

EL PROGRESO 1999 DE LAS NACIONES



EL PROGRESO DE LAS NACIONES

*Llegará un día en que el progreso de las naciones
no se medirá por su poder militar o económico,
ni por el esplendor de su capital y sus edificios
públicos, sino por el bienestar de sus pueblos:
por sus niveles de salud, nutrición y educación;
por sus oportunidades de obtener una
remuneración digna a cambio de su trabajo;
por su capacidad de participación en
las decisiones que afectan a su vida;
por el respeto a sus libertades civiles y políticas;
por la atención dispensada a los más vulnerables
y desfavorecidos; y por la protección ofrecida
al desarrollo físico y mental de sus niños y niñas.*

*El Progreso de las Naciones, publicado
anualmente por el Fondo de las Naciones Unidas
para la Infancia, es un aporte
en favor de ese nuevo día.*


1 9 9 9

Copyright © Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNICEF
3 UN Plaza
Nueva York, NY 10017

Correo electrónico: pubdoc@unicef.org
Internet: www.unicef.org/spanish

La organización permitirá la reproducción parcial de esta publicación siempre que se solicite a la Sección Editorial y de Publicaciones, División de Comunicaciones, UNICEF, en la dirección mencionada arriba, y se cite la procedencia de cualquier material publicado posteriormente.

La bandera que aparece en la portada no representa la bandera de ningún país.
Fotografía mosaico de la portada: Cortesía de ArcSoft, Inc., Fremont, CA, USA 
Todas las fotografías pertenecen a la colección fotográfica de la Sede del UNICEF.

ISBN 92-806-3474-7

S.99.XX.6 (Se pueden encargar ejemplares a: United Nations Publications, 2 UN Plaza, Room DC2-853, New York, NY 10017, USA. Fax no. (212) 963-3489; Correo electrónico: publications@un.org.)

Contenido

PRESENTACIÓN

Kofi A. Annan, Secretario General de las Naciones Unidas v

EL AZAR Y LA POSIBILIDAD

Comentario de Carol Bellamy, Directora Ejecutiva del UNICEF 1

Liga del índice de riesgo de los niños 4

Resumen informativo: Avances y disparidades 6

UN LEGADO INAPRECIABLE

*Comentario de S.E. Sheikh Hasina,
Primera Ministra de Bangladesh* 9

Liga de los suplementos de vitamina A 12

Resumen informativo: Avances y disparidades 14

LA EMERGENCIA DEL SIDA

*Comentario de S.E. Janat Mukwaya,
Ministra de Género, Trabajo y Desarrollo Social de Uganda* 17

Liga de los niños huérfanos debido al SIDA 20

Resumen informativo: Avances y disparidades 22

LA DEUDA TIENE CARA DE NIÑO

*Comentario de Sir Shridath Ramphal, Copresidente de la
Comisión de Gestión de los Asuntos Públicos Mundiales* 27

Liga de la deuda externa como porcentaje del PNB 30

Resumen informativo: Avances y disparidades 32

TABLAS ESTADÍSTICAS

Perfiles estadísticos 34

Países menos poblados 37

Retraso de los datos 38

Abreviaturas 38

Los comentarios reflejan los puntos de vista de los autores y no representan necesariamente la política del UNICEF.

Fotografías de los niños y niñas representativos de las distintas regiones mundiales (izquierda a derecha):
UNICEF/95-1011/Pirozzi; UNICEF/96-0262/Toutounji; UNICEF/97-0859/Lemoyne; UNICEF/97-0466/Horner;
UNICEF/90-0017/Tolmie; UNICEF/95-0913/Lemoyne.



Presentación

Hace casi un decenio, los líderes y representantes de más de 150 países reunidos en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia establecieron una serie de metas mundiales muy ambiciosas relativas a los niños y al desarrollo para el decenio de 1990. Hubiera sido muy fácil que esas metas se hubiesen convertido en otra elocuente declaración de buenas intenciones. Pero se transformaron en un plan de acción muy práctico que, junto con la Convención sobre los Derechos del Niño, lograron que los temas de la infancia ocuparan un primer plano entre las demás cuestiones sobre el desarrollo y los derechos humanos que preocupan al mundo.

Muchos países pueden enorgullecerse de los grandes avances logrados en este decenio con relación a la conquista de las metas de la Cumbre Mundial y a la vigencia de los derechos de los niños: las vidas jóvenes que se han salvado debido a las mejoras en materia de salud y nutrición, la protección a los niños contra el trabajo peligroso o en condiciones de explotación, la transformación del futuro de muchos niños, que ahora cuentan con la posibilidad de ir a la escuela. Pero en otros casos, los conflictos, la deuda externa, las crisis económicas y las prioridades equivocadas han tenido efectos devastadores en la niñez, que siempre paga un alto precio por los fracasos de los adultos.

El Progreso de las Naciones desempeña una función esencial en la vigilancia del progreso global hacia las metas fijadas en 1990, al mismo tiempo que registra los fracasos. La edición de este año pone al descubierto las consecuencias devastadoras que ha tenido el VIH/SIDA entre los niños, y celebra al mismo tiempo los avances enormes que han llevado al mundo hasta el umbral de la eliminación de la poliomielitis. En 1999, el mundo recibirá al miembro de la familia humana que elevará por primera vez a 6.000 millones el número de habitantes de nuestro planeta. *El Progreso de las Naciones* aprovecha la oportunidad de ese nacimiento histórico para examinar las perspectivas muy diversas que pueden aguardar a ese recién nacido y a todos los niños y niñas en vísperas del nuevo milenio. El comentario final del informe recalca la necesidad de eliminar la carga catastrófica que impone la deuda externa a los niños y las familias de algunas de las naciones más pobres del planeta.

El Progreso de las Naciones 1999 no sólo ofrece datos nuevos y valiosos sobre cuestiones vitales que afectan a los niños, sino que ayuda a los gobiernos, los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales a fijar de manera más eficaz sus prioridades con miras a la conquista de las metas de la Cumbre Mundial y a defender los derechos de todos los niños.



Kofi A. Annan
Secretario General
Naciones Unidas

EL AZAR Y LA POSIBILIDAD

COMENTARIO: EL RECIÉN NACIDO NÚMERO SEIS



MIL MILLONES

El azar y la posibilidad

Por Carol Bellamy

En el último año del siglo XX nacerá un niño que elevará a 6.000 millones el total de la población mundial. Nadie puede predecir lo que le espera a este recién nacido. Pero la mayoría de los niños confrontan grandes peligros y un futuro lleno de amenazas. La mitad de los pobres del mundo son menores de edad, y les espera una muerte temprana a causa de alguna enfermedad que se puede evitar, o el analfabetismo o un conflicto traumático. Para el niño seis mil millones y para todos los niños, las posibilidades deberían ser mejores.

Este año, en algún lugar de nuestro planeta, una mujer dará a luz a un hijo muy especial. Todos los recién nacidos son especiales, por supuesto, y éste no será diferente de los otros 130 millones de criaturas que vendrán al mundo en 1999, en vísperas del nuevo milenio. Pero con el nacimiento de este recién nacido, la población humana llegará a los 6.000 millones.

Nadie sabe cuándo ni dónde nacerá esa criatura. Podría tratarse de una niña o un niño, y ser el vástago de una familia de millonarios o —una posibilidad mucho mayor— el nuevo integrante de una familia que sobrevive con menos de un dólar por día. Pero, independientemente del sitio en que ese bebé venga al mundo, le corresponderán los mismos derechos fundamentales que a cualquier otro niño: el derecho a la vida, a la protección, a la educación, a la atención de la salud, a las condiciones de vida adecuadas, y mucho más.

Pero en la práctica, esto no va a resultar así de simple. Las probabilidades de que ese niño disfrute de esos derechos elementales, y de que pueda desarrollar plenamente su potencial, dependerán del lugar donde nazca, de quiénes sean sus

padres y de si se trata de un varón o una niña.

Las probabilidades no están a su favor.

Confrontar las probabilidades

En realidad, el recién nacido que lleve a la humanidad a los 6.000 millones de individuos tiene menos de una posibilidad de cada 10 de nacer en el hogar relativamente próspero que disfruta la mayoría de las familias de los países industrializados o la minoría rica de una nación en desarrollo. Tiene, en cambio, 3 probabilidades de cada 10 de nacer en una situación de pobreza extrema, y 4 de cada 10 probabilidades de formar parte de una familia que disfruta de una situación sólo ligeramente más acomodada.

La mitad de los pobres del mundo son niños, y el número de criaturas que nacen actualmente en condiciones de pobreza es mayor que en cualquier época previa. Se trata de un aumento sin precedentes históricos en la cifra total de personas en la pobreza.

Pero si la fortuna le fuera favorable, ese niño o esa niña formará parte de un universo con una riqueza de recursos casi inimaginable. Sus horizontes serán tan vastos como el mundo mismo. El accionar de un simple interruptor eléctrico bastará para poner

a su disposición, gracias a la energía acumulada durante eones en las capas exteriores del planeta, una gama extraordinaria de servicios y productos.

El teclado de una computadora le abrirá las puertas a todo el saber acumulado en las bibliotecas del mundo. Podrá intercambiar mensajes, jugar y entablar amistad con otros niños y niñas distantes a miles de kilómetros de su lugar de residencia.

Mientras tanto, el progreso de las ciencias médicas aumenta rápidamente su esperanza de vida. Se calcula que, de mantenerse el actual ritmo de progreso científico, algunos de los 70.000 niños nacidos en los Estados Unidos en el primer año del siglo XXI serán testigos del comienzo del siglo XXII.

Pero los niños no pueden vivir exclusivamente de tecnología. Si el recién nacido número 6.000 millones consigue disfrutar de una vida de prosperidad material, es posible que el futuro le depara aislamiento social e inseguridad emocional como consecuencia del aumento de las tasas de divorcio, el exceso de trabajo que atenta contra la vida familiar y la disminución del contacto humano, y a que los jóvenes, que sufren un creciente estado de alienación, sean considerados más como consumidores que como niños.

Pero si nace en el mundo en desarrollo, al menos ese niño o niña no se sentirá aislado ni carecerá de contacto humano. En la aldea o tugurio donde tiene más probabilidades de nacer habrá muchos niños con quienes podrá jugar y un gran número de parientes y vecinos que le prestarán atención. También están a su favor las probabilidades de que se le críe en una religión que le dará fortaleza espiritual.

Y aunque esa vida será rica en relaciones humanas, resultará desesperadamente pobre en recursos mate-

riales. Es probable que escaseen los recursos energéticos, y si se trata de una niña, será muy posiblemente ella quien tenga que recorrer varios kilómetros al día para recoger combustible. Si el niño o la niña ingresa y permanece en la escuela, es probable que su clase no disponga de un número suficiente, no ya de libros, sino de lápices.

Teniendo en cuenta que la mitad de los niños africanos sufren trastornos causados por la contaminación del agua, el saneamiento deficiente y la degradación del medio ambiente, es prácticamente seguro que su salud sufrirá los efectos de enfermedades susceptibles de prevención. También es probable que la desnutrición afecte su desarrollo físico y mental, y que el ser humano número 6.000 millones no desarrolle plenamente su potencial.

A juzgar por las pautas de 1999, es probable que viva una existencia breve. Un niño nacido en Malawi o Uganda, por ejemplo, probablemente vivirá la mitad que uno nacido en Singapur o Suecia. Y no hay certeza de que llegue a cumplir los cinco años, ya que uno de cada tres niños nacidos en países como el Níger o Sierra Leona, por ejemplo, muere antes de esa edad.

El recién nacido número 6.000 millones también descubrirá con el tiempo que vive en un mundo donde la brecha entre los ricos y los pobres es más vasta que nunca. La quinta parte más rica de la humanidad tiene ingresos 82 veces superiores a los de la quinta parte más desposeída, y consume el 86% de los recursos mundiales.

Las disparidades materiales

Y no se trata solamente de una brecha que divide a las naciones. Las diferencias separan a los países y hasta a las ciudades. Un niño nacido en un tugurio urbano de Bangladesh,

EL AZAR Y LA POSIBILIDAD

COMENTARIO: EL RECIÉN NACIDO NÚMERO SEIS

por ejemplo, tiene dos veces más probabilidades de morir antes de cumplir un año que un niño nacido en cualquier otra parte de esa misma ciudad. En muchos países en desarrollo, los niños de las familias relativamente acomodadas disfrutaron de los beneficios de la educación secundaria y universitaria mantenida con fondos públicos, mientras que los pobres carecen hasta de escuelas primarias. Las disparidades enormes también están presentes en los países industrializados. En Australia y los Estados Unidos, por ejemplo, la quinta parte más rica de la población es 10 veces más rica que el 20% más pobre.

A pesar de esas desigualdades, si se garantizara por lo menos que los niños pudieran hacer valer sus derechos, quizás estarían dispuestos a probar fortuna a pesar de su origen. Lamentablemente, tales garantías no existen, especialmente para los niños más pobres, que constituyen el grupo al que probablemente pertenecerá el niño cuyo nacimiento eleva a 6.000 millones la población mundial. No por ser conocidas, las estadísticas sobre el grado de destitución vital que tiene por delante resultan menos abrumadoras. Casi 12 millones de niños menores de cinco años mueren todos los años innecesariamente, en su mayoría debido a enfermedades infantiles fácilmente prevenibles.

Más de la mitad de los niños de esa edad de Asia meridional nacen con un peso grave o moderadamente inferior al normal, mientras que casi la mitad de los lactantes africanos no han sido inmunizados contra las enfermedades mortales más comunes.

En el ámbito mundial, 130 millones de niños en edad escolar primaria—en su mayoría niñas—no asisten a clase, y se les priva con ello de la oportunidad de disfrutar de un futuro mejor, mientras que millones de niños asisten a escuelas donde es poco lo que aprenden.

Una cuarta parte de los niños de los países en desarrollo inicia el ciclo escolar primario pero no cursa suficientes estudios como para lograr una alfabetización permanente. Y a unos 250 millones se les roba la niñez porque están atrapados en el trabajo de menores.

El niño o la niña número 6.000 millones se encontrará en una situación especialmente desventajosa si nace en un grupo étnico minoritario, una categoría que incluye, por ejem-

plo, a dos terceras partes de los niños más pobres de los Estados Unidos. Los miembros de las poblaciones indígenas del Perú tienen una posibilidad y media más de ser pobres y casi tres posibilidades más de ser *extremadamente* pobres que los habitantes que no son indígenas.

La brecha del género

Si ese recién nacido especial resultara ser una niña, su situación será en casi todo el mundo peor que la de los varones.

Cuando escaseen los alimentos es posible que reciba menos que sus hermanos, y tendrá menos probabilidades de iniciar siquiera los estudios primarios. Si se le permite ir a la escuela, presumiblemente deberá interrumpir sus estudios antes que sus hermanos, ya sea para que su familia se ahorre el costo de su educación o porque se le requerirá que trabaje en el hogar.

Esa niña, al igual que otros 2 millones de niñas por año, podría ser sometida al dolor y la humillación de la mutilación genital. O como sucede en algunas culturas, se criará creyendo que no pertenece a su hogar sino a la familia de un futuro marido a quien no conoce. Casada en los primeros años de la adolescencia, probablemente se quedará embarazada antes

de que su organismo esté suficientemente maduro para gestar una criatura en forma saludable, y se convertirá en madre antes de ser mujer. Las consecuencias pueden ser devastadoras. Más de la mitad de las mujeres

a la siguiente como una enfermedad hereditaria.

Claro ejemplo de ello es el bajo peso al nacer, que constituye un indicador importante de la salud de la madre y el hijo, y uno de los primeros síntomas de los problemas que tendrá que confrontar la criatura en el futuro. En los países en desarrollo, uno de cada cinco bebés nace con un peso inferior a los 2,5 kilos, generalmente debido al deficiente estado nutricional de la madre. Los niños con bajo peso al nacer tienen mayores probabilidades de morir cuando son lactantes o durante la primera infancia. Si sobreviven el período de lactancia, tienen mayores probabilidades de sufrir más enfermedades y desnutrición, de no tener un desarrollo físico e intelectual pleno y de quedar discapacitados a largo plazo. Existen pruebas cada vez más concluyentes de que el niño con bajo peso al nacer tendrá tendencia a sufrir diabetes, hipertensión y enfermedades cardíacas en la edad adulta.

En los países en desarrollo, casi 4 de cada 10 niños menores de cinco años padecen de cortedad de talla, y su falta de desarrollo físico es un símbolo de las posibilidades de las que han sido privados. Debido a que su desarrollo intelectual tampoco es completo, su desempeño escolar es

Si ese recién nacido especial resultara ser una niña, su situación será en casi todo el mundo peor que la de los varones.

en África y una tercera parte en América Latina dan a luz por primera vez en la adolescencia, y tienen el doble de probabilidades de morir en el alumbramiento que las mujeres adultas. Los hijos de esas niñas tienen probabilidades más elevadas de tener bajo peso al nacer.

De madre a hijo

Es posible que el futuro de la niña número 6.000 millones esté escrito en el pasado de su madre y de sus abuelas, ya que las consecuencias de las privaciones pasan de una generación



Solamente un 10% de los niños del mundo—que son mayoría en los países industrializados y una minoría acomodada en los países en desarrollo—tienen posibilidades de utilizar computadoras. Dos niños observan la pantalla de una computadora en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, celebrada en Copenhague.

MIL MILLONES

inferior, y durante el resto de sus vidas producen y ganan menos que quienes crecieron mejor nutridos. Como todos los niños desnutridos, también son más susceptibles a las enfermedades.

La desnutrición aumenta las probabilidades de que el niño se enferme, y las enfermedades acentúan su desnutrición. De esa manera, el hambre y las enfermedades se alimentan en forma recíproca en una constante espiral descendente. Las consecuencias de las vidas arruinadas y los cuerpos consumidos configuran una violación de los derechos humanos

Todo lo que aumente las probabilidades de bienestar de los niños mejora las perspectivas del mundo.

tan aborrecible como la tortura, además de constituir una desventaja devastadora para el desarrollo económico de los países.

Al recién nacido que elevará a 6.000 millones el número de habitantes del planeta le puede ocurrir otro golpe inesperado: la pérdida de la madre al nacer. Una vez por minuto, una mujer muere en algún lugar del planeta durante el embarazo o el alumbramiento. En un año, la humanidad pierde de esa manera casi 600.000 mujeres. Prácticamente todas esas muertes suceden en los países en desarrollo. Debido a ello, más de 1 millón de niños quedan huérfanos todos los años, y los niños que pierden a sus madres tienen más probabilidades de morir en los años inmediatamente posteriores que aquellos cuyas madres sobreviven.

Como sucede con todos los niños, el futuro de ese recién nacido estará predestinado cuando llegue a los dos años de edad, ya que para entonces su desarrollo físico y mental estará en gran medida determinado por una serie de factores como la calidad de su alimentación, la atención de la salud y los estímulos que haya recibido.

Una parte importante de ese futuro dependerá de si ha sido o no amamantado, debido a que la alimentación en forma exclusiva con leche



La mitad de los pobres del mundo son menores, y cada vez nacen más niños en un entorno rodeado de pobreza. En Camboya, donde el PNB per cápita es de menos de 1 dólar diario, una niña carga con su hermanito.

materna durante los primeros seis meses de vida incrementa notablemente las probabilidades de que el niño sobreviva y prospere, además de acelerar el desarrollo cognoscitivo.

El futuro del recién nacido número 6.000 millones también será más promisorio si la madre ha recibido educación. Si así fuera, el niño corre menos peligro de morir durante la infancia y tendrá más posibilidades de crecer más sano y mejor alimentado. Asimismo, tendrá más probabilidades de comenzar sus estudios y permanecer más tiempo en la escuela. No hay duda que la educación escolar de las niñas origina una larga serie de beneficios que favorecen a la sociedad y las economías. En la medida en

que más niñas reciben más educación escolar, aumenta su confianza y su potenciación, y descienden proporcionalmente la mortalidad infantil y el crecimiento demográfico, con los correspondientes efectos positivos sobre las esperanzas de vida y el crecimiento económico general. En resumidas cuentas, todo lo que aumente las probabilidades de bienestar de los niños mejora las perspectivas del mundo.

Los derechos de los niños tienen hoy en día más aceptación que en cualquier época anterior, como lo demuestra el compromiso casi universal con la Convención sobre los Derechos del Niño, que ha sido ratificada por todos los países del mundo,

con dos excepciones. Y nunca como en la actualidad, los derechos e intereses de los niños han ocupado un lugar tan destacado en la conciencia de muchas naciones.

Si tomamos hoy con carácter urgente la medidas necesarias para garantizar esos derechos, todos podremos ofrecer más oportunidades al recién nacido con el que los habitantes del planeta lleguemos a los 6.000 millones, así como a todos los demás niños del mundo.

Pero el tiempo pasa, y cuando queramos darnos cuenta, dentro de unos 12 años, estará sobre el tapete el destino del bebé cuyo nacimiento anunciará que la humanidad ha llegado a los 7.000 millones. ■

EL AZAR Y LA POSIBILIDAD

LIGA DEL ÍNDICE DE RIESGO DE LOS NIÑOS

El índice de riesgo de los niños es un concepto nuevo y, sin duda, incompleto, nacido a la luz de algunas de las cuestiones que se plantean en el ensayo sobre el nacimiento del niño número 6.000 millones. Durante su elaboración se analizaron y debatieron minuciosamente sus méritos y fallas. El índice no contempla, por ejemplo, ciertos riesgos importantes que acechan a los niños de los países industrializados, como la soledad y la alienación de los menores que a la salida de la escuela deben esperar solos en sus hogares el regreso de sus padres del trabajo. Esto se debe a que no se cuenta con indicadores pertinentes. Pero a pesar de las limitaciones del índice, el UNICEF lo presenta a fin de poner la idea sobre el tapete y generar un debate sobre la misma. Posiblemente, el mundo sacará provecho de un método que mida el bienestar de los niños de manera más adecuada al incorporar nuevos conocimientos acerca de la forma en que se desarrollan los niños y al contemplar algunos de los riesgos más graves que corren los niños en la actualidad. Al proponer este nuevo concepto, creemos que estamos dando un paso más en esa dirección.

La medición de los riesgos de los niños

El mero hecho de nacer entraña riesgos para todos los niños, ya que las posibilidades de que logren un desarrollo pleno y saludable depende de una vasta gama de factores y en algunos casos, parecería, de la suerte. Mediante el índice de riesgo de los niños (IRN), cuya explicación aparece en el recuadro a la derecha, se trata de reducir a cifras algunos de los riesgos que amenazan a los niños hasta los 18 años. Según esa escala, los niños corren mayor nivel de riesgo—de 61 puntos como promedio—en África al sur del Sahara. Los niños europeos, entretanto, tienen el promedio más bajo, de 6 puntos.

El concepto de IRN, aún en proceso de elaboración, combina los cinco factores que ejercen una influencia decisiva en el bienestar de los niños. Tres de esos factores—la mortalidad de los niños menores de cinco años, el peso inferior al normal en grado moderado o grave, y la escolaridad primaria—se relacionan con el desarrollo. Los otros dos son la posibilidad de riesgo de los conflictos armados y el VIH/SIDA, que ejercen una creciente influencia sobre los derechos y el bienestar de los niños.

Los conflictos armados afectan directamente a los niños de todas las edades, ya que implican un peligro inmediato. Pero también les afectan de manera indirecta, al privarles de atención de la salud, educación y hasta de alimentos. Cuando las tasas de prevalencia del VIH/SIDA de los adultos son elevadas, los niños no sólo corren riesgo de contraer la infección de sus madres sino de sufrir la pérdida de uno o ambos progenitores, con la consecuente privación de apoyo y protección.

El índice no tiene en cuenta diversos factores que afectan de manera negativa el desarrollo adolescente, como el trabajo infantil, la explotación sexual y la carencia de respaldo familiar. Esto se debe a que muchos países carecen de datos sobre esos factores.



ÁFRICA AL SUR
DEL SAHARA

Angola	96
Sierra Leona	95
Somalia	92
Etiopía	85
Guinea-Bissau	80
Níger	80
Congo, Rep. Dem.	76
Burundi	74
Eritrea	74
Liberia	74
Rwanda	70
Guinea	69
Chad	67
Malí	64
Mozambique	63
Rep. Centroafricana	62
► <i>Media regional</i>	61
Burkina Faso	60
Nigeria	59
Zambia	58
Uganda	57
Malawi	55
Tanzanía	53
Congo	51
Côte d'Ivoire	51
Madagascar	49
Zimbabue	48
Camerún	47
Kenya	46
Lesotho	46
Togo	46
Benin	45
Mauritania	45
Botswana	42
Namibia	42
Senegal	38
Ghana	36
Gambia	35
Gabón	32
Sudáfrica	25
Mauricio	11



ORIENTE MEDIO Y
ÁFRICA SEPTENT.

Sudán	59
Yemen	49
Iraq	39
Argelia	26
► <i>Media regional</i>	24
Arabia Saudita	24
Kuwait	24
Egipto	21
Marruecos	21
Líbano	18
Irán	17
Omán	17
Emiratos Árabes Unidos	16
Turquía	15
Siria	13
Jordania	11
Túnez	8
Libia	6
Israel	Sin datos

El índice de riesgo de los niños (IRN) es el resultado de los cinco indicadores que se detallan a continuación:

TMM5, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años correspondiente al año 1997;

PIN, el porcentaje de niños con peso inferior al normal en grado moderado o grave (correspondiente al período 1987-1998);

NQNAEP, el porcentaje de niños que no asisten a la escuela primaria (correspondiente al período 1987-1997);

CONFLICTO, la evaluación de la seguridad calculado para 1998 por el Grupo Asesor de Seguridad del UNICEF;

VIH/SIDA, la tasa de prevalencia del VIH/SIDA para personas entre 15 y 49 años correspondiente a 1997.



ASIA CENTRAL



ASIA SURORIENTAL Y PACÍFICO



AMÉRICAS



EUROPA

Afganistán	94
► <i>Media regional</i>	41
Georgia	27
Azerbaiyán	24
Uzbekistán	23
Turkmenistán	21
Kirguistán	13
Kazajistán	12
Armenia	Sin datos
Tayikistán	Sin datos

Camboya	60
Papua Nueva Guinea	55
Corea, Rep. Dem. Pop.	50
Pakistán	49
Bangladesh	47
Bhután	46
India	45
Myanmar	44
Nepal	44
Lao RPD	42
Sri Lanka	39
Indonesia	34
► <i>Media regional</i>	31
Viet Nam	31
Mongolia	25
Filipinas	24
Tailandia	22
Malasia	14
China	13
Corea, Rep.	5
Australia	<5
Japón	<5
Nueva Zelandia	<5
Singapur	<5

Nota: < = menos de.

Haití	47
Guatemala	33
El Salvador	22
Nicaragua	22
Bolivia	21
Perú	19
Honduras	18
Colombia	16
Rep. Dominicana	16
Venezuela	16
Ecuador	13
México	11
► <i>Media regional</i>	10
Trinidad/Tabago	10
Panamá	9
Brasil	8
Chile	8
Jamaica	8
Paraguay	8
Cuba	6
Uruguay	6
Argentina	5
Canadá	<5
Costa Rica	<5
Estados Unidos	<5

Yugoslavia	29
Albania	17
Belarús	11
ERYD Macedonia*	11
Rusia, Fed. de	11
Croacia	10
Estonia	10
Letonia	8
Rep. Checa	8
Bulgaria	7
► <i>Media regional</i>	6
Grecia	6
Rumania	6
Alemania	<5
Austria	<5
Bélgica	<5
Dinamarca	<5
Eslovenia	<5
España	<5
Finlandia	<5
Francia	<5
Hungría	<5
Irlanda	<5
Italia	<5
Noruega	<5
Países Bajos	<5
Polonia	<5
Portugal	<5
Reino Unido	<5
Suecia	<5
Suiza	<5
Bosnia/Herzegovina	Sin datos
Eslovaquia	Sin datos
Lituania	Sin datos
Moldova, Rep. de	Sin datos
Ucrania	Sin datos

*La Ex República Yugoslava de Macedonia, mencionada a partir de ahora como ERYD Macedonia.

Fuente: UNICEF.



El índice de riesgo de los niños

Los indicadores se trasladan a una escala de 0 a 100 antes del cálculo del IRN, siguiendo la siguiente ecuación:
 $IRN = (TMM5 + PIN + NQNAEP)/3 + CONFLICTO/4 + VIH/SIDA/4$

El IRN está limitado por el grado de disponibilidad de datos. También se ve afectado por la calidad y actualidad de los mismos. Usando al Congo como ejemplo, su TMM5 es una proyección basada en los datos del censo de 1974. Pero si su tasa de mortalidad de niños menores de cinco años fuera en realidad igual a la de su vecino, la República Democrática del Congo, su IRN variaría de 51 a 65.

La composición del índice es un factor importante, y probablemente debatible.

Si a la mortalidad infantil se le hubiera adjudicado, por ejemplo, el doble de la importancia que a los otros dos indicadores del desarrollo, los mayores cambios de los IRN corresponderían a la República de Corea (de 50 a 36); Sierra Leona (de 95 a 103), y Sri Lanka (de 39 a 31). Los IRN de los demás países tendrían modificaciones de seis puntos o menos, y la mayoría cambiaría sólo en 1 punto o menos. Se considera que las diferencias de 5 puntos o menos entre los IRN de diversos países no son significativas. Debido a ello, los países con

IRN inferiores a 5 aparecen en la tabla marcados con <5.

Los indicadores recientes de mortalidad infantil, peso inferior al normal y educación escolar primaria guardan estrecha relación con sus valores actuales y los del futuro inmediato, a menos que se susciten alteraciones violentas, como los conflictos armados o la epidemia del SIDA. Al incluir estos últimos factores, el IRN refleja más cabalmente el nivel de riesgo actual de los niños, y los que le pueden deparar los próximos años.

Definen la brecha entre campo y ciudad en materia de nutrición

La prevalencia del retraso en el crecimiento o cortedad de talla es casi invariablemente superior en las zonas rurales que en las urbanas, según indican datos de 68 países. En esos países, las tallas de desarrollo anormal de los niños campesinos son, como promedio, 1,5 veces mayores que las de los niños de las zonas urbanas. En 36 de esas naciones, las tasas rurales son entre 1,5 y 4,5 veces más altas que las urbanas.

Esa brecha entre los sectores urbano y rural es más pronunciada en China y, en orden decreciente, en Viet Nam, Kazajstán y el Perú. Seis de los 12 países donde se registran las disparidades más marcadas en materia de retraso en el crecimiento pertenecen a la región de América Latina y el Caribe.

El retraso en el crecimiento es un indicador fundamental de la desnutrición infantil, y la desnutrición es una de las causas más importantes de más de la mitad de las muertes infantiles en los países en desarrollo. El retraso en el crecimiento comienza generalmente en el vientre materno como consecuencia de la desnutrición de la madre, que asimismo es la causa del bajo peso al nacer. Los niños que nacen con peso inferior al normal tienen muchas más probabilidades de morir en el primer mes de vida que los nacidos con peso normal, y los que sobreviven tienden a sufrir durante el resto de sus vidas las consecuencias del retraso en el crecimiento.

La reducción a largo plazo de la ingesta alimentaria y las enfermedades reiteradas también constituyen una causa del retraso en el crecimiento, y sus consecuencias son más graves durante los primeros dos años de vida. Debido a que en esa época el cerebro es el órgano que crece más rápido, los niños que no disfrutaron de un crecimiento normal sufren también retrasos en el desarrollo cognoscitivo y en la capacidad de aprendizaje. En Filipinas, por ejemplo, los niños de 8 a 11 años que habían tenido un crecimiento inferior al normal durante los primeros seis meses de vida obtuvieron en pruebas de medición de la inteligencia resultados notablemente más bajos que los niños que habían disfrutado de un desarrollo normal. El retraso en el desarrollo también es causa de la disminución de la



Las consecuencias del retraso en el crecimiento: Dos niñas de 12 años en Bangladesh. La raya en la pared indica el tamaño normal para esa edad.

Las disparidades entre los sectores rural y urbano que revelan los datos citados son motivo de gran preocupación debido a que, en términos generales, las tasas de desarrollo deficiente han disminuido en el mundo en desarrollo. En el decenio de 1980, casi la mitad de los niños menores de cinco años sufría retraso del desarrollo entre moderado y grave, pero en el decenio siguiente, la tasa había descendido al 38%. Sin embargo, algunos países como Afganistán, Angola, Bangladesh, Camboya, Guatemala, India y Pakistán, mantienen tasas del 50% o más.

Aunque no existe una solución única para que los países puedan mejorar la nutrición, hay ciertos elementos que son imprescindibles para lograr ese objetivo. Uno de ellos es la eliminación de la discriminación contra las mujeres y niñas, garantizando incluso que las niñas disfruten del acceso a la educación y que las mujeres dispongan de recursos y empleos. El crecimiento económico nacional prolongado también está relacionado con el mejoramiento de la nutrición, aunque el primero no es una condición necesaria del segundo.

En algunos países, como Omán y Tanzania, el método de las tres "A" ha servido para que las comunidades rurales aprecien sus problemas en materia de nutrición, analicen las causas de los mismos y actúen para mejorar la nutrición.

capacidad productiva y supone un mayor riesgo de sufrir enfermedades degenerativas en la edad adulta.

Las mujeres que no se desarrollan normalmente tienen más probabilidades de sufrir complicaciones o morir durante el alumbramiento. Si sobreviven, tienen más probabilidades de que hayan dado a luz lactantes con bajo peso al nacer, transfiriendo así a la generación siguiente las consecuencias del retraso en el desarrollo.

Brecha en el crecimiento

	Porcentaje de los niños menores de cinco años que sufren retraso en el crecimiento		Relación urbana/rural %
	Rural %	Urbana %	
China	39	9	4,3
Viet Nam	47	15	3,1
Kazajstán	22	8	2,8
Perú	40	16	2,5
Brasil	19	8	2,4
Marruecos	28	13	2,2
Paraguay	22	10	2,2
Túnez	33	15	2,2
Irán	25	12	2,1
Nicaragua	33	16	2,1
República Dominicana	15	7	2,1
Bolivia	38	19	2,0
Congo, Rep. Dem.	52	28	1,9
Côte d'Ivoire	29	15	1,9
Ghana	30	16	1,9
Camerún	30	17	1,8
Azerbaiján	29	17	1,7
Guinea	33	20	1,7
Sudáfrica	27	16	1,7
Sri Lanka	19	11	1,7
Sudán	39	23	1,7
Turquía	27	16	1,7
Uganda	40	23	1,7
Botswana	34	21	1,6
Burkina Faso	31	19	1,6
El Salvador	28	17	1,6
Guatemala	57	35	1,6
Níger	42	27	1,6
Colombia	19	13	1,5
Haití	35	24	1,5
Honduras	46	30	1,5
Malawi	50	34	1,5
Malí	33	22	1,5
Senegal	26	17	1,5
Yemen	44	29	1,5
Zambia	49	33	1,5

Fuentes: Encuestas demográficas y de salud, Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples y otras encuestas nacionales, 1990/98.

Descenso mundial de las tasas de fecundidad

Las tasas de fecundidad —el promedio de nacidos vivos por mujer durante los años en que puede procrear— han descendido notablemente en todo el mundo. Se trata de una tendencia que augura un mayor bienestar para las mujeres y los niños.

Un análisis de la situación en el mundo revela que las tasas de 33 países se han reducido por lo menos a la mitad desde 1970. En China, Kuwait, Mongolia, la República Popular Democrática de Corea, Tailandia y Túnez, las tasas han disminuido en un 60%, por lo menos. Y en Tailandia, donde las mujeres tenían como promedio 5,6 hijos en 1970, dieron a luz 1,8 en 1977.

De los países industrializados, Irlanda registró la mayor reducción de las tasas de fecundidad, ya que entre 1970 y 1979 el promedio de nacidos vivos por mujer decreció en esa nación de 3,9 a 1,9. Italia y España tienen la tasa de fecundidad más baja del mundo, de 1,2 niños por mujer en 1997.

Durante este decenio, las tasas de fecundidad de 12 países han disminuido como promedio en un niño o más por mujer. La caída más pronunciada ocurrió en Irán, donde las mujeres tienen como promedio dos hijos menos que en 1990. Pero en 19 países las tasas de fecundidad siguen siendo elevadas. En esas

naciones, cada mujer tiene un promedio de 6 hijos o más. Y en Somalia, Uganda y Yemen, el promedio es de más de 7 hijos.

Descensos en el decenio de 1990

	Número promedio de partos por mujer 1990	Número promedio de partos por mujer 1997	Disminución en un hijo o más 1990-97
Irán	4,9	2,9	-2,0
Siria	5,7	4,1	-1,6
Kenya	6,1	4,6	-1,5
Mongolia	4,1	2,7	-1,4
Bangladesh	4,3	3,1	-1,2
Côte d'Ivoire	6,3	5,2	-1,1
Libia	4,9	3,8	-1,1
Omán	7,0	5,9	-1,1
Viet Nam	3,8	2,7	-1,1
Zimbabwe	5,0	3,9	-1,1
Haití	5,4	4,4	-1,0
Túnez	3,6	2,6	-1,0

Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects: The 1998 Revision*, Nueva York, 1998.

Avances en la lactancia exclusiva*

El número de lactantes que disfrutan de los beneficios inigualables del amamantamiento exclusivo durante sus primeros cuatro meses de vida continúa aumentando, según datos provenientes de 35 países en desarrollo. En los 21 países que se detallan a continuación, las tasas de lactancia exclusiva han aumentado. Irán logró el promedio más alto de incremento anual de la lactancia materna, del 6% anual, seguido por el Brasil y Zambia. Las tasas de amamantamiento han disminuido en Colombia, Jordania, Kenya, Kirguistán, México y Túnez.

Los avances en materia de amamantamiento son el resultado de las iniciativas destinadas a difundir sus beneficios tanto para las madres como para los hijos y a prohibir la publicidad y promoción de los sustitutos de la leche materna, los biberones y las tetinas. También han resultado eficaces las actividades de información, la capacitación de los profesionales de la salud y el fomento de las políticas gubernamentales en pro de los beneficios de la lactancia materna. En muchos países también ha dado resultados la Iniciativa para los hospitales amigos de los niños, encaminada a armonizar las prácticas de las salas de maternidad a los "Diez pasos para la lactancia materna eficaz" establecidos por el UNICEF y la OMS. Desde 1994 hasta la fecha, el número de hospitales del mundo que ponen en práctica esa iniciativa ha aumentado de 900 a casi 15.000.

El UNICEF y la OMS hacen hincapié en que la mayoría de los lactantes no necesitan durante los primeros seis meses de vida otro alimento que la leche materna. La leche de la madre constituye un alimento ideal, y el amamantamiento salva anualmente la vida de unos 1,5 millones de lactantes, ya que previene enfermedades por lo general mortales como la diarrea y las infecciones de las vías respiratorias.

Las mujeres necesitan con urgencia servicios voluntarios y confidenciales de análisis y orientación que les ayuden a resolver el cruel dilema del VIH/SIDA en lo que atañe a la lactancia materna. Los hospitales amigos de los niños son los lugares más idóneos para la prestación de tales servicios, especialmente en África al sur del Sahara.

*Sirvase remitirse al recuadro "El VIH y la alimentación de los lactantes", en la página 25.



Una madre libanesa amamanta a un recién nacido.

Incremento del amamantamiento

	Fecha de los estudios	% amamantados exclusivos* en la encuesta más reciente	Tasa media de incremento (% anual)
Irán	'95 y '97	66	6
Brasil	'86 y '96	42	4
Zambia	'92 y '96	27	4
Burkina Faso	'93 y '96	12	3
Egipto	'91 y '96	53	3
Filipinas	'93 y '98	47	3
Madagascar	'92 y '97	61	3
Malawi	'92 y '95	11	3
Nicaragua	'92 y '98	30	3
Perú	'86 y '96	63	3
Ghana	'88 y '95	19	2
Sri Lanka	'87 y '93	24	2
Tanzania	'92 y '96	41	2
Yemen	'92 y '97	25	2
Camerún	'91 y '98	15	1
Indonesia	'87 y '97	53	1
Malí	'87 y '96	13	1
Rep. Dominicana	'86 y '96	25	1
Senegal	'86 y '97	16	1
Togo	'88 y '98	15	1
Zimbabue	'89 y '94	16	1

*Lactantes hasta 4 meses.

Fuentes: Encuestas Demográficas de Salud, Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples y otras encuestas nacionales.

Donde los niños no deberían estar

Se calcula que unos 200.000 niños y jóvenes están involucrados actualmente en conflictos armados, algunos solamente reclutados y otros obligados a combatir. Esos niños y adolescentes matan y mueren por causas que difícilmente pueden comprender. Se desconoce el número exacto y las edades de estos niños debido a que los gobiernos

y las fuerzas armadas que participan en esos conflictos no mantienen un registro de esa información o se niegan a hacerla pública. Lo que es innegable es que a pesar de la creciente convicción de que los campos de batalla son sitios donde no debería haber niños, se les sigue sacrificando en las guerras independientemente de su edad.

Existe información sobre un fenómeno relacionado con la participación de los jóvenes en las acciones militares que no por menos terrible deja de ser inquietante. Diversos estudios demuestran que por lo menos en 53 países sus fuerzas armadas aceptan a voluntarios menores de 18 años, y que en 13 de esos países los jóvenes pueden enrolarse antes de disfrutar del derecho al voto. Los escasos datos disponibles demuestran la aceptación de la participación de los niños en ejercicios de adiestramiento o servicio militar.

La Convención sobre los Derechos del Niño, que define al niño como toda persona menor de 18 años, hace una excepción en el caso del servicio militar, y establece en 15 años la edad mínima para la prestación de ese servicio. Sin embargo, la Convención también recomienda que los Estados que permitan la conscripción de niños menores de 18 años se fijen como prioridad el reclutamiento preferencial de los que estén más cerca de esa edad.

Actualmente se trabaja en la redacción de un Proyecto de protocolo facultativo de la Convención que propuso el Comité de los Derechos del Niño, y que aumentaría de 15 a 18 años la edad mínima para el servicio militar.

Cuando los niños pueden ser reclutados a partir de los 15 años no sólo se les expone a los horrores de la guerra sino que también se pone en peligro a los menores de esa edad, especialmente en los países donde el registro de los nacimientos no posee un carácter universal.

Edad mínima oficial

Edades con que las fuerzas estatales pueden reclutar a los niños

15 años	Cuba** Iraq Japón* Lao, RDP**	Cuba** El Salvador Irán**** Mauritania México Perú Reino Unido República Dominicana* Sudán	Austria Bolivia* Brasil Corea, Rep. Croacia Estados Unidos Estonia** Finlandia Francia Honduras India Indonesia Irlanda Israel	Italia Jordania Libia Luxemburgo Nicaragua Noruega Nueva Zelandia Países Bajos Portugal Qatar Rwanda Yugoslavia
----------------	--	--	---	--

Edad mínima no oficial

Edades con que los niños han estado sirviendo en las fuerzas estatales o pro estatales, según informes de fuentes dignas de crédito

8 años	13 años	15 años	17 años
Sierra Leona*****	Uganda	Congo***** Congo, Rep. Dem. Paraguay Rwanda	Argelia***** Sudán***** Togo Zambia
12 años	14 años	16 años	
Chad Liberia*****	Angola** Burundi Somalia	Etiopía	

Nota: En ambas listas, los niños son voluntarios a menos que se indique lo contrario. Las listas no son exhaustivas.

* Academia militar

*** Guardias de fronteras

***** Grupos paramilitares

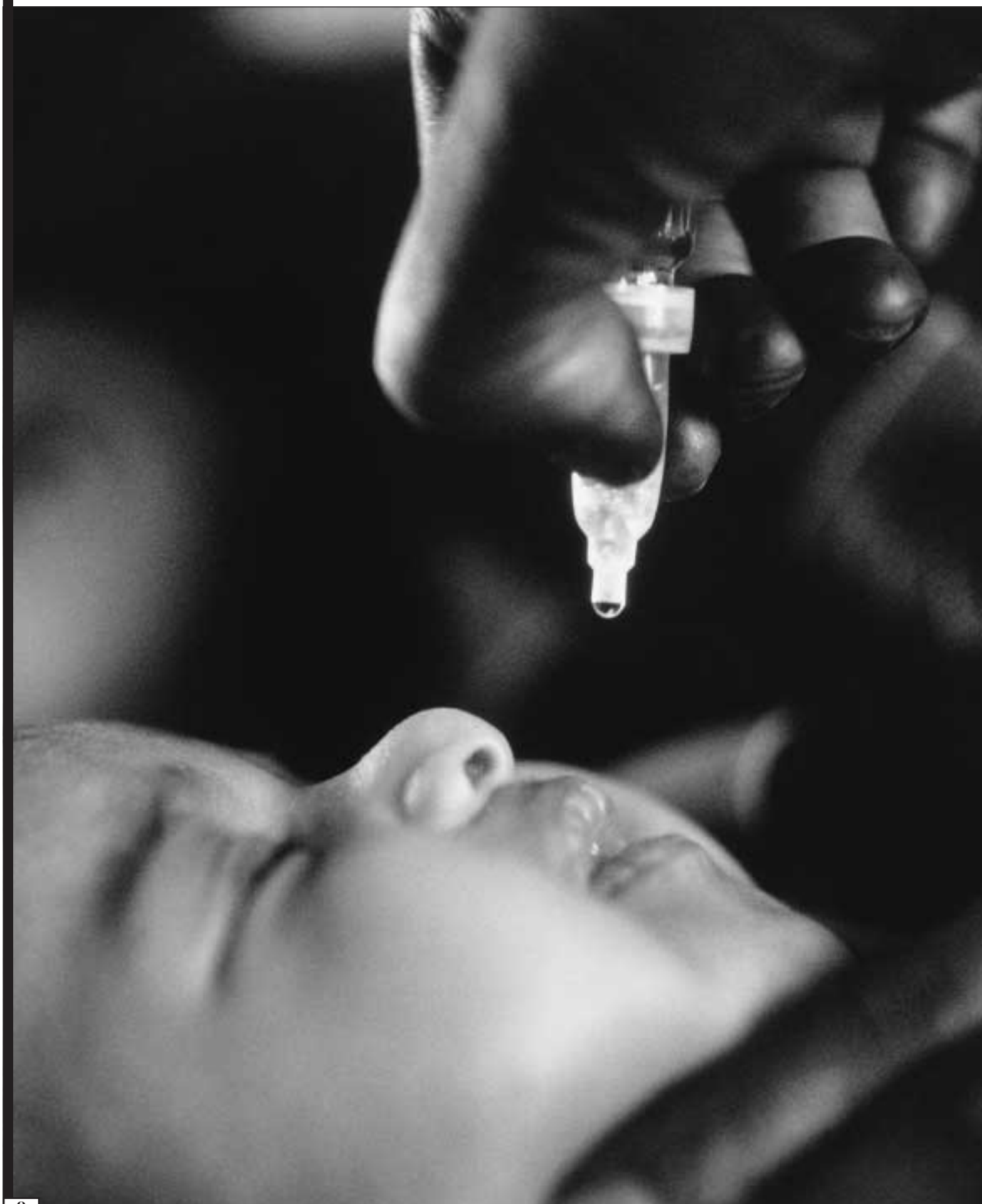
** Conscriptos

**** Organizaciones juveniles

Fuentes: Coalition to Stop the Use of Children Soldiers. Mayo de 1999. UNICEF, informaciones inéditas. Diciembre de 1998.

UN LEGADO INAPRECIABLE

COMENTARIO: POLIO/VITAMINA A



Un legado inapreciable

Por Sheikh Hasina

La campaña mundial para erradicar la poliomielitis y eliminar la carencia de vitamina A es una historia impresionante que refleja una gran dosis de visión y de compromiso, y es la consecuencia de una tarea que está muy cerca de obtener unos notables resultados.

Son las 3:30 de la mañana en una aldea de Monirumpur Thana, en la región occidental de mi país, Bangladesh, y el primer llamado a la oración aún no ha roto el sombrío silencio de la noche. Aunque en las calles reina la oscuridad, en esta jornada especial los agentes sanitarios y los voluntarios ya trabajan sin tregua en el complejo sanitario a la luz de velas y linternas.

Velozmente, empaican ampollas en cajas de transporte que cargan en carruajes a pedal, y al rayar el alba decenas de trabajadores de la salud y voluntarios se alejan pedaleando y haciendo sonar los timbres de las bicicletas. Se dirigen a los puestos de vacunación ubicados en aldeas, oficinas, plazas públicas, paradas de autobuses y amarraderos de transbordadores, donde ya se han congregado muchas madres con sus hijos.

Cuando todos los protagonistas ocupan sus sitios, comienza a desarrollarse un sorprendente ejercicio de salud pública que durará todo el día, con escenas que se repetirán caso por caso y niño tras niño. Los voluntarios vierten metódicamente dos gotas de un líquido y el contenido de una cápsula en la boca de cada niño.

El líquido en cuestión es la vacuna antipoliomelítica, y la cápsula contiene vitamina A. Cuando los agentes sanitarios y los voluntarios terminan sus actividades en Monirumpur y en miles de otras comunidades de Bangladesh, casi el 90% de los niños menores de cinco años del país no sólo han sido

inmunizados contra la poliomielitis sino también protegidos contra la carencia de vitamina A. Ha terminado otro de los periódicos, y extraordinarios, Días Nacionales de Inmunización.

Estos Días han galvanizado a la nación, y en ellos participan prácticamente todos los estratos de la sociedad. Los voluntarios constituyen el elemento central de los esfuerzos. Unos 600.000 voluntarios hicieron posible la realización de nuestro más reciente Día Nacional de Inmunización, y muchos de ellos ya habían participado en años anteriores en otras jornadas similares.

Cada Día se planifica meticulosamente, lo que requiere un gran empeño y un trabajo intenso. Las labores de preparación incluyen reuniones de difusión y planificación en todas las esferas, desde el ámbito nacional hasta el local, donde se moviliza a los voluntarios y se motiva a la población para que vacune a los niños. Durante los Días Nacionales de Inmunización, las cadenas de radio y televisión difunden debates y entrevistas alusivas a las actividades. Los periódicos publican suplementos especiales con mensajes de los líderes políticos y sociales de nuestro país, como el Presidente o yo misma. También se distribuyen carteles, panfletos, calcomanías y lettereros, y los cantores de música folklórica informan con especial eficacia a la población sobre los sitios adonde los padres deben llevar a vacunar a sus hijos, y en qué fechas y horarios.

Según los expertos, los Días Nacio-

nales de Inmunización y otras intervenciones en materia de salud salvan anualmente en Bangladesh las vidas de más de 120.000 niños. Antes de que comenzáramos a realizar los Días Nacionales de Inmunización en 1995, se calculaba que en Bangladesh se registraban más de 2.000 casos de poliomielitis por año. El año pasado, según la OMS, tuvimos 282* casos.

La campaña mundial

Los Días Nacionales de Inmunización no se realizan solamente en Bangladesh, sino que forman parte de un esfuerzo internacional por el cual el mundo está cada vez más cerca de la meta de eliminar la poliomielitis para el año 2000, lo que constituiría un legado inapreciable del siglo XX al XXI.

En 1998, los Días Nacionales de Inmunización brindaron protección contra esa enfermedad a unos 450 millones de niños, que constituyen dos terceras partes de todos los menores de cinco años del mundo. En 1997 y 1998, 36 países africanos llevaron a cabo Días Nacionales de Inmunización, y en la mayoría de ellos se inmunizó a más del 80% de los niños menores de cinco años. Desde marzo a mayo de 1999, en el Oriente Medio, la Federación de Rusia y las repúblicas del Cáucaso y de Asia Central, se vacunó a unos 32 millones de niños. A principios de 1999, en prácticamente todos los países donde la poliomielitis tiene carácter endémico se habían realizado Días Nacionales de Inmunización.

En algunos casos se llevaron a cabo esfuerzos excepcionales. En Tanzania y Zambia, se apeló a lanchas y aviones para llevar la campaña de inmunización hasta aldeas ubicadas en islas y montañas. En una región del Sudán

*Solamente cinco de ellos se debieron al virus silvestre de la poliomielitis, que es el agente causante del contagio de la enfermedad de una persona a otra, según se confirmó.

del tamaño del Reino Unido, pero donde sólo existen 40 kilómetros de caminos pavimentados, se despacharon por vía aérea bicicletas que luego se emplearon para distribuir las vacunas. En China —donde dos terceras partes del territorio son montañas, tierras altas y mesetas— los agentes sanitarios transportaron las vacunas a caballo hasta los sitios más apartadas.

Pero el aspecto más sobresaliente y conmovedor de estas jornadas de vacunación probablemente sean los acuerdos a los que llegaron los bandos enfrentados en conflictos bélicos a fin de silenciar sus armas para que se pudiera inmunizar a los niños, como sucedió en Afganistán, Camboya, Filipinas y Sri Lanka.

En el ámbito regional, nosotros en Bangladesh y nuestros vecinos de Bhután, la India, Myanmar y Nepal colaboraron para que sus Días Nacionales de Inmunización se realizaran en las mismas fechas a fin de obtener resultados más contundentes. En la India, donde según la OMS se había registrado un 70% de los casos mundiales de poliomielitis en 1998, en un sólo día de enero de 1997 se vacunó a 127 millones de niños, y un año después a un número aún mayor: 134 millones. Fueron las actividades de prevención de la salud de mayor magnitud y más espectaculares que haya organizado hasta la fecha país alguno.

Aprovecho esta oportunidad para hacer algunos comentarios sobre mi país. Bangladesh es una nación joven en todo el sentido de la palabra, excepto con relación a nuestras tradiciones y nuestro patrimonio cultural, que se remontan varios siglos. Bangladesh se convirtió en estado soberano e independiente hace poco más de 25 años.

Prácticamente la mitad de sus pobladores son menores de 18 años, una circunstancia demográfica que explica nuestra preocupación por el

UN LEGADO INAPRECIABLE

COMENTARIO: POLIO/VITAMINA A

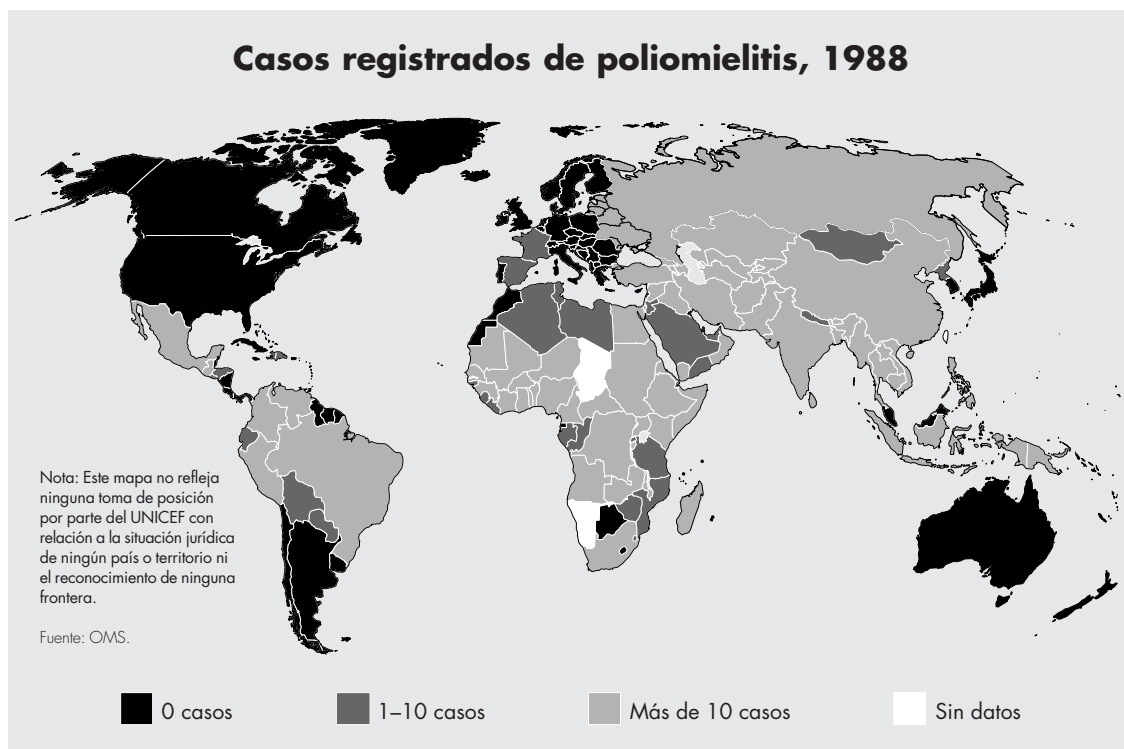
bienestar de nuestros niños, adolescentes y jóvenes, así como nuestro compromiso, que expresamos en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 y que se reflejó posteriormente en nuestro Plan Nacional de Acción. Nuestro país figuró también entre los primeros 20 que ratificaron la Convención sobre los Derechos del Niño, poniéndola de esa manera en vigencia.

En nuestro país aún mueren anualmente 370.000 niños menores de cinco años, en su mayoría de diarrea, infecciones agudas de las vías respiratorias, sarampión, tétanos neonatal y otras enfermedades prevenibles mediante la inmunización. A fin de reducir esas pérdidas, hemos participado en el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), mediante el cual logramos un incremento casi milagroso de nuestra cobertura de vacunación infantil. En 1985, menos del 5% de nuestros niños estaba inmunizado, mientras que hoy un 70% está protegido. Impulsados por los éxitos logrados con el PAI, hemos organizado un sistema de prestación de servicios sanitarios que abarca todos los puntos del país. Contamos con 108.000 puestos de aplicación del PAI donde se inmuniza y se llevan a cabo otras actividades de salud que salvan las vidas de los niños, como la educación y orientación sanitaria, las labores de información sobre la terapia de rehidratación oral (TRO) y el suministro de micronutrientes.

De esta manera, trabajamos en pro de la eliminación de la poliomielitis y la carencia de vitamina A, nuestros dos problemas sanitarios más graves. También llevamos a cabo una ofensiva contra las principales enfermedades infantiles; la desnutrición, que afecta a más de la mitad de nuestros niños prácticamente desde su primer año de vida; y la carencia de micronutrientes. Aunque nos hallamos aún lejos de una victoria total, estamos decididos a vencer.

La lucha contra la poliomielitis tiene carácter internacional, y se lleva a cabo bajo la conducción de la OMS en conjunción con el UNICEF, el Movimiento Rotario Internacional, los Centros de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos, y millares de agrupaciones en todo el mundo. Las vastas campañas de vacunación representan la innovación más reciente en la lucha contra esta enfermedad.

Afortunadamente, es posible eli-



minar completamente la poliomielitis, y los Días Nacionales de Inmunización resultan fundamentales para lograr ese fin. Debido a que en esas jornadas de salud se inmuniza con la vacuna oral a todos los niños de un país al mismo tiempo, los Días Nacionales de Inmunización garantizan que el virus salvaje no se propague en ese vasto número de posibles huéspedes, un factor que determinará su extinción, ya que se trata de un organismo que no puede sobrevivir en animales o insectos, o en un ambiente natural. La poliomielitis seguirá los pasos de la viruela, que en 1979, después de una campaña mundial de 12 años de duración, se convirtió en la primera enfermedad completamente eliminada de la faz del planeta.

Pero la poliomielitis es un enemigo más sutil que la viruela. Aunque se trata de una enfermedad muy infecciosa, la poliomielitis no siempre presenta síntomas inconfundibles. La parálisis se manifiesta en menos del 1% de los casos, mientras que un 90% de los afectados no presenta ningún síntoma. Cuando se descubre un brote de poliomielitis debido a un caso de parálisis, la enfermedad puede haber infectado ya a unas 200 personas. Otro factor que complica la eliminación de la enfermedad es que para lograr la inmunización total, la vacuna antipoliomielítica debe ser administrada en varias dosis, a dife-

rencia de la vacuna antivariólica, que se da una sola vez.

A pesar de esos obstáculos, la estrategia en cuatro etapas contra la poliomielitis obtiene buenos resultados. En primer lugar, se inmuniza cuatro veces en el primer año de vida a la mayor cantidad posible de lactantes como parte de las campañas de vacunación contra las seis principales enfermedades infantiles. En segundo término, durante los Días Nacionales de Inmunización se suministra a todos los niños menores de cinco años dos dosis adicionales de la vacuna contra la poliomielitis con un espaciamiento de un mes. El tercer paso consiste en la puesta en práctica de un sistema de vigilancia para asegurar que ningún caso nuevo de poliomielitis pase desapercibido. Posteriormente, los equipos realizan visitas domiciliarias para inmunizar a todos los niños de las regiones donde se conoce o se sospecha de la existencia del virus de la enfermedad.

Muchos países llevan a cabo campañas periódicas de inmunización, una política que constituye la primera etapa de la estrategia. En 1990, se vacunaba periódicamente a 4 de cada 5 lactantes del mundo, lo que representaba un gran avance con respecto al decenio de 1970, cuando sólo 1 de cada 20 recibía esa protección.

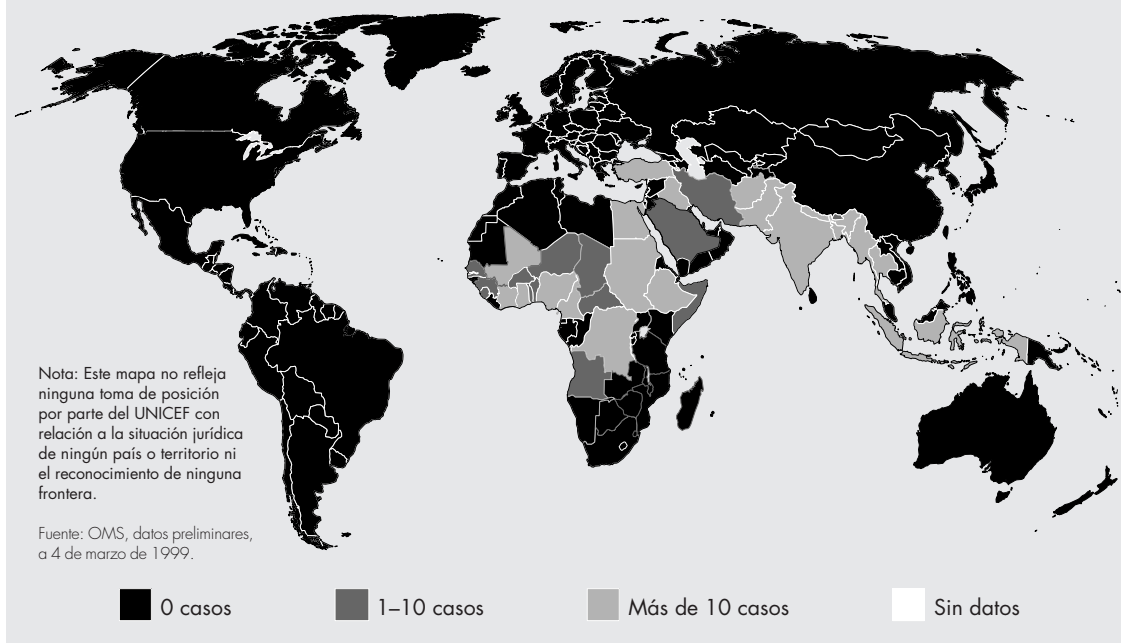
Los resultados hablan por sí mismos. En un decenio se redujo asom-

brosamente el número mundial de casos de poliomielitis. Según la OMS, en 1988 había unos 350.000 casos, aunque sólo existía constancia oficial de un 10% de ellos. En 1998, cuando los mecanismos de vigilancia habían mejorado, sólo se registraron 5.000 casos. América del Norte y del Sur han sido declaradas oficialmente libres de la enfermedad, y en Europa, sólo han habido casos de poliomielitis en Turquía durante el año pasado. La poliomielitis está en franca retirada en África septentrional, meridional y oriental, y en la Península Arábiga; mientras que en Asia Oriental y el Pacífico, el último episodio de la enfermedad ocurrió en Camboya en marzo de 1997. Hace menos de un decenio, 10.000 niños sufrieron parálisis a raíz de una epidemia en China; pero ahora, tras la realización de varios Días Nacionales de Inmunización, no se registra ningún caso.

La poliomielitis persiste en unos pocos bastiones finales, como el Afganistán, Bangladesh, la India, Nepal y Pakistán en Asia, y Somalia, el Sudán y partes de África Occidental y Central. Pero aun allí, se está ganando la batalla que la humanidad libra contra la poliomielitis.

Por el bien de nuestros niños, debemos mantener el impulso en pro de la eliminación de esa enfermedad. Lo que se ha logrado hasta la fecha es enorme. En total, entre 2 millones y

Casos registrados de poliomielitis, 1998



3 millones de niños de todo el mundo estarían hoy paralizados por la poliomielitis de no ser por la campaña.

Mientras siga existiendo la poliomielitis, el mundo tendrá que seguir gastando anualmente 1.500 millones de dólares para impedir su propagación. En las Américas, por ejemplo, se gasta más en impedir el retorno de la enfermedad que lo que se gasta en el resto del mundo para eliminarla definitivamente.

Los Días Nacionales de Inmunización han rendido otros dividendos que benefician a los niños. La experiencia cosechada ha aumentado la eficacia con que se prestan a los niños otros servicios sanitarios fundamentales. En el caso de Bangladesh, como mencioné, cuando se vacuna a los niños contra la poliomielitis se les suministra también vitamina A.

La carencia de vitamina A, que afecta a unos 100 millones de niños menores de cinco años, reduce la resistencia a las enfermedades y es una de las causas de casi una cuarta parte de las muertes de los niños de esa edad. También es la causa principal de la ceguera de los niños de los países en desarrollo. Y existen cada vez más pruebas de que la carencia de vitamina A aumenta el riesgo de que las mujeres mueran durante el embarazo o el alumbramiento.

Los Días Nacionales de Inmunización han resultado ser verdaderos

“salvavidas” cuando se trata de suministrar vitamina A a los niños de Bangladesh. Antes de la realización de los Días Nacionales de Inmunización no conseguíamos, a pesar de todos nuestros esfuerzos, llegar a más del 55% de los niños. En la actualidad, más de un 90% recibe vitamina A durante la inmunización.

Se trata de una protección completa y económica. Con una cápsula que cuesta apenas dos centavos de dólar estadounidense se protege a un niño durante un mínimo de seis meses. Y se considera que la eliminación de la carencia de vitamina A salva tantas vidas como la inmunización contra las seis enfermedades principales y el empleo de la TRO contra la deshidratación diarreaica, que constituyen dos de los mayores éxitos recientes en materia de progreso sanitario.

Gran parte del mundo ha realizado grandes avances hacia la conquista de la meta de la eliminación de la carencia de vitamina A, que se estableció en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990. Para 1996, más de la mitad de los niños de corta edad de los países donde esa carencia representa un problema para la salud pública recibían suplementos de vitamina A, un gran progreso con respecto a dos años antes, cuando sólo una tercera parte de esos niños tenía acceso a esos suplementos. En la

actualidad, 35 países avanzan hacia la conquista de ese objetivo.

Sin embargo, aún existe una brecha que debe zanjarse. En algunos países, las tasas de administración de suplementos son bastante más bajas que las tasas de vacunación contra la poliomielitis. La estrategia que debería aplicarse ahora consiste en aprovechar los Días Nacionales de Inmunización para suministrar tanto las vacunas como las cápsulas, tal como se hace ya en Bangladesh y otros 42 países. Por cierto, el UNICEF y la OMS han coincidido en recomendar que todos los países donde la carencia de vitamina A representa un problema de salud pública deberían combinar ambas actividades. El suministro de las cápsulas no debería representar un obstáculo, debido a que el Gobierno del Canadá se ha comprometido generosamente a suministrar la vitamina A que sea necesaria para cumplir con esa meta.

Los Días Nacionales de Inmunización, que fueron concebidos como una medida a corto plazo para dar el golpe de gracia a la poliomielitis, han producido beneficios inesperados a largo plazo. Según diversos estudios, incrementan la cooperación entre los sectores de los gobiernos y hacen posible que las organizaciones comunitarias desempeñen funciones más importantes en el aspecto sanitario, lo que determina un grado mayor y más

fluidos de comunicación con el personal de los servicios de salud. Estos avances ya se han reflejado en el mejoramiento de otros programas sanitarios. Y la “cultura de la inmunización” que los Días Nacionales de Inmunización han ayudado a gestar quizás tenga como resultado un aumento de los niveles de vacunación contra otras enfermedades, además de la poliomielitis.

Si se ampliaran los Días Nacionales de Inmunización hasta convertirlos en Días de la Salud Infantil se podría no sólo preservar sino incrementar estos logros. En esos Días de la Salud Infantil se podría inmunizar a los niños contra otras enfermedades y suministrar otros micronutrientes vitales y medicamentos antiparasitarios, así como fomentar el empleo de los mosquiteros impregnados con insecticida en las regiones donde el paludismo constituye una amenaza. Durante los Días de la Salud Infantil también podrían organizarse actividades de fomento del amamantamiento, la higiene y la lucha contra la diarrea, ya que se podría brindar a las madres y otras personas que cuidan a los niños información sobre la administración de suplementos a la alimentación y los estímulos psicosociales que los niños pueden obtener cuando juegan o de su relación con los adultos, cuya importancia es fundamental para el desarrollo saludable de los niños.

La batalla contra la poliomielitis ha inspirado nuevas ideas en los gobiernos del mundo, y los ha movilizado en un grado pocas veces visto, produciendo con ello uno de los esfuerzos más vastos de la historia. Durante su desarrollo, también ha contribuido a descubrir, corregir y compensar las deficiencias y debilidades de los servicios sociales ya existentes. También ha sido motivo del mejoramiento de la capacidad de gestión y los sistemas de comunicación, ha reforzado los sistemas de vigilancia de las enfermedades, y nos ha obligado a diseñar nuevos métodos de transporte de las vacunas refrigeradas. De este modo, la campaña contra la poliomielitis ha otorgado a los gobiernos la confianza, voluntad y capacidad necesarias para hacer frente a otros importantes desafíos en el campo de la salud.

No hay duda que este conjunto de victorias debe ser el principio, y no el fin, de un proceso más amplio; el primer paso hacia la meta de asegurar buena salud para todos los niños. ■

UN LEGADO INAPRECIABLE

LIGA DE LOS SUPLEMENTOS DE VITAMINA A

Por carecer de dos cápsulas de vitamina A en altas dosis –que cuestan dos centavos de dólar cada una– un niño puede morir este año debido a complicaciones derivadas del sarampión o la diarrea, dos de las enfermedades infantiles más comunes. En realidad, en los próximos 12 meses se podrían perder millones de vidas jóvenes como resultado de la carencia de vitamina A. Y cada una de esas muertes podría evitarse con facilidad.

Dos cápsulas potentes

Las consecuencias del suministro de suplementos de vitamina A en la reducción de la mortalidad infantil equivalen, si no superan, las de cualquier inmunización individual contra una enfermedad infantil. En el decenio pasado se comenzó a reconocer que la carencia de vitamina A, de la que desde hacía tiempo se sabía que causaba ceguera, aumenta en gran medida los riesgos de que los niños mueran de enfermedades tan ordinarias como el sarampión y la diarrea. De hecho, en países donde la carencia de vitamina A representa un problema, es posible reducir la tasa de mortalidad en un 23% si se garantiza que los niños reciban cantidades adecuadas de vitamina A.

Pero aunque los suplementos de vitamina A protegen tanto la salud infantil como la inmunización, el avance hacia la meta de que todos los niños reciban esos beneficios sigue siendo desigual, como lo demuestra la tabla adjunta. Una manera de resolver ese problema es garantizando que todos los niños que sufren carencia de vitamina A reciban dos suplementos de altas dosis de ese micronutriente por año.

Actualmente existen 35 países donde más del 80% de los niños de corta edad reciben de manera periódica por lo menos una dosis por año de vitamina A, y muchas de esas naciones conquistarán la meta de eliminar la carencia de esa vitamina para el año 2000. Pero en 44 países la cobertura continúa siendo inadecuada. En 29 de ellos existen planes tendientes a añadir el suministro de suplementos de vitamina A a sus Días Nacionales de Inmunización y campañas especiales en 1999.

La inmunización protege por lo menos a un 80% de los niños en muchos países, lo que constituye un éxito notable en materia de salud pública. Ahora, el desafío consiste en suministrar vitamina A, ya sea mediante los suplementos o el fortalecimiento de los alimentos, a los más de 55 millones de niños de países de todo el mundo que sufren carencia del micronutriente y elevadas tasas de desnutrición y que no han recibido ningún suplemento.

Una manera de hacerlo que ha demostrado su eficacia es mediante el fortalecimiento de las medidas e iniciativas ya vigentes. La OMS y el UNICEF recomiendan que se incluya el suministro de vitamina A en las actividades ordinarias de inmunización y en actividades tales como los Días Nacionales de Inmunización en todos los países donde la tasa de mortalidad de menores de cinco años sea superior al 70 por 1.000 y que tengan altas tasas de desnutrición. Los progresos logrados durante el año pasado en materia de distribución de la vitamina A, especialmente mediante los Días Nacionales de Inmunización, han sido sorprendentes. Se trata de un éxito que nos lleva a pensar que, de contarse con la voluntad política y la decisión pública adecuadas, será posible conquistar para el año 2000, o inmediatamente después, la meta establecida en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990.



ÁFRICA AL SUR
DEL SAHARA

Benin	1
Burkina Faso	1
Camerún	1
Congo	1
Eritrea	1
Etiopía	1
Ghana	1
Guinea	1
Liberia	1
Madagascar	1
Malawi	1
Malí	1
Mauritania	1
Namibia	1
Níger	1
Somalia	1
Tanzanía	1
Togo	1
Uganda	1
Zambia	1
Angola	2
Burundi	2
Chad	2
Congo, Rep. Dem.	2
Côte d'Ivoire	2
Guinea-Bissau	2
Kenya	2
Lesotho	2
Mozambique	2
Nigeria	2
Rep. Centroafricana	2
Rwanda	2
Sierra Leona	2
Botswana	3
Gabón	3
Gambia	3
Mauricio	3
Senegal	3
Sudáfrica	3
Zimbabwe	3



ORIENTE MEDIO Y
ÁFRICA SEPTENT.

Iraq	1
Omán	1
Sudán	1
Yemen	1
Irán	2
Marruecos	2
Egipto	3
Arabia Saudita	4
Argelia	4
Em. Árabes Unidos	4
Israel	4
Jordania	4
Kuwait	4
Líbano	4
Libia	4
Siria	4
Túnez	4
Turquía	4

Criterio de clasificación

1 Se alcanza una buena cobertura.

La carencia de vitamina A es un problema de salud pública y/o existe una elevada mortalidad de menores de cinco años. Los países han logrado alcanzar una amplia cobertura en la administración de suplementos (más de un 80%) y pueden alcanzar para el año 2000 la meta sobre la eliminación de la carencia de vitamina A como problema de salud pública.

2 Es necesario cumplir con los compromisos.

La carencia de vitamina A es un problema de salud pública y/o existe una elevada mortalidad de menores de cinco años. La actual cobertura es deficiente pero estos países han decidido incluir los suplementos de vitamina A en los Días Nacionales de Inmunización y otras campañas especiales en 1999. Sin embargo, a menos que estos países se mantengan firmes, no cabe esperar una mejora de la cobertura en la adminis-



ASIA CENTRAL

Afganistán	2
Tajikistán	3
Turkmenistán	3
Armenia	4
Azerbaiyán	4
Georgia	4
Kazajstán	4
Kirguistán	4
Uzbekistán	4



ASIA SURORIENTAL Y PACÍFICO

Bangladesh	1
Bhután	1
Camboya	1
Filipinas	1
Lao RDP	1
Mongolia	1
Myanmar	1
Nepal	1
Tailandia	1
Viet Nam	1
China	2
India	2
Pakistán	2
Indonesia	3
Papua N. Guinea	3
Sri Lanka	3
Australia	4
Corea, Dem.	4
Corea, Rep.	4
Japón	4
Malasia	4
Nueva Zelandia	4
Singapur	4



AMÉRICAS

México	1
Bolivia	2
Brasil	2
Ecuador	2
El Salvador	2
Guatemala	2
Haití	2
Honduras	2
Nicaragua	2
Perú	2
Rep. Dominicana	2
Colombia	3
Costa Rica	3
Argentina	4
Canadá	4
Chile	4
Cuba	4
Estados Unidos	4
Jamaica	4
Panamá	4
Paraguay	4
Trinidad/Tabago	4
Uruguay	4
Venezuela	4



EUROPA

Albania	4
Alemania	4
Austria	4
Belarús	4
Bélgica	4
Bosnia/Herzegovina	4
Bulgaria	4
Croacia	4
Dinamarca	4
ERYD Macedonia	4
Eslovaquia	4
Eslovenia	4
España	4
Estonia	4
Finlandia	4
Francia	4
Grecia	4
Hungría	4
Irlanda	4
Italia	4
Letonia	4
Lituania	4
Moldova, Rep. de	4
Noruega	4
Países Bajos	4
Polonia	4
Portugal	4
Reino Unido	4
Rep. Checa	4
Rumania	4
Rusia, Fed. de	4
Suecia	4
Suiza	4
Ucrania	4
Yugoslavia	4

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN

Los países están clasificados de acuerdo con el progreso realizado con relación a la eliminación de la carencia de vitamina A

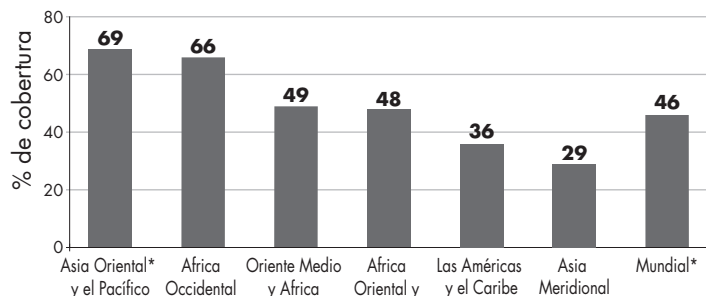
tración de suplementos y no se alcanzará la meta.

3 Es necesario un impulso firme. La carencia de vitamina A es un problema de salud pública y/o existe una elevada mortalidad de menores de cinco años. La actual cobertura es deficiente por medio de los sistemas periódicos. No se ha decidido incluir los suplementos de vitamina A en los Días Nacionales de Inmunización y otras campañas, ni existen planes para hacerlo. Es muy difícil que se alcance la meta en un futuro cercano.

4 No hay problema o no hay datos. La carencia de vitamina A o bien no es un problema de salud pública o no hay datos que indiquen si lo es. Además, la mortalidad de menores de cinco años es baja (menos de 70 por cada 1.000). No se ha tomado ninguna medida de gran escala.

Vitamina A: El desempeño de las regiones

En 1998, casi la mitad de los niños del mundo amenazados por la carencia de vitamina A recibieron por lo menos una dosis alta de vitamina A. El desafío consistirá en garantizar que los niños marginados reciban la cobertura adecuada.



*Exceptuando China
Fuente: UNICEF, 1999.

Fuente: UNICEF.

La eliminación de la poliomielitis está muy cerca

De mantenerse el ritmo de progreso vigente, y si se aceleran los esfuerzos actuales, a principios del próximo milenio el mundo podrá exhalar un suspiro de alivio colectivo. Caso por caso y país por país, se va cerrando el cerco en torno a la poliomielitis, y la eliminación total de esa enfermedad incapacitante ya es una posibilidad real.

Tanto en 1997 como en 1998, 450 millones de niños recibieron vacunas contra la poliomielitis como parte de un enorme esfuerzo por eliminar la enfermedad para el año 2000 en prácticamente todos los países del mundo. Desde 1988, el número mundial de casos ha disminuido en un 86% como resultado de los programas de inmunización y los esfuerzos en materia de vigilancia que encabezan la Organización Mundial de la Salud (OMS), el UNICEF, el Movimiento Rotario Internacional e innumerables agrupaciones e individuos de todo el mundo. Debido a ello, en 1998 se registraron 5.108 casos de poliomielitis (de los cuales 1.564 se debieron al virus silvestre, que es el responsable de la transmisión de todos los casos de la enfermedad). A fines de 1998, sólo 33 países—14 menos que en



Las mujeres de un poblado reciben a un grupo encargado de la vacunación durante el Día Nacional de Inmunización del Sudán en 1999.

el año anterior—habían tenido ese año casos de la enfermedad.

Los números de casos correspondientes a países con sistemas deficientes de vigilancia de la poliomielitis representan un cálculo lo más aproximado posible, aunque el número real de episodios podría ser más elevado. En otros países (como Indonesia, Myanmar y Tailandia), donde hay buenos sistemas de vigilancia y el número de casos debidos al virus silvestre es entre bajo e inexistente, se registran como polio-

mielitis todos los casos de parálisis que los médicos sospechan que pudieran deberse a esa enfermedad, a menos que las pruebas de laboratorio indiquen realmente lo contrario. De esta manera

se garantiza que el número de casos de poliomielitis registrados no resulte inferior al real y que los sistemas de salud pública no descarten que aún puedan existir virus silvestres de poliomielitis.

Casos registrados de poliomielitis, 1998

País	Casos confirmados*	País	Casos confirmados*
Afganistán	49 (24)	Irán	4 (4)
Angola	7 (3)	Iraq	30 (1)
Arabia Saudita	1 (1)	Mali	14 (2)
Bangladesh	282 (5)	Myanmar	31 (0)
Benin	7 (2)	Nepal	29 (0)
Bhután	2 (0)	Níger	8 (4)
Burkina Faso	8 (4)	Nigeria	312 (9)
Camerún	14 (0)	Pakistán	286 (140)
Chad	6 (4)	Rep. Centroafricana	9 (2)
Congo, Rep. Dem.	19 (0)	Senegal	10 (2)
Côte d'Ivoire	37 (11)	Sierra Leona	3 (0)
Egipto	12 (12)	Somalia	10 (0)
Etiopía	58 (0)	Sudán	42 (8)
Ghana	112 (18)	Tailandia	26 (0)
Guinea	2 (0)	Togo	5 (1)
India	3.556 (1.281)	Turquía	26 (26)
Indonesia	91 (0)		

*Las cantidades que aparecen entre paréntesis se refieren a los casos de parálisis poliomiéltica causados por el virus silvestre de la polio, que es el responsable de la transmisión de todos los casos de la enfermedad. Un país con un sistema adecuado de vigilancia donde no se registra ningún caso de poliomiéltica con el virus silvestre está cerca de la meta de la eliminación total de la enfermedad. Cuando un país no ha tenido casos de poliomiéltica causada por el virus silvestre durante tres años consecutivos, se le considera libre de la enfermedad.

Fuente: OMS Ginebra, 4 de marzo de 1999.

Conocer al enemigo: los sistemas de vigilancia de la poliomielitis

Entre 1988 y 1998, el número de casos confirmados de poliomielitis descendió de 32.251 a 5.108. Se trata de una disminución tan acentuada que por segunda vez en la historia pone al alcance del mundo la posibilidad de eliminar una enfermedad infecciosa.

Sin embargo, 50 países carecen aún de sistemas operativos de vigilancia de la poliomielitis, y hacia fines de 1998, sólo 7 países africanos contaban con sistemas de vigilancia que se podría considerar adecuados. Vale destacar, sin embargo, que la India, donde se regis-

tra un 70% de los casos de esa enfermedad de todo el mundo, tiene desde 1998 un sistema de vigilancia operativo.

Los sistemas adecuados de vigilancia de la poliomielitis constituyen una de las metas mundiales para el año 2000. Para ayudar a conquistarla, el mundo deberá concentrar su atención en los 13 países donde la enfermedad se propaga en forma incontrolada. En esas 13 naciones, que constituyen la mayor fuente de poliomielitis del mundo, se registró el 92% de los casos confirmados de la enfermedad durante 1998.

Los sistemas de vigilancia resultan fundamentales para eliminar la poliomiéltica, ya que todos los casos de parálisis causada por una infección deben localizarse y analizarse en un laboratorio. Cuando se sospecha que la parálisis se debe a la poliomiéltica, se deben recoger muestras de materia fecal 48 horas después de la aparición de los síntomas, y se deben transportar al laboratorio más cercano en un lapso que permita la realización de pruebas para detectar al virus vivo. Si se descubre que se trata de poliomiéltica, es necesario realizar prue-

bas adicionales en laboratorios de la región. El paciente se debe someter a un examen complementario en los 60 días posteriores a la aparición de los síntomas, a fin de verificar si sufre vestigios de parálisis. Si se comprueba que la causa de la parálisis es la poliomiéltica, es necesario determinar si se trata de una cepa silvestre (autóctona o foránea) del virus, o una cepa mutante del virus de la vacuna. Resulta importante saber de qué cepa se trata porque sólo se puede considerar que un país está libre de la poliomiéltica cuando durante tres años consecutivos no se registra ningún caso de la enfermedad causado por una cepa silvestre.

Además de ello, si las autoridades sanitarias conocen el origen de la cepa del virus pueden dar una respuesta adecuada, ya sea mediante un nuevo programa de inmunización o una campaña de vacunación domiciliar "de limpieza".

En el mundo existen 134 laboratorios donde se analizan posibles casos de poliomiéltica. Ya se han evaluado 107 y 89 han sido acreditados.

La vigilancia en el mundo

Puntos más débiles

Angola	Guinea Ecuatorial
Bangladesh	Liberia
Bhután	Madagascar
Burkina Faso	Maldivas
Burundi	Mauritania
Cabo Verde	Mauricio
Comoras	Mozambique
Congo	Nepal
Congo, Rep. Dem.	Níger
Corea, Rep. Dem.	Rwanda
Djibouti	Santo Tomé y Príncipe
Eritrea	Senegal
Etiopía	Seychelles
Gabón	Sierra Leona
Gambia	Sudán
Guinea	Togo
Guinea-Bissau	Yemen

Mejoras

Afganistán
Benin
Camerún
Chad
Côte d'Ivoire
Filipinas
Kenya
Lesoto
Madagascar
Malawi
Malasia
Mali
Marruecos
Nigeria
Somalia
Tailandia
Tanzanía
Zambia

Fuente: OMS.

La carencia de atención obstétrica: Madres y lactantes en peligro

Los partos con cesárea constituyen sólo una de las muchas prácticas de la atención de la salud de la maternidad necesarias para salvar la vida de las madres y sus hijos y garantizar la vigencia del derecho de las mujeres a la atención de la salud. Otras prácticas necesarias son la atención periódica de la salud antes y después del alumbramiento, la atención capacitada durante el parto, la nutrición y el descanso adecuados, y la atención y el apoyo por parte de la familia de la madre y la criatura, además de los servicios obstétricos de emergencia. Anualmente, unas 600.000 mujeres mueren durante el embarazo y el alumbramiento, mientras que 15 millones más sufren lesiones dolorosas, debilitantes y con frecuencia permanentes.

Los partos con cesárea son uno de los escasos indicadores que reflejan el

Países en cuyas zonas rurales menos del 5% de los niños nacen en partos con cesárea

	Cesáreas como % de los nacimientos	
	Zonas urbanas	Zonas rurales
Chad	1	0
Madagascar	2	0
Benin	4	1
Burkina Faso	4	1
Côte d'Ivoire	3	1
Haití	4	1
Mali	2	1
Marruecos	4	1
Mozambique	7	1
Nepal	5	1
Níger	2	1
Pakistán	6	1
Zambia	3	1
Camerún	4	2
Rep. Centroafricana	2	2
India	6	2
Nigeria	3	2
Rwanda	5	2
Senegal	4	2
Tanzania	4	2
Uganda	7	2
Uzbekistán	5	2
Ghana	9	3
Kazajstán	7	3
Perú	13	3
Comoras	9	4
Egipto	11	4
Guatemala	16	4
Honduras	10	4
Indonesia	6	4
Jordania	6	4
Kenya	11	4
Filipinas	8	4

Nota: Gráfico basado en los datos de 47 países; los porcentajes se han redondeado.

Fuentes: Encuestas Demográficas y de Salud y Encuestas de Salud Genésica (con el apoyo de los Centros de los Estados Unidos de Control y Prevención de Enfermedades), 1990-97.

grado de acceso de las mujeres a la atención obstétrica sobre los que se dispone de datos en abundancia. Pero el acceso a esa intervención quirúrgica por parte de las mujeres que la necesitan sólo representa una parte de las necesidades de las mujeres en materia de atención obstétrica. Basándose en diversas investigaciones y análisis disponibles, la OMS ha llegado a la conclusión de que para garantizar las vidas de las mujeres y los niños, la tasa de cesáreas en una población determinada no debería ser inferior al 5% ni superior al 15% de todos los embarazos.

Las tasas menores del 5% reflejan de forma clara y grave que muchas mujeres y recién nacidos mueren debido a que carecen de acceso adecuado a un amplio espectro de servicios de obstetricia. Las tasas superiores al 15% indican una dependencia innecesariamente elevada de un procedimiento de cirugía mayor que entraña muchos riesgos. A fin de garantizar la seguridad de la madre y el niño, es esencial que las operaciones con cesárea sólo las lleve a cabo, cuando sea imprescindible, un

personal idóneo en instalaciones que cuenten con los equipos adecuados.

En los 33 países de la tabla, las tasas de partos con cesárea en las zonas rurales, de menos del 5%, revelan situaciones peligrosas. En 15 de esos países, las tasas en las zonas urbanas son también inferiores a ese porcentaje. En Chad y Madagascar, el nivel de atención obstétrica es peligrosamente bajo y las tasas de operaciones con cesárea son de casi el 0% en las zonas rurales y de apenas el 1% y el 2% en las zonas urbanas.

En varios países se han puesto en práctica iniciativas que ayudan a aumentar el nivel de acceso a los servicios obstétricos. En Viet Nam existen asociaciones intercomunitarias que ayudan a que las mujeres que sufran complicaciones obstétricas reciban servicios médicos de emergencia. De manera similar, en Benin, Ghana, Malí, Nigeria, el Senegal y Tanzania, las comunidades comparten los gastos necesarios para mejorar los sistemas de remisión de casos con complicaciones.

Al mismo tiempo, algunos países con tasas elevadas de partos con cesárea, como el Brasil (42% en las zonas urbanas) y los Estados Unidos (21% en toda la nación), consideran las altas tasas un problema que requiere solución.

Hepatitis B: una amenaza para los pobres

La protección contra la hepatitis B, que se cobra anualmente 1 millón de vidas, es muy limitada en muchos países. La OMS y el UNICEF han recomendado que en los programas de inmunización infantil de todos los países del mundo se incluya la vacuna contra la hepatitis B, y unas 100 naciones ya han puesto en práctica esa recomendación. Pero 40 países pobres (con ingresos per cápita inferiores a los 785 dólares) en los que la hepatitis B es altamente endémica* no han contado con los medios para adquirir las vacunas ni han recibido asistencia de los donantes. De los 8 países pobres que habían logrado integrar esa vacuna en sus programas de inmunización, 7 (Albania, Armenia, Gambia, Kirguistán, Mongolia, la República de Moldova y Viet Nam) confrontan incertidumbres con respecto a la obtención futura de fondos para la vacuna.

En los programas del sector público de los países en desarrollo, el costo individual de inmunización de un niño contra la hepatitis B es de 1,50 dólares, una cifra que equivale al doble, aproximadamente, de lo que cuesta inmunizarlo contra las seis principales enfermedades infantiles combinadas, pero que resulta rentable.

Las vacunas que faltan

Países de escasos recursos donde la hepatitis B es altamente endémica* que no han podido integrar la vacuna contra esa enfermedad en sus programas de inmunización infantil

Angola	Côte d'Ivoire	Madagascar	Santo Tomé/Príncipe
Azerbaiyán	Etiopía	Malawi	Senegal
Benin	Ghana	Mali	Sierra Leona
Burkina Faso	Guinea	Mauritania	Somalia
Burundi	Guinea-Bissau	Mozambique	Sudán
Cambodia	Haití	Myanmar	Tanzania
Camerún	Kenya	Níger	Tayikistán
Chad	Lao, RDP	Nigeria	Togo
Comoras	Lesotho	Rep. Centroafricana	Turkmenistán
Congo, Rep. Dem.	Liberia	Rwanda	Uganda
			Zambia

*Una tasa de prevalencia del 5% o más.

Fuente: OMS.

Los niños campesinos a la zaga en la DPT

Las disparidades en materia de cobertura de inmunización revelan deficiencias que los países deberían subsanar mediante iniciativas que garanticen el cumplimiento del derecho de los niños a la salud. En las regiones rurales del Níger, por ejemplo, sólo un 15% de los niños ha recibido la vacuna DPT (contra la difteria, la tos ferina y el tétanos),

Donde la brecha es mayor: Cobertura DPT3*

	% de menores de un año inmunizados		Diferencia en puntos %
	Zonas urbanas	Zonas rurales	
Níger	72	15	57
Congo, Rep. Dem.	64	15	49
Eritrea	87	38	49
Mozambique	94	50	44
Yemen	71	30	41
Burkina Faso	70	30	40
Rep. Centroafricana	68	32	36
Papua Nueva Guinea	76	41	35
Mali	70	39	31
Côte d'Ivoire	66	37	29
Chad	42	14	28
Togo	62	36	26
Nepal	77	52	25
Camerún	68	44	24
Guinea	71	47	24
Angola	35	14	21
Ghana	86	65	21

*Tres dosis combinadas de las vacunas contra la difteria, la tos ferina y el tétanos.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples y otras encuestas nacionales, 1995-98.

lo que contrasta en 57 puntos porcentuales con la tasa de vacunación DPT en las zonas urbanas, del 72%. Se trata de la mayor disparidad que se registra en los 17 países donde existe una diferencia de más de 20 puntos porcentuales entre la cobertura rural y la urbana. La República Democrática del Congo y Eritrea tienen la siguiente disparidad mayor, 49 puntos porcentuales. De los 17 países con las disparidades más elevadas, 14 son africanos.

Entre 1980 y 1990, muchos países en desarrollo realizaron grandes avances en materia de inmunización, incrementando las tasas de vacunación DPT de un 30% a un 80%, como promedio. La meta para el año 2000 es una cobertura de inmunización de los niños de cada país de por lo menos el 90%. Las disparidades en materia de cobertura pueden superarse mediante estrategias diversas. China, por ejemplo, estableció objetivos de cobertura provinciales.

LA EMERGENCIA DEL SIDA

COMENTARIO: LAS REPERCUSIONES SOBRE LOS NIÑOS



Y LAS MUJERES

La emergencia del SIDA

Por Janat Mukwaya

El avance de los medicamentos antiviricos en los países industrializados ha creado la impresión de que lo peor de la epidemia del SIDA ha pasado ya. Pero nada está más lejos de la realidad en los países en desarrollo, donde esta epidemia voraz y silenciosa está destruyendo los progresos alcanzados en materia de salud pública y desarrollo económico de los últimos 20 años.

Han transcurrido dos decenios —que para nosotros equivalen a una generación— desde que comenzaron a llegar de las apartadas aldeas que se encuentran a la orilla del Lago Victoria rumores acerca de una enfermedad desconcertante que minaba a sus víctimas hasta dejarlas esqueléticas.

Desde entonces, el SIDA ha segado nuestras fértiles tierras con la fuerza despiadada de una monstruosa gadaña, y ha tronchado las vidas de numerosos jóvenes, de personas instruidas y de muchos otros seres humanos que se hallaban en la etapa más productiva de sus existencias. En Uganda, las víctimas del SIDA llegan a 1,8 millones, y 1,7 han perdido a su madre o a ambos progenitores debido a esa enfermedad. Hoy en día, Uganda ostenta la desconsoladora distinción de poseer la mayor concentración de huérfanos de SIDA del mundo.

Nuestra historia se ha repetido a lo largo y a lo ancho del continente. De los 14 millones de personas que han muerto de SIDA en todo el mundo, más de 11 millones eran africanos. Una cuarta parte de los muertos eran niños. El año pasado, 2 millones de hombres, mujeres y niños africanos perdieron la vida ante el SIDA. En todo el continente, velamos a nuestros seres queridos en unos 5.500 funerales diarios.

Nadie hubiera podido imaginar inicialmente la enorme magnitud de la devastación que iba a causar el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), aunque hoy en día disponemos de más información. La mayor parte de las víctimas de esta epidemia son jóvenes, y especialmente mujeres jóvenes. Más de 7.000 hombres y mujeres jóvenes se infectan diariamente en el mundo, igual que unos 1.600 niños menores de 15 años.

Un silencio mortal

El silencio y el estigma que rodean a esta enfermedad terrible no hacen sino acelerar su propagación y avivar una intolerancia letal que debemos combatir con todas nuestras fuerzas. En diciembre del año pasado, Gugu Dlamini, que trabajaba como voluntaria para una organización sud-africana de lucha contra el SIDA, anunció en un acto público realizado en Johannesburgo que estaba infectada con el VIH, con la esperanza de que su gesto ayudara a disipar los prejuicios contra las personas infectadas. Once días después, Gugu fue asesinada a golpes por algunos vecinos, que afirmaron que la mujer había deshonrado a su comunidad.

El trágico acto de violencia que cometió la turbamulta contra esta valiente mujer constituyó un brutal episodio cargado de prejuicios e intolerancia. Pero también fue un funesto

recordatorio de la situación en que se encuentran los habitantes más vulnerables de nuestros países en desarrollo —las mujeres y los niños— a quienes se les deniega constantemente el derecho a la educación, a las oportunidades económicas y a la atención adecuada de la salud. Esas personas están reducidas al silencio debido a la ignorancia y el temor, y condenadas irremediablemente por su incapacidad de resistir los peligros que les acechan.

Tomemos el caso de nuestras mujeres, que crían a nuestros niños y producen nuestros alimentos. Su estado de dependencia social y económica con respecto a sus maridos es tan absoluto que no pueden rechazar sus demandas sexuales, incluso cuando hay motivos para creer que sus maridos han contraído el VIH de otros compañeros sexuales.

El temor de las mujeres a que sus maridos las golpeen y las echen de su hogar, y queden a la merced de comunidades en las que podrían sufrir un ostracismo todavía mayor, es tan grande que no solicitan servicios médicos ni orientación y rara vez se atreven a hacerse la prueba del VIH.

Si las mujeres adultas están maniatadas por su baja condición social y su poco respeto por sí mismas, ¿cómo se puede esperar que sus hijas adolescentes, aun a pesar de arriesgar la posibilidad de infectarse con el VIH, resistan los avances sexuales de los hombres mayores y la presión de sus comunidades, que les exigen casarse? Las adolescentes de los países de África al sur del Sahara tienen seis veces más probabilidades de infectarse que los adolescentes de su misma edad. En varias naciones africanas es frecuente creer en el terrible mito de que los hombres infectados con el VIH se pueden curar si tienen relaciones con una virgen, una creencia

que aumenta la incidencia de la infección en las niñas de corta edad.

La pérdida de la niñez

Desgraciadamente, sobre los niños recae el mayor peso de la epidemia. Mientras esto escribo, más de 8 millones de niños huérfanos luchan en todo el mundo por sobrevivir sin sus madres. Más del 90% de ellos vive en África al sur del Sahara.

La pérdida de uno o ambos progenitores debido al SIDA equivale a una niñez dolorosa y peligrosa. El sufrimiento comienza con el dolor y el horror de ser testigo de la emaciación progresiva del padre o la madre. Poco después, esos niños sufren las consecuencias de los prejuicios y el abandono de sus tutores y comunidades. En el caso de estos niños, se violan todos los principios establecidos por la Convención sobre los Derechos del Niño, desde su derecho a la educación, la salud y el desarrollo, hasta su derecho a la protección contra la explotación y el daño.

Nuestra experiencia nos indica que los huérfanos sufren tasas alarmantes de desnutrición, retraso en el crecimiento y analfabetismo. A menudo, sus comunidades los aíslan, en la creencia de que ellos también están infectados con el virus mortal. Los parientes que los adoptan suelen apoderarse de sus miserables herencias, y la justicia local no les ofrece suficiente protección.

Pero lo que resulta peor aun es que, como lo demuestran los estudios realizados en Uganda, a los niños que han perdido a sus padres se les suelen imponer mayores cargas de trabajo y se les trata con más crueldad que a los propios hijos de la familia adoptiva. Como promedio, tienden a recibir menos educación escolar y a padecer más brotes de depresión. Un informe sobre uno de nuestros planes provinciales de desarrollo indica que “a los

Su Excelencia Janat Mukwaya es la Ministra de Género, Trabajo y Desarrollo Social de Uganda.

LA EMERGENCIA DEL SIDA

COMENTARIO: LAS REPERCUSIONES SOBRE LOS NIÑOS

niños huérfanos se les explota sexualmente, se les obliga a casarse, se les abandona y... se les somete a muchas otras formas de abuso”.

En todo el continente, las niñas de corta edad resultan especialmente vulnerables. En Zimbabue, por ejemplo, un supuesto aumento extraordinario de los casos de abuso sexual ha llevado al Gobierno a establecer un hospital especial para tratar a las víctimas de esta conducta atroz.

Como sucede con unos 90.000 huérfanos que viven en las calles de Zambia, en todo el continente se abandona a su suerte a decenas de miles de niños que han perdido a sus padres. Y decenas de miles más luchan por subsistir en hogares encabezados por los hijos mayores. Los diarios informaron sobre el destino de menores como la pequeña Kugu Sengane, de Kwazulu Natal (Sudáfrica), que sólo contaba 11 años de edad cuando tuvo que atender a sus padres durante sus terribles agonías. Mientras ellos languidecían abrumados por los dolores, Kugu no sólo los lavaba y alimentaba, sino que debía cuidar también a su hermanito, que comenzaba entonces a caminar. ¿Qué vida es ésta para un niño?

En algunas regiones de África, casi la mitad de los adultos que se hacen cargo de los huérfanos son abuelos entrados en años como Ennie Gambushe, que vive a corta distancia de la pequeña Kugu Sengane. A los 64 años, Ennie sufre dolores tan intensos debido a su artritis crónica que hasta le resulta difícil ponerse de pie. Sin embargo, cuando sus dos hijas murieron de SIDA, la mujer tuvo que hacerse cargo de sus 15 nietos, de los cuales ninguno superaba los 12 años.

Desde Sudáfrica hasta la región central y oriental del continente, éstos y muchos casos similares ilustran las consecuencias catastróficas que ha tenido el SIDA para nuestras familias y comunidades. Entre ellas, endosar responsabilidades agotadoras sobre las espaldas de nuestros ancianos abuelos. “Las niñas, nuestros hijos y nuestros nietos mueren antes que nosotros”, afirma Elizabeth Chipepa, una mujer de Zambia de 79 años de edad que quedó a cargo de tres bisnietos cuando su nieta falleció de SIDA. “Hay otras personas de mi edad que dicen: ‘He perdido a mis tres hijos. Uno me dejó tres niños, el otro me dejó seis...’”.

En mi país, una mujer de 60 años llamada Honodinta Nakayima cuida

a 42 nietos que tienen desde unos pocos meses hasta 13 años de edad, porque siete de sus hijos han muerto.

La trama de las generaciones

Durante mucho tiempo se solía decir que la epidemia del SIDA en África era “misteriosa” e “invisible”, pero esa descripción no podía estar más alejada de la realidad. Todos hemos compartido el sufrimiento de la muerte de hermanos, hermanas y amigos de la infancia. En todos los hogares hay sillas vacías frente a nuestras mesas, y escritorios vacíos en nuestras oficinas. Pero la muerte de un amigo o un familiar es sólo la fisura inicial en la trama que forman las diversas generaciones de las familias y que en el pasado protegía a nuestra sociedad.

Cuando el SIDA se ensaña con la persona que mantiene a la familia, los ingresos de esa persona desaparecen y el resto de la familia se sume aun más en la pobreza, ya que sus integrantes deben dedicar sus escasos recursos a la atención del pariente enfermo. Nuestros estudios demuestran que cuando muere un padre, la viuda y sus hijos mayores deben trabajar entre dos y cuatro horas más

por día. Las niñas, especialmente, pueden verse obligadas a abandonar sus estudios y ayudar con las tareas del hogar o el campo.

Pero este virus mortífero rara vez se detiene en un solo miembro de la familia. Los maridos infectan a sus esposas, y casi una tercera parte de los recién nacidos se contagian con la infección de sus madres. Amordazadas en este caso también por el silencio e inhibidas por el estigma que rodea a la enfermedad, las mujeres que no tienen síntomas del SIDA suelen descubrir que están infectadas sólo cuando los médicos diagnostican que sus hijos tienen el VIH.

Téngase en cuenta la experiencia desgarradora de una mujer a la que llamaremos Assumpta Mboya, que vive en un extremo del Great Rift Valley, en Nairobi. Cuando una de sus hijas mellizas, de 22 meses, se enfermó, los análisis médicos indicaron que la niña estaba infectada con el VIH. La niña murió poco después, y posteriormente también falleció el marido de la mujer. Cuando Assumpta se hizo la prueba, sus peores temores se vieron confirmados. La mujer se resiste a que se le haga la prueba del VIH a la melliza que

sobrevivió, que hoy tiene ocho años, a pesar de que la madre vive con el temor de que la niña esté también infectada, y se angustia al pensar qué le sucederá a su hija si ella muere antes que ella. En todo el continente hay familias que sufren procesos similares de desintegración, y el fenómeno amenaza las bases mismas de nuestra sociedad.

Un llamamiento en pro de la prevención

Debido al SIDA, nuestro continente enfrenta una tragedia humana que se complica hasta niveles desesperantes por la crisis del bienestar social. Mucha gente no recibe tratamiento contra el SIDA y sus complicaciones porque los medicamentos antivirales que han mantenido con vida y en buen estado de salud a las personas infectadas en las naciones industrializadas cuestan miles de dólares estadounidenses por año. Debido a su alto costo, esos medicamentos son sólo un sueño inalcanzable para la mayoría de los infectados en África. Se necesitan urgentes recursos en gran escala para ayudarnos a suministrar tratamiento a los



Suyadi, un popular titiritero, entretiene a los niños en un taller patrocinado por el UNICEF en Indonesia. El taller estudió varios métodos para utilizar las marionetas como instrumento para difundir mensajes sobre el SIDA entre los niños, así como cuestiones de género, la paz y la explotación sexual.

UNICEF/96-0635/Satmoko

Y LAS MUJERES

infectados, atender a quienes han quedado huérfanos e impedir que la enfermedad se siga propagando.

También se necesita más ayuda mundial para los esfuerzos de prevención, no sólo para contener el aluvión que ya se desplazado hacia el sur invadiendo a su paso Malawi, Zambia, Zimbabwe, Botswana y Sudáfrica, sino también para detener su avance en Asia, donde ya hay 7 millones de personas infectadas. La India tiene 4 millones de personas con el VIH, y las tendencias en la propagación de la enfermedad indican que no hay tiempo que perder.

En la ciudad india de Chennai (antes Madrás), la tasa de infección con el VIH de los camioneros se cuadruplicó entre 1995 y 1996. Esas tasas de contagio son un eco estremecedor de la explosión del SIDA entre sus colegas africanos que transitaban las rutas entre Nairobi y Lusaka. También en la India, los estudios realizados con embarazadas en la ciudad litoral de Pondicherry revelan que el 4% de ellas está infectado con el VIH. Una tercera parte de sus hijos, aproximadamente, estará infectada al nacer.

Hemos aprendido que el factor principal de las campañas de prevención con buenos resultados es el compromiso político, abierto e inquebrantable, que tienen los gobiernos para enfrentar decididamente la epidemia, poner fin al silencio que rodea los temas relacionados con el virus y prohibir la discriminación en todas sus formas. Además de la barrera del silencio, el estigma y la vergüenza que rodean los diversos aspectos relacionados con el SIDA no hacen sino facilitar la propagación de la epidemia. Nueve de cada diez africanos con SIDA ignoran que están infectados, y quienes lo saben rara vez se lo dicen a sus parientes y prácticamente nunca a sus parejas sexuales. Muchos diarios africanos omiten toda mención al SIDA en sus abultadas secciones necrológicas.

Cuando el Presidente Yoweri Museveni asumió en 1986 la primera magistratura de Uganda, admitió la gravedad de la enfermedad y de sus consecuencias a largo plazo. Su gobierno estableció inmediatamente un comité nacional sobre la prevención del SIDA que puso en marcha una intensa campaña de educación pública con mensajes pegadizos para llamar la atención de los jóvenes. Entre otras cosas, la campaña fo-



Más de 7 millones de niños han quedado huérfanos a causa del SIDA en África al sur del Sahara, debido a la muerte por la enfermedad de su madre o de los dos progenitores. Muchos abuelos ancianos tienen que cuidar a sus nietos, como ocurre con este niño en Zambia. Pero decenas de otros miles de niños de Zambia tienen que sobrevivir por su cuenta, muchos de ellos en las calles.

UNICEF/Zambia/Prozai

mentó la distribución de preservativos y la participación voluntaria en las pruebas del VIH, los programas de orientación y los servicios de apoyo. Pero también fomentó el debate franco y público sobre ese tema, un factor que resulta aun más importante.

Nuestra campaña de prevención del SIDA, que se llevó a cabo bajo la consigna "Fidelidad, abstinencia, preservativos", ha logrado notables avances. Muchos ugandeses postergan su primera relación sexual, reducen el número de personas con las que tienen relaciones y usan preservativos con más frecuencia. Desde los trágicos días de 1987, cuando sufrimos 239.000 casos nuevos de VIH/SIDA, ha habido una drástica reducción de la tasa de nuevas infecciones de la juventud urbana de Uganda. Para 1997, el número de nuevos casos había disminuido a 57.000, menos de una cuarta parte de los casos que había un decenio antes. Nos sentimos especialmente esperanzados por la reducción en un 40% de la incidencia del VIH entre las embarazadas jóvenes de las zonas urbanas, uno de los indicadores más fidedignos de la tasa de propagación de la enfermedad.

Pero en esta lucha y estos éxitos no estamos solos. En Asia sudoriental,

en el otro extremo del mundo, los funcionarios gubernamentales y activistas comunitarios de Tailandia también han logrado triunfos con su intensa campaña de prevención del SIDA. Alarmados por los catastróficos estragos sufridos por África, las autoridades tailandesas se lanzaron al ataque contra la epidemia del VIH cuando ésta se hallaba en una fase menos avanzada que en África y dirigieron su campaña a la población joven. Debido a ello, el número de hombres de 21 años que frecuentaron trabajadoras del sexo en la región norte de ese país asiático se redujo a la mitad en un lapso de cuatro años. El empleo de preservativos, entre tanto, aumentó en casi un 50% y se registró sólo una tercera parte de las infecciones con el VIH.

Hay un tercer país, el Senegal, que ha logrado contener la propagación del virus por medio de un vigoroso programa educacional dirigido a los jóvenes. Allí, el uso de preservativos en encuentros sexuales "no habituales" entre hombres y mujeres menores de 25 años aumentó drásticamente de sólo un 5% en 1990 hasta llegar a un 60% en 1997.

Aunque estos programas pueden constituir los pasos iniciales de una estrategia más amplia y prolongada,

son prueba de lo afirmado por el Dr. Peter Piot, Director Ejecutivo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, cuando señaló que los esfuerzos en materia de prevención "no requieren cambios radicales en la esfera de la tecnología, sino cambios radicales en materia de voluntad política". Estos esfuerzos deben estar orientados a los sectores más vulnerables de la población: los jóvenes, las mujeres y los niños. Y deben garantizar categóricamente el derecho de la población a la educación, la salud, el sustento económico y la vida misma. Armados de inteligencia e independencia, nuestros pueblos podrán evitar la infección con el VIH.

Dentro de muchos años, cuando nuestros bisnietos estudien la historia de las postrimerías de este siglo, aprenderán que los dirigentes mundiales eludieron su responsabilidad de luchar contra el principal verdugo de los jóvenes?

No podremos permitir tal cosa. Demostremos, por el contrario, que supimos proteger a las mujeres y los niños más amenazados por la pandemia y que les suministramos las armas necesarias para derrotar a esa terrible enfermedad. ■

LA EMERGENCIA DEL SIDA

LIGA DE LOS NIÑOS HUÉRFANOS DEBIDO AL SIDA

La humanidad aún no tiene plena conciencia de las devastadoras consecuencias de la crisis del SIDA en los niños del mundo en desarrollo. El número de huérfanos, especialmente en África, constituye una auténtica emergencia, y exige una respuesta urgente. Mientras sociedades de por sí empobrecidas luchan por superar este golpe enorme, pierden velozmente el terreno que habían conquistado a costa de grandes sacrificios en el campo del desarrollo social, incluso los avances logrados en materia de salud, nutrición y educación infantil.

La dimensión de la crisis de los huérfanos

La pérdida es un corolario inevitable de las enfermedades y la muerte, pero el costo terrible del SIDA es una tragedia sin precedentes. Hasta ahora, la enfermedad ha dejado a 8,2 millones de niños huérfanos de madre o de ambos progenitores, en la mayoría de los casos en los países de África al sur del Sahara. Ese número continúa aumentando y se supone que llegará a 13 millones en el año 2000, de los cuales 10,4 millones tendrán aún menos de 15 años.

Las tragedias personales de los niños son enormes. Igualmente lo son las crisis sociales que se producen al mismo tiempo que las comunidades y naciones más afectadas—entre ellas algunas de las más pobres del mundo—se esfuerzan por atender a los enfermos y a una generación de huérfanos, en una escala sin precedentes en la historia.

En la mayor parte del mundo industrializado la tasa de niños huérfanos rara vez supera el 1% de la población infantil. Antes del comienzo de la epidemia del SIDA, las sociedades del mundo en desarrollo acogían a los huérfanos en las familias ampliadas en una proporción algo mayor del 2% de la población infantil. En comparación, un abrumador 11% de los niños de Uganda ha quedado huérfanos debido al SIDA. En Zambia, el 9% de los niños son huérfanos por la misma causa. En Zimbabwe, el 7%, y en Malawi, el 6%. Cuando las tasas de prevalencia entre las mujeres son elevadas, también lo son las cifras de los niños que quedan en un estado de orfandad.

Y se trata de pérdidas que ni siquiera disminuyen. En 35 países, la tasa de orfandad infantil se ha duplicado, triplicado y hasta cuadruplicado entre 1994 y 1997. Se teme que, debido al SIDA, el número de huérfanos en Asia se triplique para el año 2000. Según ONUSIDA, el número actual de niños que viven con un padre o una madre infectados con el VIH es muy superior a la cantidad de niños que ya han quedado huérfanos, lo que constituye un presagio inquietante.

Los niños que han perdido a su madre o a ambos progenitores son los miembros más vulnerables de la sociedad. Dado que están socialmente aislados por el estigma del SIDA, tienen menos probabilidades de que se les inmunice, y más probabilidades de ser desnutridos y analfabetos, además de ser más vulnerables al abuso y la explotación.

La obtención y asignación de los recursos necesarios para estabilizar la crisis y proteger a los niños es una prioridad que requiere que la comunidad internacional tome medidas urgentes.

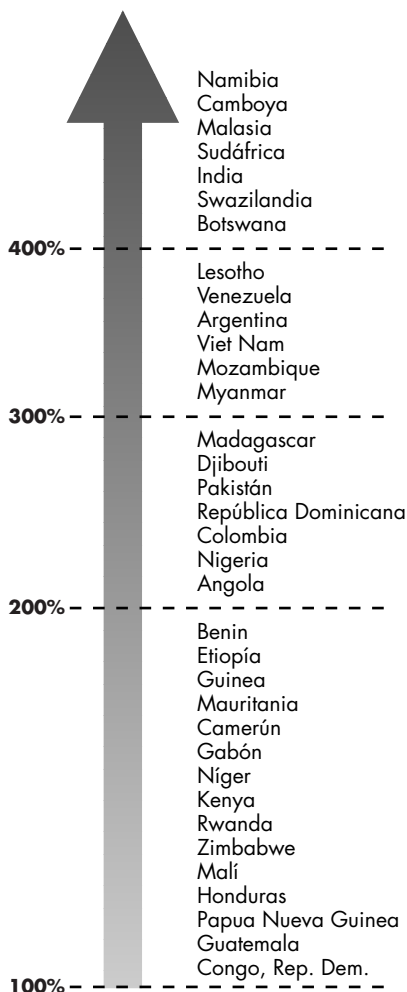


ÁFRICA AL SUR DEL SAHARA

Uganda	1,100
Zambia	890
Zimbabwe	700
Malawi	580
Togo	400
Botswana	390
Burundi	380
Côte d'Ivoire	380
Congo	360
Tanzanía	360
Rwanda	350
Rep. Centroafricana	340
Burkina Faso	290
Kenya	280
Etiopía	250
Mozambique	180
Sierra Leona	170
Liberia	150
Congo, Rep. Dem.	140
Chad	130
Gambia	120
Ghana	110
Namibia	110
Sudáfrica	110
Camerún	100
Lesotho	100
Gabón	90
Senegal	90
Nigeria	60
Malí	50
Guinea	40
Angola	30
Benin	30
Níger	30
Guinea-Bissau	20
Mauritania	10
Madagascar	2
Eritrea	Sin datos
Mauricio	Sin datos
Somalia	Sin datos

Una tragedia creciente

Países donde el número de niños huérfanos debido al SIDA ha aumentado agudamente en un lapso de tres años*



*Los países aparecen en orden descendente con relación a sus porcentajes de aumento en el trienio 1994-97. Aquí se define a los huérfanos como niños menores de 15 años que han perdido a su madre o a ambos progenitores como consecuencia del SIDA.

Fuente: ONUSIDA/OMS



**ORIENTE MEDIO Y
ÁFRICA SEPTENT.**

Arabia Saudita	<1
Egipto	<1
Irán	<1
Iraq	<1
Israel	<1
Jordania	<1
Kuwait	<1
Líbano	<1
Libia	<1
Omán	<1
Siria	<1
Túnez	<1
Turquía	<1
Yemen	<1
Argelia	Sin datos
Em. Árabes Unidos	Sin datos
Marruecos	Sin datos
Sudán	Sin datos

Nota: < = menos que.



ASIA CENTRAL

Afganistán	<1
Armenia	<1
Azerbaiyán	<1
Georgia	<1
Kazajstán	<1
Kirgizstán	<1
Tayikistán	<1
Turkmenistán	<1
Uzbekistán	<1



**ASIA SURORIENTAL
Y PACÍFICO**

Tailandia	30
Camboya	20
Myanmar	8
Papua Nueva Guinea	6
India	3
Malasia	2
Lao, Rep. Dem. Pop.	1
Nepal	1
Nueva Zelandia	1
Pakistán	1
Sri Lanka	1
Viet Nam	1
Australia	<1
Bangladesh	<1
Bhután	<1
China	<1
Corea, Rep.	<1
Corea, Rep. Dem.	<1
Filipinas	<1
Indonesia	<1
Japón	<1
Mongolia	<1
Singapur	<1



AMÉRICAS

Haií	100
Honduras	20
Jamaica	20
Trinidad y Tabago	20
Estados Unidos	10
República Dominicana	10
Panamá	9
El Salvador	8
Costa Rica	6
Guatemala	6
Uruguay	4
Argentina	2
Ecuador	2
México	2
Chile	1
Colombia	1
Nicaragua	1
Paraguay	1
Perú	1
Venezuela	1
Bolivia	<1
Canadá	<1
Cuba	<1
Brasil	Sin datos

CRITERIO DE CLASIFICACIÓN
El número de niños menores de 15 años por 10.000 que han perdido a sus madres o a ambos progenitores debido al SIDA.

Nota: Estos cálculos no incluyen a los niños que han perdido solamente al padre.

En muchos de los países en desarrollo o en transición no existen datos comparativos sobre el número de niños que ha dejado huérfanos el SIDA, por lo que estos países han sido excluidos de la Liga.

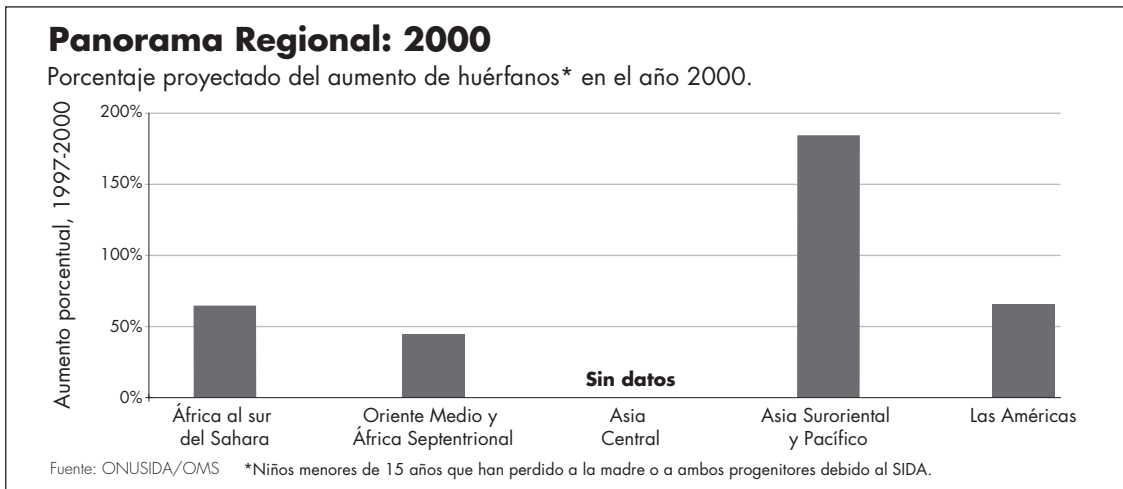
Fuente: Datos de ONUSIDA/OMS de fines de 1997

Donde los niños resultan más afectados*

Uganda	1.100.000
Etiopía	690.000
Tanzanía	520.000
Zambia	360.000
Zimbabwe	360.000
Kenya	350.000
Nigeria	350.000
Congo, Rep. Dem.	310.000
Malawi	270.000
Côte d'Ivoire	240.000
Sudáfrica	180.000
Burkina Faso	150.000
Mozambique	150.000
Burundi	110.000
India	110.000

*Niños menores de 15 años que han perdido a la madre o a ambos progenitores debido al SIDA hasta fines de 1997.

Fuente: ONUSIDA/OMS.



Los efectos del SIDA en la vida de los niños

Una de las consecuencias menos obvias pero más devastadoras del VIH/SIDA es la erosión en los avances de las tasas de supervivencia de niños y lactantes que se habían logrado mediante grandes esfuerzos en varios países de África.

En Botswana, por ejemplo, el SIDA será para el año 2000 la causa del 64% de las muertes de los niños menores de cinco años, y con ello provocará la pérdida de gran parte del terreno ganado por ese país en materia de salud infantil. Se calcula que en Sudáfrica y Zimbabwe, el SIDA ocasionará un aumento de un 100% en la mortalidad infantil. Algunos expertos pronostican que en el futuro esas tasas sufrirán aumentos aun más pronunciados. La Oficina del Censo de los Estados Unidos pronostica que para el año 2010 la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años en Zimbabwe será tres veces y media más alta de lo que hubiera sido de no mediar el SIDA, y que la mortalidad infantil podría duplicarse. Los hospitales de algunos países africanos informan que tres de cada cuatro plazas en los pabellones pediátricos están ocupadas por niños con SIDA.

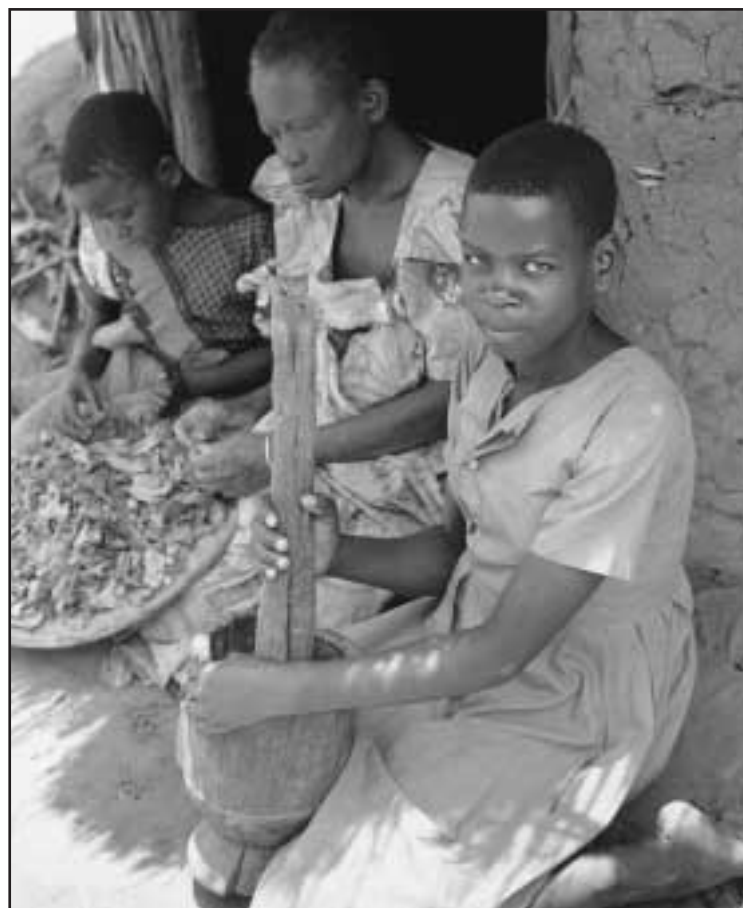
Los efectos de la enfermedad no se limitan a los niños infectados, ya que en los países más afectados por el SIDA hay millones de niños que han perdido a sus padres u otras personas que los crían, de manera que corren mayores riesgos en cuanto a su salud, nutrición y educación. El carácter acumulativo de esas consecuencias ya comienza a repercutir en la nutrición de los niños que viven en hogares afectados por el SIDA. Un estudio llevado a cabo en Kagera (Tanzania) reveló que cada muerte por causa del SIDA de uno de sus miembros adultos significaba la disminución de un 15% en el consumo de alimentos de las familias más pobres. La reducción alimentaria puede tener consecuencias graves para el desarrollo de los niños. Adicionalmente, los niños huérfanos del SIDA corren el peligro de sufrir cortadad de talla superior al promedio de su edad. Según el Banco Mundial, la tasa de desarrollo físico deficiente de los niños huérfanos es de un 50%.

También se espera una disminución de las tasas de alfabetización en muchos países debido a que los niños de las familias afectadas por el SIDA deben

abandonar los estudios cuando no pueden pagar la matrícula escolar o cuando se hace necesario que ayuden con las tareas del hogar o trabajen para colaborar con los gastos familiares. Los huérfanos que viven con familias ampliadas suelen ser los primeros a quienes se priva de educación escolar. Un estudio realizado en Zambia indicó que en las zonas urbanas, el 32% de los huérfanos no estaba matriculados en la escuela, mientras que la tasa correspondiente a quienes no eran huérfanos era del 25%. En las zonas rurales, el 68% de los huérfanos no asistían a clase, mientras que la tasa de los estudiantes que no eran huérfanos era el 48%.

Aunque resulta difícil medir con precisión los efectos totales de la enfermedad, no hay duda de que los crecientes gastos de atención de la salud y la pérdida de ingresos familiares agotan los recursos; imponen cargas extraordinarias, especialmente a las mujeres; y aumentan las posibilidades de que los niños sufran desnutrición, analfabetismo y enfermedades. El SIDA diezma también al sector más capacitado y educado de la población en su edad más productiva, lo que podría tener repercusiones peligrosas sobre el desarrollo futuro. Una encuesta realizada recientemente en Malawi reveló que la tasa de infección de los docentes escolares supera el 30%.

El VIH/SIDA también recarga la capacidad de los sistemas de atención de la salud, que ya resultaban inadecuados incluso antes de la epidemia. Según pronósticos del gobierno de Zimbabwe, para el 2005 el VIH/SIDA consumirá un 60% del presupuesto nacional de salud. En la mayoría de los países en desarrollo la enfermedad eleva los costos de la atención sanitaria y reduce los niveles de acceso a la misma, lo que tendrá consecuencias más graves para los pobres. En muchas comunidades, los niños saludables cuyos padres han muerto de SIDA corren un mayor riesgo de morir de enfermedades susceptibles de prevención debido a que se tiende a atribuir sus enfermedades al SIDA y no se les brinda el tratamiento que requieren. Hay pruebas de que los huérfanos tienen menos probabilidades que otros niños de recibir inmunización y atención sanitaria adecuadas.

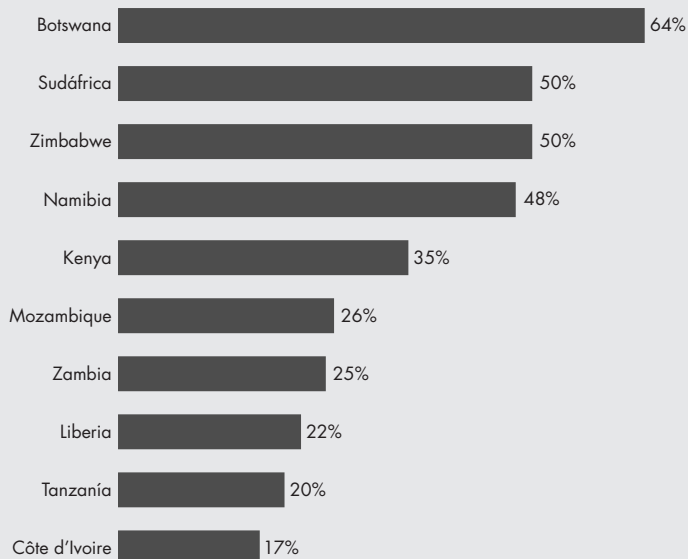


UNICEF/99-0286/Pirozzi

En algunos países devastados por la pandemia del SIDA, no resulta insólito ver a los niños como cabezas de familia. Esta niña de Uganda, que perdió a sus padres por causa del SIDA, se ocupa de su abuela ciega y de sus hermanos menores.

El SIDA y la mortalidad infantil

Porcentajes estimados para los años 2000-2005 de mortalidad de niños menores de cinco años debida al SIDA



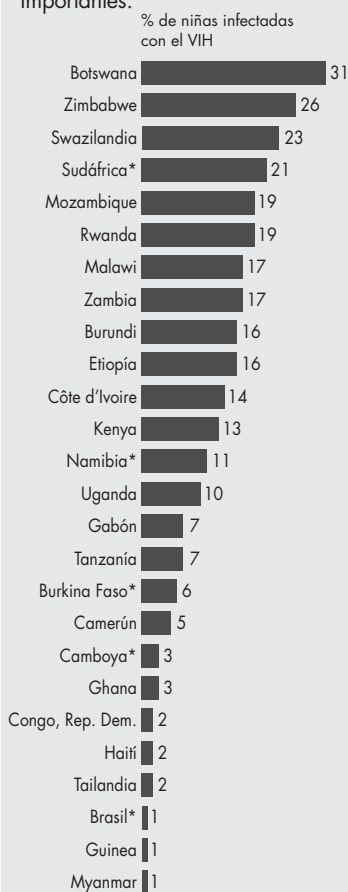
Fuente: División de Población de las Naciones Unidas, 1999.

Las adolescentes son las más amenazadas

Existen pruebas convincentes de que en muchos países la prevalencia del VIH es mucho más elevada entre las adolescentes que entre los jóvenes varones.

Las más vulnerables

Tasas del VIH entre las niñas embarazadas (de 15 a 19 años) que reciben atención en clínicas obstétricas de zonas urbanas importantes.



*Incluye también a las niñas que no viven en las principales zonas urbanas.

Fuentes: ONUSIDA/OMS, Oficina del Censo de los Estados Unidos, Programas nacionales de lucha contra el SIDA. Datos: 1995-1998

En un estudio realizado recientemente en la región occidental de Kenya, un 25% de las niñas de entre 15 y 19 años estaban infectadas con el VIH, mientras que la tasa de infección en los varones de la misma edad era de un 4%. En las principales zonas urbanas de Botswana, más de un 30% de las adolescentes embarazadas están infectadas, mientras que en Sudáfrica, Swazilandia y Zimbabwe la tasa de infección es superior al 20% (véase la tabla). Estudios llevados a cabo en Zambia demostraron que la tasa general de infección de las adolescentes, del 12%, es casi tres veces mayor que la de los

varones de la misma edad.

Las tasas más elevadas de prevalencia de las niñas reflejan su vulnerabilidad biológica a la infección, su vulnerabilidad social y física en materia de relaciones sexuales y las consecuencias de la discriminación basada en el género. Las discrepancias también indican que las niñas tienen más posibilidades de contagiarse de hombres de mayor edad que de jóvenes de la suya propia.

Comparadas con las tasas de infección con el VIH de las niñas de África, las de las jóvenes de Asia son bajas. A pesar de ello, las tasas de infección en Asia están aumentando. En la India, una clínica prenatal de Mumbai dio a conocer que el 5% de las adolescentes embarazadas están infectadas, lo que representa un porcentaje dos veces superior al de 1994. En 19 provincias de Camboya, más de un 40% de las trabajadoras sexuales menores de 19 años

están infectadas con el VIH. En las zonas urbanas de Myanmar, la tasa de infección de las trabajadoras sexuales adolescentes llega al 25%. En Tailandia, sin embargo, fue posible reducir la prevalencia de la infección en todos los grupos de alto riesgo, incluso entre las trabajadoras sexuales adolescentes, mediante la ejecución anticipada de políticas sanitarias de prevención.

Los epidemiólogos concluyen que, debido a que las infecciones de las jóvenes tienden a ser relativamente recientes, los aumentos de las tasas de infección en ese sector de la población indican un incremento de la propagación de la enfermedad. También resulta inquietante que no existan o no funcionen programas de prevención.

Tanto en los países industrializados como en desarrollo ha quedado demostrado que las políticas orientadas hacia los jóvenes constituyen el método más

eficaz y económico para hacer frente a la crisis a largo plazo. En un estudio sobre educación de la salud sexual llevado a cabo en 68 países—el más amplio de su índole realizado hasta la fecha—, el ONUSIDA descubrió que la educación adecuada ayuda a que los jóvenes posterguen sus primeras relaciones sexuales y a proteger a los que son sexualmente activos del VIH, de otras enfermedades venéreas y del embarazo. Pese a los temores de algunos, la educación no es motivo de actividad sexual precoz ni tampoco la incrementa.

Los beneficios de la educación han demostrado su utilidad en Uganda, el primer país africano que tuvo que enfrentarse al enorme problema del SIDA. En este país, la mayor disminución de la prevalencia se ha producido entre los jóvenes de 15 a 19 años, con un descenso de un 38% en 1991 a un 7,3% en algunas zonas en 1996.

Aumenta la infección con el VIH entre los adolescentes de América del Norte y Europa

Los adolescentes de todo el mundo se están infectando con el VIH en un número cada vez mayor, como lo demuestra el que la mitad de los 5,8 millones de nuevos casos registrados en 1998 sean de personas de 15 a 24 años.

Aunque los más afectados son los adolescentes de los países en desarrollo, los jóvenes de las naciones industrializadas y en transición están cada vez más amenazados, debido a la aparición de un nuevo patrón de contagio. Los jóvenes de 13 a 21 años, por ejemplo, constituyen hoy una cuarta parte de los nuevos infectados en los Estados Unidos; mientras que en el Canadá, el VIH también se propaga velozmente entre los adolescentes. Un número creciente de infecciones ocurre entre las mujeres jóvenes.

En Europa Oriental y Asia Central la proliferación de las drogas inyectables ha ocasionado un explosivo aumento de las infecciones con el VIH, y unas 270.000 personas tienen VIH/SIDA. En una proporción importante se trata de adolescentes recientemente infectados. La epidemia ha avanzado mucho en Ucrania, donde hay unos 18.000 casos de adolescentes infectados con el VIH. Hasta 1995, los casos de VIH/SIDA, tanto de adultos como de niños, no llegaban a los 30.000 en toda la región.

Debido a que el empleo de drogas intravenosas es uno de los factores prin-

cipales de la propagación de la enfermedad, la Federación de Rusia podría sufrir un grave incremento en el número de infecciones, ya que en ese país hay varios millones de usuarios de ese tipo de narcóticos. Es probable que muchos de los nuevos infectados sean jóvenes. En San Petersburgo, por ejemplo, hasta un 20% de los toxicómanos son adolescentes, algunos de apenas 12 años.

La enfermedad amenaza con propagarse aun más. Las conmociones socioeconómicas han traído aparejadas no sólo un aumento del consumo de estupefaciente sino también modificaciones radicales en el comportamiento sexual de los jóvenes y un incremento notable del contagio de las enfermedades venéreas. En la Federación de Rusia, el

número de mujeres sexualmente activas menores de 18 años se cuadruplicó en los últimos años, y otros países de la región han sufrido aumentos similares. A diferencia de los países de Europa Occidental, donde un 60% de los adolescentes que inician sus actividades sexuales usan preservativos, en Europa Oriental la falta de conciencia sobre la crisis del VIH/SIDA se refleja en conductas de alto riesgo. En Moldavia por ejemplo, se registra una tasa del 8% de jóvenes que usan esa protección.

Hasta la fecha, los programas de prevención del VIH/SIDA sólo se han ejecutado en un número reducido de países. El UNICEF ha apoyado algunos, como un exitoso programa de intercambio de agujas hipodérmicas en Odessa.

Adolescentes en peligro

Adolescentes (entre 15 y 19 años) que viven con el VIH/SIDA

Europa occidental		Europa oriental	
España	5.400	Ucrania	18.000
Portugal	3.300	Federación de Rusia	2.300
Francia	2.600	Polonia	1.100
Italia	2.200	Subtotal	21.400
Alemania	1.000	Total de los 13 países europeos	37.700
Reino Unido	600		
Bélgica	400		
Grecia	400		
Suiza	300		
Países Bajos	100		
Subtotal	16.300		
		América del Norte	
		Estados Unidos	17.000

Fuentes: Homers y Downs en el European Center for the Epidemiological Monitoring of AIDS (CESES), 1999; Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Datos disponibles a fines de 1997.

Nacidos con SIDA

El VIH/SIDA está segando las vidas de los jóvenes en África con una velocidad e intensidad escalofrantes. De los 590.000 niños del mundo infectados con el VIH en 1998 (el número anual más elevado hasta la fecha), 530.000 lo fueron en África al sur del Sahara. La mayoría se contagió antes o durante el embarazo o al recibir la leche materna. Esa cantidad contrasta marcadamente con los menos de 1.000 lactantes infectados ese año en toda América del Norte y Europa Occidental.

La pobreza, y la consiguiente carencia de servicios sanitarios, educacionales y de tratamiento del SIDA, desempeñan una función importante en esta cruel disparidad. Pero el factor de más influencia quizá sea la imposibilidad de que las mujeres ejerzan control sobre sus relaciones sexuales y, por ende, sobre muchos aspectos de su salud. También les amenaza el pesado manto de vergüenza y silencio que aún agobia en muchas partes de África a quienes padecen esa enfermedad. Debido a la vergüenza o al temor a aparentar siquiera estar infectadas, muchas mujeres tienen aun menos posibilidades de

protegerse a sí mismas o a sus hijos. Las mujeres jóvenes resultan especialmente vulnerables tanto en el aspecto físico como el social ante las presiones y las fuerzas en juego. (Véase "Las adolescentes son las más amenazadas", en la página 23).

Las mujeres de los países industrializados infectadas con el VIH que quedan embarazadas reciben el medicamento contra el retrovirus llamado zidovudine (ZDV, más conocido como AZT) a partir de la 14ta semana de embarazo por lo menos, y los lactantes a partir de la sexta semana posterior al nacimiento. Pero se trata de un tratamiento costoso. El acceso al parto mediante operación cesárea (véase "La carencia de atención obstétrica: Madres y lactantes en peligro", en la página 15) y a la alimentación sana con sucedáneos de la leche materna reduce también el riesgo de contagio de la madre al hijo. A tales métodos se deben, por ejemplo, que las tasas de contagio tanto en Francia como en los Estados Unidos sean del 5% o menos. Pero como contrapartida, en el mundo en desarrollo entre el 25% y el 35% de los niños nacidos de madres con el VIH se contagian la infección durante el embarazo o el nacimiento, o a través de la leche materna.

Pruebas antiretrovirales

Pero ahora también hay esperanzas de reducir las tasas de contagio de madres a hijos en los países en desarrollo. El año pasado, las pruebas realizadas en Tailandia para verificar los resultados de un tratamiento corto con AZT (desde la 36ta semana de embarazo de mujeres con el VIH hasta el alumbramiento) lograron una reducción del contagio de un 50%. Un estudio más reciente indicó que mediante un tratamiento mucho más breve con AZT y lamivudine (3TC), administrados tanto a la madre como al hijo durante el alumbramiento y en la semana posterior al nacimiento, es posible reducir las posibilidades de contagio en un 37%. Después del estudio tailandés, ONUSIDA y las organizaciones que copatrocinaron la prueba, el UNICEF y la OMS, anunciaron la realización de un proyecto experimental de dos años de duración orientado a disminuir el contagio de madre a hijo. El proyecto abarcará unas 30.000 mujeres en 11 naciones. Ya se trabaja en la preparación de instalaciones y personal con experiencia en los 11



Unos niños en la Casa Vienpeng para niños, un centro patrocinado por el UNICEF en Ciang Mai (Tailandia). El centro se ocupa de los niños VIH-positivos, así como de aquellos que han perdido a sus progenitores a causa del SIDA.

Aumentos ominosos entre 1994 y 1997

Países donde el número de niños con el VIH/SIDA...

...se cuadruplicó	Número de niños (0-14) infectados
China	1.400
Namibia	5.000
Viet Nam	1.100

...se triplicó	Número de niños (0-14) infectados
Camboya	5.400
India	48.000
Malasia	1.400
Myanmar	7.100
República Dominicana	1.400
Sudáfrica	80.000
Swazilandia	2.800

... se duplicó	Número de niños (0-14) infectados
Angola	5.200
Benin	2.400
Botswana	7.300
Djibouti	1.300
Lesotho	3.100
Mozambique	54.000
Nigeria	99.000
Pakistán	1.800

Fuente: ONUSIDA/OMS.

Nota: Las cifras son cantidades estimadas correspondientes a fines de 1997. En muchos países, las cantidades estimadas a fines de 1998 podrían ser considerablemente superiores.

países en cuestión, mientras que en Côte d'Ivoire y Tailandia ya se ha comenzado a tratar a las madres con el VIH.

Pero más importante aun para impedir el avance del virus resulta el acceso a instalaciones donde las mujeres pueden enterarse confidencialmente si están infectadas con el VIH y recibir orientación acerca de las opciones con que cuentan en materia de fertilidad y alimentación de sus recién nacidos. La mayoría de ellas carece, por supuesto, de acceso a esos servicios de análisis y orientación de carácter voluntario y confidencial, y muchas mujeres infectadas corren peligro de ser discriminadas y hasta de ser víctimas de acciones violentas. Asimismo, muchas madres que saben que tienen el virus carecen de acceso a sucedáneos de la leche materna adecuados y sanos (véase "El VIH y la alimentación de los lactantes", en la página 25).

Alarma en Asia

La crisis que África ha venido sufriendo durante más de un decenio parece a punto de estallar en una escala mayor. La prevalencia cada más elevada entre la población infantil es una señal de la propagación veloz del virus, y esas tasas

de infección han comenzado a aumentar en varios países que hasta hace poco tenían niveles de incidencia relativamente bajos. En la India, por ejemplo, unos 48.000 niños estaban infectados con el VIH a fines de 1997, lo que equivale al triple de los infectados en 1991. En China, Namibia y Viet Nam, tres países que habían mantenido tasas bajas de infección con el VIH, los niveles de infección infantil se cuadruplicaron entre 1994 y 1997.

El conteo del SIDA entre los niños

Países con las mayores cantidades de niños con el VIH/SIDA

	Número de niños (0-14) infectados
Etiopía	140.000
Nigeria	99.000
Sudáfrica	80.000
Tanzanía	68.000
Uganda	67.000
Kenya	66.000
Zimbabwwe	57.000
Mozambique	54.000
Congo, Rep. Dem.	49.000
India	48.000

Fuente: ONUSIDA/OMS, datos disponibles a fines de 1997.

A pesar del progreso, el tratamiento de la tuberculosis beneficia a pocos

Aproximadamente una tercera parte de las personas enfermas de SIDA mueren de tuberculosis, ya que la debilidad de sus sistemas inmunológicos las convierten en presa fácil de esa enfermedad. Debido en gran medida a la epidemia del SIDA, la tuberculosis está en aumento y mata anualmente unos 2 millones de personas.

Pero aunque en el mundo en desarrollo los medicamentos que consiguen prolongar la vida de las personas con SIDA siguen siendo una esperanza muy remota, se dispone de un tratamiento muy eficaz y económico contra la tuberculosis. La estrategia conocida como TOD (iniciales de Estrategia de tratamiento bajo observación directa), que cuenta con la recomendación de la OMS, puede curar hasta el 95% de los casos de tuberculosis y contener la propagación de las cepas de esa enfermedad resistentes a los medicamentos, y mejorar al mismo tiempo la calidad de vida de quienes ya tienen SIDA. Como su nombre lo indica, el tratamiento se caracteriza por la observación de los pacientes, que deben ingerir en su totalidad las dosis adecuadas y completas de medicamentos contra la tuberculosis durante la duración del tratamiento.

El cumplimiento estricto de los tratamientos resulta fundamental para prevenir las cepas recientes de tuberculosis resistentes a diversos medicamentos.

A pesar de ello, sólo el 16% de los pacientes recibe el tratamiento indicado. En 12 de los 22 países donde ocurre un 80% de los casos de tuberculosis, menos de la mitad de los afectados obtiene los beneficios de la Estrategia

TOD. Sólo cinco países han logrado adelantos en ese sentido. Camboya, Kenya, el Perú, Tanzania y Viet Nam han puesto en práctica programas TOD en todo el territorio y han tenido elevadas tasas de éxito en lo que a detección y tratamiento se refiere. En el Perú, que llegó a tener una cuarta parte de los casos de tuberculosis registrados en América del Sur, mediante el programa

TOD se ha logrado tratar con éxito un 85% de los casos.

Pero el Brasil, que tiene el mayor número de casos de América del Sur, no pone en práctica la estrategia TOD en el territorio nacional. Nigeria, la Federación de Rusia y Uganda sólo atienden con esa estrategia a menos del 10% de sus casos. Y la India, donde se calcula que hay 1,8 millones de personas con tuberculosis —que representan el 23% del total mundial de casos— ha realizado algunos avances en los últimos años, ya que allí se trataron en 1998 cuatro veces más enfermos que en 1997. China, con más de un millón de casos, ha puesto en práctica un eficaz programa basado en la estrategia TOD, aunque sólo se aplica en la mitad del país.



Unos niños aguardan a inscribirse para recibir sus vacunas en una de las numerosas clínicas con las que el UNICEF colabora en China.

UNICEF/93-1750/Lemoyne

Clasificación de los países más afectados según sus niveles de tratamiento de la tuberculosis*

Progreso satisfactorio: Donde más de la mitad de los casos de la enfermedad se tratan mediante el programa TOD** con una tasa de éxito superior al 70%.

Camboya
Kenya
Perú
Tanzania
Viet Nam

Progreso relativo: Donde se trata mediante el programa TOD entre un 10% y un 50% de los casos con una tasa de éxito superior al 70%.

Bangladesh
China
Etiopía
India
Filipinas
Indonesia
Myanmar
Sudáfrica
Tailandia

Progreso lento: Donde no se aplica el programa DOTS, o se emplea en menos de un 10% de los casos

Afganistán***
Brasil
Congo, Rep. Dem.***
Federación de Rusia
Nigeria
Pakistán***
Uganda
Zimbabwe***

* Donde se producen un 80% de los casos de tuberculosis del mundo.

** Estrategia de tratamiento bajo observación directa.

*** Se pone en práctica el programa TOD pero no se dispone de datos.

Fuente: OMS.

El VIH y la alimentación de los lactantes

Según los cálculos actuales, 1 de cada 7 niños cuyas madres están infectadas con el VIH tiene probabilidades de contraer el virus mediante el amamantamiento. Debido a ello, entre 500 y 700 lactantes se infectan diariamente con el VIH, aunque el mecanismo exacto de transmisión sigue siendo desconocido hasta la fecha.

Antes de la aparición del terrible espectro del VIH/SIDA, la lactancia materna era aceptada como el mejor método de alimentación de los lactantes en prácticamente todas las circunstancias. En la actualidad, dado el peligro de contagio del VIH mediante el amamantamiento, la OMS, el UNICEF y el ONUSIDA han establecido de forma conjunta unas pautas sobre la alimentación de los lactantes a fin de prevenir los riesgos y ayudar a proteger los derechos de las madres y sus hijos. Uno de los puntos fundamentales de estas pautas es el derecho de la madre a contar con información plena y clara que le permita tomar las decisiones que resulten más convenientes para ella y sus hijos, y a que se le brinde apoyo para poder poner en práctica esas decisiones.

Las pautas advierten que existe un riesgo potencial si se mezcla el amamantamiento y la lactancia artificial. De hecho, los últimos resultados han indicado que esta combinación podría resultar especialmente peligrosa para los recién nacidos. Un nuevo estudio realizado entre niños de hasta tres meses de edad nacidos de madres infectadas sugiere que aquellos que reciben amamantamiento exclusivo podrían confrontar un riesgo menor de lo que se había pensado.

El estudio indica que la alimentación con otros sólidos y fluidos, además de la leche materna, durante los primeros meses de vida podría perjudicar los intestinos del lactante y permitir que el virus del SIDA penetre en los tejidos de su cuerpo. Se necesita con urgencia realizar nuevas investigaciones para aumentar los conocimientos sobre estos primeros e importantes hallazgos.

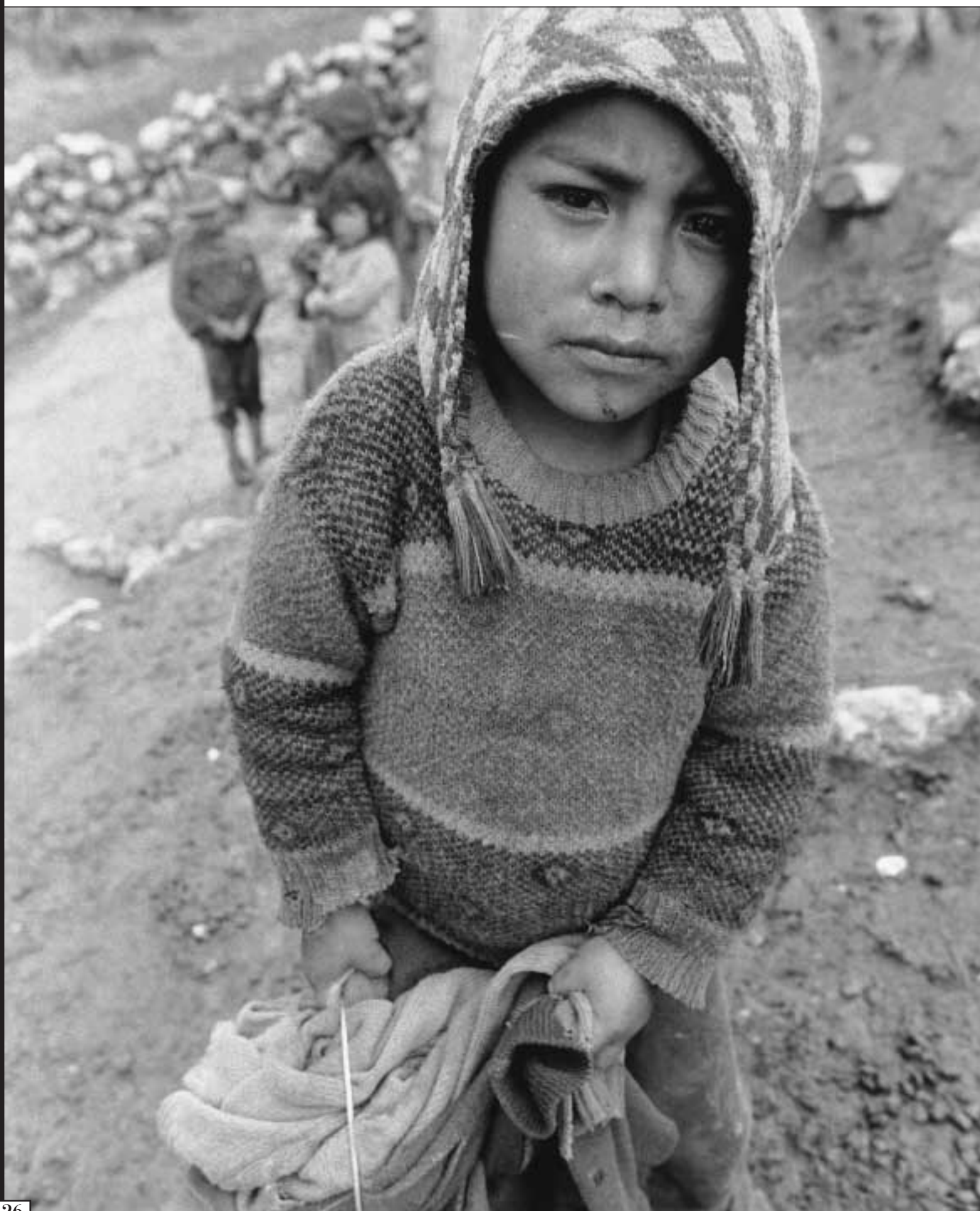
Entretanto, resulta sumamente importante evitar que el uso de alimentos artificiales se propague entre las mujeres que pueden amamantar a sus hijos sin peligro. La mejor manera de lograr ese objetivo es mediante los esfuerzos constantes de los gobiernos de poner en práctica el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna.

Las pautas hacen también un llamamiento para que las mujeres y hombres en edad de procrear dispongan de acceso a servicios voluntarios y confidenciales de orientación y análisis del VIH. Las mujeres que saben si están infectadas con ese virus, deberían recibir orientación sobre el peligro de contagio a los recién nacidos y acerca de los beneficios y peligros del amamantamiento, así como de las ventajas y riesgos de otros métodos de alimentación.

Las mujeres que no estén infectadas con el VIH, o que ignoren si tienen el virus, deberían recibir información sobre los beneficios del amamantamiento y la importancia esencial de evitar el contagio con el VIH mientras amamantan, a fin de proteger a sus hijos.

LA DEUDA TIENE CARA DE NIÑO

COMENTARIO: EL ALIVIO DE LA DEUDA ES ESENCIAL



La deuda tiene cara de niño

Por Shridath Ramphal

Durante casi dos decenios, la crisis de la deuda ha tenido unas repercusiones devastadoras sobre algunos de los países más pobres del mundo, al frenar su crecimiento económico y desviar recursos que debían haberse utilizado para la salud, la educación y otros servicios esenciales. ¿Es posible que la campaña en favor del alivio de la deuda pueda transformarse en un mecanismo efectivo de acción que garantice que los niños del nuevo milenio se liberen de las cadenas de la deuda y la pobreza?

En la cúspide del monumento a Sun Yat-sen, ubicado en las montañas Oro Púrpura que dominan la ciudad de Nanjing, en la región oriental de China, hay una inscripción que reza: “*Tien xia wei gong*” (Lo que está bajo el firmamento es de todos). Sun Yat-sen adoptó ese proverbio de un antiguo texto chino para utilizarlo como principio directriz del movimiento que liberó a su país del feudalismo.

El sistema feudal—que ha formado parte de la historia de la mayoría de las naciones del mundo, tanto en el Este como en el Oeste, y en el Norte como en el Sur—mantenía a las personas en un estado de dependencia constante, y dividía a la población en poderosos y en impotentes, en ricos y en pobres, y además separaba a quienes creaban las leyes de aquellos que debían de obedecerlas. En honor de la sociedad humana puede afirmarse que hemos progresado hasta el punto de contar hoy con sistemas más equitativos y menos injustos, en los que los frutos de la tierra y el producto de la labor humana se comparten de manera más o menos imparcial. Pero si los conceptos de

participación y equidad han evolucionado, lo han hecho sólo dentro de los Estados, pero no ha ocurrido lo mismo en lo que atañe a las relaciones entre ellos.

Las palabras que aparecen en el monumento mantienen su validez mundial, especialmente para nuestra moderna sociedad global: lo que está bajo el firmamento *no* ha sido, *ni es aún*, de todos los habitantes del planeta.

Una buena prueba es la sujeción impuesta por la deuda externa, que mantiene atrapados a centenares de millones de personas que se encuentran entre las más pobres del mundo, especialmente en África. Como si se tratara de vasallos de los señores feudales, los dirigentes de sus países, a quienes muchas veces no han escogido, han hipotecado sus vidas y su trabajo a los bancos y gobiernos de los países ricos, para financiar proyectos que no les benefician. Igual que en el marco de un sistema político opresor, la deuda les priva de sus derechos. Y esa tiranía resulta especialmente dolorosa en esta época en que los países de África al sur del Sahara sufren una calamitosa epidemia con la propagación sin coto del SIDA.

En los fríos despachos del poder financiero, la tragedia de quienes se encuentran atrapados por la deuda se disimula mediante el uso de términos como flujo de capitales, servicio de la deuda, índices del servicio de la deuda y grado de solvencia. Pero en el calor y fragor de la vida real, la deuda afecta la vida de las personas, y especialmente la vida de los niños.

Los niños pagan el precio

La deuda tiene cara de niño. Y la mayor parte del peso de la deuda externa recae sobre las mentes y los cuerpos de los niños, matando a algunos y atrofiando a otros de tal manera que nunca pueden desarrollarse plenamente. La deuda los priva de la vacunación contra enfermedades que, a pesar de ser fatales, se pueden prevenir con facilidad. Condena a los niños a una vida sin educación o—en el caso de quienes pueden asistir a la escuela—a estudiar en aulas sin techo, pupitres, pizarras ni libros, y a veces hasta sin lápices. Y los deja huérfanos, ya que cientos de miles de madres mueren anualmente mientras dan a luz, como resultado de insuficiencias en la atención de la salud y en la prestación de otros servicios, que la pobreza perpetúa.

Sin duda, gran parte de la responsabilidad les cabe a los gobiernos de los países en desarrollo que favorecen a las minorías privilegiadas en detrimento de los pobres. Pero debido a las condiciones de la deuda, a muchos les resulta difícil reestructurar sus presupuestos para conceder prioridad a las cuestiones relacionadas con los niños, aunque tengan la intención de hacerlo. Y aún cuando los gobiernos aprueben esos cambios, las demandas de la deuda externa imposibilitan prácticamente su éxito. Los países de África al sur del Sahara, por ejemplo, gastan más en el servicio de su deuda de 200.000 millones

de dólares estadounidenses que en la salud y la educación de sus 306 millones de niños. Se trata de un patrón económicamente insensato y moralmente indefensible.

Cada recién nacido en Mauritania llega al mundo con una deuda de 997 dólares; en Nicaragua, cada lactante inicia la vida con una deuda de 1.213 dólares, y en el Congo, de 1.872 dólares. En los países en desarrollo en general, el promedio per cápita de la deuda es de 417 dólares. Sin embargo, en 1990—hace ya casi un decenio—los 71 Jefes de Estado y Gobierno que asistieron a la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se comprometieron a tomar “medidas que reduzcan la carga de la deuda” como parte de una “lucha a nivel mundial contra la pobreza”. Esos dirigentes afirmaron que era fundamental “seguir prestando atención urgente a una solución amplia y duradera de los problemas de la deuda externa, que afectan a los países deudores en desarrollo”.

Los líderes mundiales brindaron su apoyo a la Convención Mundial sobre los Derechos del Niño, que había sido aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el año previo y que ya ha sido ratificada, con dos excepciones, por todas las naciones del mundo. Asimismo, se comprometieron a conquistar un conjunto de metas para el año 2000. Entre ellas, la reducción a la mitad de la desnutrición de los menores de cinco años y en una tercera parte las tasas de mortalidad de ese sector de la población. También establecieron su compromiso de reducir a la mitad las tasas de mortalidad materna, a brindar a todos los niños acceso a la educación primaria y a inmunizar a un 90% de los lactantes del mundo.

La deuda externa representa una grave amenaza para la consecución de esas metas. La resolución de la crisis

Sir Shridath Ramphal, copresidente de la Comisión de Gestión de los Asuntos Públicos Mundiales, es el Negociador en Jefe para el Caribe sobre Cuestiones Económicas Internacionales. Ha sido Secretario General del Commonwealth y Ministro de Relaciones Exteriores de Guyana.

LA DEUDA TIENE CARA DE NIÑO

COMENTARIO: EL ALIVIO DE LA DEUDA ES ESENCIAL

de la deuda no garantiza por sí misma la conquista de esos objetivos, ya que para ello resulta imprescindible contar con políticas nacionales acertadas. Pero si no se soluciona el problema, no existe ninguna posibilidad de que se puedan establecer las políticas nacionales adecuadas ni lograr esas metas, no sólo en el año 2000, sino en el futuro más previsible.

La deuda no es intrínsecamente mala. Sin duda, cuando se presta o se toma prestado dinero y se emplea sabiamente, se promueve el crecimiento y se mejora la vida de la gente. Las crisis de la deuda ni siquiera son un fenómeno nuevo, ya que las antiguas ciudades-estados de Grecia no pagaban a veces las deudas que contraían con el templo de Delos.

Pero debido a que la crisis actual afecta a muchos de los países más pobres del mundo, los niveles de endeudamiento afectan particularmente la capacidad de acción de los países.

La crisis tuvo sus orígenes a principios del decenio de 1970, cuando los países de la OPEP aumentaron radicalmente los precios del petróleo y depositaron sus mayores ingresos en bancos occidentales. Los bancos, que debían pagar los intereses de esos depósitos, se lanzaron velozmente a la búsqueda de prestatarios en los países en desarrollo. Descubrieron que el mundo en desarrollo necesitaba efectivo para invertir en proyectos de infraestructura e industria, y para poder pagar los precios más elevados del petróleo.

En un mundo aparentemente inundado de dinero, se otorgaron a diestra y siniestra préstamos privados, y con frecuencia imprudentes, a los países en desarrollo. Los países ricos y las instituciones financieras internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI) también concedieron préstamos a países de escasos recursos que ofrecían pocas garantías.

Los países en desarrollo se dejaron llevar por la tentación, igualmente imprudente, que representaban las bajas tasas de interés, a menudo menores que la tasa de inflación. Confiados en que sus productos de exportación mantendrían sus altos precios y que las tasas de interés permanecerían bajas, apostaron a que podrían cancelar la deuda con facilidad. Gran parte del dinero que tomaron prestado se destinó a proyectos inadecuados y a la compra de armas, y hasta fue depositada en cuentas

bancarias personales en el exterior. Los pobres, las mujeres y los niños recibieron una parte muy pequeña de esos fondos.

Los precios de las materias primas comenzaron a disminuir drásticamente mientras aumentaban las tasas de interés y, en 1979, también subía el precio del petróleo. A medida que se incrementaba el costo del servicio de la deuda y se desplomaban sus ingresos, los países en desarrollo

inmensa transferencia de riqueza, el monto de su deuda, que era de 800.000 millones de dólares en 1983, alcanzó un billón y medio de dólares en 1990 y cerca de dos billones de dólares en 1997, a causa del pago de los atrasos y los nuevos créditos.

La crisis ha tenido carácter global, pero los efectos más graves de ese proceso los sufre África al sur del Sahara, que en 1980 debía 84.000 millones de dólares y hoy adeuda

recursos escasos para un objetivo tan inconsecuente resulta particularmente cruel.

Esta ingente dislocación de recursos afecta onerosamente a los niños. En la República Unida de Tanzania se destinan cuatro veces más fondos al pago de la deuda que a la educación primaria, y nueve veces más que a la atención básica de la salud. Mozambique paga a sus ricos acreedores más de lo que gasta en educación y salud básicas juntas. En similar situación se encuentra Zambia, cuya deuda asciende a 7.200 millones de dólares, lo que equivale a seis o siete veces más que el valor de lo que percibe en materia de exportaciones.

La crisis se agrava aun más debido a que la asistencia oficial para el desarrollo ha descendido a niveles sin precedentes. La proporción del producto nacional bruto que las naciones industrializadas dedican actualmente a esa ayuda es del 0,21%, lo que equivale a menos de una tercera parte del 0,7% que las Naciones Unidas habían establecido como meta. Si la proporción se hubiera mantenido en el nivel de 1992, del 0,33%, los países en desarrollo recibirían anualmente 24.000 millones de dólares adicionales.

De la ayuda bilateral que reciben los países pobres, una cuarta parte regresa a manos de los donantes en concepto de pagos de la deuda. En Tanzania, uno de cada tres dólares que el país recibe en ayuda se emplea para esos gastos sin sentido, en lugar de invertirse en aliviar la pobreza y sentar las bases del crecimiento futuro. En Nicaragua y Zambia, el pago de la deuda llega a insumir uno de cada dos dólares de la asistencia bilateral que reciben esos países.

La deuda fomenta la dependencia de la ayuda externa, reduce el ritmo de crecimiento, genera inestabilidad y absorbe dinero que podría asignarse a la salud, la educación y otros servicios fundamentales. En el decenio de 1980, la crisis de la deuda externa también le costó a las naciones deudoras unos 6 millones de empleos, ya que el dinero que se podría haber utilizado en comprar productos se destinó al servicio de la deuda.

Ha habido diversas iniciativas —que llevan los nombres de una mezcla de países y capitales, como Londres, Lyon, Mauricio, Nápoles, Toronto y Trinidad— orientadas a aliviar la esclavitud de la deuda. Pero en



UNICEF/98-0254/Chalassani

Más de una tercera parte de los niños de los países más endeudados no han sido inmunizados, y cerca de la mitad de sus habitantes son analfabetos.

solicitaron más préstamos desesperadamente, a fin de cumplir con sus obligaciones y evitar la ruina. Pero cada punto porcentual que aumentaban las tasas de intereses durante el decenio de 1980 añadía más de 5.000 millones de dólares a la suma que debía pagar anualmente el conjunto de los países deudores. Y se seguían acumulando, con efecto sofocante, los atrasos de la deuda.

Debido a una lógica matemática que sólo los prestamistas podían encontrar razonable y justa, los países en desarrollo deudores pagaron entre 1983 y 1990 la abrumadora suma de un billón de dólares. Sorprendentemente, a pesar de esa

200.000 millones, que representan una sangría intolerable para sus frágiles economías.

África atenzada por la deuda

África ha restituido sumas que equivalen a varias veces el valor de su deuda externa inicial, y ha sufrido en el proceso graves pérdidas sociales, además de haber llevado a las economías de sus países hasta el límite. Los países al sur del Sahara gastan en el servicio de su deuda entre una cuarta y una tercera parte de sus presupuestos nacionales (y un 40% en los países pobres más endeudados). Para los países que sufren los efectos calamitosos del SIDA, el empleo de

lo que a los pobres concierne, las reuniones parecen haberse celebrado en un lugar imaginario, a juzgar por la escasez de resultados.

El enfoque que se emplea actualmente es la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados, concebida para ayudar a 41 países pobres, de los cuales 33 son africanos. Las tasas de mortalidad infantil de esas naciones son superiores en una tercera parte a la tasa promedio de los países en desarrollo, y las tasas de mortalidad derivada de la maternidad son tres veces superiores. Más de una tercera parte de los niños de esos países no han sido inmunizados, y cerca de la mitad de sus habitantes son analfabetos.

La Iniciativa representa la mayor esperanza hasta la fecha de reducir la deuda total a niveles presuntamente sostenibles. Sin embargo, la Iniciativa confiere beneficios muy lentamente y a regañadientes. A pesar del carácter de urgencia extrema que reviste la situación de esos países, sólo dos países han recibido un alivio a la deuda.

Para obtener la ayuda de la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados, los países deben cumplir requisitos severos y a menudo inadecuados, como, por ejemplo, cumplir entre tres y seis años de duro ajuste estructural, que a menudo incrementa la pobreza o aumenta la desigualdad sin fomentar el crecimiento económico. La Iniciativa estableció la proporción de servicio a la deuda con relación a las ganancias por exportaciones entre un 20% y un 25%, aunque los países apenas pudieran soportar el 16% que pagaban en 1996. De esta manera, no tendrán mayores posibilidades —y probablemente tengan menos— de cumplir con las metas en pro de los niños.

Poco es el dinero que se ha provisto para la Iniciativa, que se calcula que costará unos 12.500 millones de dólares, lo que coloca una rectitud financiera aparente por encima de cualquier ayuda real a los pobres. La experiencia de Honduras podría dar una idea aproximada de lo remotas que son las probabilidades de que los fondos se materialicen. Aunque Honduras sufrió a fines de 1998 los devastadores efectos del huracán Mitch, sólo recibió una parte reducida de la ayuda que le habían prometido los donantes para que pudiera pagar este año 200 millones de dólares del servicio de su deuda.

El reverso de la moneda fue, por supuesto, la celeridad con que los donantes movilizaron 100.000 millones de dólares en pocos meses para rescatar a Asia oriental, cuya insolventia amenazaba a las economías occidentales.

Se ha llevado a cabo una intensa campaña para persuadir a los gobiernos de los países ricos que otorguen más flexibilidad a los mecanismos de la Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados y que presten socorro más rápidamente. A principios de año, Alemania, Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido, exigieron reformas que aceleren el proceso, incluso abogando por la cancelación de la deuda de algunos de los países más exigidos. De manera similar, OXFAM ha propuesto reformas, entre las cuales se destacan las que se proponen otorgar un socorro más amplio y urgente a los países deudores que estén dispuestos a dedicar entre un 85% y el 100% de los ahorros a programas orientados a combatir la pobreza. Por supuesto, estas reformas tendrán que establecerse mediante la colaboración entre prestamistas y prestatarios. Otra reforma propuesta es un compromiso entre prestamistas y prestatarios a fin de proteger la capacidad de un país endeudado para prestar servicios sociales a sus ciudadanos antes de que se programen los pagos de la deuda.

Uganda, el primer país que recibió esa asistencia, ya brinda instrucción a 2 millones de niños más. Bolivia, que recibió el socorro en segundo término, proveerá fondos a un programa nacional de reducción de la pobreza campesina. Según los análisis de OXFAM, medidas de alivio similares harían posible que Tanzania lograra la matriculación primaria de todos sus niños; que Mozambique duplicara sus gastos de salud y reconstruyera escuelas y centros sanitarios, y que Nicaragua conquistara una vasta gama de objetivos sociales, como la educación primaria gratuita universal, el mejoramiento de la atención primaria de la salud de 1,2 millones de personas y el abastecimiento de agua potable a 600.000 habitantes adicionales.

Un esfuerzo para cancelar la deuda

Pero aunque esas reformas resulten inmensamente valiosas, no son suficientes. La deuda impagable exacerbó la pobreza, de manera que se

debería cancelar, por lo menos, lo que adeudan los países más pobres. La campaña Jubileo 2000, que propone la cancelación única de la deuda impagable para el fin del milenio, ha cosechado un amplio apoyo popular y el respaldo de muchos dirigentes políticos y religiosos. Aunque la fecha exacta de la condonación pueda ser aún objeto de debate, no existen dudas acerca de la necesidad de que la deuda externa debe ser cancelada de forma considerable.

Hay quienes afirman que tal cancelación sentaría un grave precedente y desalentaría los préstamos futuros a los países deudores. Pero como hemos visto, en el pasado se han producido instancias de incumplimiento de pagos de préstamos, y los países más pobres no captan, de cualquier manera, grandes inversiones. También se afirma que la cancelación de la deuda representaría un “peligro moral”, ya que premiaría la conducta irresponsable. Pero una de las causas de la crisis fue la concesión irresponsable de préstamos, de manera que la responsabilidad le cabe a ambas partes. Por añadidura, los deudores ya

han devuelto lo que debían en efectivo real; y no hay duda de que al insistirse en el cumplimiento de condiciones extremas de severidad financiera a costa de la vida de los niños se crea un peligro moral mucho más grave.

La cancelación representa, tanto para los acreedores como para los deudores, la oportunidad de declarar la guerra contra la pobreza y encauzar recursos para los más necesitados, especialmente los niños, dirigiéndolos a los programas de desarrollo humano. En ese sentido, la cancelación de la deuda externa guardaría proporción con la Iniciativa 20/20, un plan para la financiación de servicios sociales básicos con fuentes nacionales y fondos de donantes. Este enfoque, que aprobaron todos los gobiernos que participaron en 1995 en la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social, debería haber sido aplicado hace mucho tiempo.

Debemos iniciar hoy mismo el ataque conjunto contra la deuda y la pobreza que debería haber comenzado ayer. Para millones de niños, mañana será demasiado tarde. ■



UNICEF/997-0397/Balaguer

La mayor parte del peso de la deuda externa recae sobre las mentes y los cuerpos de los niños.

LA DEUDA TIENE CARA DE NIÑO

LIGA DE LA DEUDA EXTERNA COMO PORCENTAJE DEL

La forma en que se deben medir los niveles de deuda externa que pueden tolerar los países ha generado un intenso debate. Algunos críticos sostienen que muchas de las definiciones de lo que constituye una “deuda de carácter sostenible” imponen condiciones tan graves que para que los países puedan pagar el servicio de la deuda tienen que realizar sacrificios inaceptables en sus servicios sociales básicos a un enorme costo humano. Esta tabla de la relación deuda-PNB no contempla estos factores relativos al carácter sostenible de las esferas económica y social, pero brinda una perspectiva útil para el estudio y la comparación de los niveles de deuda de los países.

La evaluación del peso de la deuda

Los préstamos son esenciales para la financiación del desarrollo, y constituyen un aspecto fundamental del sistema económico mundial. En condiciones ideales, un país suscribe préstamos para impulsar la productividad y el rendimiento económico a largo plazo y para lograr avances en materia de desarrollo humano. Los consiguientes beneficios provenientes del crecimiento económico y las exportaciones se invierten para estimular aun más la economía y para devolver a los prestamistas el principal y el interés adeudados.

Sin embargo, cuando la deuda externa de un país adquiere dimensiones desproporcionadas con relación a su producto nacional bruto (PNB) y a sus ingresos por exportaciones, en vez de estimular el crecimiento y contribuir al desarrollo humano comienza a minar la vitalidad de la economía y a consumir recursos destinados al sector social. Para poder pagar esos elevados niveles de la deuda, el país se ve obligado a desviar con ese fin recursos de por sí escasos. El precio lo pagan con demasiada frecuencia los pobres, y especialmente los niños, a quienes se priva de servicios porque los gobiernos destinan una parte importante de sus recursos al pago de la deuda externa.

La tabla enumera a los países por región según la magnitud de sus deudas externas en función de la relación deuda externa-PNB. Las listas regionales están encabezadas por los países más acuciados por la deuda. Pero esto no implica que la carga de la deuda sea igual. Guinea-Bissau, cuya deuda equivale al 366% de su PNB, soporta una carga mayor que Turkmenistán, cuya deuda representa el 63% de su PNB.

Los promedios suelen ocultar graves disparidades. En África al sur del Sahara, la región más gravemente afectada, el promedio es de un 69%. Pero este promedio incluye Sudáfrica, donde el PNB es más de un 40% de todos los PNB combinados del resto de la región, y donde la relación deuda-PNB es menor. Como indica el gráfico de la página 31, cuando se excluye Sudáfrica, la proporción de la región aumenta a un 108%.

La relación deuda-PNB es uno de los diversos indicadores que se emplean para medir la deuda. La relación entre el servicio de la deuda y las exportaciones también determina si las deudas de los países pobres tienen “carácter sostenible”, al igual que las condiciones bajo las que se solicitan los préstamos. Casi tres cuartas partes de la deuda en que incurrió Guinea-Bissau, por ejemplo, se rigen por condiciones favorables (a largo plazo con bajas tasas de interés y reembolsos diferidos), mientras que Turkmenistán tomó menos de un 5% de los fondos en préstamo en tales condiciones. Sin embargo, la elevada relación deuda-PNB de Guinea-Bissau es síntoma de graves tensiones económicas y sociales.



ÁFRICA AL SUR DEL SAHARA

Guinea-Bissau	366
Somalia	307
Congo	278
Mozambique	249
Mauritania	235
Angola	232
Congo, Rep. Dem.	232
Liberia	189
Zambia	185
Côte d'Ivoire	165
Etiopía	159
Sierra Leona	141
Madagascar	119
Malí	119
Burundi	113
Camerún	109
Gambia	108
Tanzanía	97
Gabón	96
Guinea	95
Togo	93
Ghana	89
Malawi	89
República Centrafricana	88
Níger	86
Nigeria	85
Senegal	83
Benin	77
► <i>Media regional</i>	69
Chad	65
Kenya	65
Rwanda	60
Zimbabwe	58
Mauricio	57
Uganda	56
Burkina Faso	54
Lesotho	52
Sudáfrica	20
Botswana	11
Eritrea	9
Namibia	2



ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENT.

Sudán	182
Siria	126
Jordania	117
Yemen	77
Argelia	69
Túnez	63
Marruecos	59
Turquía	47
Egipto	39
► <i>Media regional</i>	37
Omán	34
Líbano	33
Emiratos Árabes Unidos	28
Kuwait	28
Israel	25
Arabia Saudita	15
Irán	10
Iraq	Sin datos
Libia	Sin datos



PNB



ASIA CENTRAL

Turkmenistán	63
Tayikistán	45
Kirguistán	43
Armenia	38
Georgia	28
► <i>Media regional</i>	20
Kazajstán	19
Azerbaiyán	12
Uzbekistán	11
Afganistán	Sin datos



ASIA SURORIENTAL Y PACÍFICO

Lao RPD	132
Viet Nam	89
Mongolia	73
Camboya	70
Indonesia	65
Tailandia	63
Papua Nueva Guinea	56
Filipinas	53
Malasia	51
Sri Lanka	51
Nepal	49
Pakistán	47
Bangladesh	35
Nueva Zelandia	34*
Corea, Rep.	33
Bhután	27
India	27
China	17
► <i>Media regional</i>	11
Australia	9*
Japón	0*
Singapur	0*
Corea, Rep. Dem.	Sin datos
Myanmar	Sin datos



AMÉRICAS

Nicaragua	306
Honduras	103
Jamaica	98
Ecuador	87
Panamá	75
Bolivia	68
Perú	50
Chile	42
Venezuela	42
Argentina	39
Trinidad y Tabago	39
Costa Rica	38
Haití	38
México	38
Colombia	35
Uruguay	33
El Salvador	29
República Dominicana	29
Brasil	24
Guatemala	23
Paraguay	21
► <i>Media regional</i>	19
Estados Unidos	16*
Canadá	10*
Cuba	Sin datos



EUROPA

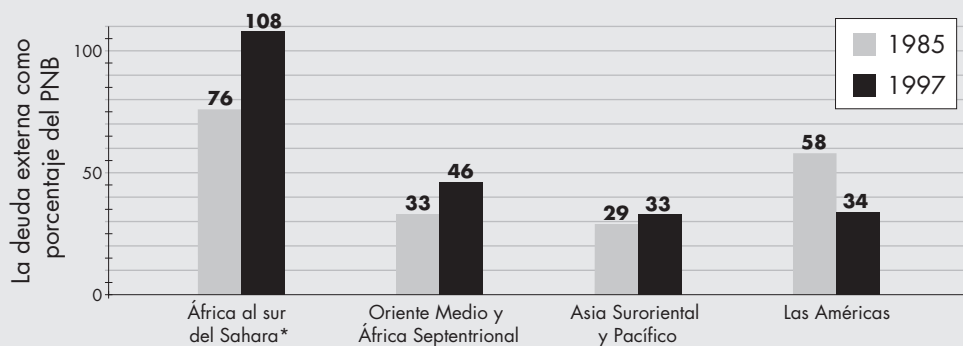
Bulgaria	101
ERYD Macedonia	71
Hungría	55
Moldova, Rep.	52
Eslovaquia	52
República Checa	42
Bosnia/Herzegovina	41
Suecia	37*
Finlandia	36*
Croacia	35
Rumania	33
Polonia	29
Albania	28
Dinamarca	26
Federación de Rusia	26
Grecia	25*
Alemania	19*
Ucrania	18
Lituania	16
► <i>Media regional</i>	15
Estonia	14
Países Bajos	13*
Austria	12*
Eslovenia	12
España	12*
Letonia	9
Noruega	6*
Reino Unido	6*
Belarús	5
Italia	5*
Bélgica	0*
Suiza	0*
Francia	Sin datos
Irlanda	Sin datos
Portugal	Sin datos
Yugoslavia	Sin datos

*Sólo la deuda externa del gobierno central.

CRITERIO DE CLASIFICACIÓN

El total de la deuda externa expresado como porcentaje del producto nacional bruto (PNB)

Los cambios con el correr del tiempo: La deuda como porcentaje del PNB, países en desarrollo



*Excepto Sudáfrica

Fuente de la tabla y del gráfico que la acompaña: Banco Mundial, *World Bank Global Development Finance 1999* y *World Bank Atlas 1999* y FMI, *Government Finance Statistics Notebook 1998*.

LA DEUDA TIENE CARA DE NIÑO

RESUMEN INFORMATIVO: AVANCES Y DISPARIDADES

Repercusiones de la deuda sobre los derechos de los niños

De los 27 países en desarrollo estudiados, sólo 9 logran gastar más en servicios sociales básicos que en el servicio de la deuda externa, según indica un estudio reciente del UNICEF y el PNUD. Seis de los 12 países africanos comprendidos en el estudio dedican el doble de recursos al pago de la deuda que a los servicios sociales básicos. Estos servicios—atención primaria de la salud y de la salud de la reproducción, programas de nutrición, abastecimiento de agua potable y saneamiento, y educación básica—son fundamentales para la preservación de los derechos de los niños a la supervivencia y el desarrollo y para poder superar la pobreza crónica.

En nueve de los países estudiados, los pagos de la deuda externa consumen más de un 30% del presupuesto nacional, y en Kenya, Malawi, Tanzania (incluida Zanzibar) y Zambia, la deuda absorbe el 10% o más de los presupues-

tos. En contraste, los servicios sociales básicos sólo reciben, como promedio, el 13% de los presupuestos nacionales, y menos del 10% en los siete países siguientes: el Brasil, Camerún, Filipinas, Malawi, Nicaragua, la República Dominicana y Zambia.

Estos resultados indican que los dirigentes mundiales deben renovar el compromiso de realizar esfuerzos en pro del alivio de la deuda, que adquirieron en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990. También demuestran por qué la reducción de la deuda es esencial para el éxito de la Iniciativa 20/20, que cuenta con el respaldo del UNICEF y de otros organismos internacionales, y que insta a los países en desarrollo a asignar un 20% de sus presupuestos a los servicios sociales básicos, y a los países donantes un 20% de su asistencia oficial para el desarrollo.

Adónde se destinan los fondos

Año(s)	% de los gastos del gobierno central en		
	Servicios sociales básicos	Servicio de la deuda	
África			
Tanzania*	1994-95	15	46
Kenya	1995	13	40
Malawi	1997	8	40
Zambia	1997	7	40
Camerún	1996-97	4	36
Côte d'Ivoire	1994-96	11	35
Níger	1995	20	33
Benín	1997	10	11
Burkina Faso	1997	20	10
Uganda	1994-95	21	9
Sudáfrica	1996-97	14	8
Namibia	1996-97	19	3
Asia			
Filipinas	1992	8	31**
Sri Lanka	1996	13	22
Nepal	1997	14	15
Tailandia	1997	15	1**
América Latina y el Caribe			
Jamaica	1996	10	31
El Salvador	1996	13	27
Honduras	1992	13	21
Brasil	1995	9	20
Nicaragua	1996	9	14**
Costa Rica	1996	13	13
Bolivia	1997	17	10**
República Dominicana	1997	9	10
Colombia	1997	17	8**
Belice	1996	20	6**
Chile	1996	11	3

*Excepto Zanzibar

**Fondo Monetario Internacional, *Government Finance Statistics Yearbook*, 1996, datos del año citado, o que correspondan al año más reciente disponible.

Fuente: UNICEF y PNUD. *Experiencias nacionales en la evaluación del nivel, la equidad y la eficiencia del gasto público en los servicios sociales básicos*, octubre 1998, documentos inéditos.

Un cambio demasiado leve

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

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

“Cuando las consecuencias se manifiestan en indicadores vitales, como un incremento de la mortalidad infantil y del porcentaje de recién nacidos con bajo peso, una disminución del peso medio en relación a la estatura de los menores de cinco años y en tasas de escolarización más bajas entre los niños y niñas de 6 a 11 años, es imprescindible olvidarse de los circunloquios de la jerga económica y declarar que lo ocurrido es simplemente una atrocidad cometida contra un amplio sector de la

humanidad... Permitir que los problemas económicos mundiales se resuelvan a expensas del desarrollo físico y mental de los niños es la antítesis de todo comportamiento civilizado. Nada puede justificarlo. Y es una vergüenza que nos degrada a todos”.

Aunque estos conceptos corresponden al informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* de 1989, podrían

haber sido enunciados ayer. Desde hace años, las consecuencias de la crisis mundial de la deuda externa han castigado con mayor severidad a los más jóvenes, especialmente a los niños de los 38 países que se detallan en este artículo, que son pobres y están profundamente endeudados y desesperadamente necesitados de asistencia desde el comienzo de la crisis en 1982.

La Iniciativa para la reducción de la deuda de los países pobres muy endeudados se puso en marcha bajo la dirección del Banco Mundial y el FMI a finales de 1996, con el propósito de que los países gravemente empobrecidos que sufren el peso insostenible de la deuda pudieran recuperar su solvencia. Pero hasta ahora, el avance hacia esa meta ha sido lento y doloroso. Sólo Uganda y Bolivia han recibido socorros, y solamente cinco países más han recibido promesas de ayuda de los mentores de la Iniciativa.

Al cierre de esta publicación, los dirigentes de algunos de los países acreedores más ricos se preparaban para reunirse a tratar, entre otros temas, la manera de reformar y dar mayor prontitud al proceso de la Iniciativa. Aunque la decisión de los dirigentes es una buena señal, no es la primera vez que se formulan propuestas de esta índole, y resulta difícil sentirse optimista dadas las experiencias de los últimos 10 años, ya que los resultados han quedado empujados ante la magnitud sobrecogedora de las necesidades. Mientras tanto, los costos resultan cada vez más gravosos para los niños.

Países que participan en la Iniciativa para países muy endeudados*

Angola	Ghana	Malí	Sierra Leona
Bolivia	Guinea	Mauritania	Somalia
Burkina Faso	Guinea-Bissau	Mozambique	Sudán
Burundi	Guinea Ecuatorial	Myanmar	Tanzania
Camerún	Guyana	Nicaragua	Togo
Chad	Honduras	Níger	Uganda
Congo	Kenya	Rep. Centroafricana	Viet Nam
Congo, Rep. Dem.	Lao, Rep. Dem. Pop.	Rwanda	Yemen
Côte d'Ivoire	Liberia	Santo Tomé y Príncipe	Zambia
Etiopía	Madagascar		

*La lista de países de la Iniciativa se modifica a medida que se evalúa el peso de las deudas de esas naciones con relación a tres criterios. Para poder recibir asistencia de la Iniciativa, el país debe ser pobre, tener una deuda insostenible (de más del 200-250% del valor anual de sus exportaciones, con un servicio de la deuda superior al 20-25% de sus ingresos en concepto de exportaciones), y haber realizado reformas.

Nota: Inicialmente, la lista de la Iniciativa abarcaba 41 países que parecían adecuarse a los requisitos. Desde 1996, cuando comenzó el programa, se ha establecido que Benin, Nigeria y Senegal no cumplen con esos criterios. Se supone que otros países quedarán eliminados durante el proceso de revisión, y que se añadirán algunos más.

Fuente: Banco Mundial.

La reducción de la ayuda afecta más a los pobres

La vasta brecha que separa a los ricos de los pobres se ha ampliado notablemente durante el decenio de 1990, mientras que la asistencia a los países en desarrollo ha disminuido en forma vertiginosa. Entre 1990 y 1996, el Producto Nacional Bruto de los países más pobres del mundo se redujo de 240 a 232 dólares por persona. Esto representa un marcado contraste en relación con el aumento promedio, de 20.900 a 27.000 dólares estadounidenses per cápita, que registraron en el mismo período los PNB de los países donantes.

A pesar del aumento de la riqueza de

los donantes, la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) disminuyó hasta llegar a 48.300 millones de dólares en 1997. En términos reales, esa suma es menor en un 21% que la ayuda oficial de 1992. En el caso del Grupo de las 7 principales naciones industriales del mundo, la reducción de la AOD fue de un 30%, aproximadamente.

La asistencia proporcional al PNB de cada país, que mide las posibilidades de prestar ayuda de cada nación, disminuyó como promedio un 0,22% durante 1997. Se trata de la tasa más baja registrada desde 1970, cuando el mundo se fijó como meta que la asistencia oficial para el desarrollo llegara al 0,7% del PNB de los países donantes. Dinamarca, Noruega, los Países Bajos y Suecia son los únicos países que cumplen con regularidad o sobrepasan ese objetivo. En 1997, Dinamarca asignó el 0,97% de su PNB a la asistencia externa, lo que representa la mayor proporción entre los países donantes que integran la OCDE. Los Estados Unidos donaron la proporción menor, del 0,09% de su PNB.

Dinamarca también encabezó la lista de donantes en el rubro de asistencia por persona, que totalizó 311 dólares estadounidenses per cápita. Italia fue el donante con el promedio más bajo de asistencia per cápita: 22 dólares. El Japón fue el mayor donante en cantidad total de dólares, ya que prestó asistencia por 9.400 millones, seguido por los

Estados Unidos, con 6.900 millones, y Francia, con 6.300 millones.

Si todos los países donantes hubieran cumplido con la meta de prestar asistencia equivalente al 0,7% de sus PNB, el monto total de la ayuda hubiera supe-

rado en más de 100.000 millones de dólares el total de 1997. De mantenerse ese nivel de asistencia durante diez años, garantizaría con creces el acceso de todas las comunidades a los servicios sociales básicos.

La reducción de la asistencia

Montos*

	AOD como % del PNB de naciones donantes		Total de la asistencia (en miles de millones)	Asistencia por persona	Cambio por persona (en dólares) desde 1990
	% 1997	% 1990	1997	1997	
Dinamarca	0,97	0,94	1,6	311	67
Noruega	0,86	1,17	1,3	297	7
Países Bajos	0,81	0,92	2,9	189	6
Suecia	0,79	0,91	1,7	195	-25
Luxemburgo	0,55	0,21	0,1	228	156
Francia	0,45	0,60	6,3	108	-27
Canadá	0,34	0,44	2,0	68	-16
Suiza	0,34	0,32	0,9	126	5
Finlandia	0,33	-	0,4	74	-67
Bélgica	0,31	0,46	0,8	75	-24
Irlanda	0,31	0,16	0,2	51	34
Australia	0,28	0,34	1,1	58	-12
Alemania	0,28	0,42	5,9	71	-19
Austria	0,26	0,25	0,5	65	7
Nueva Zelandia	0,26	0,23	0,2	41	5
Reino Unido	0,26	0,27	3,4	59	5
Portugal	0,25	0,25	0,3	25	7
España	0,23	0,20	1,2	31	8
Japón	0,22	0,31	9,4	74	-18
Italia	0,11	0,31	1,3	22	-36
Estados Unidos	0,09	0,21	6,9	25	-29
Promedio/total	0,22	0,33	48,3	59	-18

*En dólares de 1997. Desde 1997, la asistencia a Israel no se considera como parte de la AOD.

Fuentes: OCDE Cooperación para el Desarrollo (Informes de 1996 y 1998); División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects*, revisión de 1998.



UNICEF/93-0695/Homer

La deuda desvía los recursos que deberían emplearse en servicios cruciales. Un vecindario pobre en Perú.

La ayuda orientada a los servicios básicos

Durante el decenio de 1990 se ha ido adquiriendo una conciencia cada vez mayor sobre la necesidad de reducir la pobreza como condición previa e imprescindible para que todos cuenten con acceso a los servicios sociales básicos. Esos servicios elementales comprenden la atención básica de la salud, incluida la salud genésica; la educación básica; los programas de nutrición; y el abastecimiento de agua potable y saneamiento ambiental. Sin embargo, a millones de niños carecen aún de esos servicios, que son fundamentales para un futuro mejor, y se les condena a vivir y morir en la pobreza.

La asistencia para el desarrollo es un elemento fundamental para el mejoramiento del acceso a los servicios sociales básicos en los países pobres, y representa el eje central de la Iniciativa

20/20, que alienta a los gobiernos de los países donantes y en desarrollo a destinar a los servicios sociales básicos un 20% de la asistencia oficial para el desarrollo y del presupuesto nacional, respectivamente. Sin embargo, hasta ahora

Asistencia para los servicios básicos

Año	% del total de la asistencia destinado a los servicios sociales básicos	
África al sur del Sahara		
Namibia 1996	30	
Mali 1996	23	
Kenya 1995	20	
Benín 1996	18	
Burkina Faso 1996	18	
Níger 1995	18	
Uganda 1996	16	
Zambia 1996	13	
Tanzanía 1996	10	
Côte d'Ivoire 1994	9	
Camerún 1996	8	

había resultado difícil discernir qué proporción de la asistencia se destina a esos servicios básicos.

Nuevos estudios llevados a cabo en 16 países por el UNICEF y el PNUD ayudan a esclarecer esta cuestión. Los

Año	% del total de la asistencia destinado a los servicios sociales básicos	
América Latina		
Nicaragua 1996	15	
Bolivia 1996	8	
Perú 1996	5	
Asia		
Sri Lanka 1996	5	
Viet Nam 1996	5	

Fuente: UNICEF y PNUD. *Experiencias nacionales en la evaluación del nivel, la equidad y la eficiencia del gasto público en los servicios sociales básicos*, octubre de 1998, documentos inéditos.

estudios indican que en 7 de los 16 países analizados sólo un 10% o menos de la ayuda se destina a los servicios sociales básicos. En Kenya, Malí y Namibia, por otra parte, la proporción es de un 20% o más. Otro dato revelado por los estudios es que los niveles de ayuda que se destinan a los servicios básicos pueden variar profundamente con el transcurso del tiempo (esos cambios no aparecen en la tabla adjunta). En el Níger, por ejemplo, la proporción aumentó del 6% en 1992 al 18% en 1995; mientras que en el Perú disminuyó del 22% en 1991 al 5% en 1996. Los nuevos estudios ayudan a descubrir cuáles son los servicios sociales a los que se deberían encauzar más recursos; y mediante otras investigaciones será posible ampliar esta base de conocimientos.

Objetivo 2000

Este es un resumen de las metas para el año 2000 aprobadas por casi todas las naciones en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990.

1. Reducción de las tasas de mortalidad de lactantes y niños menores de 5 años a una tercera parte de las tasas de 1990, o hasta 50 y 70 por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente, si ello representa una tasa de mortalidad menor.

2. Reducción a la mitad de las tasas de mortalidad materna de 1990.

3. Reducción del 50% de la tasa de malnutrición grave y moderada de los niños menores de 5 años con respecto a los niveles de 1990.

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

5. Acceso universal a la educación básica y finalización de la enseñanza primaria para por lo menos el 80% de los niños en edad escolar.

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

7. Aumento de la protección de los niños en circunstancias especialmente difíciles.

	Población (millones) 1997	Población menor 18 años (millones) 1997	Nacimientos anuales (miles) 1997	Muertes anuales menores 5 años (miles) 1997	Tasa mortalidad menores 5 años (miles) 1997	PNB per cápita (dólares) 1997	Menores 5 años con bajo peso (%) 1987-98	Escolarización y asistencia a enseñanza primaria (%) 1987-97	Tasa total de fecundidad 1997	Tasa de mortalidad materna b/ 1980-97 Registrada	Tasa de mortalidad ajustada
ÁFRICA AL SUR DEL SAHARA											
Angola	11,7	6,3	570	166	292	340	42	-	6,8	-	-
Benin	5,6	3,0	234	39	167	380	29	62	5,9	500	-
Botswana	1,5	0,8	52	3	49	3260	17	84	4,4	330	-
Burkina Faso	11,0	6,0	508	86	169	240	30	33 y	6,6	-	-
Burundi	6,4	3,4	270	48	176	180	37	52	6,3	-	-
Camerún	13,9	7,0	550	80	145	650	14	65 y	5,3	-	-
Chad	7,1	3,7	313	62	198	240	39	52	6,1	830	-
Congo	2,7	1,4	119	13	108	660	17	-	6,1	-	-
Congo, Rep. Dem. del	48,0	25,9	2228	461	207	110	34	56 y	6,5	-	-
Côte d'Ivoire	14,1	7,2	525	79	150	690	24	55	5,2	600	-
Eritrea	3,4	1,7	141	16	116	210	44	31	5,7	1000	-
Etiopía	58,2	30,4	2606	456	175	110	48	24	6,3	-	-
Gabón	1,1	0,5	43	6	145	4230	-	86 y	5,4	-	-
Gambia	1,2	0,6	48	4	87	350	26	65	5,2	-	-
Ghana	18,7	9,5	700	75	107	370	27	70 y	5,2	210	-
Guinea	7,3	3,8	305	61	201	570	-	33 y	5,6	670	-
Guinea-Bissau	1,1	0,6	47	10	220	240	-	47 y	5,8	910	910
Kenya	28,4	14,9	981	85	87	330	23	84 y	4,5	370	-
Lesotho	2,0	0,9	71	10	137	670	16	63	4,8	-	-
Liberia	2,4	1,4	109	26	235	490	-	56 y	6,4	-	-
Madagascar	14,6	7,3	598	94	158	250	40	59 y	5,5	490	-
Malawi	10,1	5,4	486	104	215	220	30	83 y	6,8	620	-
Mali	10,4	5,6	492	118	239	260	40	41 y	6,7	580	-
Mauritania	2,5	1,2	100	18	183	450	23	54 y	5,5	550	-
Mauricio	1,1	0,4	18	0	23	3800	16	98	1,9	30	-
Mozambique	18,4	9,4	803	168	209	90	26	50 y	6,3	1100	-
Namibia	1,6	0,8	58	4	75	2220	26	91	4,9	230	-
Níger	9,8	5,4	479	137	285	200	43	24	6,9	590	-
Nigeria	103,9	52,7	4056	758	187	260	36	59 y	5,2	-	-
Rep. Centroafricana	3,4	1,7	129	22	173	320	27	63 y	4,9	1100	-
Rwanda	6,0	3,2	274	47	170	210	27	61 y	6,2	-	-
Senegal	8,8	4,5	353	44	124	550	22	59	5,6	560	-
Sierra Leona	4,4	2,2	208	66	316	200	29	-	6,1	-	-
Somalia	8,8	4,8	469	99	211	110	-	17 y	7,3	-	-
Sudáfrica	38,8	16,3	1056	87	82	3400	9	94	3,3	-	-
Tanzania	31,4	16,5	1295	185	143	210	27	48	5,5	530	-
Togo	4,3	2,3	179	22	125	330	19	81	6,1	-	-
Uganda	20,0	11,3	1026	141	137	320	26	64 y	7,1	510	-
Zambia	8,6	4,7	366	74	202	380	24	74 y	5,6	650	-
Zimbabwe	11,2	5,6	354	28	80	750	16	91 y	3,9	400	-
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL											
Arabia Saudita	19,5	9,3	664	19	28	6790	-	61	5,9	-	-
Argelia	29,4	13,3	866	34	39	1490	13	94	3,9	220	-
Egipto	64,7	28,3	1725	126	73	1180	15	80	3,4	170	170
Emiratos Árabes Unidos	2,3	0,8	42	0	10	17360	14	78	3,5	3	-
Irán	64,6	30,6	1422	50	35	1780	16	97 y	2,9	37	-
Iraq	21,2	10,3	781	95	122	**	23	83 y	5,3	-	-
Israel	5,9	2,0	116	1	6	15810	-	-	2,7	5	-
Jordania	6,1	3,0	213	5	24	1570	9	89	4,9	41	41
Kuwait	1,7	0,8	40	1	13	22110	-	65	2,9	5	-
Líbano	3,1	1,2	75	3	37	3350	3	76	2,7	100	-
Libia	5,2	2,5	152	4	25	5540	5	97	3,8	75	-
Marruecos	26,9	11,0	699	50	72	1250	9	72	3,1	230	-
Omán	2,3	1,2	81	1	18	4950	23	90 y	5,9	21	-
Sudán	27,7	13,3	922	106	115	280	34	55 y	4,6	550	-

	Población 1997	Población menor 18 años (millones) 1997	Nacimientos anuales (miles) 1997	Muertes anuales menores 5 años (miles) 1997	Tasa mortalidad menores 5 años (miles) 1997	PNB per cápita (dólares) 1997	Menores 5 años con bajo peso (%) 1987-98	Escolarización y asistencia a enseñanza primaria ^{a/} (%) 1987-97	Tasa total de fecundidad 1997	Tasa de mortalidad materna ^{b/} 1980-97 Registrada	Ajustada
Siria	14,9	7,6	456	15	33	1150	13	91	4,1	110	-
Túnez	9,2	3,6	190	6	33	2090	9	96	2,6	70	70
Turquía	63,4	23,0	1419	64	45	3130	10	96	2,5	130	-
Yemen	16,3	8,8	785	79	100	270	39	57 y	7,6	-	-



ASIA CENTRAL

Afganistán	20,9	9,9	1076	277	257	250	48	24 y	6,9	-	-
Armenia	3,6	1,2	46	1	30	530	-	-	1,7	35	-
Azerbaiyán	7,6	2,8	128	6	46	510	10	-	2,1	37	-
Georgia	5,1	1,4	71	2	23	840	-	83	1,9	60	-
Kazajistán	16,4	5,7	303	13	44	1340	8	-	2,3	70	-
Kirguistán	4,6	2,0	118	8	68	440	11	97	3,2	65	-
Tayikistán	5,9	2,8	190	14	76	330	-	-	4,2	85	-
Turkmenistán	4,2	1,9	122	10	78	630	-	80 y	3,6	110	-
Uzbekistán	23,2	10,5	654	38	58	1010	19	-	3,5	21	-



ASIA SURORIENTAL Y EL PACIFICO

Australia	18,3	4,7	248	1	6	20540	-	97	1,8	-	-
Bangladesh	122,7	55,9	3403	371	109	270	56	76 y	3,1	440	-
Bhután	1,9	1,0	74	9	121	400	38	-	5,5	380	-
Camboya	10,5	5,0	365	61	167	300	52	97	4,6	470	-
China	1244,0	380,0	20410	959	47	860	16	100	1,8	60	60
Corea, Pop. Dem. de	23,0	7,3	491	15	30	970	60	-	2,1	110	-
Corea, Rep. de	45,7	12,6	685	4	6	10550	-	92	1,7	20	20
Filipinas	71,4	31,6	2061	95	46	1220	28	100	3,7	210	-
India	966,2	392,7	24871	2686	108	390	53	79 y	3,2	440	-
Indonesia	203,4	77,8	4688	281	60	1110	34	94 y	2,6	450	-
Japón	126,0	24,0	1249	7	6	37850	-	100	1,4	8	-
Lao RDP	5,0	2,5	200	24	122	400	40	71	5,8	650	-
Malasia	21,0	8,7	530	6	11	4680	19	91	3,2	39	39
Mongolia	2,5	1,1	58	9	150	390	10	82	2,7	150	-
Myanmar	43,9	16,1	939	107	114	220	43	85 y	2,4	230	-
Nepal	22,3	10,9	775	81	104	210	47	70 y	4,5	540	-
Nueva Zelandia	3,8	1,0	57	0	7	16480	-	100	2,0	15	15
Pakistán	144,0	70,2	5263	716	136	490	38	66 y	5,1	-	-
Papua Nueva Guinea	4,5	2,1	144	16	112	940	-	32 y	4,6	370	-
Singapur	3,4	0,9	51	0	4	32940	-	94	1,7	6	-
Sri Lanka	18,3	6,3	326	6	19	800	34	-	2,1	60	60
Tailandia	59,7	19,5	1001	38	38	2800	19	-	1,8	44	44
Viet Nam	76,4	32,1	1729	74	43	320	41	81 y	2,7	160	160



AMÉRICAS

Argentina	35,7	12,2	712	17	24	8570	-	95	2,6	44	85
Bolivia	7,8	3,6	260	25	96	950	16	89 y	4,4	390	-
Brasil	163,7	60,5	3341	147	44	4720	6	94 y	2,3	160	-
Canadá	30,3	7,2	350	2	7	19290	-	95	1,6	-	-
Chile	14,6	5,0	293	4	13	5020	1	88	2,5	23	-
Colombia	40,0	16,0	990	30	30	2280	8	89	2,8	80	80
Costa Rica	3,7	1,5	87	1	14	2640	2	94	2,8	29	35
Cuba	11,1	2,9	146	1	8	1170	9	100	1,6	24	24
Ecuador	11,9	5,0	309	12	39	1590	17	97	3,1	160	-
El Salvador	5,9	2,6	165	6	36	1810	11	79	3,2	160	-
Estados Unidos	271,8	70,9	3835	31	8	28740	1	94	2,0	8	12
Guatemala	10,5	5,4	388	21	55	1500	27	58 y	5,0	190	-
Haití	7,8	3,9	250	33	132	330	28	68 y	4,4	-	-



PERFILES ESTADÍSTICOS

Las siguientes reseñas estadísticas de diversos países ponen de relieve los problemas en materia de desarrollo que el mundo enfrenta a comienzos del siglo XXI.

Entre estas 192 naciones, el PNB per cápita varía de 90 dólares por año a 45.330 dólares anuales.

La tasa de mortalidad de menores de 5 años fluctúa entre 4 y 316 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

El porcentaje de niños con bajo peso al nacer oscila entre un 1% y un 60%.

La tasa de matriculación escolar primaria varía desde un 24% a un 100% de la población infantil.

El Progreso de las Naciones se propone eliminar estas intolerables disparidades denunciadas ante la comunidad mundial.

	Población (millones) 1997	Población menor 18 años (millones) 1997	Nacimientos anuales (miles) 1997	Muertes anuales menores 5 años (miles) 1997	Tasa mortalidad menores 5 años (miles) 1997	PNB per cápita (dólares) 1997	Menores 5 años con bajo peso (%) 1987-98	Escolarización y asistencia a enseñanza primaria ^{a/} (%) 1987-97	Tasa total de fecundidad 1997	Tasa de mortalidad materna ^{b/} 1980-97 Registrada	Tasa de mortalidad ajustada
Honduras	6,0	3,0	202	9	45	700	18	90	4,4	220	220
Jamaica	2,5	1,0	55	1	11	1560	10	100	2,5	120	120
México	94,3	38,7	2345	82	35	3680	14	100	2,8	48	85
Nicaragua	4,7	2,4	170	10	57	410	12	83	4,5	160	-
Panamá	2,7	1,0	61	1	20	3080	7	91	2,7	85	-
Paraguay	5,1	2,4	160	5	33	2010	4	91	4,2	190	-
Perú	24,4	10,1	613	34	56	2460	8	87 ^y	3,0	270	-
Rep. Dominicana	8,1	3,3	197	10	53	1670	6	81	2,8	230	-
Trinidad y Tabago	1,3	0,4	18	0	17	4230	7	88	1,7	-	-
Uruguay	3,3	1,0	57	1	21	6020	5	96	2,4	21	-
Venezuela	22,8	9,5	571	14	25	3450	5	84	3,0	65	-

EUROPA											
Albania	3,1	1,1	65	3	40	750	-	96	2,5	-	-
Alemania	82,1	15,9	761	4	5	28260	-	100	1,3	8	-
Austria	8,1	1,7	84	0	5	27980	-	100	1,4	-	-
Belarús	10,4	2,6	100	3	27	2150	-	86	1,4	22	-
Bélgica	10,1	2,1	108	1	7	26420	-	98	1,6	-	-
Bosnia y Herzegovina	3,5	0,9	37	1	19	*	-	-	1,4	10	-
Bulgaria	8,4	1,8	73	1	19	1140	-	92	1,3	15	-
Croacia	4,5	1,0	47	0	9	4610	1	82	1,6	12	-
Dinamarca	5,3	1,1	64	0	6	32500	-	97	1,7	10	-
ERYD Macedonia	2,0	0,6	31	1	23	1090	-	85	2,1	11	-
Eslovaquia	5,4	1,4	57	1	11	3700	-	-	1,4	9	-
Eslovenia	2,0	0,4	18	0	6	9680	-	100	1,3	11	-
España	39,6	7,8	363	2	5	14510	-	100	1,2	6	-
Estonia	1,4	0,3	12	0	23	3330	-	87	1,3	50	-
Finlandia	5,1	1,2	58	0	4	24080	-	99	1,7	6	6
Francia	58,5	13,5	716	4	5	26050	-	100	1,7	10	20
Grecia	10,6	2,1	98	1	8	12010	-	91	1,3	1	-
Hungría	10,2	2,2	100	1	11	4430	2	97	1,4	15	-
Irlanda	3,7	1,0	51	0	7	18280	-	100	1,9	6	-
Italia	57,4	10,2	519	3	6	20120	-	98	1,2	7	-
Letonia	2,5	0,6	21	0	22	2430	-	90	1,3	45	-
Lituania	3,7	0,9	38	1	24	2230	-	-	1,5	18	-
Moldova, Rep. de	4,4	1,3	58	2	35	540	-	-	1,8	42	-
Noruega	4,4	1,0	58	0	4	36090	-	99	1,9	6	-
Países Bajos	15,6	3,4	183	1	6	25820	-	99	1,5	7	10
Polonia	38,7	10,3	426	5	11	3590	-	95	1,6	8	-
Portugal	9,9	2,1	104	1	8	10450	-	100	1,4	8	-
Reino Unido	58,5	13,4	701	5	7	20710	-	100	1,7	7	10
Rep. Checa	10,3	2,3	91	1	7	5200	1	87	1,2	9	-
Rumania	22,5	5,4	207	5	26	1420	6	96	1,2	41	-
Rusia, Fed. de	147,7	36,4	1411	31	22	2740	3	93	1,4	49	-
Suecia	8,9	1,9	90	0	4	26220	-	100	1,6	5	-
Suiza	7,3	1,5	81	0	5	44320	-	100	1,5	5	-
Ucrania	51,1	12,1	496	11	23	1040	-	-	1,4	30	-
Yugoslavia	10,6	2,7	136	3	21	**	2	69	1,9	10	-

a/ La matriculación y asistencia están basadas en las tasas de escolarización primaria publicadas por la UNESCO y las encuestas nacionales de hogares sobre asistencia a la escuela primaria.

b/ Debido a que las muertes derivadas de la maternidad se clasifican de forma incorrecta o no se registran en su totalidad, algunos cálculos sobre la mortalidad derivada de la maternidad han sido ajustados para mejorar su carácter comparativo y reflejar mejor los niveles auténticos de la mortalidad derivada de la maternidad. Tal como se aprecia en la columna "ajustada" en esta tabla, por el momento solamente se dispone de información parcial. A finales de año dispondremos de todos los datos sobre los cálculos ajustados.

y/ La información sobre asistencia a la escuela proviene de encuestas en los hogares.

* PNB per cápita estimado: 785 dólares o menos.

** PNB per cápita estimado: de 786 a 3.125 dólares.

PAÍSES MENOS POBLADOS

Los países que aparecen a continuación tienen una población de menos de 1 millón de habitantes.

	Liga [†]		Población total (miles) 1997	Población menores 18 años (miles) 1997	Nacimientos anuales (miles) 1997	Muertes anuales menores 5 años (miles) 1997	Tasa de mortalidad menores de 5 años 1997	PNB per cápita (dólares) 1997	Niños menores 5 años con bajo peso (%) 1988-97	Matriculación y asistencia en enseñanza primaria ^{a/} (%) 1987-97	Tasa de mortalidad materna ^{b/} 1980-97	
	Índice de riesgo de los niños	Total de la deuda externa como % del PNB 1997									Tasa de fecundidad 1997	Registrada
Andorra	-	-	70	14	1	0,0	6	***	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	66	24	1	0,0	21	7380	-	-	1,7	150
Bahamas	8	-	291	106	6	0,1	21	11830	-	95	2,6	-
Bahrein	8	-	583	210	12	0,3	22	7820	9	98	3	46
Barbados	15	38	267	72	3	0,0	12	6590	-	78	1,5	0
Belice	10	62	224	108	7	0,3	43	2740	6	99	3,7	140
Brunei Darussalam	6	-	308	121	6	0,1	10	25090	-	91	2,8	0
Cabo Verde	15	52	399	191	12	0,9	73	1090	14	100	3,6	55
Comoras	43	102	640	327	23	2,1	93	400	26	53	4,9	500
Chipre	3	-	763	224	10	0,1	9	14930	-	96	2,1	0
Djibouti	61	57	617	294	22	3,4	156	*	18	32	5,4	-
Dominica	-	71	71	26	1	0,0	20	3120	-	-	2,3	65
Fiji	7	10	786	319	17	0,4	24	2470	8	99	2,8	38
Granada	-	37	93	33	2	0,1	29	3000	-	-	-	0
Guinea Ecuatorial	-	58	420	208	17	2,9	172	1050	-	-	5,6	-
Guyana	25	236	843	314	18	1,5	82	800	12	87	2,3	180
Islandia	2	-	274	78	4	0,0	5	27580	-	98	2,1	-
Islas Cook	-	-	19	8	0	0,0	30	1550	-	-	-	-
Islas Marshall	-	-	58	27	2	0,2	92	1770	-	-	-	-
Islas Salomón	20	37	404	205	14	0,4	28	900	21	-	4,9	550
Kiribati	-	-	80	37	3	0,2	75	910	-	-	4,4	-
Liechtenstein	-	-	32	7	0	0,0	7	***	-	-	-	-
Luxemburgo	11	-	417	89	5	0,0	7	45330	-	81	1,7	0
Maldivas	43	52	263	136	9	0,7	74	1150	43	-	5,5	350
Malta	2	31	381	99	4	0,0	10	8630	-	100	1,9	-
Micronesia (Est. Fed. de)	-	-	112	51	4	0,1	24	1980	-	-	4,1	-
Mónaco	-	-	33	8	0	0,0	5	***	-	-	-	-
Nauru	-	-	11	5	0	0,0	30	-	-	-	-	-
Niue	-	-	2	1	0	-	-	-	-	-	-	-
Palau	-	-	18	8	1	0,0	34	**	-	-	-	-
Qatar	12	-	569	178	10	0,2	20	11570	6	80	3,8	10
S. Kitts y Nevis	-	24	39	14	1	0,0	37	6160	-	-	2,4	130
S. Lucía	-	26	148	53	3	0,1	29	3620	-	-	2,6	30
S. Vicente y las Granadinas	-	89	112	40	2	0,0	21	2500	-	-	2,2	43
Samoa	5	80	172	79	4	0,1	27	1150	-	97	4,2	-
San Marino	-	-	26	5	0	0,0	6	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	18	672	138	73	6	0,5	78	270	16	93 y	4,7	-
Seychelles	7	28	75	39	3	0,1	18	6880	6	-	2,4	-
Suriname	-	-	412	164	8	0,3	36	1240	-	-	2,2	110
Swazilandia	32	25	925	466	35	3,3	94	1440	-	95	4,7	230
Tonga	-	32	98	42	2	0,0	23	1830	-	-	4	-
Tuvalu	-	-	11	5	0	0,0	56	650	-	-	-	-
Vanuatu	20	21	177	88	5	0,3	50	1310	-	74	4,3	-

[†]Ver el capítulo correspondiente para una descripción completa.

a/, b/ e y/ Ver los perfiles estadísticos para obtener las definiciones.

* PNB per cápita estimado: de 786 a 3.125 dólares.

** PNB per cápita estimado: de 3.126 a 9.655 dólares.

***PNB per cápita estimado: 9.656 dólares o más.

Retraso de los datos

La tabla inferior muestra el promedio de años de retraso de los datos disponibles sobre indicadores sociales clave: la tasa de mortalidad de menores de 5 años, la tasa neta de escolarización en la escuela primaria y la proporción de menores de 5 años con deficiencia de peso.

Las estadísticas más actualizadas que utilizan la mayoría de los gobiernos y las organizaciones internacionales son a menudo interpolaciones y/o extrapolaciones basadas en encuestas previas. La tabla muestra el número de años transcurridos, en promedio, entre la última compilación estadística nacional y 1998.

En algunos casos, los gobiernos pueden disponer de datos más recientes que no están disponibles para las Naciones Unidas.

Promedio de años de retraso sobre los tres indicadores sociales

ÁFRICA AL SUR DEL SAHARA

Madagascar	1,7	Rep. Centroafricana	3,7	Sudáfrica	5,7
Mozambique	1,7	Uganda	3,7	Lesotho	6,0
Chad	2,0	Côte d'Ivoire	4,0	Burundi	6,7
Mauricio	2,0	Gambia	4,0	Etiopía	6,7
Senegal	2,3	Botswana	4,3	Guinea	8,3
Benin	2,7	Burkina Faso	4,7	Angola	10,7
Tanzania	2,7	Ghana	4,7	Gabón	10,7
Malí	3,0	Zimbabue	4,7	Guinea-Bissau	10,7
Mauritania	3,0	Rwanda	5,0	Somalia	10,7
Zambia	3,0	Camerún	5,3	Liberia	11,0
Eritrea	3,3	Kenya	5,3	Sierra Leona	12,7
Malawi	3,3	Togo	5,3	Congo	13,7
Níger	3,3	Namibia	5,7		
Congo, Rep. Dem.	3,7	Nigeria	5,7		

ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL

Egipto	3,0	Irán	4,3	Sudán	5,0
Argelia	3,3	Marruecos	4,3	Siria	5,0
Em. Árabes Unidos	3,3	Yemen	4,3	Kuwait	6,7
Iraq	3,7	Líbano	4,7	Jordania	7,7
Omán	3,7	Turquía	4,7	Arabia Saudita	10,0
Túnez	3,7	Libia	5,0	Israel	10,7

ASIA CENTRAL

Kirguistán	2,3	Georgia	6,3	Turkmenistán	9,0
Afganistán	5,7	Kazajistán	6,7	Armenia	10,7
Azerbaiyán	6,0	Uzbekistán	7,0	Tayikistán	11,3

ASIA SURORIENTAL Y PACÍFICO

Australia	1,5*	Viet Nam	3,0	Corea, Rep.	6,7
Nueva Zelandia	1,5*	India	3,3	Papua N. Guinea	6,7
Bangladesh	2,0	Japón	3,5*	Singapur	6,7
Filipinas	2,3	Myanmar	3,7	Sri Lanka	6,7
Indonesia	2,3	Lao RDP	4,0	Corea, Dem.	8,7
Malasia	2,3	China	4,3	Bhután	10,0
Mongolia	3,0	Pakistán	5,3	Tailandia	10,3
Nepal	3,0	Camboya	6,3		

AMÉRICAS

Chile	1,7	Colombia	3,3	Ecuador	5,0
Cuba	1,7	Rep. Dominicana	3,3	El Salvador	5,0
Uruguay	2,3	Canadá	3,5*	México	5,0
Brasil	2,7	Guatemala	3,7	Panamá	5,0
Costa Rica	2,7	Haití	4,3	Nicaragua	5,3
Perú	2,7	Honduras	4,3	Paraguay	6,0
Venezuela	2,7	Jamaica	4,3	Argentina	8,0
Estados Unidos	3,0	Bolivia	4,7	Trinidad y Tabago	9,0

EUROPA

Austria	2,0*	Dinamarca	2,5*	Rumania	3,3
Bulgaria	2,0*	España	2,5*	Rusia, Fed. de	3,3
Eslovenia	2,0*	Estonia	2,5*	Rep. Checa	3,7
ERYD Macedonia	2,0*	Finlandia	2,5*	Yugoslavia	3,7
Irlanda	2,0*	Francia	2,5*	Hungría	4,7
Italia	2,0*	Grecia	2,5*	Albania	5,0*
Letonia	2,0*	Noruega	2,5*	Lituania	8,0*
Países Bajos	2,0*	Reino Unido	2,5*	Ucrania	8,0*
Polonia	2,0*	Suecia	2,5*	Eslovaquia	8,5*
Alemania	2,5*	Croacia	2,7	Moldova, Rep. de	8,5*
Belarús	2,5*	Portugal	3,0*	Bosnia/Herzegovina	11,0*
Bélgica	2,5*	Suiza	3,0*		

* No se incluye el bajo peso al nacer.

Abreviaturas

AOD	Asistencia Oficial al Desarrollo
DPT	Difteria, pertusis (tosferina) tétanos (vacuna trivalente)
EDS	Encuestas Demográficas y de Salud
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPEP	Organización de Países Exportadores de Petróleo
PIB	Producto Interno Bruto
PNB	Producto Nacional Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TOD	Estrategia de tratamiento bajo observación directa
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

El signo (-) en las tablas del *Progreso de las Naciones* indica que no se dispone de datos.

Nota: todos los dólares son dólares de los Estados Unidos.



División de Comunicaciones
División de Evaluación,
Políticas y Planificación
3 United Nations Plaza
Nueva York, NY 10017, Estados Unidos

Correo electrónico: pubdoc@unicef.org
Internet: www.unicef.org/spanish

ISBN: 92-806-3474-7
Impreso en papel reciclado

