.0	0.0
28 Madagascar	364	216	173	2.6	2.0	10.1	-0.4	-2.3	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0
29 Sudán	292	210	169	1.6	3.0	9.8	0.8	1.8*	6.7	6.6	6.2	0.1	0.6
30 Gabón	287	194	161	2.0	1.7	9.3	5.6	-2.6	4.1	4.4	5.2	-0.4	-1.5
31 Benin	310	176	149	2.8	1.5	8.4	-0.3	-1.0	6.9	7.1	7.1	-0.1	0.0
32 Lao, R.D.P.	233	190	148	1.0	2.3	8.3	...	0.7	6.2	6.7	6.7	-0.4	0.0
33 Nepal	298	185	147	2.4	2.1	8.2	...	1.8	5.8	6.4	5.6	-0.5	1.2
34 Togo	305	184	144	2.5	2.2	8.0	1.7	1.7	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0
35 Iraq	171	83	143	3.6	-4.9	7.9	...	...	7.2	6.5	5.8	-0.5	1.0
<b>Países con TMMS alta</b>	<b>231</b>	<b>165</b>	<b>116</b>	<b>1.6</b>	<b>3.1</b>	<b>6.2</b>	<b>2.6</b>	<b>1.8</b>	<b>6.1</b>	<b>5.1</b>	<b>4.2</b>	<b>0.9</b>	<b>1.8</b>
36 Lesotho	210	165	137	1.2	1.7	7.5	6.8	-0.9	5.8	5.8	4.8	0.7	1.4
37 Haití	270	195	137	1.6	3.2	7.5	0.9	-2.3	6.3	5.3	4.9	0.9	0.7
38 Ghana	224	166	137	1.5	1.7	7.5	-0.8	-0.6	6.9	6.5	6.1	0.3	0.6
39 Pakistán	221	152	134	1.9	1.1	7.2	1.8	2.9	6.9	7.0	6.3	-0.1	1.0
40 Bangladesh	247	211	133	0.8	4.2	7.1	0.3	1.0	6.7	6.4	4.8	0.7	2.6
41 Côte d'Ivoire	300	180	127	2.6	3.2	6.6	2.8	3.7	7.2	7.4	7.4	-0.1	0.0
42 India	236	177	126	1.4	3.1	6.5	1.5	3.2	5.9	4.8	4.0	1.0	1.7
43 Camerún	270	170	126	2.3	2.7	6.5	2.4	-0.3	5.8	6.4	5.8	-0.5	0.9
44 Bolivia	282	180	126	2.2	3.2	6.5	1.7	2.6	6.7	5.8	4.7	0.7	1.9
45 Namibia	248	161	120	2.2	2.7	6.0	...	...	6.0	6.0	6.0	0.0	0.0
46 Myanmar	237	146	117	2.4	2.0	5.7	1.6	...	6.0	5.1	4.3	0.8	1.6
47 Congo	220	125	110	2.8	1.2	5.0	2.7	-0.2	5.9	6.3	6.3	0.3	0.0
48 Libia, Jamahiriya Árabe	269	150	108	2.9	3.0	4.8	0.0	-9.2	7.1	7.3	6.5	0.1	1.1
49 Perú	240	145	97	2.5	3.7	4.5	0.8	-2.0	6.9	5.0	3.7	1.6	2.7
50 Guatemala	220	140	92	2.3	3.8	4.5	3.0	-2.1	6.9	6.3	5.5	0.5	1.2
51 Marruecos	265	145	91	3.0	4.2	4.5	2.7	1.6	7.2	5.7	4.5	1.2	2.1
52 Turquía	216	141	89	2.1	4.2	4.5	3.6	3.0	6.3	4.3	3.6	1.9	1.6
53 Zimbabue	181	125	88	1.9	3.2	4.5	1.7	0.8	7.5	6.4	5.5	0.8	1.4
54 Indonesia	215	131	86	2.5	3.6	4.5	5.7	4.1	5.5	4.4	3.2	1.1	2.9
55 Botswana	169	108	85	2.2	2.2	4.5	9.9	6.3	6.8	6.8	5.2	0.0	2.4
56 Egipto	260	179	85	1.9	6.8	4.5	2.8	2.1	7.0	5.2	4.7	1.5	1.9
57 Ecuador	184	107	82	2.7	2.4	4.5	5.4	0.8	6.9	5.1	3.8	1.5	2.7
58 Mongolia	185	112	82	2.5	2.8	4.5	...	...	6.0	5.4	4.7	0.5	1.3
59 Nicaragua	209	143	81	1.9	5.2	4.5	-0.7	4.7*	7.4	6.2	5.2	0.9	1.6
60 Papúa Nueva Guinea	248	95	79	4.6	1.7	4.5	...	0.5	6.3	5.7	5.0	0.5	1.2
61 Rep. Dominicana	200	102	76	3.4	2.7	4.5	3.8	-0.4	7.4	4.5	3.5	2.5	2.3
62 Kenia	202	112	75	2.9	3.6	4.5	3.1	0.3	8.0	7.8	6.4	0.1	1.8
63 Honduras	230	120	73	3.3	4.5	4.5	1.1	-1.2	7.3	6.4	5.1	0.7	2.1
64 Sudáfrica	126	91	72	1.6	2.1	4.5	3.2	-0.9	6.5	4.9	4.2	1.4	1.4
<b>Países con TMMS mediana</b>	<b>174</b>	<b>69</b>	<b>36</b>	<b>4.4</b>	<b>5.8</b>	<b>4.5</b>	<b>4.2</b>	<b>1.4</b>	<b>5.1</b>	<b>3.2</b>	<b>2.7</b>	<b>2.4</b>	<b>1.7</b>
65 Brasil	179	93	67	3.3	3.0	4.5	6.3	0.6	6.2	4.0	2.9	2.2	2.9
66 El Salvador	210	120	67	2.8	5.3	4.5	1.5	-0.6	6.8	5.4	4.2	1.2	2.3
67 Irán, Rep. Islámica de	233	126	62	3.1	6.4	4.5	2.9	0.8	7.2	6.5	6.1	0.5	0.5
68 Argelia	243	145	61	2.6	7.9	4.5	4.2	-0.3	7.3	6.8	5.0	0.4	2.8
69 Paraguay	103	70	59	1.9	1.6	4.5	4.1	-1.3	5.8	4.9	4.4	1.6	1.0
70 Túnez	254	103	58	4.5	5.2	4.5	4.7	0.9	7.1	5.3	3.6	1.5	3.5

	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	1985	1991	1980-85	1980-91	1991-2000	1985-89	1990-95	1980	1985	1991	1980-85	1985-91
71 Viet Nam	219	106	57	3.7	6.4	4.5	..	..	6.0	5.1	4.0	0.8	2.2
72 Siria	217	86	47	4.6	5.5	4.5	5.1	-2.1	7.3	7.1	6.3	-0.1	1.5
73 Jordania	180	75	46	4.4	4.4	4.5	5.8*	-3.9	7.7	7.1	5.8	0.4	1.8
74 Líbano	91	62	46	1.9	2.7	4.5	..	..	6.3	4.0	3.2	2.3	2.0
75 Filipinas	128	79	46	2.4	4.9	4.5	3.2	-1.5	6.8	4.9	4.0	1.6	1.8
76 Venezuela	114	50	43	4.1	1.4	4.5	2.3	-2.0	6.5	4.2	3.2	2.2	2.5
77 Arabia Saudí	292	90	43	5.9	6.7	4.5	4.0*	-5.6	7.2	7.3	6.5	0.1	1.1
78 Omán	378	100	42	6.6	7.9	4.5	9.0	7.1	7.2	7.2	6.8	0.0	0.5
79 México	138	61	37	2.7	7.1	4.5	3.6	-0.9	6.8	4.7	3.8	1.8	3.2
80 Rumania	82	36	34	4.1	0.5	4.5	..	1.1	2.3	2.4	2.2	-0.2	0.8
81 Corea, Rep. Pop. Dem. de	120	43	34	5.1	2.1	4.5	..	..	5.8	3.1	2.4	3.1	2.3
82 Tailandia	145	61	33	4.4	5.6	4.5	4.4	5.6	6.4	3.6	2.3	2.9	4.1
83 URSS (anterior)	53	37	31	1.8	1.6	4.5	..	..	2.7	2.3	2.3	0.8	0.0
84 Albania	151	57	31	4.9	5.5	4.5	..	..	5.9	3.8	2.8	2.2	2.8
85 Panamá	105	42	30	4.6	3.1	4.5	2.8	-2.0	5.9	3.8	3.0	2.2	2.1
86 Emiratos Árabes Unidos	239	43	29	8.6	3.6	4.5	..	-7.2	6.9	5.4	4.6	1.2	1.5
87 Mauricio	104	42	28	4.5	3.7	4.5	3.7	5.4	5.9	2.8	2.0	3.7	3.1
88 China	206	63	27	5.9	7.7	4.5	4.1	7.9	5.7	2.7	2.3	3.7	1.5
89 Uruguay	57	43	24	1.4	5.3	4.5	2.5	-0.9	2.9	2.7	2.4	0.4	1.1
90 Argentina	70	41	24	2.7	4.9	4.5	1.7	-1.8	3.1	3.3	2.6	0.3	1.5
91 Trinidad y Tobago	69	40	23	2.7	5.0	4.5	3.1	-6.0	5.2	3.3	2.8	2.3	1.5
92 Yugoslavia (anterior)	113	37	22	5.6	4.7	4.5	5.2	-0.9	2.8	2.1	1.9	1.4	0.9
93 Bulgaria	70	25	21	5.1	1.6	4.5	..	2.3	2.2	2.1	1.9	0.2	0.9
94 Chile	142	44	21	5.9	6.7	4.5	0.0	1.1	5.3	2.8	2.7	3.2	0.3
95 Sri Lanka	130	52	21	4.6	8.2	4.5	2.8	2.4	5.3	3.5	2.5	2.1	3.1
96 Colombia	130	59	21	3.9	9.4	4.5	3.7	1.1	6.8	3.8	2.7	2.9	3.1
<b>Países con TMM5 baja</b>	<b>46</b>	<b>17</b>	<b>11</b>	<b>5.0</b>	<b>4.1</b>	<b>4.5</b>	<b>..</b>	<b>2.5</b>	<b>3.0</b>	<b>1.9</b>	<b>1.8</b>	<b>2.2</b>	<b>0.4</b>
97 Malasia	105	42	20	4.6	6.7	4.5	4.7	2.5	6.8	4.2	3.7	2.4	1.2
98 Jamaica	89	28	19	5.8	3.5	4.5	-0.1	0.4	5.4	3.8	2.5	1.8	3.8
99 Costa Rica	122	31	18	6.9	4.9	4.5	3.3	0.6	7.0	3.7	3.2	3.2	1.3
100 Hungría	57	26	17	3.9	3.9	4.5	5.1	1.5	2.0	2.0	1.8	0.0	1.0
101 Polonia	70	24	17	5.4	3.1	4.5	..	1.2	3.0	2.3	2.1	1.3	0.8
102 Kuwait	178	35	17	6.5	6.6	4.5	0.6*	-2.2	7.3	5.4	3.8	1.5	3.2
103 Cuba	91	74	14	6.7	4.9	4.5	..	..	4.7	2.0	1.0	3.7	0.5
104 Checoslovaquia	33	20	13	2.5	3.9	4.5	..	1.3	2.5	2.2	2.0	0.6	0.9
105 Israel	39	19	12	3.6	4.2	4.5	3.7	1.5	3.9	3.3	2.9	0.8	1.2
106 Portugal	112	31	12	6.4	8.6	4.5	4.6	2.4	3.1	2.2	1.5	1.7	3.5
107 EE.UU.	30	15	11	3.5	2.8	4.5	1.8	2.2	3.5	1.8	2.0	3.3	-1.0
108 Grecia	64	23	11	5.1	6.7	4.5	4.8	1.5	2.2	2.1	1.5	0.2	3.1
109 Irlanda	36	14	10	4.7	3.1	4.5	2.8	1.1	3.8	3.2	2.2	0.9	3.4
110 Singapur	50	15	10	6.0	3.7	4.5	8.3	5.7	5.5	1.8	1.7	5.6	0.5
111 Bélgica	35	15	10	4.2	3.7	4.5	3.6	1.2	2.6	1.7	1.6	2.1	0.6
112 Australia	24	13	10	3.1	2.4	4.5	2.2	1.7	3.3	2.0	1.8	2.5	0.5
113 Italia	50	17	10	5.4	4.6	4.5	3.2	2.2	2.4	1.7	1.3	1.7	2.4
114 Nueva Zelanda	26	16	10	2.4	4.3	4.5	1.7	0.6	3.9	2.1	2.1	3.1	0.0
115 Corea, Rep. de	126	19	10	9.5	5.8	4.5	7.3	8.9	5.7	2.8	1.7	3.9	3.9
116 Canadá	33	13	9	4.7	3.3	4.5	3.3	2.4	3.8	1.7	1.8	4.0	-0.5
117 Alemania	40	16	9	4.6	5.2	4.5	3.0*	2.2*	2.4	1.5	1.5	2.4	0.0
118 Dinamarca	25	10	9	4.6	1.0	4.5	2.2	2.1	2.6	1.6	1.7	2.4	0.6
119 Suiza	27	11	9	4.5	1.8	4.5	1.5	1.7	2.4	1.5	1.6	2.4	-0.6
120 Francia	34	13	9	4.8	3.3	4.5	3.7	1.7	2.8	1.9	1.8	1.9	0.5
121 Reino Unido	27	14	9	3.3	4.0	4.5	2.0	2.5	2.7	1.8	1.9	2.0	0.5
122 Austria	43	17	9	4.6	5.8	4.5	4.0	2.0	2.7	1.6	1.5	2.6	0.6
123 España	57	16	9	6.4	5.2	4.5	4.1	2.7	2.8	2.2	1.4	1.2	4.1
124 Hong Kong	64	14	8	7.6	5.1	4.5	8.2	5.5	5.0	2.1	1.4	4.3	3.7
125 Países Bajos	22	11	8	3.5	2.9	4.5	2.7	1.4	3.1	1.5	1.7	3.6	-1.1
126 Noruega	23	11	8	3.7	2.9	4.5	3.6	2.7	2.9	1.7	1.9	2.7	-1.0
127 Finlandia	25	9	7	5.7	2.3	4.5	3.6	3.1	2.7	1.7	1.8	2.3	0.5
128 Japón	40	11	6	6.5	5.5	4.5	5.1	3.5	2.0	1.8	1.7	0.5	0.5
129 Suecia	20	9	5	4.0	5.3	4.5	2.0	1.8	2.3	1.6	2.0	1.8	-2.0

#### Agrupaciones regionales

Países menos desarrollados	286	222	180	1.2	1.9	10.8	-0.1	0.1	6.6	6.5	6.0	0.0	0.7
Países en desarrollo	217	136	101	2.1	2.8	8.0	3.7	2.2	6.0	4.4	3.7	1.4	1.5
Países desarrollados	45	23	17	3.3	2.5	4.5	..	-2.4	2.8	2.0	1.9	1.7	0.1
África Subsahariana	251	203	160	1.2	1.2	11.2	2.5	-0.9	6.7	6.7	6.5	0.0	0.3
África del Norte y Oriente Medio	246	145	90	2.6	3.7	6.4	3.8	-1.4	7.0	5.9	5.0	0.8	1.4
Asia meridional	238	179	131	1.4	2.8	7.1	1.5	3.0	6.1	5.2	4.4	0.7	1.7
Asia oriental y Pacífico	198	80	42	4.2	5.5	4.9	..	6.8	5.8	3.2	2.6	2.8	1.9
América Latina y el Caribe	161	69	57	3.0	4.0	4.7	4.1	0.3	6.0	4.2	3.2	1.8	2.5

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

Los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5). Los datos que aparecen en las filas coloreadas son totales o medias ponderadas.

## Agrupaciones de países

---

### **Países en desarrollo:**

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

### **África Subsahariana:**

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

<b>Oriente Medio y Norte de África:</b>	Argelia Arabia Saudí Egipto Emiratos Árabes Unidos Irán, Rep. Islámica de	Iraq Jordania Kuwait Líbano Libia	Marruecos Omán Sudán Siria Túnez	Turquía Yemen
<b>Asia meridional:</b>	Afganistán Bangladesh	Bhután India	Nepal Pakistán	Sri Lanka
<b>Asia oriental y Pacífico:</b>	Camboya Corea, Rep. Pop. Dem. Corea, Rep. de China	Filipinas Hong Kong Indonesia Lao	Malasia Mongolia Myanmar Papúa Nueva Guinea	Singapur Tailandia Viet Nam
<b>América Latina y el Caribe:</b>	Argentina Bolivia Brasil Colombia Costa Rica Cuba	Chile Dominicana, Rep. Ecuador El Salvador Guatemala Haití	Honduras Jamaica México Nicaragua Panamá Paraguay	Perú Trinidad y Tabago Uruguay Venezuela
<b>Países menos desarrollados:</b>	Afganistán Bangladesh Benín Bhután Botswana Burkina Faso Burundi Camboya Chad	Etiopía Guinea Guinea-Bissau Haití Lao Lesotho Liberia Madagascar Malawi	Mali Mauritania Mozambique Myanmar Nepal Niger Rwanda Sierra Leona Somalia	Sudán Tanzania Togo Uganda Yemen Zaire Zambia
<b>Países desarrollados:</b>	Albania Alemania Australia Austria Bélgica Bulgaria Canadá Checoslovaquia	Dinamarca España EE.UU. Finlandia Francia Grecia Hungría Irlanda	Israel Italia Japón Noruega Nueva Zelanda Países Bajos Polonia Portugal	Reino Unido Rumania Suecia Suiza URSS (anterior) Yugoslavia (anterior)

# Definiciones

<b>Tasa de mortalidad menores de cinco años</b>	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.	<b>Cortedad de talla</b>	<i>Moderada-grave:</i> inferior a una desviación estándar de - 2 respecto a la mediana de altura por edad de la población de referencia.
<b>Tasa de mortalidad infantil</b>	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.	<b>Acceso a servicios de salud</b>	Proporción de la población que puede acceder a servicios locales de salud adecuados en menos de una hora con los medios de transporte habituales.
<b>PNB</b>	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.	<b>DPT</b>	Difteria, pertusis (tos ferina) y tétanos.
<b>Esperanza de vida al nacer</b>	Promedio de años de vida de un recién nacido de acuerdo con la probabilidad de muerte prevaleciente en el momento del nacimiento.	<b>Uso de la TRO</b>	Proporción de todos los casos de diarreas en niños menores de cinco años tratados con sales de rehidratación oral.
<b>Tasa de alfabetización de adultos</b>	Proporción de personas de 15 o más años que pueden leer y escribir.	<b>Alumnos que terminan la enseñanza primaria</b>	Proporción de niños que comienzan y terminan con éxito la enseñanza primaria en el número de años previsto.
<b>Tasa de escolarización en enseñanza primaria y secundaria</b>	La tasa bruta de escolarización es la proporción de niños escolarizados —pertenecientes o no a la correspondiente edad escolar— con respecto al total de la población en dicho grupo de edad. La tasa neta de escolarización es la proporción de niños escolarizados pertenecientes a la correspondiente edad escolar, con respecto al total de población en dicho grupo de edad.	<b>Tasa bruta de mortalidad</b>	Número de defunciones por 1000 habitantes.
<b>Distribución del ingreso</b>	Proporción del ingreso privado recibido por el 20 % de hogares más altos y el 40 % de hogares más bajos en la escala de distribución.	<b>Tasa bruta de natalidad</b>	Número anual de nacimientos por 1000 habitantes.
<b>Bajo peso al nacer</b>	Un peso inferior a 2500 gramos.	<b>Tasa global de fecundidad</b>	Número de hijos por mujer, durante el período de procreación, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalecientes para cada grupo de edad.
<b>Lactancia materna</b>	Proporción de madres lactantes total o parcialmente.	<b>Población urbana</b>	Proporción de población residente en áreas urbanas de acuerdo con las definiciones utilizadas en los censos nacionales más recientes.
<b>Insuficiencia ponderal</b>	<i>Moderada-grave:</i> inferior a una desviación estándar de - 2 respecto a la mediana de peso por edad de la población de referencia. <i>Grave:</i> inferior a una desviación estándar de - 3 respecto a la mediana de peso por edad de la población de referencia.	<b>Nivel de pobreza absoluta</b>	Nivel de ingreso por debajo del cual no es posible obtener una dieta mínima adecuada y otros bienes esenciales no alimentarios.
<b>Emaciación</b>	<i>Moderada-grave:</i> inferior a una desviación estándar de - 2 respecto a la mediana del peso por altura de la población de referencia.	<b>AOD</b>	Ayuda oficial al desarrollo.
		<b>Servicio de la deuda</b>	Suma total pagada por intereses y principal de la deuda externa con garantía pública.
		<b>Prevalencia de anticonceptivos</b>	Proporción de mujeres casadas de 15-44 años que utilizan métodos anticonceptivos habitualmente.
		<b>Partos atendidos</b>	Proporción de partos atendidos por médicos, enfermeras, parteras y agentes de atención primaria de salud calificados o parteras tradicionales capacitadas.
		<b>Tasa de mortalidad materna</b>	Número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo y el parto por 100.000 nacidos vivos.
		<b>PIB</b>	Producto Interno Bruto.

## Fuentes estadísticas principales

<b>Mortalidad infantil y menores de cinco años</b>	División de Población de las Naciones Unidas, UNICEF, División de Estadísticas de las Naciones Unidas, Banco Mundial, Oficina del Censo de los EE.UU. (tabla 9)	<b>Acceso a servicios de salud</b>	UNICEF.
<b>Población total</b>	División de Población de las Naciones Unidas.	<b>Inmunización</b>	OMS y UNICEF.
<b>Número anual de nacimientos</b>	División de Población de las Naciones Unidas, División de Estadísticas de las Naciones Unidas y Banco Mundial.	<b>Uso de la terapia de rehidratación oral (TRO)</b>	OMS.
<b>Número de muertes de menores de cinco años</b>	División de Población de las Naciones Unidas y UNICEF.	<b>Receptores de radio y televisión</b>	UNESCO.
<b>PNB per cápita</b>	Banco Mundial.	<b>Población infantil</b>	División de Población de las Naciones Unidas.
<b>Esperanza de vida</b>	División de Población de las Naciones Unidas.	<b>Tasas brutas de mortalidad y natalidad</b>	División de Población de las Naciones Unidas.
<b>Adultos alfabetizados</b>	UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura).	<b>Fecundidad</b>	División de Población de las Naciones Unidas.
<b>Escolarización y terminación</b>	UNESCO.	<b>Población urbana</b>	División de Población de las Naciones Unidas.
<b>Ingreso familiar</b>	Banco Mundial.	<b>Inflación y nivel de pobreza absoluta</b>	Banco Mundial.
<b>Bajo peso al nacer</b>	Organización Mundial de la Salud (OMS).	<b>Gasto en salud, educación y defensa</b>	Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional (FMI).
<b>Lactancia materna</b>	OMS y Encuestas Demográficas y de Salud, Institute for Resource Development of Macro Systems (IRD).	<b>Ayuda oficial al desarrollo (AOD)</b>	OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos).
<b>Insuficiencia ponderal, Emaciación y Cortedad de talla</b>	OMS y Encuestas Demográficas y de Salud, IRD.	<b>Servicio de la deuda</b>	Banco Mundial.
<b>Producción de alimentos y consumo de calorías</b>	FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación).	<b>Prevalencia de anticonceptivos</b>	División de Población de las Naciones Unidas, Fundación Rockefeller y Encuestas Demográficas y de Salud, IRD.
<b>Ingreso destinado a alimentos</b>	Banco Mundial.	<b>Partos atendidos</b>	OMS.
<b>Acceso a agua potable y servicios de saneamiento</b>	OMS y UNICEF.	<b>Mortalidad materna</b>	OMS.
		<b>PIB per cápita</b>	División de Estadísticas de las Naciones Unidas.

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

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

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

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

UNICEF, Oficina regional para las 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 Q143, Queen Victoria Building, Sidney. N.S.W. 2000, Australia

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





## ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1993

---

A pesar de todos los problemas de la posguerra fría mundial, el informe de UNICEF de este año sobre el *Estado Mundial de la Infancia* señala que es posible acabar en el presente decenio con el viejo azote de la desnutrición infantil, las enfermedades prevenibles y el analfabetismo generalizado.

Como una indicación de cuán próxima puede estar esta meta, UNICEF estima que el costo financiero de alcanzarla representa una suma de unos 25.000 millones de dólares anuales. Mediante la aplicación de las estrategias de bajo costo disponibles, dice el informe, con esta suma se podría prevenir las principales enfermedades infantiles, reducir a la mitad la desnutrición infantil, proveer de agua potable y servicios de saneamiento a todas las comunidades, dar acceso universal a los servicios de planificación familiar y proporcionar educación básica a casi todos los niños y niñas.

Si todo esto puede conseguirse para tantas personas con un costo tan bajo, es legítimo preguntarse ¿por qué no se hace?

El alcance de la indiferencia actual sobre la pobreza mundial, dice UNICEF, es un escándalo del que la gente no tiene pleno conocimiento. En la actualidad, los gobiernos del mundo en desarrollo destinan en promedio poco más del 10% de sus presupuestos a la satisfacción de las necesidades básicas de los pobres, en nutrición, atención de salud, agua y saneamiento, educación y planificación familiar. Asimismo, menos del 10% de la ayuda internacional para el desarrollo se dedica a estas necesidades humanas prioritarias.

Pero existen múltiples razones, según UNICEF, para creer que la época de la indiferencia puede estar dando paso a una nueva época de interés responsable.

La indicación más espectacular de este cambio es el logro del objetivo de elevar al 80% la cobertura de inmunización en el mundo en desarrollo, lo que ha permitido salvar la vida de tres millones de niños cada año.

Otras estrategias similares de eficacia probada y bajo costo están igualmente disponibles. La *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* de 1990 acordó poner en práctica estas estrategias con el compromiso de alcanzar metas específicas para el año 2000, en una Declaración suscrita por el mayor número de Presidentes y Jefes de Gobierno de toda la historia. Con este fin se han formulado ya más de 50 planes nacionales de acción y 80 más están en fase de elaboración en otros países. Al mismo tiempo, el marco político, económico y demográfico mundial es ahora más favorable probablemente que en ningún otro momento.

Lo que se requiere, señala UNICEF, es una movilización mundial de la opinión pública y un fuerte apoyo político en favor de la causa de la satisfacción de las necesidades humanas básicas. Sólo si se cuenta con un interés popular masivo y con la energía y el apoyo político práctico de millones de personas y miles de organizaciones los compromisos asumidos podrán alcanzar la máxima prioridad a escala nacional. Y sólo de esta forma podrá nacer una nueva época de interés responsable para erradicar la pobreza.