

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1990



Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
(UNICEF)

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA
1990

© UNICEF. 1990

Derechos reservados conforme a la ley

Impreso y hecho en España

Printed and made in Spain

Título original: *The state of the world's children 1990*

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

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

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

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

Composición: ANGLOFORT, Barcelona, España.

Impresión: GRAFOS, Barcelona, España.

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

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

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 1990



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

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA

Prioridad para la infancia

Si se mantienen las actuales tendencias, más de cien millones de niños menores de cinco años morirán en la década de 1990 y muchos millones más verán socavado su desarrollo por la desnutrición. Pero a medida que el mundo lucha para liberarse de la carga del pago de la deuda externa y de los gastos militares, empiezan a vislumbrarse signos de una nueva preocupación por la infancia. La próxima celebración de una *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, la nueva *Convención sobre los Derechos del Niño*, y los avances prácticos logrados hacia la plena *Inmunización Infantil Universal*, representan una progresiva aceptación del principio de prioridad para la infancia, no sólo contra los abusos específicos sino frente a las más profundas consecuencias de los procesos políticos y económicos de la sociedad adulta. Si se lograra un amplio reconocimiento de este principio, sería posible proteger la salud y el desarrollo de la gran mayoría de niños del mundo a un costo asequible.

página 1

Oportunidades concretas

En la década de 1990 se ofrecen seis grandes oportunidades de bajo costo para proteger la vida y la salud de los niños del mundo en desarrollo. Más de la mitad de casos de mortalidad y desnutrición infantiles pueden atribuirse a enfermedades inmunoprevenibles, a la deshidratación y a la neumonía, las cuales pueden prevenirse o tratarse con medidas sencillas poco costosas si se moviliza la capacidad de comunicación disponible para informar y apoyar a la mayoría de las familias sobre los conocimientos básicos de salud. Estos conocimientos prácticos, combinados con otros avances en materia de nutrición infantil, lactancia materna y espaciamiento de los nacimientos, podrían salvar la vida de al menos cincuenta millones de niños y proteger el desarrollo saludable de muchos millones más.

página 16

Los pobres primero

Además de estas oportunidades concretas, se debe reanudar el avance hacia otros grandes objetivos como una alimentación y atención de salud adecuadas, agua potable y educación para todos. Incluso en tiempos de dificultades económicas, un renovado compromiso en favor de la atención primaria de salud y la educación básica puede lograr una mayor eficiencia en la utilización de los recursos y una reaceleración del progreso.

página 37

El papel del mundo rico

La reanudación del progreso hacia un mundo donde todas las familias puedan satisfacer sus necesidades básicas requerirá también una acción decidida por parte de los países industrializados. La resolución de la crisis de la deuda y el restablecimiento de la inversión beneficiará a todas las partes. Pero el incremento de la ayuda exterior debe ofrecerse en apoyo de los propios planes de los países en desarrollo destinados a lograr reducciones específicas de la pobreza absoluta y mejoras cuantificables en la supervivencia, la salud y la nutrición de la infancia.

página 55

Tablas

1. Indicadores básicos	TMM5 <input type="checkbox"/> natalidad y mortalidad infantil <input type="checkbox"/> población <input type="checkbox"/> PNB per cápita <input type="checkbox"/> esperanza de vida <input type="checkbox"/> alfabetización de adultos <input type="checkbox"/> escolarización <input type="checkbox"/> distribución del ingreso	<i>página 76</i>
2. Nutrición	Bajo peso al nacer <input type="checkbox"/> lactancia materna <input type="checkbox"/> desnutrición <input type="checkbox"/> producción de alimentos <input type="checkbox"/> ingesta de calorías <input type="checkbox"/> gastos de alimentación	<i>página 78</i>
3. Salud	Acceso a agua <input type="checkbox"/> acceso a servicios de salud <input type="checkbox"/> inmunización infantil y de mujeres embarazadas <input type="checkbox"/> uso de SRO	<i>página 80</i>
4. Educación	Alfabetización masculina y femenina <input type="checkbox"/> receptores de radio y televisión <input type="checkbox"/> escolarización primaria y terminación <input type="checkbox"/> escolarización secundaria	<i>página 82</i>
5. Indicadores demográficos	Población infantil <input type="checkbox"/> tasa de crecimiento de la población <input type="checkbox"/> tasa bruta de mortalidad <input type="checkbox"/> tasa bruta de natalidad <input type="checkbox"/> esperanza de vida <input type="checkbox"/> tasa de fecundidad <input type="checkbox"/> urbanización	<i>página 84</i>
6. Indicadores económicos	PNB per cápita <input type="checkbox"/> tasa anual de crecimiento <input type="checkbox"/> inflación <input type="checkbox"/> pobreza <input type="checkbox"/> gasto gubernamental <input type="checkbox"/> ayuda <input type="checkbox"/> deuda externa	<i>página 86</i>
7. Situación de la mujer	Esperanza de vida <input type="checkbox"/> alfabetización <input type="checkbox"/> escolarización <input type="checkbox"/> uso de anticonceptivos <input type="checkbox"/> inmunización <input type="checkbox"/> atención calificada del parto <input type="checkbox"/> mortalidad materna	<i>página 88</i>
8. Países menos poblados	Indicadores básicos de los países menos poblados	<i>página 90</i>
9. Ritmo de progreso	Tasa de reducción de la mortalidad infantil TMM5 <input type="checkbox"/> tasa de crecimiento del PNB <input type="checkbox"/> tasa de reducción de la fecundidad	<i>página 92</i>
Notas	Nota a los datos, signos y explicaciones	<i>página 74</i>
	Notas a las tablas 1-9, definiciones, fuentes principales	<i>página 95</i>

Liga de inmunización	1	Para la vida: decálogo de mensajes básicos	12
La Convención: los derechos del niño	2	Todos por la salud: una revolución informativa	13
Ajuste con rostro humano	3	Agentes de salud: funciones básicas	14
Egipto: Vacunas y sales	4	Indonesia: 800.000 voluntarias	15
Sarampión y tétanos: prioridades para los noventa	5	Uganda: educación para la salud	16
Oportunidades perdidas: cobertura de inmunización del 80 %	6	Zimbabwe: educación para todos	17
Lactancia materna: decálogo práctico	7	Bangladesh: avances educativos	18
Deficiencia de yodo: la guerra de los diez años	8	El SIDA: amenaza para la infancia	19
Vitamina A: una recapitulación	9	Alivio de la deuda: por la supervivencia infantil	20
Filariasis: eliminación en los años noventa	10	Desarrollo humano: objetivos para los noventa	21
Ciencia para la infancia: investigación en los años noventa	11		

LISTA DE GRÁFICOS

- Graf. 1 Vidas salvadas. 1980-2000
- Graf. 2 Retroceso educativo
- Graf. 3 Inmunización universal en 1990
- Graf. 4 Causas de mortalidad infantil
- Graf. 5 Oportunidades perdidas
- Graf. 6 Las vacunas previenen dos millones de muertes anuales
- Graf. 7 Difusión de la terapia de rehidratación oral
- Graf. 8 Espaciamiento de los nacimientos y vidas salvadas
- Graf. 9 Si las mujeres pudieran elegir
- Graf. 10 Objetivo 2000: salvar a 100 millones de niños de la desnutrición
- Graf. 11 Gastos hospitalarios
- Graf. 12 Declive educativo en África
- Graf. 13 El reto de la alfabetización
- Graf. 14 Ayuda para salud y educación
- Graf. 15 La liga de la ayuda

I

**ESTADO
MUNDIAL
DE LA INFANCIA
1990**

James P. Grant

Prioridad para la infancia

Oportunidades concretas

Los pobres primero

El papel del mundo rico

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

Los datos relativos a las TMM5, tanto en el informe como en las tablas estadísticas, proceden de estimaciones de la División de Población de las Naciones Unidas, basadas en criterios comparativos a nivel internacional a partir de diversas fuentes. En algunos casos estas estimaciones pueden diferir de las estadísticas nacionales.



Prioridad para la infancia

Los años noventa se inician con fuertes aires de cambio. En efecto, se requerirán grandes cambios para que este siglo que ha presenciado un progreso sin precedentes no se cierre con una década de declive y desesperanza para la mitad de los países del mundo. La pobreza, la desnutrición infantil y la mala salud vuelven a ganar terreno en muchos países, tras varias décadas de constante retroceso. Y aunque ello se debe a múltiples y complejas causas, por encima de todas destaca el hecho de que los gobiernos del mundo en desarrollo en su conjunto destinan en la actualidad *la mitad de su gasto anual total* al mantenimiento del aparato militar y al servicio de la deuda externa¹ (*). Estas dos actividades esencialmente improductivas representan un costo de casi mil millones de dólares diarios para los países de África, Asia y América Latina, o más de 400 dólares anuales para cada familia del mundo en desarrollo. «La humanidad está clavada en una cruz de hierro», con estas palabras describía el presidente Eisenhower a mediados de nuestro siglo la gran envergadura del gasto militar; si pudiera ver las consecuencias de la crisis de la deuda externa a finales del siglo, tendría que añadir que la humanidad también pende de una cruz de oro.

(*) Este total agregado incluye diferencias significativas entre las distintas regiones y en la parte proporcional dedicada a gasto militar y a servicio de la deuda dentro de cada región. Oriente Medio, por ejemplo, contabiliza un porcentaje desproporcionadamente alto del gasto militar del mundo en desarrollo, mientras que sus obligaciones deudoras son relativamente leves.

La enorme magnitud de las sumas involucradas impide hacerse una idea clara de su alcance. En 1988, el último año para el que se dispone de datos, *los pagos en concepto de amortización e intereses de la deuda externa* sumaron un total de 178.000 millones de dólares, tres veces más que el conjunto de la ayuda exterior recibida de los países industrializados. Y el gasto militar en el mundo en desarrollo sumó el equivalente a 145.000 millones de dólares, un gasto anual que sería suficiente para acabar con la pobreza absoluta en nuestro planeta en el próximo decenio y poner al alcance de toda la población mundial los medios suficientes para satisfacer sus propias necesidades y las de sus hijos en materia de alimentación, agua potable, atención de salud y educación.

Salta a la vista, por tanto, que una reducción significativa de los gastos de servicio de la deuda externa y de defensa se ha convertido en una condición *sine qua non* para la reanudación del progreso humano de gran parte de la humanidad.

Aires de cambio

Pero en el inicio de la década de los noventa vuelven a soplar aires de cambio político capaces de promover una concepción del mundo más humana. Y el cambio más importante que traen consigo es el deshiele de la guerra fría. Como ha dicho el presidente del Banco Mundial, Barber Conable: «*Las fuerzas políticas e ideológicas que han polarizado el mundo durante medio siglo han comenzado ya a debilitarse*».

Liga de inmunización

Las siguientes tablas de clasificación presentan las posiciones de los países del mundo en desarrollo en relación con el porcentaje de su población infantil (menores de un año) inmunizada con la vacuna DPT (difteria, tos ferina y tétanos) en 1988. Los datos entre paréntesis indican el aumento o disminución porcentual entre 1987 y 1988. Al requerir tres vacunaciones separadas, la cobertura de la vacuna DPT es un buen indicador del funcionamiento global del sistema de inmunización. Los datos incluidos aquí son un mes más recientes que los correspondientes de la Tabla 3 del anexo estadístico de este informe.

Américas	(DPT)		África subsahariana	(DTP)		Asia	(DTP)	
	Niños inmunizados (%)	1988 1987		Niños inmunizados (%)	1988 1987		Niños inmunizados (%)	1988 1987
Antigua	98	()	Seychelles	—	94 ()	Singapur	—	98 ()
San Vicente	98	()	Cabo Verde	90	()	China	96	75 (+21)
Chile	96	93 (+3)	Botswana	89	86 (+3)	Samoa	91	()
Dominica	96	()	Mauricio	87	85 (+2)	Brunei Darussalam	91	()
Cuba	94	87 (+7)	Tanzania, Rep. de	85	81 ^d (+4)	Fiji	—	90 ()
San Cristóbal Nevis	94	()	Gambia	83	()	Corea, Rep. de	86	76 ^a (+10)
Costa Rica	87	91 (-4)	Zambia	83	66 ^d (+17)	Maldivas	86	()
Jamaica	82	81 (+1)	Malawi	82	55 (+27)	Hong Kong	83	()
Uruguay	82	70 (+12)	Rwanda	80	67 ^d (+13)	Sri Lanka	83	61 (+22)
Trinidad y Tabago	80	79 (+1)	Zimbabwe	79	77 (+2)	Tailandia	80 ^e	48 (+32)
Santa Lucía	78	()	Lesotho	77	()	Filipinas	79	73 (+6)
Barbados	76	()	Kenya	77	75 (+2)	Indonesia	75	48 (+27)
Panamá	75	73 (+2)	Santo Tomé & Príncipe	77	()	Nepal	74	46 (+28)
Colombia	74	58 (+16)	Comores	—	71 ()	India	73	58 (+15)
Honduras	74	58 (+16)	Congo	71	71 (0)	Malasia	72	59 ^d (+13)
Bélice	73	()	Gabón	68	43 (+20)	Bhutan	70	27 (+43)
Perú	66	42 (+24)	Guinea-Bissau	67	47 (+20)	Mongolia	69	79 (-10)
Granada	65	()	Togo	62	41 (+21)	Islas Solomon	68	()
Guyana	64	67 (-3)	Nigeria	58	20 ^f (+38)	Pakistán	64	62 (+2)
Surinam	64	()	Senegal	55	69 ^d ()	Viet Nam	62 ^e	51 (+11)
Argentina	61	93 (-32)	Burundi	54	73 (-19)	Vanuatu	58	()
El Salvador	61	53 (+8)	Sudán	53 ^b	29 (+24)	Corea, Rep. Dem. de	57	62 (-5)
México	60	62 (-2)	Camerún	53	45 (+8)	Papua Nueva Guinea	48	44 ^d (+4)
Paraguay	57	58 (-1)	Rep. Centroafricana	42	24 ^c (+18)	Kampuchea, Dem.	45	37 ^d (+8)
Brasil	54	57 (-3)	Zaire	41	36 (+5)	Aljanistán	31	25 (+6)
Ecuador	54	51 (+3)	Madagascar	40	30 ^d (+10)	Myanmar	18	23 (-5)
Nicaragua	51	43 (+8)	Uganda	40	39 (+1)	Lao Rep. Pop. Dem.	17	28 ^c (-11)
Venezuela	51	54 (-3)	Mozambique	38	51 (-13)	Bangladesh	16	9 (+7)
Haití	49	20 (+29)	Swazilandia	37	()			
Guatemala	47	16 (+31)	Ghana	33	37 (-4)			
Rep. Dominicana	39	80 (-41)	Costa de Marfil	32	71 (-39)			
Bolivia	39	24 (+15)	Benin	30	52 (-22)			
			Burkina Faso	30	34 (-4)			
			Liberia	28	28 (0)			
			Mauntania	28	32 ^d (-4)			
			Somalia	26	25 (+1)			
			Sierra Leona	25	30 ^d (-5)			
			Guinea Ecuatorial	19	()			
			Mali	18	12 (+6)			
			Etiopía	16	16 (0)			
			Guinea	16	15 ^d (+1)			
			Niger	16	5 ^d (+11)			
			Chad	14	12 (+2)			
			Angola	12	10 (+2)			

Oriente Medio y Norte de África	(DPT)	
	Niños inmunizados (%)	1988 1987
Jordania	98	89 (+9)
Bahrein	97	()
Marruecos	92	78 (+14)
Túnez	91	89 (+2)
Arabia Saudita	89	89 ()
Chipre	88	()
Omán	88	77 (+11)
Egipto	87	81 (+6)
Irak	86	76 (+10)
Libia Jamahiriya Árabe	84	62 ^e (+22)
Iran, Rep. Islámica	80	74 (+6)
Turquía	77	71 (+6)
Emiratos Árabes Unidos	71	75 (-4)
Kuwait	69	94 (-25)
Qatar	69	()
Argelia	—	66 ()
Djibouti	65	()
Siria Rep. Árabe*	58	70 (12)
Yemen, Dem.	35	25 (+10)
Yemen	29	14 (+15)

a Sólo incluye áreas controladas por el Gobierno
b Sólo dos dosis
c 1985
d 1986
e Provisional
* La cobertura ha vuelto a aumentar de nuevo hasta el 70 % en marzo de 1989. No existen estimaciones fiables para el Líbano.

Más rápidamente de lo que hubiera cabido esperar, este proceso de distensión ha relajado las tensiones ideológicas, ha dado impulso a una vacilante democratización, ha quitado hierro a los conflictos regionales y ha llevado a revisar los presentes compromisos en materia de gasto militar. El tratado internacional sobre fuerzas nucleares de alcance medio (INF) y las negociaciones para la reducción de armas estratégicas son los primeros resultados: el siguiente paso podría ser una reducción del número de armas nucleares tácticas desplegadas en Europa.

En otras regiones del mundo comienza a hacerse patente una reducción en la intervención militar de las superpotencias. Y algunos de los países más poblados, incluidos China, la India y Pakistán, que en conjunto suman la mitad de la población del mundo en desarrollo, han comenzado a reducir, por primera vez en cincuenta años, sus niveles de gasto militar.

La superficie del planeta todavía se ve asolada por conflictos armados. Pero aun así actualmente se están librando en el mundo menos guerras que en ningún otro momento concreto del último medio siglo. No es imposible pensar, por tanto, en un estallido de la paz, ni resulta inútil plantearse que una diplomacia más avanzada, con una mayor participación de las organizaciones internacionales, pueda desplazar un día a la primacía de la fuerza en la resolución de los asuntos humanos.

Aunque el camino sea largo, cada paso que avanzamos en esa dirección nos acerca más a la posibilidad de reexaminar a fondo los presentes compromisos del mundo en materia de gasto militar. Los recursos a revisar son tan amplios que cualquier cambio significativo en su asignación tendría inevitablemente profundas repercusiones para todas las demás facetas de la actividad humana. El gasto militar total del mundo industrializado y en desarrollo supera fácilmente *el total de ingresos anuales de la mitad más pobre de la humanidad*. La reasignación para otros fines de sólo un 5% a un 10% de esta enorme suma bastaría ya para reaccelerar el progreso hacia un mundo en que todos tengan satisfechas sus necesidades humanas básicas.

Si el mundo comienza a avanzar en esa dirección en la década de los noventa, los recursos que se liberarán no serán únicamente financieros. La guerra, los enfrentamientos bélicos, la amenaza de guerra, la disuasión de la guerra, los preparativos para la guerra, la financiación de la guerra, han sido una preocupación permanente para nuestro mundo durante los cincuenta años transcurridos desde 1939. La guerra, en alguna

de estas formas o en todas a la vez, ha distorsionado nuestras economías, ha desviado la actividad de nuestras industrias, ha dominado nuestros trabajos de investigación y ha distraído la atención de los mejores cerebros científicos de dos generaciones. Más importante aún que la proporción de recursos consumidos, es la gran parte de la capacidad e interés humanos encauzados hacia la guerra, que ha subordinado nuestra ciencia y nuestra tecnología, ha usurpado nuestras energías y nuestro ingenio, ha desviado la imaginación humana de otros fines.

Es evidente que la liberación, incluso parcial, de estas capacidades humanas, junto con los recursos financieros y físicos hasta ahora concentrados en la guerra, nos permitiría alcanzar nuevas metas humanas y progresar hacia un mundo más auténticamente civilizado. La paz, además de constituir una de las más anheladas metas humanas, también es un fin que podría convertirse en un medio.

El desafío ecológico

Como es evidente, no faltarán desafíos para el ingenio y la imaginación humanos en un mundo en lucha por liberarse de su preocupación por la guerra. Los profundos problemas sociales y psicológicos surgidos en la turbulenta estela de una creciente prosperidad recabarán sin duda buena parte de las energías del mundo industrializado en los próximos años y el vasto problema del medio ambiente, incluida la necesidad de evitar una grave catástrofe ecológica, representará un desafío suficiente para absorber una cantidad de recursos físicos e intelectuales muy por encima de los destinados actualmente a esta tarea.

Pero junto a estas grandes cuestiones sociales y ecológicas, e inextricablemente ligadas a ellas, subsisten las aspiraciones más silenciosas, pero más fundamentales, de los habitantes del planeta que aún no pueden darse el lujo de preocuparse por los problemas de la prosperidad o las consecuencias del consumismo. Más de mil millones de personas, una quinta parte de la humanidad, todavía no tienen acceso a una alimentación adecuada, agua potable, enseñanza elemental y atención básica de salud. Tanto por razones éticas como prácticas, será imposible avanzar hacia una sociedad mundial más civilizada y ecológicamente sostenible sin la previa resolución del problema residual de las grandes desigualdades y la pobreza absoluta.

El UNICEF desea subrayar que *las necesidades de la infancia*, y en especial de los millones de niños que

siguen viviendo y muriendo en condiciones de desnutrición y mala salud ya en las postrimerías del siglo XX, deben ocupar un lugar prioritario en nuestros intereses y en la asignación de nuestras capacidades, y de los amplios recursos que podrían liberarse si el mundo abandona efectivamente su prolongada y desfilarradora preocupación por la guerra.

La generación más numerosa

La dimensión ética de este planteamiento es obviamente bien conocida. Que más de un cuarto de millón de niños de corta edad sigan muriendo *cada semana* víctimas de enfermedades y denutrición fácilmente prevenibles representa la mayor acusación que pueda formularse contra nuestro tiempo. Unos 8000 niños siguen muriendo *cada día* víctimas del sarampión, la tos ferina y el tétanos, que podrían prevenirse con una serie completa de vacunaciones de costo insignificante; *cada día* mueren 7000 niños a causa de la deshidratación diarreica, que podría evitarse casi sin costo alguno, y *cada día* mueren otros 6000 debido a la neumonía que puede tratarse con antibióticos de bajo costo. Tal escala de mortalidad y de sufrimiento ya no es inevitable y, por tanto, ha dejado de ser aceptable. La ética debe avanzar a la par con la nueva capacidad.

Cada uno de esos niños muertos tenía una personalidad y un potencial, una familia y un futuro. Y por cada niño que muere, hay varios más que siguen viviendo en condiciones de desnutrición y mala salud y, en consecuencia, se ven impedidos de desarrollar plenamente el potencial físico y mental con que nacieron.

Son hechos que nos envilecen y que deberían avergonzarnos a todos. La civilización y el progreso no se miden sólo en términos de PNB y de capacidad tecnológica. También se miden por el desarrollo de la conciencia humana, por el grado en que ésta se siente ofendida e impelida a la acción al enfrentarse con la realidad del sufrimiento humano, la negación de las necesidades humanas, la violación de los derechos humanos.

Pero como suele suceder, los argumentos éticos son en última instancia inseparables de los de orden práctico. Una pobreza y un sufrimiento en tan gran escala tendrán consecuencias bien conocidas a largo plazo. Y éstas nos afectarán a todos de forma creciente a medida que nos acercamos al inicio de un nuevo milenio. La desnutrición se traduce en retrasos del desarrollo físico y mental, un bajo rendimiento escolar y laboral, y en la perpetuación de la pobreza de generación en

generación. Una alta mortalidad infantil lleva aparejada una alta natalidad y un crecimiento demográfico rápido; la falta de instrucción impide contribuir plenamente al desarrollo de la propia comunidad y país y beneficiarse plenamente de los frutos del mismo; la desesperanza y la falta de oportunidades socavan la autoestima y siembran los gérmenes de problemas sociales prácticamente insolubles para las futuras generaciones; las injusticias firmemente arraigadas y la ostentación de riquezas inalcanzables ante las miradas de los pobres provocan inestabilidad y violencia que a menudo adquieren vida propia; por último, resulta evidente la dificultad de compatibilizar la sensibilidad ecológica con la privación extrema, que obliga a millones de personas a sobreexplotar su medio ambiente en aras de la supervivencia.

En consecuencia, la realización de un gran esfuerzo renovador encaminado a proteger la vida y el desarrollo de la infancia, y a acabar con los peores aspectos de la pobreza, representaría la más importante inversión a largo plazo que puede hacer la especie humana en favor de su futura prosperidad económica, estabilidad política e integridad ecológica.

Y esta inversión debe hacerse ahora. En la década de los noventa nacerán 1500 millones de niños y se alcanzará un hito histórico en que el número de niños nacidos en el mundo alcanzará finalmente su punto máximo, a partir del cual comenzará a descender. En unos momentos en que el mundo lucha por liberarse de su antigua preocupación por la guerra, el UNICEF expresa su profunda convicción de que ninguna *nueva preocupación* puede ser tan importante como el deseo de proteger la vida y el desarrollo de la más numerosa generación de niños que jamás haya tenido a su cuidado la humanidad.

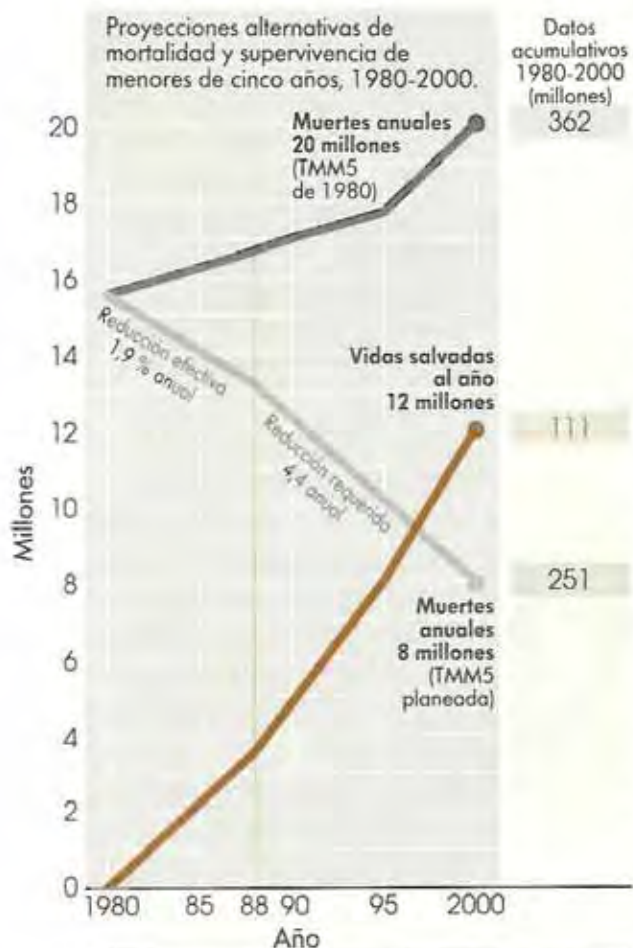
Los derechos del niño

La consecución de nuevos avances y algunos logros prácticos en los últimos años de la década de los ochenta indican que tal vez ya empieza a perfilarse esta prioridad en favor de la infancia.

Tanto en el mundo industrializado como en el mundo en desarrollo se aprecia claramente un creciente reconocimiento, no cuantificable pero pronunciado, de las necesidades físicas, mentales y emocionales de la infancia y la juventud como legítimo objeto de preocupación para los dirigentes políticos de un país. El presidente de los Estados Unidos George Bush, por ejemplo, ha manifestado su convicción de que

Gráf. 1 Vidas salvadas, 1980-2000

Las dos líneas superiores muestran dos posibles tendencias en la mortalidad infantil entre 1980 y 2000. La línea inferior expresa la diferencia entre ambas tendencias en términos del número de niños que podrían salvar su vida.



En el supuesto de que la tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) del año 1980 permanece constante.

TMM5 estimada por la División de Población de las Naciones Unidas hasta el año 1988. A partir de esta fecha se supone que todos los países avanzan lo suficiente para alcanzar el objetivo planeado de TMM5 en el año 2000 (una TMM5 de 70 o la mitad de la TMM5 correspondiente a 1980, cualquiera que sea la menor).

Vidas infantiles salvadas al año si se alcanzaran los objetivos planeados de reducción de la TMM5.

Fuente: UNICEF, datos basados en las estimaciones revisadas de la División de Población de las Naciones Unidas.

Nota: Los cambios efectuados en los gráficos equivalentes incluidos en el informe del pasado año se deben sobre todo a revisiones en los datos de nacimientos efectivos y proyectados.

«nuestro carácter nacional puede valorarse por los cuidados que prestamos a nuestra infancia». Por su parte, el presidente de la Unión Soviética Mihail Gorbachov, subrayando la responsabilidad del mundo en relación con la infancia, ha declarado: «la humanidad ya no puede tolerar que millones de niños mueran cada año cuando está a punto de cerrarse el siglo XX».

La creciente importancia de este problema puede quedar plasmada muy pronto en la primera *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, propuesta por el UNICEF en el informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* del pasado año y que desde entonces ha recibido el respaldo de más de cien gobiernos. La Cumbre, prevista para la segunda mitad de 1990, reunirá a presidentes y primeros ministros de todas las regiones del mundo para discutir y plantear la necesidad de conceder una nueva prioridad a la infancia. En el orden del día figurarán las oportunidades existentes a nuestro alcance para salvar la vida de hasta 50 millones de niños de corta edad y proteger el desarrollo normal de muchos millones más en la próxima década (gráf. 1). En el capítulo II del informe del presente año sobre el *Estado Mundial de la Infancia*, se examinan las seis oportunidades más evidentes y universales, como una aportación concreta a esta reunión en la cumbre.

La *Cumbre en favor de la Infancia* también deberá tener en cuenta otro avance importante para la definición de esta prioridad.

Tras diez años de minuciosas negociaciones, se ha presentado finalmente ante la Asamblea General de las Naciones Unidas la *Convención sobre los Derechos del Niño*, en la que se establecen unas normas mínimas para la protección de la supervivencia, la salud y la educación de los niños, así como la protección explícita contra la explotación laboral, los malos tratos físicos o abusos sexuales y los efectos degradantes de la guerra. Se trata del primer acuerdo internacional sobre la definición jurídica de los derechos del niño (recuadro 2). Como muchos documentos históricos análogos, la Convención expresa un ideal que muy pocos países o tal vez ninguno ha alcanzado aún. Pero a medida que un número creciente de países ratifiquen su texto e incorporen sus disposiciones a la legislación nacional y se amplíe el interés de los medios de comunicación y de la opinión pública por la vigilancia de su cumplimiento, la Convención puede llegar a definir unas normas mínimas cuya inobservancia constituirá una vergüenza para cualquier país civilizado, sea rico o pobre.

La Convención: los derechos del niño

2

La Convención de los derechos del niño se presentó para su aprobación ante la Asamblea General de Naciones Unidas a finales de 1989. Fruto de diez años de exhaustivas deliberaciones entre numerosos gobiernos, agencias de las Naciones Unidas y unas 50 organizaciones no gubernamentales, la Convención se propone establecer unas normas universales de defensa de la infancia contra el abandono, la explotación y los malos tratos.

El documento, de singular amplitud, reúne en un completo código las disposiciones y medidas legales en favor de la infancia que anteriormente permanecían dispersas en numerosos acuerdos internacionales de diverso alcance y nivel. Sus normas son aplicables a todas las personas menores de 18 años, salvo en los casos en que se acceda antes a la mayoría de edad según la legislación nacional.

Los derechos consagrados por la Convención son aplicables por igual a todos los niños, sin distinción de raza, color, sexo, lengua, religión, opinión política o de cualquier otro tipo, origen nacional, étnico o social, propiedad, discapacidad, nacimiento o cualquier otra condición. Otro principio fundamental establece el «interés superior» del niño como criterio básico para juzgar todas las decisiones que afecten a la salud, bienestar y dignidad de la infancia.

Las disposiciones de la Convención abarcan tres ámbitos principales de los derechos del niño: supervivencia, desarrollo y protección.

○ **Supervivencia:** el primer derecho que se menciona explícitamente es el derecho inherente a la vida. Los estados deben garantizar «al máximo posible, la supervivencia y el desarrollo del niño». La Convención reconoce el derecho del niño al acceso a los servicios de atención de salud (como la inmunización y la terapia de rehidratación oral) y a un nivel de vida adecuado (incluido el acceso a alimentos, agua potable y vivienda). El niño también tiene igualmente derecho a un nombre y a una nacionalidad.

○ **Desarrollo:** para garantizar a cada individuo la oportunidad de desarrollar su potencial, la Convención contiene otras disposiciones sobre los derechos

del niño a la educación, al descanso y el ocio, a la libertad de expresión e información, y a la libertad de pensamiento, conciencia y religión. También establece que los padres deberán conceder la «debida atención» a las opiniones de sus hijos, de acuerdo con su edad y grado de madurez.

○ **Protección:** muchas de las disposiciones de la Convención están encaminadas a proteger a la infancia en una amplia gama de circunstancias. Algunas se refieren a los niños con discapacidades psíquicas o físicas, otras a los niños refugiados o huérfanos, o a los niños que viven separados de sus padres. Se reconoce, asimismo, que, en algunos casos, los niños necesitan ser protegidos frente a sus propios padres o pueden encontrarse en una situación en que los padres no puedan cuidar adecuadamente de ellos.

La Convención también se ocupa de la explotación económica, sexual y bajo otras formas y exige la adopción de medidas adecuadas para proteger a la infancia del consumo y venta de drogas. Especifica igualmente los derechos del niño en situaciones de conflicto armado y de los niños que se han visto implicados en casos delictivos.

La Convención entrará en vigor una vez haya sido ratificada por 20 países y sus disposiciones serán vinculantes para todos los países que la ratifiquen.

La Convención incluye, además, varias medidas de seguimiento destinadas a fomentar el cumplimiento de sus disposiciones por parte de los gobiernos, las organizaciones privadas y las personas individuales. Se creará un Comité de los derechos del niño integrado por diez expertos que actuarán a título personal. Los estados que ratifiquen la Convención deberán comunicar a este Comité las medidas adoptadas para asegurar el cumplimiento de sus disposiciones.

Se espera que las normas establecidas en la Convención sirvan de marco de referencia para todas las personas preocupadas por la salud, el desarrollo y la protección de la infancia. La Convención ofrecerá de este modo una base de actuación universalmente válida para la defensa de la infancia en todos los países.

El principio de prioridad

Por encima de sus disposiciones detalladas, la *Convención sobre los Derechos del Niño* engloba un principio fundamental que según cree el UNICEF debería orientar el progreso político, social y económico en todos los países del mundo durante la próxima década y aún más allá. Este principio consiste en conceder *prioridad* a la protección de la vida y el desarrollo normal de la infancia en el orden de preocupaciones y en la asignación de las capacidades sociales. Este compromiso en favor de la infancia debe mantenerse en la fortuna y en la adversidad, en tiempos normales y en tiempos de emergencia, en tiempos de paz y de guerra, en tiempos de prosperidad y de recesión.

Si en la década venidera lográramos excavar la trinchera defensiva de este principio surcando los campos de batalla del proceso de cambio político y económico, la civilización misma habría conquistado un avance significativo. La esencia de la civilización es la protección de lo vulnerable y del futuro: la infancia, como el medio ambiente, es a la vez vulnerable y representa el futuro. La desprotección del desarrollo físico, mental y emocional de la infancia es la vía principal a través de la cual se multiplican y perpetúan los problemas de la humanidad. Por consiguiente, la adopción de *medidas especiales* para proteger a la infancia contra las insuficiencias y errores del mundo adulto es la vía principal para la erradicación definitiva de muchos de los problemas humanos más fundamentales. El principio de «prioridad» sirve de guía para el tratamiento de todos los temas que se abordan en el informe de este año y, del mismo modo, el UNICEF cree que también debería orientar muchas de las decisiones y acciones que configuran la década que ahora se inicia.

Los primeros ejemplos

La década de los ochenta ha sido testigo de los primeros ejemplos de aplicación, aunque sea parcial, de este principio de prioridad. En 1985, El Salvador se convirtió en el primer país en la historia que declaró un alto el fuego en una guerra civil a fin de respetar el derecho de sus niños a ser vacunados. Fue una decisión histórica que marca uno de los primeros pasos en el camino hacia la aceptación del principio de que la protección de la vida y el desarrollo de la infancia no tendría que depender de los caprichos de la sociedad adulta, ni de si un país está en guerra o en paz, ni de qué partido concreto ocupa el poder, ni de si la economía está bien o mal administrada, ni de si se han pagado o renegociado las

deudas externas, ni de si han subido o bajado los precios de las exportaciones, ni de ningún otro altibajo en las interminables e inevitables oscilaciones de la vida política y económica del moderno estado nacional.

A través de los buenos oficios de la Iglesia católica y de la Cruz Roja, ambos bandos enfrentados en la guerra de El Salvador acordaron otros catorce «días de tregua» repartidos a lo largo de los últimos cinco años, período en el que se han administrado más de tres millones de dosis de vacunas. En una ampliación del mismo planteamiento, las dos partes enfrentadas en la guerra civil de Sudán acordaron, en 1989, la creación de «corredores de tregua» a través de los cuales han podido hacerse llegar desde entonces 120.000 toneladas métricas de alimentos y otros suministros, incluidos vacunas y materiales para la inmunización, a los dos millones y cuarto de víctimas civiles de la guerra. Hasta la fecha, este pacto sin precedentes ha evitado la repetición de los sucesos de 1988 que se cobraron la vida de un total estimado de 250.000 civiles, en su mayoría mujeres y niños. Recientemente, tanto el nuevo gobierno militar de Jartúm como los dirigentes del Ejército Popular de Liberación de Sudán han aceptado mantener abiertos los «corredores de tregua», con la petición de que el esfuerzo de ayuda se prolongue durante 1990. No es descabellado pensar que las vías de comunicación establecidas a través de este proceso podrían estimular los impulsos de paz en la región o que el ejemplo de Sudán podría llegar a convertirse un día en la norma de conducta aceptada en caso de guerra, civil o internacional. Es significativo, por ejemplo, que la cooperación de todos los bandos en lucha esté haciendo posible en estos momentos la continuidad del programa de inmunización infantil en Afganistán y que Sri Lanka, nación desgarrada por recientes violencias y perturbaciones, haya podido anunciar en diciembre de 1989 que, gracias a la cooperación de todas las partes implicadas, se ha podido alcanzar la meta de la inmunización universal de su población infantil.

Pero si llegara a generalizarse la idea de que el principio de prioridad y la *Convención sobre los Derechos del Niño* sólo son aplicables en circunstancias anómalas o en caso de abusos concretos, se habría pasado por alto su finalidad central. En efecto, lo importante del principio de «prioridad para la infancia» es que los niños puedan confiar en que se respetará ese compromiso en todo momento y bajo cualquier circunstancia. Pues es en los períodos en apariencia más normales y en las circunstancias más corrientes cuando puede postergarse con mayor facilidad la necesidad de aplicar este principio.

Nada demuestra con tanta claridad esa necesidad como el impacto de la crisis de endeudamiento y la consiguiente aplicación de programas de ajuste económico en numerosos países del mundo en desarrollo durante la segunda mitad de la década de los ochenta. En efecto, si el principio de «prioridad» ya hubiese estado arraigado en la conciencia de los estados nacionales y de la comunidad internacional, la historia de estos años habría sido muy distinta para muchos millones de niños del mundo. En la práctica, la ausencia de ese principio, que se ha traducido en la ausencia de una *protección específica* para la infancia durante el proceso de ajuste económico, ha hecho recaer sin lugar a dudas el mayor peso de la crisis de endeudamiento sobre el desarrollo físico y mental de los miembros más pobres y vulnerables de la nueva generación.

La deuda de la infancia

Pese a la carencia y deficiencia de datos relativos a los efectos de la recesión sobre la infancia, es posible demostrar que la ausencia de una aceptación más o menos amplia del principio de «prioridad» ha expuesto innecesariamente a millones de niños a los efectos más dolorosos del proceso de ajuste.

En primer lugar, los niños más pobres y más vulnerables han pagado la deuda externa del Tercer Mundo a costa de su *desarrollo normal*.

En el curso de la década de los ochenta, los ingresos medios han descendido casi un 10% en la mayor parte de América Latina y más de un 20% en el África subsahariana. Para muchos, el proceso ha tenido repercusiones aún más graves de lo que indican estos datos. En muchas zonas urbanas, los salarios mínimos reales han experimentado descensos de hasta un 50%². Para los muy pobres, que se ven obligados a gastar tres cuartas partes de sus ingresos en alimentación, una reducción de salarios de esta magnitud se traduce necesariamente en una desnutrición de sus hijos.

El aumento de la desnutrición infantil habría podido evitarse si los gobiernos nacionales y la comunidad internacional se lo hubiesen propuesto. Actualmente disponemos de medios eficaces y de bajo costo para proteger el estado de nutrición infantil (véanse las páginas 29-35), que podrían haberse aplicado si el principio de prioridad para el desarrollo físico y mental de la infancia hubiese tenido un amplio respaldo en el orden de preocupaciones y en la asignación de los recursos sociales, tanto en los buenos como en los malos tiempos. En la práctica, sólo unos pocos gobiernos

adoptaron medidas protectoras especiales en la década de los ochenta y como consecuencia de ello la desnutrición aumentó en muchos países.

En segundo lugar, los niños más pobres y más vulnerables han pagado la deuda externa del Tercer Mundo a costa de su *salud*.

En los últimos años se ha producido una reducción del gasto en atención de salud por habitante en más de las tres cuartas partes de los países de África y América Latina y las restricciones casi con toda seguridad han sido más generalizadas de lo que indican estas cifras. Se han cerrado centenares de centros de salud y muchos de los que se mantienen abiertos sufren carencias de personal y de suministros esenciales. Se han reducido los servicios de planificación familiar, han aumentado los precios de los medicamentos importados y los servicios de salud de Ecuador, Panamá y Paraguay ni siquiera han podido comprar vacunas durante la primera mitad de 1989³.

Gradualmente comienzan a filtrarse algunos datos fragmentarios sobre las trágicas e inevitables consecuencias. Se sabe que la mortalidad infantil ha aumentado en algunas partes de América Latina y del África subsahariana. La incidencia del bajo peso al nacer, un indicador muy sensible del bienestar de las mujeres, se ha incrementado en 7 de los 15 países para los que se dispone de datos recientes⁴.

En el caso de la atención de salud, muchos gobiernos han empezado al menos a poner en práctica el principio de prioridad y a aplicar algunas de las medidas de bajo costo disponibles para proteger la vida y el desarrollo de su infancia. Más adelante se expondrán con detalle estos logros, aunque los avances conseguidos en África son especialmente destacables en este contexto, por el gran esfuerzo realizado a escala continental que ha permitido ampliar la cobertura de inmunización de menos de un 10% a más de un 60% pese a las dificultades sufridas en el último decenio.

En tercer lugar, los niños más pobres y más vulnerables también han pagado la deuda externa del Tercer Mundo a costa de su única oportunidad de acceder a la *educación* (gráf. 2).

El gasto per cápita en educación se ha reducido aproximadamente un 25% en los 37 países más pobres en la última década⁵. Muchos países han suspendido el gasto de inversión, incluida la adquisición de libros y de material para escribir, y miles de maestros han dejado sus puestos después de pasar varios meses sin cobrar. El Director General de la UNESCO, Fe-

derico Mayor resumía así el impacto a escala global en su alocución ante el Consejo Ejecutivo del UNICEF de 1989:

«Los últimos años han sido testigo de una interrupción sin precedentes en la ampliación de los servicios básicos de educación, un estancamiento y un deterioro de la calidad de la enseñanza...»

«La recesión económica y el creciente endeudamiento del Sur sin duda han sido un factor de primer orden en este drama educativo ... Casi la mitad de los países en desarrollo han visto alejarse el objetivo de la Enseñanza Primaria Universal en vez de aproximarse a él. En uno de cada cinco países en desarrollo, de hecho ha empezado a disminuir el número de alumnos de la enseñanza primaria ... El gasto por alumno, en términos reales, ha descendido en dos de cada tres países en desarrollo desde 1980. La enseñanza ha iniciado, por tanto, un proceso de deterioro ... y la extrapolación de las tendencias observadas hacia el futuro no da pie al optimismo».

Las medidas que podrían adoptarse para invertir esta tendencia serán el tema más destacado del orden del día de la primera *Conferencia Mundial de Educación para Todos* que se celebrará en Tailandia en marzo de 1990. Pero todas y cada una de las estrategias que pueda recomendar la Conferencia encontrarían un terreno más fecundo si todas las sociedades aceptasen como principio ético la necesidad de proteger la educación de los niños en todo momento y a cualquier costo.

Ajuste con rostro humano

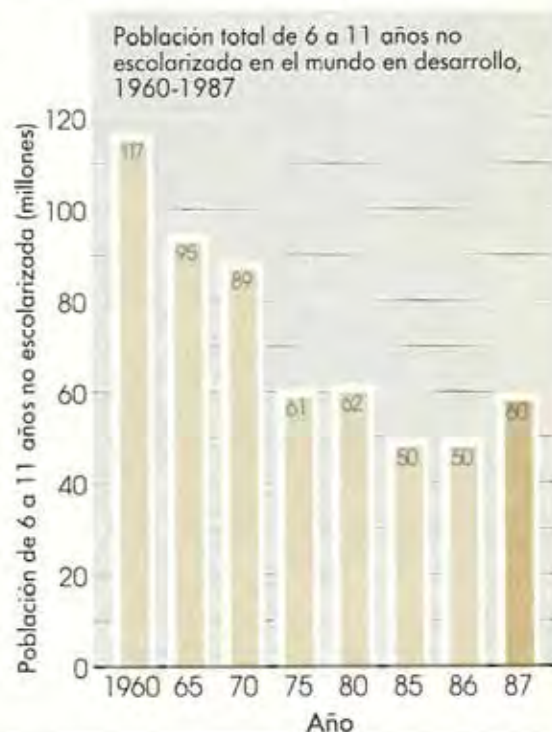
En su labor cotidiana en más de un centenar de países en desarrollo, el UNICEF se enfrenta continuamente a muchas otras situaciones en las que la infancia se ve expuesta a las consecuencias del endeudamiento, la recesión y los programas de ajuste económico, en vez de recibir protección frente a ellas. Otra consecuencia evidente y muy visible es, por ejemplo, el aumento del número de familias en que tanto el padre como la madre se ven obligados a buscar un trabajo remunerado fuera del hogar y la correspondiente reducción del tiempo disponible para la lactancia y la preparación de alimentos de destete, para hervir agua, llevar a vacunar a los niños, cuidar las heridas e infecciones corrientes, y atender a todas las demás tareas esenciales de la crianza de los hijos, las cuales suponen un importante consumo de tiempo. Aunque su cuantificación sea imposible, el personal del UNICEF en

muchos países sabe por experiencia directa que la crisis de endeudamiento y la consiguiente reducción de ingresos de los pobres han contribuido al aumento de la delincuencia juvenil, del número de niños abandonados en la calle, de los accidentes y del consumo de drogas⁶.

Ante la frecuencia con que el UNICEF se enfrenta con estas consecuencias de la crisis de endeudamiento, resulta difícil evitar una sensación de frustración respecto a los progresos logrados hasta la fecha. La pro-

Gráf. 2 Retroceso educativo

En las décadas de 1960 y 1970 tuvo lugar una rápida expansión de la escolarización primaria en el mundo en desarrollo, que redujo el número de niños sin escolarizar a 50 millones. A mediados de los años ochenta, la proporción de niños escolarizados comenzó a descender mientras la población infantil total seguía creciendo. Como resultado de ello, se ha incrementado el número de niños sin escolarizar hasta alcanzar la cifra de 60 millones, el primer aumento significativo registrado en las últimas cuatro décadas.



Fuente: Estimaciones y proyecciones de población de la División de Población de las Naciones Unidas y estimaciones de escolarización primaria del Anuario Estadístico de la UNESCO.

Ajuste con rostro humano

El UNICEF lanzó su primer llamamiento en favor de un «ajuste con rostro humano» a principios de los años ochenta, ante la acumulación de pruebas de una creciente desnutrición, retrocesos en la educación y deterioro de los servicios de salud en muchos lugares del mundo en desarrollo.

La propuesta fue acogida inicialmente con dudas y escepticismo. Sin embargo, a finales de los ochenta existía un amplio consenso en torno a la necesidad de que las posibles soluciones de los problemas de la deuda externa y los déficits en la balanza de pagos vayan acompañadas de medidas que aseguren la protección de la infancia y otros grupos de población vulnerables.

Aunque las respuestas siguen siendo insuficientes, ya se han emprendido algunas acciones; por ejemplo, en algunos países africanos, como Camerún, Ghana, Guinea, Kenya, Madagascar y Senegal, también en Bolivia y Ecuador, en América Latina, y en Filipinas y Sri Lanka, en Asia, se han registrado algunos progresos en la aplicación de políticas de ajuste más «humanas». El Banco Mundial, el Programa Mundial de Alimentos, el Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola, la UNESCO y la Organización Mundial de la Salud también han adoptado una serie de iniciativas, centradas en las necesidades de los grupos más vulnerables en materia de nutrición.

Ghana ofrece un buen ejemplo práctico de «ajuste con rostro humano». El gobierno de ese país diseñó su Programa de Acción para Mitigar los Costos Sociales del Ajuste (PAMSCAD) en colaboración con un equipo mixto, con participación del Banco Mundial, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el UNICEF. El PAMSCAD comprende programas de apoyo en materia de empleo, nutrición, suministro de agua, enseñanza primaria e iniciativas comunitarias, todos los cuales dan prioridad a las zonas más pobres y a los grupos de población más vulnerables. Su costo es de 85 millones de dólares distribuidos a lo largo de dos años; cifra que, sin ser baja, sólo representa el 6% a 8% del costo total estimado de la ayuda internacional al programa de ajuste económico de Ghana.

El UNICEF destaca tres aspectos en su concepción del «ajuste con rostro humano».

En primer lugar, la protección de los pobres y los grupos vulnerables debe constituir un objetivo básico del ajuste económico, junto a la meta de lograr, a más

largo plazo, un desarrollo sostenible centrado en las necesidades humanas.

En segundo lugar, los programas de ajuste deben incorporar medidas concretas que promuevan una inversión destinada a los pobres. Entre otras, créditos para los pequeños agricultores y comerciantes y apoyos específicos para las mujeres productoras.

Esta inversión también requerirá la reestructuración de los sectores de atención social mediante la concentración de los recursos en los servicios de bajo costo y gran impacto, privilegiando, por ejemplo, la atención primaria de salud frente a los hospitales, la enseñanza primaria y la alfabetización frente a las universidades, y el abastecimiento básico de agua potable frente a la construcción de viviendas de prestigio. Asimismo, también existe una apremiante necesidad de medidas especiales de protección del estado de nutrición de los menores de cinco años y de programas de ayuda a las personas sin empleo, del tipo «trabajo a cambio de alimentos», por ejemplo.

En tercer lugar, el «ajuste con rostro humano» requiere un seguimiento de los indicadores humanos además de las variables económicas, que tenga en cuenta la nutrición además de la inflación, la alimentación además de la balanza de pagos, las insuficiencias en los ingresos familiares además de los déficits en los presupuestos gubernamentales.

Una aplicación consistente de estas medidas se traduciría en un modelo de desarrollo muy distinto, centrado en las personas en vez de poner el acento en la macroeconomía. Asimismo, es importante destacar que este modelo de desarrollo también resulta coherente desde el punto de vista económico. No es un mero programa asistencial. Numerosos estudios han demostrado que la inversión en recursos humanos constituye, de hecho, la vía más segura para alcanzar y mantener el crecimiento económico a largo plazo. Y además se trata de una estrategia basada en la acción comunitaria y no gubernamental, que no depende exclusivamente del apoyo del gobierno.

Progresivamente, la atención deberá desplazarse del «ajuste con rostro humano» al «desarrollo con rostro humano». Una de las prioridades de la década de los noventa debe ser el incremento de la ayuda internacional para las inversiones en recursos humanos —nutrición, salud y educación básica—, mediante la movilización de acciones nacionales e internacionales en favor de objetivos «humanos».

longada duración del drama de la deuda externa, la distancia del lugar de los hechos y la complejidad de los mismos parecen haber embotado la sensibilidad de las personas del mundo industrializado. Nadie buscó la crisis de la deuda externa y, aunque algunos se han beneficiado de ella, no favorece los intereses de nadie a largo plazo. La culpa recae sobre quienes tomaron y concedieron créditos de manera irresponsable y sobre la organización económica internacional, incluidos las regulaciones comerciales y los precios de los productos básicos: un marco internacional en el que el mundo en desarrollo ejerce escasa influencia pero en donde su población debe ganarse la vida. Mientras tanto, las consecuencias recaen de forma totalmente desproporcionada sobre los menos responsables de la deuda y los menos capacitados para pagarla. Como señaló muy acertadamente el presidente de Zimbabwe, Robert Mugabe: «Pocas plagas de la historia humana se han cobrado tantas víctimas como la actual crisis de endeudamiento».

Como indican los ejemplos antes citados, los niños y los grupos de población más vulnerables son a menudo los primeros en sufrir las consecuencias y los más afectados por las mismas. Con escasas excepciones, de hecho nos hayamos exactamente ante todo lo contrario a la aplicación del *principio de prioridad* social para la protección del desarrollo físico y mental de la infancia. Sin embargo, por alguna razón la pavorosa injusticia de lo que está ocurriendo escapa a nuestra atención, pasa de largo frente a nuestras ventanas arrastrada por el suave flujo de los análisis económicos, disfrazada con los respetables ropajes del vocabulario financiero. De vez en cuando se nos dice que vamos saliendo del paso a trompicones, en algún lugar se ha negociado un aplazamiento de la deuda, se ha concedido una reducción en otro, y detrás queda difuminada la imagen del centro de salud cerrado, de la escuela con los pupitres vacíos, de la dieta monótona, de la madre anémica, del niño que no logra aumentar de peso.

Por todos estos motivos, el UNICEF ha venido propugnando durante la década de los ochenta la estrategia del «ajuste con rostro humano» (recuadro 3). La protección de los pobres y de los grupos de población vulnerables —en especial de los niños— cuando es necesario reajustar las economías para adaptarlas a nuevas circunstancias externas más difíciles, es una alternativa económica y humanamente razonable. Como declaró en 1989 Richard Jolly, Director ejecutivo adjunto del UNICEF, ante un Comité del Congreso de los Estados Unidos:

«El capital humano es un factor más importante para el crecimiento económico que el capital físico ... La inversión en capital humano en forma de nutrición, enseñanza básica y salud no puede aplazarse; o se realiza a una edad adecuada cuando verdaderamente se necesita o no se realiza. Para el niño no hay una segunda oportunidad. La desapercibida tragedia de la desinversión en capital humano de la década de los ochenta reside en que sus consecuencias se prolongarán hasta bien entrado el siglo XXI en forma de retrasos en el desarrollo infantil y una instrucción deficiente»⁷.

Ninguna teoría económica o ideología política puede justificar ni siquiera temporalmente el sacrificio del desarrollo físico y mental de la infancia. La estrategia de ajuste con rostro humano constituye uno de los ejemplos más importantes del ideal de la *Convención de los Derechos del Niño* y del principio central de la misma que señala el deber de proteger a toda la infancia de las peores consecuencias de los excesos y errores del mundo adulto, trátase de la violencia y la guerra o de los efectos acumulativos de la mala gestión económica.

La trampa de la deuda externa

Dada la enorme magnitud de la crisis de la deuda externa, que en la actualidad representa una parte de los recursos del mundo en desarrollo superior incluso a la destinada al gasto militar, las acciones concretas encaminadas a proteger la salud, el estado de nutrición y la educación de la infancia difícilmente resultarán suficientes, en muchos países, si no van acompañadas de un avance significativo en la resolución del problema mismo del endeudamiento.

Por desgracia, la crisis de la deuda externa se ha convertido ya en la trampa de la deuda externa. La única salida es a través del restablecimiento de un crecimiento económico sano, pero los excedentes costosamente obtenidos que deberían invertirse en ese crecimiento tienen que dedicarse en cambio a pagar los intereses de la deuda. Cuando tras un gran esfuerzo para aumentar las exportaciones y la entrada de divisas se consigue abrir la trampa, lo más probable es que ésta vuelva a cerrarse por la acción de una brusca subida de los tipos de interés. La deuda de América Latina, por ejemplo, es hoy cuatro veces mayor que su ingreso total anual por exportaciones, y en consecuencia cada subida de un punto en los tipos de interés requiere un incremento de un cuatro por ciento en las exportaciones meramente para mantener el actual rit-

mo de pagos. Los tipos de interés internacionales aumentaron tres puntos entre el primer trimestre de 1988 y el primer trimestre de 1989.

La deuda de África resulta pequeña en comparación, puesto que sólo representa entre un 10% y un 15% de las cantidades adeudadas por los entrampados países de América Latina que constituyen el foco central de atención del plan Baker. Pero medida de acuerdo con el único criterio válido para África –los ingresos de su balanza de pagos y su capacidad para hacer frente a los pagos–, el gravamen que representa la deuda africana es de hecho *dos veces mayor* que el que soporta América Latina. Y las perspectivas africanas de crecimiento económico siguen viéndose mermadas –pese a todas las reducciones y aplazamientos de la deuda negociados hasta la fecha– debido a que la amortización y el pago de los intereses de la deuda externa se llevan los recursos que podrían dedicarse a la inversión.

Por consiguiente, la sombra de la crisis de la deuda externa se proyecta tanto sobre la década venidera como sobre la que ahora se cierra.

No obstante, se vislumbran algunos tenues indicios esperanzadores. En los últimos dos años se ha registrado la primera reducción de la deuda total del mundo en desarrollo desde que se inició la crisis de la deuda externa a principios de la década de los ochenta. Y aunque todavía no ha comenzado a decrecer la proporción de los pagos, al menos se está extendiendo el convencimiento de que la adopción de medidas más drásticas y definitivas, incluida la cancelación de la mayor parte de las deudas pendientes de África con los gobiernos de los países occidentales industrializados y nuevas reducciones en las deudas comerciales de muchos países latinoamericanos, redundaría en beneficio tanto del mundo industrializado como del mundo en desarrollo.

Pero al mismo tiempo que trabajamos para desbloquear este segundo de los dos grandes frenos que impiden el progreso humano, es esencial que la comunidad internacional refrende nuevamente su compromiso con el espíritu de la *Convención de los Derechos del Niño* y con el principio fundamentalmente civilizado de que la protección de la vida y el desarrollo de la infancia debe ser lo último y no lo primero que se sacrifique en tiempos de dificultades. Sin ese compromiso, la vida, la salud, el desarrollo y la educación de millones de niños de los años noventa volverán a ser inmolados inevitablemente en el altar de la devolución de la deuda externa y los programas de ajuste.

En la fortuna y en la adversidad

El impacto de la crisis de la deuda externa sobre la infancia constituye una muestra de la necesidad de una nueva ética que garantice la prioridad para la protección de la infancia en el orden de preocupaciones y en la asignación de los recursos y las capacidades de la sociedad adulta en períodos turbulentos y de transición.

Pero también sería un error suponer que esta nueva ética sólo es necesaria en los países más pobres o en las circunstancias más extremas de penurias económicas o disturbios civiles.

Tanto en los Estados Unidos como en el Reino Unido, por ejemplo, diez años de crecimiento económico continuado han ido acompañados de la duplicación del número de familias sin hogar. Y con el progresivo deterioro de las redes de seguridad de los servicios sociales, el número de niños que viven en condiciones de pobreza en los Estados Unidos se ha incrementado en más de tres millones (desde un 11% de la población infantil en 1979 a más de un 15% en la actualidad). Aproximadamente una tercera parte de los estadounidenses de origen hispano y la mitad de los de origen africano viven por debajo del nivel de pobreza aceptado, al igual que un 40% de la población infantil de Nueva York, la capital financiera del mundo⁸.

Estas cifras representan un atentado tan importante contra los principios éticos expresados en la Convención como cualquier hecho ocurrido en el último decenio en los países del mundo en desarrollo afectados por el endeudamiento. El desarrollo físico y mental de estos niños de los países industrializados no ha recibido «prioridad» a la hora de distribuir los beneficios de la creciente prosperidad de sus sociedades, como tampoco han contado con una protección prioritaria los cientos de miles de niños que ven malogradas sus vidas por la desnutrición, las drogas, el abandono y los malos tratos.

El mismo criterio debe aplicarse también en los países en desarrollo que han evitado la trampa del endeudamiento y han mantenido tasas de crecimiento económico sostenido, y en algunos casos espectacular, a lo largo de la última década. La mayor parte de Asia entra dentro de esta categoría. Los dinámicos países exportadores del Este de Asia son los ejemplos más conocidos, pero las gigantescas economías de China y la India y populosos países como Bangladesh, Pakistán y Tailandia también han vivido diez años de incremento de los ingresos per cápita y de lenta disminu-

ción de la proporción de sus poblaciones que vive por debajo del nivel de pobreza.

Algunos de estos países han canalizado deliberadamente el crecimiento económico en favor del bienestar de la infancia. En Tailandia, por ejemplo, el Quinto Plan Nacional de Desarrollo incluyó como objetivo concreto la supresión de la desnutrición grave y logró reducir a menos de un 2% la desnutrición de grado 2 y 3 (según la definición relativa aplicada en Tailandia) en casi todas las aldeas. En la República de Corea, en 25 años de rápido crecimiento económico se han llevado a cabo acciones específicas destinadas a traducir el progreso económico en progreso humano: se ha logrado eliminar prácticamente la desnutrición; se ha reducido la tasa de mortalidad de los menores de cinco años de 120 a 33 por 1000; y casi la totalidad de los niños y niñas tienen acceso a la enseñanza tanto primaria como secundaria.

El crecimiento económico continuado ha facilitado sin duda la consecución de estos logros. Pero muchos países han experimentado un avance económico sostenido sin un avance social equivalente, lo cual demuestra que la transformación del primero en el segundo requiere un compromiso consciente y concreto. Tal vez lo más destacable del caso de la República de Corea es el hecho de que en los momentos de serio deterioro del progreso económico, como en 1979 y 1980, no se permitió que los aspectos más básicos del bienestar humano se vieran afectados por el riguroso programa de ajuste económico introducido para hacer frente a la crisis. Se vigiló y mantuvo el estado de nutrición de la infancia. Los servicios básicos de atención de salud no se vieron afectados. Y el derecho a la educación de todos los niños no se vio amenazado por los recortes presupuestarios. En otras palabras, los medios empleados para hacer frente a la crisis constituyeron todo un modelo de «ajuste con rostro humano» y un ejemplo de la aplicación del principio que obliga a respetar el compromiso de proteger el desarrollo físico y mental de la infancia tanto *en la fortuna como en la adversidad*.

El desafío asiático

En Asia la situación es en conjunto más diversa. El continente, con las importantes excepciones de Indonesia, Filipinas y Myanmar (Birmania), ha evitado la trampa de la deuda externa que ha tenido una influencia tan dominante en el proceso de desarrollo de América Latina y África durante la última década.

En la mayoría de los casos el crecimiento económico se ha mantenido a un ritmo uniforme y muchas veces se ha acelerado.

Aun así, el problema mundial de la pobreza absoluta sigue teniendo su centro de gravedad en Asia meridional. Un 40% de los niños de corta edad que mueren anualmente en el mundo, el 40% de los niños desnutridos, el 35% de los niños no escolarizados y más del 50% de los que viven en condiciones de pobreza absoluta residen en sólo tres países: Bangladesh, India y Pakistán.

Y no es sólo un problema de cifras absolutas. El porcentaje de niños desnutridos y el porcentaje de niños nacidos con bajo peso, aunque lentamente decreciente, sigue siendo significativamente más elevado en Asia meridional en comparación con cualquier otra región del mundo, incluida el África subsahariana. El desafío de Asia meridional es, por tanto, el de encontrar medios eficientes para traducir su crecimiento económico sostenido en mejoras equivalentes en la salud, el estado de nutrición y la educación de su infancia. Los esfuerzos pioneros realizados en la década de los ochenta son una muestra de los espectaculares avances que podrían lograrse si este desafío fuera ampliamente afrontado. Enseguida volveremos sobre esta cuestión, pero lo que interesa subrayar aquí es que el principio de «prioridad» es tan relevante en Asia, en el umbral de otra posible década de progreso económico significativo, como para los más endeudados países de África o de América Latina.

En resumen, la *Convención de los Derechos del Niño* y su principio fundamental de «prioridad para la infancia» en el orden de preocupaciones y en la signación de las capacidades sociales tienen una aplicación universal. Con el progresivo ajuste de las economías a escala mundial y el creciente predominio de la economía de mercado en casi todas las sociedades, aún será más necesario aplicar este principio para proteger a la infancia de las perturbaciones y de los inevitables errores que ello causará. Como demuestran claramente los problemas que amenazan a la infancia en las actuales economías de libre mercado, las leyes del mercado pueden ser brutales con los que carecen del poder adquisitivo necesario para ponerlas al servicio de sus necesidades. Por esto, el «ajuste con rostro humano», propugnado por el UNICEF en el contexto de la crisis de endeudamiento del mundo en desarrollo durante la última década, también es relevante para el mundo industrializado, incluida la Unión Soviética y los países del Este de Europa, en el proceso de rees-

tructuración de sus sistemas económicos, y también para los Estados Unidos, en el proceso de ajuste de su propia economía a la realidad de sus enormes déficits presupuestarios y de su balanza comercial. Cualquiera que sea la orientación o la causa de los cambios políticos y económicos en curso en el mundo adulto, los niños deben ser objeto de especial protección, hasta donde sea humanamente posible, frente a las peores consecuencias de esos cambios.

Los éxitos de la década de 1980

La *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* de próxima celebración, la *Convención de los Derechos del Niño* aprobada recientemente y los progresos realizados hasta la fecha en la aplicación de un *ajuste con rostro humano* constituyen hitos significativos en la implantación de un nuevo compromiso en favor de la infancia y en el establecimiento del principio de «prioridad». Pero en la segunda mitad de la década de los ochenta también se han logrado importantes avances prácticos favorables a la instauración de ese nuevo compromiso.

En general, en todos los casos ha intervenido la movilización de la actual capacidad de comunicación para poner a disposición de la mayoría de la familia humana los beneficios de la ciencia del siglo XX. Como dice el doctor Hiroshi Nakajima, Director general de la Organización Mundial de la Salud, *«es preciso reconocer que la mayor parte de los grandes problemas de salud y de mortalidad prematura del mundo podrían prevenirse mediante algunos cambios en el comportamiento humano a un bajo costo. Disponemos de los conocimientos y la tecnología necesarios, pero es preciso transformarlos en acciones eficaces a escala comunitaria. Los padres y las familias, debidamente respaldados, podrían salvar la vida de dos terceras partes de los 14 millones de niños que mueren cada año... si dispusieran de la información adecuada».*

Ya se ha empezado a avanzar en este sentido. La cobertura de inmunización, situada a niveles muy bajos a principios de la década de los ochenta, alcanza en la actualidad a las dos terceras partes de la infancia del mundo en desarrollo (gráf. 3). La terapia de rehidratación oral (TRO), prácticamente desconocida fuera de los medios científicos hace una década, es utilizada hoy día por una de cada tres familias (gráf. 7). Y la proporción de parejas en edad de procrear que utilizan métodos eficaces de planificación de los nacimientos ha pasado de sólo un 15% a un 20% en los años sesenta a alrededor de un 50% en la actualidad⁹.

Gracias a ello, se estima que actualmente se salvan más de tres millones de vidas infantiles cada año como resultado de la aplicación de sólo las dos primeras medidas citadas: la inmunización y la TRO (gráf. 6 y 7).

En el campo de la inmunización, en particular, se ha logrado el éxito más espectacular de la salud pública en la última década. A finales de los años setenta, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó como meta la *Inmunización universal de la infancia* para el año 1990, lo cual significaba en la práctica lograr la vacunación completa del 80% de los niños de un año del mundo en desarrollo: un nivel de cobertura suficiente a partir del cual la interrupción de las vías de transmisión de las enfermedades inmunoprevenibles ofrece un cierto grado de protección incluso a los niños no vacunados.

En aquel momento, la vacunación alcanzaba sólo a alrededor de un 10% a un 20% de la infancia del mundo en desarrollo y muchos consideraban inviable la meta de una cobertura del 80%, que fue dejando de citarse a medida que se acercaba la fecha límite de 1990. Actualmente, cuando todavía falta un año, la cobertura de inmunización ya se ha elevado hasta casi un 70%.

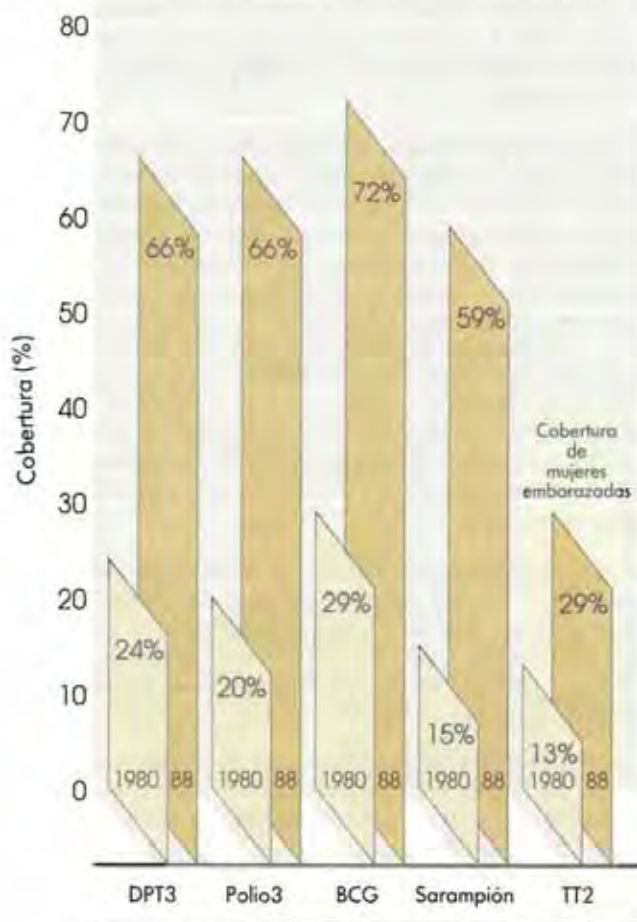
Si la cobertura de inmunización se hubiese mantenido a los niveles de 1977, aproximadamente cinco millones de niños habrían muerto de enfermedades inmunoprevenibles en los últimos doce meses. De hecho, éstas se cobraron algo menos de tres millones de vidas (gráf. 5). Es decir, que la aceleración del esfuerzo de inmunización en los últimos diez años está evitando anualmente la muerte de unos dos millones de niños a causa del sarampión, la tos ferina o el tétanos. A los cuales debe sumarse el total estimado de un millón y medio de niños que hoy caminan, corren y juegan normalmente en las aldeas y barrios del mundo en desarrollo y que la poliomielitis habría dejado discapacitados en ausencia de los esfuerzos de inmunización de la última década.

Como se muestra en el siguiente capítulo, el camino por recorrer puede ser más largo de lo que indican estos datos. Sin embargo, éxitos de orden práctico como los citados, conseguidos en medio de la peor recesión sufrida en el mundo en desarrollo desde la década de los años treinta, son los que permiten considerar como un objetivo realista la adopción de una nueva ética que conceda prioridad a la infancia para hacer frente a los problemas de la desnutrición, las enfermedades prevenibles y la mortalidad prematura en la próxima década.

Gráf. 3 Inmunización universal en 1990

Durante la década de 1980 se ha producido una auténtica revolución en la cobertura de inmunización del mundo en desarrollo, pero todavía se requiere un gran esfuerzo para alcanzar el objetivo de una cobertura del 80 % al final de 1990.

Cobertura de inmunización de niños menores de un año en el mundo en desarrollo, 1980-1988



DPT3 - Difteria, Pertussis (tos ferina), Tétanos.

BCG - Vacuna contra la tuberculosis (una sola dosis).

Sarampión - Una sola dosis lo más próxima posible a los 9 meses.

TT2 - Tétanos (dos inyecciones durante el embarazo como protección del recién nacido contra el tétanos).

(Datos de 1980, excluida China).

Fuente: OMS y UNICEF; Informe UCI.

Según indica el doctor Nakajima, los actuales conocimientos sobre materias como la inmunización, la deshidratación, la lactancia materna, el desarrollo infantil, las infecciones respiratorias, el espaciamiento de los nacimientos, la maternidad sin riesgos, el paludismo y la prevención de las enfermedades, permiten construir, a un costo asequible, un muro protector del desarrollo físico y mental de la infancia en los años noventa. Este potencial permitiría salvar las vidas de más de 50 millones de niños durante los próximos diez años y proteger una nutrición y un desarrollo saludable de muchos millones más, pero su realización práctica depende sobre todo de la adopción del compromiso político de conceder «prioridad» a esos niños en nuestras preocupaciones y en la asignación de nuestras capacidades.

El objetivo práctico de la *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* es avanzar hacia nuevos compromisos nacionales para emprender esa tarea y nuevos compromisos internacionales para respaldarla.

Como aportación a esta reunión en la cumbre, el capítulo II de este informe expone las principales oportunidades prácticas y concretas existentes para proteger la vida, la salud y la nutrición de toda la infancia en los años venideros. En conjunto constituye un inventario de acciones básicas y evidentes que indican que el nuevo compromiso en favor de la infancia mundial empieza a hacerse realidad. En el capítulo III se examinan las oportunidades viables y asequibles para avanzar hacia las metas más amplias de atención primaria de salud y educación básica para todos propuestas para la década de los noventa. Por último, en el capítulo IV se analiza una posible nueva acción de los países industrializados en apoyo de los esfuerzos del mundo en desarrollo para aplicar el principio de «prioridad» en favor de los más pobres, de la infancia y del medio ambiente.

Oportunidades concretas

Si se mantienen las presentes tendencias, más de cien millones de niños morirán a causa de enfermedades y desnutrición en la década de los noventa.

Estos niños no serán víctimas de inundaciones o hambrunas inesperadas. Su muerte no será registrada por las cámaras de televisión, no será motivo de indignación pública, ni suscitará llamamientos en favor de la adopción de medidas urgentes. Estos niños morirán sin que prácticamente nadie haya prestado atención a su presencia en el mundo.

Las causas de estas muertes pueden contarse con los dedos de una mano. Casi todos estos niños morirán de enfermedades que en otro tiempo también fueron comunes en los países industrializados. Morirán con los ojos hundidos en el coma de la deshidratación o jadeando en busca de aliento en las garras de la neumonía o presos de los férreos espasmos del tétanos o enfebrecidos por el sarampión o en el potro de torturas de la tos ferina. Estas cinco enfermedades comunes, todas susceptibles de prevención y tratamiento con medidas sencillas y poco costosas, serán responsables de dos tercios del total de muertes infantiles y más de la mitad de los casos de desnutrición infantil durante la década que ahora se inicia (gráf. 4).

Como medida de las oportunidades prácticas a nuestro alcance para proteger la vida y el desarrollo de muchos millones de niños, incluso en momentos económicamente difíciles, basta señalar que las vacunas de bajo costo, la terapia de rehidratación oral y los antibióticos podrían evitar conjuntamente la mayor parte de la mortalidad y la desnutrición infantiles en el mundo en desarrollo.

Ha llegado sobradamente la hora de poner estos avances científicos básicos al alcance del conjunto de la familia humana, sin restringir su acceso sólo a los países industrializados que disponen de ellos desde hace ya tiempo (*). La vacunación completa de un niño cuesta menos de 1,50 dólares. Las bolsas de sales de rehidratación oral cuestan unos 10 centavos de dólar cada una. Un tratamiento con antibióticos cuesta aproximadamente un dólar.

El dinero y la tecnología no son lo único importante; también deben tenerse en cuenta los sistemas de distribución y la infraestructura, los métodos de gestión y la capacitación profesional, y la utilización de todos los canales de comunicación posibles para informar y ayudar a los padres a aplicar los actuales conocimientos. Sin embargo, para situar el problema en una perspectiva global, los *costos adicionales*—incluida la distribución—de un programa destinado a evitar la mayor parte de la mortalidad y la desnutrición infantiles en el curso de la próxima década podrían llegar a sumar unos 2500 millones de dólares anuales a finales de los años noventa.

Dos mil quinientos millones de dólares es una suma considerable. Para dar unas referencias comparativas, esta cifra equivale al 2% del gasto anual en armamento de los países pobres del mundo. Equivale aproximadamente al costo de cinco modernos bombarderos. Es equivalente a lo que se ha venido gastando mensualmente en el consumo de vodka en la Unión Soviética. Es equivalente al gasto anual en publicidad de las compañías tabacaleras estadounidenses. Equivale al 10% de los subsidios anuales percibidos por los agricultores de la Comunidad Económica Europea. Equivale al pago semanal del servicio de la deuda externa del mundo en desarrollo. Es equivalente al gasto militar mundial *diario*.

Al margen de otras posibles razones y por difícil que pueda llegar a ser el clima económico en la próxima década, es imposible aceptar ni por un instante la idea de que el mundo *no puede permitirse* el gasto necesario para prevenir la muerte y la desnutrición de tantos millones de niños.

Como tampoco puede aceptarse la excusa de que resulta demasiado difícil llegar hasta los niños en situación de riesgo. En una era en que la Coca Cola y la Pepsi Cola han llevado sus productos y sus mensajes hasta prácticamente todas las aldeas y todos los barrios del mundo en desarrollo, no puede ser imposible hacer llegar a esas mismas comunidades una bolsita de sales de rehidratación oral (SRO) que cuesta 10 centavos de dólar y el mensaje de que su contenido podría salvar la vida de un niño. En los últimos veinte años, el mundo en desarrollo ha experimentado cambios revolucionarios en su capacidad de comunicación con la mayoría de sus ciudadanos: la prensa, la radio o la televisión llegan actualmente a casi todos los hogares; los servicios de educación y de salud cuentan con alguna presencia en casi todas las comunidades; las empresas, sindicatos y cooperativas mantienen comunica-

(*) La terapia de rehidratación oral, de reciente descubrimiento, es la única excepción. Pero los niños en peligro de deshidratación de los países industrializados han contado con la protección de la terapia de rehidratación endovenosa administrada en los hospitales. Actualmente, los hospitales del mundo industrializado están empezando a sustituir lentamente los métodos de rehidratación endovenosa por la rehidratación oral como primer tratamiento contra la deshidratación.

ción regular con sus trabajadores y afiliados; los comercios al por menor, los servicios públicos y las agencias de publicidad mantienen un contacto fluido con un amplio público; las voces de la religión, de las organizaciones no gubernamentales, de los movimientos de mujeres, de las industrias artísticas y del ocio, llegan ahora a un público sin precedentes.

En consecuencia, lo que falta no es primordialmente la tecnología, ni la capacidad financiera ni de cobertura, sino la conciencia de que es posible llevar a cabo esa tarea y la decisión de movilizar todos los recursos disponibles con ese fin.

Para liberar este enorme potencial se requerirá el compromiso de los dirigentes políticos de cada país y una cumbre en favor de la infancia podría actuar como catalizador de ese compromiso en el inicio de la

década de los noventa. Pero también será esencial la dirección y colaboración de todo tipo desde todos los ámbitos –del mundo de la religión, de la política, de la educación, de la salud, de los medios de comunicación, de las artes, del comercio, del trabajo, de los servicios públicos, de la industria del ocio y de los movimientos populares– para informar a todas las familias de todos los lugares y ayudarlas a aplicar los conocimientos actuales para mejorar la calidad de sus propias vidas y las de sus hijos.

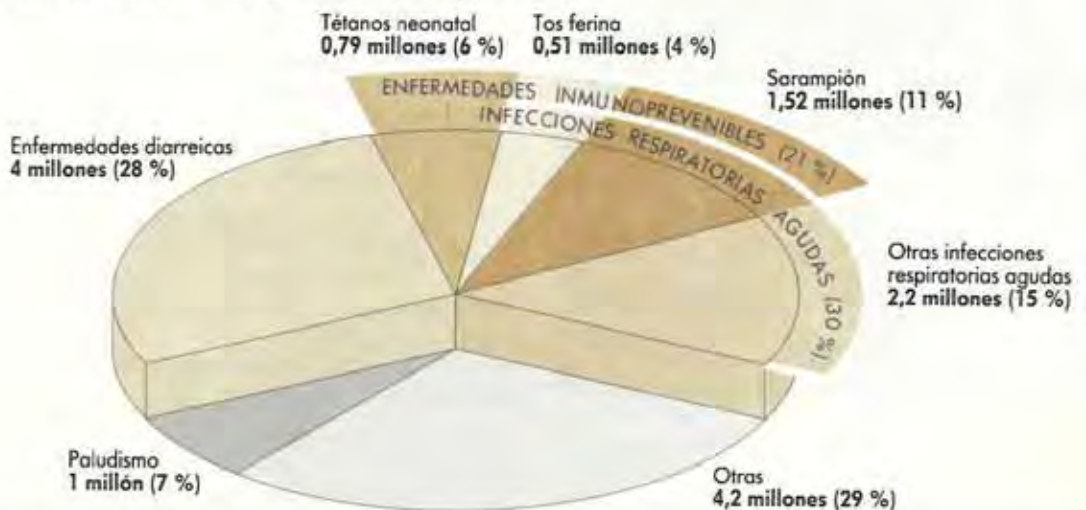
Con vistas a la proyectada *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* y para todos quienes participen en el esfuerzo de responder a este gran desafío, a continuación presentamos un breve resumen de las *seis principales oportunidades* a nuestro alcance para proteger la vida y el desarrollo normal de la infancia en práctica-

Gráf. 4 Causas de mortalidad infantil

Casi dos tercios de los 14 millones de muertes infantiles anuales se deben a causas específicas: diarreas, infecciones respiratorias, sarampión y

tétanos neonatal. La mayor parte de estas muertes pueden prevenirse a un costo muy bajo.

Muertes anuales de menores de cinco años, según causas*



* A efectos de la composición gráfica, se ha asignado una causa específica de mortalidad por cada niño fallecido, aunque, de hecho, los niños mueren a menudo por causas múltiples. La desnutrición es una causa coadyuvante de mortalidad infantil en una tercera parte de los casos. El sarampión se incluye, a veces, entre las

infecciones respiratorias agudas, ya que un caso grave de sarampión hace que el niño afectado sea más propenso a otras infecciones: con frecuencia, la neumonía aparece como causa final de muerte de la que el sarampión es un factor responsable inicial.

Fuente: Estimaciones de la OMS y el UNICEF.

mente todos los países en desarrollo durante la próxima década.

1. Inmunización universal de la infancia

Pese a los rápidos avances logrados en la década de los ochenta, la inmunización sigue siendo una de las oportunidades más importantes. La cobertura de in-

ello es esencial mantener el esfuerzo y alcanzar una cobertura de inmunización del 80% en la fecha límite establecida, y a continuación intentar superar el 90% de cobertura lo más pronto posible (recuadro 1).

Para todas las vacunas, y en todos los países, se ofrecen dos oportunidades de primer orden para elevar la cobertura de inmunización hasta un 80% o más en los próximos doce meses (recuadro 6). El gráfico 5 indica que ésta podría ampliarse rápidamente verificando si todos los niños visitados en los centros de salud, cualquiera que sea el motivo de la visita, ya están vacunados. De forma análoga, las cifras de inmunización indican claramente que podría alcanzarse una cobertura del 80% si todos los niños que reciben una primera dosis completasen *toda la serie* de vacunaciones. Aprovechar estas dos oportunidades, alertando a todo el personal de los servicios de atención de salud sobre la necesidad de aprovechar cualquier oportunidad para vacunar a los niños y recordando a todos los padres la necesidad de que el niño reciba la serie completa de vacunas, permitiría aumentar rápidamente en muchos puntos porcentuales la cobertura de inmunización, con un costo adicional bajo. Los mayores avances a nuestro alcance pueden lograrse sobre todo procurando no desperdiciar oportunidades y aprovechando mejor el personal y las instalaciones existentes, más que a través de servicios separados o de nuevas iniciativas en el terreno de la distribución.

Resulta particularmente preocupante que las dos enfermedades inmunoprevenibles responsables de mayor mortalidad —el sarampión y el tétanos neonatal— sean también las que cuentan con una menor cobertura de inmunización.

El sarampión continúa cobrándose 1.5 millones de jóvenes vidas cada año y estas muertes sólo representan la punta mortal de un iceberg de morbilidad. Está comprobado que la incidencia de otras enfermedades y de la desnutrición es hasta diez veces más frecuente en los meses y años siguientes a un brote de sarampión (recuadro 5).

Así pues, el sarampión es una de las mayores amenazas mortales de la infancia de los años noventa y, por tanto, la inmunización universal contra el sarampión debe mantenerse como uno de los objetivos prioritarios de la próxima década.

La inmunización contra el tétanos sigue siendo muy insuficiente. La cobertura de las mujeres embarazadas del mundo en desarrollo todavía permanece por debajo del 30% y el número de casos registrados de tétanos

Gráf. 5 Oportunidades perdidas

El objetivo de alcanzar una cobertura de inmunización del 80% podría lograrse si todos los niños que son atendidos en un centro de salud, cualquiera que sea el motivo, fueran examinados y vacunados en caso necesario.

Resultados de una típica encuesta de «oportunidades perdidas» (niños atendidos en un centro de salud por otros motivos que no fueron examinados para su vacunación).



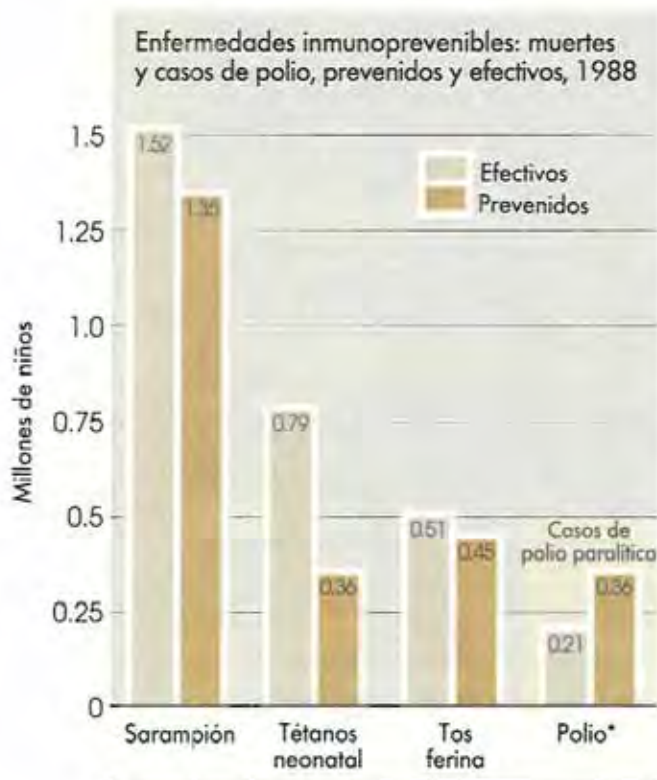
Fuente: OMS, 1989.

munización ya abarca a dos terceras partes de todos los niños del mundo en desarrollo y esto permite salvar aproximadamente dos millones de vidas cada año. Sin embargo, unos tres millones de niños siguen muriendo cada año por no estar vacunados y porque las enfermedades, la desnutrición y la mortalidad son más frecuentes entre los niños aún no inmunizados. Por

entre las mujeres y los recién nacidos ha disminuido muy poco durante los años ochenta. Es un motivo de vergüenza nacional e internacional que unas causas tan fácilmente prevenibles con un costo casi insignificante sigan produciendo la muerte de más de tres cuartos de millón de niños y muchos miles de jóvenes y mujeres cada año (recuadro 5).

Gráf. 6 Las vacunas previenen dos millones de muertes anuales

Las vacunas previenen más de dos millones de muertes infantiles al año, pero todavía mueren casi tres millones de niños anualmente por enfermedades inmunoprevenibles. La vacunación de toxoide tetánico (para proteger a la futura madre y al recién nacido) continúa muy retrasada.



* El gran incremento del número de casos de polio prevenidos en el pasado año se debe principalmente al fuerte impulso de la inmunización en China, donde la cobertura alcanzó casi el 95 % en 1989.

Fuente: OMS y UNICEF. Informes UCI.

Los problemas son múltiples. La recesión económica, el alto costo del combustible, una infraestructura deficiente, la escasez de personal, los problemas asociados a la temperatura y las condiciones geográficas, son todos factores que hacen difícil alcanzar la inmunización universal. Pero en la década de los ochenta se ha demostrado que hasta en los países más pobres y en los momentos económicos más difíciles pueden alcanzarse altos niveles de cobertura. Por ejemplo, en los últimos cinco años, la cobertura de inmunización se ha ampliado de forma acelerada en 41 de los 46 países africanos con ingresos más bajos, pese a todas las dificultades del continente. Y en China, que todavía figura entre los veinte países más pobres del mundo, la cobertura de inmunización ya es del 85% en todas las provincias y ha superado el 95% a escala nacional para las vacunas contra la poliomielitis, la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT), el sarampión y la tuberculosis (BCG).

El costo de los programas de inmunización no resulta prohibitivo para ningún país. El factor crucial es un compromiso continuado en favor de esta causa.

En todos los países, la inmunización ha dependido, y seguirá dependiendo, de la dedicación, a menudo no reconocida, de todas las personas encargadas de comunicar con los padres, de resolver los problemas logísticos, de conducir los vehículos, de mantener en funcionamiento los frigoríficos, de organizar los centros de salud y de vacunar a los niños.

Pero en los difíciles años ochenta, el impulso principal para la expansión de la inmunización ha procedido del compromiso político, a los más altos niveles, que ha permitido movilizar los recursos nacionales en la escala necesaria.

Es posible afirmar sin temor a equivocarse que jamás se había visto participar personalmente a tantos presidentes, primeros ministros y destacados dirigentes políticos en la promoción de ninguna otra iniciativa de salud pública. Los ministerios del Interior, de Educación, de Información, han compartido el esfuerzo con los ministerios de Salud y muchos jefes de Estado han seguido vinculados exigiendo informes trimestrales sobre los avances logrados a sus ministros, gobernadores provinciales o altos funcionarios de salud. En palabras de la Organización Mundial de la Salud: «*los sistemas de valores sociales han evolucionado de tal manera que la inmunización constituye actualmente una importante prioridad para los dirigentes nacionales e internacionales*».

Este nuevo reconocimiento ha hecho posibles los

Egipto: vacunas y sales

Egipto es el primer país que ha logrado importantes éxitos en la promoción simultánea de dos de las principales medidas en favor de la supervivencia infantil —la terapia de rehidratación oral (TRO) y la inmunización— que permiten prevenir la muerte de muchas decenas de miles de niños al año.

El Ministerio de Salud puso en marcha, en 1984, con el apoyo de USAID, un programa nacional de promoción del uso de sales de rehidratación oral (SRO) y de alimentación continuada (en particular, de la lactancia materna) durante los episodios de diarrea.

Desde esa fecha, más de 40.000 médicos, enfermeras y farmacéuticos han recibido cursos de formación sobre la rehidratación oral, que está incluida en el programa de todas las facultades de medicina. Todos los centros públicos de salud infantil ofrecen gratuitamente SRO y 3200 de ellos (un 85%) disponen de unidades especiales de rehidratación oral, donde las madres aprenden a preparar y administrar la solución. Las SRO también se venden, sin receta, en más de 6000 farmacias privadas.

La producción local de SRO, distribuidas en cómodos paquetes de 5,5 gramos, aumentó de 2,3 millones de litros anuales, en 1982, a 5 millones de litros, en 1987.

Los medios de comunicación, como la televisión, la radio y la prensa, han contribuido de manera decisiva a ampliar la demanda de SRO y a difundir su empleo correcto entre las madres. En la actualidad, las madres egipcias están casi universalmente informadas sobre las SRO y las encuestas indican que más del 80% saben preparar correctamente la solución. Al menos la mitad de todos los casos de diarrea infantil se tratan actualmente con SRO, frente a un total estimado de un 10% a un 20% en 1983. También han mejorado las prácticas de alimentación infantil, a pesar de que una de cada siete madres siguen interrumpiendo la lactancia materna cuando sus hijos tienen diarrea.

Egipto también ha contribuido significativamente al objetivo de Inmunización universal de la infancia propuesto por las Naciones Unidas para el año 1990. En 1988 ya se había conseguido inmunizar a más del 80% de los niños menores de un año contra las seis principales enfermedades infantiles inmunoprevenibles, tras una campaña de movilización social en gran

escala en la que participaron los imanes y otros dirigentes religiosos y comunitarios. Sin embargo, como en muchos otros países, el tétanos neonatal seguía constituyendo un grave problema. Sólo un 12% de las mujeres embarazadas recibían dos dosis de toxoide tetánico —que protege al recién nacido y a la madre— durante el embarazo.

El gobierno decidió organizar, durante los dos últimos meses de 1988, una campaña especial encabezada por el ministro de Salud y dirigida a un total estimado de un millón de mujeres embarazadas.

Numerosas organizaciones no gubernamentales movilizaron a sus miembros en apoyo de la campaña en las zonas urbanas. También participaron las organizaciones de «girl guides», las asistentes sociales gubernamentales y las licenciadas universitarias que estaban realizando su servicio social. En los cursos de formación de parteras tradicionales se insistió en la importancia de la inmunización contra el tétanos neonatal.

Como en el caso de la TRO, la televisión tuvo una importancia crucial para la motivación de la población. Una popular y joven actriz, «Hend», se convirtió en símbolo viviente de la campaña a través de sus «spots» televisivos.

El éxito de la campaña superó las más optimistas esperanzas de sus organizadores. Un total de 821.505 mujeres recibieron dos dosis de toxoide tetánico y otras 287.000 una sola dosis. Al finalizar el año 1988, un 82% de las mujeres embarazadas estaban plenamente inmunizadas contra el tétanos.

Al valorar los buenos resultados obtenidos por Egipto en la promoción de la TRO y la inmunización, es importante tener presente que más del 90% de su población tiene acceso a la televisión y casi el 100% vive a una distancia razonable de un centro público de atención de salud y de una farmacia privada.

Pero tan importante como esto ha sido la intervención de los dirigentes políticos. El interés del presidente Hosni Mubarak y la participación personal de la primera dama del país, la señora Suzanne Mubarak, han sido elementos cruciales para la movilización del apoyo oficial y público en favor de estas medidas prácticas de protección de la vida y el desarrollo saludable de la infancia egipcia.

avances logrados hasta la fecha. Y desde luego también es importante que los dirigentes políticos sepan que los servicios de inmunización deben ser permanentes, que requieren una inversión continuada y que los programas de inmunización deben tener un reforzamiento mutuo con la infraestructura de atención primaria de salud. Pero también es crucial el compromiso de alcanzar objetivos concretos y viables, y nada favorece tanto la aceleración del avance hacia otros objetivos como el hecho de lograr la meta actualmente a nuestro alcance.

En resumen, hoy día es posible alcanzar el objetivo de la inmunización. Es posible evitar que el sarampión, la tos ferina y el tétanos sigan anualmente las vidas de tres millones de niños. Es posible prevenir la mayor parte de los casos de neumonía, diarrea, carencia de vitamina A, desnutrición y de ceguera asociada a insuficiencias en la nutrición como secuela del sarampión. Es posible erradicar la poliomielitis. El problema no es saber si ello es material o financieramente posible, sino si existe, al más alto nivel, el compromiso político necesario para llevar adelante esta tarea.

La inmunización del 80% de los niños representa, por tanto, el primer desafío concreto que debería plantearse una *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* y la primera prueba de la firmeza con que los dirigentes nacionales se proponen actuar en su apoyo durante la década de los noventa.

Agentes mortales

El mismo tipo de compromiso político se requerirá para liberar el potencial de otras medidas igualmente eficaces y de bajo costo que pueden ayudarnos a proteger la vida y el desarrollo de la infancia ahora que entramos en la década de los noventa.

Dos de estas medidas destacan por su importancia: la TRO y los antibióticos.

Las afecciones diarreicas y las infecciones respiratorias son la primera y la segunda causas más frecuentes de enfermedad y de mortalidad en los menores de cinco años en casi todos los países en desarrollo. Entre ambas se cobran más de 16.000 jóvenes vidas *cada día*.

Igual que en el caso de las infecciones inmunoprevenibles, ha llegado el momento de acabar con esta doble amenaza siniestra sobre las vidas de tantos millones de niños.

Como demuestra la experiencia de los años ochenta,

lo más destacable de estos dos tipos de infecciones es que unas y otras podrían vencerse con un costo muy bajo, sólo con que se sustituyera un *tratamiento inadecuado por otro correcto*.

Las diarreas y la tos y los catarros son las enfermedades infantiles más comunes, y los padres del mundo en desarrollo gastan anualmente un total estimado de mil millones de dólares en medicamentos antidiarreicos, remedios contra el resfriado, jarabes, anticongestivos, y productos análogos, casi siempre ineficaces. Con la misma cantidad podrían pagar un tratamiento eficaz –si se les ofreciera la alternativa– y salvar muchos millones de vidas infantiles cada año.

Tanto en el caso de las afecciones diarreicas como en el de las infecciones respiratorias, la sustitución de un tratamiento inadecuado por otro correcto debe empezar en el hogar. Todos los padres tienen derecho a aprender a actuar racionalmente, haciendo uso de los conocimientos actuales, cuando sus hijos están enfermos. Y si es posible poner a disposición de los padres medicamentos ineficaces y convencerles con mensajes irrelevantes, también ha de ser posible poner en sus manos una información adecuada y unos tratamientos de bajo costo capaces de proteger realmente la vida y la salud de sus hijos.

Para proteger a sus hijos de las crisis diarreicas que pueden poner en peligro sus vidas y perjudicar su estado de nutrición, los padres necesitan conocer las nociones esenciales sobre prevención y tratamiento de la diarrea. Con este fin debería informarse a todas las familias, por el mayor número de canales de comunicación posibles, de que las afecciones diarreicas pueden prevenirse. Entre las medidas de prevención más eficaces se cuentan la lactancia materna, la vacunación completa de los niños, el uso de letrinas, la utilización de agua potable y de alimentos limpios, y lavarse las manos antes de manipular los alimentos. Asimismo, la lactancia materna, la inmunización y un destete adecuados pueden prevenir muchas infecciones respiratorias.

En condiciones de pobreza y en ausencia de servicios básicos como el suministro de agua potable y unos sistemas de saneamiento eficaces, no todas las familias estarán en condiciones de poner en práctica esta información. Pero ello no menoscaba su derecho a saber por qué enferman con tanta frecuencia sus hijos y qué pueden hacer para evitarlo.

Los padres deben saber que es esencial seguir dando alimentos y líquidos al niño enfermo. La causa

de muerte de dos millones de niños cada año no es la diarrea en sí sino la deshidratación que la acompaña (*). Y en la mayoría de los casos, lo que puede prevenir la deshidratación no son los medicamentos anti-diarreicos sino la administración de sales de rehidratación oral (SRO), u otros líquidos como la leche materna, papillas, sopas, agua de arroz, jugos de frutas, té, agua de coco o simplemente agua potable.

También es vital que los padres sepan identificar cuándo una crisis diarreica o un ataque de tos o un catarro pueden poner en peligro la vida del niño. La mayoría de las madres saben cuándo una diarrea es más grave de lo habitual. Otras señales de deshidratación, aparte de la frecuencia de las deposiciones acuosas, son los ojos hundidos, una sed exagerada y el llanto sin lágrimas. En todos estos casos, es preciso buscar ayuda. Del mismo modo, los padres de un niño con tos o catarro necesitan estar informados sobre el síntoma concreto de peligro para la vida de su hijo que todos los científicos coinciden en destacar: cuando el niño respira con dificultad o mucho más rápidamente de lo normal, es esencial trasladarlo de inmediato a un centro de salud.

A partir de ese momento, la sustitución de un tratamiento inadecuado por otro correcto dependerá de la mejora de los servicios de salud y de que los agentes de salud dispongan de información actualizada y de las técnicas de bajo costo capaces de prevenir la muerte por deshidratación o como consecuencia de una infección respiratoria.

En el caso de la deshidratación diarreica, la técnica necesaria se concreta en una bolsita de SRO que cuesta 10 centavos de dólar, de la que todos los agentes de salud pueden tener reservas y que todos los padres pueden aprender a utilizar. En el caso de las infecciones respiratorias agudas, la técnica se concreta en un tratamiento con antibióticos, administrados por vía oral, que generalmente cuestan menos de un dólar.

Estas dos técnicas, que podrían salvar hasta cuatro millones de vidas cada año, son las dos medidas más poderosas de que dispone la humanidad para la protección de su infancia. Es esencial, por tanto, que

todos los agentes de salud estén capacitados para utilizarlos. Sin embargo, en la actualidad la mayor parte de los agentes comunitarios de salud tienen prohibido recetar antibióticos y la mayoría no están preparados para aplicar la TRO. Por ello, la formación de todos los agentes de salud en la administración de la TRO y de los antibióticos representa posiblemente la máxima prioridad en materia de salud pública para la década de los noventa. Y también es la vía a través de la cual todos y cada uno de los países en desarrollo podrían reducir de forma significativa las enfermedades y la mortalidad infantiles en la década venidera.

2. Terapia de rehidratación oral (TRO)

Según un informe publicado en 1988 por la OMS, basado en datos procedentes de 46 países, sólo un 14% de los médicos, un 4% de las enfermeras, un 8% del personal paramédico y un 9% de los agentes comunitarios de salud están capacitados para aplicar el tratamiento de rehidratación oral, pese a que todos los expertos coinciden en calificarlo como «*el avance médico potencialmente más importante de nuestro siglo*»¹⁰.

Entre los países que han avanzado más en la capacitación de los agentes de salud para la aplicación de este tratamiento, destacan Colombia, Brasil, Egipto, Filipinas, Lesotho, Pakistán, Perú (*), Sudán, Tailandia, Viet Nam y Zaire. Con un planteamiento más amplio, muchos países han empezado a poner al alcance de los padres los conocimientos existentes en materia de prevención de la deshidratación diarreica. Tras una década de esfuerzos en este sentido, una tercera parte de las familias del mundo en desarrollo están informadas actualmente de este descubrimiento e intentan aplicarlo en la práctica.

Se estima que gracias a ello se salvan un millón de vidas cada año.

Haber logrado salvar un millón de vidas anuales representa un éxito impresionante para todas las personas que han participado en la difusión de la TRO durante la pasada década. Sin embargo, más de dos millones de niños siguen muriendo cada año víctimas de la deshidratación diarreica cuando ya hace casi

(*) De los 4 millones de niños que, según las estimaciones, mueren anualmente debido a las afecciones diarreicas, un 60% son víctimas de la deshidratación y, por tanto, podrían ser tratados con la TRO.

(*) En Perú, en 1989, 4000 voluntarios elegidos por las organizaciones comunitarias han recibido la formación necesaria para gestionar unidades comunitarias de rehidratación oral.

veinte años que se dispone de un tratamiento eficaz y de bajo costo.

La cuestión a plantearse en una *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* sería, por tanto, si se adoptarán o no las medidas obvias: ¿se procurará que la TRO sea tan conocida y tan fácil de conseguir como la Coca Cola y la Pepsi Cola, o veremos morir de deshidratación a otros veinticinco millones de niños en la década que ahora se inicia?

La respuesta a esa pregunta será una de las pruebas más evidentes de la existencia de un compromiso más

amplio en favor del principio de «máxima prioridad» para la infancia de los años noventa.

3. Las infecciones respiratorias agudas

La cuestión de si debe facilitarse la distribución de antibióticos al nivel de la atención primaria a través de los agentes de salud también debe quedar resuelta en el primer o segundo año de la década de los noventa.

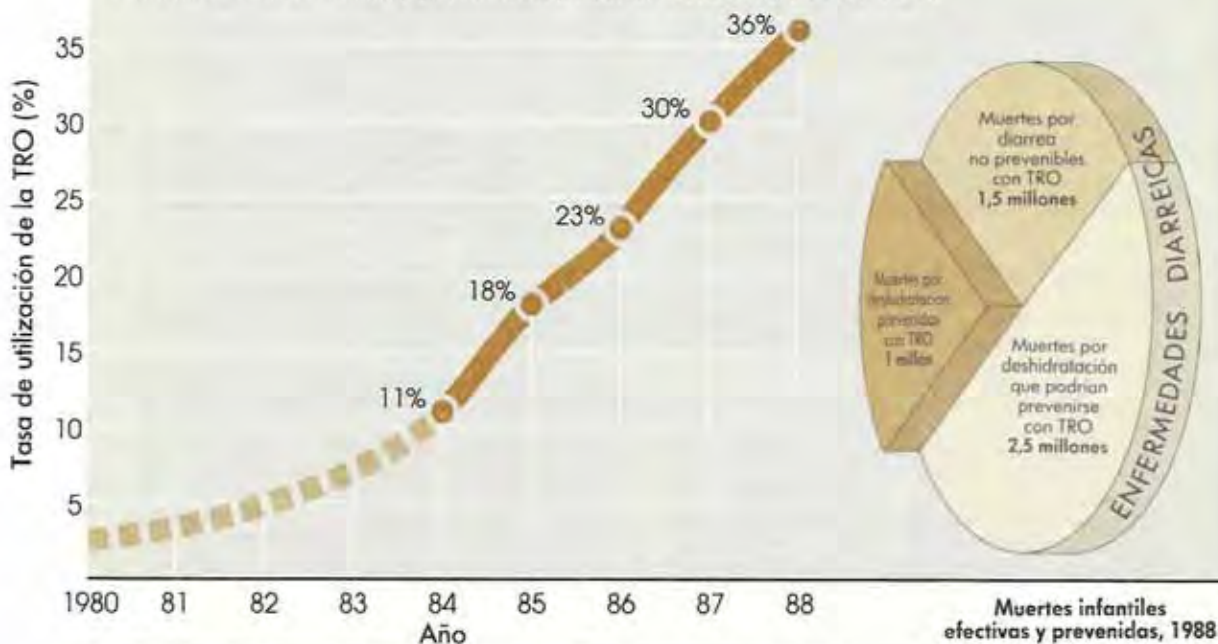
Esta decisión todavía es objeto de debate. Sin embargo, la OMS y el UNICEF consideran que ya se han

Gráf. 7 Difusión de la terapia de rehidratación oral

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

Casi desconocida fuera de los círculos científicos a principios de esta década, la TRO es utilizada en la actualidad por una de cada tres familias del mundo en desarrollo y gracias a ella se previenen cerca de un millón de muertes infantiles cada año.

Proporción de niños menores de cinco años con diarrea tratados con TRO, muertes anuales efectivas y prevenidas, países en desarrollo*, 1984-1988



A los efectos de este gráfico, la TRO incluye tanto el uso de bolsas de sales de rehidratación oral (SRO), recomendadas principalmente para el tratamiento de la

deshidratación, como de soluciones caseras de sal y azúcar u otros líquidos adecuados para su prevención.

Fuente: Estimaciones de la OMS (CDD) y el UNICEF.

* Excluida China.

Sarampión y tétanos: prioridades para los noventa

Las dos enfermedades inmunoprevenibles que causan mayor número de muertes son también las que cuentan con una menor cobertura de inmunización (gráf. 2).

El sarampión es responsable de la mitad de los casi tres millones de muertes anuales que podrían prevenirse mediante la inmunización. Además, en la década de los ochenta ha quedado claramente establecido que el sarampión también es una de las causas más importantes de desnutrición infantil, que precipita la deficiencia de vitamina A y que el período post-sarampión aparece asociado a enfermedades más frecuentes o más graves de lo habitual. Estudios recientes indican que, en los meses siguientes a un brote de sarampión, la incidencia de la morbilidad y la mortalidad puede llegar a ser diez veces mayor entre los niños que contrajeron la enfermedad que entre los que no la han pasado.

La inmunización contra el sarampión constituye, por tanto, un arma de efecto múltiple. En palabras del Director general de la Organización Mundial de la Salud:

«Una sola dosis de vacuna contra el sarampión, además de evitar esta enfermedad y la desnutrición como secuela, también puede reducir en un 25% el número de casos de neumonía y en un 15% la mortalidad por deshidratación diarreica, en algunas zonas».

No será fácil erradicar esta enfermedad y ningún país industrializado lo ha logrado aún. El virus del sarampión es extraordinariamente contagioso y capaz de afectar al niño no vacunado incluso en comunidades con una cobertura general de inmunización del 80% o más.

Basta una dosis de vacuna para proteger al niño contra el sarampión, pero es crucial escoger adecuadamente el momento para administrarla. Durante los primeros meses de vida, los anticuerpos de su madre protegen al niño y podrían anular la eficacia de la vacuna si ésta se administra demasiado pronto. Si se administra demasiado tarde, el niño puede verse expuesto al virus durante el período transcurrido entre la desaparición de la protección materna y el momento de la vacunación. Como solución de compromiso, se recomienda inmunizar a los niños en la fecha más próxima posible al momento de cumplir los nueve meses.

Otra vacuna contra el sarampión —la variedad Edmonston-Zagreb— podría resultar eficaz a partir de los

seis meses, administrada en altas dosis. Si esto queda demostrado, la Organización Mundial de la Salud la añadirá a su lista de vacunas recomendadas.

En muchos países es aún reciente la introducción de la vacuna contra el sarampión. Pero, al contar con sistemas de vacunación ya existentes, debería ser posible proteger a tres cuartas partes de los menores de un año del mundo en desarrollo en el curso de los próximos doce meses.

El tétanos causa la muerte de más de tres cuartos de millón de recién nacidos cada año, así como de un número no determinado de jóvenes madres. Sin embargo, para evitarlo bastaría con impedir que las esporas del tétanos puedan entrar en contacto con el cordón umbilical durante el período de cicatrización. Una higiene elemental durante el parto permite prevenir, por tanto, todos los casos. Además, la vacunación de las mujeres embarazadas con dos dosis de toxoide tetánico también protege plenamente a la madre y a su hijo recién nacido. La inmunidad colectiva y la erradicación total son imposibles, puesto que las esporas del tétanos se encuentran en el suelo. Es imprescindible, por tanto, vacunar a todas las mujeres.

La cobertura de inmunización contra el tétanos es muy insuficiente. Menos del 30% de las mujeres del mundo en desarrollo están inmunizadas y el número de casos y de muertes registradas ha descendido muy poco en los últimos diez años.

El fracaso en este aspecto concreto es sintomático de una insuficiencia de carácter general. Como señala el doctor Ralph Henderson, Director del Programa Ampliado de Inmunización de la OMS:

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

Egipto ya ha demostrado que es posible avanzar mucho en este sentido. A finales de 1988, una campaña de dos meses de duración elevó de un 12% a más de un 80% la cobertura de inmunización contra el tétanos entre las mujeres embarazadas (recuadro 4).

acumulado datos suficientes que demuestran que cada año podrían salvarse centenares de miles de vidas infantiles si se capacitara a los agentes de salud y se les confiara la administración de fármacos antimicrobianos sencillos y básicos, como el cotrimoxazol, de costo insignificante, fáciles de almacenar y de probable eficacia en la mayoría de los casos.

En algunos países ello requerirá una modificación de la legislación. En casi todos, exigirá un cambio en el saber médico convencional. Pero sin duda ya ha llegado la hora de afrontar de cara las resistencias médicas residuales. En 1973 se demostró por primera vez, en el Punjab, que era posible reducir casi a la mitad las muertes infantiles por neumonía con un costo muy bajo, capacitando a los agentes de salud de las aldeas para diagnosticar las infecciones graves y tratarlas con penicilina. Posteriormente se ha logrado otro avance en el diagnóstico, al establecerse que cuando un niño afectado de tos o catarro respira a un ritmo de más de cincuenta inhalaciones por minuto (o más de cuarenta para los mayores de un año) ello es señal de que su vida está en peligro. También se ha avanzado en el tratamiento, al confirmarse la eficacia de los fármacos antimicrobianos administrados por vía oral.

La doctora Felicity Savage resume así la situación actual, según se desprende del análisis de seis estudios piloto realizados en Filipinas, la India, Indonesia, Nepal, Pakistán, y Tanzania:

«En conjunto, los estudios demuestran que es posible enseñar a los agentes de atención primaria de salud a observar la respiración de un niño, a detectar las señales de respiración rápida y hundimiento del tórax, a aplicar las medidas simples prescritas, a administrar antibióticos orales y a explicar a las madres los cuidados de apoyo a adoptar. Con una supervisión periódica, los agentes de atención primaria de salud administran responsablemente los antibióticos, sin abusos o excesos. ...

«Aunque quedan algunas cuestiones pendientes, los resultados disponibles ofrecen pruebas adicionales en favor de la inclusión del control de las infecciones respiratorias agudas en los programas de atención primaria de salud (APS). Lo cual también podría incrementar la credibilidad de los agentes de APS y la aceptabilidad de los programas»¹¹.

La doctora Savage añade:

«Pese a la diversidad de los estudios y aunque algunos resultados son aún preliminares, todos apuntan en la misma dirección. De ellos se desprende que una me-

yor atención primaria de las infecciones respiratorias agudas podría reducir al menos en un 20%, y en muchas situaciones probablemente en un 50-70%, las muertes infantiles por neumonía»¹².

Uno de estos seis estudios, patrocinado por el UNICEF y desarrollado a lo largo de tres años, hasta 1987, en las afueras de Katmandú, constató un descenso en las tasas de mortalidad infantil por infecciones respiratorias agudas de casi un 60% en el primer año y de otro 25% en el segundo año¹³. Los principales medios empleados fueron la educación en materia de salud, la inmunización y el tratamiento con antibióticos a través de los agentes comunitarios de salud.

Los estudios continuarán. Pero mientras tanto ya ha llegado la hora de traducir a la práctica la información recogida hasta ahora.

Hace veinte años que quedó probada la eficacia de los antibióticos orales y de la TRO. Mientras tanto, en el mismo período, unos cien millones de niños han muerto víctimas de enfermedades que podrían tratarse o prevenirse con estas dos medidas. ¿Cuánto tiempo tendrán que seguir esperando los niños?

Nos hallamos ante una situación equivalente a lo que ocurriría si finalmente se descubriese un remedio contra el cáncer y luego no se utilizase durante veinte años. Las enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias causan la muerte de un mayor número de personas que todos los diferentes tipos de cáncer juntos y la mayoría de sus víctimas no son los mayores de cincuenta años sino los menores de cinco años. La diferencia decisiva entre uno y otro caso reside, hablando claro, en que la deshidratación diarreica y las infecciones respiratorias se cobran sus víctimas predominantemente entre los hijos de los pobres.

Hoy día disponemos de los conocimientos y los medios de bajo costo necesarios para reducir drásticamente el impacto de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas, las dos causas más frecuentes de mortalidad y morbilidad en la infancia de casi todos los países en desarrollo. Y a la vista de los progresos logrados hasta la fecha y de las consecuencias de cualquier nuevo retraso en su aplicación, es razonable señalar que los jefes de Estado y sus principales asesores deberían interesarse personalmente por ello. Cuando un centenar de ciudadanos de un país mueren en un accidente de aviación o ferroviario, el suceso atrae indefectiblemente la atención de los medios de comunicación, de la opinión pública y de los políticos. El hecho de que cuatro millones de niños

mueran cada año porque no se han puesto a su alcance dos soluciones conocidas y de costo insignificante también debería ser objeto de atención y merecer la intervención de los dirigentes políticos.

La aplicación de estas soluciones en una escala equivalente al alcance de los problemas debería constituir, por tanto, uno de los puntos más importantes y más evidentes del programa de una *Cumbre en favor de la infancia*. En efecto, está claro que en estos momentos se requiere una intervención al máximo nivel político para superar los obstáculos, fijar los objetivos y movilizar los recursos necesario para aplicar estas soluciones ya conocidas de bajo costo económico a estos problemas evidentes de alto costo social.

4. La lactancia materna

Junto con la prevención y el tratamiento de las enfermedades diarreicas, respiratorias e inmunoprevenibles, la *lactancia materna* y el *espaciamento de los nacimientos* también deberían incluirse entre los seis factores más cruciales para la protección de la infancia en la década que ahora se inicia.

La lactancia materna parece estar en retroceso en muchos países en desarrollo, bajo la influencia de las presiones comerciales, el uso de leche en polvo y biberones en los hospitales (recuadro 7) y la creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo, que en conjunto contribuyen a presentar la alimentación con biberón como una alternativa atractiva.

Sería desastroso que se mantuviera esta tendencia.

Ha quedado firmemente demostrado, a lo largo de muchos años y en numerosos países, que los niños alimentados con biberón contraen muchas más enfermedades y tienen una probabilidad hasta 25 veces superior de morir en la infancia que los niños alimentados exclusivamente con leche materna durante los primeros seis meses de vida. Durante estos primeros meses, incluso el hecho de complementar la leche materna con leche en polvo puede multiplicar por diez el riesgo de mortalidad para el niño¹⁴.

Este riesgo aumenta con la pobreza. En las comunidades desposeídas y a menudo analfabetas, con frecuencia se disuelve la leche en polvo en una cantidad excesiva de agua no potable y se da a beber a los niños en biberones no esterilizados. La desnutrición y las infecciones son las consecuencias más probables. La lactancia materna, en cambio, es un alimento completo

desde el punto de vista nutritivo, siempre es higiénica, favorece un desarrollo saludable, «inmuniza» a los recién nacidos contra las infecciones comunes, contribuye a prevenir la deshidratación y atenúa la gravedad de las infecciones respiratorias.

Hasta ahora sólo una minoría de países han traducido estos datos en acciones prácticas a través de programas de información pública e incorporando a su legislación el *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*, propuesto por la OMS y el UNICEF con objeto de promover las ventajas de la lactancia materna y prevenir la promoción irresponsable de la alimentación con biberón y los preparados de leche en polvo. Se trata de una alternativa de bajo costo capaz de reducir la mortalidad y la desnutrición infantiles en la próxima década, que está al alcance de los dirigentes políticos de todos los países.

En segundo lugar, la lactancia materna continuada suprime la ovulación durante varios meses después del parto, evitando o aplazando un siguiente embarazo. Al margen de su impacto sobre la fecundidad global, las ventajas para la madre y su hijo de un espaciamento de al menos dos años entre los nacimientos constituye uno de los factores más importantes y menos conocidos para la mejora de la salud pública. La lactancia materna ayuda a lograr esas enormes ventajas para la salud.

5. El espaciamento de los nacimientos

El gráfico 8 ilustra esta importancia potencial del espaciamento de los nacimientos para mejorar la salud de las mujeres y de sus hijos. Los datos indican que la mayor parte de la mortalidad corresponde a los casos en que el número de nacimientos es superior a cuatro, o entre uno y otro media un espacio de menos de dos años, o el embarazo se produce antes de los 18 años o después de los 35.

Por ello, la posibilidad de informar a la población de la importancia de elegir el momento adecuado para los nacimientos y capacitarla para aplicar esos conocimientos en la práctica, con la oferta de métodos de planificación familiar culturalmente aceptables, merece figurar entre las oportunidades más destacadas a nuestro alcance para proteger la vida y la salud de muchos millones de mujeres y niños.

Además de considerar los posibles medios para difundir más ampliamente esta información, los dirigen-

tes nacionales también deberían considerar sus implicaciones en relación con la edad mínima legalmente exigida para el matrimonio. Una cuestión difícil y delicada a la vista de las diferencias culturales y los valores tradicionales. Pero los conocimientos actuales indican que la probabilidad de que una mujer muera durante el parto o de que un niño muera en su primer año de vida es tal vez hasta un 50% superior cuando el embarazo se inicia antes de los 18 años. A esa edad, un 50% de las jóvenes africanas y un 40% de las asiáticas ya están casadas.

La planificación familiar es una cuestión controvertida que genera pasiones y declaraciones de principios desde todas las posiciones. Pero es imposible ignorarla, dada la cantidad de facetas del progreso humano a las que afecta y por las que se ve afectada. Actualmente, 300 millones de parejas del mundo en desarrollo no desean tener más hijos y, sin embargo, no utilizan ningún medio eficaz para limitar el tamaño de la familia¹⁵. Existe, por tanto, una importante demanda de planificación de la natalidad. Satisfacer esa demanda permitiría avanzar en varios aspectos importantes:

En primer lugar, se produciría un marcado descenso en los más de 100.000 abortos ilegales que se realizan *cada día* y en el total de 500 jóvenes mujeres que mueren diariamente como consecuencia de ellos¹⁶. El sufrimiento es inimaginable; sería inmoral perpetuarlo.

En segundo lugar, se lograría una mejora significativa en el estado de salud de millones de mujeres que se verían libres de la enorme carga física y psíquica que representa tener un número demasiado grande de hijos, demasiado seguidos, o a una edad demasiado temprana o demasiado tardía. Se estima que medio millón de mujeres mueren cada año de causas asociadas al parto. Esas muertes podrían evitarse en gran parte mediante un espaciamiento bien informado de los nacimientos y la elección del momento más adecuado para el embarazo.

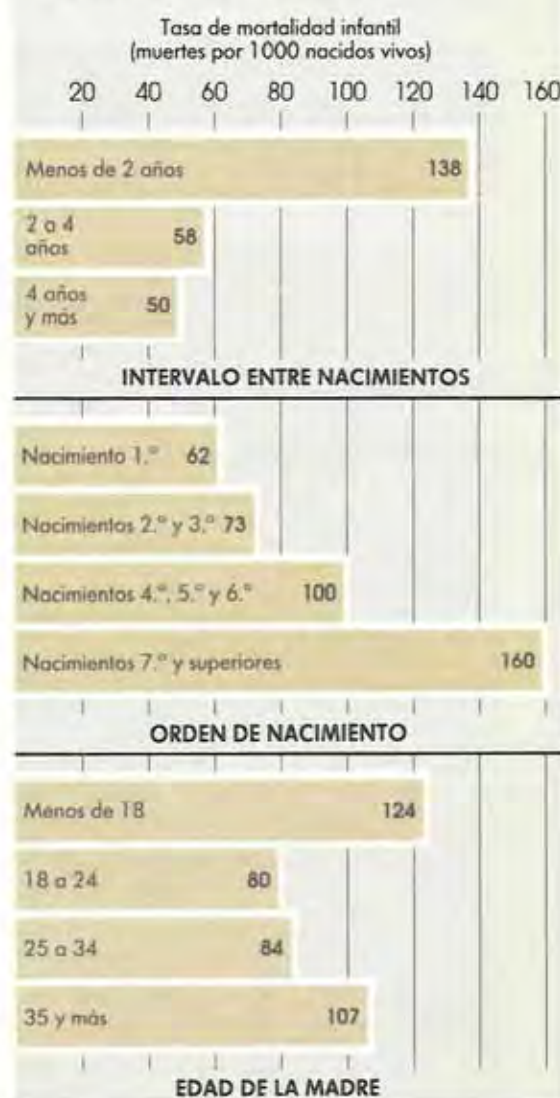
En tercer lugar, también se lograría una inconmensurable mejora en la calidad de vida de los *niños nacidos*. No sólo disminuirían, tal vez hasta en un tercio, las tasas de mortalidad infantil, sino que también mejoraría inevitablemente la calidad de la atención infantil, de la salud, de la nutrición y la educación, en la medida en que los padres podrían dedicar una mayor parte de su tiempo, de sus energías y de su dinero a un menor número de hijos.

En cuarto lugar, disminuiría la tasa de crecimiento de la población. Según los datos de la *Encuesta Mundial de Fecundidad*, si las mujeres que no desean un

Gráf. 8 Espaciamiento de los nacimientos y vidas salvadas

El espaciamiento de los nacimientos es uno de los factores más vitales para la salud maternoinfantil. Tanto la mortalidad infantil como la materna aparecen estrechamente asociadas con los nacimientos «demasiado numerosos o demasiado seguidos» o las madres «demasiado jóvenes o demasiado mayores».

Mortalidad infantil según edad de la madre, orden e intervalo entre nacimientos, Brasil, 1976-1986



Fuente: Institute for Resource Development, Demographic and Health Surveys, Columbia, Maryland.

Oportunidades perdidas: cobertura de inmunización del 80%

En casi todos los países se ofrecen dos grandes oportunidades para elevar hasta un 80% o más la cobertura de inmunización para todas las vacunas dentro de los próximos doce meses. Ambas podrían aprovecharse con un costo adicional casi nulo y ambas dependen de un mejor aprovechamiento de los recursos existentes, sin exigir nuevos desembolsos importantes.

En el gráfico 1 pueden verse los resultados de una encuesta típica sobre las «oportunidades perdidas» en un centro de salud infantil. Los datos indican que casi un 70% de los niños que requerían ser vacunados y que fueron atendidos en el centro de salud por algún otro motivo, regresaron a sus casas sin haber sido inmunizados.

En todos los programas de inmunización, más de la mitad de los esfuerzos se dedican a poner en contacto al niño con el centro de salud. Por tanto, vacunar, cuando se demuestre necesario, a todos los niños atendidos en los centros de salud, por el motivo que sea, o remitirlos a un centro de vacunación, permitiría aumentar rápidamente la cobertura de inmunización utilizando el personal y las instalaciones ya existentes. El potencial para una acción de este tipo queda patente en las encuestas sobre «oportunidades perdidas» en los centros de salud, que revelan índices de un 68% en Tailandia, de un 57% a un 81% en la India, de un 54% en Nepal, de un 45% en Honduras, de un 45% en Pakistán y de un 41% en Etiopía.

Estas cifras indican que en casi todos los países podría alcanzarse casi con toda seguridad una cobertura de inmunización del 80% si no se permitiera que ningún niño no inmunizado saliera de los centros de salud sin haber sido vacunado o remitido a un centro de vacunación. La propuesta de inmunizar a los niños que son trasladados a los centros de salud con otros síntomas, como diarrea, infecciones respiratorias o desnutrición moderada, ha topado con fuertes resistencias en el pasado. Incluso en los centros de inmunización, un 20% o más de los niños eran devueltos a sus casas sin ser vacunados debido a este prejuicio. A partir de ahora debe considerarse prioritario verificar si todos los niños que acuden a un centro de salud están vacunados o no, y hacer llegar a todo el personal de atención de salud información actualizada en el

sentido de que las enfermedades y la desnutrición, si no es muy grave, no son razones válidas para no vacunar al niño.

La segunda de las grandes oportunidades para alcanzar rápidamente una cobertura de inmunización del 80% se ofrece a través de la reducción de las presentes tasas de abandono. En la mayoría de los países ya se habría alcanzado esa meta, si todos los niños que reciben una primera dosis de vacuna completasen toda la serie de vacunaciones. Como ha señalado recientemente la Organización Mundial de la Salud:

«En casi todos los países, podría avanzarse mucho más en la ampliación inmediata de la cobertura, aprovechando el personal y la infraestructura de salud ya existentes; muchos niños que reciben una primera dosis de vacuna no vuelven para recibir las dosis siguientes. Niveles de cobertura de un 60% para la tercera dosis de la vacuna oral contra la poliomielitis o la vacuna DPT indican que alrededor del 80% de los niños ya han tenido contacto con los agentes de salud para recibir la primera dosis; una mejor educación sobre temas de salud y un sistema de seguimiento más adecuado, respaldado por una movilización social, permitirían asegurar la plena inmunización de la mayoría de estos niños».

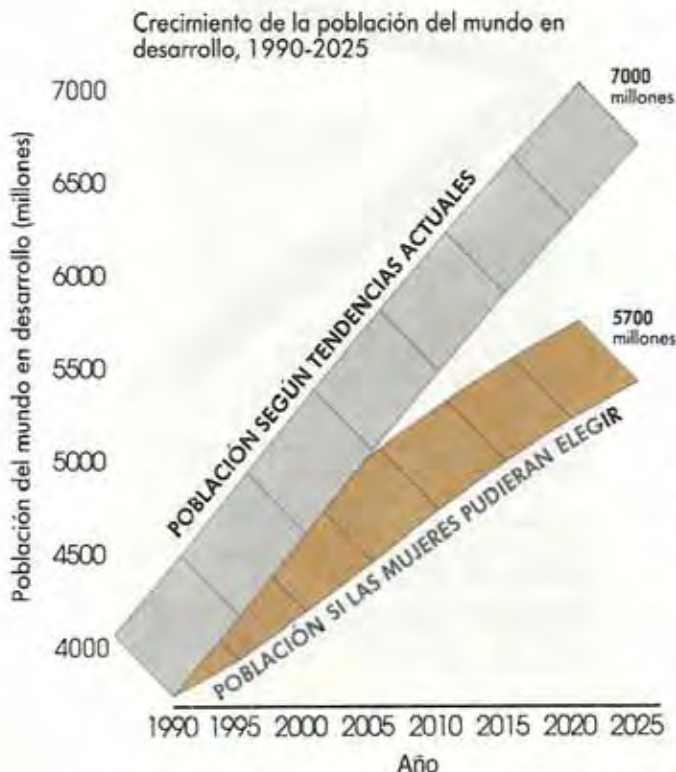
En otras palabras, la demanda de inmunización es tan importante como la oferta.

En la década de los ochenta, el enfoque conocido como movilización social —con el aprovechamiento de todos los recursos organizados de una sociedad, incluidas las escuelas y los medios de comunicación, los dirigentes religiosos y las asociaciones de voluntarios, las organizaciones empresariales y los sindicatos, las organizaciones de mujeres y las asociaciones comunitarias, los artistas y los movimientos juveniles— ha demostrado en muchas ocasiones su potencial para poner al alcance de la mayoría la información sobre medidas vitales de salud y para impulsar la oferta de recursos y servicios. El mismo tipo de movilización social podría utilizarse durante los próximos doce meses, y más adelante, para procurar que todos los padres estén informados de la urgente necesidad de que sus hijos reciban una serie completa de vacunas en su primer año de vida.

embarazo pudieran contar con los medios para ejercer esa opción, la tasa de crecimiento demográfico del mundo en desarrollo se reduciría aproximadamente en un 30% (gráf. 9). En consecuencia, la satisfacción de la existente demanda de información sobre planificación familiar también contribuiría a aumentar los ingresos per cápita y a reducir las presiones sobre el medio ambiente.

Gráf. 9 Si las mujeres pudieran elegir

El gráfico muestra dos proyecciones de crecimiento de la población del mundo en desarrollo. La primera representa la proyección efectuada por las Naciones Unidas según una «variante media», y la segunda indica una proyección alternativa en caso de que las mujeres del mundo en desarrollo pudieran elegir el número de hijos deseados. Esta segunda proyección está basada en la Encuesta Mundial de Fecundidad, según la cual las mujeres tendrían un promedio de 1,41 hijos menos si pudieran decidir el tamaño de su familia. La diferencia entre ambas proyecciones supone 1300 millones de habitantes adicionales en un periodo de 35 años.



Fuente: Ken Hill, John Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, basado en los modelos de proyecciones demográficas de las Naciones Unidas y del Banco Mundial.

Ante el gran número de sustanciales ventajas que pueden obtenerse a través de la satisfacción de una demanda existente a un costo asequible, la difusión de la información y de los medios para que los padres puedan espaciar los nacimientos también merece figurar entre las grandes prioridades de la década de los noventa.

6. Ataque contra la desnutrición

El último punto de este programa de acciones concretas en favor de la infancia de los años noventa hace referencia a los avances que podrían lograrse en la mejora de la nutrición infantil.

A menudo se argumenta que la desnutrición tiene raíces tan profundas en el terreno de la pobreza que sólo el desarrollo económico podría arrancarlas. Pero esta afirmación viene a representar poco más que una manera de desentenderse del problema.

En primer lugar, es sencillamente inaceptable que más de 150 millones de niños menores de cinco años sufran desnutrición en un mundo que cuenta con la capacidad necesaria para evitar que esto suceda (gráf. 10).

En segundo lugar, la desnutrición retrasa el desarrollo físico y mental de la infancia y la capacidad de trabajo y de obtención de ingresos de los adultos, con lo cual se convierte en una causa, además de una consecuencia, de la pobreza.

En tercer lugar, varios países han logrado reducir drásticamente la desnutrición, aunque sus ingresos per cápita siguen siendo bajos.

Acabar con la desnutrición no es, por tanto, sólo un problema de tiempo y de desarrollo económico, sino también una cuestión política y de compromiso. En palabras de Alan Berg, asesor para temas de nutrición del Banco Mundial: «Los más pobres no pueden esperar. Es preciso atacar directamente la desnutrición, y los gobiernos dispuestos a hacer ese esfuerzo disponen de medidas eficaces y de costo asequible para llevarlo a la práctica».

A muchos padres les resulta casi imposible alimentar adecuadamente a sus hijos a causa de las hambrunas, la guerra o la pobreza absoluta. Pero entre los importantes avances en los conocimientos de la última década figura el progresivo descubrimiento de que gran parte —e incluso la mayoría— de casos de desnutrición se da en hogares que disponen de alimentos ade-

cuados, y su causa reside muy probablemente en las frecuentes enfermedades, en una atención de salud inadecuada y en la falta de información.

Las enfermedades infantiles más comunes, y en particular la diarrea, el sarampión, la tos ferina y otras infecciones respiratorias, dejan sin apetito al niño y reducen la cantidad de alimentos ingeridos. Cada enfermedad inhibe también la absorción de alimento, consume calorías y provoca una pérdida de nutrientes a través de la diarrea y los vómitos. Cada día de diarrea aguda, por ejemplo, puede reducir en un 2% el peso de un niño de corta edad¹⁷. El sarampión puede reducir el peso corporal en un 7% en pocos días¹⁸.

En las comunidades pobres que carecen de agua potable y de sistemas eficaces de saneamiento, no es raro que un niño sufra entre seis y doce episodios de enfermedad en un año. El resultado casi inevitable es la desnutrición.

Por esto, muchas de las acciones prioritarias ya examinadas en este informe —y en particular la inmunización contra el sarampión, la lactancia materna y la prevención y tratamiento de las afecciones diarreicas— también reducirían la desnutrición infantil. (*)

Aparte de las frecuentes enfermedades, existen al menos otras seis causas de desnutrición infantil que guardan muy poca relación con la cantidad de alimentos disponibles en el hogar y en cambio están muy relacionadas con los conocimientos de los padres sobre las necesidades del niño en materia de nutrición:

Estos conocimientos, en sí mismos, no son complicados. Todos los padres deberían saber que:

○ La leche materna por sí sola constituye el mejor alimento posible durante los primeros cuatro a seis meses de vida del niño. Cubre todas sus necesidades en materia de nutrición, siempre es higiénica e «inmuniza» al niño contra infecciones comunes como la diarrea.

○ A partir de los cuatro a seis meses de edad, el niño necesita recibir otros alimentos además de la leche materna. La administración de alimentos sólidos antes de esa edad aumenta el riesgo de infección; aplazarla hasta mucho más tarde acaba causando desnutrición.

○ Hasta los tres años, el niño debe hacer el doble de comidas que un adulto, tomando menores cantidades de alimentos ricos en calorías en cada ocasión (*). Un puré de cereales aguado puede llenar el estómago

Gráf. 10 Objetivo 2000: salvar a 100 millones de niños de la desnutrición

La OMS y el UNICEF creen que es un objetivo factible reducir a la mitad la tasa de desnutrición infantil y eliminar la desnutrición grave de aquí a final de siglo. El gráfico muestra el número de niños afectados por el avance (o por la falta de él) hacia ese objetivo. Casi la mitad del total mundial de niños desnutridos vive en ocho países de Asia meridional.



* La desnutrición se define como más de dos desviaciones standard por debajo del peso deseable por edad.

Fuente: Beverley A. Carlson y Tessa Wardlaw, «Assessing Nutritional Status in Young Children: A Global Analysis and Methodological Overview». Documento presentado a la 47 Asamblea del Instituto Internacional de Estadística, París, agosto-septiembre, 1989.

(*) Los parásitos internos también contribuyen a la desnutrición y la desparasitación representa en muchas regiones un método de bajo costo para mejorar el estado de salud y de nutrición.

(*) Pese a su importante influencia en la desnutrición infantil, dar de comer al niño con frecuencia resulta difícil para las madres que se ven obligadas a trabajar fuera de casa durante periodos prolongados o que tienen dificultades para conseguir combustible o agua.

del niño y quitarle el apetito, sin satisfacer sus necesidades proporcionalmente más elevadas de energía. Los alimentos habituales pueden enriquecerse añadiéndoles pequeñas cantidades de aceite o de grasas y algunas verduras.

○ Debe seguirse alimentando y dando de beber a un niño enfermo o con diarrea. Muchas madres y muchos médicos creen que es bueno dejar que «el estómago del niño descanse». Pero esto es precisamente lo que no debe hacerse. Es necesario procurar que el niño enfermo, y especialmente el niño con diarrea, coma y beba con frecuencia en pequeñas cantidades. Es especialmente importante continuar la lactancia materna.

○ Después de una enfermedad, el niño necesita recibir una alimentación adicional para recuperar el desarrollo perdido. Todos los niños tienden a comer más durante la convalecencia de una enfermedad y el organismo está programado para aumentar de peso más rápidamente de lo habitual durante ese período. En consecuencia, es conveniente alimentar con frecuencia al niño durante una o dos semanas después de una enfermedad para ayudar a compensar el deterioro sufrido en el estado de nutrición.

○ Espaciar al menos dos años los nacimientos y asegurarse de que la futura madre reciba suficiente alimento y descanso, es esencial para la buena salud materna y para un buen estado de nutrición del niño. Los embarazos demasiado frecuentes y demasiado seguidos pueden ser causa de anemia, bajo peso al nacer y retrasos en el desarrollo infantil.

En resumen, en los primeros años de la década de los noventa podrían adoptarse medidas prácticas para intentar acabar con la desnutrición infantil, aplicando métodos de bajo costo para la prevención y tratamiento de las enfermedades infantiles y organizando campañas nacionales destinadas a poner los actuales conocimientos en materia de nutrición al alcance de todos los padres.

Todos los canales de comunicación pueden colaborar en ese esfuerzo, pero al igual que en el caso de muchos otros avances en los conocimientos en materia de salud, quienes más pueden contribuir a informar y a ayudar a los padres a aplicar en la práctica esos conocimientos en materia de nutrición, son los agentes comunitarios de salud.

Lo ideal sería que todas las madres contaran con la asistencia de un agente comunitario de salud para pesar mensualmente a todos los niños menores de tres años.

Para todos los niños, el *desarrollo* es el indicador individual más importante de su estado de salud. Si el niño aumenta regularmente de peso todos los meses, es poco probable que tenga algún problema fundamental. Si el niño no aumenta de peso, seguro que tiene algún problema que requiere una actuación inmediata.

La dificultad que plantea la aplicación de esta sencilla pero importantísima norma está en que el desarrollo del niño es un proceso lento y habitualmente ni la madre ni el pediatra pueden detectar un retraso en el desarrollo en sus fases iniciales. Por esto es tan crucial pesar regularmente al niño y vigilar su desarrollo. La madre que pesa a su hijo todos los meses y anota el resultado en su gráfica de desarrollo, con la ayuda de un agente comunitario de salud, puede *ver* si el niño progresa o no en su desarrollo. De este modo las primeras señales de cualquier posible problema resultan visibles para la persona más preocupada por el bienestar del niño y la que más puede hacer para evitar su desnutrición. Un agente de salud puede comentar entonces las posibles causas con los padres: ¿El niño toma el pecho? ¿Se le está dando leche en polvo excesivamente diluida, o mezclada con agua no potable, o se le alimenta con un biberón poco limpio? ¿Se ha iniciado el destete? ¿Cuántas veces al día toma alimento el niño? ¿Se añade aceite o grasas a los alimentos de destete? ¿Se añaden diariamente verduras a la papilla? ¿Está vacunado el niño? ¿Tiene diarrea a menudo? ¿Se interrumpe la alimentación durante las diarreas? ¿La madre sabe cómo prevenir la deshidratación? ¿Se vigila la limpieza de los alimentos? ¿Se lavan las manos antes de comer y después de defecar? ¿Está informada la madre de la necesidad de reforzar la alimentación después de una enfermedad? ¿Hay suficientes alimentos en la casa?

Bastan unos pocos meses de formación para capacitar a un agente de salud que puede ofrecer este y muchos otros servicios vitales, poniendo a disposición de los padres, en vez de unas nociones abstractas en materia de nutrición, recomendaciones prácticas, en el momento oportuno, sobre la salud y el desarrollo de sus hijos.

El potencial de este enfoque ha quedado probado en la década de los ochenta. En Indonesia (recuadro 15), en Tailandia, en la provincia tanzana de Iringa y en el estado indio de Tamil Nadu, la vigilancia regular del desarrollo infantil y la formación de los padres ha permitido reducir de forma significativa la desnutrición con un costo asequible. Por ejemplo, el proyecto desarrollado en Tamil Nadu con el apoyo del Banco Mundial, ha logrado reducir en un 50% la desnutri-

Lactancia materna: decálogo práctico

La leche materna sólo es el mejor alimento y la mejor bebida posible para el niño durante los primeros cuatro a seis meses de vida. Sin embargo, la práctica de la lactancia materna está disminuyendo en muchas partes del mundo.

Los servicios de maternidad, tal vez inocentemente, han contribuido en muchos casos a este retroceso. Muchos hospitales y maternidades todavía mantienen normas de funcionamiento que reducen las posibilidades de la madre para amamantar a su hijo. Con demasiada frecuencia se separa a los niños de las madres en el momento del nacimiento y se les da de beber agua con glucosa o leche en polvo en un biberón, antes de «la subida» de la leche de la madre. Basta que el niño reciba uno o dos biberones para aumentar el riesgo de que la madre tenga dificultades para amamantarlo.

Los agentes de salud pueden tener una influencia crucial en la decisión de la madre de amamantar a su hijo y en su éxito en este empeño. Sin embargo, los conocimientos, formación y actitudes de muchos agentes de salud no son los más adecuados para ayudarles a promover o apoyar la lactancia materna. Muchos no están suficientemente informados sobre las ventajas que ofrece la lactancia materna tanto para la madre como para su hijo. Pocos están capacitados para ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna y a resolver los problemas que puedan presentarse. Muchos consideran que la lactancia materna es anticuada e inferior a la «moderna» práctica de la lactancia con biberón.

Gracias a una nueva iniciativa de amplio alcance encaminada a conseguir el apoyo de los servicios de maternidad y profesionales de la salud en el mundo entero, la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF han invitado a todos los centros de atención materno-infantil a aplicar diez medidas para asegurar el éxito de la lactancia materna. Este decálogo de medidas prácticas es el siguiente:

Establecer unas normas escritas en materia de lactancia materna y ponerlas rutinariamente en conocimiento de todo el personal de atención de salud.

Proporcionar a todo el personal de atención de salud la capacitación necesaria para aplicar esas normas.

Informar a todas las mujeres embarazadas sobre las ventajas y el procedimiento de la lactancia materna.

Ayudar a las madres a iniciar la lactancia materna durante la media hora siguiente al nacimiento.

Explicar a las madres cómo deben amamantar a sus hijos y cómo mantener la lactancia aunque estén separadas de ellos.

No dar nada de comer ni de beber a los recién nacidos aparte de la leche materna, excepto en caso de indicación médica.

Permitir que los lactantes permanezcan al lado de sus madres las 24 horas del día.

Estimular la lactancia según las demandas del niño.

No dar chupetes a los lactantes.

Fomentar la creación de grupos de apoyo a la lactancia materna y poner a las madres en contacto con ellos después de dejar el hospital o la maternidad.

Estos diez puntos son de carácter universal e igualmente válidos para los centros de salud de los países industrializados y en desarrollo de todo el mundo.

Todas las madres que den a luz en un hospital o maternidad en cualquier lugar del mundo deberían tener derecho a un apoyo completo a la lactancia materna, de acuerdo con estos diez puntos, por parte de los médicos, comadronas y personal de enfermería.

Como medio de control de las prácticas existentes y de estímulo para la acción, la OMS y el UNICEF también están distribuyendo una lista de 20 medidas prácticas que todo hospital o maternidad puede adoptar para proteger, fomentar y respaldar la práctica de la lactancia materna. Esta lista, junto con el decálogo citado, puede encontrarse en un folleto especial titulado «Protección, promoción y apoyo de la lactancia materna: papel especial de los servicios de maternidad», publicado conjuntamente por la OMS y el UNICEF.

ción infantil en nueve mil aldeas, con un costo anual de menos de 10 dólares por cada niño¹⁹.

En el capítulo III de este informe se tratará el tema de la disponibilidad y formación de los agentes comunitarios de salud, un factor común crucial para la puesta en práctica de la mayoría de las acciones concretas expuestas hasta aquí.

Pero previamente debemos señalar otra vía de ataque contra el problema de la desnutrición que podrían adoptar ya los dirigentes políticos nacionales.

Vigilancia de la nutrición

Para acabar con la desnutrición, se requerirá casi con toda seguridad una vigilancia regular y a escala nacional del estado de nutrición de la población. Una amplia gama de políticas gubernamentales—relativas a tipos de cambio, acceso al crédito, tipos de interés, prioridades en materia de inversión, aranceles, subsidios alimentarios, servicios de salud, planificación de infraestructuras— pueden aliviar o exacerbar la incidencia de la desnutrición. Sin un mecanismo de seguimiento, sin información precisa y actualizada sobre el impacto de esas medidas sobre el bienestar y el estado de nutrición de la infancia, será casi imposible diseñar otras políticas sociales y económicas capaces de contribuir a acabar con la desnutrición.

En estos momentos, muy pocos países disponen de forma regular de esta información. Pero la adopción consecuente del principio de prioridad para el desarrollo físico y mental de la infancia en el orden de preocupaciones y en la asignación de capacidades sociales—tanto en los tiempos de penuria como en los de prosperidad— exige el establecimiento de un criterio de medición objetivo que permita conocer los éxitos o los fracasos en este campo. Nada podría expresar mejor el progreso real de un país. En efecto, no sólo sería una medida de los resultados de la lucha contra la desnutrición presente, sino también del alcance de la inversión más esencial para el futuro.

Sin ser sencillo, resulta bastante menos difícil vigilar el estado de nutrición de la infancia de un país que mantener el seguimiento del estado de salud de su economía. Todos los países producen frecuentes datos estadísticos sobre indicadores como el volumen total de importaciones y exportaciones, los índices de inflación y el crecimiento del Producto Nacional Bruto. Ha llegado el momento de disponer también, y con la misma frecuencia, de indicadores equivalentes sobre el desarrollo de la infancia.

Si todos los gobiernos estableciesen en la década de los noventa una compilación regular de este tipo de datos (*) y si los políticos, la prensa y la opinión pública los utilizasen como actualmente se usan las estadísticas económicas trimestrales, se ampliarían las medidas preventivas contra la desnutrición y crecería la presión en favor de su aplicación. También es posible que los retrocesos en el estado de nutrición de la infancia, como resultado de la reducción indiscriminada de los subsidios alimentarios y de otras medidas de ajuste económico para hacer frente al endeudamiento y la recesión, no pasarían inadvertidos y sin suscitar protestas, como tan a menudo ha ocurrido en los años ochenta.

Con este objeto, el UNICEF ha iniciado una cooperación con la Organización Mundial de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) para ayudar a los gobiernos nacionales a obtener la información necesaria. Los datos se obtendrán a partir de encuestas familiares regulares, de los registros de nacimientos y de los censos escolares, y tomarán como base tres medidas antropométricas clave: la incidencia del bajo peso al nacer, la relación peso-edad para los menores de tres años y la estatura de los niños en el momento de iniciar la enseñanza primaria. Mediante estos tres indicadores, y especialmente en base a la relación peso-edad, los gobiernos podrán hacer un seguimiento de la lucha contra la desnutrición, de los resultados de las políticas adoptadas y mantenerse regularmente informados sobre qué proporción de la población infantil del país está afectada de desnutrición en un grado moderado o grave, en qué regiones, en qué épocas del año y en qué sectores concretos de la economía.

Subsidios alimentarios selectivos

Los sistemas de seguimiento del estado de nutrición nacional también podrían ayudar a definir otro instrumento de la política de nutrición. En efecto, sigue siendo esencial que los hogares donde el problema básico es la carencia absoluta de ingresos o de alimentos reciban algún tipo de subsidio alimentario. Ningún país, ningún sistema económico, ni los Estados Unidos, ni la Unión Soviética, ni China, ha conseguido reducir jamás la desnutrición a niveles muy bajos sin la ayuda de algún tipo de subsidios alimentarios.

(*) Algunos países, como Botswana y Tailandia, ya han iniciado el seguimiento del estado de nutrición de su infancia y están tomando medidas para intentar mejorarlo.

Pero los subsidios alimentarios de carácter general pueden llegar a drenar rápida y significativamente los recursos de un país, absorbiendo el 10% o hasta el 20% de los presupuestos gubernamentales en algunos casos. En consecuencia, los subsidios de alimentación son a menudo las primeras partidas en sufrir recortes cuando los gobiernos deciden reducir el gasto público. La supresión de los subsidios alimentarios ha sido un aspecto habitual del proceso de ajuste frente al endeudamiento externo y la recesión, y el que ha provocado mayores penurias, sufrimientos y comprensible angustia y temor entre los pobres.

Durante la década de los ochenta, el valor en términos reales de los subsidios alimentarios se redujo en Brasil, Colombia, Jamaica, México, Perú y muchos otros países. Quienes más dependen de ellos son, evidentemente, los más pobres, que gastan hasta una tercera parte de sus ingresos en alimentación. Sin embargo, al reducir los subsidios, en general no se ha intentado reencauzar paralelamente los recursos reducidos para favorecer a los más necesitados. Y en todos los casos antes citados, más del 50% de los subsidios alimentarios todavía existentes benefician a las clases medias y altas (*)²¹. En otros países, sobre todo de África, se han subvencionado alimentos como la carne y la mantequilla, a pesar de que éstos raras veces aparecen en las mesas de los pobres y los desnutridos.

La conclusión obvia que se desprende de estas experiencias es que unos subsidios alimentarios capaces de contribuir a acabar con la desnutrición, asequibles y sostenibles para el país, deben ser selectivos y concentrarse en los más necesitados.

A menudo se ha replicado que el seguimiento de las medidas y la selección de los beneficiarios son tareas difíciles, políticamente muy sensibles, de gestión demasiado compleja y costosa. Sin embargo, experiencias recientes indican que también en este campo es posible realizar avances prácticos.

Un sistema nacional de seguimiento del estado de nutrición de la población facilitaría evidentemente la canalización de los subsidios alimentarios hacia sectores concretos de un país, o de una ciudad, o de la

economía, o incluso su concentración en estaciones concretas del año.

Pero aún en ausencia de los oportunos datos nacionales, existen medios para adecuar los recursos a las necesidades. En África, algunos gobiernos han empezado a concentrar los subsidios alimentarios en determinadas épocas del año, en que los pobres luchan por «tender el puente» entre el momento en que se acaban los productos de la cosecha de un año y el inicio de la siguiente. En Brasil, algunos subsidios sólo se distribuyen a través de las pequeñas tiendas de los barrios y favelas donde hacen sus compras los más pobres y a las que raras veces se acercan los más afortunados. En otros países, sólo se conceden subsidios para determinados alimentos, consumidos principalmente por los pobres, como el sorgo, el mijo o las lentejas. En las zonas en que se vigila regularmente el desarrollo de un gran número de niños, como en Tamil Nadu, es posible ofrecer suplementos alimentarios específicos a las familias con carencia absoluta de alimentos.

Vitamina A y yodo

No es posible concluir la enumeración de acciones concretas contra la desnutrición que podrían emprenderse en la década de los noventa, sin citar otros dos problemas de deficiencia nutricional que deberían desaparecer antes de que se acabe el siglo XX.

Se sabe ya desde hace cuarenta años que la carencia de vitamina A en la dieta infantil puede ser causa de ceguera irreversible (recuadro 9). Sólo en fecha más reciente se ha comprendido el alcance de este problema. Cada año, un cuarto de millón de niños quedan permanentemente ciegos y otro cuarto de millón ven disminuida su visión debido a la carencia de vitamina A. Al menos 100.000 de esos niños mueren en un plazo de pocas semanas.

Asimismo, todavía más recientemente se ha comprobado que los niños con carencias de vitamina A también son víctimas frecuentes de infecciones, anemia (*) y retrasos en el desarrollo físico. E incluso están expuestos a riesgos significativamente mayores

(*) Si los programas de alimentos y nutrición del Brasil, con un presupuesto de 1900 millones de dólares, se destinarán únicamente a la quinta parte más pobre de la población, su suma total equivaldría a una ayuda anual de más de 70 dólares por persona, capaz de modificar substancialmente los niveles de nutrición de las familias.

(*) La anemia misma, la más frecuente de las deficiencias en micronutrientes, también puede reducirse con un bajo costo mediante el tratamiento eficaz del paludismo (una de las principales causas de anemia) y la distribución de pastillas de folato férrico a las embarazadas y los niños anémicos.

que los niños con un estado de nutrición equivalente en todos los demás aspectos. Según señala el doctor Alfred Sommer, uno de los investigadores más destacados en este campo, «*lo más sorprendente no es la importancia central de la vitamina A en cada uno de estos ámbitos, sino el hecho de que este simple nutriente pueda afectar tan profundamente a unos niños sometidos a múltiples influencias adversas*»²¹.

Esta carencia puede prevenirse informando a los padres de que para proteger la salud y la vista de sus hijos deben añadir una pequeña cantidad de hortalizas de hoja verde baratas a los alimentos de destete. Otra alternativa es administrar una cápsula de vitamina A cada seis meses a los niños en situación de riesgo.

Estas cápsulas tienen un costo de dos centavos de dólar. El costo de ignorar el problema será la pérdida de la vista de más de dos millones de niños durante la década de los noventa y una mala salud y un desarrollo deficiente para muchos millones más.

La segunda deficiencia alimentaria que puede y debe eliminarse en los años noventa es la carencia de yodo, que afecta sobre todo a los niños de las zonas montañosas y expuestas a las inundaciones donde la erosión se lleva el yodo del suelo.

Las afecciones asociadas a la carencia de yodo merman el bienestar y la productividad de decenas de millones de adultos y deterioran la capacidad física y mental de muchos millones de niños. Hace ya varias décadas que se sabe que es posible superar este problema yodando la sal de consumo (recuadro 8) o, en circunstancias especiales, mediante la administración de inyecciones de aceite yodado.

El costo de aplicación de cualquiera de estas medidas en las regiones de mayor incidencia, con una población afectada de unos mil millones de personas, no supera los 10 centavos de dólar anuales por persona. El costo de no adoptar estas medidas será el nacimiento de muchos millones de niños con daños cerebrales durante la década que ahora se inicia.

Acciones evidentes

La intensificación de los programas de investigación permitiría encontrar casi con toda seguridad otras estrategias de bajo costo y gran impacto para la protección de la infancia (recuadro 11). Pero al pasar revista aquí a los avances y al potencial de la inmunización, la rehidratación oral, los antibióticos, la lactancia materna, el espaciamiento de los nacimientos y la mejora del estado de nutrición, se ha intentado demostrar que hoy ya

existen soluciones eficaces y de costo asequible para combatir las principales causas de enfermedad, desnutrición y mortalidad de la infancia de los años noventa.

El UNICEF considera que, en conjunto, éstas oportunidades concretas ofrecen un argumento de peso para declarar la década de los noventa como la *Década de las acciones evidentes*. Y la propuesta de una *Cumbre Mundial en favor de la Infancia* representa el objetivo de alcanzar un compromiso para llevar a la práctica estas acciones evidentes. En efecto, sólo el compromiso consciente de los dirigentes y la población de un país, y la movilización organizada de sus recursos puede asegurar la aplicación de las soluciones actuales en la escala requerida.

Los recursos financieros necesarios para respaldar estos compromisos no son demasiado grandes. Si a principios de los noventa se consigue doblegar la crisis de la deuda externa, las *sumas adicionales* requeridas para aprovechar las oportunidades concretas y evidentes de protección de la infancia, expuestas en este capítulo, serían del orden de entre dos y tres mil dólares anuales a mediados de la década. Un precio reducido a pagar por la salvación de tantos millones de jóvenes vidas, la drástica reducción de las enfermedades y la desnutrición, y el consiguiente descenso de las tasas de crecimiento demográfico. Cabe esperar razonablemente que alrededor de la mitad de esa suma, o sea 1000 a 1500 millones de dólares anuales, podría proceder de los países industrializados, una vez garantizado que estos recursos adicionales se destinarían a tales objetivos específicos.

Pero también es evidente que las soluciones disponibles para los principales problemas de salud de la infancia no pueden aplicarse en medio de un vacío total. Para poner realmente al alcance de la mayoría los actuales conocimientos en materia de salud, serán precisos sistemas permanentes de comunicación, servicios accesibles y apoyo práctico. Lo cual a su vez depende en un grado significativo de la formación de agentes del salud, del desarrollo de sistemas de asistencia primaria, la existencia de servicios de abastecimiento de agua potable y de saneamiento, y del nivel de alfabetización e instrucción de toda la población.

Estas son las dimensiones del desarrollo más amenazadas por el proceso de ajuste a las condiciones de endeudamiento y recesión, que también deberán ser abordadas por la Cumbre en favor de la infancia. Los siguientes capítulos de este informe estarán dedicados a examinar las posibilidades de avanzar hacia estos objetivos más generales de desarrollo social durante la década de los noventa.

Deficiencia de yodo: la guerra de los diez años

Una nueva iniciativa decenal respaldada por las Naciones Unidas abre las puertas a la esperanza de que pueda llegarse a eliminar una de las primeras causas de discapacidad en el mundo: los trastornos asociados a la deficiencia de yodo (DY).

Los seres humanos sólo necesitamos recibir una cucharadita de yodo en nuestra dieta durante toda la vida. Sin embargo, la insuficiencia de yodo puede causar daños cerebrales y físicos irreversibles. En las zonas situadas a gran altitud y en todos los lugares en que la erosión de las lluvias o las inundaciones eliminan el yodo del suelo, los niños no alcanzan un desarrollo físico y mental saludable, crecen apáticos y ven mermadas su capacidad de movimientos, de lenguaje y audición. Una grave deficiencia de yodo al nacer conlleva el riesgo de cretinismo. E incluso una deficiencia moderada manifiesta sus secuelas en años posteriores en forma de bajo rendimiento escolar y baja productividad en la edad adulta, sumiendo a comunidades enteras en un círculo vicioso de imposibilidad de aprendizaje y pobreza.

La deficiencia de yodo también es causa de abortos, de mortalidad neonatal y de una mayor mortalidad infantil y juvenil.

Se estima que un total de 800 millones de personas en el mundo están expuestas al riesgo de sufrir deficiencia de yodo; de las cuales, 190 millones están afectadas de bocio, 3 millones de cretinismo declarado y muchos millones más sufren algún tipo de deficiencia mental.

La yodación de la sal de mesa o del agua representa un costo anual de 5 centavos de dólar por persona. Por unos 10 centavos al año pueden administrarse inyecciones de aceite yodado, que ofrecen protección durante un plazo de hasta seis años, y cápsulas que ofrecen protección por un período de unos dos años.

Casi una sexta parte de la población mundial podría beneficiarse con la aplicación de estas sencillas medidas de bajo costo: más de 300 millones en China, otros 300 millones en diversos países asiáticos, 100 millones en África, 60 millones en América Latina y pequeños grupos aislados de población en Europa.

Pero la prevención de la DY resulta compleja. La adopción de leyes que obliguen a yodar la sal de consumo no siempre garantiza su cumplimiento por parte de los fabricantes. En un país pobre, el costo del tratamiento y empaquetado de la sal para asegurar la conservación de su contenido de yodo puede llegar a ser apreciable. Y si continúan comercializándose sales no

tratadas, más baratas, pocos consumidores estarán dispuestos a pagar más por la sal yodada, a menos que estén plenamente informados de las ventajas que ello puede reportarles. Pero las comunidades afectadas por la deficiencia de yodo a menudo ignoran incluso la existencia del problema. Una encuesta realizada en Perú, por ejemplo, reveló que un 60% de la población ni siquiera identificaba el cretinismo o el bocio—abultamiento sintomático de la glándula tiroidea en la base del cuello— como problemas de salud.

No obstante, algunas nuevas iniciativas para combatir la DY han demostrado que es posible obtener grandes resultados:

○ Los programas de distribución de sal yodada, junto con inyecciones de aceite yodado, han conseguido eliminar por completo el cretinismo en Papua Nueva Guinea, y en algunas zonas de Indonesia, Bhután, China y Nepal.

○ Los equipos de vacunación del Nepal distribuyen cápsulas de yodo y vitamina A hasta en las aldeas montañosas más remotas.

○ En 1983, el gobierno de Brasil comenzó a suministrar gratuitamente yodato de potasio a los fabricantes de sal. Recientes encuestas en uno de sus estados revelaron que la incidencia del bocio entre los escolares había descendido del 85% a menos del 10%.

○ En la India, la producción de sal yodada se ha multiplicado por siete desde 1983 y el gobierno se ha propuesto lograr la yodación de toda la sal de consumo para el año 1992.

○ Bolivia ha cuadruplicado la producción de sal yodada desde 1984 y está organizando cooperativas de productores de sal con objeto de llegar a tratar toda la sal del país para 1991. Mientras tanto, los servicios de salud y 12.000 voluntarios llevan a cabo campañas especiales de distribución de cápsulas de aceite yodado. En agosto de 1988, por ejemplo, se repartieron cápsulas de yodo a un millón y medio de personas, una cuarta parte de la población total.

En marzo de 1987, las Naciones Unidas anunciaron el inicio de una campaña de diez años contra la DY con la siguiente declaración:

«Es factible llegar a reducir la incidencia del bocio por debajo del 10% en el plazo de una década. La prevención y control de la DY, dadas sus dramáticas repercusiones sobre la calidad de vida, la productividad y la educación de millones de personas, supondría una aportación significativa para alcanzar el objetivo de «salud para todos en el año 2000».

Los pobres primero

Ya hemos señalado anteriormente que el progreso social se ha visto socavado por los efectos de la crisis de la deuda: cierre de escuelas y ambulatorios, grave deterioro de los servicios básicos, descenso de los ingresos de la población pobre y por consiguiente, reducción de sus gastos en alimentación, educación y atención de salud.

A veces se señala que en tales circunstancias sólo un giro económico completo puede suponer un cambio fundamental para el bienestar de las familias pobres y de sus hijos.

Aunque es obvia la gravedad de la crisis de la deuda y la urgente necesidad de su resolución, el UNICEF no puede aceptar la proposición de que para lograr un avance significativo en favor de la infancia debamos esperar a una mejora del clima económico general que tendría lugar hacia finales de la década de 1990 o principios del próximo siglo.

Los niños no pueden esperar hasta que hayamos rectificado nuestros propios errores y omisiones económicos. Es ahora cuando tiene lugar su desarrollo físico y mental y es ahora cuando necesitan una alimentación, atención de salud y educación adecuadas.

Como se ha señalado ya en el capítulo primero de este informe, incluso una vuelta al desarrollo económico no es ninguna garantía de que la infancia reciba prioridad en ese crecimiento y de que sus necesidades esenciales sean satisfechas por él. Se necesita también un nuevo compromiso para un nuevo tipo de desarrollo como el llamado *antayodaya* por Mahatma Gandhi, un desarrollo que conceda prioridad a los pobres y especialmente a la salud, nutrición y educación de sus hijos.

Ahora bien, es necesario que tal compromiso se lleve a cabo *tanto en la fortuna como en la adversidad*. Por tanto, no hay razón para «esperar al crecimiento». Es ahora cuando debemos comenzar a establecer tal compromiso y llevarlo a la práctica mediante políticas eficaces.

Para que tal cambio en las prioridades del desarrollo sea políticamente viable necesitará en la mayor parte de los casos el apoyo financiero de los países industrializados. Esta cuestión del incremento de la ayuda y de los recursos será discutida en el último capítulo de este informe. Pero para elevar el nivel de desarrollo social es tan importante situar en una posición correcta la palanca política como incrementar la potencia de los recursos aplicados para elevarla.

En particular, resulta fundamental conseguir com-

promisos políticos en favor de la atención de salud y de la educación universales, los dos grandes fines del desarrollo social, con el fin de alcanzar el bienestar de la infancia de hoy y el mundo del mañana.

Tanto la atención de salud como la educación primaria actúan como multiplicadores de todas las demás inversiones en el desarrollo, así como también en los esfuerzos para mejorar la salud infantil ya discutidos en este informe. En ambos casos, la experiencia de los años ochenta ha mostrado que se pueden lograr avances prácticos y asequibles hacia estos grandes objetivos incluso en los difíciles años económicos de principios de la década de 1990.

Salud para todos

Un país con un tercio de su población adulta enferma y con un tercio de su población infantil con importantes retrasos en su crecimiento físico y mental es un país cuyo progreso económico y social está internamente socavado. Muchos países en desarrollo se encuentran hoy en día en esta situación. Por esta razón, se reconoce ampliamente que la mejora de la salud nacional es tanto una causa como una consecuencia del desarrollo general.

Una alimentación adecuada, un abastecimiento de agua potable y unos servicios de saneamiento eficaces siguen siendo las tres medicinas más poderosas en todo el mundo. Asimismo contar con un empleo y el ingreso correspondiente son también la mejor garantía posible de que estas tres necesidades básicas puedan ser satisfechas. Por tanto, la salud no puede divorciarse de la situación económica y de la disponibilidad de servicios básicos. Sin embargo, la mala salud y las enfermedades tanto de la población adulta como infantil de muchos países en desarrollo es hoy día mucho mayor de la que podría derivarse en exclusiva de la situación económica (*).

Ya nos hemos referido a los aspectos relativos a la alimentación y la nutrición. Las otras dos patas del trípode básico de la salud, agua y saneamiento, plantean uno de los mayores retos para la próxima década:

(*) Aunque existe una correlación general entre el PNB per cápita y los principales indicadores de salud, muchos países han alcanzado niveles de esperanza de vida y de mortalidad infantil mucho más avanzados que otros donde el PNB per cápita es doble o incluso triple.

Vitamina A: una recapitulación

Al menos 250.000 niños pierden la vista cada año por carecer de una pequeña cantidad de vitamina A en su dieta. La deficiencia de vitamina A, además de ser la causa principal de ceguera infantil en los países en desarrollo, también reduce las defensas frente a otras infecciones y es causa frecuente de anemia y retrasos del desarrollo.

La carencia de esta vitamina esencial en la dieta constituye un grave problema de salud al menos en 34 países, entre ellos algunos de los más poblados de Asia, África y América Latina. El problema puede manifestarse a todas las edades, pero los más vulnerables son los niños de corta edad y las mujeres embarazadas y madres lactantes. En todo el mundo, unos 40 millones de niños en edad preescolar sufren algún grado de deficiencia de vitamina A.

Aun cuando la vista parezca poco afectada, el riesgo para la salud y la supervivencia de estos niños puede ser grave. Según encuestas realizadas en Indonesia, la probabilidad de muerte antes de cumplir los seis años es mucho mayor entre los niños que sufren incluso deficiencia moderada de vitamina A; también se ha comprobado que éstos son más propensos a sufrir infecciones respiratorias y diarreas que los niños con una ingestión adecuada de vitamina A. Asimismo, los niños que han tomado regularmente suplementos de vitamina A registran una tasa de mortalidad un 30% más baja. En Tanzania también se ha registrado una tasa de mortalidad considerablemente más baja entre los niños que habían recibido suplementos de vitamina A en los períodos de enfermedad.

La OMS y el UNICEF recomiendan administrar altas dosis de vitamina A a todos los niños enfermos de sarampión en las zonas en que esta deficiencia es frecuente, con el fin de mejorar su supervivencia y de prevenir la ceguera.

Para combatir el problema se requiere todo un conjunto de medidas en el que intervienen los servicios de salud, el asesoramiento a los agricultores y la educación nutricional. Toda madre debe saber también que la lactancia materna protegerá a su hijo siempre que ella misma ingiera dosis adecuadas de vitamina A, y que la dieta infantil debe incluir verduras y frutas, una

pequeña cantidad de aceite o grasas (para favorecer la absorción) y carne o productos lácteos si su costo está al alcance de la familia.

La educación para una nutrición adecuada exige un esfuerzo nacional continuado durante muchos años. Pero el problema de la deficiencia de vitamina A es urgente. Por ello, muchos países intentan suministrar dosis masivas de vitamina A, generalmente dos veces al año, a todos los niños en edad preescolar. En Indonesia, voluntarias de las aldeas distribuyen cápsulas en los *posyandus* mensuales (recuadro 15). En la India, los centros *anganwadi* de atención de salud infantil, que actualmente atienden a bastante más de la quinta parte de los niños del país, distribuyen dosis de vitamina A en forma de solución.

El costo de estas medidas preventivas es insignificante. Las cápsulas distribuidas por el UNICEF cuestan menos de dos centavos de dólar.

La OMS recomienda que los programas de vacunación, que actualmente abarcan a la mayoría de la población infantil menor de un año de los países en desarrollo, incluyan también la distribución de suplementos de vitamina A. Los agentes de salud deberían aprovechar también todo contacto con los servicios de inmunización para:

- Suministrar suplementos de vitamina A a los niños y a sus madres.
- Tratar los problemas de la vista asociados a una deficiencia de vitamina A.
- Promover la lactancia materna.
- Fomentar el consumo de alimentos ricos en vitamina A.

Algunos países, como Brasil, Guatemala, Haití, Mauritania e Indonesia, ya han integrado durante breves períodos la distribución de suplementos de vitamina A y los programas de inmunización. Lo importante ahora es asegurar la continuidad de estos esfuerzos pioneros y su introducción en otros países donde la deficiencia de vitamina A constituye un grave problema de salud.

el 60% de las familias rurales y el 25% de los hogares urbanos todavía carecen de abastecimiento de agua potable. Pero por extraordinario que sea este reto no se trata de algo imposible. Los costes actuales de instalación de sistemas de abastecimiento de agua corriente varían entre dos y cinco dólares por persona y año. El total de inversiones en abastecimiento de agua en los países en desarrollo alcanza en la actualidad un montante de aproximadamente 12.000 millones de dólares por año, de los cuales 10.000 millones se destinan a servicios para los grupos bienestantes a un coste medio de unos 600 dólares por persona y año.

Estos datos ilustran el hecho de que las políticas son tan importantes como el incremento de los recursos. Por ejemplo, incluso un pequeño cambio en el balance de recursos en favor de los pobres, mediante la planificación de una expansión más rápida de los servicios de bajo costo en futuros programas, podría suponer grandes avances hacia la cobertura de las necesidades de todas las familias en materia de agua potable y saneamiento eficaz para finales de este siglo.

Atención primaria de salud

Respecto a los servicios de salud resulta ya claro desde hace algún tiempo que es posible obtener avances significativos en la salud incluso enfrentados a dificultades económicas.

Durante la última década, ha habido una virtual unanimidad entre todos los países del mundo de que la estrategia conocida como atención primaria de salud (APS) es la mejor vía para alcanzar un mayor nivel de salud del mayor número de personas al más bajo costo y en el menor período de tiempo.

La atención primaria de salud es un enfoque práctico y de sentido común para mejorar la salud humana concediendo prioridad a la nutrición, el abastecimiento de agua, saneamiento, la educación de salud y una asignación eficiente y equitativa de los recursos destinados a la salud. Merece la pena repasar sus sencillos principios esenciales: la primera línea de defensa de la salud está constituida por el individuo, la familia y la comunidad. Una persona bien equipada con los conocimientos actuales y una comunidad organizada para demandar y participar en los servicios que necesita, son los principales agentes de una mejor salud.

En particular, en lo que respecta a los niños, los más eficaces agentes de salud son unos padres bien informados y bien apoyados.

La información de salud que todas las familias y todas las comunidades tienen derecho a conocer ha sido compendiada en un decálogo de «conocimientos básicos» bajo el título de *Para la Vida*, y publicado por el UNICEF, la OMS y la UNESCO en asociación con más de un centenar de organizaciones no gubernamentales (recuadro 12). Con un lenguaje no técnico, esta publicación resume el consenso científico actual sobre el espaciamiento de los nacimientos, la maternidad sin riesgos, la lactancia materna, la promoción del desarrollo infantil, la inmunización, la diarrea, la tos y los catarros, la higiene doméstica, el paludismo, y el SIDA. Se trata de una información que prácticamente todos los expertos médicos aprueban y que casi todos los padres podrían aplicar. Es una información que si se llevara a la práctica universalmente reduciría la desnutrición y la mortalidad infantil a la mitad en los próximos diez años.

Sin embargo, hay una cuestión crucial que es la más difícil de resolver. ¿Cómo podemos comunicar esta información vital a las familias de forma que permita su capacitación y las estimule a ponerla en práctica?

Esta tarea es demasiado extensa para que pueda ser realizada exclusivamente por los servicios de salud. Sólo será factible cuando llegue a ser responsabilidad de toda la sociedad; del sistema escolar y universitario; de los medios de comunicación; de las organizaciones religiosas; de los partidos políticos y los parlamentarios; de los empresarios y de las asociaciones de negocios; de los sindicatos y las cooperativas; de las instituciones de servicios públicos y las organizaciones no gubernamentales; de las organizaciones de mujeres y de los grupos comunitarios; de los movimientos juveniles y de los artistas y profesionales del espectáculo (recuadro 13).

La movilización de todos los recursos y de los canales de comunicación existentes puede liberar los conocimientos actuales para hacerlos accesibles a todos. Pero esto no se conseguirá enseguida. Las interrelaciones entre información y cambios de comportamiento son casi siempre complejas y la consecución del primer nivel de atención primaria de salud —esto es, la desmitificación del conocimiento científico para capacitar a la mayoría con información de salud práctica—, será en sí mismo un camino largo y difícil. En todo caso, las dificultades financieras no son los principales obstáculos.

Agentes comunitarios de salud

El segundo nivel de la atención primaria de salud nos conduce, de nuevo, hacia una cuestión amplia-

Filariasis: eliminación en los años noventa

En los últimos tres años han mejorado sensiblemente las perspectivas para la eliminación de la filariasis (gusano de Guinea). A finales de la década de los noventa, esta enfermedad consuntiva podría estar borrada de la lista de sufrimientos humanos.

Unos 20 millones de personas padecen filariasis en todo el mundo, principalmente en África y Asia, y otros 140 millones corren el riesgo de contraer esta enfermedad parasitaria.

La enfermedad se contrae al beber agua contaminada por unos crustáceos microscópicos llamados «copépodos», parasitados por larvas de filaria. Los copépodos y las larvas habitan en los estanques y albercas poco profundas, cuya agua es utilizada para consumo humano.

Una vez dentro del cuerpo humano, las filarias hembras crecen formando un filamento blanco de hasta un metro de longitud, que contiene de uno a tres millones de larvas. Al año de ser ingerido, el parásito emerge a la superficie de la piel a través de una dolorosa ulceración, localizada habitualmente en las extremidades inferiores. Cuando esta úlcera entra en contacto con el agua, las larvas se dispersan y son ingeridas por los copépodos, que a continuación se introducen en el organismo de quienes beben el agua contaminada.

Además de escozor, la filariasis provoca otros síntomas, como fiebre, náuseas, vómitos, diarrea y debilidad física general. Algunas víctimas mueren por efecto de complicaciones secundarias como el tétanos y otras sufren parálisis permanente.

Cada año, esta enfermedad causa dolencias incapacitantes durante meses a sus víctimas en las zonas rurales de África y Asia. Sus repercusiones económicas también son considerables. Según las estimaciones de un reciente estudio sobre una zona arrocerá de Nigeria, con 1,6 millones de habitantes, la filariasis provoca anualmente la pérdida de un 12% de jornadas de trabajo y de 20 millones de dólares en la producción de arroz.

Los agricultores no son las únicas víctimas. En el estado nigeriano de Kwara, las mujeres dedicadas al comercio afectadas por la enfermedad perdieron dos

meses de trabajo, con una reducción de 70 dólares en sus ingresos, en una región en que los ingresos anuales medios se sitúan en torno a los 125 dólares.

Los niños también dejan de asistir a clases, porque la enfermedad les impide caminar o porque tienen que quedarse en casa para ayudar a cuidar a sus familiares afectados.

Sin embargo, aunque no existe un tratamiento contra la filariasis, sí es posible su prevención.

La solución más eficaz consiste en garantizar el suministro de agua potable, mediante tuberías, pozos protegidos o equipados con bombas manuales, así como educar a las comunidades para que empleen medidas de higiene preventiva. Mediante estos métodos, algunas comunidades nigerianas han conseguido eliminar la enfermedad en sólo dos o tres años y en la India se ha logrado reducir el número de casos declarados de 44.800, en 1983, a sólo 12.000, en 1988. Según los resultados de una encuesta realizada en diez escuelas primarias nigerianas en 1984, en el momento de máximo auge de la estación de infestación parasitaria, la filariasis impedía la asistencia a clases de un tercio de los alumnos. Sin embargo, tres años más tarde, tras la instalación de pozos provistos de bombas manuales, la tasa de absentismo se había reducido a un 2,6%.

Mientras no pueda garantizarse el suministro de agua potable, otras alternativas posibles son hervir toda el agua destinada a bebida, tratar químicamente la fuente de obtención de agua durante la estación de transmisión de los parásitos, y filtrar el agua. En los últimos años, algunas comunidades también han aprendido a filtrar el agua con filtros de tela o gasa de nailon. En tres aldeas de Burkina Faso, con tasas de infestación por filarias de hasta el 54% de la población, éstas se redujeron a cero a los dos años de introducción del procedimiento de filtrado del agua.

Entre los países gravemente afectados por la filariasis figuran algunos de los más pobres del mundo, que necesitarán aliados para luchar contra la enfermedad. Sin embargo, el mundo dispone de los medios necesarios para poner fin a los padecimientos infligidos por esta infestación parasitaria.

mente reiterada en este informe. La mayor parte de las medidas de salud infantil que hoy día pueden contribuir de forma tan eficaz a proteger a tantos niños a tan bajo costo dependen finalmente, en un grado significativo, de la disponibilidad de un agente de atención primaria de salud capacitado.

Un agente de salud con unos seis meses de capacitación, con supervisión y un entrenamiento regular puede atender a más de las tres cuartas partes de las necesidades de salud de una comunidad: entre ellas, inmunización, rehidratación oral, antibióticos, vigilancia del desarrollo infantil, conocimientos de nutrición y consejos y ayuda sobre atención prenatal, partos sin riesgos, lactancia materna, espaciamiento de los nacimientos, destete, suplementos de vitamina A y prevención de las enfermedades más comunes. Por supuesto, la dedicación y calificación de este tipo de agente de salud variará de un país a otro, pero puede encontrarse una descripción más detallada de sus posibles tareas en el recuadro 14.

En muchas comunidades del mundo en desarrollo existe hoy día algún tipo de agente de salud. Así pues la tarea consiste en capacitar y reentrenar al personal de salud para actualizar sus conocimientos con el fin de que pueda estar al servicio de la mayoría de la población. De acuerdo con el tipo de comunidad existente, un agente de salud puede atender quizás entre doscientas y doscientas cincuenta familias. Ahora bien, ¿hasta qué punto resulta práctico capacitar y poner al día a un agente de salud por cada doscientas o doscientas cincuenta familias en el mundo en desarrollo?

Si se contemplan los beneficios antes que los costes, la presencia de un agente de salud capacitado constituye un factor multiplicador básico, hacia un mayor nivel de eficiencia, en las relaciones entre los recursos de salud nacionales y las propias necesidades de salud.

La mayor eficiencia resulta obvia. No es necesario un médico plenamente calificado, con siete años de costosa capacitación, para prevenir o tratar la gran mayoría de enfermedades existentes en las comunidades del mundo en desarrollo.

El costo de capacitación de un agente de atención primaria de salud es de unos 500 dólares. El costo de capacitación de un médico plenamente capacitado es al menos de unos 60.000 dólares. Así pues un agente de atención primaria capacitado, que es más probable que permanezca en las áreas rurales, permite lograr un salto cuantitativo en la eficiencia en relación con los costos. Es precisamente este incremento de la efi-

ciencia lo que hace posible lograr mejoras significativas de la mayoría de la población a un costo asequible antes de que finalice el siglo XX.

En un sistema de atención primaria de salud que funcione bien, los agentes de salud remiten los problemas más difíciles al siguiente nivel de la atención primaria, es decir, a personal médico más altamente capacitado que desempeña su labor en ambulatorios y hospitales. Sin este enlace, la atención primaria de salud es, en el mejor de los casos, un servicio de salud de segunda clase para los pobres. Cuando este enlace existe, la atención primaria de salud se convierte en un sistema eficiente para adecuar el nivel de atención al nivel de necesidad requerida(*).

Desgraciadamente, la estrategia de la APS, aunque se ha visto inflada con pura retórica en casi todos los países, sólo ha sido capaz de despegar en pocos de ellos. Lo que retiene su marcha no son las dudas sobre su mayor eficiencia sino la resistencia a aceptar su mayor equidad.

Como resultado de ello, la atención primaria de salud ha sido considerada a menudo como un servicio separado de bajo costo para los pobres y los grupos de población menos accesibles. Con un funcionamiento desperdigado y en áreas periféricas, una financiación miserable y una consideración política irrelevante, limitado por la falta de una capacitación adecuada, una supervisión regular o una capacidad significativa de enlace con los otros niveles del sistema de salud, gran parte de los agentes de atención primaria de salud se han convertido en un pequeño apéndice de los servicios de salud existentes en lugar de un medio para reorientar los recursos de salud nacionales, incluidos los médicos y hospitales, hacia las necesidades de salud de la mayoría de la población²⁵.

Muchos gobiernos, por ejemplo, han puesto en marcha servicios de atención primaria de salud sin incurrir

(*) A finales de la década de los ochenta hay claros signos de que un creciente número de profesionales médicos comienza a apoyar tal reorientación. En la conferencia de 1988 de la Federación Mundial para la Educación Médica, destacados representantes médicos de todo el mundo adoptaron la *Declaración de Edimburgo* la cual prometía el apoyo de la Federación a «programas sostenidos para alterar el carácter de la educación médica». Asimismo la declaración recomendaba cambios en el currículum para reflejar las necesidades de salud de la mayoría, y concluía: «el fin de la educación médica es formar doctores que promuevan la salud de toda la población y no meramente proporcionar servicios curativos para aquellos que pueden pagarlo o para aquellos que disponen de un fácil acceso»²⁷.

Ciencia para la infancia: investigación en los años noventa

El mundo en desarrollo tiene el 80% de la población mundial y soporta el 90% de todos los casos de enfermedad y discapacidad. Sin embargo, apenas se dedica un 5% del gasto global en investigación sobre la salud a la situación existente en estos países.

Como muestra de rechazo de este gran desequilibrio entre recursos y necesidades, un prestigioso grupo de expertos en salud y desarrollo han hecho un llamamiento urgente para una reconsideración sustancial de las prioridades en materia de investigación sobre la salud. En un informe publicado a principios de 1990, la comisión sobre investigación en salud para el desarrollo, un grupo independiente de médicos e investigadores de doce países, propone que se preste mayor ayuda para capacitar a los países en desarrollo a efectuar sus propias investigaciones en sus propios problemas de salud.

La investigación biomédica ha realizado una importante contribución para reducir la mortalidad y morbilidad infantiles durante las tres últimas décadas. La erradicación de la viruela fue posible gracias al desarrollo de una vacuna termoestable mediante liofilización (deshidratación a bajas temperaturas) y una aguja especial bifurcada para aplicar las vacunas. La presente fórmula del UNICEF/OMS para las sales de rehidratación oral (SRO) es el resultado de investigaciones en Dacca, Calcuta y otros lugares sobre el tratamiento del cólera en los años cincuenta y sesenta.

Pero la aplicación eficaz de éstos y otros avances científicos salvadores ha sido debida a progresos igualmente importantes en la epidemiología, la comunicación y la planificación y administración sanitarias. Por ejemplo, el éxito de la campaña de la OMS para la erradicación de la viruela de los años sesenta y setenta fue debido en gran parte a estudios epidemiológicos de campo los cuales demostraron que la estrategia más efectiva era la localización de casos y la vacunación de las personas susceptibles de contagio en lugar de intentar vacunar a toda población. Asimismo, el éxito de la promoción de la inmunización infantil y de la terapia de rehidratación oral durante los años ochenta, debe mucho a la «investigación de audiencia» destinada a informar a los planificadores y administradores de los programas sobre los conocimientos de salud y las actitudes de los padres.

Sin embargo, existe todavía una enorme reserva de técnicas y conocimientos de salud subutilizados con el potencial suficiente para reducir drásticamente la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad infantiles

en los países en desarrollo. Gran parte de esta información puede ser utilizada por los propios padres (recuadros 12 y 13).

Según señala la comisión sobre investigación en salud para el desarrollo, la ciencia tiene la responsabilidad no solo de crear nuevos conocimientos sobre la salud, sino también de investigar cómo puede aplicarse este conocimiento, especialmente en aquellos problemas relacionados con la salud de la infancia, las mujeres y otros grupos de población vulnerables.

La clave para aplicar los conocimientos y técnicas existentes sobre salud infantil, dice la comisión, es la investigación básica nacional realizada por los propios países en desarrollo. Este tipo de investigación comprende estudios epidemiológicos de campo, encuestas de comunicación para la salud, y estudios sobre suministros de medicamentos esenciales, financiación de servicios de salud y sistemas de administración e información.

Este tipo de investigaciones proporciona a los administradores y planificadores de programas de salud una información esencial sobre las causas más comunes de enfermedad, discapacidad y mortalidad y sobre los grupos de población más afectados. Asimismo, dicha información aporta datos para que los planificadores puedan establecer prioridades y diseñar programas basados en las necesidades reales de salud de la mayoría, mediante la fórmula de «focalizar los recursos limitados para salvar más vidas».

Puesto que este tipo de investigación puede mejorar la eficacia en relación con los costes del gasto en salud, los rendimientos en términos económicos y sanitarios sobrepasarán con mucho el coste de la inversión inicial.

No obstante, según señala la comisión, para la mayor parte de los problemas de salud más importantes del mundo en desarrollo los conocimientos y técnicas existentes son todavía inadecuados. Por esta razón, se necesita urgentemente un desarrollo de la investigación internacional en salud, tanto de tipo biomédico como social. Entre las áreas prioritarias pueden citarse, las enfermedades respiratorias, las enfermedades diarreicas, la tuberculosis, el paludismo y el SIDA.

Esta investigación debería desarrollarse mediante la colaboración y el intercambio internacional y contar con instituciones tanto de los países industrializados como en desarrollo de todo el mundo.

en costes salariales adicionales bajo el supuesto de que los agentes de salud deben ser bien voluntarios o bien financiados por las comunidades a las que sirven (*).

Los voluntarios y la financiación comunitaria pueden tener un cierto papel a desempeñar, e idealmente los agentes de salud deberían ser reclutados localmente y ser sensibles y responsables con sus propias comunidades. Pero el hecho fundamental es que los agentes de salud, como cualquier otra persona también desean tener un empleo, unos ingresos y si es posible, un pequeño estatus. Sin este tipo de compensaciones, se ha comprobado que las tasas de abandono de los agentes de atención primaria de salud son inaceptablemente altas.

El éxito o el fracaso de la atención primaria de salud dependerá de que un amplio número de agentes de salud encuentre un empleo estable y compensatorio al servicio de su comunidad y de si son o no respetados y apoyados por la profesión médica. Aunque se trata del enfoque menos costoso, la función de pivote que está llamada a desempeñar la atención primaria de salud no será barata. Un agente de salud bien capacitado, bien supervisado y bien apoyado es la clave para conseguir la atención universal de salud y como tal merece ser reconocido y recompensado.

El hecho de que es posible poner en práctica una auténtica atención primaria de salud a un costo asequible se ha podido demostrar recientemente en las trágicas circunstancias de la guerra de ocho años entre Irán-Irak. En ambos países las tasas de mortalidad de menores de cinco años han registrado una marcada reducción durante la década de 1980, gracias a eficientes sistemas de atención primaria de salud que han puesto a disposición de la población todos los conocimientos y medidas descritos en el capítulo II de este informe a través de agentes de salud bien capacitados, estrechamente apoyados y adecuadamente recompensados.

Quizás se ha subrayado demasiado la naturaleza poco costosa de la atención primaria de salud. Los intentos de ponerla en práctica a unos costos demasiado bajos corren el peligro de desacreditar una idea que representa la mejor esperanza de la humanidad para lograr la «salud para todos». Como señala la Escuela

de Higiene y Medicina Tropical de Londres en un informe de este año: «Si no se realizan los ajustes necesarios... los programas de agentes comunitarios de salud comenzarán a derivar hacia su desintegración, ahogados en exhortaciones, no porque tales programas sean incapaces en sí mismos de cumplir sus objetivos, sino porque en general no cuentan con el apoyo necesario para hacerlos efectivos»²³.

El mensaje es claro. La atención primaria de salud es un sistema efectivo en relación a su costo. Pero no es un sistema sin costos.

Reestructuración de los sistemas de salud

Así pues, es preciso plantearse de nuevo la cuestión de si es factible o no, en un próximo futuro, disponer de un agente de salud con una capacitación actualizada por cada doscientas o doscientas cincuenta familias.

Para abordar la cuestión con cierta perspectiva hay que tener en cuenta que la relación de un agente de salud por cada doscientas familias supone que habría que capacitar a un millón de agentes de salud para atender las necesidades de la quinta parte más pobre de la humanidad, es decir, mil millones de pobres del mundo en desarrollo. A un coste medio de capacitación de 500 dólares, el coste total sería de 500 millones de dólares. Esta suma equivale al 0,5% del PNB del mundo en desarrollo en su conjunto, o a un 1% del presupuesto de ayuda del mundo industrializado, o bien al pago de un día de intereses de la deuda del Tercer Mundo.

Tales cifras muestran que cualesquiera que sean otras posibles dificultades, es absurdo señalar que es financieramente imposible situar a un agente de salud capacitado en un área accesible para cada familia necesitada.

Sin embargo, el mundo aún no camina en esa dirección. En la década de 1990, los países desarrollados se disponen a formar a decenas de miles de médicos adicionales, muchos de los cuales acabarán desempleados y algunos pocos trabajarán en las áreas rurales. En la actualidad, México tiene unos 4000 médicos desempleados y Pakistán unos 6000. En los últimos cinco años, América Latina ha formado una cifra estimada de 200.000 médicos aún cuando, con el mismo gasto y en el mismo tiempo podría haber formado unos 150.000 médicos y haber capacitado y pagado un salario digno a medio millón de agentes de atención primaria de salud.

(*) La OMS y el UNICEF cooperan con los ministerios africanos de Salud en la experimentación de nuevos métodos de financiación y administración de servicios de atención primaria de salud en la región del África subsahariana.

Mientras tanto, los efectos de la crisis de la deuda y de las políticas de ajuste están creando serias dificultades a los programas de capacitación existentes. En países tales como Botswana y Jamaica, han sido suspendidos los programas de capacitación de los agentes de salud comunitarios. Por distintas razones, el país que ha contribuido más a la atención primaria de salud, la República Popular China, ha procedido a un amplio desmantelamiento de su sistema de médicos descalzos.

Los hospitales urbanos han escapado en gran parte a estos recortes presupuestarios. Como muestra el gráfico 11, casi las tres cuartas partes de los recursos del gobierno central asignados a la salud en el mundo en desarrollo están todavía destinados a hospitales que proporcionan atención curativa relativamente costosa para una minoría de la población. Brasil, por ejemplo, destina casi un 80% de su presupuesto nacional de salud a atención hospitalaria en las áreas urbanas, especialmente en el sur del país, mientras las tasas de morbilidad y de mortalidad infantil del nordeste se encuentran entre las más altas del mundo.

Con el fin de obtener una desviación significativa de recursos para atender las necesidades básicas de atención de salud de los pobres podría reducirse la proporción de gastos de salud destinados a los hospitales desde la actual proporción del 75% a una próxima al 45% o al 50%, incluso aunque esto se consiga gradualmente posponiendo nuevos gastos y permitiendo que la atención primaria de salud crezca a una tasa doble de la atención hospitalaria.

Algunos países están caminando ya en esta dirección. Argelia, Bolivia, India, Indonesia, México, Pakistán y Zimbabwe han comenzado a restringir sus gastos hospitalarios y a promover servicios de salud de bajo costo para la mayoría. Refiriéndose a este tipo de enfoque, el anterior ministro de Finanzas y Planificación del Desarrollo de Pakistán ha señalado:

«Cuando Pakistán se enfrentó a la necesidad de un programa de inmunización infantil, ¿qué es lo que hizo? La cobertura de inmunización de los menores de cinco años era del 5% hace cinco años mientras en la actualidad es del 75%. Se trata de una de las experiencias más espectaculares de aumento de la supervivencia infantil, y en nuestros días podemos prevenir más de cien mil muertes infantiles al año. ¿Cómo lo logramos? ¿Recabamos más ayuda desde el exterior? ¿Reducimos nuestra tasa de crecimiento? No. Lo que hicimos fue posponer la construcción de un costoso hospital urbano durante cinco años. Esto, por sí solo, financió com-

Gráf. 11 Gastos hospitalarios

La mayoría de enfermedades en el mundo en desarrollo podrían prevenirse o tratarse por agentes de atención primaria de salud supervisados por personal médico calificado a quien se puede remitir los casos más difíciles. Pero la atención primaria se encuentra en la penuria, mientras los hospitales urbanos, que habitualmente sólo atienden a una pequeña proporción de la población, consumen en promedio el 75% de los recursos del gobierno central destinados a salud.



Fuente: Fondo Monetario Internacional, Anuario de Estadísticas Financieras Gubernamentales, 1988.

pletamente el gasto total de la campaña de inmunización»²⁴.

Por tanto, hay un campo considerable para mejorar el uso de los recursos existentes y adicionales mediante un compromiso en favor de los agentes comunitarios de salud, de la atención primaria y de un pequeño cambio de prioridades en favor de los pobres.

La atención primaria de salud mantiene la promesa de un futuro económico y humano más saludable. Pero esto no será poco costoso ni en términos financieros ni políticos. Requerirá importantes recursos nacionales y asistencia práctica de programas de ayuda externa. Pero por encima de todo, requerirá el coraje y el compromiso de los líderes políticos y de los profesionales médicos nacionales.

Educación para todos

La educación para todos, el otro gran objetivo del desarrollo social, plantea muchas más dificultades. La diferencia más evidente es que la atención de salud puede suponer que un niño tenga que ser examinado por un agente de salud durante unos pocos minutos en una docena de ocasiones al año, mientras que la educación implica habitualmente un contacto continuado con los maestros y la escuela durante varias horas al día a lo largo de muchos años de la vida de un niño.

No obstante, la educación para todos es un objetivo irrenunciable que debe conseguirse de algún modo. Fracasar en este empeño supondría un gran daño tanto a escala individual como social. Carecer de educación, no contar al menos con los conocimientos básicos de alfabetización, es una discapacidad grave para cualquier niño. El fracaso social en invertir lo necesario en educación incapacitará, en uno u otro grado, otros esfuerzos de desarrollo ya se trate de incrementar la producción agraria o de promover nuevas medidas de atención infantil entre toda la población.

El valor general de la inversión en educación resulta indudable. Existe una estrecha asociación entre la educación y un mejor nivel de salud y nutrición, tasas de supervivencia infantil más altas y menores tasas de fecundidad. Además, como muestran de forma consistente los estudios del Banco Mundial, los rendimientos económicos de la educación son más altos que los obtenidos con otros tipos de inversión: en circunstancias similares, y si el resto de factores permanece constante, se estima que, por ejemplo, cuatro años de educación primaria está asociada con un incremento medio de un 10% o más de la productividad agrícola²⁵.

Igual que la salud, la educación es pues tanto causa como efecto del desarrollo económico y según ciertos observadores constituye un factor explicativo clave de las diferentes tasas de crecimiento económico obtenidas por los diversos países de una misma región:

«Hemos observado que muchos países con un poten-

cial de desarrollo similar basado en su dotación de recursos naturales se han desarrollado de forma muy distinta debido a las diferencias en su capacidad de recursos humanos. Este hecho explica ampliamente los auténticos problemas y las diferentes vías de desarrollo de los países de África, Asia y América Latina en la actualidad. Hemos visto a países vecinos que obtenían cifras de producción muy diferentes con inversiones similares, y tasas de crecimiento que oscilaban del 3% al 7% de un país a otro con una inversión prácticamente igual. En cada caso, el factor explicativo clave de estos diferentes resultados era la existencia de recursos humanos y empresariales y de instituciones responsables de su capacitación»²⁶.

En este sentido, la educación de la mujer es muy importante. Además de las ventajas que ofrece para mejorar la vida de las propias mujeres, la educación está estrechamente asociada con niveles más altos de salud y nutrición infantiles y niveles más bajos de fecundidad y de mortalidad infantil. En promedio, cada año adicional de instrucción de la madre está asociado con un descenso de la tasa de mortalidad infantil de un 9 por mil. Sólo una tercera parte de este efecto es atribuida al hecho de que en general una mujer más instruida suele pertenecer a una familia urbana o de buena posición. Los dos tercios restantes del descenso porcentual se atribuyen a la educación en sí misma²⁷.

Habida cuenta de la posibilidad de obtener tan altos rendimientos en la calidad de vida y en la ampliación de las alternativas disponibles, en el crecimiento económico y en la productividad agrícola, en la mejora de la salud maternoinfantil y en la disminución del crecimiento demográfico, la educación para todos es una inversión que ningún país puede dejar de hacer.

Declive educativo

Tras varias décadas de expansión de la educación en los países en desarrollo, el objetivo de la educación universal se ha alejado durante los años ochenta (gráf.3). En muchos países, han descendido los gastos en educación y las tasas de escolarización. Pocos cambios como estos podrían tener más influencia para el futuro, y sin embargo pocos habrán merecido una menor atención. El Director general de la UNESCO, Federico Mayor Zaragoza ha hecho una clara advertencia:

«Si las políticas de ajuste se ponen en práctica sin tener en cuenta sus efectos negativos sobre los pobres

Para la vida: decálogo de mensajes básicos

Los actuales conocimientos en materia de salud infantil pueden contribuir a proteger la vida y la salud de millones de niños del mundo en desarrollo. Estos conocimientos se han recopilado en un libro titulado *Para la vida*, publicado conjuntamente por el UNICEF, la OMS y la UNESCO, en colaboración con más de un centenar de organizaciones no gubernamentales. *Para la vida* expone, en términos sencillos, la información esencial sobre salud infantil respaldada por el consenso de expertos médicos de todo el mundo; esta información consta de una serie de medidas básicas que casi todos los padres pueden aplicar en la práctica y que pueden beneficiar a casi todos los niños. El reto consiste en movilizar todos los canales de comunicación posibles para poner esta información al alcance de todos. El siguiente decálogo de mensajes básicos es un resumen condensado de *Para la vida*:

- La salud de las mujeres y de los niños puede mejorar considerablemente si se espacian los nacimientos al menos dos años, se evitan los embarazos antes de los 18 años y se limita a cuatro el número total de embarazos.
- Para reducir los riesgos asociados al parto, todas las mujeres embarazadas deben disponer de atención prenatal por un agente de salud y todos los partos deben ser atendidos por una persona calificada.
- La leche materna sola es el mejor alimento y la mejor bebida posible durante los primeros meses de vida. A partir de los cuatro a seis meses, los niños necesitan otros alimentos complementarios además de la leche materna.
- Los niños menores de tres años tienen necesidades especiales de alimentación. Necesitan comer cinco a seis veces al día y sus alimentos deben reforzarse con purés de verduras y pequeñas cantidades de grasas y aceites.
- La diarrea puede causar la muerte al drenar excesivos líquidos corporales del niño enfermo. Por ello,

cada vez que el niño hace una deposición acuosa, deben reponerse los líquidos perdidos con una bebida adecuada, como leche materna, sopas, agua de arroz o una solución especial de sales de rehidratación oral (SRO). Si la enfermedad es más grave de lo habitual, el niño necesita ser atendido por un agente de salud y tratado con SRO. Un niño con diarrea necesita también ingerir alimentos sólidos para recuperarse satisfactoriamente.

- La inmunización protege contra varias enfermedades que pueden causar un desarrollo deficiente, incapacidad e incluso la muerte. Todas las vacunaciones deben completarse en el primer año de vida del niño. Todas las mujeres en edad de procrear deberían estar inmunizadas contra el tétanos.
- La mayoría de los casos de tos o catarros se curan por sí solos. Pero si un niño con tos respira más rápido de lo normal es señal de que su estado es grave y entonces se le debe llevar lo antes posible a un centro de salud. Un niño con tos o catarro debe ser ayudado a ingerir alimentos y abundantes líquidos.
- Muchas enfermedades son debidas a la introducción de gérmenes en la boca. Esto puede evitarse con las siguientes medidas: usando letrinas; lavándose las manos con agua y jabón después de usar las letrinas y antes de manipular los alimentos; manteniendo limpios los alimentos y el agua e hirviendo el agua para beber si ésta no procede de una fuente de abastecimiento corriente.
- Las enfermedades retrasan el desarrollo infantil. Después de una enfermedad, un niño necesita ingerir una comida adicional al día durante al menos una semana para recuperar el crecimiento perdido.
- Entre la edad de seis meses y tres años, los niños deben pesarse cada mes. Si se comprueba que no hay aumento de peso durante dos meses consecutivos es que existe algún problema.

y los grupos de población más vulnerables, si se sigue dando prioridad al pago de la deuda sobre las necesarias inversiones en sectores sociales como la educación, es muy probable que los presentes desequilibrios y tensiones económicos en las relaciones Norte-Sur se conviertan en peligrosos factores de erosión de los recursos humanos que pongan en peligro los avances educativos conseguidos y vuelvan a retrasar a los países del Sur en toda una generación o más».

«Lo que resulta más preocupante de todo es que donde se ha causado el mayor daño ha sido en la auténtica base de la pirámide educativa, esto es, en la educación primaria y en los servicios de alfabetización de adultos y de extensión educativa para jóvenes»²⁸.

Según un estudio reciente de la UNESCO, en más de la mitad del centenar de países estudiados han descendido los gastos reales por alumno de enseñanza primaria²⁹. En estos países, ha disminuido incluso la proporción de gastos destinados a educación en el presupuesto nacional durante los años ochenta (gráf. 12). Como resultado de ello, en muchos países

está descendiendo también la proporción de niños entre 6 y 11 años escolarizados en enseñanza primaria, entre ellos en Bangladesh, Guyana, Madagascar, México y otros muchos países del África subsahariana.

En general, el problema no es la carencia de escuelas suficientes. Más del 90% de los niños del mundo en desarrollo comienzan la enseñanza cada año. Pero de los 100 millones de niños de seis años que empezarán a ir a la escuela en 1990, más de 40 millones la abandonarán antes de completar la enseñanza primaria. Casi la mitad de estos niños serán analfabetos el resto de su vida y, por consiguiente, no podrán participar plenamente en, ni beneficiarse de, los grandes cambios que rodearán su vida en los comienzos del siglo XXI.

Así pues, las cifras actuales de abandono escolar son el indicador más representativo del sombrío declive educativo.

Se ha dicho que hay tantas razones para explicar el abandono escolar como casos individuales de abandono. Pero la razón fundamental es que los costos están creciendo por encima de su valor relativo para las familias en un momento en que los ingresos reales están descendiendo en muchas de las comunidades más pobres. Incluso allí donde la educación primaria es gratuita, el coste de enviar un niño a la escuela, comprendido por gastos tales como vestido, equipo escolar, boletos de autobús, «donativos», y contribuciones a la recaudación de fondos de la escuela, pueden representar una partida importante de los ingresos de una familia pobre. A estos costos directos deben de añadirse los costos de oportunidad de aplazar el trabajo de un niño o joven en el campo o en el hogar.

Por tanto, la educación debe ser ponderada en la balanza familiar. Es entonces cuando empiezan a acumularse otros factores en uno de los platillos: la madre sobrecargada de trabajo que está desesperada por recibir la ayuda de la hija en las faenas del hogar o del campo; el padre que nunca ha estado satisfecho de que su hija vaya a una escuela mixta; la percepción de que incluso los jóvenes que han empleado diez años en la escuela no encuentran trabajo; la creencia de que una hija no necesita realmente ir a la escuela para ser esposa y madre; la idea de que el único futuro para un joven está en el campo o en el taller donde su padre le pueda enseñar todo lo que necesita conocer; el recuerdo del último informe escolar que indica que el niño no prestaba suficiente atención; el hecho de que se necesitarán nuevos zapatos el próximo curso escolar y de que la asociación de padres solicitará pronto un nuevo donativo para los fondos de la escuela.

Gráf. 12 Declive educativo en África

Aunque sólo se dispone de datos hasta 1986, se puede apreciar un claro declive educativo en el África subsahariana.



Fuente: UNESCO, Anuario Estadístico, 1989.

Situada en el otro platillo de la balanza, la educación aparece en sí misma con un peso decreciente a medida que se produce un descenso de los gastos escolares. En muchos países, los gastos de capital han desaparecido prácticamente y los recortes en los gastos corrientes han significado que los salarios de los maestros estén absorbiendo una proporción creciente de los gastos totales. Como resultado de ello se ha producido un descenso devastador de los gastos de mantenimiento. Para poner uno de los peores ejemplos, un estudio reciente de la situación escolar en un área rural de Mozambique comprobó que sólo un 3% de los alumnos tenía sillas y pupitres, apenas un 17% de las aulas contaba con una mesa para el profesor, sólo la mitad de ellas tenía encerrado, sólo el 5% de los alumnos del primer año tenía un libro de texto de lengua y sólo el 13% de ellos disponía de un manual de matemáticas³⁰.

Frente a tales dificultades, no es sorprendente que tantos estudiantes tengan que repetir curso, que tantos no lleguen a completar su alfabetización, o que los niveles medios de asistencia sean mucho más bajos que en el mundo industrializado³¹, o que los padres decidan que el sacrificio que hacen no merece la pena.

Desgraciadamente, más de los dos tercios de la población en edad escolar que nunca va a la escuela o que la abandona en sus primeras etapas, pertenece al sexo femenino. A punto de comenzar la década de 1990, apenas una de cada tres niñas nacida en Asia meridional o en Oriente Medio tendrá la oportunidad de completar la enseñanza primaria.

Reestructuración de prioridades educativas

En medio de continuas dificultades económicas, ¿cómo podremos invertir este declive educativo y reanudar el avance hacia la educación para todos? Esta será la cuestión fundamental que abordará la próxima *Conferencia Mundial sobre Educación para Todos*, patrocinada por la UNESCO, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, el Banco Mundial y el UNICEF y que se celebrará en marzo de 1990, en Jomtien, Tailandia. Se trata de la primera conferencia mundial sobre educación y reunirá a expertos educativos de más de cien países con el fin de compartir sus experiencias para encontrar nuevas vías de avance.

Pero hay pocos atajos. La educación informal, las clases de alfabetización de adultos, los programas de enseñanza a distancia, son todos ellos importantes pero están destinados en gran medida a aquellos que

ya han fracasado en el sistema educativo formal. El objetivo mínimo para cada niño y niña debe ser cumplir cinco o seis años en la escuela primaria y adquirir un nivel de alfabetización y conocimientos de cálculo que le capaciten para adaptarse y tomar un mayor control sobre las circunstancias cambiantes de su vida futura. Esto no puede conseguirse sin un incremento de los recursos destinados a educación, una mayor prioridad para la enseñanza primaria en los presupuestos educativos y un incremento sustancial de la ayuda para estos objetivos específicos por parte del mundo industrializado. En otro caso, se perderá una gran oportunidad para educar a mil millones de niños en los años noventa y de realizar la más vital de las inversiones en el siglo XXI (gráf. 13).

Ahora bien, como sucede en el caso de la salud, la primera cuestión a plantearse es si los recursos destinados actualmente a educación pueden ser utilizados de manera más eficiente.

En muchos países, la mejora más evidente en la eficiencia de los recursos educativos se podría lograr con una reestructuración del gasto actual para inclinar la balanza hacia la enseñanza primaria.

En general, el rendimiento proporcional de la inversión en educación es más alto en la enseñanza primaria que en la secundaria y más alto en la secundaria que en la terciaria. Sin embargo, la asignación de recursos en educación muestra en todas las regiones que la educación secundaria y superior reciben la parte del león de los presupuestos educativos. Como ha señalado el Banco Mundial:

«Según diversos estudios...en numerosos países, un dólar invertido en educación primaria ofrece un rendimiento medio doble de uno invertido en educación superior. Sin embargo, los gobiernos...subvencionan fuertemente la educación superior a costa de la educación primaria»³².

La comparación con la atención primaria de salud sugiere evidentes ventajas respecto a una mayor eficiencia. De la misma manera que pueden capacitarse centenares de agentes de salud comunitarios por el costo de un médico plenamente calificado así también pueden graduarse cientos de niños en enseñanza primaria por el costo de un graduado universitario.

En muchos casos, el proceso de reestructuración no necesita ser muy drástico para conseguir los efectos deseados. Como ha indicado el Banco Mundial:

«Incluso una pequeña disminución porcentual en los costos unitarios de la educación secundaria y superior

podría liberar fondos adicionales para proporcionar educación básica a muchas personas. Además, los países que han favorecido desproporcionadamente en sus presupuestos a la educación secundaria y superior... podrían financiar con una pequeña reasignación un incremento apreciable de la escolarización en los niveles de educación básica»³³.

Eficiencia del sistema escolar

El incremento de la eficiencia del propio sistema escolar es también un posible «recurso» para los años noventa. Pero no es una opción fácil.

Existe una ineficiencia interna en todas aquellas escuelas en las que la reducción de gastos ha sido tan

importante que del escaso presupuesto remanente, el 95% se ha tenido que destinar a pagar los salarios de los maestros que a su vez han visto reducida su eficacia por la carencia de libros y de material escolar.

En segundo lugar, los bajos niveles de salud y de nutrición conducen también a un despilfarro de recursos porque impiden que los niños afectados puedan aprovechar plenamente los servicios educativos disponibles.

En tercer lugar, las altas tasas de repetición y los niveles de abandono próximos al 40 % o al 50% contribuyen también a aumentar la ineficiencia porque se malgastan los recursos destinados a aquellos niños que abandonan al tercer o cuarto año de enseñanza.

Muchas de estas cuestiones van más allá del campo

Gráf. 13 El reto de la alfabetización

El gráfico muestra la evolución del número y proporción de adultos analfabetos y las proyecciones futuras de acuerdo con dos hipótesis alternativas: a) mantenimiento de la

tendencia descendente en la escolarización primaria y b) consecución de los objetivos de escolarización primaria universal para el año 2000.



Fuentes: División de Población de las Naciones Unidas: Estimaciones y proyecciones demográficas.
UNESCO: Estimaciones de alfabetización.
Proyecciones de alfabetización.
Proyecciones de alfabetización basadas en estimaciones de las tasas de escolarización actuales según los dos supuestos establecidos.

Todos por la salud: una revolución informativa

Una buena instrucción primaria es un elemento esencial de la preparación de un niño para la vida adulta. Todos los niños, dondequiera que se encuentren, deberían tener la oportunidad de adquirir conocimientos, enseñanzas y «hábitos de supervivencia» básicos a través del sistema de enseñanza primaria.

Sin embargo, la educación se encuentra en crisis en todo el mundo. En muchos países en desarrollo, la rápida expansión de la enseñanza primaria y de la alfabetización durante las décadas de los sesenta y los setenta ha dado paso a una regresión. El número de niños sin acceso a la enseñanza primaria supera actualmente los 50 millones y sigue aumentando.

Muchos millones de adultos no adquirieron en la escuela los hábitos y los conocimientos necesarios para mejorar su calidad de vida, bien porque no pudieron terminar, o tal vez ni siquiera empezaron, la enseñanza primaria, bien porque la enseñanza recibida no se adaptaba a sus necesidades reales.

Tal vez el más importante de los «hábitos de supervivencia» son los conocimientos relacionados con la salud infantil. Todos los padres necesitan saber qué pueden hacer para proteger la vida de sus hijos y promover su desarrollo saludable. Recientemente se ha puesto en marcha una nueva y ambiciosa iniciativa internacional destinada a promover la difusión más amplia posible de estos conocimientos.

La Organización Mundial de la Salud, el UNICEF y la UNESCO han publicado, en colaboración con más de 100 organizaciones no gubernamentales, el libro *Para la vida*, una iniciativa internacional de promoción de la salud basada en una recopilación de los conocimientos más importantes en diez ámbitos fundamentales para la salud infantil.

El libro ofrece el compendio más actualizado del consenso científico en torno a una serie de medidas prácticas de bajo costo que pueden aplicar las familias para mejorar la salud de sus hijos. Publicado como contribución a la Cuarta Década del Desarrollo (1990-1999), ya se han editado más de un millón de ejemplares en una decena de lenguas.

Pero su publicación es sólo un primer paso y ahora el verdadero reto consiste en movilizar todos los canales de comunicación organizados: las escuelas y los medios de comunicación de masas, las redes de las organizaciones políticas y religiosas, los sindicatos y las federaciones de empresarios, los servicios de sa-

lud y las asociaciones profesionales, las organizaciones de voluntarios y los grupos comunitarios.

Existen ya numerosos ejemplos de cómo puede lograrse esta comunicación. Una guía complementaria titulada *Todos por la salud* demuestra, a través de casos concretos, que la promoción de la salud es —o debería ser— «cosa de todos». Así, por ejemplo, los dirigentes religiosos de Brasil, Colombia, Indonesia, Nepal y Sri Lanka están poniendo al alcance de los padres una información vital para la salud infantil... así, la televisión, la prensa y la radio están contribuyendo a la promoción de la terapia de rehidratación oral y la inmunización en países como Argelia, Egipto, Siria y Turquía... así, en Bangladesh, Camerún y Pakistán, empresas privadas contribuyen a la promoción de la salud infantil imprimiendo mensajes sobre la inmunización en las cajas de cerillas... así, las organizaciones de mujeres de China, la India y Kenya contribuyen a difundir entre sus miembros los conocimientos sobre salud maternoinfantil... y así, países como Colombia y Uganda están utilizando el sistema educativo para poner a disposición de los padres de mañana los actuales conocimientos en materia de salud infantil.

Para la vida se propone fomentar sistemáticamente la multiplicación de estos ejemplos con el fin de asegurar que todos los padres y todos los agentes comunitarios reciban esta información a través de varias fuentes distintas.

Las lecciones que se derivan de experiencias como las descritas en *Todos por la salud* se resumen también en doce medidas que pueden ayudar a los comunicadores a planificar y orientar correctamente las actividades y programas de comunicación.

Aunque *Para la vida* se centra en la salud de las mujeres y de la infancia, el proceso de comunicación también es válido para la difusión de conocimientos sobre agricultura y ganadería, orientación profesional y asesoramiento para la obtención de ingresos, así como para la promoción del uso de agua potable y sistemas de saneamiento y la protección del medio ambiente.

La condición más importante para el éxito de esta estrategia es que la propia población pueda difundir y poner en práctica la información pertinente. Cumplido este requisito, disponemos ya del potencial suficiente para ayudar a las personas a tomar conciencia de —y a aplicar en la práctica— su capacidad innata para dirigir las fuerzas que definen sus vidas. Aprovechar esta capacidad es el más fundamental de los «hábitos de supervivencia».

de acción de los ministerios de Educación. Dentro del sistema escolar el mayor espacio para mejorar la eficiencia reside posiblemente en el refuerzo de los servicios internos de recalificación de los maestros, de inspección y de supervisión. En todas las regiones, uno de los factores con mayor impacto en la enseñanza consiste en la adecuada provisión de material de lectura y escritura para los propios alumnos. Así pues, se podría lograr una mejora de la eficiencia si los gobiernos asignaran una proporción mínima de gastos de funcionamiento a los salarios de los maestros de modo que cada aula tuviera una dotación mínima de material escolar de apoyo a la lectura y escritura. Por el momento, la proporción de los presupuestos de enseñanza primaria destinada a partidas distintas de los salarios a menudo apenas alcanza del 1% al 3%.³⁴

Educación de pago

Aún cuando se logren cambiar los patrones de gasto educativo y se obtenga un incremento de la eficiencia, el objetivo de la educación universal continuará alejándose a menos que se encuentren recursos adicionales.

Una fuente de recursos extraordinarios, de la que se ha hablado a menudo en situaciones de estancamiento o descenso del gasto público bajo la presión de los programas de ajuste y del pago de la deuda, consiste en la introducción de tasas escolares. Durante la década de 1980, muchas familias se han mostrado dispuestas a pagar de sus propios bolsillos por mejores oportunidades educativas para sus hijos: en la India, por ejemplo, los gastos privados en educación se han igualado ya a los gastos públicos³⁵. En esta circunstancia, uno puede preguntarse si tiene sentido que a partir de la experiencia existente se pueda establecer sobre bases racionales algún tipo de sistema de tasas familiares o comunitarias con el fin de obtener recursos extraordinarios destinados a la educación.

En el caso de que esta fuera la vía a seguir en el futuro, sería necesario tener en cuenta algunas advertencias evidentes. Primera, confiar en un grado significativo en la financiación privada de la enseñanza primaria en un país pobre es en la práctica incompatible con el ideal de educación para todos. Para el 25% o el 30% más pobre de las familias, la decisión de enviar o no un niño a la escuela depende de un equilibrio muy frágil, donde intervienen ventajas reales por un lado y costes reales por otro, incluso cuando la educación es gratuita. Si se cobra por la enseñanza, la decisión a tomar por los padres ofrecería menos dudas. Según

concluye el informe del Banco Mundial sobre la educación en el África subsahariana: «En muchos países africanos, el margen disponible para una ulterior financiación compartida de la enseñanza primaria es despreciable o inexistente»³⁶.

La introducción de tasas educativas directas o indirectas es ya en algunos casos un factor coadyuvante en el incremento del nivel de abandono escolar. Por citar un ejemplo significativo de este año, la oficina del UNICEF en Kampala ha informado recientemente que la razón más frecuente de abandono en la enseñanza primaria es la incapacidad de los padres para pagar las tasas escolares. Y cuando aumentan las presiones financieras, a menudo es la hija quien primero abandona la escuela. La proporción entre niños y niñas en el primer curso de la enseñanza primaria en Kampala está próxima al 50%. Pero en séptimo curso no solo han abandonado la mitad de alumnos sino que la proporción de niñas ha descendido al 30%.

Por tanto, la política de incremento de los recursos mediante la introducción de tasas educativas a pagar por las familias debería orientarse hacia la educación superior. Con frecuencia, un tercio de los gastos del gobierno en enseñanza superior está destinada a cubrir costes extraeducativos de los estudiantes, y es aquí donde las tasas estarían más justificadas. En realidad, los éxitos más llamativos en educación (y en resultados económicos) tales como los de la República de Corea y Taiwán indican que la enseñanza primaria debe ser gratuita para todos y que la financiación privada debe desempeñar un papel significativo en los niveles más altos del sistema educativo³⁷.

Una experiencia significativa que incluye contribuciones familiares pero que puede ofrecer esperanzas para un avance efectivo poco costoso es el nuevo sistema escolar introducido en Bangladesh por el Comité para el Avance Rural (BRAC). El programa del BRAC, con 2500 escuelas en funcionamiento y otras 2000 más previstas para inaugurarse en 1991, está demostrando que puede proporcionarse educación básica, incluidas la alfabetización, cálculo y estudios sociales, a un coste aproximado de 15 dólares por alumno al año mediante la participación de los padres en la preparación de aulas y en la selección de miembros instruidos de la comunidad para actuar como maestros (recuadro 18). Dirigido especialmente a los niños de las familias pobres y sin tierra, el programa ha logrado destacados éxitos en la prestación de tres años de educación básica a los niños de ocho a diez años, de los

Agentes de salud: funciones básicas

La titulación, tareas y formación de los agentes de salud varían de un país a otro. En la siguiente lista se enumeran las funciones básicas que podría realizar un agente de salud típico con tres meses de formación:

Informar a los padres sobre la importancia de:

– vacunar a los niños contra las enfermedades infecciosas;

– espaciar los nacimientos y evitar los embarazos no deseados;

– prolongar la lactancia materna al menos 12 meses;

– lavarse las manos y hervir el agua para beber;

– pasar revisiones médicas periódicas, vacunarse contra el tétanos y tomar suplementos de hierro durante el embarazo;

– dar de beber a los niños con diarrea abundantes líquidos o una solución de sales de rehidratación oral;

– continuar alimentando a los niños durante una enfermedad (incluso en caso de diarrea);

– comenzar a añadir alimentos sólidos a la dieta de los lactantes a partir de los cuatro meses y dar pequeñas cantidades de comida, varias veces al día, a los niños de corta edad;

– identificar los síntomas de gravedad de una enfermedad y buscar ayuda médica sin demora;

Dar a conocer a la comunidad los factores ambientales que propician la mala salud y las enfermedades y contribuir a la aplicación de medidas preventivas como:

– proteger las fuentes de obtención de agua de la contaminación humana o de los animales domésticos;

– construir y usar letrinas para reducir los riesgos de contagio por contacto con las heces humanas;

– mantener limpio el medio ambiente y eliminar los lugares favorables para la reproducción de mosquitos y otras plagas portadoras de enfermedades;

Tratar las enfermedades comunes como:

– la diarrea: administrando soluciones «domésticas» (por ejemplo, agua de arroz, sopa de cereales, purés) o de sales de rehidratación oral para prevenir o tratar la deshidratación;

– las infecciones respiratorias: administrando, en caso necesario la dosis correcta de un medicamento antimicrobiano adecuado;

– el paludismo: administrando un tratamiento completo con un medicamento antipalúdico apropiado.

Identificar los casos de enfermedades graves (por ejemplo, la neumonía bronquial, la disentería, la deshidratación diarreica grave) y remitir rápidamente a los pacientes al centro de salud más próximo para su tratamiento.

Administrar primeros auxilios y curas de urgencia.

Administrar correctamente las vacunas en los momentos adecuados a los niños y las mujeres, o bien organizar sesiones de vacunación en cooperación con los servicios locales de salud.

Organizar, en colaboración con los servicios locales de salud, sesiones periódicas para pesar a los lactantes y niños de corta edad, en las que las madres también puedan obtener información básica sobre atención maternoinfantil como la lactancia materna, los alimentos de destete, el espaciamiento de los nacimientos, la salud materna, la nutrición durante la lactancia y el embarazo, y el tratamiento de las enfermedades infantiles comunes.

Distribuir suplementos alimentarios: por ejemplo, folato férrico para las mujeres embarazadas, y vitamina A para los niños de corta edad y madres lactantes.

Identificar a los niños cuya salud está expuesta a especiales riesgos debido a la pobreza, incapacitación o ausencia de uno o de ambos padres, y obtener para ellos medidas especiales de apoyo de la comunidad o del gobierno.

Colaborar con los maestros para informar a los escolares de las causas de enfermedad y mala salud, y de lo que pueden hacer para proteger la salud de sus hermanos y hermanas menores.

Contribuir a reforzar la eficacia del trabajo de otros agentes comunitarios de salud como, por ejemplo, los equipos de control del paludismo o de vacunación.

Colaborar estrechamente con los dirigentes comunitarios y religiosos, las asociaciones de vecinos y los grupos de mujeres en la promoción de la salud y el desarrollo infantiles.

cuales la mitad son niñas, y en la graduación del 95% de ellos al nivel del cuarto curso oficial del sistema de enseñanza primaria.

Educación informal

Cualquiera que sea su modalidad, no existe sustituto alguno de la educación primaria como un requisito mínimo para cada niño. Pero durante los años noventa, se presenta una nueva oportunidad de educación que podría mejorar las condiciones de vida de todos, independientemente de que puedan beneficiarse o no de la educación formal.

Disponemos ya de un extraordinario cuerpo de conocimientos prácticos que podrían capacitar a la gente y a sus comunidades para mejorar sus propias vidas. La mayor parte de estos conocimientos están relacionados con la protección o la promoción de la salud, en especial la atención de salud infantil cuyos componentes han sido ya descritos en este informe. Pero contamos también con una reserva de conocimientos prácticos sobre cultivo y producción de alimentos, abastecimiento de agua potable, hornos de cocina eficientes, protección del medio ambiente, prevención del SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual, los peligros del abuso del tabaco, prevención de las enfermedades cardíacas, o sobre la necesidad de estimular el desarrollo mental de los niños. Asimismo, es preciso difundir también las nuevas concepciones sobre los derechos legales y democráticos, los derechos de las mujeres y de los niños y sobre los procesos de adaptación y cambio.

En el pasado, los avances en los conocimientos estuvieron confinados a los grupos de población privilegiados, a los alfabetizados o a aquellos a los que se podía acceder físicamente. Hoy día, esto no tiene por qué ser así. Durante las últimas décadas, casi todos los países en desarrollo han experimentado una auténtica revolución en su capacidad de comunicación con la mayoría de la población para transmitirle los nuevos conocimientos. Las emisoras de radio pueden ser recibidas por más de 600 millones de transistores en la mayoría de los hogares del mundo en desarrollo; la televisión llega ya directamente a la mayoría de las comunidades; decenas de miles de periódicos pueden ser leídos por cerca de un 60% de la población de los países en desarrollo que ya está alfabetizada; las salas de video y de cine atraen a millones de personas, incluso en las comunidades más pobres. Los líderes religiosos y políticos han aprendido ya a utilizar esta nue-

va capacidad. Ha llegado pues el momento de movilizar estos nuevos medios y conocimientos de comunicación en favor de la causa de la salud.

Para el tipo de comunicación directa persona a persona que se necesita a menudo, el mundo en desarrollo cuenta ya con millones de maestros, enfermeras y parteras, agentes comunitarios de salud, asistentes de partos calificados, agentes de extensión agrícola y técnicos de desarrollo comunitario. Asimismo, hoy día es más posible que antes ponerse en contacto con la gente a través de sus organizaciones, los consejos locales, los comités de salud, las organizaciones de consumidores, los grupos de mujeres y los movimientos juveniles existentes en casi todos los barrios y aldeas de gran parte de los países en desarrollo. Además, el propio crecimiento de las organizaciones profesionales y las asociaciones patronales, de los sindicatos y cooperativas, de las compañías de electricidad y de abastecimiento de agua, ha abierto canales permanentes de comunicación con cientos de millones de familias que pueden utilizarse de forma regular. Decenas de miles de organizaciones de voluntarios prestan ayuda a la población y a las comunidades pobres en casi todos los países.

Por primera vez, existe una capacidad potencial suficiente para llevar a cabo una revolución informativa *en favor de los pobres*. Así pues, el otro camino de acceso a la vía que conduce hacia la educación para todos es la movilización de este nuevo gran poder de comunicación con el fin de capacitar a la gente con los conocimientos necesarios para su salud, para un aprendizaje continuado, para tomar decisiones informadas en su vida diaria, para responder a las nuevas oportunidades, y para mejorar la calidad de vida de sus familias y comunidades (recuadro 13).

Desarrollo con rostro humano

Con estos medios podremos reanudar el avance hacia la atención primaria de salud y la educación universales en la próxima década, siempre que se adopte un compromiso firme en favor de un tipo de desarrollo que conceda una mayor prioridad a la satisfacción de las necesidades básicas y a la inversión destinada a la población pobre.

Como es evidente, esta ambiciosa empresa de avanzar hacia un «desarrollo con rostro humano» requerirá un aumento sustancial de los recursos. Suponiendo que se consiga una auténtica reducción de los flujos de

Indonesia: 800.000 voluntarias

En 57.000 de las 68.000 aldeas de Indonesia, más de 800.000 mujeres voluntarias, o *kaders*, están ayudando a los padres a proteger la salud de sus hijos.

Su labor está focalizada en una reunión mensual con las madres, niños menores de cinco años y mujeres embarazadas de un vecindario, en casas privadas o en los centros comunitarios de las aldeas. Estas animadas reuniones, que reciben el nombre de «centro integrado de servicios» o *posyandu*, constituyen un foco básico para la promoción de la salud infantil en Indonesia.

Los orígenes del *posyandu* se remontan a los centros de vigilancia del desarrollo infantil inaugurados por el Movimiento de Bienestar Familiar en la década de los setenta. Sus objetivos actuales son:

- La vigilancia del desarrollo y la mejora de la nutrición: las *kaders* pesan a todos los niños y registran la información en una gráfica de desarrollo que conserva cada madre. También comentan el desarrollo del niño con la madre y examinan las posibles causas cuando éste es inadecuado. Remiten los casos de desnutrición al centro de salud y distribuyen regularmente cápsulas de vitamina A.
- Inmunización contra las enfermedades infantiles: personal del centro local de salud visita regularmente el *posyandu* para vacunar a los menores de un año y a las mujeres embarazadas.
- Control de las enfermedades diarreicas: las *kaders* y el personal del centro de salud instruyen a las madres sobre los métodos de prevención de la diarrea a través de una mayor higiene y el uso de sistemas de saneamiento y de agua potable, y les enseñan a aplicar correctamente la terapia de rehidratación oral (TRO). También se distribuyen bolsitas de sales de rehidratación oral (SRO).
- Salud materno-infantil: una comadrona del centro local de salud se encarga de los exámenes prenatales y ofrece atención de salud y consejos de carácter general durante el embarazo. Se distribuyen pastillas de folato férrico a las mujeres embarazadas y se proporcionan cuidados y consejos especiales, por ejemplo, sobre la lactancia y el destete a las madres lactantes.
- Servicios de planificación familiar: agentes de planificación familiar y *kaders* ofrecen información, ase-

soramiento y los medios necesarios para ayudar a las familias a espaciar los nacimientos.

El *posyandu* también actúa como centro de instrucción para las madres sobre las causas de desnutrición y enfermedad, y sobre las medidas que pueden adoptar los padres para fomentar un desarrollo saludable de sus hijos.

El número de *posyandus* casi se ha duplicado hasta alcanzar los 217.000, desde que el Presidente Suharto inauguró, en 1986, el «Decenio de la infancia» en Indonesia y gracias al impulso adicional de la campaña en favor de la Inmunización Universal de la Infancia. Esta expansión resulta aún más destacable si se considera que se ha logrado durante un período de recesión económica, con las consiguientes reducciones en casi todas las áreas del gasto público.

En la actualidad, un 85% de las madres y los niños de Indonesia tienen acceso a los servicios de atención básica de salud a través de la red de *posyandus*. Casi 12 millones de niños menores de cinco años y sus madres acuden cada mes a un *posyandu* en su propio vecindario. El acceso a los *posyandus* debería elevarse casi al 100% en todo el país para el año 1991.

La rápida expansión de los *posyandus* también ha permitido importantes avances en la ampliación de la cobertura de inmunización y en el control de la diarrea. La inmunización contra el sarampión se elevó, por ejemplo, de sólo el 2%, en 1980, a más del 50%, en 1987, y la tasa de mortalidad en los casos de diarrea se redujo un 70% entre 1980 y 1985.

Todavía subsisten algunos problemas. Demasiadas madres aún no saben interpretar la gráfica de desarrollo y no reciben la información adecuada de las *kaders*, que sólo cuentan con tres o cuatro días de formación y a menudo carecen de los conocimientos o las técnicas de comunicación suficientes. La asistencia a las reuniones es irregular, con oscilaciones que van desde el 25% en algunas aldeas hasta el 90% en otras.

Para hacer frente a todos estos problemas, se ha introducido un reciclaje periódico de las *kaders*. En 1987/88, se procedió al reciclaje de 350.000 *kaders*, con especial atención a las aldeas con bajos niveles de asistencia a los *posyandus* y donde había un número significativo de niños que no aumentaban regularmente de peso.

pagos del capital y los intereses de la deuda y un incremento de los flujos de inversiones, puede estimarse que se requerirán unos 50.000 millones de dólares adicionales al año durante la década de 1990 para avanzar hacia los grandes objetivos humanos de conseguir alimentación, abastecimiento de agua, atención de salud y educación adecuados para cada uno de los hombres, mujeres y niños del planeta. El precio aproximado a pagar para conseguir un avance significativo en esta dirección supone menos del 0,5% del PNB mundial o cerca del 5% de la suma total anual destinada actualmente a gastos militares en todo el mundo.

La mitad de los recursos requeridos podrían aportarla los propios países en desarrollo mediante una reestructuración de sus prioridades para inclinar la balanza en favor de los pobres. La otra mitad, es decir unos 25.000 millones de dólares sería aportada por los países industrializados mediante un incremento sustancial de la ayuda. Para situar esta cifra en una perspectiva precisa, esto supondría incrementar el nivel

actual de ayuda en un 50%, de modo que los países industrializados aportarían en promedio un 0,5% del PNB en lugar del 0,35% actual. La contribución acordada en las Naciones Unidas en los años sesenta fue del 0,7% del PNB para la ayuda al desarrollo.

Volviendo a los fines más específicos expuestos en el capítulo II, merece la pena recordar que se pueden conseguir grandes avances *en favor de la infancia*, de su supervivencia, de su salud, de su nutrición y de su desarrollo normal a un costo adicional de 2000 a 3000 millones de dólares al año.

Ahora bien, hay que seguir teniendo en cuenta que para alcanzar estos grandes objetivos sociales en la década de 1990, de los cuales dependen en última instancia tantos otros avances potenciales, es imprescindible resolver la crisis de la deuda e incrementar los recursos totales disponibles para los países en desarrollo. En el próximo capítulo abordaremos cómo podría conseguirse esto.

El papel del mundo rico

Aunque puedan destinarse más recursos para un desarrollo real mediante una modificación en la presente asignación de gastos en favor de la mayoría pobre, no será una tarea fácil controlar que esto se traduzca en un auténtico cambio de prioridades desde los hospitales urbanos a las clínicas rurales, desde las compañías aéreas nacionales a las líneas de autobuses interiores, desde las prestigiosas salas de conferencias a las humildes aulas de enseñanza primaria, desde la satisfacción de las demandas focalizadas de los grupos políticamente poderosos a las dispersas esperanzas de la mayoría pobre.

En general, tal objetivo será más fácil de alcanzar allí donde la democracia esté más consolidada. Pero en la mayoría de los países esto será mucho más factible y probable si los recursos totales se incrementan en lugar de reducirse.

Para América Latina y África, el incremento de los recursos globales en los años noventa es virtualmente

sinónimo de la resolución de la crisis de la deuda externa. El mero reescalamiento de los préstamos con el propósito de capacitar a los países deudores para que sigan manteniendo sus pagos no es una fórmula con futuro. Es necesario que se reanuden nuevos flujos de inversiones con el fin de que los países deudores puedan promover el crecimiento aparte de sus deudas, lo que no es factible mientras los pagos por el servicio de la deuda canalicen todos los recursos que podrían destinarse al crecimiento económico.

El único camino viable para todos consiste en conceder ulteriores reducciones de la deuda por los gobiernos occidentales (particularmente para África) y ulteriores devaluaciones contables de los préstamos por los bancos occidentales (especialmente para América Latina).

Ahora bien, ya no es suficiente con hablar alegremente de una vuelta a las altas tasas de crecimiento económico, aparte de la dificultad de conseguirlo, sin

Uganda: educación para la salud

Uganda ha movilizado su sistema de enseñanza primaria para promover la salud y el desarrollo de su población infantil. En la totalidad de sus 8000 escuelas primarias se ha introducido la educación para la salud como una nueva materia, a la cual se dedica el 50% del programa de ciencias y un 12% del horario lectivo.

Este programa, introducido en mayo de 1988 y el primero de su tipo en el África oriental y central, parte del reconocimiento de que el sistema educativo ofrece el canal más amplio posible para la difusión de los conocimientos en materia de salud y para fomentar actitudes y conductas saludables. Gran parte de la mortalidad y de la morbilidad que se producen en Uganda podría evitarse si las familias y los dirigentes comunitarios recibieran la información y el apoyo adecuados.

En el pasado, la educación para la salud en Uganda iba dirigida a la población adulta y estaba en manos de agentes de salud sin calificaciones educativas y demasiado ocupados ya con las tareas de atención curativa. Otras formas de comunicación todavía tienen una incidencia limitada. Por ejemplo, la radio, la televisión y la prensa llegan sólo al 10% de la población, con una especial concentración en las zonas urbanas.

En cambio, un 70% de los tres millones de niños de 6 a 11 años de edad del país están matriculados en la escuela primaria. Estos niños podrían convertirse en «mensajeros de salud» capaces de introducir nuevas ideas en materia de salud en sus familias y comunidades. Y en su condición de padres y madres de mañana, sus conocimientos y actitudes también tendrán una influencia crucial sobre la salud de las futuras generaciones.

Los maestros son miembros respetados e influyentes de sus comunidades. Su ejemplo y sus consejos podrían contribuir a hacer llegar a las familias y los dirigentes comunitarios la información sobre medidas sencillas y de bajo costo de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud.

El nuevo programa de estudios para la salud abarca 19 temas, entre los que figuran: enfermedades comunes, alimentación y nutrición, accidentes y primeros auxilios, sistemas de saneamiento, problemas socia-

les y de salud de las familias. Previamente a su introducción a escala nacional, el programa se aplicó de forma experimental en 17 escuelas primarias y 4 escuelas de magisterio. Más de 5500 profesores de ciencias han participado también en cursos orientativos sobre el contenido y métodos del nuevo programa de estudios.

También se han producido cuatro carpetas de material didáctico sobre temas de salud dedicadas a inmunización, agua y saneamiento, enfermedades diarreicas y control del SIDA, para su distribución en las escuelas, grupos religiosos y otras organizaciones no gubernamentales. Cada carpeta incluye un conjunto de carteles, folletos informativos, historietas y juegos.

Como complemento del programa se ha editado una Guía para el maestro con atractivas ilustraciones y actividades indicativas para cada curso. También se fomentan las discusiones de grupo y la representación de escenas sobre temas como la transmisión de enfermedades y el uso de letrinas.

Asimismo, se ha desarrollado un programa de emergencia de concienciación sobre el SIDA destinado a los alumnos de enseñanza secundaria, que posteriormente se ha ampliado para los tres últimos cursos de la enseñanza primaria. El SIDA es una cuestión sumamente delicada y muchos padres opinan que la educación sexual fomenta una actividad sexual precoz. El programa de emergencia insiste sobre todo en promover una actitud y una conducta sexuales responsables, sin limitarse simplemente a recomendar el uso de preservativos. El programa, que se dio por terminado en marzo de 1989, informó sobre el SIDA a 550.400 alumnos y 5500 maestros de 782 escuelas. La siguiente etapa será la introducción de un Programa de Ciencias de la Salud para la enseñanza secundaria, que incluirá información sobre el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

En Uganda, los niños de hoy y padres y madres del mañana, están aprendiendo, a través del sistema escolar, medidas sencillas y de bajo costo para la prevención de las enfermedades y la promoción de un comportamiento favorable para la salud. Es sin duda la mejor inversión posible a largo plazo en el futuro estado de salud de la nación.

primero preguntarse qué clase de crecimiento se pretende alcanzar y para quién.

Muchos países en desarrollo están en medio de programas de ajuste económico los cuales, ya sea con o sin apoyo del Fondo Monetario Internacional (FMI), se proponen restaurar el crecimiento económico en las nuevas y diferentes circunstancias delimitadas por su endeudamiento externo. El tipo de crecimiento que pueda lograrse, si es que finalmente ello es factible, estará determinado por la forma en que se diseñe este proceso de ajuste. En los últimos cinco años se ha producido un creciente reconocimiento del principio de que tanto las políticas de ajuste como el crecimiento económico deben estar destinados a mejorar las condiciones de vida y promover la capacidad de la mayoría pobre. Permitir que los pobres sigan soportando la carga principal de la crisis de la deuda, con un descenso de sus ingresos y un empeoramiento de sus condiciones de salud, nutrición y educación, es fundamentalmente incompatible con dicho objetivo. Como ha señalado Edward Jaycox, del Banco Mundial:

«El fin de los programas de ajuste es ayudar a restablecer el equilibrio financiero y acelerar el crecimiento económico, pero el objetivo básico es siempre contribuir a aliviar la pobreza... Para que sean políticamente viables, los programas de ajuste deben formularse de tal forma que puedan atenuar cualquier efecto adverso sobre el ingreso y el empleo... los programas de ajuste deben ser reforzados con programas adecuados de educación, salud, planificación familiar y protección de los recursos naturales»³⁸.

El problema está en que la promoción de servicios de educación, salud y planificación familiar, así como la protección de los recursos naturales, supone gastos gubernamentales, una conducta que la mayoría de programas de ajuste tratan de disuadir. Estos servicios implican grandes costos y no existe un acuerdo general sobre cómo pueden financiarse.

Una modificación del orden de prioridades y de la asignación del gasto, en favor de servicios básicos de bajo costo, atención primaria de salud, educación primaria y subsidios de alimentación con destinatarios más selectivos, puede ser una solución parcial. Pero muchos países se encuentran limitados políticamente para reestructurar el uso de sus recursos en unas condiciones de descenso de sus ingresos totales.

En palabras del Secretario General de la Organización para la Unidad Africana, «los esfuerzos de África para proseguir y profundizar el proceso de reformas

no pueden mantenerse indefinidamente frente a unas condiciones externas adversas sin contar con un apoyo creciente de la comunidad internacional».

La severidad del proceso de ajuste económico, sus riesgos políticos y sus consecuencias ecológicas, no han pasado desapercibidos para los países industrializados donantes y en muchos sectores existe una disposición favorable a facilitar el proceso de transición hacia un mayor crecimiento económico y la protección de la población más pobre.

Así pues, ha llegado el momento para los países en desarrollo de analizar las posibilidades de reestructuración de sus propios recursos nacionales, en favor de los pobres, y de formular planes para mantener y promover la educación primaria, los servicios de atención primaria de salud, programas nacionales de nutrición y de protección del medio ambiente.

Tales planes podrían constituir las bases para un incremento de la ayuda directa, más selectiva, y un esfuerzo renovado de inversión en la próxima década (gráf. 14).

No es probable que tales propuestas sean desoídas. En cierta medida, es probable que se produzca un mayor incremento de la ayuda externa porque el mundo industrializado está cada vez más convencido, por razones morales o prácticas, de la necesidad de hacer algo para contribuir al restablecimiento de un desarrollo sostenido.

Sin embargo, cualquiera que sean las pasadas o presentes injusticias responsables del subdesarrollo, el hecho es que este incremento significativo de la ayuda tendrán que pagarlo los contribuyentes de los países industrializados. Hay crecientes signos de que la mayoría de la población de estos países apoyaría este incremento de la ayuda si percibiera con claridad que ésta sería destinada a atacar la pobreza y a proteger el medio ambiente.

Se necesita hacer mucho más para movilizar un mayor apoyo social en favor de un incremento sustancial de la ayuda. Ahora bien, debe reconocerse que una de las dificultades es la capacidad de los países en desarrollo para utilizar la ayuda prestada de una forma convincente. Y esta restricción sólo pueden eliminarla los propios países en desarrollo.

Una ayuda asociada

En 1989 se han producido dos declaraciones, una en nombre de los países donantes de ayuda y la otra

Zimbabwe: educación para todos

Cuando Zimbabwe alcanzó su independencia en 1980, una de las primeras promesas del nuevo gobierno fue ofrecer enseñanza primaria gratuita para todos. En aquella fecha, menos de la mitad de los niños en edad escolar estaban matriculados en la enseñanza primaria y sólo una tercera parte completaban los siete años de estudios primarios.

En un plazo de cinco años se duplicó prácticamente el número de escuelas primarias y todos los niños del país comenzaron a asistir a la escuela al cumplir la edad escolar. En 1989, la matrícula en la enseñanza primaria sumaba un total de 2,3 millones de niños y un 75% completaban todo el ciclo.

Este extraordinario éxito fue posible gracias a la alta prioridad concedida a la educación, tanto por el gobierno como por la opinión pública en general. Un 22% del presupuesto nacional se destina actualmente a educación —una asignación superior a la suma conjunta destinada a salud y defensa—, porcentaje que sitúa al país en el quinto lugar mundial por este concepto.

Numerosas escuelas financian la construcción de nuevas aulas a través de un fondo de construcción formado con las aportaciones, en dinero o en materiales, de los padres. En las zonas rurales, muchas madres han creado cooperativas de costura destinadas a generar ingresos para la escuela y a abaratar el costo de los uniformes.

El gobierno paga los sueldos de los maestros, incluidos los de las escuelas religiosas. Los maestros de Zimbabwe están bien remunerados, en comparación con sus colegas de otros países, y también cuentan con un seguro de enfermedad y de jubilación.

En 1981, el gobierno introdujo el plan de Estudios Integrados de Magisterio de Zimbabwe (ZinTec) destinado a ampliar el número de maestros calificados. Más de 8000 maestros se han formado gracias a este innovador plan de estudios, que combina la asistencia a clases supervisadas con cursos por correspondencia, seminarios con tutores itinerantes y breves períodos de formación en régimen de internado.

El antiguo programa de estudios, basado en un mo-

delo británico, se ha sustituido progresivamente por otro más adaptado a las necesidades de Zimbabwe. Ahora se pone el acento en «la educación combinada con la producción». Los métodos de enseñanza de las ciencias, la agricultura y las materias técnicas integran la teoría y la práctica. Por ejemplo, los alumnos de la escuela de Tafara, en el distrito de Magvuku, cavaron un estanque para peces en forma de mapamundi. A través de este trabajo, además de adquirir nociones de piscicultura, también aprendieron geografía, técnicas de construcción, lecciones sobre alimentación y nutrición, medio ambiente, economía de mercado, contabilidad y medios de control de las enfermedades relacionadas con el agua estancada, como el paludismo.

Se fomenta la colaboración de los alumnos en el mantenimiento de la escuela y en tareas comunitarias. Todas las escuelas cultivan árboles frutales y hortalizas. La escuela Sahumani de Manicaland, por ejemplo, obtiene 500 dólares anuales mediante la venta de sus productos. Los eucaliptos plantados por la escuela abastecen de leña a la comunidad y contribuyen a evitar la erosión.

La espectacular expansión de la enseñanza primaria en Zimbabwe también ha tenido sus dificultades. Las instalaciones son en gran parte rudimentarias. Los maestros tienen que desplegar una enorme inventiva para sacar adelante clases de más de 50 alumnos, sin suficientes libros, cuadernos ni mobiliario. Las matemáticas a menudo se enseñan con piedrecitas y la creación artística con barro y hojas.

Todavía se necesitan muchos más maestros calificados. La mitad de los maestros de enseñanza primaria del país carecen de calificaciones formales y se ha frenado el ritmo de formación de nuevos maestros porque el gobierno carece de fondos para pagarles. La escasez de maestros es particularmente acusada en las zonas rurales.

Sin embargo, Zimbabwe ha demostrado que, si existe un firme compromiso político y se cuenta con la participación de la comunidad, un país en desarrollo puede proporcionar enseñanza básica a la gran mayoría de su infancia.

en nombre de los países receptores, que resumen de forma apropiada el nuevo papel que podría desempeñar la ayuda en la próxima década. En el primer caso, se trata de la declaración del presidente del Comité de Ayuda al Desarrollo, radicado en París, que coordina las políticas de ayuda de los países industrializados miembros de la OCDE:

«Hemos detectado un vacío en la planificación al nivel de sectores y subsectores. Como consecuencia de ello, una parte excesiva de la ayuda se presta a través de proyectos inconexos en lugar de apoyar un conjunto coherente de políticas y una estrategia formulada por los ministerios receptores, coordinada en su planificación y financiación y aprobada a nivel político. Por esto, a menudo las peticiones y concesiones de ayuda tienden a favorecer costosos e incluso insostenibles proyectos intensivos en capital, que es probable que beneficien a los sectores sociales de ingresos más altos, y a desatender la promoción de servicios que alcancen a toda la población. Existen numerosos ejemplos. Es el caso del hospital de la capital cuyo mantenimiento y funcionamiento absorben los recursos presupuestarios que se necesitan en las zonas rurales para un programa de atención primaria de salud. A menos que los objetivos y las estrategias sean formulados a nivel sectorial, podemos terminar acumulando una serie de proyectos que, tomados conjuntamente, se apropien de los recursos necesarios para atender los objetivos nacionales»³⁹.

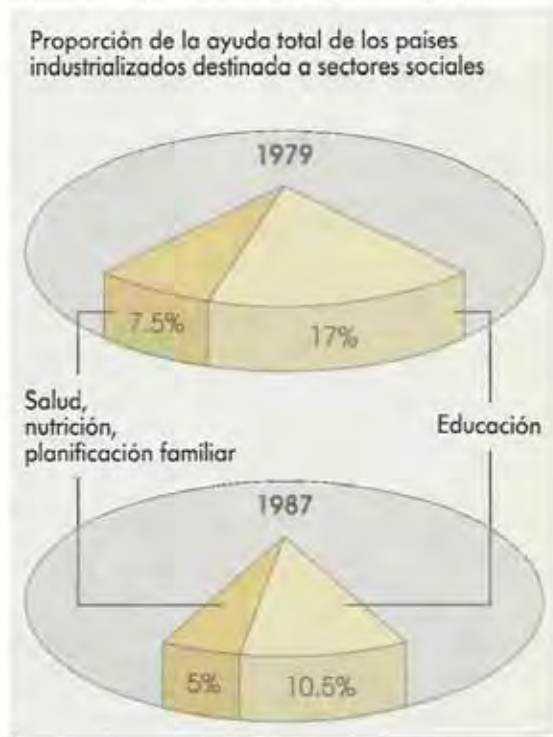
«...Lo que trato de proponer es la necesidad de un enfoque con objetivos bien definidos donde establezcamos con toda claridad los fines que perseguimos. Esto reforzará nuestra capacidad de convicción a la hora de presentar los programas a nuestros contribuyentes y permitirá un mayor control sobre el proceso de aplicación en las áreas que estamos financiando. Si logramos establecer esta conexión entre nuestra estrategia global y el uso de los fondos, ya sea para promover directamente la actividad económica o las condiciones de vida de la población de los países en desarrollo, tendremos una mayor oportunidad de convencer a nuestros contribuyentes de la idea de incrementar la financiación destinada al desarrollo mundial»⁴⁰.

La segunda declaración procede del anterior ministro de Comercio y Planificación del Desarrollo de Pakistán, en su conferencia Paul Hoffman de 1989, en las Naciones Unidas, quien ha señalado también la necesidad de un nuevo tipo de planes de desarrollo:

«Los objetivos del plan deben ser expresados en primer lugar en términos de necesidades básicas y sólo

Gráf. 14 Ayuda para salud y educación

El gráfico muestra la proporción decreciente de la ayuda total destinada a nutrición, salud y educación.



FUENTE: Informes sobre Cooperación y Desarrollo, OCDE, París.

seguidamente deben traducirse en objetivos físicos de producción y consumo. Esto significa que deberá haber una exposición clara de los objetivos en relación con los niveles medios de nutrición, educación y salud, vivienda y transporte como fines mínimos. Es preciso que se produzca un amplio y abierto debate sobre los niveles de cobertura de las necesidades básicas que puede alcanzar el país de acuerdo con su ingreso per cápita presente y la tasa proyectada de crecimiento. A partir de aquí, los objetivos de necesidades básicas deben articularse de forma planificada en términos de producción y consumo. En otras palabras, debemos establecer primero los fines y después los medios y no al revés»⁴¹.

Bangladesh: avances educativos

Las escuelas con un solo maestro promovidas por el Comité para el Progreso Rural de Bangladesh (CPRB) ofrecen un nuevo modelo de enseñanza primaria básica, al alcance de los hijos de la mayoría de la población pobre y adaptado a sus necesidades.

Como muchos otros países en desarrollo, Bangladesh aún no cuenta con un sistema formal adecuado de enseñanza primaria. Alrededor del 30% al 35% de los niños no llegan a asistir nunca a la escuela y el 60% de los que inician la enseñanza primaria la abandonan antes de llegar al tercer curso. Los costos de la enseñanza, la inaccesibilidad de las escuelas y la falta de estímulos suelen excluir de la escolarización a los hijos de los pobres. En las escuelas públicas, las clases son a menudo numerosas (70 alumnos por maestro en el primer curso), los maestros muchas veces están poco motivados y su supervisión es inadecuada, gran parte del programa de estudios resulta irrelevante para la vida de los niños y existe una grave escasez de libros de texto.

En 1985, en respuesta a las peticiones de los padres de las aldeas, el CPRB puso en marcha 22 escuelas rurales de carácter experimental destinadas a ofrecer un programa básico de alfabetización, cálculo aritmético y formación social para los hijos de las familias sin tierras. A finales de 1989, el programa se había ampliado hasta abarcar 2500 escuelas rurales y está prevista la inauguración de otras 2000 antes de 1991.

En las escuelas del CPRB se enseña un programa de tres años de bangla (la lengua nacional), aritmética y estudios sociales, para los niños de 8 a 10 años.

Las clases tienen lugar en construcciones de adobe o de bambú, con techo de paja o de hojalata. Los niños se sientan sobre estereras en el suelo de tierra. Cada niño recibe una pizarra pequeña, lápices, cuadernos y libros de texto. Los maestros disponen de una pizarra mural, un taburete y un baúl para guardar los materiales.

Todos los alumnos pertenecen a las familias más pobres de campesinos sin tierras. Se presta especial atención a la matriculación de las niñas, que representan el 63% del alumnado; el objetivo es que lleguen a constituir el 70% del total de niños escolarizados.

El éxito de las escuelas del CPRB ha colmado todas las expectativas. La tasa de asistencia diaria supera el 95% y la tasa de abandonos es de sólo un 1,5% para un período de tres años. Es de destacar el hecho de

que un 95% de los alumnos han superado el examen de ingreso al cuarto curso de primaria del sistema educativo oficial.

En las escuelas del CPRB se vigila estrictamente que la relación maestro-alumnos no sea superior de 1 a 30, a fin de garantizar que todos puedan tomar parte activa en las actividades de aprendizaje. Los maestros siguen un programa sumamente estructurado, con ayuda de materiales didácticos y recomendaciones para el maestro desarrollados por el CPRB a lo largo de varios años de experimentación.

Los maestros no son profesionales plenamente calificados, sino jóvenes casados de las aldeas, con un buen nivel de instrucción, que siguen un cursillo intensivo de formación de 12 días y reciben orientación periódica, supervisión y cursillos de reciclaje. Perciben un pequeño salario mensual a cambio de hasta tres horas diarias de clases, seis días a la semana. Un 75% de estos maestros son mujeres, en comparación con sólo un 14% en las escuelas públicas.

Los padres y dirigentes de las aldeas participan activamente en la creación y administración de las escuelas del CPRB. Para que pueda inaugurarse una escuela, los padres deben proporcionar previamente un aula (por la que el CPRB paga un pequeño alquiler) y acordar el horario de clases.

El programa de las escuelas del CPRB tiene una orientación más funcional que el de las escuelas públicas. La aritmética, por ejemplo, incluye métodos simples de contabilidad, unidades de medida y de manejo del dinero. Los estudios sociales se centran en temas prácticos como la salud y la cooperación entre vecinos, y en problemas como los matrimonios precoces y las dificultades asociadas al pago de la dote.

Los gastos de instalación y funcionamiento de las escuelas del CPRB son de unos 15 dólares anuales por alumno. La organización recibe donaciones de diversos organismos para este programa.

En 1988, el CPRB inició una experiencia con un segundo tipo de escuela, para alumnos de 11 a 14 años sin ninguna instrucción formal previa. Hasta la fecha, se han inaugurado 225 de estas escuelas. Su programa es una adaptación del de las escuelas para niños de 8 a 10 años, pero se enseña en sólo dos años.

En la actualidad está en proyecto una rápida ampliación del número de escuelas de ambos tipos.

Si este tipo de enfoques llegara a convertirse en una propuesta consensuada para la década de 1990, sería posible pensar en una asociación entre grupos de países donantes y países en desarrollo concretos con el propósito específico de avanzar hacia fines compartidos, entre los cuales podrían contarse la educación primaria, servicios de abastecimiento de agua y saneamiento de bajo costo, reducción a la mitad de la desnutrición infantil, reducción de la incidencia del sarampión y el tétanos neonatal, junto a otros avances importantes igualmente factibles.

En muchos países será necesario un incremento sustancial de la ayuda destinada a tales programas para que estos sean políticamente viables. En este sentido,

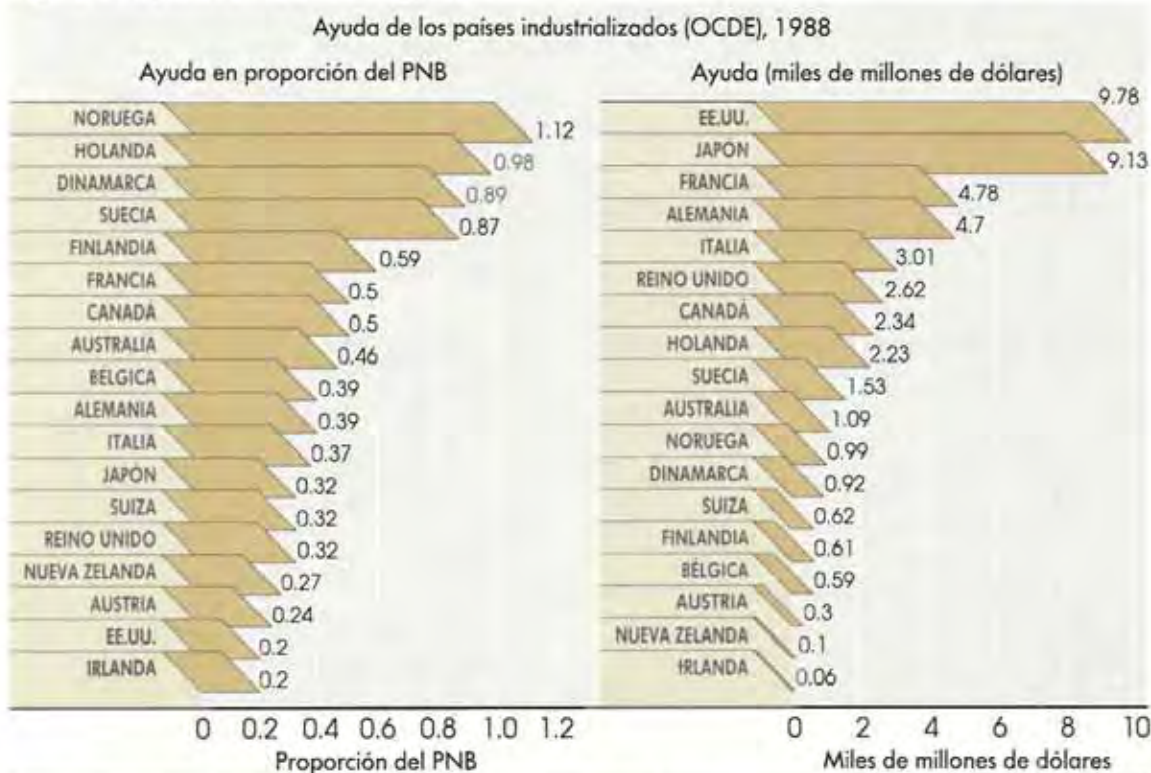
el principal papel de la ayuda exterior en los años noventa consistirá en apoyar de forma sostenida la viabilidad política de los programas a largo plazo en favor de los pobres y del medio ambiente.

Enfrentados a numerosos y acuciantes problemas a corto plazo, muchos gobiernos encuentran muy difícil, incluso cuando cuentan con una clara voluntad política para ello, además de atender las exigencias de la propia supervivencia política y económica, tratar de incrementar los recursos destinados a fines a largo plazo, cuyos principales beneficiarios serían los pobres, las generaciones futuras y el medio ambiente. Durante los años noventa, deberían diseñarse nuevos programas con un incremento de la ayuda con el fin de dismi-

Gráf. 15 La liga de la ayuda

La ayuda oficial al desarrollo (AOD) de los países de la OCDE alcanzó una cifra total de 47.600 millones de dólares en 1988, con un incremento del 6,7 % en términos reales respecto a 1987. Expresada en proporción del PNB conjunto de los países de la OCDE, la AOD pasó del

0,34 % en 1987 a un 0,35 % en 1988. Esta proporción es apenas la mitad del objetivo del 0,7 % establecido por las Naciones Unidas en 1960. No obstante, parece que el largo declive en el nivel de ayuda está llegando a su fin.



Fuente: Comité de Ayuda al Desarrollo, borrador del informe del Presidente para 1989, OCDE, París, agosto de 1989.

El SIDA: amenaza para la infancia

El SIDA constituye una gran amenaza para la salud y supervivencia de los niños y de las mujeres en muchos países y se espera que su incidencia aumente durante los años noventa.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), que coordina la acción global para controlar y prevenir el SIDA, al menos 1,5 millones de mujeres de todo el mundo están infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) causante de esta enfermedad. Los niños nacidos de mujeres infectadas con el VIH tienen entre un 25% y un 40% de posibilidades de estar infectados antes o durante el parto. Todos estos niños es casi seguro que mueran antes de cumplir los cinco años.

En los Estados Unidos, por ejemplo, casi 2000 niños han sido diagnosticados como portadores del SIDA y se estima que entre 10.000 y 20.000 más estarán infectados hacia 1991. El SIDA tiene también una importante incidencia en los países del Caribe y las tendencias más recientes en algunas partes de América Latina y Asia muestran signos preocupantes.

Pero la mayor amenaza del SIDA para la salud de los niños y de las mujeres se proyecta sobre el África subsahariana. En un país de África oriental, el 14% de todos los casos declarados de SIDA corresponden a niños menores de cuatro años. La OMS estima que al menos un millón de mujeres africanas están infectadas con el VIH, y según algunas encuestas urbanas de varios países africanos la proporción de mujeres infectadas en dichas áreas alcanza el 25%. Durante la década de 1990 muchos miles de niños nacerán infectados con el VIH y en algunos países africanos podría producirse un retroceso en la supervivencia infantil tras los avances conseguidos en las últimas tres décadas.

En África, el SIDA tiene profundas y duraderas consecuencias para todos los miembros de la familia. El diagnóstico de SIDA en un niño de corta edad es habitualmente la primera indicación de que su madre —y probablemente también su padre— están infectados. Poco después es muy probable que los padres se conviertan en enfermos crónicos y que mueran por causas relacionadas con el SIDA. En estas circuns-

tancias, es necesario prestar urgentemente una atención adecuada a los niños supervivientes, los llamados «huérfanos del SIDA».

Igualmente urgente es la necesidad de proporcionar a las personas con anticuerpos del SIDA una atención médica básica, consejos y apoyo social en sus propios hogares, ya que los hospitales están ya sobrecargados y son incapaces de proporcionar cuidado y tratamiento adecuados para el creciente número de pacientes de SIDA.

Existen pocos signos todavía de que se pueda encontrar remedio o una vacuna efectiva contra el SIDA antes de que finalice la década de 1990. Sin embargo, es posible prevenir el creciente número de muertes infantiles a consecuencia del SIDA. La clave para proteger a la infancia frente al SIDA, consiste en la movilización de los agentes de salud, asistentes sociales, dirigentes comunitarios y religiosos, medios de comunicación y sistema escolar, asociaciones profesionales y organizaciones no gubernamentales de todo tipo con el fin de informar a las personas de cómo pueden responsabilizarse ellas mismas para prevenir la difusión de la infección del VIH en sus familias y comunidades.

Este tipo de movilización social ha comenzado ya a desplegarse en diversos países. En Tanzania, los periodistas han recibido cursos de formación para comunicar información adecuada sobre el SIDA a toda la población. En Kenya, las organizaciones no gubernamentales han organizado cursos de capacitación sobre el SIDA para mujeres dirigentes, agentes de salud y líderes religiosos. En Uganda (recuadro 16), Rwanda y Burundi se han revisado los cursos escolares de educación para la salud y se han incluido temas sobre la información y prevención del SIDA.

Existen esperanzas de un futuro donde haya desaparecido la amenaza del SIDA. La salud y supervivencia de la infancia podrían mejorar extraordinariamente, y la difusión del SIDA podría reducirse en gran parte, si todas las familias fueran capacitadas con los conocimientos básicos de salud infantil, entre ellos la información sobre el control y prevención del SIDA.

nuir el grado de voluntad política necesario y/o promover una mayor atención política, para la adopción de medidas que ofrecen escasas ventajas políticas o económicas inmediatas pero que resultan esenciales para una mejora a largo plazo de las condiciones de vida y la capacidad de la población.

Durante veinte años, la ayuda externa se ha mantenido a un nivel próximo al 0,3% del PNB conjunto de los países industrializados. Desafortunadamente, se trata de una proporción muy pequeña (gráf. 15). Los recursos financieros destinados al mundo en desarrollo deben incrementarse mediante la reducción de la deuda, reformas comerciales y un incremento en cantidad y calidad de la ayuda, si se pretende conseguir algún avance. Ahora bien, estos recursos deben incrementarse, como parte integral de un esfuerzo conscientemente planificado a largo plazo, para proteger a los pobres de los efectos inmediatos de los programas de ajuste y para invertir en el motor más eficiente del futuro crecimiento: una población bien nutrida y bien instruida.

Finalmente, para que el mundo pueda avanzar hacia un desarrollo en favor de los pobres en las próximas décadas, el Banco Mundial y el FMI deberán orientarse en la misma dirección. Por el momento, los préstamos del Banco y el FMI están condicionados al cumplimiento de criterios económicos tales como la reducción del gasto público y el equilibrio de la balanza de pagos. Por ello es esencial que se adopte cuanto antes un enfoque más amplio sobre este tipo de condiciones. En cooperación con otros países donantes y agencias internacionales, y asimismo con los propios gobiernos de los países receptores de ayuda, los programas de ajuste económico tienen que tomar también en cuenta los efectos sociales de dichas condiciones con el fin de asegurar que no se vean socavados los niveles de nutrición, que no se incrementen los casos de bajo peso al nacer y de discapacidad infantil, y que las medidas de ajuste no conduzcan al cierre de ambulatorios y escuelas primarias. Han pasado ya los días en que las instituciones financieras podían confinar sus preocupaciones a las cuestiones de orden económico. La atención de fines sociales consensuados es también esencial para prevenir tanto la privación humana a corto plazo como para evitar la desinversión en *capital humano* que socava el crecimiento a largo plazo.

Ventajas para el mundo industrializado

La apertura de la trampa de la deuda externa, la renovación de las inversiones, la liberalización del co-

mercio internacional, con medidas compensatorias por la caída sostenida de los precios de las materias primas, y el incremento de la ayuda, son las condiciones básicas para invertir las desastrosas tendencias de los años ochenta y permitir una reanudación del avance hacia los grandes fines materiales constituidos por una alimentación y atención de salud adecuadas y la educación para todos.

A corto plazo, tales medidas comenzarán a restablecer la salud de la economía mundial y a proporcionar ventajas tangibles a los propios países industrializados. Los Estados Unidos, en especial, se beneficiarán de la desaparición de la crisis de la deuda. Enfrentados a su enorme déficit comercial, los Estados Unidos necesitan compradores de sus productos en el exterior. En estos momentos, muchos de estos posibles compradores destinan del 30% al 50% de sus ingresos de divisas al pago del servicio de la deuda en lugar de a bienes importados. Así pues, son las empresas manufactureras estadounidenses y europeas, más que sus banqueros, quienes están sufriendo en realidad las consecuencias del endeudamiento del mundo en desarrollo. En cambio, la resolución de la crisis de la deuda podría reducir el déficit de los Estados Unidos en unos 30.000 millones de dólares anuales⁴². Se estima que, en total, la crisis de la deuda y los consecuentes recortes de las importaciones por los países en desarrollo, habrá costado a Europa, Norteamérica y Australia unos seis millones de puestos de trabajo durante los años ochenta⁴³.

Tanto la economía de los países industrializados como en desarrollo se beneficiarían de los programas derivados de un incremento de la ayuda diseñados específicamente para *finés sociales*, tales como la educación primaria universal, atención primaria de salud, servicios de agua y saneamiento y mejora de los niveles de nutrición. La mayor parte de los gastos requeridos para cubrir tales objetivos serían gastos en *moneda local*. Así pues, la ayuda extranjera para financiar estas inversiones incrementaría finalmente los «ingresos» en divisas de los países receptores, y en consecuencia, facilitaría la apertura de las economías y la expansión del comercio internacional.

Pobreza y medio ambiente

Además de estos beneficios económicos, la resolución de la crisis de la deuda y un renovado compromiso en favor de los pobres tiene también un interés general para toda la comunidad mundial por su dependencia de un ecosistema común.

Alivio de la deuda: por la supervivencia infantil

El estudio del UNICEF sobre el *Ajuste con rostro humano* documenta las trágicas consecuencias humanas de la crisis económica y el endeudamiento masivo sufridos por muchos países en desarrollo durante la década de los ochenta. Los más afectados han sido la infancia, las mujeres y otros grupos vulnerables de la mayoría de países de África y América Latina y varios países de Asia.

Los gobiernos más endeudados han reducido el gasto en servicios sociales, con el consiguiente deterioro de la salud y la educación infantiles. Las presiones para exigir el cumplimiento de las enormes obligaciones del servicio de la deuda, combinadas con la prioridad concedida a las políticas macroeconómicas a corto plazo, también han contribuido a apartar a muchos gobiernos deudores de la inversión en recursos humanos.

Al mismo tiempo, los recortes en otros sectores del gasto público y la necesidad de aumentar las exportaciones para obtener divisas causan a menudo severos daños —tal vez irreversibles— en el medio ambiente, comprometiendo aún más las perspectivas de llegar a alcanzar un desarrollo sostenible.

Estas políticas tendrán graves repercusiones para la salud, la vida y el bienestar de las futuras generaciones.

La creciente conciencia internacional de la magnitud y las consecuencias de la crisis de endeudamiento ha generado numerosas propuestas en favor de una reducción de la deuda externa acompañada de una reestructuración económica. Otras propuestas —menos conocidas pero potencialmente importantes— se centran en un intercambio de la deuda de los países en desarrollo por programas de protección del medio ambiente, conservación del patrimonio cultural y promoción de la supervivencia y el desarrollo infantiles.

La idea de convertir el problema de la deuda en una oportunidad para fomentar el desarrollo humano puede parecer paradójica. Pero, de hecho, este tipo de conversión representa una propuesta realista.

La clave está en el llamado «mercado secundario» de negociación de la deuda bancaria. Ante la perspectiva de que las deudas no lleguen a pagarse en absoluto en un futuro previsible, los bancos comerciales

están dispuestos a «liquidar» sus títulos de crédito con el Tercer Mundo (a veces a los propios gobiernos deudores) con descuentos que oscilan entre el 5% y hasta el 98%. En la práctica, los bancos aceptarían cambiar, por ejemplo, un dólar de deuda con una probabilidad del 25% de que lleguen a pagarse los intereses y amortizaciones en el futuro, por 25 centavos de dólar pagados en el acto.

Cuando las cantidades descontadas son muy grandes, algunos bancos se han mostrado dispuestos a renunciar a recuperar el total de lo adeudado, a condición de que los fondos correspondientes se destinen a programas coherentes de desarrollo humano o ambiental, bajo los auspicios de un organismo internacional de reconocido prestigio.

El UNICEF participa actualmente en tres proyectos asociados a la cancelación de parte de las deudas de Sudán con algunos bancos europeos. Gracias a este acuerdo el gobierno sudanés ha podido rescatar fondos en moneda local para programas de salud, reforestación y suministro de agua potable respaldados por el UNICEF.

Otra iniciativa prometedora es la del «Fondo Social de Inversión» creado recientemente por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el UNICEF. Este fondo, financiado inicialmente por donantes interesados, concederá créditos a los gobiernos de América Latina y el Caribe para que puedan rescatar sus deudas externas en el mercado secundario con descuentos apreciables. Estos créditos se beneficiarán de tipos de interés reducidos y de periodos de demora y amortización ampliados. Los gobiernos prestatarios deberán comprometerse, además, a aportar fondos en moneda local a los programas de desarrollo social concertados con el BID y el UNICEF.

Este tipo de acuerdos ofrece a los gobiernos deudores una oportunidad de reducir su deuda externa e invertir, al mismo tiempo, en desarrollo humano.

A través de medidas innovadoras como las citadas, la comunidad financiera internacional puede hacer una modesta pero significativa aportación en favor del bienestar de la infancia del mundo en desarrollo, que merece heredar algo más que sólo una montaña de deudas contraídas por sus mayores.

Cuando en el mundo se inicia una década crucial para el medio ambiente, muchos gobiernos de los países en desarrollo se encuentran apresados entre dos demandas contradictorias: preservar su medio ambiente y pagar las deudas. Según un informe especial del UNICEF en 1989 sobre «Medio ambiente y desarrollo sostenible»:

«Muchos países, especialmente en África y América Latina, tienen pocas posibilidades de perseguir políticas para un desarrollo económico sostenible, como las recomendadas por la Comisión Brundland, cuando se ven forzados a una sobreexplotación de sus bosques, suelos, aguas y otros recursos naturales para pagar su deuda externa, las importaciones esenciales y atender a sus inevitables obligaciones presupuestarias».

La degradación del medio ambiente se traslada de un país a otro sin pasaporte, no reconoce fronteras y no respeta la inmunidad nacional. Por tanto, lo que le ocurra al medio ambiente del mundo en desarrollo es un problema de todos y la gran amenaza no es el progreso, sino la pobreza.

La pobreza y la carencia de alternativas son fuerzas poderosas que arrastran a los pobres a quemar sus bosques, a arar tierras marginales, a la sobredependencia de pastos accesibles para el ganado y a la tala excesiva de árboles para combustible. La pobreza y la falta de confianza en el futuro son también fuerzas motoras del rápido crecimiento de la población.

Por consiguiente, tanto el desarrollo como una creciente prosperidad pueden contribuir sustancialmente a la protección del medio ambiente. Los pequeños agricultores que tienen seguridad en la tenencia de la tierra, cuentan con instrucción, tienen acceso a créditos y asesoramiento técnico, disponen de mercados para sus cultivos y sistemas de comunicaciones suficientes para transportarlos, poseen una pequeña maquinaria agrícola y un cierto grado de seguridad para su descendencia en lugar de familias numerosas, son la mejor salvaguardia para un desarrollo sostenible.

Los pobres de los países en desarrollo se encuentran muy alejados del tipo de preocupaciones ecológicas de los ricos. Para ellos, el medio ambiente y el desarrollo no son cuestiones separadas y mucho menos conceptos contradictorios. La planificación ambiental en las áreas pobres debe basarse en una mayor y no menor producción, en un mayor y no menor uso de los recursos y si ésta tiene que contar con la cooperación de los pobres, debe ofrecer asimismo a las familias una mejora de sus condiciones de vida actuales y claras garan-

tías de una vida mejor en el futuro. El creciente interés y preocupación por el medio ambiente global y por un desarrollo sostenible es uno de los signos más esperanzadores para la próxima década. Pero, en la práctica, se convertirá en un factor menos beneficioso para el mundo si no tiene en cuenta el derecho y la necesidad de gran número de pobres de producir y consumir más.

Las fuerzas del mercado

Finalmente, en esta revista de las principales oportunidades prácticas para el desarrollo social en la difícil década económica próxima, abordaremos las posibles ventajas que pueden deducirse de las actuales tendencias de la libre empresa prevaletentes tanto en el mundo industrializado como en el mundo en desarrollo.

Los años ochenta, además de haber supuesto una considerable reducción del desarrollo para gran parte de la humanidad, serán también recordados como una década en la cual las tendencias económicas comenzaron a cambiar con una inusitada rapidez. Hoy día, los sistemas de empresa y los mecanismos del mercado están siendo adoptados por casi todos los países, incluidos aquellos con una larga fidelidad a otras ideologías. Pero en este proceso, se están aprendiendo algunas lecciones. Si se desea que la década de 1990 se caracterice por el avance hacia un nuevo tipo de civilización que permita la cobertura de las necesidades humanas mínimas de toda la población, tanto en los países industrializados como en desarrollo, una de las tareas más importantes de los próximos años consistirá en establecer una relación correcta entre las responsabilidades de los gobiernos y los mecanismos del mercado.

Muy pocos niegan ya el papel clave que juegan las decisiones descentralizadas basadas en los mecanismos del mercado para lograr una completa aportación de los conocimientos y los recursos de un país en la promoción del crecimiento.

Por ejemplo, es improbable que tenga lugar un crecimiento agrícola destinado a proporcionar empleo y crecientes ingresos a la población rural pobre sin un razonable funcionamiento de los mecanismos del mercado libre. El éxito depende de las energías y de la capacidad empresarial de miles de pequeños agricultores mediante decenas de miles de decisiones individuales sobre inversión, trabajo, uso de la tierra, capi-

Desarrollo humano: objetivos para los noventa

Entre la comunidad internacional existe un consenso creciente sobre la necesidad de dar prioridad al desarrollo humano al formular los objetivos y estrategias para la década de los noventa.

En el pasado, los planificadores del desarrollo han centrado su atención en los indicadores económicos, como el PNB, el ahorro, la inversión, el comercio y los objetivos de producción. Pero el crecimiento económico no garantiza por sí solo la satisfacción de las necesidades humanas.

El desarrollo humano, en cambio, se centra en la satisfacción de las necesidades humanas básicas como indicador más importante del desarrollo.

Cualquier estrategia en este sentido debe conceder prioridad a la infancia. Una sensata inversión en la salud, la nutrición y la educación infantiles establece los cimientos necesarios para todo desarrollo nacional. Desatender las necesidades de la infancia supone condenar, en cambio, a estos niños y a su sociedad a un círculo vicioso de pobreza y privación.

Con esta convicción, el UNICEF y sus asociados han propuesto los siguientes objetivos en favor de la supervivencia, el desarrollo y la protección de la infancia para la década de los noventa:

- Reducción en todos los países de las tasas de mortalidad infantil (menores de un año) y de los menores de cinco años en un 50%, o al 50 y 70 por 1000 respectivamente, según cual sea el objetivo que represente una mayor reducción, entre 1980 y el año 2000.
- Reducción de un 50% en la tasa de mortalidad materna entre 1980 y el año 2000.
- Eliminación virtual (menos del 1%) de la desnutrición grave y reducción a la mitad de la desnutrición moderada.
- Acceso universal a agua potable y a medios eficaces de saneamiento.
- Enseñanza básica (primaria) universal para la infancia y programas acelerados de alfabetización de adultos, especialmente para las mujeres.
- Mayor protección de la infancia en condiciones de vida especialmente difíciles.

El UNICEF –en colaboración con la OMS, la UNESCO y otros organismos– ha definido además una serie de objetivos complementarios que, más allá de su importancia intrínseca, también contribuirían poderosamente a la consecución de los grandes objetivos antes citados. Entre ellos cabe citar, por ejemplo:

- Erradicación de la polio a escala mundial para el año 2000.
- Eliminación del tétanos neonatal para el año 1995.
- Eliminación de la filariasis (gusano de Guinea).
- Eliminación virtual de los trastornos asociados a las deficiencias de vitamina A y de yodo.
- Acceso de todas las parejas, y sobre todo de las mujeres, a información y servicios adecuados para el espaciamiento de los nacimientos.
- Promoción y vigilancia regular del desarrollo infantil en todos los países antes de finalizar la década de los noventa.
- Reducción del 95% en la mortalidad por sarampión y del 90% en los casos de sarampión antes de 1995, con respecto a los niveles anteriores a la introducción de la inmunización.
- Reducción del 70% en la mortalidad por diarrea de los menores de cinco años.
- Reducción del 25% en la mortalidad por infecciones respiratorias agudas de los menores de cinco años.

Estos y otros objetivos humanos, además de deseables, son también técnicamente factibles y financieramente asequibles. El principal requisito para hacerlos realidad es contar con la voluntad, la visión y la dirección políticas necesarias. El UNICEF confía en que los dirigentes mundiales y las instituciones de desarrollo sabrán responder al desafío de estos objetivos, fomentando las capacidades humanas como medio para superar los peores efectos de la pobreza.

Si se alcanzaran estos objetivos, se habría avanzado mucho en el cumplimiento de las normas de la Convención de los derechos del niño recientemente aprobada por las Naciones Unidas, cuya ratificación y aplicación en todos los países es otro de los objetivos propuestos por el UNICEF para los años noventa (recuadro 2).

tal y balance de riesgos y beneficios en el marco de sus conocimientos locales y de las condiciones de vida de sus propias familias. Así pues, se trata de un proceso esencialmente descentralizado, cuya naturaleza es demasiado compleja, dinámica y específicamente local como para ser conducida de forma satisfactoria a nivel gubernamental. El crecimiento espectacular de la producción agraria en China durante los años ochenta es una prueba, a la mayor escala posible, de la energía y productividad que pueden desplegarse cuando se confía en la población interesada para que tome sus propias decisiones y se beneficie de su propio trabajo. En Zimbabwe, los extraordinarios incrementos de la producción agraria de los últimos años, en los que se ha cuadruplicado la producción total de alimentos, muestran que tales logros son también posibles en circunstancias tan difíciles y diferentes como las del África subsahariana.

Pero a medida que adquiere impulso el giro continental hacia los sistemas de libre mercado, la experiencia de los años ochenta también ofrece serias advertencias ante la posibilidad de que las ideologías económicas velen el rostro humano del progreso.

Ya se ha mencionado la creciente pobreza que ha acompañado una década de crecimiento económico en varios países industrializados. Este hecho muestra, junto a la persistencia de problemas sociales tales como el abuso del tabaco, el alcohol y las drogas, que el sistema de mercado no puede solucionar todos los problemas. Sin un marco consistente de políticas de desarrollo y unos objetivos sociales claros, democráticamente establecidos y respaldados firmemente por los gobiernos, el mercado fracasará en la atención de las demandas de los más necesitados.

Es improbable, por ejemplo, que la mayoría de las necesidades humanas más básicas descritas en este informe sean satisfechas por los efectos indirectos de las fuerzas del mercado. Las leyes del mercado libre no solucionan las necesidades de muchas familias del mundo pobre que gastan más de 500 millones de dólares al año en fármacos antidiarreicos ineficaces contra enfermedades infantiles que podrían prevenirse y tratarse con medidas de bajo costo, las cuales ofrecen escasos rendimientos económicos. Las leyes del mercado libre tampoco sirven para atender las necesidades de millones de madres que se ven persuadidas, arriesgando la salud y la vida de sus hijos, a cambiar la lactancia materna poco costosa por sucedáneos artificiales de alto costo, mediante la inducida creencia de que la alimentación con biberón es más moderna y

está más de moda. Asimismo, las leyes del mercado libre son incapaces de atender las necesidades de aquellas familias de todo el mundo que malviven en chabolas y tugurios, las cuales gastan en la actualidad del 5% al 10% de sus ingresos en la obtención de agua potable, cuando ésta podría proporcionarse a través de sistemas de abastecimiento público a un costo mucho más bajo.

Por lo demás, en un sentido positivo, el papel del gobierno sigue siendo crítico. Especialmente en los países pobres donde las inversiones en infraestructuras básicas no pueden realizarse sólo por las empresas privadas (como en las primeras etapas de desarrollo de los actuales países industrializados), los gobiernos pueden ayudar a movilizar las inversiones necesarias para promover la capacidad empresarial. Como ya hemos mencionado, los avances en la producción de alimentos en Zimbabwe han sido conseguidos por el esfuerzo de pequeños agricultores y en especial por la contribución de las mujeres rurales. Pero estos esfuerzos han sido promovidos por la acción gubernamental mediante la redistribución de tierras a los pequeños agricultores; la movilización de la capacidad científica y técnica nacional; la financiación de la investigación y desarrollo sobre semillas, fertilizantes y pesticidas convenientes para las necesidades de los pequeños agricultores; la cobertura de capacitación y salario de los trabajadores de extensión agrícola para que actúen como enlaces entre los técnicos, investigadores y los agricultores; la concesión de créditos a los agricultores con la aceptación de futuras cosechas como aval; la legalización de sindicatos agrícolas; la inversión en transportes y comunicaciones para facilitar la colocación de los excedentes agrícolas en el mercado. Asimismo, los éxitos del desarrollo rural en Japón, la República de Corea y Taiwan durante las décadas de 1950 y 1960 estuvieron basados no solo en las fuerzas del mercado libre y en incentivos, sino también en políticas gubernamentales de redistribución de la tierra (una tenencia máxima de 3 hectáreas) y la promoción de asociaciones de agricultores.

En todos los casos de avances sustanciales en el desarrollo económico, desde los consolidados poderes industriales de Europa y Norteamérica a los países de rápida industrialización del Sudeste asiático, los gobiernos han tratado de establecer el marco general de desarrollo y de canalizar las iniciativas empresariales hacia el beneficio de toda la sociedad. Incluso en los casos de éxito de la libre empresa en los países de Asia oriental, han sido los gobiernos quienes han invertido en infraestructura moderna, han realizado reformas

agrarias, han proporcionado estabilidad, han concedido un firme apoyo de la Administración a los exportadores, han combatido la corrupción y han controlado el flujo de divisas. En términos relativos, el gobierno desempeña una parte tan importante en la vida económica de la República de Corea como en la India⁴⁴.

En definitiva, el papel del gobierno ha sido siempre esencial para asegurar la atención de las necesidades básicas de la población, entre ellas los mínimos niveles de nutrición, educación y salud. Como ha escrito Amartya Sen:

«Incluso en un país como Gran Bretaña, si uno repasa su historia comprueba que los sistemas de atención de salud y de abastecimiento de alimentos —mucho más que los simples incrementos en la riqueza económica— han jugado un papel estratégico en períodos cruciales de expansión para promover la libertad elemental de vivir más y de vivir bien»⁴⁵.

El Gobierno y la infancia

Los gobiernos tienen la responsabilidad particular, tanto en el mundo industrializado como en el mundo en desarrollo, de establecer el marco para un nuevo compromiso en favor de la infancia en la década de 1990.

En el nuevo clima internacional de disminución de los conflictos regionales e ideológicos, de avances hacia el desarme y del nacimiento de una nueva conciencia global sobre el medio ambiente, resulta posible que *«un nuevo pensamiento político prevalezca sobre el sombrío legado del pasado»*, como ha dicho el ministro de Asuntos Exteriores de la Unión Soviética Eduard Shevardnadze.

Si se pretende que el siglo XXI sea más beneficioso para la humanidad de lo que ha sido el siglo XX, es esencial que el principio de «máxima prioridad» en favor de la infancia se convierta en parte integral de este nuevo pensamiento político.

Está en nuestras manos poner fin a la mortalidad infantil, a los abusos sobre la infancia y a las enfermedades y desnutrición infantiles que en la escala actual mutilan el rostro de nuestra civilización. Asimismo, está dentro de nuestra capacidad asegurar que cada niño tenga una escuela donde ir, un agente de salud al que dirigirse y una dieta alimenticia suficiente que le permita un desarrollo normal, tanto físico como mental.

Ahora bien, a punto de iniciarse la década de 1990, es importante empezar a avanzar hacia estos grandes fines dando los primeros pasos más evidentes. Algunos de los mayores avances en la salud humana de toda la historia están ya a nuestro alcance en términos prácticos y factibles. En particular, es posible conseguir avances espectaculares en la salud y el bienestar materno-infantil. Podemos controlar las afecciones diarreicas, que todavía constituyen la principal causa de enfermedad en la primera infancia, la desnutrición y la mortalidad infantiles en todo el mundo; podemos reducir en una gran proporción las enfermedades inmunoprevenibles, en especial el tétanos y el sarampión, que causan la muerte de más de dos millones de niños cada año; podemos erradicar la poliomielitis que en la actualidad deja discapacitados a un cuarto de millón de niños anualmente; podemos reducir al menos a la mitad la desnutrición infantil, que socava el crecimiento de 150 millones de niños menores de cinco años. Asimismo, podría mejorarse drásticamente la mala salud de tantos millones de mujeres si éstas pudieran tener el derecho, los conocimientos y los medios de elegir el número de hijos que desean tener y cuándo.

Todos estos avances, que significan tanto para tantos millones de personas cuyas voces son a menudo desoídas en los grandes debates sobre la selección de prioridades sociales y la asignación de recursos, están claramente a nuestro alcance técnico y financiero en la próxima década. La consecución de estos fines no depende ya de las posibilidades físicas o financieras. Es una cuestión de prioridad política.

En el mundo en desarrollo, la traumática experiencia de los años ochenta debe dar a luz a un nuevo compromiso para poner en práctica nuevos tipos de desarrollo que den prioridad a la atención de las necesidades básicas y promuevan la capacidad productiva de la mayoría pobre durante la década de 1990.

En el mundo industrializado, se necesita establecer también un nuevo compromiso de los líderes políticos, los medios de comunicación y el público en general en favor del desarrollo internacional. Debe reducirse la deuda externa y promoverse nuevos flujos de inversiones y ayuda. Pero no será posible un avance significativo sin un incremento en los recursos disponibles en el mundo en desarrollo.

Un factor fundamental para la consecución de este cambio será la actitud decidida de la opinión pública. Por trágicas y conmovedoras que sean las imágenes de niños que mueren de inanición, ha llegado el momento de preguntarse por qué el mundo se siente conster-

nado y demanda una acción inmediata cuando un cuarto de millón de niños se ve amenazado por el hambre, pero permanece imperturbable ante la muerte anual de unos cinco millones de niños por enfermedades tan simples y tan fácilmente prevenibles a un costo muy pequeño, como el sarampión y la deshidratación.

Podría argumentarse que, en medio de tantas cuestiones acuciantes, es difícil encontrar tiempo en la agenda mundial para unos problemas ya seculares y que por tanto no pueden ser considerados como excepcionales o urgentes. Pero para los niños que padecerán innecesariamente desnutrición, enfermedades y discapacidades, e incluso encontrarán la muerte en

la próxima década, así como para sus propias familias, este tipo de argumentos será muy poco convincente.

Desde la más amplia perspectiva de nuestro futuro común, la consecución de un desarrollo físico y mental saludable de la infancia es la más importante inversión que podemos realizar para un desarrollo saludable social y económico de nuestras sociedades. Por tanto, todo lo que ahora puede hacerse para conseguir este objetivo es una cuestión que merece un lugar prioritario en la agenda de los líderes políticos, los medios de comunicación y la opinión pública de todo el mundo cuando nos disponemos a entrar en la última década del siglo XX.

Referencias

- 1 *Financing and External Debt of Developing Countries 1988 Survey*, OCDE, Paris, 1989.
- 2 Teresa Albanez, Eduardo Bustelo, Giovanni Andrea Cornia y Eva Jespersen, *Economic Decline and Child Survival: The Plight of Latin America in the Eighties*, UNICEF, International Child Development Centre, Florencia, Italia, Innocenti Occasional Papers no. 1, marzo 1989.
- 3 Reunión trimestral de supervisión sobre la inmunización infantil Universal, UNICEF, 5 junio, 1989.
- 4 *Op. cit.* 2.
- 5 Dieter Berstecher, *The Educational Fallout of Adjustment*, UNESCO, Paris, 1988.
- 6 *Op. cit.* 2.
- 7 Richard Jolly, Director ejecutivo adjunto, UNICEF, *Nutrition and Adjustment Policy*, 14.º Congreso Internacional de Nutrición, Seúl, República de Corea, 20-25 agosto, 1989.
- 8 *A Vision for America's Future—An Agenda for the 1990s: A Children's Defense Budget*, Children's Defense Fund, Washington, D.C.
- 9 *Reproductive Change in Developing Countries*, insights from The World Fertility Survey (1974-1982), Oxford University Press, 1985.
- 10 'Water with sugar and salt', *The Lancet*, p. 300, 5 agosto, 1979.
- 11 *ARI News*, no. 13, abril 1989, Appropriate Health Resources and Technologies Action Group, Londres.
- 12 Comunicación personal, septiembre 1989.
- 13 *Intercom*, no. 50, UNICEF, octubre 1988.
- 14 'Pakistan: update on breastfeeding', *Mothers and Children*, vol. 7, no. 2, 1988, American Public Health Association, Washington D.C.
- 15 Carl Wahren, 'Population and Development—The Burgeoning Billions', *The OECD Observer*, 155, diciembre 1988—enero 1989.
- 16 Dr. Nafis Sadik, *Estado de la Población Mundial 1989*, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Nueva York.
- 17 Norbert Hirschhorn, 'Oral Rehydration Therapy: the program and the promise', *Conferencia sobre Salud y Supervivencia Infantil*, 30-31 mayo, 1985, Harvard School of Public Health.
- 18 *Population Reports*, series L, no. 5, marzo-abril 1986, Population Information Program, Johns Hopkins University, Baltimore, Estados Unidos.
- 19 Alan Berg, *Malnutrition—What Can Be Done? Lessons from World Bank Experience*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, Estados Unidos, 1987.
- 20 *Op. cit.* 2.
- 21 Alfred Sommer, *New Imperatives for and Old Vitamin (A)*, E. V. McCollum International Lectureship in Nutrition. Symposium: Biological Actions of Carotenoids, American Institute of Nutrition, 1989.
- 22 'The Edinburgh Declaration', Conference of the World Federation for Medical Education, Edimburgo, 1988.
- 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 Mahbub Ul Haq, 'Reinstating the human being', *Future*, no. 24-25, UNICEF, Nueva Delhi, 1988.
- 25 Informe sobre el Desarrollo Mundial, 1980, Banco Mundial, Washington D.C., 1981. George Psacharopoulos, *The Contribution of Education to Economic Growth: International Comparisons*, Reprint Series No. 320, Banco Mundial, Washington, D.C.
- 26 *Op. cit.* 24.
- 27 Keith Hinchliffe, *The Monetary and Non-Monetary Returns to Education in Africa*, World Bank, discussion paper. Education and Training Series, Report No. EDT46, Banco Mundial, diciembre 1986.
- 28 Federico Mayor, declaración ante el Consejo ejecutivo del UNICEF, UNICEF, Nueva York, 17 abril, 1989.
- 29 *Op. cit.* 5.
- 30 *A Brief Overview of Literacy and Primary Education: Current Status, Issues, and Broadening the Approach*, UNICEF Consultation on Education, 15-17 febrero 1988, UNICEF, Nueva York.
- 31 *Education in Sub-Saharan Africa: Policies for Adjustment, Revitalization, and Expansion*, A World Bank Policy Study, Banco Mundial, Washington, D.C.
- 32 George Psacharopoulos, *The Contribution of Education to Economic Growth: International Comparisons*, World Bank Reprint Series No. 320, Banco Mundial, Washington, D.C. George Psacharopoulos, *Critical Issues in Education—A World Agenda*, World Bank, discussion paper, Education and Training Series, Report No. EDT96, Banco Mundial, Junio 1987.
- 33 *Op. cit.* 25.
- 34 *Op. cit.* 30.
- 35 Jandhyala B. G. Tilak, 'Costs of Education in India', *International Journal of Educational Development*, vol. 8, no. 1, pp. 25-42, 1988.
- 36 *Op. cit.* 31.
- 37 *Op. cit.* 31.
- 38 Citado en *Debit Debate*, International Coalition for Development Action, Bruselas, Bélgica, abril 1988.
- 39 'Alleviation of Critical Poverty and Improvement of Economic Management in Sub-Saharan Africa—A Challenge to UNDP', Joseph C. Wheeler, Chairman, Development Assistance Committee, OECD. Reunión conjunta de Ministros de Planificación y los Representantes Residentes del PNUD de la región de África, Addis Abeba, 8 abril, 1989.
- 40 Joseph C. Wheeler, Chairman, Development Assistance Committee, OECD, International Symposium on 'The Crises of the Global System: The World Ten Years after the Brandt Report', Viena, 29 septiembre—1 octubre 1988.
- 41 *Op. cit.* 24.

42 C. Fred Bergsten, 'America in the World Economy: a strategy for the 1990s', Institute for International Economics, 1989, citado en *The Economist*, enero 14, 1989.

43 Stephary Griffiths-Jones, Institute for

Development Studies, Universidad de Sussex, R.U. citado en 'The Debt Policy', revista *Time*, 31 julio 1989.

44 Clive Hamilton, 'Can the rest of Asia emulate the NICs?' *Third World Quarterly*, vol. 9, no. 9, octubre 1987.

45 Amartya Sen, 'Food and Freedom', tercera conferencia Sir John Crawford Memorial, Consultative Group on International Agricultural Research, Banco Mundial, Washington, D.C., 29 octubre 1987.

Otras fuentes

R. Van de Hoeven y Richard Jolly, UNICEF, 'Towards the end of the Century - A Reflection on Goals and Strategies for the UN Fourth Development Decade', UNDP, Development Study Programme, Human Development: Goals and Strategies for the Year 2000, Amman, Jordania, 3-5 septiembre, 1988.

Beyond Adjustment: Toward Sustainable Growth with Equity in Sub-Saharan Africa, Banco Mundial, noviembre, 1988.

Development Co-operation in the 1990s, OECD, Development Assistance Committee, Paris, 1989.

G. A. Cornia, F. Stewart, R. Jolly, *Ajuste con Rostro Humano*, Siglo XXI, Madrid, 1987.

Barber B. Conable, discurso ante el Consejo de Gobernadores del Banco Mundial, Berlín, República Federal de Alemania, 27 septiembre, 1988.

Giovanni Andrea Cornia *Investing in Human Resources: Health, Nutrition and Development for the 1990s*, UNICEF, junio 1988.

Bela Balassa, 'The Lessons of East Asian Development: An Overview', *Economic Development and Cultural Change*, vol. 36, no. 3, suplemento, abril 1988.

Informe sobre el Desarrollo Mundial 1989, Banco Mundial, Washington, D.C.

Joseph C. Wheeler, *Development Cooperation: Efforts and Policies of the Members of the Development Assistance Committee*, OECD, Paris, diciembre 1988.

Joseph C. Wheeler, Chairman, Development Assistance Committee, OECD, *Statement for the Committee on Foreign Affairs of the United States House of Representatives*, junio 24, 1988.

Joseph C. Wheeler, Chairman, Development Assistance Committee, OECD, *Greening our Development Philosophy*, World Resources Institute, 3 abril, 1989.

Marlaine E. Lockheed, Eric Hanushek, *Improving the Efficiency of Education in Developing Countries: Review of the Evidence*, discussion paper. Education and Training Series, Report No. EDT77, Banco Mundial, mayo 1987.

Yasmine Zahran, 'Education Girls: Progress and Sexual Prejudice', *People*, vol. 12, no. 2, 1985.

Investing in Children - The Economics of Education, Banco Mundial, Instituto de Desarrollo Económico, Washington, D.C.

'The Quality of Education and Economic Development', Symposium del Banco Mundial, Banco Mundial, Washington, D.C.

Christopher Colclough, 'Primary Schooling and Economic Development: A Review of the Evidence', Staff Working Paper No. 399, Banco Mundial, Washington, D.C., junio 1980.

Mary Chamie, *Factors Affecting Young Girls' School Attendance in Developing Societies*, The International Center for Research on Women, Washington, D.C., febrero 1983.

'Environment and Sustainable Development - UNICEF Policy and Action in Relation to JCGP Collaboration for the 1990s', documento preparado para la reunión de JCGP, Roma 3-4 julio, 1989.

Hiroshi Nakajima, WHO, *Health Education: The Grand Alliance*, James P. Grant, UNICEF, *The Education-Knowledge-Road to Health for All Strategy for the 1990s*. Discursos de apertura y clausura, respectivamente, de la XIII Conferencia sobre Edu-

cación para la Salud, Houston, 28 agosto-2 septiembre, 1988.

John W. Mellor, 'Agricultural Development in the Third World: The Food, Development, Foreign Assistance, Trade Nexus', World Food Conference, Parlamento Europeo, 6-8 abril, Bruselas, 1988. International Food Policy Research Institute, Washington, D.C.

Paul Harrison, *The Greening of Africa, An International Institute for Environment and Development-Earthscan Study*, Paladin Grafton Books, 1987.

M. S. Swaminathan, *Sustainable Nutrition Security for Africa: Lessons from India*, The Hunger Project Papers, no. 5, octubre 1986.

Infections Relation to Water and Excreta: The Health Dimension of the Decade and The Role of Development Banks in International Funding, Water Supply and Sanitation in Developing Countries, cap. 3 y 4, I.W.E.S., 1983.

'Billions will still lack supply in 1990'. Informe del Secretario General de las Naciones Unidas, *World Water*, Water Decade Review.

'Water, Sanitation and Health for All by the Year 2000: UNICEF Actions for the Years to Come', UNICEF, Consejo Económico y Social, E/ICEF/1988/L. 4, 9 febrero 1988.

'International Drinking Water Supply and Sanitation Decade: Mid-Decade Progress Review', *Water Resources Journal* (UN), septiembre, 1987.

Michael A. Koenig, et al, 'Maternal Mortality in Malab, Bangladesh: 1976-1985', *Studies in Family Planning*, vol. 19, no. 2, marzo-abril, 1988.

Allan Rosenfield and Deborah Maine,

'Maternal Mortality - A Neglected Tragedy'. *The Lancet*, julio 13, 1985.

Better Health for Women and Children through Family Planning, Conferencia Internacional, Nairobi, Kenya, octubre, 1987, Population Council, Nueva York.

William H. Foage, *Protecting the World's Children: An Agenda for the 1990's: Child Survival - The next 12 years*, The Task Force for Child Survival, The Carter Presidential Center, Inc., Georgia, USA, Bellagio III, 10-12 marzo 1988, Talloires, Francia.

S. A. Esrey, R. G. Feachem, J. M. Hughes, 'Interventions for the Control of Diarrhoeal Diseases Among Young Children: Improving Water Supplies and Excreta Disposal Facilities'. *Bulletin*, OMS.

Dialogue on Diarrhoea, Issue 34, septiembre 1988, Appropriate Health Resources and Technologies Action Group Ltd., Londres.

Guillermo Lopez de Romana, Kenneth H. Brown, Robert E. Black y Hilary Creed Kanashiro, 'Longitudinal Studies of Infectious Diseases and Physical Growth of Infants in Huascar, an Underprivileged Peri-Urban

Community in Lima, Peru'. *American Journal of Epidemiology*, vol. 129, no. 4.

Programme for Control of Diarrhoeal Diseases, WHO Interim Programme Report 1988, documento OMS/CDD/89.31.

C. J. Clements, Julie B. Milstien, M. Grabowsky, J. Gibson, 'Research into Alternative Measles Vaccines in the 1990s', OMS, documento EPI/GEN/88.11 Rev. 1.

UCI/CDD Quarterly Monitoring Review, UNICEF, Nueva York, 14 noviembre, 1988.

Neonatal Tetanus, septiembre 1988, OMS, Programa Ampliado de Inmunización, Ginebra, Suiza.

Report of the Expanded Programme on Immunization, Global Advisory Group Meeting, Abidjan, Costa de Marfil, 17-21 octubre, 1988, documento OMS/EPI/GEN/89.1.

Expanded Programme on Immunization - Progress and evaluation report, OMS, Asamblea Mundial de la Salud, 6 marzo, 1989.

'Acute Respiratory Infections in Children:

Can Community Health Workers Deal With Pneumonia?' *World Health Forum*, vol. 9, 1988.

ARI News, Issue 11, August 1988, Appropriate Health Resources & Technologies Action Group Ltd., Londres.

ARI - Programme for Control of Acute Respiratory Infections, WHO Programme Report 1988, document OMS/ARI/89.3.

The Role of the District level in Accelerating Health for all Africans: Technical Discussions, OMS, Regional Committee for Africa, Thirty-seventh session, Bamako (Mali), 9-16 septiembre, 1987, AFR/RC37/TD/1.

O. Ransome-Kuti, 'Finding the Right Road to Health', *World Health Forum*, vol. 8, 1987.

Community Health Workers: Policy and Practice in National Programmes, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres.

Newton R. Bowles, UNICEF, *The Talloires Targets - Guidelines for Implementation*, Working paper reviewed by the Task Force on Child Survival, Nueva York, 30-31 enero, 1989.

II

ESTADÍSTICAS

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

Nota a los datos
Signos y explicaciones

ÍNDICE DE PAÍSES

TABLAS

1: Indicadores básicos

TMM5 población natalidad y mortalidad infantil
 PNB per cápita esperanza de vida alfabetización
de adultos escolarización distribución del ingreso

2: Nutrición

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

3: Salud

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

4: Educación

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

5: Indicadores demográficos

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

6: Indicadores económicos

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

7: Situación de la mujer

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

8: Indicadores básicos de los países menos poblados

9: Ritmo de progreso

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

Notas a las tablas 1 - 9
Definiciones
Fuentes principales

Notas a las tablas

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

Los datos relativos a la tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5), esperanza de vida, tasa bruta de natalidad, tasa bruta de mortalidad, etc., proceden de las estimaciones y proyecciones de la División de Población de las Naciones Unidas. Éstas y otras estimaciones internacionales se revisan periódicamente, lo que explica las posibles diferencias con los datos de anteriores publicaciones del UNICEF. En el caso del PNB per cápita y de la ayuda oficial al desarrollo, los datos primarios son objeto de una revisión y actualización continuada por parte del Banco Mundial y de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

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

Signos y notas

A menos que se señale lo contrario, las cifras indicadas para los cuatro grupos de países según la TMM5 (tasa de mortalidad de menores de cinco años) representan la mediana de cada grupo. La mediana es el valor central de una serie de datos clasificados en orden de magnitud. La mediana suele ser el indicador promedio utilizado cuando se trata de un gran número de datos con una amplia dispersión en sus valores respectivos, como ocurre en las tablas adjuntas, y tiene la ventaja de no estar distorsionada

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

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

- .. Datos no disponibles
- * Estimaciones de las oficinas de área del UNICEF
- (.) Menos de la mitad de la unidad indicada
- T Total (en contraposición a la mediana)
- x Véase nota al pie de las tablas
- Y Datos de las oficinas de área del UNICEF; véase nota.

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

Índice de países

En las tablas siguientes, los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1988, expresada en cifras redondeadas al número entero más próximo. Los países con la misma tasa aparecen ordenados alfabéticamente. En la lista alfabética adjunta se indica el correspondiente número de referencia de acuerdo con la clasificación establecida.

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

*Colonia **Antes Birmania

TABLA 1: INDICADORES BÁSICOS

	Tasa de mortalidad menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (millones) 1988	Nacimientos infantiles (0-4 años) (miles) 1988	PIB per cápita (dólares) 1987	Esperanza de vida al nacer (años) 1988	Tasa de alfabetización de adultos 1985	Tasa de escolarización primaria 1986-1988	Distribución familiar del ingreso 1975-1980		
	1980	1988	1980	1988							40 % más altos	20 % más altos	
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 170)													
Mediana													
	314	203	190	127	489T	22588T/4684T	275	48	33	65			
1	Atganiistán	380	300	215	171	15.1	843/253		42	24	21		
2	Mozambique	330	298	190	172	14.8	669/199	170	47	39	68		
3	Mali	370	292	210	168	8.8	444/130	210	44	17	23		
4	Angola	346	292	208	172	9.5	450/131	470*	45	41	93		
5	Sierra Leona	386	266	219	153	3.9	191/51	300	41	30	58		
6	Malawi	364	262	206	149	7.9	419/110	160	47	42	66		
7	Etiopía	294	259	175	153	44.7	2019/523	130	41	66*	37		
8	Guinea	346	248	208	146	6.5	305/76		42	29	30		
9	Burkina Faso	362	233	205	137	8.5	404/94	190	47	14	32		
10	Niger	320	228	191	134	6.7	343/78	260	45	14	29		
11	Chad	326	223	195	131	5.4	239/53	150	46	26	51		
12	República Centroafricana	308	223	183	131	2.8	123/27	330	46	41	66		
13	Somalia	294	221	175	131	7.1	353/78	290	45	12*			
14	Mauritania	320	220	191	126	1.9	89/20	440	46	17*	52		
15	Rwanda	248	206	146	121	6.8	347/71	300	49	47	67		
16	Kampuchea Democrática	218	199	146	127	7.9	319/63		49	75*			
17	Yemen Democrático	378	197	214	118	2.3	111/22	420	51	42	66		
18	Nepal	297	197	186	127	18.2	714/141	160	51	26	76		
19	Bhután	297	197	186	127	1.5	56/11	150	48		26		
20	Yemen	378	190	214	115	7.5	364/69	590	51	25*	91		
21	Burundi	258	188	152	111	5.1	236/44	250	49	34*	67		
22	Bangladesh	262	188	156	118	109.6	4642/873	160	51	33	70	17	45
23	Benin	310	185	185	109	4.4	226/42	310	47	27	63		
24	Madagascar	364	184	219	119	11.2	516/95	210	54	68	94		
25	Sudán	293	181	170	107	23.8	1062/192	330	50	24*	49		
26	Tanzania, Rep. Unida de	248	176	146	105	25.4	1291/227	180	53	91*	66		
27	Namibia	262	176	155	105	1.8	15/3		56				
28	Nigeria	318	174	190	104	105.5	5286/920	370	51	43	64		
29	Bolivia	282	172	167	109	6.9	297/51	580	53	75	91	12*	58*
30	Haití	294	171	197	116	6.3	215/37	360	55	38	78		
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 95 a 170)													
Mediana													
	241	125	153	83	1485T	51592T/7237T	580	57	59	94			
31	Uganda	224	169	133	102	17.2	868/147	260	51	58	70		
32	Gabón	288	169	171	102	1.1	43/7	2700	52	62			
33	Pakistán	277	166	163	108	114.9	5263/874	350	57	30	40		
34	Lao, Rep. Dem. Popular	232	159	155	109	3.8	159/25	170	49	84	94		
35	Togo	305	153	182	93	3.2	146/22	290	53	41	101		
36	Camerún, Rep. Unida del	275	153	163	93	10.7	451/69	970	51	56	109		
37	India	282	149	165	98	818.8	26446/3940	300	58	43	98	16	49
38	Liberia	258	147	153	86	2.4	109/16	450	55	35	35		
39	Ghana	224	146	132	89	14.1	624/91	390	54	54	71		
40	Costa de Marfil	264	142	165	95	11.6	596/85	740	53	42		9	61
41	Zaire	251	138*	148	83*	33.8	1542/212	150	53	62	76		
42	Senegal	313	136*	180	80*	7.0	320/44	520	46	28	60		
43	Lesoto	208	136	149	99	1.7	68/9	370	56	73	115		
44	Zambia	228	127	135	79	7.9	400/51	250	54	76	97	11	61
45	Egipto	300	125	179	83	51.5	1799/225	680	61	45	90	16	48
46	Perú	233	123	142	87	21.3	719/88	1470	62	85		7	61
47	Marruecos	265	119	163	80	23.9	830/99	610	61	34	71		
48	Libia, Jamahiriya Árabe	268	119	160	80	4.2	188/22	5460	61	66			
49	Indonesia	235	119	139	84	175.0	4822/574	450	56	74	118	14	49
50	Congo	241	114	143	72	1.9	84/10	870	49	63			
51	Zimbabwe	182	113	110	71	9.1	379/43	580	59	74	128		
52	Kenya	208	113	124	71	23.1	1238/140	330	59	60	96	9	60
53	Honduras	232	107	144	68	4.8	191/20	810	64	59	106		
54	Argelia	270	107	168	73	23.8	943/101	2680	63	50	96		
55	Guatemala	230	99	125	58	8.7	353/35	950	62	55	77		
56	Arabia Saudita	292	98	170	70	13.1	557/55	6200	64	51*	71		
57	Sudáfrica	192	95	135	71	33.7	1062/101	1890	61				
58	Nicaragua	210	95	140	61	3.6	150/14	830	64	88*	99		
59	Myanmar	229	95	153	69	40.0	1242/118	200*	60	84*	81		

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1988 (columna en negritas)

	Tasa de mortalidad menores de 5 años		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (millones) 1988	Nacimientos infantiles (0-4 años) (miles) 1988	PNB per cápita (dólares) 1987	Esperanza de vida al nacer (años) 1988	Tasa de alfabetización de adultos 1985	Tasa de escolarización primaria 1986-1988	Distribución familiar del ingreso 1975-1986	
	1960	1988	1960	1988							40 % más bajos	20 % más altos
Países con mediana mortalidad infantil (TMM5 de 31 a 94)												
Mediana	155	63	111	44	2170T	50388T/2781T	1400	66	84	104	..	..
60	Iraq	222	94	139	68	17.7	751/71	3020*	64	89	98	..
61	Turquía	258	93	190	74	53.5	1502/140	1210	64	74*	117	11
62	Botswana	174	92	119	66	1.2	57/5	1050	59	71	114	..
63	Iran, Rep. Islámica de	254	90	169	61	53.1	2175/196	..	66	51	114	..
64	Viet Nam	233	88	156	63	64.2	2057/181	..	62	84	101	..
65	Ecuador	183	87	124	62	10.2	359/31	1040	66	83	117	..
66	Brasil	160	85	116	62	144.4	4066/346	2020	65	78	103	7
67	El Salvador	206	84	142	58	5.0	187/16	860	63	72	79	15
68	Tunez	255	83	159	58	7.8	231/19	1180	66	55	116	..
69	Papúa Nueva Guinea	247	81	165	57	3.8	145/12	700	54	45	70	..
70	Rep. Dominicana	200	81	125	64	6.9	211/17	730	66	78	101	..
71	Filipinas	135	73	80	44	59.5	1947/142	590	64	86	106	14
72	Guyana	94	71*	69	56*	1.0	25/2	390	70	96	90	..
73	México	140	68	92	46	84.9	2439/166	1830	69	90	118	10
74	Colombia	148	68	93	46	30.6	878/60	1240	65	82*	114	..
75	Siria, Rep. Árabe	218	64	135	47	11.6	512/33	1640	65	80	110	..
76	Oman	378	64	214	40	1.4	63/4	5810	56	30*	97	..
77	Paraguay	134	62	86	42	4.0	139/9	990	67	88	102	..
78	Mongolia	158	59	109	44	2.1	82/5	..	64	93	102	..
79	Jordania	218	57	135	43	3.9	182/10	1560	66	75	99	..
80	Libano	92	51	68	39	2.8	82/4	..	67	78	125	..
81	Tailandia	149	49	103	38	54.1	1218/60	850	65	91	95	15
82	Venezuela	114	44	81	36	18.8	569/25	3230	70	87	107	10
83	Sri Lanka	113	43	70	32	16.8	380/16	400	70	87	104	16
84	China	202	43	150	31	1104.0	22202/955	290	70	69	132	..
85	Argentina	75	37	61	32	31.5	672/25	2390	71	95	110	14
86	Panamá	105	34	69	23	2.3	61/2	2240	72	89	106	7
87	Albania	151	34	112	28	3.1	74/3	..	72	..	100	..
88	Corea, Rep. Pop. Dem. de	120	33	85	24	21.9	623/21	..	69	..	..	..
89	Corea, Rep. de	120	33	85	24	42.6	790/26	2690	69	92*	104	17
90	Emiratos Árabes Unidos	239	32	145	25	1.5	33/1	15830	71	..	99	..
91	Malasia	106	32	73	24	16.6	460/15	1810	70	74	102	11
92	URSS	53	32	38	25	283.7	5108/161	4550*	70	..	106	..
93	Uruguay	56	31	50	27	3.1	58/2	2190	71	95*	110	..
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 30)												
Mediana	44	12	37	10	950T	13043T/172T	7940	75	93	102	18	40
94	Mauricio	104	29	70	22	1.1	21/1	1490	69	83	106	11
95	Yugoslavia	113	28	92	25	23.6	353/10	2480	72	91	95	19
96	Rumania	82	28	69	22	23.0	356/10	2560*	70	..	97	..
97	Chile	142	26	114	19	12.7	299/8	1310	72	97*	102	..
98	Trinidad y Tobago	67	23	54	20	1.2	29/1	4210	70	96	100	13
99	Kuwait	128	22	89	19	1.9	61/1	14610	73	70	94	..
100	Jamaica	88	22	62	18	2.4	62/1	940	74	..	105	..
101	Costa Rica	121	22	84	18	2.9	79/2	1610	75	93	98	12
102	Bulgaria	69	20	49	15	9.0	115/2	4150*	72	..	104	..
103	Hungría	57	19	51	17	10.6	126/2	2240	70	..	97	20
104	Polonia	70	18	62	16	38.0	620/11	2070*	71	..	101	..
105	Cuba	87	18	62	15	10.2	161/3	..	74	96*	104	..
106	Grecia	84	18	53	13	10.0	121/2	4020	76	92	106	..
107	Portugal	112	17	81	14	10.2	140/2	2830	73	84	127	15
108	República Checa	32	15	26	12	15.6	222/3	5820*	71	..	96	..
109	Israel	40	14	33	11	4.4	96/1	6800	75	95	95	18
110	E.E. UU.	30	13	26	10	245.4	3647/47	18530	75	..	100	17
111	Bélgica	35	13	31	10	9.9	117/1	11480	75	..	100	22
112	Rep. Dem. Alemana	44	12	37	8	16.6	211/3	7180*	73	..	106	..
113	Singapur	50	12	36	9	2.6	43/1	7940	73	86	116	..
114	Nueva Zelanda	27	12	23	10	3.3	52/1	7750	75	..	107	16
115	España	56	12	46	9	39.1	503/6	6010	77	94	113	19
116	Dinamarca	25	11	22	8	5.1	55/1	14930	75	..	99	17
117	Reino Unido	27	11	23	9	56.8	755/8	10420	75	..	106	18
118	Italia	50	11	44	10	57.3	629/7	10350	76	97	95	17
119	Australia	25	10	21	9	16.4	243/2	11100	76	..	106	15
120	Alemania, Rep. Fed. de	40	10	33	8	60.7	635/6	14400	75	..	103	20
121	Hong Kong*	65	10	44	8	5.7	87/1	8070	76	88	106	16
122	Austria	43	10	37	8	7.5	87/1	11980	74	..	101	..
123	Noruega	23	10	19	8	4.2	52/1	17190	77	..	95	19
124	Francia	34	10	29	8	55.8	778/7	12790	76	..	113	17
125	Irlanda	36	9	31	7	3.7	67/1	6120	74	..	100	20
126	Países Bajos	22	8	18	8	14.6	174/1	11860	77	..	115	22
127	Canadá	33	8	28	7	26.1	362/3	15160	77	..	105	17
128	Japón	40	8	31	5	122.4	1455/12	15760	78	..	102	22
129	Suiza	27	8	22	7	6.5	75/1	21330	77	..	..	20
130	Suecia	20	7	16	6	8.3	93/1	15550	77	..	100	20
131	Finlandia	28	7	22	6	5.0	62/(..)	14470	75	..	101	18

TABLA 2: NUTRICIÓN

	Recién nacidos con bajo peso % 1982-1988	Madres lactantes % 1980-1987			Población infantil (%) 1980-1989			Índice medio producción de alimentos per cápita (1979-1981 / 1988)	Consumo diario calórico per cápita en % nivel requerido 1984-1986	Ingreso familiar gastado en Total alimentos cereales % 1980-1985
		3 meses	6 meses	12 meses	Ineficiencia ponderal moderada y grave (0-4 años)	Emaciación moderada-grave (12-28 meses)	Cantidad de tala moderada-grave (24-50 meses)			
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 170)										
Mediana	16	96	92	82	36/8	17	46	95	90	52/18
1 Afganistán	20	..	..	..	..	..	..	..	94	..
2 Mozambique	20*	99*	96*	..	57/8	..	..	84	69	..
3 Mali	17*	96*	..	82*	31*/9*	16	34*	108	86	57/22
4 Angola	17*	..	..	..	..	..	..	85	82	..
5 Sierra Leona	17*	98*	94*	83*	23*/3*	26	46	89	81	47/18
6 Malawi	20*	..	..	96*	22/	8	61	83	102	55/28
7 Etiopía	..	..	97*	95*	38*/	19*	43*	94	71	32/12
8 Guinea	..	100*	70*	40*	..	..	..	90	77	..
9 Burkina Faso	..	98*	98*	97*	..	..	..	121	86	..
10 Níger	15*	65*	30*	15*	49/	23*	38*	98	100	..
11 Chad	11*	..	..	..	..	..	..	105	69	..
12 República Centroafricana	5*	..	..	..	30*/6*	..	..	83	86	..
13 Somalia	..	..	..	..	..	..	..	98	90	..
14 Mauritania	11	91	86	67	44*/8*	..	..	91	92	..
15 Rwanda	17*	97*	97*	74*	37*/8*	23	45	75	81	29/10
16 Kampuchea Democrática	..	100*	93*	..	20*/3*	..	..	141	98	..
17 Yemen Democrático	13*	80*	60*	55*	26*/	8	36*	86	96	..
18 Nepal	..	92*	92*	82*	..	..	..	102	93	..
19 Bhután	..	..	..	..	..	..	..	118	..	..
20 Yemen	..	73*	67*	29*	61*/	17*	69*	105	94	..
21 Burundi	9*	..	95*	90*	38*/10*	10	60*	102	97	..
22 Bangladesh	28	91*	86*	82*	60*/9*	17*	59*	88	83	..
23 Benin	8*	90	90	76	34*/	14	..	112	95	37/12
24 Madagascar	10*	95*	95*	85*	33*/8*	18	41*	91	106	58/22
25 Sudán	..	91*	86*	72*	41*/8*	13*	..	100	88	58/
26 Tanzania, Rep. Unida de	14	100*	90*	70*	48/6	17	..	86	96	62/30
27 Namibia	..	..	..	..	..	..	..	98	82	..
28 Nigeria	20*	98*	80*	60*	..	21*	..	96	90	52/18
29 Bolivia	12*	..	..	..	15*/	1	46	95	89	33/
30 Haití	17*	..	98*	88*	27*/3*	17*	51*	89	84	..
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 95 a 170)										
Mediana	14	92	90	77	24/4	7	34	95	102	43/13
31 Uganda	..	85*	70*	20*	..	3*	32*	82	95	..
32 Gabón	..	..	..	..	..	..	..	82	107	..
33 Pakistán	25*	..	92	70	39*/10*	17*	42*	104	97	54/17
34 Lao, Rep. Dem. Popular	39	..	99*	93*	37/	20	44	110	104	..
35 Togo	20*	..	99*	90*	..	..	..	87	97	..
36 Camerún, Rep. Unida del	13*	92*	90*	77*	17*/	2*	43*	95	88	26/8
37 India	30	..	..	..	41*/6*	..	..	112	100	52/
38 Liberia	..	96*	92*	70*	35*/4*	7*	38*	93	102	..
39 Ghana	17*	91	90	72	37*/	28	31	108	76	50/
40 Costa de Marfil	14*	87	84	78	40*/	4*	10*	94	110	38/10
41 Zaire	13	100*	100*	86*	20*/5*	11	40*	94	98	55/15
42 Senegal	11*	94*	94*	82*	22*/6*	8	28*	103	99	53/16
43 Lesoto	11	..	87*	..	16*/2*	7	23	86	101	..
44 Zambia	14*	..	..	93*	28/	12*	41*	92	92	50/13
45 Egipto	5*	90	87	81	11*/1*	3*	34	120	132	36/7
46 Perú	9	80*	67*	37*	13*/2*	3	43	103	93	35/8
47 Marruecos	..	92*	89*	76*	16*/4*	6	34*	122	118	48/14
48 Libia, Jamahiriya Árabe	..	..	..	..	..	..	..	90	153	..
49 Indonesia	14*	98*	97*	83*	51*/1*	17*	..	119	116	48/21
50 Congo	12*	98*	98*	95*	24/5*	13	33	94	117	31/12
51 Zimbábwe	15*	98	96	84	12*/	1*	29*	97	89	43/9
52 Kenia	15	86*	82*	67*	..	10*	42*	90	92	42/18
53 Honduras	20*	48*	28*	24*	21/4	2*	34*	87	92	39/
54 Argelia	9*	..	..	..	..	..	..	95	112	..
55 Guatemala	10*	..	84*	74*	34*/8*	3	68*	96	105	36/10
56 Arabia Saudita	6*	..	91*	52*	..	..	..	236	125	..
57 Sudáfrica	12*	..	..	..	..	..	..	88	120	..
58 Nicaragua	15	..	..	71*	11/1	(.)	22	65	110	..
59 Myanmar	16*	..	..	..	38*/	17	75*	124	119	..

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1988 (véase tabla 1)

	Recién nacidos con bajo peso % 1982-1988	Madres lactantes % 1980-1987			Población infantil (%) 1980-1989			Índice medio producción de alimentos per cápita (1979-1981 = 100) 1988	Consumo diario calorías per cápita en % nivel requiendo 1984-1986	Ingreso familiar gastado en Total alimentos/cereales % 1980-1985
		3 meses	6 meses	12 meses	Insuficiencia ponderal moderada y grave/leve (0-4 años)	Emaciación moderada-grave (12-28 meses)	Cortedad de talla moderada-grave (24-59 meses)			
Países con mediana mortalidad infantil (TMM5 de 31 a 94) Mediana	9	80	70	48	22/3	7	34	97	113	35/10
60 Iraq	9*	..	..	..	././	..	..	102	124	././
61 Turquía	8*	99*	91*	51*	12*/1*	..	..	98	125	40/..
62 Botswana	8*	96	93	73	15/..	19*	51*	75	96	35/13
63 Irán, Rep. Islámica de	5	..	..	..	43*/..	23*	55*	89	138	././
64 Viet Nam	18*	..	..	..	52/13	12	60*	114	105	././
65 Ecuador	10*	86	74	48	10*/(./.)x	4	39	92	89	31/..
66 Brasil	8*	66	58	34	13*/3*	2*	31*	111	111	35/9
67 El Salvador	15*	85	77	55	55/5	..	54*	88	94	33/12
68 Túnez	7*	95*	92*	71*	././	3*	45*	90	123	42/10
69 Papua Nueva Guinea	25*	..	..	..	35/..	..	58	97	96	././
70 Rep. Dominicana	16*	..	..	..	12*/3*	3	26*	91	109	48/13
71 Filipinas	18*	79*	70*	53*	33*/./	7	42	88	104	47/..
72 Guyana	11	62*	38*	22*	22/4	9	21	69	108	././
73 México	15*	62*	52*	36*	././	..	..	93	135	35/..
74 Colombia	15*	80*	55*	36*	12*/2*	1	27*	101	110	29/..
75 Siria, Rep. Árabe	..	88*	72*	41*	25*/2*	..	..	95	131	././
76 Omán	6	73*	50*	20*	././	..	..	..	..	././
77 Paraguay	7*	80*	77*	49*	32*/1*	..	..	117	123	30/6
78 Mongolia	10	..	..	..	././	..	..	95	116	././
79 Jordania	5*	80*	70*	50*	././	..	..	117	121	36/..
80 Líbano	..	50*	40*	15*	././	..	..	..	125	././
81 Tailandia	12	83	79	68	26*/4*	10	28*	104	105	34/..
82 Venezuela	9*	50*	40*	30*	10/..	3	7	92	102	38/..
83 Sri Lanka	28*	94	92	81	38*/9*	19	34*	88	110	48/21
84 China	5*	70*	60*	..	././	..	..	127	111	././
85 Argentina	..	66	36	14	././	..	..	96	136	35/4
86 Panamá	8	62	53	53	16/..	7	24	93	107	38/7
87 Albania	7	..	..	..	././	..	..	95	114	././
88 Corea, Rep. Pop. Dem. de	..	..	..	..	././	..	..	109	135	././
89 Corea, Rep. de	6	58*	40*	27*	././	..	..	100	122	35/..
90 Emiratos Árabes Unidos	7*	..	..	..	././	..	..	..	..	././
91 Malasia	10	88*	..	..	././	12*	33*	138	121	30/..
92 URSS	6	..	..	..	././	..	..	109	133	././
93 Uruguay	8*	50*	43*	..	7*/2*	..	16*	102	100	31/7
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 30) Mediana	6	47	30	..	././	..	..	102	128	././
94 Mauricio	9*	79	55	40	24/7	16*	22*	99	121	20/4
95 Yugoslavia	7*	..	..	..	././	..	..	98	139	././
96 Rumanía	6	..	..	..	././	..	..	110	127	././
97 Chile	7	23*	18*	17*	3*/..	1	10*	108	106	29/7
98 Trinidad y Tabago	..	59*	50*	14*	7*/..	5	4*	71	126	././
99 Kuwait	7	47*	32*	12*	6/..	2	14	..	..	././
100 Jamaica	8*	95	82	43	9*/2*	5*	9*	98	116	38/..
101 Costa Rica	10	61	38	22	6/..	3	8	86	124	33/8
102 Bulgaria	6	..	..	..	././	..	..	102	145	././
103 Hungría	10	86	..	..	././	..	..	106	135	././
104 Polonia	8	32*	25*	..	././	..	..	102	126	././
105 Cuba	8	..	..	..	././	1*	..	105	135	././
106 Grecia	6	..	..	..	././	..	..	100	147	././
107 Portugal	5	29	12	7	././	..	..	102	128	././
108 Checoslovaquia	6	..	..	..	././	..	..	122	141	././
109 Israel	7	..	..	..	././	..	..	100	118	././
110 EE. UU.	7	33	24	..	././	..	..	85	138	././
111 Bélgica	5	..	..	..	././	..	..	116	146	././
112 Rep. Dem. Alemana	6	..	..	..	././	..	..	117	145	././
113 Singapur	6	..	..	..	././	..	..	83	124	19/..
114 Nueva Zelanda	5	..	..	..	././	..	..	111	129	././
115 España	1	..	..	..	././	..	..	110	137	././
116 Dinamarca	6	..	..	..	././	..	..	119	131	././
117 Reino Unido	7	26	22	..	././	..	..	105	128	././
118 Italia	7*	..	..	..	././	..	..	98	39	././
119 Australia	6*	56	40	10	././	..	..	97	125	././
120 Alemania, Rep. Fed. de	6*	..	..	..	././	..	..	112	130	././
121 Hong Kong*	5	..	..	..	././	..	..	54	121	19/3
122 Austria	6	41	..	..	././	..	..	104	130	././
123 Noruega	4*	..	..	..	././	..	..	109	120	././
124 Francia	5	..	..	..	././	..	..	100	130	././
125 Irlanda	4	..	..	..	././	..	..	98	146	././
126 Países Bajos	..	33*	..	..	././	..	..	111	121	././
127 Canadá	6	53	30	..	././	..	..	93	129	././
128 Japón	5	72	52	..	././	..	..	98	122	././
129 Suiza	5*	..	..	..	././	..	..	108	128	././
130 Suecia	4	47	23	..	././	..	..	92	113	././
131 Finlandia	4	..	7*	..	././	..	..	99	113	././

TABLA 3: SALUD

	Población con acceso a agua potable % 1985-1987		Población con acceso a servicios de salud % 1985-1987		Población con inmunización completa 1981/1987-1988				Uso de SRO % 1986-1987	
					Niños de un año					
	Total	Urbana Rural	Total	Urbana Rural	TB	DPT	Polo	Sarampión		Mujeres embarazadas Tétanos
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 170) Mediana	34/	69/21	41/	80/30	26/53	14/30	9/30	21/38	5/20	11.4
1 Afganistán	21/	38/17	29/	80/17	8/27	3/25	3/25	6/31	3/6	10.8
2 Mozambique	16/	38/ 9	39/100/30		46/49	56/38	32/38	32/44	1/43	13.5
3 Mali	17/	46/10	15/	..	19/64	..	..	..	1/17	2.2
4 Angola	30/	87/15	30/	..	..	..	..	..	..	12.0
5 Sierra Leona	25/	68/ 7	..	..	35/73	15/25	13/25	28/38	10/50	11.4
6 Malawi	56/	97/50	80/	..	86/90	66/82	68/80	65/78	..	9.9
7 Etiopía	16/	69/ 9	46/	..	10/27	6/16	7/16	7/13	..	22.5
8 Guinea	19/	41/12	32/	..	4/31	..	..	15/27	5/6	1.0
9 Burkina Faso	67/	43/69	49/	51/48	16/73	2/30	2/30	23/49	11/15	15.0
10 Níger	47/	35/49	41/	99/30	28/39	6/16	6/16	19/24	3/8	0.6
11 Chad	..	..	30/	..	..	..	..	..	..	1.8
12 República Centroafricana	..	13/	45/	..	26/53	12/24	12/24	16/30	13/20	14.6
13 Somalia	34/	58/22	27/	50/15	3/33	..	..	3/28	5/26	11.7
14 Mauritania	..	73/	30/	..	57/79	18/28	18/28	45/45	1/..	1.5
15 Rwanda	50/	79/48	27/	60/25	51/91	17/80	15/78	42/79	5/43	4.0
16 Kampuchea Democrática	3/	10/ 2	53/	80/50	..	..	..	..	..	5.8
17 Yemen Democrático	54/	85/32	30/	..	9/50	5/35	5/35	6/28	3/5	10.1
18 Nepal	29/	70/25	..	..	32/91	16/71	1/71	2/52	4/31	14.0
19 Bhután	..	..	65/	..	36/86	13/70	11/76	21/36	..	40.0
20 Yemen	42/100/25		35/	75/24	15/41	25/29	25/29	40/28	..	5.8
21 Burundi	26/	98/21	61/	..	65/66	38/54	6/54	30/41	25/69	29.5
22 Bangladesh	46/	24/49	45/	..	1/26	1/16	1/16	..	1/11	15.0
23 Benín	52/	80/34	18/	..	..	..	..	..	..	12.5
24 Madagascar	32/	81/17	56/	..	25/62	40/40	..	..	..	2.1
25 Sudán	21/	60/10	51/	90/40	3/67*	1/53*	1/53*	1/57*	1/20*	23.1
26 Tanzania, Rep. Unida de	56/	90/42	76/	99/72	78/94	58/81	49/81	76/88	36/54	10.6
27 Namibia	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
28 Nigeria	46/100/20		40/	75/30	23/72	24/58	24/57	55/59	11/20	10.5
29 Bolivia	44/	75/13	63/	90/36	30/27	13/39	15/40	17/44	..	21.0
30 Haití	38/	59/30	70/	80/70	60/45	14/49	3/48	..	..	14.1
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 95 a 170) Mediana	50/	75/27	69/	95/50	55/81	38/63	34/64	23/56	10/26	11.8
31 Uganda	20/	37/18	61/	90/57	18/77	9/40	8/41	22/49	20/14	5.2
32 Gabón	92/	..	90/	..	..	..	..	..	..	6.8
33 Pakistán	44/	83/27	55/	99/35	11/77	3/64	3/64	2/55	1/26	41.5
34 Lao, Rep. Dem. Popular	21/	28/20	67/	..	4/27	7/17	7/17	7/19	2/7	7.3
35 Togo	55/	99/41	61/	..	44/95*	9/62*	9/60*	47/74*	57/72*	8.1
36 Camerún, Rep. Unida del	33/	43/24	41/	44/39	8/77	5/45	5/43	16/44	..	11.5
37 India	57/	76/50	..	..	12/72	31/73	7/64	..	24/58	12.0
38 Liberia	55/100/23		39/	50/30	87/62	39/28	26/28	99/55	60/20	6.0
39 Ghana	56/	93/39	60/	92/45	67/56	22/33	25/33	23/47	11/19	10.0
40 Costa de Marfil	19/	30/10	30/	61/11	70/52	42/32	34/32	28/30	25/46	4.3
41 Zaire	33/	52/21	26/	40/17	34/59	18/41	18/41	23/44	..	10.0
42 Senegal	53/	79/38	40/	..	..	..	..	..	..	3.0
43 Lesotho	36/	65/30	80/	..	81/90	56/77	54/77	49/79	..	27.0
44 Zambia	59/	76/41	75/	100	72/92	44/83	77/81	21/80	..	32.0
45 Egipto	73/	92/56	..	..	71/80	82/87	84/87	65/84	10/88	51.0
46 Perú	55/	73/17	75/	..	63/73	18/66	18/67	24/57	4/8	3.6
47 Marruecos	80/100/25		70/100/50		..	..	..	..	..	14.7
48 Libia, Jamahiriya Árabe	97/100/90		..	..	55/92*	55/52*	55/52*	57/52*	6/12*	9.6
49 Indonesia	38/	43/36	80/	..	55/82	..	..	..	..	55.0
50 Congo	21/	42/ 7	83/	97/70	92/88	42/71	42/71	49/73	..	2.0
51 Zimbabue	..	..	71/100/62		64/89	39/79	38/79	56/75	..	1.3
52 Kenia	30/	61/21	..	..	..	..	..	..	..	26.0
53 Honduras	50/	56/45	73/	85/65	46/85	38/74	37/70	38/76	11/16	45.0
54 Argelia	68/	85/55	88/100/80		59/95	33/65	30/65	17/58	..	15.0
55 Guatemala	38/	72/14	34/	47/25	29/38	42/47	42/55	8/54	1/18	17.0
56 Arabia Saudita	97/100/88		97/100/88		49/93	53/89	52/89	12/80	..	38.5
57 Sudáfrica	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
58 Nicaragua	49/	76/11	83/100/60		65/89	23/51	52/83	20/55	..	23.0
59 Myanmar	27/	36/24	33/100/11		15/45	5/23	..	..	6/24	21.1

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1988 (véase tabla 1).

		Población con acceso a agua potable %		Población con acceso a servicios de salud %		Población con inmunización completa 1981/1987-1988					Uso de SRO % 1986-1987
		1985-1987		1985-1987		Niños de un año				Mujeres embarazadas	
		Total	Urbana Rural	Total	Urbana Rural	TB	DPT	Polo	Sarampión	Tétanos	
Países con mediana mortalidad infantil (TMM5 de 31 a 94)		Mediana 76/ 90/52		80/ 96/67		60/85	47/78	47/80	43/69	18/40	25.0
60	Iraq	87/100/54		93/ 97/70		76/87	13/86	16/86	33/78	4/56	43.9
61	Turquia	78/ 95/63		/ / /		42/64	64/77	69/77	52/65	/ /	
62	Botswana	54/ 84/46		89/100/85		80/99	64/89	71/89	68/83	32/61	35.0
63	Irán, Rep. Islámica de	76/ 95/55		78/ 95/60		6/73	29/80	47/80	48/90	2/50	15.0
64	Viet Nam	46/ 70/39		80/100/75		/64*	/56*	/58*	/54*	/ /	20.0
65	Ecuador	58/ 81/31		62/ 90/30		82/86	26/54	19/57	31/52	4/5	24.0
66	Brasil	78/ 85/56		/ / /		62/67	47/54	99/89	73/60	/ /	32.0
67	El Salvador	52/ 68/40		56/ 80/40		47/65	42/61	38/62	44/63	20/19	26.0
68	Tunez	68/100/31		90/100/80		65/85	36/91	37/91	65/83	2/34	20.1
69	Papua Nueva Guinea	27/ 95/15		/ / /		64/79	50/48	32/48	/46	/17	10.5
70	Rep. Dominicana	63/ 85/33		80/ / /		34/51	27/80	42/79	17/71	26/87	32.0
71	Filipinas	52/ 49/54		/ / /		61/85	51/79	44/78	/77	37/37	10.0
72	Guyana	77/100/65		89/ / /		/64	45/64	37/69	/55	/57	9.8
73	México	77/ 89/47		45/ / /		41/72	41/60	85/95	33/70	/ /	27.9
74	Colombia	92/100/76		60/ / /		57/99	20/74	22/94	26/74	6/40	5.6
75	Siria, Rep. Árabe	76/ 98/54		76/ 92/60		36/86	14/58	14/58	14/51	3/40	28.4
76	Oman	53/ 90/49		91/100/90		49/96	9/88	9/88	6/86	27/70	18.6
77	Paraguay	29/ 53/ 8		61/ 90/38		42/56	28/57	26/82	16/63	6/64	32.4
78	Mongolia	/ / /		/ / /		53/53	99/79	99/74	/61	/ /	41.0
79	Jordania	96/100/88		97/ 98/95		/2	81/98	87/98	40/87	2/54	37.0
80	Libano	93/ 95/85		/ / /		/ /	/91	/91	/81	/ /	2.9
81	Tailandia	64/ 56/66		70/ / /		71/97	52/80	22/80	/60	27/61	30.0
82	Venezuela	90/ 93/65		/ / /		77/78*	54/51	75/68	43/49	/ /	28.0
83	Sri Lanka	40/ 82/29		93/ / /		58/81	45/83	49/85	/68	48/38	34.6
84	China	/ 85/ /		/ / /		/98	/96	/95	/95	/ /	5.0
85	Argentina	56/ 63/17		71/ 80/21		63/74	46/61	38/70	73/68	/ /	2.9
86	Panamá	83/100/64		80/ 95/64		77/91	49/75	50/73	53/75	/27	34.0
87	Albania	/ / /		/ / /		93/92	94/96	92/94	90/96	/ /	/ /
88	Corea, Rep. Pop. Dem. de	/ / /		/ / /		52/69	52/62	51/70	31/35	/ /	0.2
89	Corea, Rep. de	77/ 90/48		93/ 97/86		42/86	61/86	62/87	5/96	/ /	/ /
90	Emiratos Arabes Unidos	/ / /		90/ / /		18/92	45/71	45/71	42/58	/ /	13.0
91	Malasia	84/ 96/76		/ / /		91/96	54/72	61/72	/54	20/53	10.6
92	URSS	/ / /		/ / /		/93*	95/79*	95/80*	95/79*	/ /	/ /
93	Uruguay	85/ 95/27		82/ / /		76/98	57/82	58/82	95/72	18/13	50.4
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 30)		Mediana / / /		/ / /		/90	84/90	90/94	70/83	/ /	/ /
94	Maucio	100/100/100		100/100/100		87/88	82/87	82/87	/73	1/65	4.4
95	Yugoslavia	/ / /		/ / /		99/87	90/90	95/90	95/92	/ /	/ /
96	Rumania	/ / /		/ / /		/95	/92	/94	/90	/ /	/ /
97	Chile	94/ 98/71		97/ / /		100/98	97/96	96/96	93/95	/ /	/ /
98	Trinidad y Tabago	98/100/95		99/ / /		/ /	52/80	55/82	/72	/60	53.1
99	Kuwait	/ 97/ /		100/ / /		/3	54/69	76/69	66/63	30/2	9.6
100	Jamaica	96/ 99/93		90/ / /		/96	39/82	37/83	/68	50/50	6.2
101	Costa Rica	91/100/83		80/100/63		81/87	83/87	85/86	71/97	/90	73.0
102	Bulgaria	/ / /		/ / /		97/99	97/99	98/99	98/99	98/ /	/ /
103	Hungría	/ / /		/ / /		99/99	99/99	99/99	99/99	/ /	/ /
104	Polonia	/ / /		/ / /		95/95	95/98	95/99	65/96	/ /	/ /
105	Cuba	/ / /		/ / /		97/98	67/94	82/94	49/85	/ /	70.0
106	Grecia	/ / /		/ / /		95/ /	95/83	95/93	/82	/ /	/ /
107	Portugal	/ / /		/ / /		74/71	75/78	16/80	70/84	/ /	/ /
108	Checoslovaquia	/ / /		/ / /		95/99	95/99	95/98	95/98	/ /	/ /
109	Israel	/ / /		/ / /		70/ /	84/87	91/93	69/89	/ /	/ /
110	EE. UU.	/ / /		/ / /		/ /	/37	/24	96/82*	/ /	/ /
111	Bélgica	/ / /		/ / /		/90	95/95	99/97	90/50	/ /	/ /
112	Rep. Dem. Alemana	/ / /		/ / /		95/99	80/94	90/97	95/99	/ /	/ /
113	Singapur	100/100/ /		100/100/ /		83/92	87/98	88/97	57/94	/90	/ /
114	Nueva Zelanda	/ / /		/ / /		/20*	72/70*	/84*	/60*	/ /	/ /
115	España	/ / /		/ / /		/ /	/74	/78	/81	/ /	/ /
116	Dinamarca	/ / /		/ / /		95/85	85/94	97/100	/82	/ /	/ /
117	Reino Unido	/ / /		/ / /		/96	44/70	71/87	52/76	/ /	/ /
118	Italia	/ / /		/ / /		/30	/88	/95	/21	/ /	/ /
119	Australia	/ / /		/ / /		/ /	/ /	/68*	/ /	/ /	/ /
120	Alemania, Rep. Fed. de	/ / /		/ / /		40/30*	50/97*	80/95*	35/50*	/ /	/ /
121	Hong Kong*	/ / /		/ / /		99/99	84/94	94/86	/85	/90	/ /
122	Austria	/ / /		/ / /		90/90	90/90	90/90	90/60	/ /	/ /
123	Noruega	/ / /		/ / /		/90	/80	/80	/87	/ /	/ /
124	Francia	/ / /		/ / /		80/98	79/96	80/97	/41	/ /	/ /
125	Irlanda	/ / /		/ / /		/80	36/45	76/90	/63	/ /	/ /
126	Países Bajos	/ / /		/ / /		/ /	97/97	97/97	93/93	/ /	/ /
127	Canadá	/ / /		/ / /		/ /	/85	/85	/85	/ /	/ /
128	Japón	/ / /		/ / /		85/85*	/83*	/95*	/73*	/ /	/ /
129	Suiza	/ / /		/ / /		/90	/92	/98	/70	/ /	/ /
130	Suecia	/ / /		/ / /		/12*	99/99*	99/98*	56/93*	/ /	/ /
131	Finlandia	/ / /		/ / /		90/80*	92/94*	90/95*	70/87*	/ /	/ /

TABLA 4: EDUCACIÓN

	Tasa alfabetización adultos		N° de receptores de radio / TV (1000 hab.) 1986-1987	Tasa escolarización enseñanza primaria			Alumnos que terminan con éxito enseñanza primaria % 1985-1987	Tasa bruta escolarización secundaria 1986-1988 masculina/femenina
	1970 hombres/mujeres	1985 hombres/mujeres		1980 (bruta) masculina/femenina	1986-88 (bruta) mascul./femen.	1986-88 (neta) mascul./femen.		
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 170) Mediana	25/8	43/22	61/4	29/12	69/43	50/32	40	16/5
1 Afganistán	13/2	39/8	102/8	15/2	27/14	././	63	10/5
2 Mozambique	29/14	55/22	38/1	60/36	76/59	49/41	39	7/4
3 Mali	11/4	23/11	37/.	14/6	29/17	23/14	39	9/4
4 Angola	16/7	49/33	49/5	././	././	././	./.	././
5 Sierra Leona	18/8	38/21	216/8	30/.	68/48	././	./.	23/11
6 Malawi	42/18	52/31	197/.	./45	73/59	50/47	33	5/3
7 Etiopía	8/(.)	./	193/2	11/3	46/28	32/22	41*	18/12
8 Guinea	21/7	40/17	33/2	44/16	41/18	31/15	70	13/4
9 Burkina Faso	13/3	21/6	24/5	12/5	41/24	34/20	74	8/4
10 Níger	6/2	19/9	62/3	7/3	37/20	././	75	./
11 Chad	20/2	40/11	237/1	29/4	73/29	52/23	17	10/2
12 República Centroafricana	26/6	53/29	60/2	53/12	82/51	59/39	17	17/6
13 Somalia	5/1	18*/6*	38/(.)	13/13	././	19/10	33*	././
14 Mauritania	././	././	139/1	13/3	61/42	././	92	23/9
15 Rwanda	43/21	61/33	54/.	././	69/66	65/63	49	7/5
16 Kampuchea Democrática	./23	85*/65*	106/8	././	././	././	50*	45/20
17 Yemen Democrático	31/9	59/25	154/21	20/5	96/35	././	40*	26/11
18 Nepal	23/3	39/12	31/1	19/1	104/47	76/35	28*	35/11
19 Bhután	././	././	15/.	5/.	31/20	././	7/2	7/2
20 Yemen	9/1	42*/7*	34/8	14/.	141/40	././	15*	46/6
21 Burundi	29/10	43*/26*	56/(.)	27/9	68/50	46/37	87	6/3
22 Bangladesh	36/12	43/22	40/3	66/26	76/64	67/44	20	24/11
23 Benín	23/8	37/16	75/4	36/15	84/43	66/34	36	23/9
24 Madagascar	56/43	74/62	193/6	56/45	97/92	89/.	30*	23/19
25 Sudán	28/6	33*/14*	229/52	35/14	59/41	././	61*	23/17
26 Tanzania, Rep. Unida de	48/18	93*/88*	16/1	33/18	67/66	50/51	76	5/3
27 Namibia	././	././	123/11	././	././	././	63*	././
28 Nigeria	35/14	54/31	163/6	46/27	././	97/85	./.	././
29 Bolivia	68/46	84/65	527/77	78/50	97/85	88/78	./.	40/35
30 Haití	26*/17*	40/35	41/4	50/42	83/72	45/42	15	19/17
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 95 a 170) Mediana	48/20	66/45	125/22	65/37	100/81	././	64	32/26
31 Uganda	52/30	70/45	96/6	./32	76/63	43/38	76	16/9
32 Gabón	43/22	70/53	119/23	././	././	././	59	././
33 Pakistán	30/11	40/19	86/14	46/13	51/28	././	49*	26/11
34 Lao, Rep. Dem. Popular	37/28	92/76	123/2	34/16	102/85	././	14*	23/16
35 Togo	27/7	53/28	178/5	63/24	124/78	87/59	59	36/12
36 Camerún, Rep. Unida del	47/19	68/45	125/12	87/43	119/100	././	67	32/20
37 India	47/20	57/29	77/7	80/40	113/81	././	./.	50/27
38 Liberia	27/8	47/23	224/18	45/18	82/50	././	./.	././
39 Ghana	43/18	64/43	292/13	52/25	78/63	././	./.	49/32
40 Costa de Marfil	26/10	53/31	131/54	68/24	././	././	68	26/12
41 Zaire	61/22	79/45	98/1	88/32	84/68	86/65	60	32/14
42 Senegal	18/5	37/19	103/32	36/0	71/49	59/41	83	19/10
43 Lesotho	49/74	62/84	68/1	63/102	102/127	././	52	18/26
44 Zambia	66/37	84/67	73/15	51/34	102/92	././	91	././
45 Egipto	50/20	59/30	310/83	80/52	100/79	././	64	79/58
46 Perú	81/60	91/78	241/84	95/71	125/120	././	51*	68/61
47 Marruecos	34/10	45/22	206/56	67/27	85/56	68/46	69	43/30
48 Libia, Jamahiriya Árabe	60/13	81/50	221/63	92/24	././	././	82	././
49 Indonesia	66/42	83/65	145/40	86/58	120/115	99/97	80	././
50 Congo	50/19	71/55	120/3	103/53	././	././	75	././
51 Zimbabue	63/47	81/67	85/22	././	130/126	100/100	74	49/42
52 Kenia	44/19	70/49	90/6	64/30	98/93	././	62	27/19
53 Honduras	55/50	61/58	376/67	68/67	104/108	././	43	././
54 Argelia	39/11	63/37	227/70	55/37	105/87	97/81	90	61/46
55 Guatemala	51/37	63/47	65/37	50/39	82/70	././	36	././
56 Arabia Saudita	15/2	71*/31*	272/268	22/.	78/65	64/48	90	52/35
57 Sudáfrica	././	././	319/97	94/85	././	././	./.	././
58 Nicaragua	58/57	./	237/60	65/66	94/104	74/79	20	29/58
59 Myanmar	85/57	./	79/1	61/52	././	././	27*	././

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1988 (véase tabla 1)

	Tasa alfabetización adultos		N.º de receptores de radio-TV (1000 hab.) 1986-1987	Tasa escolarización enseñanza primaria			Alumnos que terminan con éxito enseñanza primaria % 1985-1987	Tasa bruta escolarización secundaria 1986-1988 masculina/femenina
	1970 hombres/mujeres	1985 hombres/mujeres		1960 (bruta) masculina/femenina	1985-88 (bruta) mascul./femen.	1986-88 (bruta) mascul./femen.		
Países con mediana mortalidad infantil (TMM5 de 31 a 94)								
Mediana	75/65	86/77	226/82	95/85	105/104	90/89	76	56/55
60 Iraq	50/18	90/87	199/64	94/36	105/91	91/82	71	60/38
61 Turquía	69/34	86*/62*	160/172	90/58	121/113	/	85*	57/34
62 Botswana	37/44	73/69	130/7	35/48	111/117	85/93	89	31/33
63 Iran, Rep. Islámica de	40/17	62/39	236/53	56/27	122/105	98/89	83	57/39
64 Viet Nam	/	88*/80	99/34	/	107/94	/	50*	44/41
65 Ecuador	75/68	85/80	292/81	87/79	118/116	/	50*	55/57
66 Brasil	69/63	79/76	368/191	97/93	/	/	22	32/41
67 El Salvador	61/53	75/69	401/82	/	77/81	61/62	31	27/30
68 Túnez	44/17	68/41	171/68	88/43	126/107	100/89	77	46/34
69 Papúa Nueva Guinea	39/24	55/35	64/2	59/7	75/64	/	67*	16/9
70 Rep. Dominicana	69/65	78/77	164/79	99/98	99/103	80/78	35	/
71 Filipinas	84/81	86/85	135/36	96/93	105/107	94/94	75	66/66
72 Guyana	94/89	97/95	303/15	107/106	/	/	84	/
73 México	78/69	92/88	241/120	82/77	119/116	/	71	54/53
74 Colombia	79/76	82*/82*	167/108	/	112/115	72/74	57	55/56
75 Siria, Rep. Árabe	60/20	76/43	231/58	89/39	115/104	100/94	67*	69/48
76 Omán	/	47*/12*	649/739	/	103/92	83/77	89	46/29
77 Paraguay	85*/75*	91/85	165/24	105/90	104/99	86/84	50	30/30
78 Mongolia	87/74	95/90	128/31	79/78	100/103	/	/	88/96
79 Jordania	64/29	87/63	237/69	94/59	98/99	88/88	96	80/78
80 Líbano	79*/58*	86/69	772/302	105/99	105/95	/	/	57/56
81 Tailandia	86/72	94/88	174/103	88/79	/	/	64*	/
82 Venezuela	79/71	88/85	395/142	100/100	107/107	/	73	48/59
83 Sri Lanka	85/69	91/83	187/31	100/90	105/102	100/100	88	63/69
84 China	/	82/56	184/17	/	140/124	99/91	68*	50/37
85 Argentina	94/92	96/95	659/217	98/99	110/110	/	/	69/78
86 Panamá	81/81	89/88	220/163	98/94	109/104	90/89	82	56/63
87 Albania	/	/	167/83	102/86	100/99	/	/	80/71
88 Corea, Rep. Pop. Dem. de	/	/	110/12	/	/	/	99	/
89 Corea, Rep. de	94/81	96*/88*	986/194	99/89	104/104	100/99	99	91/86
90 Emiratos Árabes Unidos	24/7	/	319/106	/	98/100	88/89	82	55/65
91 Malasia	71/48	81/66	436/140	108/83	102/102	/	97	59/59
92 URSS	98/97	/	685/314	100/100	/	/	80	/
93 Uruguay	93*/93*	/	594/173	111/111	111/109	/	86	/
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 30)								
Mediana	93/88	97/90	579/290	105/103	103/101	97/97	95	83/85
94 Mauricio	77/59	89/77	263/188	103/93	105/107	93/95	96	53/50
95 Yugoslavia	92/76	97/86	344/175	113/108	95/94	/	98	82/79
96 Rumania	96/91	/	288/166	101/95	/	/	/	79/80
97 Chile	90/88	97*/96*	335/163	111/107	103/101	/	33*	72/76
98 Trinidad y Tobago	95/89	97/95	457/290	89/87	99/100	87/88	84	80/85
99 Kuwait	65/42	76/63	327/261	131/102	95/92	81/77	91	86/79
100 Jamaica	96/97	/	400/108	92/93	104/106	/	/	62/67
101 Costa Rica	88/87	94/83	258/79	97/95	100/97	85/85	81	40/43
102 Bulgaria	94/89	/	357/189	94/92	105/103	/	90	75/76
103 Hungría	98/98	/	586/402	103/100	97/97	94/96	92	69/70
104 Polonia	98/97	/	289/263	110/107	101/101	99/99	94	78/82
105 Cuba	86/87	96*/96*	334/193	109/109	107/100	95/94	92	85/92
106 Grecia	93/76	97/88	411/175	104/101	106/106	91/92	99	89/80
107 Portugal	78/65	89/80	212/159	132/129	131/123	/	/	47/56
108 Checoslovaquia	/	/	577/281	93/93	95/96	/	93	27/49
109 Israel	93/83	97/93	470/264	99/97	94/97	/	/	79/87
110 EE. UU.	99/99	/	2119/811	/	101/100	97/97	/	98/99
111 Bélgica	99/99	/	465/320	111/108	99/100	82/83	77	99/100
112 Rep. Dem. Alemana	/	/	663/754	111/113	107/105	92/91	/	79/76
113 Singapur	92/55	93/79	306/	121/113	118/113	100/100	95	70/73
114 Nueva Zelanda	/	/	923/369	110/106	107/106	100/100	/	84/86
115 España	93/87	97/92	295/368	106/116	113/113	98/98	96	97/107
116 Dinamarca	/	/	956/386	103/103	96/99	/	99	106/107
117 Reino Unido	/	/	1145/434	92/92	105/106	97/97	/	82/85
118 Italia	95/93	98/96	786/	112/109	/	97/98	99	/
119 Australia	/	/	1270/483	103/103	106/105	97/98	/	96/99
120 Alemana, Rep. Fed. de	/	/	954/385	/	101/101	/	95	96/92
121 Hong Kong*	90*/64*	95/81	633/241	93/79	106/105	95/95	98	71/76
122 Austria	/	/	561/480	106/104	102/101	/	95	78/81
123 Noruega	/	/	790/348	100/100	95/95	97/97	99	92/97
124 Francia	99/98	/	893/	144/143	114/113	100/100	95	89/96
125 Irlanda	/	/	580/	107/112	100/100	/	/	91/101
126 Países Bajos	/	/	908/469	105/104	114/116	85/88	94	105/103
127 Canadá	/	/	953/577	108/105	106/104	97/97	/	104/104
128 Japón	99/99	/	863/587	103/102	102/102	100/100	99	95/97
129 Suiza	/	/	834/405	118/118	/	/	/	/
130 Suecia	/	/	875/39	95/96	/	/	/	90/92
131 Finlandia	/	/	991/	100/95	102/101	/	98	98/114

TABLA 5: INDICADORES DEMOGRÁFICOS

	Población menor 15 años menor 5 años (millones) 1988	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 %		
		1965-80 / 1980-87		1960-1988		1960-1988		1960-1988		1988	1988	1965-80 / 1980-87		
Paises con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 170)														
Mediana														
	233T/89T	2.5	2.7	28	18	48	49	37	48	6.5	24	6.0	5.8	
1	Afganistán	6.7/2.6	2.4	-0.8	30	23	52	49	33	42	6.9	21	6.0	3.2
2	Mozambique	6.8/2.6	2.5	2.6	26	18	47	45	37	47	6.4	24	11.8	10.2
3	Mali	4.3/1.7	2.1	2.9	29	21	50	50	35	44	6.7	19	4.9	3.9
4	Angola	4.5/1.7	2.8	2.6	31	20	49	47	33	45	6.4	27	6.4	5.7
5	Sierra Leona	1.8/0.7	2.0	2.4	33	23	48	48	32	41	6.5	31	4.3	5.2
6	Malawi	3.8/1.5	2.9	3.2	28	20	53	53	38	47	7.0	14	7.8	7.7
7	Etiopía	21.5/7.6	2.7	1.8	28	24	50	44	36	41	6.2	12	6.6	4.0
8	Guinea	3.0/1.2	1.9	2.4	33	22	48	47	33	42	6.2	24	6.6	5.5
9	Burkina Faso	3.9/1.5	2.0	2.5	29	18	52	47	36	47	6.5	9	3.4	5.1
10	Níger	3.3/1.3	2.7	2.9	31	21	46	51	35	45	7.1	18	6.9	7.0
11	Chad	2.4/0.9	2.0	2.3	30	19	46	44	35	46	5.9	31	9.2	7.4
12	República Centroafricana	1.3/0.5	1.8	2.3	30	20	44	44	37	46	5.9	45	4.8	4.4
13	Somalia	3.5/1.4	2.7	3.5	28	20	49	51	36	45	6.6	35	6.1	5.9
14	Mauritania	0.9/0.3	2.3	2.6	28	19	48	46	35	46	6.5	39	12.4	7.4
15	Rwanda	3.5/1.4	3.3	3.4	22	17	50	51	42	49	6.3	7	6.3	7.9
16	Kampuchea Democrática	2.8/1.4	0.3	2.6	21	16	45	41	42	49	4.7	11	1.9	3.8
17	Yemen Democrático	1.1/0.4	2.8	2.9	29	16	50	47	37	51	6.7	42	3.2	4.5
18	Nepal	8.1/3.0	2.4	2.6	26	15	46	39	38	51	5.9	9	5.1	7.2
19	Bhután	0.6/0.2	1.6	1.9	25	17	43	38	38	48	5.5	5	3.7	5.1
20	Yemen	3.8/1.4	2.0	2.9	29	16	50	48	37	51	7.0	23	10.7	8.1
21	Burundi	2.4/0.7	1.9	2.8	25	17	44	46	42	49	6.3	7	1.8	8.9
22	Bangladesh	51.6/18.5	2.7	2.7	22	15	47	42	40	51	5.5	13	8.0	5.5
23	Benin	2.1/0.9	2.7	3.0	33	19	47	50	35	47	7.0	40	10.2	7.3
24	Madagascar	5.3/2.0	2.5	3.1	24	14	48	46	41	54	6.6	24	5.7	6.1
25	Sudán	11.3/4.3	3.0	3.0	25	16	47	44	39	50	6.4	22	5.1	4.1
26	Tanzania, Rep. Unida de	0.8/0.3	3.1	3.1	24	10	46	44	42	56	6.1	55		5.6
27	Namibia	12.5/5.2	3.3	3.7	24	14	51	50	41	53	7.1	30	8.7	11.2
28	Nigeria	53.4/21.8	2.5	3.4	24	15	52	50	40	51	7.0	34	4.8	6.1
29	Bolivia	3.2/1.2	2.5	2.7	22	14	46	43	43	53	6.0	50	2.9	4.3
30	Haití	2.6/0.9	2.0	1.8	23	13	43	34	42	55	4.7	29	4.0	4.0
Paises con alta mortalidad infantil (TMM5 de 95 a 170)														
Mediana														
	613T/220T	2.8	3.1	22	12	48	42	44	57	5.8	41	4.6	5.0	
31	Uganda	8.7/3.4	2.9	3.4	21	15	50	50	43	51	6.9	10	4.1	5.2
32	Gabón	0.4/0.1	3.5	3.8	24	16	31	39	41	52	5.0	44	4.2	6.4
33	Pakistán	54.3/22.3	3.1	3.7	23	12	49	47	43	57	6.4	31	4.3	5.0
34	Lao, Rep. Dem. Popular	1.7/0.7	1.4	2.1	23	16	45	41	40	49	5.7	18	4.8	5.7
35	Togo	1.5/0.6	3.0	3.0	26	14	48	45	39	53	6.1	24	7.2	6.3
36	Camerún, Rep. Unida del	4.9/1.8	2.7	2.7	24	15	44	41	40	51	5.7	47	8.1	6.5
37	India	319.3/112.4	2.3	2.2	21	11	43	32	44	58	4.3	27	3.6	4.0
38	Liberia	1.1/0.4	3.0	3.2	23	13	46	45	41	55	6.5	43	6.2	5.7
39	Ghana	6.7/2.6	2.2	3.4	19	13	48	44	45	54	6.4	33	3.4	4.2
40	Costa de Marfil	6.0/2.4	4.2	4.2	25	14	53	51	39	53	7.4	45	8.7	6.6
41	Zaire	16.3/6.3	2.8	3.1	22	14	47	46	42	53	6.1	39	7.2	4.6
42	Senegal	3.2/1.3	2.5	2.6	27	19	48	46	37	46	6.4	38	4.1	3.6
43	Lesotho	0.8/0.3	2.3	2.8	24	12	43	41	42	56	5.8	19	14.6	7.0
44	Zambia	4.0/1.6	3.1	3.9	22	14	50	51	42	54	7.2	54	7.1	6.7
45	Egipto	22.1/8.1	2.4	2.7	21	10	45	36	46	61	4.8	48	2.9	3.6
46	Perú	8.9/3.2	2.8	2.6	19	9	47	34	48	62	4.4	69	4.1	3.5
47	Marruecos	10.4/3.7	2.5	2.6	21	10	50	35	47	61	4.8	47	4.2	4.3
48	Libia, Jamahiriya Árabe	2.0/0.8	4.6	4.1	19	9	49	44	47	61	6.8	68	9.7	6.5
49	Indonesia	67.9/21.4	2.3	1.8	23	11	44	27	41	56	3.2	27	4.7	4.5
50	Congo	0.9/0.3	2.7	2.6	23	17	45	44	38	49	6.0	41	3.5	3.9
51	Zimbabue	4.4/1.6	3.1	3.1	20	10	53	42	45	59	5.8	27	7.5	5.5
52	Kenia	12.5/5.1	3.6	4.1	22	12	53	54	45	59	8.1	22	9.0	8.2
53	Honduras	2.3/0.8	3.2	3.5	19	8	51	40	46	64	5.5	42	5.5	5.5
54	Argelia	11.3/4.1	3.1	3.1	20	9	51	40	47	63	6.0	44	3.8	3.9
55	Guatemala	4.2/1.5	2.8	2.8	19	9	49	41	46	62	5.7	41	3.6	3.7
56	Arabia Saudita	6.2/2.4	4.6	4.2	23	7	49	42	44	64	7.2	76	8.5	5.8
57	Sudáfrica	13.3/4.7	2.4	2.2	17	10	42	32	49	61	4.4	58	2.6	3.3
58	Nicaragua	1.8/0.7	3.1	3.3	18	8	51	42	47	64	5.5	59	4.6	4.5
59	Myanmar	16.1/5.5	2.3	2.1	21	10	42	30	44	60	4.0	24	2.8	2.3

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1988 (véase tabla 1)

	Población menor 15 años (millones) 1988	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 %		
		1965-80 / 1960-87		1960 1988		1960 1988		1960 1988		1988	1988	1965-80 / 1980-87		
		1965-80 / 1960-87	1965-80 / 1960-87	1960 1988	1960 1988	1960 1988	1960 1988	1960 1988	1988	1988	1965-80 / 1980-87	1965-80 / 1980-87		
Países con mediana mortalidad infantil (TMM5 de 31 a 94)														
Mediana														
	706T/232T	2.6	2.3	15	7	44	29	53	66	3.6	53	4.5	3.7	
60	Irán	8.7/3.2	3.4	3.5	20	8	49	42	48	64	6.3	73	5.3	4.8
61	Turquía	19.9/6.8	2.4	2.3	18	8	45	28	50	64	3.5	47	4.3	3.3
62	Botswana	0.6/0.2	3.5	3.6	20	11	52	47	46	59	6.2	22	15.4	8.2
63	Irán, Rep. Islámica de	24.2/9.5	3.2	3.9	21	8	47	42	50	66	5.6	54	5.5	5.0
64	Viet Nam	27.0/9.2	2.2	2.2	23	9	41	32	44	62	4.0	21	4.1	3.5
65	Ecuador	4.4/1.6	3.1	2.8	15	7	46	35	53	66	4.6	55	5.1	4.8
66	Brasil	54.6/18.7	2.4	2.2	13	8	43	28	55	65	3.4	75	4.5	3.6
67	El Salvador	2.4/0.8	2.7	1.3	16	8	48	36	50	63	4.8	44	3.5	2.0
68	Tunoz	3.2/1.1	2.1	2.5	19	7	47	30	48	66	4.0	54	4.2	2.9
69	Papúa Nueva Guinea	17.0/6.6	2.3	2.6	23	12	44	39	41	54	5.7	15	8.4	4.6
70	Rep. Dominicana	2.8/1.0	2.7	2.3	16	7	50	31	52	66	3.7	59	5.3	4.2
71	Filipinas	25.4/9.0	2.9	2.6	15	8	45	33	53	64	4.3	41	4.0	3.9
72	Guyana	0.4/0.1	1.9	1.9	10	5	42	24	60	70	2.7	34	3.1	3.1
73	México	34.9/11.4	3.1	2.3	12	6	46	29	57	69	3.5	72	4.5	3.3
74	Colombia	11.8/4.1	2.2	2.1	13	7	45	29	55	65	3.5	69	3.5	3.1
75	Siria, Rep. Árabe	5.9/2.2	3.4	3.5	18	7	47	44	50	65	6.7	51	4.5	4.4
76	Omán	0.7/0.3	3.6	4.2	28	13	51	46	40	56	7.2	10	8.1	8.0
77	Paraguay	1.7/0.6	2.8	3.1	9	7	43	35	64	67	4.6	46	3.2	4.5
78	Mongolia	0.9/0.3	3.0	2.9	15	8	41	39	52	64	5.4	51	4.5	2.9
79	Jordania	2.0/0.8	2.6	3.7	23	6	50	46	47	66	7.2	67	5.3	5.1
80	Líbano	1.1/0.4	1.6	0.7	14	8	43	29	60	67	3.3	83	4.6	1.9
81	Tailandia	19.7/6.0	2.7	1.8	15	7	44	22	52	65	2.5	22	4.6	4.6
82	Venezuela	7.7/2.7	3.5	2.8	10	5	45	30	60	70	3.7	89	4.5	3.7
83	Sri Lanka	5.9/1.9	1.8	1.6	9	6	36	22	62	70	2.6	21	2.3	1.4
84	China	324.9/102.0	2.2	1.3	19	7	37	21	47	70	2.4	21	2.6	1.7
85	Argentina	10.1/3.2	1.6	1.4	9	9	24	21	65	71	2.9	86	2.2	1.8
86	Panamá	0.9/0.3	2.6	2.1	10	5	41	27	61	72	3.1	54	3.4	3.0
87	Albania	1.1/0.4	2.5	2.0	10	6	41	24	62	72	3.0	35	3.4	2.5
88	Corea, Rep. Pop. Dem. de	8.7/3.0	2.7	2.4	13	5	41	29	54	69	3.6	66	4.6	3.7
89	Corea, Rep. de	8.7/3.0	1.9	1.4	14	6	43	19	54	69	2.0	69	5.7	3.9
90	Emiratos Árabes Unidos	0.5/0.2	16.1	4.9	19	4	46	22	53	71	4.8	77	18.9	4.3
91	Malasia	6.4/2.3	2.5	2.3	15	6	44	29	54	70	3.5	41	4.5	4.5
92	URSS	78.4/25.2	0.9	0.8	7	11	24	18	68	70	2.4	67	2.2	1.5
93	Uruguay	0.9/0.3	0.4	0.7	10	10	22	19	68	71	2.6	85	0.7	0.9
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 30)														
Mediana														
	212T/65T	0.9	0.5	9	10	21	14	69	75	1.7	74	2.1	1.2	
94	Maucio	0.3/0.1	1.6	1.5	10	5	44	18	59	69	1.9	42	4.0	1.3
95	Yugoslavia	5.9/1.8	0.9	0.7	10	9	23	15	63	72	1.9	49	3.0	2.4
96	Rumania	5.9/1.7	1.1	0.5	9	11	20	15	65	70	2.1	50	3.4	0.9
97	Chilo	4.2/1.4	1.8	1.7	13	6	37	24	57	72	2.7	85	2.6	2.3
98	Trinidad y Tabago	0.4/0.1	1.3	1.6	9	6	38	24	64	70	2.7	67	5.0	3.6
99	Kuwait	0.8/0.3	7.0	4.3	10	3	44	32	80	73	4.8	95	8.2	4.9
100	Jamaica	0.9/0.3	1.5	1.5	9	6	39	26	63	74	2.8	51	3.4	2.6
101	Costa Rica	1.1/0.4	2.6	2.8	10	4	47	28	62	75	3.2	52	3.7	4.4
102	Bulgaria	2.0/0.6	0.5	0.2	9	12	18	13	68	72	1.9	69	2.8	1.4
103	Hungría	2.3/0.6	0.4	-0.1	10	13	16	12	68	70	1.7	59	1.8	1.1
104	Polonia	10.3/3.2	0.8	0.8	8	10	24	16	67	71	2.2	62	1.8	1.7
105	Cuba	2.5/0.8	1.5	0.5	9	7	32	16	63	74	1.7	74	2.7	1.5
106	Grecia	2.2/0.6	0.7	0.5	8	10	19	12	69	76	1.7	62	2.5	1.3
107	Portugal	2.4/0.7	0.6	0.6	11	10	24	13	63	73	1.7	32	2.0	1.8
108	Checoslovaquia	4.0/1.1	0.5	0.2	10	12	17	14	70	71	2.0	67	1.9	1.2
109	Israel	1.5/0.5	2.8	1.7	6	7	27	21	69	75	2.9	91	3.5	2.0
110	EE. UU.	56.3/18.3	1.0	0.9	9	9	23	15	70	75	1.8	74	1.2	1.0
111	Bélgica	2.0/0.6	0.3	0.1	12	12	17	12	70	75	1.5	97	0.5	0.3
112	Rep. Dem. Alemana	3.5/1.1	-0.2	-0.1	13	13	17	13	70	73	1.7	78	0.1	0.2
113	Singapur	0.7/0.2	1.6	1.1	8	6	38	16	64	73	1.6	100	1.6	1.1
114	Nueva Zelanda	0.8/0.3	1.3	0.8	9	8	26	16	71	75	1.9	84	1.5	0.9
115	España	9.0/2.5	1.0	0.5	9	9	21	13	69	77	1.7	77	2.4	1.3
116	Dinamarca	1.0/0.3	0.5	0.5	9	11	17	11	72	75	1.5	86	1.1	0.3
117	Reino Unido	11.5/3.7	0.2	0.1	12	12	17	13	71	75	1.8	92	0.5	0.3
118	Italia	11.2/3.0	0.6	0.2	10	10	18	11	69	76	1.4	68	1.0	0.5
119	Australia	4.0/1.2	1.8	1.3	9	7	22	15	71	76	1.8	85	0.2	1.3
120	Alemania, Rep. Fed. de	9.8/3.1	0.3	-0.2	11	12	17	11	69	75	1.4	86	0.8	0.1
121	Hong Kong*	1.4/0.4	2.1	1.5	7	6	35	16	66	76	1.7	93	2.3	1.7
122	Austria	1.4/0.4	0.3	-0.1	12	12	18	12	69	74	1.5	57	0.1	0.5
123	Noruega	0.9/0.3	0.6	0.3	9	11	18	12	73	77	1.7	74	5.0	0.9
124	Francia	12.3/3.8	0.7	0.4	12	10	18	14	70	76	1.8	74	2.7	0.5
125	Irlanda	1.1/0.3	1.2	0.9	12	9	21	18	70	74	2.5	58	2.2	1.5
126	Países Bajos	2.9/0.9	0.9	0.4	8	9	21	12	73	77	1.4	88	1.5	0.4
127	Canadá	5.9/1.9	1.3	1.1	8	7	26	14	71	77	1.6	76	1.5	1.2
128	Japón	26.0/7.0	1.2	0.6	8	7	18	11	68	78	1.7	77	2.1	0.7
129	Suiza	1.2/0.4	0.5	0.4	10	10	18	12	71	77	1.6	59	1.2	0.8
130	Suecia	1.5/0.4	0.5	0.1	10	12	15	11	73	77	1.6	84	1.0	0.2
131	Finlandia	1.0/0.3	0.3	0.4	9	10	19	12	68	75	1.6	66	2.5	1.8

TABLA 6: INDICADORES ECONÓMICOS

	PNB per cápita (dólares) 1987	Tasa media anual de crecimiento PNB per cápita %		Tasa de inflación % 1980-1987	Población por déficit del nivel de pobreza absoluta % 1977-1987 urbana / rural	Gasto público en salud / educación / defensa % 1986/87	Flujos de AOD millones dólares (1987) en % PNB país receptor (1987)	Servicio de la deuda en % exportación bienes y servicios	
		1965-80	1980-87					1970	1987
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 170)									
Mediana	275	1.5	-1.7	10	45/65	6/12/9	283/15	4	18
1 Afganistán	170	0.6	-8.2	27	18/36	/ / /	/ / /		
2 Mozambique	210	2.1*	0.5	4	27*/48*	2/ 9/8	364/19	1	10
4 Angola	470*				/ / /	/ / /	/ / /		
5 Sierra Leona	300	0.7	-2.0	50	/ / /	6/13/3	68/7	11	
6 Malawi	160	3.2	0.0	12	25/85	7/11/7	280/23	8	23
7 Etiopía	130	0.4	-1.6	3	60/65	/ / /	635/12	11	28
8 Guinea		1.3			/ / /	/ / /	/ / /		
9 Burkina Faso	190	1.7	2.5	4	/ / /	6/19/17	283/16	7	
10 Níger	260	-2.5	-4.9	4	/ / /	/ / /	348/16	4	34
11 Chad	150	-1.9	0.0	5	30*/56*	/ / /	198/20	4	4
12 República Centroafricana	330	0.8	-0.7	8	/ / /	/ / /	173/16	5	12
13 Somalia	290	-0.1	-2.5	38	40/70	7/ / /	580/57	2	8
14 Mauritania	440	-0.1	-1.6	10	/ / /	/ / /	178/19	3	18
15 Rwanda	300	1.6	-1.0	5	30/90	/ / /	243/12	1	11
16 Kampuchea Democrática					/ / /	/ / /	/ / /		
17 Yemen Democrático	420		-6.1	5	/ / /	6/ / /	80/8	38	
18 Nepal	160	0.0		9	55/61	5/12/6	345/13	3	10
19 Bhután	150		0.0		/ / /	42/17/ /	/ / /		
20 Yemen	590	6.5*	2.0	11	/ / /	4/17/22	349/8	25	
21 Burundi	250	2.4	-0.1	8	55/85	6/16/18	192/15	2	39
22 Bangladesh	160	-0.3	0.8	11	86/86	10/11/10	1637/9	24	
23 Benin	310	-0.3	-0.8	8	/ / /	6/18/ /	136/8	2	16
24 Madagascar	210	0.4	-3.7	17	50/50	/ / /	327/16	4	35
25 Sudán	330	0.8	-4.3	32	/ / /	/ / /	902/11	11	7
26 Tanzania, Rep. Unida de	180	0.8	-1.7	5	/ / /	6/ 8/16	882/25	5	19
27 Namibia					/ / /	/ / /	/ / /		
28 Nigeria	370	4.2	-4.7	10	/ / /	1/ 3/3	69/ /	4	10
29 Bolivia	580	1.7	4.9	602	/ / /	1/12/6	318/7	11	22
30 Haití	360	0.9	-2.1	8	70*/80*	/ / /	218/10	59	7
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 95 a 170)									
Mediana	580	1.8	-1.3	9	29/42	4/15/10	258/6	6	19
31 Uganda	260	2.2	-2.4	85	/ / /	2/15/26	276/7	3	20
32 Gabón	2700	5.6	-3.5	3	/ / /	/ / /	82/2	6	5
33 Pakistán	350	1.8	3.3	7	32/29	1/ 3/30	858/2	24	26
34 Lao, Rep. Dem. Popular	170			47	/ / /	/ / /	59/8		
35 Togo	290	1.7	-3.4	7	42/ /	4/13/8	123/10	3	14
36 Camerún, Rep. Unida del	970	2.4	4.5	8	15/40	4/13/8	213/2	3	16
37 India	300	1.5	3.2	8	40/51	2/ 3/22	1852/1	22	19
38 Liberia	450	0.5	-5.2	2	/ / /	7/16/9	78/7	8	3
39 Ghana	390	-0.8	-2.0	48	59*/37*	8/24/7	373/7	6	19
40 Costa de Marfil	740	2.8	-3.0	4	30*/26*	4/21/4	254/3	7	20
41 Zaire	150	-1.3	-2.5	54	/ / /	/ / /	621/11	4	13
42 Senegal	520	-0.5	0.1	9	/ / /	/ / /	642/14	3	21
43 Lesoto	370	6.8	-0.9	12	50/55	7/16/10	108/29	5	4
44 Zambia	250	-1.2	-5.6	29	25/ /	5/ 8/ /	429/21	6	14
45 Egipto	680	2.8	2.9	9	21/25	3/12/20	1766/5	38	19
46 Perú	1470	0.8	-1.0	102	49/ /	4/ / /	292/1	12	13
47 Marruecos	610	2.7	0.3	7	28/45	3/17/15	401/2	9	30
48 Libia, Jamahiriya Árabe	5460	0.0	-10.5		/ / /	/ / /	6/ /		
49 Indonesia	450	5.2	1.7	9	26/44	2/ 9/9	1245/2	7	28
50 Congo	870	2.7	1.7	2	/ / /	/ / /	152/7	12	19
51 Zimbabue	580	1.7	-1.3	12	/ / /	6/20/14	295/5	2	23
52 Kenia	330	3.1	-0.9	10	10/55	7/23/9	565/7	6	29
53 Honduras	810	1.1	-2.0	5	14/55	/ / /	258/6	3	23
54 Argelia	2680	4.2	0.6	6	20/ /	6/25/9	222/ /	4	49
55 Guatemala	950	3.0	-3.6	13	66/74	/ / /	241/3	7	25
56 Arabia Saudita	6200	4.0*	-11.8	-3	/ / /	/ / /	22/ /		
57 Sudáfrica	1890	3.2	-1.3	14	/ / /	/ / /	/ / /		
58 Nicaragua	830	-0.7	-4.7	87	21/19	/ / /	141/4	11	
59 Myanmar	200*	1.6		3	40/40	8/12/19	/ / /	12	

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1988 (véase tabla 1)

Países con mediana mortalidad infantil (TMM5 de 31 a 94) Mediana	PNB per cápita (dólares) 1987	Tasa media anual de crecimiento PNB per cápita %		Tasa de inflación % 1980-1987	Población por debajo del nivel de pobreza absoluta % 1977-1987 urbana / rural	Gasto público en salud / educación / defensa % 1986/87	Flujo de AOD millones dólares (1987) en % PNB pas receptor (1987)	Servicio de la deuda en % exportación bienes y servicios	
		1965-80	1980-87					1970	1987
	1400	4.0	-0.3	13	20/33	6/14/11	180/3	10	22
60 Iraq	3020*			30	/	5/ / /	/		
61 Turquía	1210	3.6	3.0	37	/	2/13/11	417/1	22	32
62 Botswana	1050	9.9	8.0	8	40/55	6/18/8	154/10	1	4
63 Irán, Rep. Islámica de		2.9				8/20/14			
64 Viet Nam					6/	/	/		
65 Ecuador	1040	5.4	-2.0	30	40/65	7/25/12	203/2	9	21
66 Brasil	2020	6.3	1.0	166	/	6/ 3/3	288/	13	27
67 El Salvador	860	1.5	-2.0	17	20/32	7/17/27	426/9	4	19
68 Túnez	1180	4.7	0.7	8	20/15	7/14/8	282/3	20	27
69 Papua Nueva Guinea	700		0.1	4	10/75	10/16/5	322/11	1	13
70 Rep. Dominicana	730	3.8	-1.5	16	45/43	9/13/8	130/3	4	4
71 Filipinas	590	3.2	-3.3	17	50*/64*	6/18/9	775/2	8	23
72 Guyana	390	0.7*	-6.7	14	/	2/ 3/	/		
73 México	1830	3.6	-1.6	69	/	1/ 9/1	156/	24	30
74 Colombia	1240	3.7	0.9	24	32*/70*	/	78/	12	33
75 Sina, Rep. Árabe	1640	5.1	-3.2	11	/	1/ 9/39	697/3	11	17
76 Oman	5810	9.0	8.6	-7	/	5/11/44	16/		
77 Paraguay	990	4.1	-2.1	21	19/50	3/12/12	82/2	12	21
78 Mongolia									
79 Jordania	1560	5.8*	-0.7	3	14/17	4/14/30	595/12	4	22
80 Líbano							100/		
81 Tailandia	850	4.4	3.4	3	15/34	6/19/19	506/1	3	14
82 Venezuela	3230	2.3	-3.1	11	/	10/20/6	19/	3	23
83 Sri Lanka	400	2.8	3.0	12	/	5/ 8/10	502/8	11	19
84 China	290	-4.1	9.1	4	/10*	/	1449/1	7	
85 Argentina	2390	1.7	-1.8	299	/	2/ 6/6	99/	22	45
86 Panamá	2240	2.8	0.3	3	21/30	16/16/	40/1	8	7
87 Albania					/	/	/		
88 Corea, Rep. Pop. Dem. de					/	/	/		
89 Corea, Rep. de	2690	7.3	7.3	5	18/11	2/18/27	11/	20	22
90 Emiratos Árabes Unidos	15830		-9.3			6/10/45	115/1		
91 Malasia	1810	4.7	1.1	1	13/38	/	363/1	4	14
92 URSS	4550*					/	/		
93 Uruguay	2190	2.5	-2.3	55	22*/	5/ 7/10	18/	22	24
Países con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 30) Mediana	7940	3.3	1.6	7	/	10/ 9/6	35/	7	18
94 Mauricio	1490	3.7	4.4	8	12/12	8/12/1	65/4	3	6
95 Yugoslavia	2480	5.2	0.0	57	/	/	35/	10	13
96 Rumania	2560*				/	1/ 2/5	/		
97 Chile	1310	0.0	-1.1	21	/	6/13/11	21/	19	21
98 Trinidad y Tabago	4210	3.1	-6.5	6	39	/	34/1	5	
99 Kuwait	14610	0.6*	-3.2	5	/	8/14/14	3/		
100 Jamaica	940	-0.1	-2.5	19	80	7/ / /	169/6	3	27
101 Costa Rica	1610	3.3	-0.5	29	/	19/16/2	228/5	10	12
102 Bulgaria	4150*				/	/	/		
103 Hungría	2240	5.1	1.8	6	/	4/ 2/4	/	27	
104 Polonia	2070*			31	/	/	/		
105 Cuba					/	/	/		
106 Grecia	4020	4.8	0.0	20	/	/	34/	9	34
107 Portugal	2830	4.6	1.4	21	/	/	65/	7	38
108 Checoslovaquia	5820*				/	/	/		
109 Israel	6800	3.7	1.5	159	/	3/ 8/30	1251/4	3	18
110 E.E. UU.	18530	1.8	2.0	4	/	12/ 2/26	/		
111 Bélgica	11480	3.6	1.3	5	/	2/13/5	/		
112 Rep. Dem. Alemana	7180*				/	/	/		
113 Singapur	7940	8.3	5.7	1	/	4/18/19	23/	1	1
114 Nueva Zelanda	7750	1.7	1.3	12	/	12/11/5	/		
115 España	6010	4.1	1.6	11	/	13/ 6/6	/		
116 Dinamarca	14930	2.2	2.5	7	/	1/ 9/5	/		
117 Reino Unido	10420	2.0	2.6	6	/	13/ 2/13	/		
118 Italia	10350	3.2	1.8	12	/	10/ 7/3	/		
119 Australia	11100	2.2	1.4	8	/	10/ 7/9	/		
120 Alemania, Rep. Fed. de	14400	3.0	1.8	3	/	18/ 1/8	/		
121 Hong Kong*	8070	6.2	5.3	7	/	/	19/		
122 Austria	11980	4.0	1.6	4	/	13/10/3	/		
123 Noruega	17190	3.6	3.7	6	/	11/ 9/8	/		
124 Francia	12790	3.7	0.9	8	/	21/ 8/6	/		
125 Irlanda	6120	2.8		10	/	13/11/3	/		
126 Países Bajos	11860	2.7		2	/	11/12/5	/		
127 Canadá	15160	3.3	2.1	5	/	6/ 4/8	/		
128 Japón	15760	5.1	3.2	1	/	/	/		
129 Suiza	21330	1.5	1.6	4	/	13/ 3/10	/		
130 Suecia	15550	2.0	1.9	8	/	1/ 9/7	/		
131 Finlandia	14470	3.6	2.5	7	/	11/14/5	/		

TABLA 7: SITUACIÓN DE LA MUJER

	Esperanza de vida femenina/masculina % 1987	Tasa de alfabetización femenina/masculina % 1985	Tasas de escolarización		Prevalencia de anticonceptivos % 1980-1987	Mujeres embarazadas inmunizadas Tetanos % 1987-1988	Partos atendidos por personal especializado % 1983-1988	Tasa de mortalidad materna 1980-1987
			Primaria fem./masc. % 1986-1988	Secundaria fem./masc. % 1986-1988				
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 170)								
Mediana	107.0	50	65	48	5	20	25	600
1 Afganistán	102.4	21	52	50		6	8	690*
2 Mozambique	107.2	40	78	57	4*	43	28	...
3 Mali	107.5	48	59	44	5	17	27	...
4 Angola	107.3	67	...	...	1	19	15	...
5 Sierra Leona	108.0	55	71	48	...	50	25	450
6 Malawi	103.1	60	81	60	7	63	45	100*
7 Etiopía	108.0	...	61	67	2	7	14	...
8 Guinea	107.8	43	44	31	1*	6	25	...
9 Burkina Faso	107.2	29	59	50	1	15	30	810
10 Níger	107.5	47	54	...	1*	8	47	420
11 Chad	107.2	28	40	20	1	10	24*	860*
12 República Centroafricana	107.2	55	62	35	...	20	66	600
13 Somalia	107.3	33*	...	...	...	26	2	1100
14 Mauritania	107.3	...	69	39	1	...	20	...
15 Rwanda	107.0	54	96	71	10	43	22	210*
16 Kampuchea Democrática	106.1	77*	...	44	...	3	47*	...
17 Yemen Democrático	106.0	42	37	42	...	5	10	...
18 Nepal	97.6	31	45	31	14	31	6	830
19 Bhután	96.9	...	65	29	...	42	7	1710
20 Yemen	105.8	17*	28	13	1*	3	12	...
21 Burundi	107.0	61*	74	50	9	69	21	...
22 Bangladesh	98.6	51	84	46	22	11	5	600
23 Senegal	107.2	43	51	39	9	7	45	...
24 Madagascar	105.7	84	95	83	...	6	62	240
25 Sudán	104.9	42*	70	74	5*	20*	20	660
26 Tanzania, Rep. Unida de	106.6	95*	99	60	1	54	60	340*
27 Namibia	104.5	...	...	...	...	...	...	...
28 Nigeria	107.0	57	...	...	5	20	40*	800
29 Bolivia	108.9	77	88	88	26	25	36*	480
30 Haití	106.3	88	87	90	7	56	40	230
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 95 a 170)								
Mediana	106.5	64	83	67	12	26	41	300
31 Uganda	106.7	64	83	56	1	14	45	300
32 Gabón	106.6	76	...	...	...	60	92*	...
33 Pakistán	100.0	48	55	42	8	26	24*	500
34 Lao, Rep. Dem. Popular	106.3	83	83	70	...	7	...	...
35 Togo	106.9	53	63	33	...	72	15	...
36 Camerún, Rep. Unida del	108.1	66	84	63	2*	26	...	300*
37 India	100.3	51	72	54	34	58	33	340
38 Liberia	105.6	49	61	...	6	20	87	...
39 Ghana	106.8	67	81	65	10*	19	40	1000
40 Costa de Marfil	106.7	59	...	46	3	46	20	...
41 Zaire	106.6	57	81	44	1	43	...	...
42 Senegal	107.3	51	69	53	12	24	50*	600
43 Lesoto	117.4	136	125	144	5*	...	40	...
44 Zambia	104.0	80	90	...	1	45	...	151
45 Egipto	104.5	51	79	73	30	88	47	318
46 Perú	106.5	86	96	90	46	8	44	88
47 Marruecos	105.7	49	66	70	36	33	29*	300*
48 Libia, Jamahiriya Árabe	105.7	62	...	...	12*	76*	80*	...
49 Indonesia	105.1	78	96	...	48	33	31	450
50 Congo	107.0	78	...	...	...	47	...	1000*
51 Zimbabue	106.4	83	97	86	38	22	69	480*
52 Kenia	107.0	70	95	70	17	62	28	170*
53 Honduras	106.7	95	104	...	35	16	50	50
54 Argelia	105.2	59	83	75	7	...	15	140*
55 Guatemala	107.9	75	85	...	23	18	34	110
56 Arabia Saudita	105.6	44*	83	67	...	50	74	...
57 Sudáfrica	110.3	...	...	...	48	...	...	83*
58 Nicaragua	104.3	...	111	200	27	25	41	47
59 Myanmar	105.9	...	...	...	5	24	57	135

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1988 (véase tabla 1)

	Esperanza de vida femenina/masculina % 1987	Tasa de alfabetización femenina/masculina % 1985	Tasas de escolarización		Prevalencia de anticonceptivos % 1980-1987	Mujeres embarazadas inmunizadas Tétanos % 1987-1988	Partos atendidos por personal especializado % 1983-1988	Tasa de mortalidad materna 1980-1987
			Primaria fem./masc. % 1986-1988	Secundaria fem./masc. % 1986-1988				
Paises con mediana mortalidad infantil (TMM5 de 31 a 94)								
Mediana	106.6	93	98	99	49	40	78	78
60 Iraq	102.9	97	87	63	..	56	50*	..
61 Turquía	105.2	72*	93	60	51	7	78*	210
62 Botswana	110.8	95	105	107	28	61	77	250
63 Iran, Rep. Islámica de	100.3	63	86	68	23	50	82*	..
64 Viet Nam	107.4	91*	88	93	20	..	99*	140
65 Ecuador	106.6	94	98	104	44	5	27	190
66 Brasil	108.5	96	..	128	66	..	95	120
67 El Salvador	113.7	92	105	111	70	19	35	70
68 Tunes	102.5	60	85	74	41	34	68	310*
69 Papua Nueva Guinea	103.1	64	85	56	4	17	34	900
70 Rep. Dominicana	106.6	99	104	102	50	87	57*	74
71 Filipinas	106.1	99	102	100	45	37	57	93
72 Guyana	107.4	98	..	..	31*	57	96	..
73 México	110.0	96	98	98	53	..	94	82
74 Colombia	107.3	100*	103	102	65	40	51	110
75 Siria, Rep. Árabe	105.9	57	90	70	20*	40	37*	280
76 Omán	104.9	26*	89	63	..	70	60	..
77 Paraguay	106.6	93	95	100	45	64	22	380
78 Mongolia	106.7	95	103	109	..	..	99	100
79 Jordania	105.7	72	101	98	26	54	83	..
80 Líbano	106.0	80	91	98	..	..	..	..
81 Tailandia	106.4	94	..	..	66	61	40*	..
82 Venezuela	109.2	97	100	123	49*	..	82*	59
83 Sri Lanka	106.2	91	97	110	62	38	87	60
84 China	104.4	68	89	74	74	..	..	44
85 Argentina	110.0	99	100	113	74	..	..	69
86 Panamá	105.7	99	95	113	58	27	89	57
87 Albania	107.3	..	99	89	..	..	..	..
88 Corea, Rep. Pop. Dem. de	109.8	..	..	..	..	..	65	41
89 Corea, Rep. de	109.4	92*	100	95	70	..	70*	26
90 Emiratos Árabes Unidos	106.3	..	102	120	..	..	96	..
91 Malasia	106.0	82	100	100	51	53	82	59
92 URSS	113.9	..	..	..	..	..	98	48
93 Uruguay	109.9	..	98	..	..	13	97	38
Paises con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 30)								
Mediana	108.4	93	100	103	71	..	99	10
94 Mauricio	108.2	87	102	94	75	65	85	100
95 Yugoslavia	108.5	89	99	96	55*	..	86*	22
96 Rumanía	108.1	..	..	101	58*	..	100*	150
97 Chile	110.3	99*	98	106	43	..	98	47
98 Trinidad y Tabago	107.4	98	101	106	53	60	98	54
99 Kuwait	106.0	83	97	92	..	2	99	6
100 Jamaica	107.5	..	102	108	52	50	89	110
101 Costa Rica	106.4	99	97	108	70	90	93*	36
102 Bulgaria	108.3	..	98	101	76*	..	100	13
103 Hungría	111.3	..	100	101	73	..	99*	26
104 Polonia	111.8	..	100	105	75*	..	100*	11
105 Cuba	105.0	100*	94	108	60	..	..	34
106 Grecia	106.0	91	100	90	..	..	97*	9
107 Portugal	109.7	90	94	119	66	..	87*	12
108 Checoslovaquia	111.0	..	101	182	95*	..	100	10
109 Israel	104.9	96	103	110	..	..	100*	5
110 EE. UU.	109.8	..	99	101	68	..	99	8
111 Bélgica	109.2	..	101	101	81*	..	100	9
112 Rep. Dem. Alemana	108.1	..	98	96	..	..	99*	16
113 Singapur	108.0	85	96	104	74	90	100	5
114 Nueva Zelanda	108.5	..	99	102	70*	..	99	6
115 España	108.3	95	100	110	59	..	96	11
116 Dinamarca	107.8	..	101	101	63*	..	100*	4
117 Reino Unido	107.9	..	101	104	83	..	100*	9
118 Italia	109.3	98	..	..	78*	..	100*	10
119 Australia	109.1	..	99	103	71	..	99*	8
120 Alemania, Rep. Fed. de	109.1	..	100	96	78	..	100*	11
121 Hong Kong*	107.7	85	99	107	72	90	92	5
122 Austria	110.2	..	99	104	71*	..	..	7
123 Noruega	109.1	..	100	105	71*	..	100*	2
124 Francia	111.3	..	99	108	79*	..	99*	14
125 Irlanda	107.6	..	100	111	..	..	..	12
126 Paises Bajos	109.1	..	102	98	76*	..	100*	5
127 Canadá	109.4	..	98	100	73	..	99	3
128 Japón	107.6	..	100	102	64	..	100	16
129 Suiza	108.9	..	..	..	71*	..	99*	5
130 Suecia	108.0	..	..	102	78	..	100*	5
131 Finlandia	110.9	..	99	116	80*	..	100*	6

TABLA 8: INDICADORES BÁSICOS DE LOS PAÍSES MENOS POBLADOS

	Tasa de mortalidad menores de cinco años		Tasa de mortalidad infantil (0-1 años)		Población total (millones) 1988	N.º anual de nacimientos mujeres infantiles (0-4 años) (miles) 1988	PNB per cápita (dólares) 1987	Esperanza de vida al nacer (años) 1988	Adultos alfabetizados hombres/mujeres % 1985	Escribanza en enseñanza primaria % 1985/1988
	1960	1988	1960	1988						
1 Gambia	375	245	213	142	0.8	38/9	220	43	36/15	76/47
2 Guinea-Bissau	315	223	188	131	0.9	39/9	160	45	46/17	73/39
3 Guinea Ecuatorial	315	214	188	126	0.4	18/4	180*	47	/	/
4 Djibouti		169*	186	121	0.4	18/3	480*	47	15*/9*	/
5 Swazilandia	227	174	152	117	0.7	35/6	700	56	70/66	105/103
6 Vanuatu				101 ^y	0.2	/	/		57*/48*	/
7 Comoras	216	129	128	79	0.5	22/3	370	52	56*/40*	90/70
8 Maldivas		91 ^y		68 ^y	0.2	/	300		95*/90*	/
9 Santo Tomé y Príncipe		91 ^y		66 ^y	0.1	/	280		73*/42*	/
10 Cabo Verde	213	91	143	85	0.4	14/1	500	61	61/39	112/105
11 Islas Salomon				44 ^y	0.3	/	420		/	/
12 San Cristóbal-Nevis				40 ^y	()	/	1700		/	/
13 Dominica				40 ^y	0.1	/	1440		/	/
14 Samoa				33 ^y	0.2	/	550		/	/
15 San Vicente				33 ^y	0.1	/	1000		/	/
16 Qatar	239	39	145	30	0.3	10/()	12510	69	51*/51*	122/119
17 Surinam	96	39	70	30	0.4	10/()	2270	70	90/90	129/121
18 Fiji	98	32	71	27	0.7	19/1	1570	71	90/81	129/129
19 Bolívia		32 ^y		25 ^y	0.1	/	1240	71 ^y	93*/93*	104*/102*
20 Bahrein	208	31	130	25	0.5	13/()	8510*	71	79/64	111/108
21 Bahamas				23	0.3	/	10280		/	/
22 Antigua y Barbuda		26 ^y	26	21 ^y	0.1	/	2540		/	/
23 Santa Lucía				20 ^y	0.1	/	1400		/	/
24 Seychelles		21 ^y		17 ^y	0.1	/	3120		/	103*/102*
25 Granada				14 ^y	0.1	/	1340		/	/
26 Brunei Darussalam				12	0.2	/	15390		/	/
27 Barbados	66	15	54	11	0.3	5/()	5350	74	/	113*/108*
28 Chipre	36	13	30	12	0.7	13/()	5200	76	/	106/106
29 Luxemburgo	41	13	33	9	0.4	4/()	16550	74	/	/
30 Malta	42	9	37	7	0.3	5/()	4190	73	/	109/105
31 Islandia	22	9	17	7	0.2	4/()	16330	78	/	98/100

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1988

Medición del desarrollo humano

Introducción a la tabla 9

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

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

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

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

En tercer lugar, la TMM5 está menos expuesta que, por ejemplo, el PNB per cápita a la falacia del promedio estadístico. Esto se debe a que los límites naturales impiden que los hijos de los ricos puedan tener una probabilidad mil veces mayor de sobrevivir, aunque los límites sociales establecidos por los hombres 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 representati-

vo del estado de la infancia de un país. En consecuencia, las tablas estadísticas anexas ordenan los países según del 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, cuanto 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 en la TMM5 desde el índice 100 al 90 representa una reducción del 10 % mientras la misma disminución de diez puntos desde el índice 20 al 10 representa una reducción del 50 %.

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

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

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

TABLA 9: RITMO DE PROGRESO

	Tasa de mortalidad de menores de cinco años						PIB per cápita		Tasa global de fecundidad				
				Tasa media anual de reducción (%)			Tasa media anual de crecimiento (%)					Tasa media anual de reducción (%)	
	1960	1980	1988	1960-80	1980-88	**frecuencia 1988-2000	1965-80	1980-87	1960	1980	1988	1960-80	1980-88
Países con muy alta mortalidad infantil (TMM5 mayor de 170) Mediana	314	240	203	1.3	1.6	8.9	1.5	-1.7	6.7	6.5	6.5	-0.1	0.0
1 Afganistán	380	321	300	0.8	0.9	12.1	0.6		6.9	7.1	6.9	-0.1	0.4
2 Mozambique	330	258	298	1.2	-1.8	12.1		-8.2	6.3	6.5	6.4	-0.2	0.2
3 Mali	370	323	292	0.7	1.3	11.9	2.1*	0.5	6.4	6.7	6.7	-0.2	0.0
4 Angola	346	272	292	1.2	-0.9	11.9			6.4	6.4	6.4	0.0	0.0
5 Sierra Leona	386	300	266	1.3	1.5	11.1	0.7	-2.0	6.2	6.5	6.5	-0.2	0.0
6 Malawi	364	300	262	1.0	1.7	11.0	3.2	0.0	6.9	7.0	7.0	-0.1	0.0
7 Etiopía	294	260	259	0.6	0.1	10.9	0.4	-1.6	6.7	6.5	6.2	0.2	0.6
8 Guinea	346	281	248	1.0	1.6	10.5	1.3		6.4	6.2	6.2	0.2	0.0
9 Burkina Faso	362	265	233	1.6	1.6	10.0	1.7	2.5	6.8	6.5	6.5	0.2	0.0
10 Níger	320	258	228	1.1	1.6	9.8	-2.5	-4.9	7.0	7.1	7.1	-0.1	0.0
11 Chad	326	253	223	1.3	1.6	9.7	-1.9		6.0	5.9	5.9	0.1	0.0
12 República Centroafricana	308	244	223	1.2	1.1	9.7	0.8	-0.7	5.6	5.9	5.9	-0.3	0.0
13 Somalia	294	247	221	0.9	1.4	9.6	-0.1	-2.5	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0
14 Mauritania	320	249	220	1.3	1.6	9.5	-0.1	-1.6	6.5	6.5	6.5	0.0	0.0
15 Rwanda	248	231	206	0.4	1.4	9.0	1.6	-1.0	7.5	8.5	8.3	-0.6	0.3
16 Kampuchea Democrática	218	330	199	-2.1	6.3	8.7			6.3	4.6	4.7	1.6	-0.3
17 Yemen Democrático	378	236	197	2.4	2.3	8.6		-6.1	7.0	6.9	6.7	0.1	0.4
18 Nepal	297	222	197	1.5	1.5	8.6	0.0		5.8	6.4	5.9	-0.5	1.0
19 Bhután	297	222	197	1.5	1.5	8.6		0.0	6.0	5.6	5.5	0.3	0.2
20 Yemen	378	227	190	2.6	2.2	8.3	6.5*	2.0	7.0	7.1	7.0	-0.1	0.2
21 Burundi	258	215	188	0.9	1.7	8.2	2.4	-0.1	5.5	6.4	6.3	-0.8	0.2
22 Bangladesh	262	211	188	1.1	1.4	8.2	-0.3	0.8	6.7	6.4	5.5	0.2	1.9
23 Benín	310	211	185	1.9	1.6	8.1	-0.3	-0.8	6.8	7.0	7.0	-0.1	0.0
24 Madagascar	364	216	184	2.6	2.0	8.1	-0.4	-3.7	6.6	6.6	6.6	0.0	0.0
25 Sudán	293	210	181	1.7	1.9	7.9	0.8	-4.3	6.7	6.6	6.4	0.1	0.4
26 Tanzania, Rep. Unida de	248	201	176	1.1	1.7	7.7	0.8	-1.7	6.8	7.1	7.1	-0.2	0.0
27 Namibia	262	202	176	1.3	1.7	7.7			6.0	6.1	6.1	-0.1	0.0
28 Nigeria	318	198	174	2.4	1.6	7.6	4.2	-4.7	6.8	7.1	7.0	-0.2	0.2
29 Bolivia	282	207	172	1.6	2.3	7.5	1.7	-4.9	6.7	6.3	6.0	0.3	0.6
30 Haití	294	197	171	2.0	1.8	7.4	0.9	-2.1	6.2	5.2	4.7	0.9	1.3
Países con alta mortalidad infantil (TMM5 de 95 a 170) Mediana	241	152	125	2.3	2.2	4.8	1.8	-1.3	6.9	6.3	5.8	0.0	1.1
31 Uganda	224	187	169	0.9	1.3	7.4	-2.2	-2.4	6.9	6.9	6.9	0.0	0.0
32 Gabón	288	194	169	2.0	1.7	7.4	5.6	-3.5	4.1	4.4	5.0	-0.4	-1.6
33 Pakistán	277	192	166	1.8	1.8	7.2	1.8	-3.3	6.9	7.0	6.4	-0.1	1.1
34 Lao, Rep. Dem. Popular	232	189	159	1.0	2.2	6.8			6.2	6.2	5.7	0.0	1.1
35 Togo	305	176	153	2.8	1.8	6.5	1.7	-3.4	6.1	6.1	6.1	0.0	0.0
36 Camerun, Rep. Unida del	275	176	153	2.2	1.8	6.5	2.4	4.5	5.8	6.3	5.7	-0.4	1.3
37 India	282	180	149	2.2	2.4	6.3	1.5	3.2	5.9	4.8	4.3	1.0	1.4
38 Liberia	258	173	147	2.0	2.0	6.2	0.5	-5.2	6.2	6.5	6.5	-0.2	0.0
39 Ghana	224	165	146	1.5	1.5	6.1	-0.8	-2.0	6.9	6.5	6.4	0.3	0.2
40 Costa de Marfil	264	166	142	2.3	2.0	5.9	2.8	-3.0	7.2	7.4	7.4	-0.1	0.0
41 Zaire	251	174*	138*	1.8	2.9	5.7	-1.3	-2.5	6.0	6.1	6.1	-0.1	0.0
42 Senegal	313	205*	136*	2.1	5.1	5.5	-0.5	0.1	6.7	6.5	6.4	0.2	0.2
43 Lesoto	208	161	136	1.3	2.1	5.5	6.8	-0.9	5.8	5.8	5.8	0.0	0.0
44 Zambia	228	146	127	2.2	1.7	5.0	-1.2	-5.6	6.6	7.2	7.2	-0.4	0.0
45 Egipto	300	164	125	3.0	3.4	4.8	2.8	2.9	7.0	5.3	4.8	1.4	1.2
46 Perú	233	144	123	2.4	2.0	4.7	0.8	-1.0	6.9	5.2	4.4	1.4	2.1
47 Marruecos	265	152	119	2.8	3.1	4.4	2.7	0.3	7.2	5.7	4.8	1.2	2.2
48 Libia, Jamahiriya Árabe	268	150	119	2.9	2.9	4.4		-10.5	7.1	7.3	6.8	-0.1	0.9
49 Indonesia	235	145	119	2.4	2.5	4.4	5.2	1.7	5.5	4.4	3.2	1.1	4.0
50 Congo	241	132	114	3.0	1.8	4.6	2.7	1.7	5.8	6.0	6.0	-0.2	0.0
51 Zimbabue	182	132	113	1.6	1.9	4.5	1.7	-1.3	7.5	6.4	5.8	0.8	1.2
52 Kenia	208	133	113	2.2	2.0	4.4	3.1	-0.9	8.0	8.1	8.1	-0.1	0.0
53 Honduras	232	140	107	2.5	3.4	3.5	1.1	-2.0	7.3	6.4	5.5	0.7	1.9
54 Argelia	270	147	107	3.0	4.0	3.5	4.2	0.6	7.3	6.9	6.0	0.3	1.8
55 Guatemala	230	130	99	2.9	3.4	3.5	3.0	-3.6	6.9	6.3	5.7	0.5	1.3
56 Arabia Saudita	292	131	98	4.0	3.6	3.3	4.0*	-11.8	7.2	7.3	7.2	-0.1	0.2
57 Sudáfrica	192	120	95	2.4	2.9	3.8	3.2	-1.3	6.5	4.9	4.4	1.4	1.4
58 Nicaragua	210	132	95	2.3	4.1	3.0	-0.7	-4.7	7.3	6.1	5.5	0.9	1.3
59 Myanmar	229	118	95	3.3	2.7	4.0	1.6		6.0	4.8	4.0	1.1	2.3

Nota: los países están clasificados en orden descendente según su tasa de mortalidad de menores de cinco años en 1988 (véase tabla 1)

	Tasa de mortalidad de menores de cinco años						PNB per cápita		Tasa global de fecundidad				
				Tasa media anual de reducción (%)			Tasa media anual de crecimiento (%)					Tasa media anual de reducción (%)	
	1960	1980	1988	1960-80	1980-88	Requerida 1968-2000	1965-80	1980-87	1960	1980	1988	1960-80	1980-88
Paises con mediana mortalidad infantil (TMM5 de 31 a 94)													
Mediana	155	79	63	3.5	3.3	3.5	4.0	-1.3	6.5	4.4	3.7	1.6	1.7
60 Iraq	222	110	94	3.5	2.0	4.5			7.2	6.8	6.3	0.3	1.0
61 Turquía	258	133	93	3.3	4.5	2.7	3.6	3.0	6.3	4.1	3.5	2.2	2.0
62 Botswana	174	110	92	2.3	2.2	4.3	9.9	8.0	6.8	6.6	6.2	0.2	0.8
63 Irán, Rep. Islámica de	254	130	90	3.4	4.6	2.7	2.9		7.2	5.8	5.6	1.1	0.4
64 Viet Nam	233	116	88	3.5	3.5	3.5			6.0	5.2	4.0	0.7	3.3
65 Ecuador	183	107	87	2.7	2.6	4.0	5.4	-2.0	6.9	5.2	4.6	1.4	1.5
66 Brasil	160	103	85	2.2	2.4	4.1	6.3	1.0	6.2	4.0	3.4	2.2	2.0
67 El Salvador	206	110	84	3.1	3.4	3.5	1.5	-2.0	6.8	5.5	4.8	1.1	1.7
68 Túnez	255	113	83	4.1	3.9	3.1	4.7	0.7	7.1	5.3	4.0	1.5	3.5
69 Papua Nueva Guinea	247	111	81	4.0	3.9	3.1		0.1	6.3	6.0	5.7	0.2	0.6
70 Rep. Dominicana	200	102	81	3.4	2.9	3.9	3.6	-1.5	7.4	4.5	3.7	2.5	2.5
71 Filipinas	135	86	73	2.3	2.1	4.4	3.2	-3.3	6.8	4.9	4.3	1.6	1.6
72 Guyana	126*	82*	71*	2.2	1.8	4.6	0.7*	-6.7	6.4	3.6	2.7	2.9	3.6
73 México	140	83	68	2.6	2.5	4.0	3.6	-1.6	6.8	4.5	3.5	2.1	3.1
74 Colombia	148	78	68	3.2	1.7	4.6	3.7	0.9	6.7	4.1	3.5	2.5	2.0
75 Siria, Rep. Árabe	218	87	64	4.6	3.8	3.1	5.1	-3.2	7.3	7.3	6.7	0.0	1.1
76 Omán	378	146	64	4.8	10.3	0.0	9.0	8.6	7.2	7.2	7.2	0.0	0.0
77 Paraguay	134	70	62	3.3	1.5	4.8	4.1	-2.1	6.8	4.9	4.6	1.6	0.8
78 Mongolia	158	77	59	3.6	3.3	3.5			5.7	5.5	5.4	0.2	0.2
79 Jordania	218	80	57	5.0	4.2	3.0	5.8*	-0.7	7.7	7.3	7.2	0.3	0.2
80 Líbano	92	62	51	2.0	2.4	4.2			6.3	4.0	3.3	2.3	2.4
81 Tailandia	149	67	49	4.0	3.9	3.1	4.4	3.4	6.4	3.9	2.5	2.5	5.6
82 Venezuela	114	50	44	4.1	1.6	4.7	2.3	-3.1	6.5	4.3	3.7	2.1	1.9
83 Sri Lanka	113	58	43	3.3	3.7	3.3	2.8	3.0	5.3	3.5	2.6	2.1	3.7
84 China	202	56	43	6.4	3.3	3.6	4.1	9.1	5.7	2.6	2.4	3.9	1.0
85 Argentina	75	46	37	2.4	2.7	4.0	1.7	-1.8	3.1	3.3	2.9	-0.3	1.6
86 Panamá	105	43	34	4.5	2.9	3.6	2.8	0.3	5.9	3.8	3.1	2.2	2.5
87 Albania	151	58	34	4.8	6.7	1.3			5.9	3.8	3.0	2.2	3.0
88 Corea, Rep. Pop. Dem. de	120	43	33	5.1	3.3	3.4			5.7	4.3	3.6	1.4	2.2
89 Corea, Rep. de	120	43	33	5.1	3.3	3.4	7.3	7.3	5.7	2.6	2.0	3.9	3.3
90 Emiratos Árabes Unidos	239	43	32	8.6	3.7	3.1		-9.3	6.9	5.4	4.8	1.2	1.5
91 Malasia	106	42	32	4.6	3.4	3.5	4.7	1.1	6.8	4.0	3.5	2.7	1.7
92 URSS	53	33	32	2.4	0.4	5.3			2.7	2.3	2.4	0.8	-0.5
93 Uruguay	56	43	31	1.3	4.1	2.9	2.5	2.3	2.9	2.8	2.6	0.2	0.9
Paises con baja mortalidad infantil (TMM5 menor de 30)													
Mediana	44	17	12	4.6	4.0	2.9	3.3	1.6	2.9	2.0	1.7	2.0	1.3
94 Mauricio	104	42	29	4.5	4.6	2.7	3.7	4.4	5.9	2.7	1.9	3.9	4.4
95 Yugoslavia	113	36	28	5.7	3.1	3.7	5.2	0.0	2.8	2.1	1.9	1.4	1.3
96 Rumania	82	35	28	4.3	2.8	3.7			2.3	2.4	2.1	-0.2	1.7
97 Chile	142	43	26	6.0	6.3	1.4	0.0	-1.1	5.3	2.8	2.7	3.2	0.5
98 Trinidad y Tabago	67	29	23	4.2	2.9	3.6	3.1	-6.5	5.2	3.0	2.7	2.8	1.3
99 Kuwait	128	34	22	6.6	5.4	2.2	0.6	-3.2	7.3	5.6	4.8	1.3	1.9
100 Jamaica	88	29	22	5.6	3.5	3.2	0.1	-2.5	5.2	3.7	2.8	1.7	3.5
101 Costa Rica	121	31	22	6.8	4.3	2.7	3.3	-0.5	7.0	3.7	3.2	3.2	1.8
102 Bulgaria	69	25	20	5.1	2.8	3.6			2.2	2.1	1.9	0.2	1.3
103 Hungría	57	26	19	3.9	3.9	3.2	5.1	1.8	2.0	2.0	1.7	0.0	2.0
104 Polonia	70	24	18	5.4	3.6	3.4			3.0	2.3	2.2	1.3	0.6
105 Cuba	87	27	18	5.9	5.1	2.1			4.2	2.0	1.7	3.7	2.0
106 Grecia	64	23	18	5.1	3.1	3.4	4.8	0.0	2.2	2.1	1.7	0.2	2.6
107 Portugal	112	29	17	6.8	6.7	1.0	4.6	1.4	3.1	2.2	1.7	1.7	3.2
108 Checoslovaquia	32	21	15	2.1	4.2	2.6			2.5	2.2	2.0	0.6	1.2
109 Israel	40	18	14	4.0	3.1	3.7	3.7	1.5	3.9	3.3	2.9	0.8	1.6
110 EE. UU.	30	16	13	3.1	2.6	4.1	1.8	2.0	3.5	1.9	1.8	3.1	0.7
111 Bélgica	35	17	13	3.6	3.4	3.1	3.6	1.3	2.6	1.7	1.5	2.1	1.6
112 Rep. Dem. Alemana	44	17	12	4.8	4.4	2.4			2.3	1.8	1.7	1.2	0.7
113 Singapur	50	15	12	6.0	2.8	3.4	8.3	5.7	5.5	1.8	1.6	5.6	1.5
114 Nueva Zelanda	27	15	12	2.9	2.8	3.4	1.7	1.3	3.9	2.1	1.9	3.1	1.3
115 España	56	17	12	6.0	4.4	2.4	4.1	1.6	2.8	2.2	1.7	1.2	3.2
116 Dinamarca	25	11	11	4.1	0.0	5.1	2.2	2.5	2.6	1.6	1.5	2.4	0.8
117 Reino Unido	27	16	11	2.6	4.7	2.7	2.0	2.6	2.7	1.8	1.8	2.0	0.0
118 Italia	50	18	11	5.1	6.2	1.7	3.2	1.8	2.4	1.7	1.4	1.7	2.4
119 Australia	25	14	10	2.9	4.2	3.0	2.2	1.4	3.3	2.0	1.8	2.5	1.3
120 Alemania, Rep. Fed. de	40	17	10	4.3	6.6	0.9	3.0	1.8	2.4	1.4	1.4	2.7	0.0
121 Hong Kong*	65	14	10	7.7	4.2	3.0	6.2	5.3	5.0	2.1	1.7	4.3	2.6
122 Austria	43	18	10	4.4	7.4	0.9	4.0	1.6	2.6	1.6	1.5	2.4	0.8
123 Noruega	23	10	10	4.2	0.0	5.8	3.6	3.7	2.9	1.7	1.7	2.7	0.0
124 Francia	34	13	10	4.8	3.3	3.0	3.7	0.9	2.8	1.9	1.8	1.9	0.7
125 Irlanda	36	15	9	4.4	6.4	1.0	2.6		3.8	3.2	2.5	0.9	3.1
126 Países Bajos	22	10	8	3.9	2.8	3.9	2.7		3.1	1.5	1.4	3.6	0.9
127 Canadá	33	13	8	4.7	6.1	1.1	3.3	2.1	3.8	1.7	1.6	4.0	0.8
128 Japón	40	12	8	6.0	5.1	2.4	5.1	3.2	2.0	1.8	1.7	0.5	0.7
129 Suiza	27	11	8	4.5	4.0	2.4	1.5	1.6	2.4	1.5	1.6	2.4	-0.8
130 Suecia	20	9	7	4.0	3.1	2.8	2.0	1.9	2.3	1.7	1.6	1.5	0.8
131 Finlandia	28	9	7	5.7	3.1	2.8	3.6	2.5	2.7	1.7	1.6	2.3	0.8

Notas a las tablas

Tabla 1:

Indicadores básicos		
	Angola	PNB per cápita
	Bulgaria	PNB per cápita
	Burundi	Alfabetización de adultos
	Chile	Alfabetización de adultos
	Cuba	Alfabetización de adultos
	Checoslovaquia	PNB per cápita
	Etiopía	Alfabetización de adultos
	Rep. Dem. Alemana	PNB per cápita
	Guyana	Tasa de mortalidad menores cinco años
		Tasa de mortalidad infantil
	Iraq	PNB per cápita
	Corea, Rep. de	Alfabetización de adultos
	Mauritania	Alfabetización de adultos
	Myanmar	PNB per cápita
	Nicaragua	Alfabetización de adultos
	Polonia	PNB per cápita
	Rumanía	PNB per cápita
	Arabia Saudita	Alfabetización de adultos
	Senegal	Tasa de mortalidad mayores cinco años
		Tasa de mortalidad infantil
	Tanzania, U. Rep. de	Alfabetización de adultos
	Turquía	Alfabetización de adultos
	URSS	PNB per cápita
	Zaire	Tasa de mortalidad menores cinco años
		Tasa de mortalidad infantil

Tabla 2:

Nutrición

Angola	Bajo peso al nacer	Sólo Luanda
Australia	Bajo peso al nacer	1979
Bangladesh	Lactancia materna	1975-6
	Insuficiencia ponderal	Gómez; 6-71 meses
	Emaciación	Menos del 80 % de la mediana
	Cortedad de talla	Menos del 80 % de la mediana
Bolivia	Insuficiencia ponderal	6-59 meses
Botswana	Emaciación	Datos ambulatorios
	Cortedad de talla	Datos ambulatorios
Brasil	Insuficiencia ponderal	sólo Nordeste
	Emaciación	sólo Nordeste
	Cortedad de talla	sólo Nordeste
Burundi	Bajo peso al nacer	1980-1; sólo Bujumbura
	Insuficiencia ponderal	3-36 meses
	Cortedad de talla	24-36 meses
Camérun	Bajo peso al nacer	1980-1; sólo Yaundé
	Lactancia materna	1978
	Insuficiencia ponderal	1978; 3-47 meses
	Emaciación	1978
	Cortedad de talla	1978
Chad	Bajo peso al nacer	1965
Chile	Insuficiencia ponderal	0-71 meses
	Cortedad de talla	24-71 meses
China	Bajo peso al nacer	sólo Beijing
	Lactancia materna	Sólo rural
Colombia	Insuficiencia ponderal	3-36 meses
	Cortedad de talla	24-36 meses
Costa de Marfil	Bajo peso al nacer	1975; sólo Abidjan
	Emaciación	0-23 meses
	Cortedad de talla	Menos del 90 % de la mediana
Cuba	Emaciación	Los tres percentiles inferiores
		12-59 meses
Dominicana, Rep.	Insuficiencia ponderal	6-36 meses
	Cortedad de talla	24-36 meses
Ecuador	Insuficiencia ponderal	Gómez
Egipto	Bajo peso al nacer	Sólo El Cairo
	Insuficiencia ponderal	Gómez; 6-71 meses
	Emaciación	1978
El Salvador	Cortedad de talla	Sólo rural
Etiopía	Insuficiencia ponderal	Datos de nueve distritos
	Emaciación	Datos de nueve distritos
	Cortedad de talla	Datos de nueve distritos
Finlandia	Lactancia materna	1972
Alemania, Rep. Fed. de	Bajo peso al nacer	1980
Guatemala	Bajo peso al nacer	1980
	Lactancia materna	1978
	Insuficiencia ponderal	3-36 meses
	Cortedad de talla	24-36 meses
Guyana	Lactancia materna	1975
Haití	Bajo peso al nacer	1978
	Insuficiencia ponderal	1978; Gómez
	Emaciación	1978
	Cortedad de talla	1978
Honduras	Emaciación	0-59 meses
	Cortedad de talla	0-59 meses
India	Insuficiencia ponderal	Gómez; 12-71 meses
Indonesia	Bajo peso al nacer	1980
	Insuficiencia ponderal	Moderada-grave < 80 % mediana
	Emaciación	Grave < 60 % mediana
		1977

(continúa)

Rep. Islámica de Irán	Insuficiencia ponderal	Sólo rural
	Emaciación	Sólo rural
	Cortedad de talla	Sólo rural
Italia	Bajo peso al nacer	1973
Jamaica	Insuficiencia ponderal	1978
	Emaciación	Inferior al 80 % de la mediana
	Cortedad de talla	Inferior al 90 % de la mediana
Jordania	Bajo peso al nacer	1979
Kenya	Lactancia materna	1977-8
	Emaciación	Sólo rural
	Cortedad de talla	Sólo rural
Corea, Rep. de	Lactancia materna	1978
Kuwait	Lactancia materna	1978-9
Lao, Rep. Dem. Popular	Lactancia materna	Sólo cinco provincias
Lesoto	Insuficiencia ponderal	Seis distritos
Liberia	Emaciación	1976
	Cortedad de talla	1976
Madagascar	Insuficiencia ponderal	0-23 meses
	Cortedad de talla	12-23 meses
Malasia	Emaciación	Sólo el estado de Sabah
	Cortedad de talla	Sólo el estado de Sabah
Mali	Lactancia materna	Sólo Bamako
	Insuficiencia ponderal	3-36 meses
	Cortedad de talla	24-36 meses
Mauritania	Emaciación	0-59 meses
	Cortedad de talla	0-59 meses
México	Bajo peso al nacer	1978
	Lactancia materna	1979
Marruecos	Insuficiencia ponderal	0-36 meses
	Cortedad de talla	24-36 meses
Myanmar	Insuficiencia ponderal	0-35 meses
	Cortedad de talla	24-35 meses
Nepal	Lactancia materna	1976
Holanda	Lactancia materna	Excluidas Amsterdam y Rotterdam
Niger	Bajo peso al nacer	1981
	Emaciación	0-59 meses
	Cortedad de talla	0-59 meses
Nigeria	Bajo peso al nacer	1975-80; sólo Lagos
	Emaciación	Sólo rural
		0-59 meses
Noruega	Bajo peso al nacer	1980
Pakistán	Insuficiencia ponderal	Gómez
	Emaciación	< 80 % de la mediana; 13-24 meses
	Cortedad de talla	< 90 % de la mediana; 25-60 meses
Papúa Nueva Guinea	Bajo peso al nacer	1979
Paraguay	Bajo peso al nacer	1981
	Lactancia materna	1979
Perú	Insuficiencia ponderal	0-71 meses
Filipinas	Lactancia materna	1978
	Insuficiencia ponderal	0-71 meses
Polonia	Lactancia materna	1977
Rwanda	Bajo peso al nacer	1971
Arabia Saudita	Bajo peso al nacer	Sólo Riyadh
Senegal	Bajo peso al nacer	1980-1; sólo Dakar
	Lactancia materna	1978
	Insuficiencia ponderal	6-36 meses
	Cortedad de talla	24-36 meses
Sierra Leona	Insuficiencia ponderal	1977-8
Sudáfrica	Bajo peso al nacer	Sólo Ciudad del Cabo
Sri Lanka	Bajo peso al nacer	1981
	Insuficiencia ponderal	3-36 meses
	Cortedad de talla	24-36 meses
Sudán	Emaciación	Región septentrional
		0-59 meses
Suiza	Bajo peso al nacer	1979
Siria, Rep. Arab.	Lactancia materna	1978
Tailandia	Insuficiencia ponderal	3-36 meses
	Cortedad de talla	24-36 meses
Togo	Lactancia materna	1976-7
Trinidad y Tabago	Insuficiencia ponderal	3-36 meses
	Cortedad de talla	24-36 meses
Túnez	Bajo peso al nacer	1974
	Emaciación	1975
	Cortedad de talla	1975
Turquía	Bajo peso al nacer	1980
Emiratos Árabes Unidos	Bajo peso al nacer	1979
Uruguay	Bajo peso al nacer	1977
	Insuficiencia ponderal	0-71 meses
	Cortedad de talla	0-71 meses
Venezuela	Lactancia materna	1977
Viet Nam	Cortedad de talla	0-59 meses
Yemen	Lactancia materna	1979
	Insuficiencia ponderal	1979; 6-59 meses
	Emaciación	1979
	Cortedad de talla	1979
Yemen, Dem	Bajo peso al nacer	Sólo datos hospitalarios
	Insuficiencia ponderal	0-65 meses
	Cortedad de talla	0-53 meses
Yugoslavia	Bajo peso al nacer	1980

(continúa)

Zambia	Bajo peso al nacer Emaciación	1971-2; sólo Kitwe 1970-2
Zimbabwe	Cortedad de talla Bajo peso al nacer Insuficiencia ponderal Emaciación Cortedad de talla	1970-2 1972-3; sólo Harare 3-60 meses 3-60 meses 3-60 meses

Gómez: Moderada-grave: inferior al 75 % de la mediana del peso por edad de la población de referencia.
Grave: inferior al 60 % de la mediana del peso por edad de la población de referencia

Tabla 3:

Salud	Australia Finlandia Alemania, Rep. Fed. de Japón Libia, Jamahiriya Árabe Nueva Zelanda Sudán Suecia Togo EE. UU. URSS Venezuela Viet Nam	Sarampión TB, DPT, Polio, Sarampión TB, DPT, Polio, Sarampión TB, DPT, Polio, Sarampión TB, DPT, Polio, Sarampión, Tétanos TB, DPT, Polio, Sarampión TB, DPT, Polio, Sarampión, Tétanos TB, DPT, Polio, Sarampión TB, DPT, Polio, Sarampión Sarampión TB, DPT, Polio, Sarampión TB TB, DPT, Polio, Sarampión	1985 1983-6 1985-7 1984-5 1985-87 1986 Solo parte de la ciudad 1986 Menos de 23 meses de edad 1985 1985-6 1986 Provisional
-------	--	--	--

Tabla 4:

Educación	Burundi Chile Cuba Haití Hong Kong Corea, Rep. de Libano Pakistán Paraguay Arabia Saudita Tanzania, U. Rep. de Turquia Uruguay	Alfabetización de adultos Alfabetización de adultos Alfabetización de adultos Alfabetización de adultos Alfabetización de adultos (1970) Alfabetización de adultos Alfabetización de adultos (1970) Terminación enseñanza primaria Alfabetización de adultos (1970) Alfabetización de adultos Alfabetización de adultos Alfabetización de adultos Alfabetización de adultos (1970)	1982 1984 1981; 10 años y más 1971 1971 1982 10 años y más 1981 1972 1982 1986 1984 1975
-----------	--	--	--

Tabla 6:

Indicadores económicos	Angola Bolivia Bulgaria Chad Checoslovaquia Rep. Dem. Alemana Guyana Iraq Jordania Kuwait Malí Myanmar Polonia Rumania Arabia Saudita Sudán URSS Yemen	PNB per cápita Nivel de pobreza PNB per cápita Nivel de pobreza PNB per cápita PNB per cápita PNB per cápita (tasa de crecimiento) PNB per cápita PNB per cápita (tasa de crecimiento) PNB per cápita (tasa de crecimiento) PNB per cápita (tasa de crecimiento) Nivel de pobreza PNB per cápita PNB per cápita PNB per cápita PNB per cápita (tasa de crecimiento) Nivel de pobreza PNB per cápita PNB per cápita (tasa de crecimiento)	1980 1975 1980 1976 1980 1980 1970-80 1980 1970-80 1965-86 1967-80 1975 1986 1986 1980 1965-85 1975 1980 1970-80
------------------------	---	--	--

Tabla 7:

Situación de la mujer	Afganistán Algeria Australia Austria Bélgica Bulgaria Burundi Camerun Chad Chile Congo Costa Rica Cuba Checoslovaquia Dinamarca Finlandia	Mortalidad materna Mortalidad materna Partos atendidos Prevalencia de anticonceptivos Prevalencia de anticonceptivos Prevalencia de anticonceptivos Alfabetización de adultos Prevalencia de anticonceptivos Mortalidad materna Partos atendidos Mortalidad materna Alfabetización de adultos Mortalidad materna Partos atendidos Alfabetización de adultos Prevalencia de anticonceptivos Prevalencia de anticonceptivos Partos atendidos Prevalencia de anticonceptivos Partos atendidos	1975 1978 1982 Cohorte de matrimonios 1974-78 Población flamenca 1976 1982 1978 1978 1981 1972 1984 1971 1975 1981; 10 años y más Durante el matrimonio 1975; durante los dos últimos meses 1979 1977 1979
-----------------------	--	---	---

(continúa)

Francia	Prevalencia de anticonceptivos	1978
	Partos atendidos	1976
Rep. Dem. Alemana	Partos atendidos	1977
Alemania, Rep. Fed. de	Partos atendidos	1979
Ghana	Prevalencia de anticonceptivos	1979
Grecia	Partos atendidos	1978
Guinea	Prevalencia de anticonceptivos	1977
Guyana	Prevalencia de anticonceptivos	1975
Hungría	Partos atendidos	1982
Israel	Partos atendidos	1980
Italia	Prevalencia de anticonceptivos	1979, desde el último embarazo
	Partos atendidos	1979
Kenya	Mortalidad materna	1977
Corea, Rep. de	Alfabetización de adultos	1982
	Partos atendidos	1982
Lesotho	Prevalencia de anticonceptivos	1977
Libia, Jamahiriya Árabe	Tétanos	1985-87
	Partos atendidos	1976
	Mortalidad materna	1978
Malawi	Mortalidad materna	Datos institucionales
Marruecos	Partos atendidos	1980
	Mortalidad materna	1974
Holanda	Prevalencia de anticonceptivos	Mujeres casadas 21-39 años
	Partos atendidos	1978
Nueva Zelanda	Prevalencia de anticonceptivos	1976
Niger	Prevalencia de anticonceptivos	1977
Nigeria	Partos atendidos	1980
Noruega	Prevalencia de anticonceptivos	1977; cuatro últimas semanas
	Partos atendidos	1974
Pakistán	Partos atendidos	1976
Polonia	Prevalencia de anticonceptivos	1977
	Partos atendidos	1980
Portugal	Partos atendidos	1978
Rumanía	Prevalencia de anticonceptivos	1978
	Partos atendidos	1979
Rwanda	Mortalidad materna	Datos hospitalarios
Arabia Saudita	Alfabetización de adultos	1982
Senegal	Partos atendidos	1978
Sudáfrica	Mortalidad materna	Datos de 267 hospitales de algunas regiones del país
Sudán	Tétanos	Algunas regiones del país
	Prevalencia de anticonceptivos	1978-9
	Partos atendidos	1976
Suecia	Prevalencia de anticonceptivos	Cohortes de matrimonios, 1970-79
Suiza	Partos atendidos	1976
Rep. Árabe Siria	Prevalencia de anticonceptivos	1978
	Partos atendidos	
Tanzania, U. Rep. de	Alfabetización adultos	1986
	Mortalidad materna	Datos de 48 hospitales de todo el país
Tailandia	Partos atendidos	1980
Túnez	Mortalidad materna	1971
Turquía	Alfabetización adultos	1984
Reino Unido	Partos atendidos	1978
Venezuela	Prevalencia de anticonceptivos	1977
	Partos atendidos	1982
Viet Nam	Partos atendidos	1982
Yemen	Prevalencia de anticonceptivos	1979
Yugoslavia	Prevalencia de anticonceptivos	1976; durante los últimos seis meses
	Partos atendidos	1979
Zimbabue	Mortalidad materna	1979

Tabla 8:

Indicadores básicos de los países menos poblados

Antigua	Tasa de mortalidad menores cinco años	1987
	Tasa de mortalidad infantil	1987
Bahrein	PNB per cápita	1986
Barbados	Escolarización primaria	1984
Belize	Tasa de mortalidad menores cinco años	1987
	Tasa de mortalidad infantil	1987
	Esperanza de vida	1987
Comoras	Alfabetización de adultos	1980
Djibouti	Tasa de mortalidad menores cinco años	Provisional
	PNB per cápita	1981
Dominica	Tasa de mortalidad infantil	1987
Guinea Ecuatorial	PNB per cápita	1981
Granada	Tasa de mortalidad infantil	1987
Maldivas	Tasa de mortalidad menores cinco años	1985
	Tasa de mortalidad infantil	1985
	Alfabetización de adultos	1987
Qatar	Alfabetización de adultos	1981
Santa Lucía	Tasa de mortalidad infantil	1987
San Vicente	Tasa de mortalidad infantil	1985
Samoa	Tasa de mortalidad infantil	1985
Santo Tomé y Príncipe	Tasa de mortalidad menores cinco años	1985
	Tasa de mortalidad infantil	1985
	Alfabetización de adultos	1981
Seychelles	Tasa de mortalidad menores cinco años	1987
	Tasa de mortalidad infantil	1987
	Escolarización primaria	1982
Islas Salomón	Tasa de mortalidad infantil	1987
San Cristóbal-Nevis	Tasa de mortalidad infantil	1987
Vanuatu	Tasa de mortalidad infantil	1985
	Alfabetización de adultos	1979

(continúa)

Tabla 9:

Ritmo de progreso

Guyana	Tasa mortalidad menores de cinco años	Provisional
Jordania	Tasa crecimiento PNB per capita	1970-80
Kuwait	Tasa crecimiento PNB per capita	1970-80
Mali	Tasa crecimiento PNB per capita	1965-86
Arabia Saudita	Tasa crecimiento PNB per capita	1967-80
Senegal	Tasa crecimiento PNB per capita	1965-86
Yemen	Tasa mortalidad menores de cinco años	Provisional
Zaire	Tasa crecimiento PNB per capita	1970-80
	Tasa mortalidad menores de cinco años	Provisional

Definiciones

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

Fuentes estadísticas principales

Mortalidad infantil y postinfantil	División de Población de las Naciones Unidas y Oficina de Estadísticas de las Naciones Unidas.	Uso de sales de rehidratación oral (SRO)	OMS.
Población total	División de Población de las Naciones Unidas.	Receptores de radio y televisión	UNESCO.
Número anual de nacimientos	División de Población de las Naciones Unidas.	Población infantil y postinfantil (menores de cinco años)	División de Población de las Naciones Unidas.
Número de muertes infantiles y postinfantiles	División de Población de las Naciones Unidas y UNICEF.	Tasas brutas de mortalidad y natalidad	División de Población de las Naciones Unidas.
PNB per cápita	Banco Mundial.	Tasa global de fecundidad	División de Población de las Naciones Unidas.
Esperanza de vida	División de Población de las Naciones Unidas.	Población urbana	División de Población de las Naciones Unidas.
Adultos alfabetizados	UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura).	Tasa de inflación	Banco Mundial.
Escolarización en enseñanza primaria	UNESCO.	Nivel de pobreza absoluta	Banco Mundial.
Ingreso familiar	Banco Mundial.	Gasto en salud, educación y defensa	Banco Mundial.
Bajo peso al nacer	Organización Mundial de la Salud (OMS).	Ayuda oficial al desarrollo (AOD)	OCDE (Organización de Cooperación y Desarrollo Económico).
Lactancia materna	OMS.	Servicio de la deuda	Banco Mundial.
Insuficiencia ponderal, Emaciación y Cortedad de talla	OMS y Encuestas demográficas y de Salud de Westinghouse.	Prevalencia de anticonceptivos	División de Población de las Naciones Unidas.
Producción de alimentos y consumo de calorías	FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación) y Banco Mundial.	Partos atendidos	OMS.
Ingreso destinado a alimentos	Banco Mundial.	Mortalidad materna	OMS.
Acceso a agua potable	OMS.		
Acceso a servicios de salud	UNICEF.		
Inmunización	OMS/UNICEF, oficinas de área.		

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

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

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

UNICEF, Oficina regional para África central y occidental
Apartado Postal 443, Abidjan-04, Costa de Marfil

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

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

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

UNICEF, Oficina regional para Asia central y meridional
73 Lodi Estate, Nueva Delhi 110003, India

UNICEF, Oficina para Australia y Nueva Zelanda
Apartado Postal 4045, Sidney, N.S.W. 2001, Australia

UNICEF, Oficina de Tokio
c/o Centro de Información de las Naciones Unidas, 22, Shin-Aoyama Bldg.
Nishikan 1-1 Miami-Aoyama 1-chome, Minato-ku, Tokio 107, Japón

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA, 1990

Los gobiernos del mundo en desarrollo destinan en la actualidad la mitad de sus presupuestos a gastos militares y al pago de la deuda externa. El UNICEF considera que esta asignación de recursos es sustancialmente improductiva, y con el fin de encontrar otras alternativas más humanas el informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia 1990* hace balance de los grandes avances y retrocesos de los años ochenta y plantea los retos cruciales para la próxima década.

Si se mantienen las actuales tendencias, más de cien millones de niños morirán en la década de 1990, de los cuales casi la mitad perderán la vida por causa de tres enfermedades comunes que podrían prevenirse a un costo muy bajo. Muchos millones de niños más verán socavado su desarrollo por la desnutrición, la mala salud y el analfabetismo.

El UNICEF cree que es posible lograr un futuro muy diferente para el mundo de la infancia si los años noventa se convierten en la «década en favor de lo evidente». El sarampión, la deshidratación y la neumonía, los principales enemigos de la infancia, podrían ser vencidos a un costo casi insignificante. Para ello es preciso poner a disposición de todas las familias los actuales conocimientos básicos sobre nutrición, lactancia materna y espaciamiento de los nacimientos. La aplicación de estas medidas sencillas podrían reducir a la mitad la mortalidad y la desnutrición infantiles en los próximos años. No se trata sólo de aportar más recursos financieros. Es necesario contar, sobre todo, con un compromiso político firme y con la gama más amplia posible de recursos sociales. En términos financieros, el costo estimado se sitúa entre 2000 y 3000 millones de dólares anuales, una cifra inferior al gasto mundial diario en armamentos.

Ante los nuevos signos de cambio internacional que apuntan a una reducción

significativa de los gastos militares, ha llegado el momento, según señala el UNICEF, de conceder una nueva prioridad al bienestar de la infancia en todo el mundo. En particular, es necesario que todos los países reconozcan y apliquen este principio de prioridad, según el cual el desarrollo físico y mental de la infancia debe recibir una protección prioritaria no sólo contra abusos específicos sino también frente a las más profundas consecuencias de los procesos políticos y económicos de la sociedad adulta.

En los inicios de los años noventa hay ya algunos signos de avance hacia la implantación de este principio. La próxima celebración de una *Cumbre Mundial en favor de la Infancia*, la nueva *Convención sobre los Derechos del Niño*, y los logros prácticos conseguidos hasta alcanzar la plena *Inmunización infantil Universal*, podrían marcar el comienzo de una nueva prioridad para la infancia.

La falta de protección del desarrollo físico, emocional y mental de la infancia es el principal medio por el que se acumulan las dificultades y se perpetúan los problemas de la humanidad. Por esta razón, el establecimiento de *medidas especiales* de protección de la infancia frente a las insuficiencias y errores del mundo de los adultos es uno de los medios más eficaces para resolver muchos de los principales problemas a los que se enfrenta la humanidad. Así pues, la protección de tantos millones de niños postergados es a la vez nuestra más importante obligación moral y la inversión de mayor rendimiento potencial para lograr la prosperidad económica, la estabilidad política y la integridad ecológica en todo el mundo.

El principio de «prioridad para la infancia» en el orden de preocupaciones de la sociedad constituye la guía orientativa del informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia*, y el UNICEF sostiene que este principio debería guiar también todas las decisiones y acciones que configurarán la próxima década.