

---

# EL PROGRESO DE LAS NACIONES

*Las naciones del mundo  
clasificadas según sus logros en  
la satisfacción plena de los derechos  
de los niños y en sus avances hacia  
el progreso de las mujeres.*

1 9 9 8

---

---

---

# 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 8

---

---

# Contenido

## **PRESENTACIÓN**

*Secretario General de las Naciones Unidas* 1

## **INTRODUCCIÓN**

*Directora Ejecutiva del UNICEF* 3

## **DERECHOS CIVILES**

El registro de los nacimientos: el “primer” derecho 5  
*Por Unity Dow*

Avances y disparidades 9

Liga de inscripción al nacer 10

## **SALUD**

Inmunización: Todo lo que se haga es poco 13  
*Por el Dr. Ralph H. Henderson*

Liga: brecha en la vacunación contra el sarampión 16

Avances y disparidades 18

## **MUJERES**

El futuro para los jóvenes 21  
*Por Geeta Rao Gupta*

Liga: nacimientos de madres adolescentes 24

Avances y disparidades 26

## **PAÍSES INDUSTRIALIZADOS**

Penurias en medio de la abundancia 29  
*Por Philip Alston*

Avances y disparidades 32

## **TABLAS ESTADÍSTICAS**

Perfiles estadísticos 34

Indicadores sociales de los 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 de UNICEF.

Fotografías de los niños y niñas representativos de las distintas regiones mundiales (izquierda a derecha):  
UNICEF/94-0560/Murray-Lee; UNICEF/93-1065/Toutounji; UNICEF/97-0490/Murray-Lee;  
UNICEF/93-1304/Fregier; UNICEF/95-0394/Barbour; UNICEF/95-0930/Lemoyne.

## Presentación

**E**l *Progreso de las Naciones* es un fuerte y sonoro llamado de atención sobre la situación de los niños. En él se solicita a todas las naciones del planeta que analicen los progresos en la conquista de las metas que se fijaron en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 y que pongan en práctica una evaluación honesta de sus éxitos y de las esferas donde han perdido terreno.

El informe de este año destaca los logros alcanzados y los retos que aún quedan por superar en el esfuerzo destinado a registrar a todos los niños después del nacimiento, a conseguir que no quede ningún niño en el mundo sin inmunizar, y a ayudar a los adolescentes, y especialmente a las niñas, cuando comienzan a dar los primeros pasos en la senda que los llevará a la edad adulta. Con sus claras tablas de ligas, *El Progreso de las Naciones* ofrece una clasificación objetiva en torno a estas cuestiones. Los comentarios de importantes dirigentes teóricos y prácticos que aparecen en la publicación hacen hincapié en la necesidad de poner en práctica políticas de desarrollo que se basen en los derechos de los niños, y exhortan a los gobiernos a cumplir con las promesas que formularon al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño.

*El Progreso de las Naciones* nos recuerda año tras año que las frases retóricas acerca de los niños se deben respaldar con acciones. Se trata de una publicación cuya lectura recomiendo a toda persona interesada en la situación de nuestros ciudadanos más vulnerables.



Kofi A. Annan  
Secretario General  
de las Naciones Unidas

## Introducción: En defensa de los derechos de los niños

**T**odos los años, *El Progreso de las Naciones* presenta una clasificación de los países del mundo guiada, no por la pauta tradicional del crecimiento económico, sino por la del bienestar de sus niños. Sería natural suponer que cuando se trata de atender a las necesidades de los niños, las naciones más ricas ocupen los primeros puestos en tal clasificación. Sin embargo, el informe demuestra que el progreso económico no garantiza el desarrollo social.

En realidad, entre las naciones donde se realizan los mayores avances hacia la conquista de las metas fijadas por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 figuran algunos de los países más empobrecidos del mundo. ¿Por qué? Porque se trata de naciones que han dado prioridad a la satisfacción de las necesidades básicas de sus niños.

Promover los intereses de los niños ya no es una cuestión de caridad. Cuando solamente dos países impiden la ratificación universal de la Convención sobre los Derechos del Niño, la comunidad de las naciones del mundo ha comenzado a entender rápidamente que todos y cada uno de los niños cuentan con un conjunto de derechos fundamentales.

Haciéndose eco de esa nueva concepción, *El Progreso de las Naciones* también ha adoptado un enfoque más amplio. Este año, por primera vez, analizamos en esta publicación los derechos civiles de los niños, comenzando por el derecho a la inscripción de su nacimiento. Para millones de niños, carecer de certificado de nacimiento significa la exclusión de los derechos y privilegios que las naciones ofrecen a sus ciudadanos, como la educación y la atención de la salud.

El informe de este año también enumera y describe los grandes avances logrados en los últimos 20 años en materia de inmunización infantil, un legado del que deberíamos sentirnos orgullosos. Pero la batalla dista de haber finalizado, ya que aún mueren anualmente 2 millones de niños debido a que carecen de ese servicio de salud pública básico y económico.

*El Progreso de las Naciones 1998* señala que la sociedad en general ha pasado por alto el tema de la vulnerabilidad de los adolescentes en los países en desarrollo, y que la gente joven, que constituye una sexta parte de la población del planeta, necesita el apoyo de sus mayores para desarrollar plenamente su potencial y eludir los peligros que les depara el futuro.



UNICEF/3363-90/Antmann

Asimismo, el informe de este año describe el vergonzoso aumento del desamparo en los países más ricos, donde crece amenazadoramente la proporción de familias y niños que carecen de vivienda permanente.

En 1948, cuando se firmó la Declaración Universal de los Derechos Humanos, hubiera resultado difícil imaginar lo mucho que se lograría en pro de los niños en el medio siglo que ha transcurrido desde entonces. Al celebrar el cincuentenario de ese documento histórico, debemos comprometernos nuevamente a asegurar que los derechos enunciados en la Declaración y en el cúmulo de instrumentos sobre derechos humanos que se derivan de ella —entre ellos la Convención sobre los Derechos del Niño— tengan vigencia para todos los niños del mundo.

Carol Bellamy  
Directora Ejecutiva  
UNICEF



# El registro de los nacimientos: el “primer” derecho

Unity Dow

***La partida de nacimiento es el documento que posibilita el ejercicio pleno de la ciudadanía. Sin ella, el individuo carece de existencia oficial y, por ende, de acceso legal a los privilegios y protecciones que las naciones otorgan a sus súbditos. La inscripción en un registro civil constituye asimismo el instrumento básico mediante el cual un gobierno eficaz puede llevar el censo de sus ciudadanos y planificar políticas educativas, sanitarias y de otra índole, según sus necesidades. Pero hay muchos países que no cuentan con un sistema fiable para registrar los nacimientos. Anualmente, en el mundo quedan sin asentar unos 40 millones de niños, una tercera parte de todos los nacimientos.***

Las imágenes de los niños que no han podido aprovechar las oportunidades de la vida debido a que no recibieron una atención adecuada ocultan generalmente la existencia silenciosa de un grupo numeroso de niños que carecen de otro derecho fundamental: el derecho al nombre y a la nacionalidad. A esos niños se les niega ese derecho inalienable debido, precisamente, a su invisibilidad jurídica. Como carecen de partida de nacimiento, sus existencias transcurren al margen del mundo “oficial”, y están obligados a enfrentar obstáculos con los que nunca tropiezan quienes tienen la buena fortuna de haber sido inscritos al nacer.

Si tenemos en cuenta lo dura que es la vida para muchas personas, la necesidad de contar con una partida de naci-

miento no parece ser una dificultad excesivamente grave, especialmente si lo comparamos con los problemas que deben superar constantemente los niños en los países en desarrollo. Pero, en realidad, esa hoja de papel tiene una importancia fundamental, porque demuestra el cumplimiento de lo que se podría denominar “el primer” derecho: el derecho a la identidad oficial.

El registro del nacimiento es el primer reconocimiento de la existencia del niño por parte del Estado. Ese trámite reconoce la importancia que tiene el niño para su país, así como su estado jurídico. Mediante este pasaje que permite llegar a la ciudadanía pueden abrirse las puertas a la vigencia plena de los derechos, privilegios y servicios que las naciones ofrecen a sus habitantes.

En 20 países, por lo menos, ningún

niño puede ser vacunado legalmente si carece de partida de nacimiento. En más de 30 países es necesario presentar esta partida para que los niños reciban atención en los centros sanitarios. En la mayoría de los países del mundo se exige este documento para matricular a los niños en las escuelas. Y en muchas naciones es necesario presentar la partida de nacimiento para inscribir a los niños en los programas de alimentación suplementaria. Debido a que el certificado de nacimiento es el instrumento básico mediante el que los países reconocen a sus ciudadanos, quienes carecen del mismo pueden verse privados de la posibilidad de contraer matrimonio, abrir cuentas bancarias, ser propietarios de bienes raíces, votar u obtener pasaportes.

Además de conferir privilegios, las partidas de nacimiento pueden proteger a sus titulares. Presentando la constancia de su nacimiento, un joven puede demostrar que no está obligado a hacer el servicio militar y una niña que no tiene edad suficiente para trabajar. Las actas de nacimiento otorgan también cierto grado de protección contra la trata de niños con fines sexuales. Debido a que los traficantes saben que las niñas que no cuentan con documento de identidad son más vulnerables y menos proclives a huir, capturan por lo general a sus víctimas en aldeas aisladas y pobres, donde las tasas de inscripción de los nacimientos son bajas. El acta de nacimiento puede incluso resultar de gran ayuda a un adolescente acusado de un crimen. Yo presido la causa por asesinato contra un joven que carece de certificado de nacimiento. Si es hallado culpable, el joven podría terminar en el cadalso, ya que le será imposible demostrar que cuando cometió el crimen era menor de 18 años.

Si el registro de los nacimientos es importante para los individuos, para la nación reviste un significado funda-

mental. Si las autoridades de un país no cuentan con un sistema que les permita calcular cuántas personas viven en su territorio, no tienen manera de conocer cuántas dosis de vacunas deben adquirir o cuántas aulas deben construir. Sin un registro adecuado de los nacimientos, los países podrían tener dificultades para calcular sus tasas de natalidad o de mortalidad. En el mundo moderno, contar con un sistema eficaz de registro de los nacimientos no sólo es imprescindible para la vigencia de los derechos de los niños sino también para el funcionamiento racional de los gobiernos humanitarios.

## Los millones que “faltan”

Se ignora el número de personas a quienes se ha negado el derecho a la inscripción después de su nacimiento, lo que representa un grave problema. Muchos países carecen, lisa y llanamente, de sistemas adecuados para contabilizar a su población. Los datos de los que se disponen permiten suponer que muchos millones de personas no figuran en los registros civiles gubernamentales. Se calcula que en el ámbito mundial el número de nacimientos que no se inscriben anualmente es de unos 40 millones.

El derecho de las personas a que se inscriba su nacimiento está reconocido por el artículo 7 de la Convención sobre los Derechos del Niño, que establece que “el niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre [y] a adquirir una nacionalidad”. El texto del artículo 7 es absolutamente claro al respecto, y los 191 países que han ratificado la Convención están obligados a cumplir con el compromiso adquirido.

También están obligados a explicar a sus ciudadanos la importancia del registro de los nacimientos. En las sociedades rurales, donde las vidas de las personas transcurren en ambi-

Unity Dow, que fue nombrada recientemente la primera mujer Jueza del Tribunal Superior de Botswana, tiene un meritorio historial como abogada especializada en la defensa de los derechos humanos. La Sra. Dow fue fundadora de Women and Law in Southern Africa Research Project, un proyecto de estudio de la condición jurídica de las mujeres en el África meridional, e integra la International Women's Right Watch, una organización internacional de defensa de los derechos de las mujeres. La jueza fue parte demandante en una causa de proporciones históricas que recusó las normas jurídicas sobre la nacionalidad en Botswana y que dio motivo a la reforma de las leyes de ese país para que los niños nacidos en Botswana pudieran recibir la nacionalidad de sus madres. La jueza es también autora de escritos en los que vincula la Convención sobre los Derechos del Niño con la situación jurídica de la niñez de su país.

# DERECHOS CIVILES

## COMENTARIO

tos geográficos limitados, donde el maestro es vecino del alumno y la trabajadora sanitaria puede ser su tía, la idea de que para demostrar su existencia una persona debe contar con una hoja de papel impresa puede resultar inconcebible. Y en algunos casos, sugerir que los niños deben ser inscritos para facilitar la labor de planificación del gobierno puede considerarse como una amenaza.

Pero el mundo está cambiando, y sus habitantes viven y se desempeñan en ámbitos cada vez más amplios. En este ambiente mucho más complejo y anónimo, poder demostrar la nacionalidad de un niño no es una práctica utópica de los derechos de la infancia sino una necesidad práctica. Ya se trate de alguien que migra a una ciudad en busca de trabajo o de alguien que cruza fronteras nacionales para huir de un conflicto armado, si la persona carece de documentos que acrediten su identidad, ante los ojos de los funcionarios de gobierno se trata de una persona sin existencia jurídica.

Muchos gobiernos deberían facilitar el proceso de inscripción de los nacimientos. En muchos sitios, los trámites de inscripción de niños que nacen en hospitales comienzan en los mismos establecimientos sanitarios. Pero esa es una solución parcial, debido a que en ciertas regiones del mundo, especialmente en el África y en el Asia meridional, más de la mitad de los alumbramientos ocurren fuera de los hospitales.

En algunos casos, ya sea por accidente o por designio de sus responsables, el registro de los nacimientos tiene funciones diferentes para cada sector de la población. En Myanmar, por ejemplo, desde 1982 existen tres clases de ciudadanía, y sólo disfrutan de ciudadanía plena quienes pueden probar que tanto ellos como sus padres y sus abuelos residieron continuamente en el país y no se casaron con extranjeros. En Tailandia, hasta hace muy poco, muchos niños de los 700.000 miembros de tribus montañosas no tienen derecho a la nacionalidad porque sus padres no son ciudadanos tailandeses.

Los obstáculos que dificultan o impiden la inscripción suelen ser banales, el resultado de prioridades equivocadas y deficiencias burocráticas. Los países rurales y las naciones más pobres tienden a tener tasas bajas de inscripción de los nacimientos, dado que deben luchar por

superar la inevitable carencia de personal calificado y tecnología moderna, así como los problemas logísticos que implica para sus habitantes desplazarse hasta las oficinas del registro civil y la falta de conocimiento sobre los trámites que deben realizar, o el temor ante los mismos. No sorprende, por lo tanto, que la tasa de inscripción sea baja en países como Sierra Leona, donde no llega a un 10%; Zimbabue, donde sólo se registran una tercera parte de los nacimientos; o Bolivia, donde la mitad de la población no cuenta con una partida de nacimiento.

Sin embargo, hay otras naciones que logran inscribir a una respetable proporción de niños a pesar de que atraviesan dificultades económicas y de otra índole. En Armenia, Azerbaiyán, China, Honduras, Kirguistán, Mongolia, Sri Lanka y Tayikistán se inscribe un 90% de los nacimientos por lo menos, a pesar de que se trata de países donde el producto bruto nacional per cápita es inferior a 800 dólares al año.

Otros países, como el Afganistán, Camboya, Eritrea, Etiopía, Namibia y Omán, ni siquiera han logrado establecer un sistema de inscripción obligatoria de los nacimientos. Algunos mantienen registros de otro tipo, como Omán, donde existe un registro sanitario nacional en el que se asientan los nombres de los niños a partir de su primera visita a un establecimiento de atención de la salud. Pero se trata de sistemas que dan lugar a errores, tanto por omisión como por comisión, y no pueden reemplazar a los sistemas exclusivos de inscripción de los nacimientos. La Autoridad Palestina está elaborando un sistema de estas características mediante la transcripción a un registro propio de los datos sobre nacimientos de palestinos recogidos por el Gobierno de Israel.

Existen muchas razones específicas, y algunas de ellas muy sensatas, por las que las familias evitan inscribir a sus hijos. La más común es que no pueden vencer los obstáculos logísticos que impone un viaje hasta la oficina correspondiente. Los gobiernos deben tomar medidas para resolver este problema descentralizando los registros civiles. La inscripción de los nacimientos puede atentar también contra tradiciones y costumbres consagradas, o puede ser interpretada por las minorías étnicas como un intento gubernamental de debilitar sus culturas.

En Madagascar, donde las prácticas tradicionales de conferir nombres a



*La situación ideal es inscribir a los niños antes de que abandonen el hospital. Los países con un alto porcentaje de partos en el hogar suelen tener tasas más bajas de inscripción debido a los obstáculos logísticos que enfrentan las familias.*

los niños tienen carácter sagrado, el sistema de registro civil no goza de muchas simpatías. En Kenya, el registro de los nacimientos adquirió carácter obligatorio para los pobladores blancos en 1904, pero sólo se extendió al resto de la población en 1971. Muchos ciudadanos no reconocieron de inmediato los beneficios del sistema de inscripción por considerarlo una costumbre colonial ajena a su cultura.

Es evidente que las personas que desobedecen intencionalmente las leyes no tienen mucho interés en informar al gobierno sobre acontecimientos importantes de sus vidas. No es de sorprender, por lo tanto, que en China una de las principales razones por la que no se inscriben muchos nacimientos es porque no se ajusta a la política imperante de planificación familiar.

En ciertas naciones, el propio sistema presenta obstáculos a los ciudadanos. En 50 países, por lo menos, es necesario pagar por ese derecho fundamental, ya sea porque se cobra por el trámite o porque hay que comprar el certificado. En otros casos, el trámite puede estar envuelto en un caos burocrático, como en Indonesia, donde la recogida de información sobre los nacimientos se complica debido a la jurisdicción compartida por varios organismos cívicos y gubernamentales, como son los ministerios del Interior, Justicia, Salud y Bienestar Familiar, además de la Oficina Central de Estadísticas.

En China, los padres tienen 30 días de plazo para inscribir el nacimiento de sus hijos, pero deben realizar el trámite en la aldea donde tiene su residencia oficial la madre, lo que

representa un problema para las familias que migran en busca de trabajo. Esa complicación basta para demorar o impedir la inscripción de unos 10 millones de niños. Y la tasa de inscripción ha disminuido aun más desde que el gobierno dejó de lado su política de racionar los alimentos en base al número de miembros de la familia inscritos.

En Nigeria, la nación más poblada del África, donde se calcula que nacen unos 5 millones de niños por año, no se sabe exactamente cuántos de esos nacimientos se registran oficialmente. Como en muchos otros países africanos donde la inscripción oficial comenzó a practicarse después que en otras regiones, aunque existe un sistema de estadísticas demográficas, su exactitud y eficacia están mermeadas por una serie de factores: la insuficiencia de fondos, una tecnología inadecuada, un personal poco capacitado y una escasez de medios de difusión, con el correspondiente bajo nivel de conciencia pública acerca de la importancia de ese trámite que abre la puerta a los derechos fundamentales.

### Apátridas por designio

Si quienes carecen de constancia de nacimiento en su propia comunidad están expuestos a graves riesgos, los que no obtienen un comprobante de su identidad porque se les niega ese derecho fuera de las fronteras de su país, están condenados a ser apátridas. Cuando se trata de niños nacidos en un Estado cuyas fronteras cambian o desaparecen, o en un campamento de refugiados, o en el seno de una familia que es apátrida debido a la discriminación por razones de ori-

gen étnico o creencias religiosas, los obstáculos que se interponen a la inscripción de su nacimiento pueden resultar imposibles de superar. Para éstos, no contar con una constancia de nacimiento o identidad agrava aun más su vulnerabilidad, ya que reduce el disfrute de los demás derechos que les corresponden.

A la mayoría de los 5 a 8 millones de romanís, o gitanos, que habitan Europa Central y Oriental se les impide desde hace mucho la incorporación a la sociedad en general. Debido a ello, sólo figuran en el registro civil unos 7.000 de los 60.000 a 100.000 gitanos que viven en Croacia.

Para los muchos millones de niños que han tenido la mala fortuna de nacer en países sacudidos por diversas formas de agitación política, el ejercicio del derecho al nombre y la nacionalidad puede ser una invitación al peligro. Tal el caso de los curdos en Siria, los tártaros en Ucrania, los rusos en Estonia y Letonia, las minorías o los extranjeros en Bhután, Camboya, Kuwait, Myanmar, Pakistán, los países de la ex Yugoslavia y los 3 millones de palestinos en Oriente Medio, entre muchos otros.

Los niños abandonados en tales situaciones de conflicto que además carecen de documentos no pueden acogerse a la adopción, un factor que les condena a una vida en orfanatos o a algo peor.

En algunos casos, las bajas tasas de inscripción de nacimientos se deben a la acción intencional y eficaz de los gobiernos. Uno de los legados más reveladores de la naturaleza de *apartheid* es que en Sudáfrica, un país que cuenta con un moderno registro civil computarizado que ha servido para inscribir eficazmente a todos los ciudadanos blancos, solamente un 13% de la población negra estaba inscrita en 1993.

Las normas internacionales de derechos humanos no dejan lugar a dudas. Los niños tienen *derecho* a la nacionalidad, que pueden recibir de sus padres o del país en que nacen. La Convención para reducir los casos de apatridia establece que a los niños se les debe conferir la nacionalidad del país en que nacen si no reciben otra (como la del país de origen de sus padres).

En verdad, el derecho al nombre y la nacionalidad tiene una larga y honrosa prosapia. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada por las Naciones Unidas en 1948 y que este año celebra su cincuentenario, establece que “toda

persona tiene derecho a una nacionalidad” y que “a nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad”. Se trata de un derecho que avalan otros 10 tratados internacionales, de los cuales el más reciente es la Convención sobre los Derechos del Niño, que está en vigor desde 1990 y que ya ha sido ratificada por todos los países del mundo, excepto Somalia y los Estados Unidos.

La Convención insta a los países no sólo a respetar el derecho de los niños al nombre y la nacionalidad sino a protegerlo mientras los niños crecen. El artículo 8 estipula que “cuando un niño sea privado ilegalmente de algunos de los elementos de su identidad o de todos ellos, los Estados Partes

deberán prestar la asistencia y protección apropiadas con miras a restablecer rápidamente su identidad”.

La inscripción de los nacimientos también da lugar a la discriminación de las mujeres, como ocurrió en mi caso. En 1983 contraí matrimonio con un extranjero en mi país, Botswana. Aunque habíamos vivido allí desde entonces, cuando nacieron mis hijos, en 1984 y 1987, las leyes del país exigieron que recibieran la nacionalidad de mi marido. Pero si el ciudadano de Botswana hubiera sido el padre, en vez de la madre, los niños hubieran obtenido doble ciudadanía. Esas normas jurídicas condenaron a mi hija y a mi hijo a vivir como extranjeros, negándoles el derecho a recibir

todos los servicios con que cuentan los ciudadanos de mi país, tales como el derecho al voto o a recibir una beca para pagar los costos de la enseñanza en la universidad nacional. Debido a ello, recusamos esa disposición judicial y tras un prolongado proceso, en 1992 se aceptó nuestra demanda sobre la base de que la ley violaba el derecho de la mujer a que sus hijos recibieran su nacionalidad. Tres años más tarde, Botswana modificó su ley de nacionalidad.

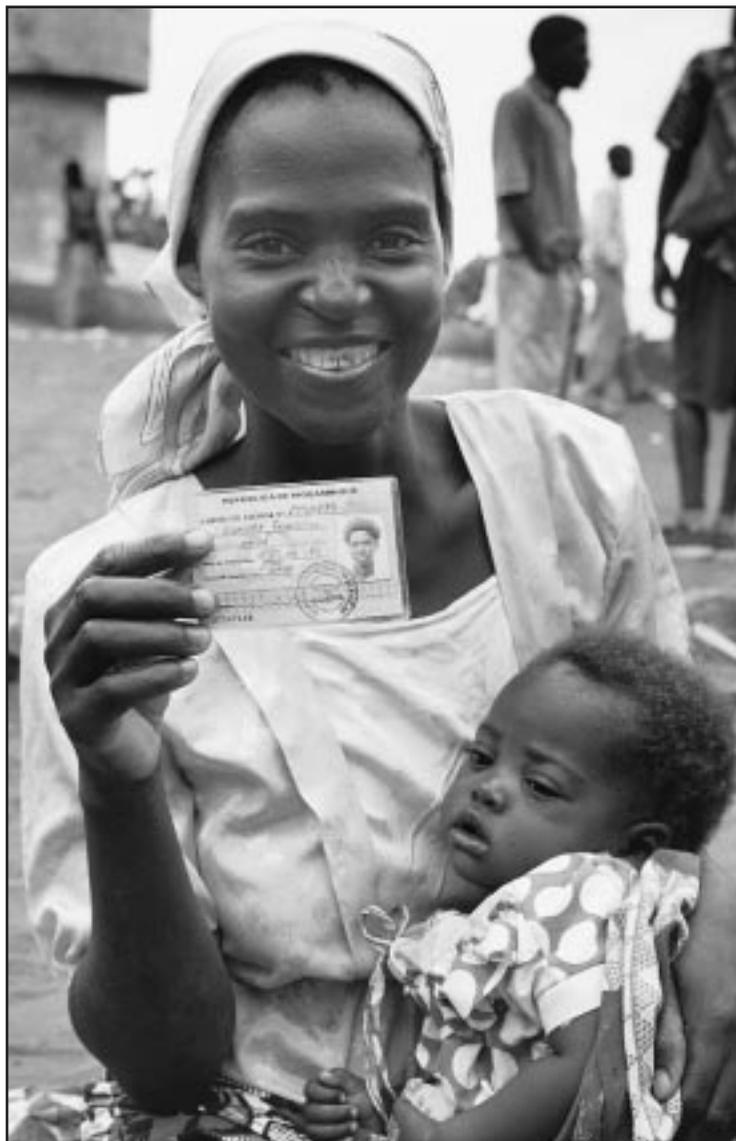
### El interés superior del niño

El caso tuvo asimismo graves implicaciones para los derechos de los niños. Al privar a mis hijos de la opción de ser ciudadanos de Botswana simplemente porque su madre estaba casada con un extranjero, la ley les negaba el derecho pleno a la nacionalidad. Y al imponerles la misma nacionalidad que su padre, ignoraba el artículo 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño, que establece que en todas las medidas concernientes a los niños una consideración primordial será “el interés superior del niño”.

En 1996, antes de que me nombraran jueza, entablé una demanda que recusó una ley de mi país según la cual las madres tienen potestad exclusiva sobre los niños nacidos fuera del matrimonio. El reverso de esa moneda es que los padres de esos niños tienen muy pocas responsabilidades con respecto a ellos, y a veces no son responsables en absoluto. Debido al resultado de ese caso judicial, los padres de esos niños están ahora obligados a hacerse cargo de cierta parte de los gastos de manutención, aunque los niños no tienen aún derecho a heredar de los padres ni a ser inscritos con su apellido en el registro civil.

Gracias al poder colectivo del activismo en pro de las mujeres y la creciente influencia de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, muchas leyes nacionales de carácter patriarcal han sido modificadas en años recientes a fin de reconocer el derecho de las mujeres a otorgar su propia nacionalidad a sus hijos, como lo establece el artículo 9. (Vea el artículo de la página 9.)

La cuestión de la nacionalidad de los niños nacidos de padres de países distintos adquiere una mayor importancia cuando las leyes de esos países dan trato desigual a hombres y mujeres, como sucede en los países con



En muchos países, se necesita la partida de nacimiento para poder votar, y por tanto las personas sin este documentos pueden perder sus derechos. Esta mujer de Mozambique muestra con orgullo su registro de voto mientras espera a ejercer su derecho en las primeras elecciones democráticas, en 1994.

UNICEF/94-0707/Machava

# DERECHOS CIVILES

## COMENTARIO

sistemas jurídicos basados en la sharia, el código jurídico islámico. En Jordania, por ejemplo, en los certificados de nacimiento consta el nombre del padre del niño y el de la madre. Pero los niños jordanos sólo reciben la nacionalidad de la madre en aquellos casos en que es imposible identificar legalmente al padre. Las organizaciones de defensa de los derechos de las mujeres conducen un movimiento que se propone que las normas de ciudadanía de Jordania pasen a la jurisdicción de la justicia secular y que se reconozca el derecho de las mujeres a otorgar su nacionalidad a sus hijos.

Las reservas presentadas por Egipto al artículo 9 no tienen en cuenta las dificultades por las que atraviesan los niños que se convierten en extranjeros en su propia patria por el simple hecho de recibir la nacionalidad de sus padres. Al fundamentar esas reservas, Egipto señala, en cambio, que "resulta claro que la concesión de la nacionalidad del padre a los

hijos constituye el procedimiento que más conviene a los niños, y que no infringe el principio de la igualdad entre los hombres y las mujeres debido a que es normal que al contraer matrimonio con un extranjero, la mujer acepte que sus hijos reciban la nacionalidad del padre". Esa suposición no sólo atenta contra los derechos de las mujeres sino que viola el derecho de los niños a la ciudadanía.

### El cumplimiento de las promesas

Esos obstáculos pueden y deben ser superados mediante el compromiso, la tecnología y las campañas de información pública. Algunas naciones ya han comenzado a tomar algunas medidas en esa dirección. Bajos los auspicios de la División de Estadísticas de las Naciones Unidas y un consorcio de organismos de las Naciones Unidas, en los últimos seis años se han estado realizando en diversos países del mundo cursos de capacitación para funcionarios de los registros

civiles a fin de mejorar el funcionamiento y la organización de esos sistemas. En muchos sitios se refuerzan y mejoran las oficinas de inscripción de los nacimientos, y algunas avanzan hacia la computarización. En diversos países ya se han puesto en marcha campañas de información sobre ese tema.

En más de 30 países se realizan esfuerzos extraordinarios para inscribir a los niños de las zonas rurales. La Argentina, Ecuador, Irán, Tailandia y Zimbabue cuentan con funcionarios itinerantes que otorgan certificados de nacimiento. En Mozambique, con el fin de registrar a los niños nacidos durante el conflicto civil, una campaña de inscripción ambulante comenzó poco después de firmado el acuerdo de paz de 1992.

Chile dispone de una moderna unidad de registro itinerante que está conectada por medio de computadoras con el registro central en la capital. En 1996, Rumania aprobó una ley que compromete a los médicos que asisten

un alumbramiento a iniciar los trámites de inscripción de los recién nacidos que sean abandonados en sus hospitales. En Filipinas se designó el mes de febrero como Mes del Registro Civil, en una iniciativa que forma parte de los esfuerzos para aumentar el nivel de conciencia sobre ese importante trámite civil y los derechos que garantiza.

En varios países, los funcionarios sanitarios o del registro civil de las personas inician los trámites en los centros de salud donde se producen los nacimientos. Entre estos países están Chile, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Egipto, Ghana, Guinea Ecuatorial, Libia, Madagascar, Malí, Myanmar, la República Dominicana, Sudáfrica y Uruguay. A fin de incorporar a los niños nacidos fuera de los hospitales, las parteras tradicionales en Ghana reciben capacitación para registrar a los recién nacidos en cuyo alumbramiento han participado.

En el Perú, jueces, abogados, funcionarios del registro civil, educadores y trabajadores de las organizaciones de base han participado en seminarios sobre inscripción de los nacimientos. En el Ecuador se han organizado brigadas móviles que inscriben a los niños de los vecindarios pobres, y en Nicaragua se han concentrado los esfuerzos en inscribir a los hijos de los pobladores rurales que migran a las ciudades y a los niños de las localidades indígenas.

Pero se trata de esfuerzos aislados e insuficientes, como lo demuestra la ignorancia que reina en la mayoría de las naciones sobre el porcentaje exacto de nacimientos inscritos. Los gobiernos deben brindar los recursos necesarios para desarrollar sistemas de registro civil, y los ciudadanos deben seguir ejerciendo presión sobre sus gobiernos recusando las leyes que impiden que los niños disfruten del derecho a la nacionalidad plena.

La inscripción del recién nacido es el paso inicial en la vida del individuo. Los niños a quienes se les niega ese derecho tropezarán con muchos obstáculos al tratar de avanzar en la vida. Debemos comprometernos a que todos los niños del planeta disfruten de ese derecho inalienable que representa un pasaje para llegar a la ciudadanía. No se me ocurre mejor manera de conmemorar el cincuentenario de esa solemne promesa a la humanidad que constituye la Declaración Universal de los Derechos Humanos. ■



UNICEF/97-0512/Murray-Lee

*Al suministrar información sobre el número de niños que hay en el país, el registro de nacimientos ayuda a los gobiernos a planificar los servicios, como el de la enseñanza. Estos jóvenes asisten a clase en un poblado de Turkmenistán, que tiene una tasa de inscripción de un 90%.*

# AVANCES Y DISPARIIDADES

## El fin de las leyes de nacionalidad patriarcales

El derecho de la mujer a conferir su propia nacionalidad a sus hijos está protegido por el artículo 9 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que reconoce a ésta "los mismos derechos que al hombre con respecto a la nacionalidad de sus hijos".

A pesar de ello, por lo menos 14 países que ratificaron esa convención han formulado reservas al artículo 9, indicando que no se considerarán obligados por la misma. Turquía ha presentado una declaración similar.

En la mayoría de los países que han formulado reservas, la mujer puede dar su nacionalidad a sus hijos si no se conoce la identidad del padre. Pero si una ciudadana está casada con un extranjero, el hijo debe adoptar la nacionalidad del padre o ser apátrida. En tal caso, el niño se convierte en un extranjero en el país donde ha nacido, y puede carecer de acceso a la educación escolar gratuita, a la atención médica y a otros servicios que reciben los ciudadanos de dicha nación.

Desde que la Convención entró en vigencia en 1981, por lo menos una decena de países ajustaron sus leyes de ciudadanía a fin de que las mujeres pudieran conferir su nacionalidad a sus hijos. Japón y Suiza enmendaron sus normas jurídicas referidas a esta cuestión en 1985; Italia en 1987; Viet Nam en 1988; Luxemburgo y Malta en 1989; Tailandia en 1991; la India en 1992; Sudáfrica en 1994; y Botswana en 1995.

En la India, esas normas jurídicas fueron enmendadas en 1992. Con anterioridad, las leyes de ese país, que se fundamentaban en las prácticas de la época colonial, concedían la ciudadanía exclusivamente con arreglo a la nacionalidad del padre.

En Bangladesh y el Pakistán aún rige ese sistema jurídico heredado del pasado colonial.

De hecho, solamente porque un país no haya presentado sus reservas formales al artículo 9 no significa que las leyes de ciudadanía permiten a las mujeres el derecho a transmitir a sus hijos su nacionalidad o que los gobiernos apoyen este derecho.

Con algunas excepciones, los países cuyo derecho deriva de la sharia islámica han formulado reservas al artículo 9.

Se calcula que en Egipto varios centenares de miles de niños no pueden obtener la nacionalidad de ese país debido a que sus padres son ciudadanos de otras naciones. Estos niños deben solicitar periódicamente permisos de residencia por tiempo limitado y pagar (en moneda extranjera) para recibir educación en las escuelas y universidades estatales, que son gratuitas para los ciudadanos egipcios.

### Países que han formulado reservas al artículo 9:

- Argelia
- Bahamas
- Chipre\*
- Egipto
- Fiji
- Iraq
- Jordania
- Kuwait
- Líbano
- Malasia
- Maldivas\*\*
- Marruecos
- República de Corea
- Túnez

\* Las reservas serán retiradas cuando se enmiendan las leyes pertinentes.

\*\* Las reservas se refieren a todos los artículos que contradicen la sharia.

Fuentes: Oficina de Asuntos Jurídicos de las Naciones Unidas, 1998; R. Boland (editor de *Annual Review of Population Law*, Harvard University).

## El primer acto jurídico

La inscripción del nacimiento de un niño es la primera señal de reconocimiento de su existencia jurídica por parte de la comunidad. Los niños tienen derecho a contar con su partida de nacimiento, y en muchos casos sólo pueden recibir los servicios básicos que ofrece el país si tienen esa constancia.

En muchos países los sistemas de inscripción funcionan de manera incompleta, lo que obliga a los gobiernos a pasar por alto sus propias reglas sobre la presentación de la partida de nacimiento para poder recibir determinados servicios. Esto ocurre especialmente fuera de los centros urbanos, donde las tasas de inscripción son generalmente bajas. En Kenia, Myanmar, el Pakistán y Uganda, por ejemplo, la ley requiere

que se presente el acta de nacimiento al matricular a un niño en la escuela, aunque en las zonas rurales de esas naciones por lo general no se pone en práctica esa disposición. En algunos países, como Colombia y Turquía, las tasas de inscripción de los nacimientos aumentan notablemente cuando los niños llegan a la edad escolar, debido a que si no se realiza ese trámite, los niños no pueden ser matriculados.

Pero aun cuando los niños reciban servicios sin contar con certificado de nacimiento, el hecho de que no hayan sido inscritos en el registro civil dificulta la prevención de sus necesidades.

Esos niños tienen más probabilidades de carecer de educación escolar y atención de la salud.

### Se requiere partida de nacimiento para:\*

	Inmunización	Atención de la salud	Matriculación escolar	Casamiento
Argelia	No	No	Sí	Sí
Argentina	No	No	Sí	Sí <sup>1</sup>
Bangladesh	No	No	No	No
Brasil	No	No	Sí	Sí
China	No	No	Sí <sup>2</sup>	Sí <sup>2</sup>
Colombia	Sí	Sí	Sí	Sí
Egipto	Sí	No	Sí	No
Etiopía <sup>3</sup>	Sin datos	Sin datos	Sin datos	Sin datos
Federación de Rusia	Sí	Sí	Sí	No
Filipinas	No	No	Sí	Sí
India	No	No	Sí	No
Indonesia	No	No	Sí	Sí
Irán	No	No	Sí	Sí
Iraq	Sí	No	No	No
Kenya	Sí	No	Sí	No
Marruecos	No	No	Sí	Sí
México	Sí	Sí	Sí	Sí
Myanmar	Sí	No	Sí	No
Nepal	No	No	No	No
Nigeria	No	No	Sí	Sin datos
Pakistán	No	No	Sí	No
Perú	No	No	Sí	Sí
Rep. Dem. del Congo	No	No	Sí	No
Sudáfrica	No	Sí	Sí	Sí
Sudán	No	No	Sí	No
Tanzania	No	No	Sí	No
Tailandia <sup>4</sup>	Sí	Sí	Sí	Sí
Turquía	No	No	Sí	Sí
Uganda	No	No	Sí	No
Ucrania	Sí	Sí	Sí	No
Uzbekistán	Sí	Sí	Sí	No
Viet Nam	No	No	Sí	No
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>14</b>

\* Entre países con el 75% de la población de menores de 18 años del mundo.

<sup>1</sup> Se requiere partida de nacimiento si la persona no cuenta con la edad mínima legal para contraer matrimonio: 16 años para las niñas, 18 para los varones.

<sup>2</sup> Se requiere documento de identidad, aunque basta con una constancia de residencia.

<sup>3</sup> No existe sistema de registro.

<sup>4</sup> Para la mayoría de los servicios se requiere certificado de domicilio, y para obtener ese documento es necesario contar con la partida de nacimiento. Sin el certificado de domicilio, los niños pueden asistir a la escuela, pero no se les otorga certificado de estudios.

Fuente: UNICEF 1998.

**U**na partida de nacimiento es la prueba de identidad de un niño y representa el primer reconocimiento de su importancia para el país. La partida de nacimiento es necesaria para obtener varios servicios y ofrece un cierto grado de seguridad jurídica. Pero muy pocas naciones en desarrollo se toman en serio el certificado de nacimiento, y las tasas varían ampliamente dentro de los países y entre ellos. Algunas naciones desconocen incluso cuál es el porcentaje de sus ciudadanos que han sido registrados al nacer. Todos los países en desarrollo necesitan evaluar su situación en este sentido, establecer metas para conseguir mejoras y asegurarse que las cumplen.



ÁFRICA AL SUR DEL SAHARA

### Inscripción de los nacimientos: Estadísticas engañosas

El artículo 7 de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que “el niño será inscripto inmediatamente después de su nacimiento”. A pesar de que ese tratado de derechos humanos ha sido ratificado casi universalmente, en el mundo quedan sin inscribir anualmente unos 40 millones de nacimientos, o una tercera parte de todos los recién nacidos. Mientras que en las naciones industrializadas se inscribe prácticamente a todos los niños, en muchos países en desarrollo los sistemas de registro civil aún son rudimentarios. En muchos países no se sabe a ciencia cierta qué proporción de los niños ha sido inscrita, y en algunos ni siquiera existen sistemas de registro de los nacimientos. Debido a ello, en la tabla de la liga respectiva no aparecen cifras precisas de cobertura sino porcentajes aproximados.

Entre los problemas que surgen cuando se trata de realizar un cálculo estimado de la cobertura de inscripción figuran los siguientes:

- Aunque muchos países cuentan con cálculos de los porcentajes de nacimientos inscritos, se trata, en la mayoría de los casos, de cifras aproximadas. Muy pocas naciones han hecho los esfuerzos necesarios para evaluar sus niveles de cobertura de manera objetiva y rigurosa.
- En gran número de países en desarrollo, las tasas de inscripción varían ampliamente dentro de su propio territorio. Las ciudades tienden a registrar tasas más elevadas que las zonas rurales debido a que los sistemas de registros civiles suelen estar centralizados. Los niños que nacen en hospitales cuentan con más probabilidades de ser inscritos que los nacidos en sus hogares, debido a que el trámite de inscripción a menudo se lleva a cabo en el hospital.
- En muchos países, las minorías étnicas tienen tasas de inscripción de los nacimientos menores que los de la población general.
- A pesar de que la Convención sobre los Derechos del Niño establece que los lactantes deben ser inscritos inmediatamente después de haber nacido, muchos nacimientos se legalizan más adelante; por ejemplo, cuando los niños inician los estudios escolares.
- Los sistemas de registro civil son deficientes en el África al sur del Sahara debido a las condiciones del subdesarrollo. En algunos países, los resabios de las estructuras de los gobiernos coloniales —muchos

de los cuales no inscribían a la población negra— han sido un obstáculo para el progreso en materia de inscripción de los nacimientos.

- Por lo general, la responsabilidad de inscribir a los niños recae sobre las madres, lo que agrava aun más la pesada carga de trabajo de las mujeres. Esto es especialmente válido en el caso del África y el Asia meridional, donde menos de la mitad de los niños nacen en hospitales.

Cuando se analiza la cobertura de inscripción de los nacimientos en diversos países se obtienen resultados dispares. Mientras que muchos países informan sobre un aumento cada vez mayor en las tasas de inscripción, en otros la cobertura está en descenso. Las tasas de Kirguistán y Tayikistán han disminuido en los últimos 10 años debido a la desintegración de las estructuras administrativas como consecuencia de la desaparición de la Unión Soviética, mientras que el sistema de registro civil de China sufre las consecuencias del aumento de la población itinerante.

La inscripción de los nacimientos es una cuestión demasiado importante para dejarla librada al azar. Para satisfacer los derechos de los niños y para que las naciones puedan perfeccionar sus labores de planificación, es fundamental que dispongan de información más actualizada y de mejor calidad. En ciertos países, como el Brasil, el Pakistán y Turquía, se han empleado recientemente encuestas domiciliarias para calcular la cobertura de inscripción de los nacimientos. Estas encuestas también ponen al descubierto las disparidades que existen dentro de los propios países. En el Pakistán, por ejemplo, la provincia de Punjab tiene una tasa de inscripción del 88%, mientras que en la provincia de la Frontera Noroccidental sólo se inscriben el 46% de los nacimientos. La región occidental de Turquía tiene una tasa de cobertura del 84%, mientras que en la región oriental del país la tasa de inscripción no supera el 56%.

Hasta la fecha, son contados los países que han abordado seriamente la cuestión de la inscripción de los nacimientos. Todos los países en desarrollo deben evaluar su situación actual, fijarse metas específicas de mejoramiento y supervisar con regularidad el avance hacia esos objetivos.

NIVEL DE INSCRIPCIÓN

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



**ORIENTE MEDIO Y  
ÁFRICA SEPTENT.**

	NIVEL DE INSCRIPCIÓN
Argelia	1
Egipto	1
Em. Árabes Unidos	1
Irán	1
Israel	1
Jordania	1
Kuwait	1
Líbano	1
Libia	1
Siria	1
Túnez	1
Marruecos	2
Turquía	2
Sudán	4
Yemen	4
Omán	6
Arabia Saudita	sin datos
Iraq	sin datos



**ASIA CENTRAL**

	NIVEL DE INSCRIPCIÓN
Armenia	1
Azerbaiyán	1
Kazajistán	1
Kirguistán	1
Tajikistan	1
Turkmenistán	1
Uzbekistán	1
Afganistán	6
Georgia	sin datos



**ASIA SURORIENTAL  
Y PACÍFICO**

	NIVEL DE INSCRIPCIÓN
Australia	1
China	1
Corea, Rep.	1
Japón	1
Malasia	1
Mongolia	1
Nueva Zelandia	1
Singapur	1
Sri Lanka	1
Tailandia	1
Filipinas	2
Pakistán	2
Indonesia	3
India	4
Myanmar	4
Bangladesh	5
Papua Nueva Guinea	5
Camboya	6
Bhután	sin datos
Corea, Dem.	sin datos
Lao Rep.	sin datos
Nepal	sin datos
Viet Nam	sin datos



**AMÉRICAS**

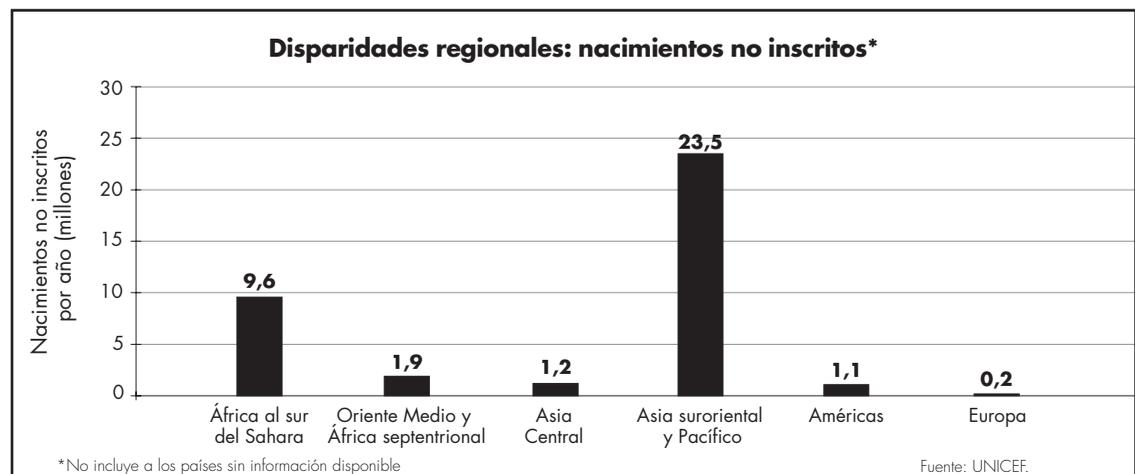
	NIVEL DE INSCRIPCIÓN
Argentina	1
Brasil	1
Canadá	1
Chile	1
Costa Rica	1
Cuba	1
El Salvador	1
Estados Unidos	1
Guatemala	1
Honduras	1
Jamaica	1
México	1
Rep. Dominicana	1
Trinidad y Tabago	1
Uruguay	1
Colombia	2
Panamá	2
Paraguay	2
Perú	2
Venezuela	2
Bolivia	3
Nicaragua	3
Ecuador	sin datos
Haití	sin datos

Fuente: UNICEF.

*Todos los años,  
unos 40 millones  
de niños se  
quedan sin  
inscribir — una  
tercera parte de  
todos los  
nacimientos.*

**CRITERIO DE  
CLASIFICACIÓN**

- 1 90% y más inscritos
- 2 70% a 89% inscritos
- 3 50% a 69% inscritos
- 4 30% a 49% inscritos
- 5 Menos de un 30% inscritos
- 6 No existe un sistema de registro de nacimientos





# Inmunización: Todo lo que se haga es poco

Ralph H. Henderson

***La vacunación es el mayor éxito en la esfera de la salud que se ha logrado en toda la historia de la humanidad. Entre 1980 y 1990, un esfuerzo gigantesco consiguió aumentar las tasas de cobertura en todo el mundo de un 5% a un 80%. Pero justo cuando está a punto de aparecer en el mercado una nueva generación de vacunas —capaz de salvar más millones de vidas de niños al año, pero a un costo mucho mayor— el impulso para mantener los niveles de inmunización comienza a desfallecer.***

**H**ace dos decenios, sólo se vacunaba a un 5% de los lactantes del mundo en desarrollo contra las seis enfermedades causantes del mayor número de muertes infantiles. Hoy en día se vacuna a casi un 80% de los niños, un triunfo espectacular.

Desde entonces se ha reducido el número de muertes causadas por esas seis enfermedades (el sarampión, el tétanos, la tos ferina, la tuberculosis, la poliomielitis y la difteria) en 3 millones por año, y se ha disminuido en 750.000 el número de niños a quienes esas enfermedades dejan ciegos, paralizados o con discapacidades mentales. El triunfo de la campaña mundial de eliminación de la poliomielitis ofrece la posibilidad de eliminar esa enfermedad para fines del decenio, como ya ha sucedido con la viruela. De esa manera se eliminará también la necesidad de inmunizar a los niños, y los gobiernos del mundo se ahorrarán 1.500 millones de dólares al año en vacunas, tratamientos y rehabilitación.

Cualquiera sea el criterio con que se mida, el esfuerzo internacional en pro de la inmunización constituye la mayor epopeya sanitaria de la historia. Y el costo de la inmunización es también sorprendentemente bajo, de apenas 15 dólares por niño. De esa suma, 1 dólar corresponde a las seis vacunas y el resto a los costos de llevar las vacunas a algunos de los puntos más inaccesibles del planeta. Las repercusiones que tiene esta modesta inversión sobre las vidas de los niños y sus progenitores son trascendentales.

El futuro quizás nos depare aún mayores avances. Una nueva generación de vacunas, a punto de hacer su aparición, ofrece una serie de posibilidades sorprendentes. Se trata de vacunas que pueden prevenir un número cada vez mayor de enfermedades; de vacunas que se administran en una sola dosis y no requieren dosis de refuerzo; de vacunas que se pueden dar a lactantes de edad cada vez menor; e incluso de vacunas que se rocían sobre la piel.

Desde 1980 hasta la fecha se han lanzado al mercado 14 vacunas nue-

vas o mejoradas, y en un futuro no muy lejano dispondremos de varias decenas más. Con ellas podremos defender a los niños de las enfermedades que representan las amenazas más graves, como las enfermedades diarreicas y las infecciones agudas de las vías respiratorias. Los expertos opinan que para principios del próximo milenio, esos antígenos podrían salvar anualmente las vidas de 8 millones de niños.

Con las vacunas básicas de las que ya disponemos para combatir las “seis peores” enfermedades se podría salvar hasta a 2 millones de niños que aún mueren anualmente de enfermedades que se pueden prevenir mediante la inmunización. Pero para ello habría que vacunar a *todos* los niños.

Ese es el meollo del problema. A pesar del bajo costo de la inmunización, muchos de los niños más pobres del mundo, que son también los más vulnerables a las enfermedades, no están protegidos por la red mundial de inmunización.

La peor parte le toca al África al sur del Sahara, donde casi la mitad de los niños que deberían recibir todos los años una inmunización completa con las tres dosis de la vacuna DPT contra la difteria, la tos ferina y el tétanos, no la reciben. Aunque en el resto del mundo las tasas de inmunización son más elevadas, 26 millones de niños no han recibido aún las tres dosis anuales de DPT. Si no los podemos inmunizar ahora que ya disponemos de las vacunas necesarias, ¿qué posibilidad habrá de inmunizarlos cuando contemos con las vacunas del futuro?

Para proteger la salud y el bienestar de los niños, deben ocurrir dos cosas. En primer lugar, es necesario que los niños a quienes no se administra las vacunas de bajo costo las reciban con carácter prioritario e ineludible. En segundo lugar, debemos tomar medidas inmediatas para

garantizar que esos niños reciban los beneficios plenos de la nueva generación de vacunas, que serán mucho más costosas que las actuales.

## Las vacunas “ausentes”

La posibilidad de contar con vacunas que permitan salvar las vidas de 8 millones de niños por año, o de 22.000 niños por día, debería constituir una de las noticias más importantes de todos los tiempos. Sin embargo, se trata de un tema que está rodeado del más absoluto silencio. ¿Puede deberse ese silencio a que en su inmensa mayoría esos 8 millones de niños son los hijos de los pobres, a quienes ni se ve ni se oye?

Aunque cueste comprenderlo, en el mercado hay algunas vacunas que jamás llegaron a quienes estaban dirigidas. Desde principios del decenio de 1980 existe, por ejemplo, el antígeno contra la hepatitis B, una enfermedad que causa cerca de 1 millón de muertes por año. Sin embargo, muchos de los países que más lo necesitan, como Azerbaiyán, Benin, Camboya, Tanzania y Viet Nam, no disponen de divisas suficientes para adquirir esas vacunas, aunque su precio haya descendido abruptamente de 150 dólares a menos de 1 dólar por dosis.

La fiebre amarilla, por otra parte, vuelve a amenazar a regiones del África y América Latina. En el Gabón, Ghana y Nigeria hubo brotes de esa enfermedad en 1994, y en Liberia y el Perú en 1995. En todos los casos fue necesario llevar a cabo costosas campañas de inmunización de emergencia para detener la propagación de la fiebre amarilla.

Hace cinco años, las autoridades de salud pública recomendaron que se incluyera en el programa básico de inmunización las vacunas contra la hepatitis B y la fiebre amarilla, además de los suplementos nutricionales de vitamina A. A pesar de ello, de los

El Dr. Ralph Henderson es Director General Adjunto de la Organización Mundial del Trabajo. Como Director del Programa Ampliado de Inmunización de la OMS desde 1979 a 1989, el Dr. Henderson fue el arquitecto del esfuerzo mundial que aumentó las tasas de inmunización de un 5% en 1980 a un 80% en 1990. A lo largo de una carrera de 30 años al servicio de la administración pública, la mayor parte en el Servicio de Salud de los Estados Unidos, el Dr. Henderson contribuyó previamente a la erradicación de la viruela y la lucha contra las enfermedades venéreas.

34 países del África amenazados por la fiebre amarilla, sólo un puñado pudo incorporar la vacunación contra esa enfermedad a sus programas de inmunización, aun cuando los países podían adquirir esas vacunas al precio de descuento del UNICEF, de sólo 17 centavos de dólar por dosis. Como quedó demostrado en 1994 y 1995, cuando la enfermedad comienza a propagarse es posible encontrar los fondos necesarios para contenerla, aunque aparentemente esos fondos no se pueden obtener cuando se trata de prevenir la aparición de la fiebre amarilla.

Las contradicciones entre los costos y los réditos también obstaculizan la distribución de otras vacunas, como la que previene la *Haemophilus influenzae* del tipo B, conocida como la enfermedad Hib, que es una de las causas principales de la neumonía y la meningitis en los niños de corta edad, o la vacuna contra el rotavirus, el microbio causante de la diarrea y de casi 1 millón de muertes por año.

Los problemas de esta naturaleza ponen en duda las posibilidades de obtener dos vacunas que salvarían gran número de vidas: la vacuna contra el paludismo y la vacuna contra el VIH/SIDA. La elaboración de un antígeno contra el paludismo resulta un proceso lento y costoso, y la búsqueda de una vacuna contra la infección con el VIH no ha recibido aún el apoyo necesario. Los problemas de ambas vacunas pueden deberse en parte a la resistencia de los fabricantes, que confrontan consideraciones científicas, financieras y políticas sobre unas vacunas que casi seguramente no estarán al alcance de los países que más la necesitan.

### Dónde estamos

El éxito de los esfuerzos en favor de la vacunación en todo el mundo no tienen precedentes. Sin embargo, es preciso estudiar ese éxito más detenidamente. Los enormes avances en la lucha contra la poliomielitis, por ejemplo, se ven empañados por la persistente amenaza de otras enfermedades, como el sarampión. La poliomielitis es, sin duda, el elemento central de los esfuerzos internacionales en materia de inmunización. En 1997 se registraron en todo el mundo sólo 3.234 casos de esa enfermedad que siete años antes había cobrado unas

23.000 víctimas. En esos siete años, entre tanto, no se registró un solo caso de poliomielitis en todo el hemisferio occidental. A pesar de las deficiencias en los sistemas de información sobre el número real de casos de la enfermedad, no hay duda que la poliomielitis está en franca retirada. En 1997 solamente se vacunó a más de la mitad de los niños menores de 5 años del mundo mediante campañas de gran envergadura que, junto a las actividades ordinarias de inmunización, podrían eliminar completamente la enfermedad en todo el planeta en dos años.

Tales campañas consiguen atraer un mayor compromiso político y más financiación, y permiten concienciar al público acerca de la importancia de las actividades habituales de inmunización y de otras medidas relacionadas con la salud básica infantil. Por lo menos 34 países, por ejemplo, celebran Días Nacionales de Inmunización que aprovechan para distribuir ampliamente suplementos de vitamina A. El aumento de los niveles de vitamina A de los niños que carecen de ese vital micronutriente puede reducir en una cuarta parte la mortalidad infantil.

Pero hay otro aspecto de la inmunización mucho menos conocido. Se trata de la interminable batalla por incrementar y mantener las tasas básicas de inmunización, y por fomentar la capacidad de los sistemas locales y nacionales para que puedan vacunar cinco veces por año a 130 millones de niños en su primer año de vida, y que lo sigan haciendo año tras año. Otro objetivo de esa batalla es convencer a las familias y comunidades de que la puesta en marcha y el mantenimiento de los programas de inmunización es fundamental para la salud de sus niños.

Las consecuencias implacables del sarampión, que causa más muertes que cualquier otra enfermedad susceptible de prevención mediante la vacunación, dan una idea aproximada de la magnitud del progreso logrado, así como de la medida de los problemas que aún quedan por resolver. La tasa general de vacunación contra el sarampión de niños menores de 1 año en los países en desarrollo ha alcanzado el 77%, y dos terceras partes de todos los países ya han conquistado la meta para el año 2000 de reducir en un 95% por lo menos la mortalidad causada por esa enfermedad.

Sin embargo, el sarampión sigue causando estragos en muchas ciudades del África y Asia, especialmente en los vecindarios más necesitados. Sólo en 20 países se produce el 85% de las muertes por sarampión de niños menores de 5 años. Esto significa que en esos países mueren anualmente 722.000 niños, la mitad de ellos en el África, y otros 230.000 sólo en la India. Además de ello, desde 1990 la cobertura de inmunización contra el sarampión se ha mantenido igual o ha disminuido en 32 de los 44 países más pobres del mundo, entre ellos Burundi (que tuvo una reducción del 25% en la cobertura), Papua Nueva Guinea y el Yemen (23%), Malawi (14%), Benin (13%) y Mali (12%).

Y a pesar de ello, algunas de las naciones más pobres del planeta realizan los mayores avances. Camboya, por ejemplo, ha duplicado con creces su tasa de inmunización contra el sarampión, que aumentó del 34% en 1990 al 72% en 1996. En Guinea, la cobertura de vacunación contra esa enfermedad ha llegado al 61%, comparado con sólo el 18% en 1990.

### Esfuerzos concertados

Estos éxitos demuestran lo que se puede conseguir cuando existe una voluntad nacional, y cuando las campañas de inmunización intensas pero de duración limitada cuentan con el respaldo de programas ordinarios de vacunación. Gracias a los esfuerzos concertados que se realizaron en los 20 países más afectados por el tétanos neonatal, la mortalidad debida a esa enfermedad ha disminuido en siete años de 400.000 a 280.000 casos por año.

Esto debería ser considerado como una advertencia, no sólo para los países en desarrollo sino también para los del mundo industrializado.

A principios del decenio de 1990, después de haber eliminado casi completamente la difteria, los países de la ex Unión Soviética sufrieron varias epidemias originadas por las crisis económicas, los conflictos armados, el suministro inadecuado de vacunas y la migración de grandes masas de pobladores rurales a los centros urbanos. El número de casos de difteria aumentó vertiginosamente de 2.000 que se habían registrado en 1990 a más de 47.000 en 1994. La epidemia se propagó velozmente a otros países europeos, como Alemania, Bulgaria, Noruega y Polonia. Ante la amenaza de la difteria, se hizo necesaria la

intervención de la comunidad internacional, y hoy en día todos los países de la ex Unión Soviética, excepto Belarús y la Federación de Rusia, siguen dependiendo de la ayuda exterior en materia de vacunas. La dolorosa conclusión es que cuando se levanta la guardia, aunque sea por un lapso breve, se pagan las consecuencias durante mucho tiempo.

### Mantener el rumbo

Algunas de las naciones más pobres realizan esfuerzos sobrehumanos en su afán por inmunizar a sus niños, mientras que otras naciones, en comparación más ricas, carecen de la voluntad o la capacidad de llevar a cabo esfuerzos similares. El mundo en general no hace todo lo que está a su alcance para que todos los niños que las necesiten dispongan de vacunas. Eso no sólo implica una grave incapacidad en materia de liderazgo, sino que representa un ultraje moral.

La inmunización infantil no es un acto de caridad, sino el cumplimiento de un compromiso con un derecho humano fundamental. Los países que ratifican la Convención sobre los Derechos del Niño, que es el tratado de derechos humanos más ratificado de la historia, adquieren la obligación de garantizar “en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño” y a adoptar “las medidas apropiadas para... la prestación de... atención sanitaria”. Esos derechos se convirtieron en metas tangibles en 1990, cuando los líderes de más de 70 países se comprometieron en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia a conquistar y mantener para el año 2000 unos niveles de cobertura de por lo menos un 90% contra las principales enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

Cuando se reconoce un derecho de los niños, todos los niños disfrutan del mismo, no sólo aquellos a quienes resulta fácil prestar servicios. De manera que los planes nacionales deben dirigirse no sólo al 80% inicial, sino también al 20% restante, entre los que se incluye a los niños en prisiones u orfanatos, los niños de la calle, las tribus montañosas de Tailandia, los gitanos de Bulgaria y Rumania, y los niños de las aldeas más remotas de Nigeria.

Muchos países en desarrollo realizaron avances espectaculares en la inmunización de sus niños a principios de decenio de 1980. Pero para algunos resulta muy arduo mantener

ese impulso inicial, y mucho más difícil aun inmunizar a los niños que todavía no han sido vacunados. Togo, por ejemplo, logró aumentar su tasa de vacunación contra el sarampión hasta el 65% en 1995, pero al año siguiente el indicador había descendido al 48%. Y en Guinea-Bissau, la tasa de vacunación contra esa enfermedad bajó del 65% en 1994 al 53% en 1996.

Esas estadísticas ponen de relieve la necesidad de que las políticas de inmunización tengan carácter sostenible. Todo país debe contar con capacidad continua de inmunizar a cada una de las nuevas generaciones de bebés; de reforzar su infraestructura de atención de la salud y su personal sanitarios, y disponer de suficientes suministros de vacunas a costos asequibles para abastecer constantemente el sistema de inmunización. Al respecto, y de manera similar a las señales de desgaste que muestran los refrigeradores y otros componentes de la "cadena de refrigeración" de las vacunas que se adquirieron durante las campañas de inmunización del decenio de 1980, en algunos sitios ese impulso inicial pierde bríos a medida que nos acercamos al final del decenio. Es necesario mantener en pie las estructuras políticas y técnicas que hicieron posible los primeros esfuerzos, porque de lo contrario se desplomarán las tasas de inmunización con consecuencias desastrosas.

Por esa razón, la Iniciativa en favor de la vacuna para los niños tiene por objetivo mejorar las actuales existencias de vacunas en todo el mundo. La Iniciativa, concebida inicialmente por cinco organismos y organizaciones patrocinadoras —la OMS, el UNICEF, el PNUD, la Fundación Rockefeller y el Banco Mundial— ha pasado a ser el foro donde se desarrolla un diálogo mundial entre gobiernos, donantes, fabricantes de vacunas, investigadores y responsables de los programas de inmunización.

También constituye un avance la estrategia de financiación de vacunas que iniciaron en 1994 el UNICEF y la OMS, mediante la cual se alienta a los gobiernos a asumir responsabilidades por sus necesidades en materia de vacunación. La estrategia fija metas financieras basadas en la riqueza per cápita relativa de cada país, y permite que los fondos de los donantes se concentren en los países más necesitados.

A tal fin, se agrupa a los países en

varias categorías según su riqueza per cápita, desde los muy pobres, como Mozambique y la República Democrática Popular Lao, que sólo pagan un monto simbólico por las vacunas, hasta Malasia y Turquía, naciones a las que se suministró asistencia sólo durante el primer año y que ahora se pueden abastecer a sí mismas con relación a los costos de vacunación.

Para 1996, un 25% de los países más pobres cumplía con sus objetivos mínimos de abastecimiento propio de vacunas, mientras que en 1990 sólo había logrado esas metas mínimas el 2% de los países más necesitados. De los países a los que se había dejado de otorgar asistencia para las vacunas, un 90% había conquistado esos objetivos mínimos. Muchos países adquieren o producen sus propias vacunas, entre ellos el Brasil, China, Egipto, la India, México, Pakistán, Filipinas y la mayoría de los países de América del Sur. Los países en desarrollo producen ya más de la mitad de las vacunas que se emplean en los programas nacionales de inmunización.

Uganda, una de las naciones más pobres del mundo, financia un 35%

del costo de las vacunas básicas. A pesar de las convulsiones políticas y sociales que vive el país, Burundi ha logrado mantener su apoyo a los fondos para la vacunación, a los que aportó 50.000 dólares en 1997.

En colaboración con los Gobiernos de Burkina Faso, Cabo Verde, Chad, Malí, Mauritania, Níger y el Senegal, la Unión Europea puso en marcha un nuevo plan de financiación de vacunas, a fin de que los presupuestos nacionales contengan partidas destinadas específicamente a la adquisición de vacunas. Para promover este plan, la Unión Europea provee fondos directamente a los presupuestos nacionales de los países mencionados, en cuyos planes generales de gastos para la salud figuran ahora las vacunas.

El apoyo a la inmunización no pasará a formar parte esencial del esfuerzo mundial en pro de la inmunización si no lo avala el categórico compromiso político de los dirigentes de cada país. Esos líderes deben examinar sus prioridades y comprender el valor real de cada vacuna para el niño que la recibe, para su familia y para la nación. El mundo debe pre-

guntarse cómo es posible que un producto tan eficaz en relación a su costo y tan disponible como las vacunas no se administren a todos los niños.

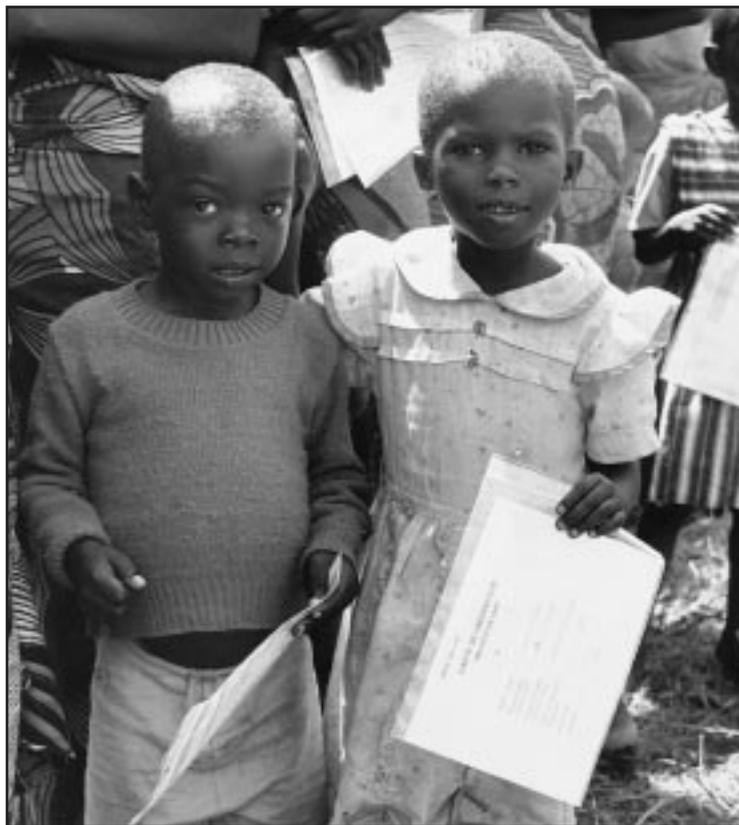
### Cómo llegar a los más pobres

Las nuevas vacunas ofrecerán grandes oportunidades, aunque también traerán aparejados grandes retos. De mantenerse los niveles actuales de provisión de fondos, no será posible suministrar las nuevas vacunas a los países que albergan el 10% más pobre de la niñez mundial y que soportan el peso más grave de la enfermedad. Los donantes aportan anualmente a esos países unos 21 millones de dólares que se invierten en los seis antígenos originales.

Si a esto se suma el costo de las vacunas contra la hepatitis B y la fiebre amarilla, las cuentas dan como resultado unos 70 millones de dólares. Si se agrega el valor de las vacunas contra la Hib y el rotavirus, y otra para derrotar a las enfermedades causadas por los neumococos, se necesitan en total 381 millones de dólares. Si se tiene en cuenta lo que costaría modernizar la cadena de refrigeración para poder mantener las vacunas a la temperatura adecuada, mejorar la capacidad de distribución y financiar nuevos procedimientos de inyección sin riesgos, el mundo tiene ante sí una factura anual por 700 millones de dólares.

Aunque 700 millones pueda sonar caro, se trata de 12 centavos de dólar por habitante de nuestro planeta. Si se compara esa suma con los 139 dólares per cápita que se gastaron en la maquinaria militar mundial en 1996, quedan demostradas cuáles son las prioridades que rigen en este mundo. En una economía global en la que están en juego 28 billones de dólares, no se trata de resolver si contamos con suficientes recursos económicos sino de decidir cuáles son nuestras prioridades.

Hasta ahora, los países del mundo —tanto las naciones en desarrollo como los donantes— no hacen todo lo que está a su alcance para acercar este milagro de la medicina a los niños que más lo necesitan. Quienes formamos parte de la comunidad de la salud pública tenemos la obligación de denunciar esta atrocidad ante el mundo. Año tras año, recae sobre nosotros la responsabilidad por las vidas de millones de niños y niñas. ■



Mediante su apoyo a la inmunización sistemática, dos terceras partes de todos los países han reducido la mortalidad debida al sarampión en un 95%. Unos niños de Rwanda esperan su turno para recibir una vacuna en un campamento de refugiados de Tanzania, con las tarjetas de inmunización en la mano.

UNICEF/94-0071/Davies

**E**l sarampión causa más muertes infantiles que cualquier otra de las enfermedades que se pueden prevenir mediante la vacunación, unos 800.000 niños por año. Debido a ello, el porcentaje de niños inmunizados contra el sarampión antes de cumplir el primer año de vida es un indicador fidedigno del grado en que los países fomentan la supervivencia y el desarrollo de sus ciudadanos más jóvenes. Este año, la tabla de la liga de salud está dedicada a la inmunización contra el sarampión, aunque desde una perspectiva fuera de lo común. En lugar de mostrar el porcentaje de niños inmunizados contra el sarampión, la tabla indica el porcentaje de niños que no han recibido esa inmunización. Esos son los niños a quienes se ha privado de su derecho fundamental a la atención de la salud.



ÁFRICA AL SUR DEL SAHARA

1	Gambia	0
2	Botswana	18
3	Sierra Leona	21
4	Zimbabwe	23
5	Rwanda	24
5	Sudáfrica	24
5	Zambia	24
8	Lesotho	27
9	Madagascar	32
9	Malawi	32
9	Tanzanía	32
12	Mauritania	33
13	Uganda	34
14	Angola	35
14	Côte d'Ivoire	35
16	Guinea	39
16	Mauricio	39
16	Namibia	39
19	Benin	43
19	Mozambique	43
21	Burkina Faso	46
21	Etiopía	46
►	Media regional	47
23	Ghana	47
23	Guinea-Bissau	47
25	Senegal	49
26	Burundi	50
27	Togo	52
28	Camerún	54
28	Rep. Centroafricana	54
30	Nigeria	55
31	Liberia	56
32	Congo	58
33	Congo, Rep. Dem.	59
34	Eritrea	62
34	Gabón	62
34	Kenya	62
37	Malí	65
38	Somalia	67
39	Chad	72
40	Níger	79

### Las estadísticas sobre la inmunización: La única verdad es la realidad

¿Qué posibilidades tienen los gobiernos de satisfacer las necesidades de los niños si ni siquiera saben exactamente cuáles son esas necesidades? Esta cuestión fundamental fue abordada en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990, en la que se exhortó a los países a crear mecanismos idóneos para la recolección, el análisis y la publicación regular de datos sobre el bienestar de sus niños.

No existe ningún otro indicador más preciso de la competencia con que un país obtiene y procesa tal información que los registros de las inmunizaciones, ya que las estadísticas referidas a ese aspecto de la salud infantil son las que se recopilan con más regularidad y se vigilan con más celo. Pero la evaluación de esas cifras resulta aún un proceso complicado.

Prácticamente todos los países cuentan con datos sobre la inmunización infantil. La forma de registro más frecuente es la de las anotaciones que se realizan en los centros sanitarios para asentar las inmunizaciones individuales de los niños.

El grado de exactitud de estos "informes habituales" depende en muchos casos del nivel de complejidad de los mecanismos de comunicación entre los sucesivos niveles de la cadena de mando, que se inicia en las clínicas locales y termina en el ministerio de salud. Debido a ello, los informes habituales se complementan periódicamente con encuestas que, a pesar de brindar por lo general datos más ajustados a la realidad, se llevan a cabo con menos frecuencia debido a su alto costo. En consecuencia, las estadísticas de las publicaciones como *El Progreso de las Naciones* se basan en una combinación de ambas fuentes.

Al analizar estas estadísticas se advierten las complejidades que entraña la obtención de datos. Por ejemplo,

las estadísticas del UNICEF indican que en 44 países los informes clínicos habituales demuestran que las tasas de inmunización son por lo menos un 10% más elevadas que las obtenidas mediante las encuestas. En el resto del mundo, esa discrepancia es al revés, ya que en 17 países los informes clínicos habituales reflejan tasas de cobertura por lo menos un 10% menores que los datos derivados de las encuestas.

Las implicaciones de tales variaciones son motivo de preocupación. Una encuesta llevada a cabo en la India en 1992 indicó, por ejemplo, que el número de niños menores de 1 año que habían recibido la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, la tos ferina y el tétanos era inferior en 10 millones al que habían indicado los informes clínicos habituales.

En Kenya sucedió lo inverso. Según los informes clínicos habituales correspondientes a 1996, sólo un 40% de los niños habían recibido la tercera dosis de esa vacuna, mientras que los datos obtenidos mediante encuestas indicaban que el 84% de los niños contaban con esa tercera vacuna. En este caso, la diferencia porcentual representaba 500.000 niños.

Si se ajustaran las tasas de inmunización de 1996 de los 40 países más grandes para tomar en cuenta las disparidades entre los informes clínicos habituales y los resultados de las encuestas, la cobertura mundial disminuiría en un 10%, y sería del orden del 70%.

De manera que hasta las "mejores" estadísticas de las que se disponen para medir el bienestar de los niños pueden estar viciadas si los países no les otorgan la prioridad debida.

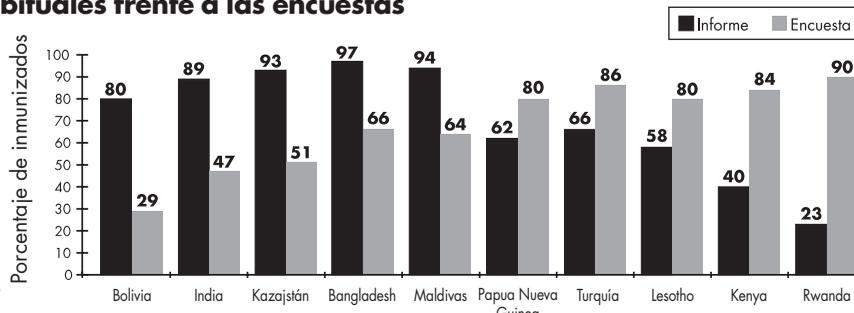
Si los gobiernos se proponen hacer valer el derecho de los niños a la salud, deberán asignar más recursos a la recolección de datos.

### Los informes habituales frente a las encuestas

Diferencias entre informes clínicos habituales y datos de las encuestas sobre la tercera dosis, DPT.

(Países con las mayores discrepancias)

Fuentes: Encuestas Demográficas y de Salud, UNICEF y OMS.



# A EL SARAMPIÓN



## ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENT.

1	Kuwait	1
2	Jordania	2
2	Omán	2
4	Irán	5
5	Israel	6
6	Marruecos	7
7	Arabia Saudita	8
7	Libia	8
9	Túnez	14
10	Egipto	15
10	Líbano	15
▶	Media regional	16
12	Siria	16
12	Turquía	16
14	Em. Árabes Unidos	17
15	Iraq	20
16	Sudán	25
17	Argelia	32
18	Yemen	49



## ASIA CENTRAL

1	Azerbaiyán	1
2	Kazajstán	3
3	Uzbekistán	8
4	Armenia	11
5	Tayikistán	20
▶	Media regional	28
6	Turkmenistán	34
7	Kirguistán	35
8	Georgia	45
9	Afganistán	58



## ASIA SURORIENTAL Y PACÍFICO

1	China	3
2	Viet Nam	4
3	Corea, Dem.	6
4	Corea, Rep.	8
5	Mongolia	12
5	Singapur	12
7	Nueva Zelandia	13
8	Bhután	14
8	Myanmar	14
8	Sri Lanka	14
11	Tailandia	15
▶	Media regional	17
12	India	19
12	Malasia	19
14	Pakistán	22
15	Camboya	28
15	Filipinas	28
17	Japón	32
18	Indonesia	37
19	Lao Rep.	39
20	Bangladesh	41
21	Nepal	55
22	Papua Nueva Guinea	56
23	Australia	sin datos



## AMÉRICAS

1	Argentina	0
2	Jamaica	1
3	Canadá	2
3	Cuba	2
5	El Salvador	3
6	Colombia	5
7	Chile	7
8	Honduras	9
9	Panamá	10
10	Estados Unidos	11
11	Trinidad y Tabago	12
12	Bolivia	13
13	Costa Rica	14
14	Uruguay	15
▶	Media regional	19
15	Paraguay	19
16	Ecuador	21
17	Nicaragua	22
17	Rep. Dominicana	22
19	México	25
20	Brasil	26
21	Perú	29
22	Guatemala	31
23	Venezuela	36
24	Haití	69

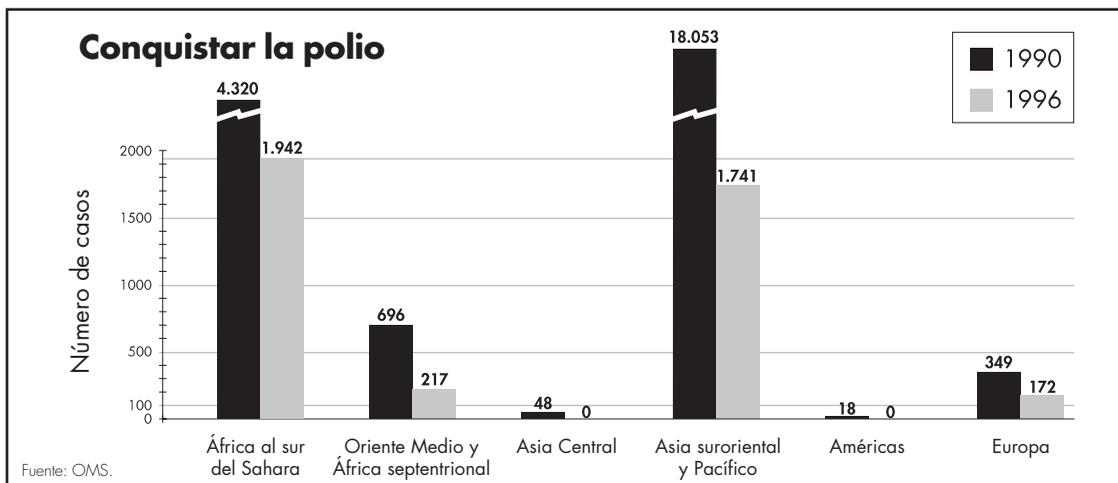
### CRITERIO DE CLASIFICACIÓN

Porcentaje de niños menores de 1 año que no han sido vacunados contra el sarampión

PROMEDIO EN  
EL MUNDO  
EN DESARROLLO

23%

La inmunización es el mejor negocio del mundo en materia de salud: \$15 para proteger a un niño, incluido el costo del alumbramiento.



Fuente: UNICEF y OMS.

## La tasa de tétanos neonatal reducida en un tercio

En 1990, unos 360.000 recién nacidos murieron de tétanos neonatal en los 20 países donde esta enfermedad es más frecuente. Los esfuerzos concertados por eliminar el tétanos neonatal disminuyeron esa cifra a 224.000 casos. Así se redujo el costo en vidas humanas de esta enfermedad insidiosa que ataca a los lactantes en sus primeros días de vida, y cuyo síntoma inicial, un rictus facial, se suele confundir en una ironía trágica con la primera sonrisa de la criatura.

El mayor avance en la lucha contra esa enfermedad se registró en el Brasil, donde las tasa de mortalidad se redujo en un 99%, al disminuir el número de muertes de 6.000 en 1990 a apenas 80 en 1997. Viet Nam y Kenya obtuvieron resultados casi similares, ya que en esas naciones el número de muertes se redujo en un 94%. En cuanto a la reducción del número absoluto de casos, China obtuvo la mayor victoria, puesto que las muertes debidas al tétanos neonatal disminuyeron de más de 75.000 en 1990 a algo menos de 14.000 en 1997, una reducción de un 82%.

Pero en algunos sitios las noticias no fueron buenas. En Nigeria, los casos mortales ascendieron de 23.000 a 38.000. Ese incremento de un 62% fue

el mayor aumento absoluto registrado en el mundo.

El tétanos neonatal se debe a la infección con el bacilo del tétanos durante los alumbramientos en condiciones anti-higiénicas, a menudo agravadas por ciertas prácticas tradicionales, como el uso de mantequilla clarificada y hasta estiércol de ganado para "cicatrizarse" el cordón umbilical.

Aunque no se haya conquistado la meta de eliminar el tétanos neonatal a fines de 1995, aún sería posible conquistar ese objetivo para fin de siglo de concertarse con un mayor grado de compromiso político. Para poder combatir la enfer-

medad en todas las regiones del planeta con altos niveles de riesgo se necesitarían unos 30 millones de dólares adicionales. Los avances recientes y futuros en materia de técnicas e instrumentos de vacunación podrían resultar sumamente valiosos para que el personal no especializado practique inmunizaciones.

### La lucha contra el tétanos neonatal

El éxito de "los primeros 20":

	muertes en 1990	muertes en 1997	% de cambio
Brasil	5.900	80	99
Viet Nam	6.200	400	94
China	75.700	13.700	82
Egipto	4.000	740	82
Uganda	7.500	2.200	71
Indonesia	22.800	7.100	69
Filipinas	4.700	1.900	60
Kenya	5.100	2.500	51
Bangladesh	38.600	20.700	46
Niger	4.200	2.400	43
Ghana	4.000	2.400	40
Myanmar	4.400	3.200	27
India	77.700	59.100	24
Pakistán	36.300	29.700	18
Nepal	6.700	5.800	13
Mozambique	3.900	3.600	8
Etiopía	14.800	15.600	-5
Somalia	6.500	7.000	-8
Congo, Dem. Rep.	7.200	8.200	-14
Nigeria	23.400	37.900	-62
<b>Total</b>	<b>359.600</b>	<b>224.220</b>	

Fuentes: OMS, 1998.



Los esfuerzos conjuntos ha reducido enormemente las muertes por tétanos neonatal en la mayoría de los países más afectados. Nigeria es una excepción, ya que la mortalidad ha aumentado en un 62%. Unas mujeres nigerianas reciben la vacuna del tétanos, que protegerá a los niños que albergan en sus vientres.

## La gesta de la producción local de SRO

Al responder a una reciente encuesta, casi la mitad de los países informaron haber aumentado la producción local de las sales de rehidratación oral (SRO), que son el elemento fundamental de la terapia que salva las vidas de los niños amenazados por la deshidratación diarreica. La encuesta del UNICEF, que abarcó 65 países, descubrió que por fortuna el mundo en desarrollo mantiene una tendencia sostenible. La encuesta indicó también que desde 1994 la producción local ha aumentado y el porcentaje de SRO adquiridas por los ministerios de salud se ha incrementado en un 20%, lo que es motivo de optimismo, ya que indica que la terapia de rehidratación oral se está consolidando.

Bangladesh, el Brasil, la India y Nigeria, donde habitan más de 160 millones de niños menores de 5 años, forman parte del grupo de 32 países y territorios que anunciaron un aumento de la producción de las SRO en los últimos años. Cuba y México producen actualmente suficientes sales como para poder exportar a otros países. De los 19 países que dijeron no haber aumentado su

producción, varios producen cantidades de SRO suficientes para suplir sus necesidades.

En 1996, los ministerios de salud de 21 países suministraron fondos que cubrieron más de la mitad del costo del consumo de SRO, lo que representa un importante aumento con respecto a los 16 países que estaban en esa situación en 1994.

Las oficinas del UNICEF de 20 países informaron que en esas naciones no existe producción local de las SRO. Aunque la importación de las SRO puede resultar más conveniente para los países más pequeños, como Swazilandia, la situación de otros donde la producción local ha cesado debido a la inestabilidad y la guerra, como Burundi, Camboya y el Iraq, es motivo de preocupación.

La deshidratación diarreica continúa siendo una de las enfermedades con mayor mortalidad entre los niños, ya que más de 2 millones de niños menores de 5 años mueren en el mundo en desarrollo por esta causa. Hasta un 90% de esas muertes podrían prevenirse

mediante la reposición del líquido perdido por el organismo con las SRO, que son una mezcla de sales, glucosa y agua potable en cantidades exactas, o con otros líquidos recomendados. Las SRO son muy económicas, ya que cada bolsita cuesta, como promedio, menos de 8 centavos de dólar.

### Salvar vidas a escala local

Dónde está en aumento la producción de las sales

Argelia	México
Argentina	Nepal
Bangladesh	Nicaragua
Bolivia	Níger
Brasil	Nigeria
Chile	Pakistán
Cuba	Perú
Ecuador	Ribera occidental y Gaza
Egipto	Sudán
El Salvador	Tailandia
Etiopía	Turquía
Filipinas	Uganda
Ghana	Venezuela
India	Viet Nam
Kenya	Yugoslavia
Lao, Rep. Dem. Pop.	
Mali	

Fuente: UNICEF, 1997.



Remedio casero: un sobre de sales de rehidratación oral mezcladas con agua potable aleja el peligro de la deshidratación diarreica, una enfermedad que puede ser mortal.



Los niños, como estos dos en Guatemala, necesitan cinco visitas al centro de vacunación en sus nueve primeros meses de vida.

## La deserción en la inmunización: una señal de peligro

Así como una tasa elevada de deserción escolar denuncia la existencia de problemas en un sistema educacional, una elevada tasa de deserción de un programa de inmunización —el porcentaje de lactantes que no llegan a recibir las seis vacunas que se les deberían suministrar durante su primer año— revela la existencia de problemas en el correspondiente sistema sanitario. Si se considera la vacuna BCG (contra la tuberculosis), que se administra poco después del nacimiento, como inicio del ciclo de inmunización, y a la vacuna contra el sarampión, que los lactantes reciben a los nueve meses, como el fin de ese ciclo de vacunas, es posible representar gráficamente el éxito o el fracaso de la vacunación en un país determinado.

En la mitad de los 127 países que rindieron informes sobre ambas inmunizaciones, más del 90% de los niños que recibieron la vacuna BCG también fueron inmunizados contra el sarampión, lo que parece indicar que han recibido todas las vacunas del ciclo. Esto significa que sus padres pudieron llevarlos a un puesto sanitario cinco veces durante el primer año de vida, lo que indica, a su vez, que esas familias cuentan con servicios de inmunización asequibles y fiables.

Sin embargo, en 27 países más de un 20% de los lactantes recibieron la vacuna BCG pero no la del sarampión. De todos los países que rindieron informes, la tasa más elevada de deserción, más del 50%, se registra en la República Centroafricana, donde el 94% de los niños está vacunado contra la tuberculosis pero sólo el 46% está inmunizado contra el sarampión.

El único país industrializado que tiene una tasa considerable de deserción

en materia de vacunación es Japón, con el 23%. Pero debido a sus niveles elevados de atención de la salud y nutrición, el sarampión representa una amenaza mucho menor en el mundo industrializado. Sin embargo, se trata de una enfermedad que puede ser “exportada” de los países ricos al mundo en desarrollo, lo que representa una amenaza para los niños de las naciones más pobres.

### Deserción

Países donde por lo menos un 20% de los lactantes inmunizados contra la tuberculosis no están vacunados contra el sarampión:

País	Porcentaje de deserción entre la vacunación contra la TB y el sarampión
República Dominicana	20
Ecuador	21
Mozambique	21
Sudán	21
Zambia	21
México	22
Perú	22
Turkmenistán	22
Japón	23
Argelia	26
Mauricio	26
Venezuela	26
Benin	27
Burundi	27
Nepal	28
Tanzania	28
Bangladesh	29
Malawi	29
Uganda	30
Senegal	32
Etiopía	33
Papua Nueva Guinea	34
Mali	34
Haití	37
Togo	39
Liberia	40
República Centroafricana	48

Fuente: OMS y UNICEF.

## Los aranceles aduaneros aumentan el precio de los mosquiteros

En 14 países, por lo menos, las familias amenazadas por el paludismo deben pagar más para poder protegerse de la enfermedad porque sus gobiernos gravan la importación de mosquiteros. Esos artículos sanitarios, que cuestan entre 4 y 15 dólares antes de la aplicación de los aranceles de importación, representan un gasto considerable para las familias de los países más pobres, cuyos los ingresos mensuales no superan, como promedio, los 30 dólares. Debido a los gravámenes aduaneros, que varían de un 8% a un 65%, la adquisición de los mosquiteros se hace aun más onerosa para esas familias.

El paludismo causa anualmente 1 millón de muertes de niños menores de 5 años —lo que equivale a un niño cada 30 segundos— en un centenar de países donde es una enfermedad endémica. De los 74 países que respondieron a una reciente encuesta del UNICEF, en 56 se vendían mosquiteros. Cuarenta países importan estos artículos de protección, y 14 de ellos los gravan con aranceles aduaneros. Doce de esos 14 países pertenecen a la región del África al sur del Sahara.

Los impuestos más altos, de un 65%, se cobran en el Senegal, aunque en otros seis países de esa región se imponen aranceles del 30%, por lo menos. Esto ocurre en una región con un 90% del total mundial de muertes debidas al paludismo y donde los niños, como promedio, sufren seis ataques palúdicos por año.

Un estudio llevado a cabo en Gambia indicó que si los niños duermen protegidos por mosquiteros impregnados con insecticidas, se puede reducir en un 25% la mortalidad debida al paludismo.

Esa medida de protección contra los mosquitos causantes del paludismo es fundamental, ya que la enfermedad se muestra cada vez más resistente a los medicamentos actuales, y hasta ahora no hay una vacuna eficaz contra ese mal.

En respaldo de la campaña contra el paludismo de la OMS, el UNICEF se ha fijado tres metas relacionadas con la misma: lograr que para el año 2000 un 20% de los niños menores de 5 años duerma bajo la protección de los mosquiteros; que esa tasa aumente al 50% para el año 2005; y que hacia el 2010 el acceso a los mosquiteros tenga un carácter universal. Para conquistar las metas de la campaña, es indispensable reducir el costo de los mosquiteros, y una manera de lograrlo es mediante la eliminación de los aranceles aduaneros que obstaculizan la importación de esos artículos.

### Impuestos contra la protección del paludismo

Países donde se ha comprobado la existencia de aranceles aduaneros a los mosquiteros importados\*

País	Porcentaje del arancel
Namibia	8
Eritrea	13
Yemen	15
Guinea	18
Guinea-Bissau	25
Zambia	25
Bolivia	30
Djibouti	33
Benin	36
Burundi	36
Camerún	50
Mozambique	50
Gabón	53
Senegal	65

\*De los 74 países donde el paludismo es endémico que respondieron a la encuesta.

Fuente: UNICEF, 1998.



En Santo Tomé y Príncipe, los pobladores extienden mosquiteros impregnados con insecticida. Estos mosquiteros protegen a las familias de los mosquitos portadores del paludismo, una enfermedad que mata anualmente a 1 millón de niños menores de 5 años en todo el mundo.

# M U J E R E S

## C O M E N T A R I O



# El futuro para los jóvenes

Geeta Rao Gupta

***Desde hace mucho tiempo, en el mundo industrializado se considera que la adolescencia es una etapa particular y distinta de la vida. Pero ahora en los países en desarrollo también se empieza a considerar esta etapa vital como un intervalo de importancia fundamental entre la niñez y la edad adulta. Los niños y jóvenes de 10 a 19 años constituyen una sexta parte de la población mundial, y son, por ende, una fuerza en favor de cambios profundos. Pero para que puedan desarrollar plenamente su potencial y evitar los peligros que les puedan salir al cruce deben contar con el apoyo de sus familias, sus comunidades y sus naciones.***

La adolescencia debería ser la época de la vida que mayores esperanzas y promesas concite. Puede ser un semillero del que surjan adultos con fe en sí mismos y dotados de los conocimientos necesarios para forjar un futuro lleno de éxitos para ellos y para sus sociedades. Pero también puede ser el comienzo de un proceso en el que todo empieza a salir mal, el momento de la vida en que se desvanecen la promesa y el potencial de los jóvenes.

Si las cosas les salen mal a los adolescentes de hoy, le saldrán mal a todo el mundo. La actual generación de jóvenes es la más numerosa de la historia. Unos 1.000 millones de personas, o uno de cada seis habitantes del planeta, tienen entre 10 y 19 años de edad, y un 85% de ellos vive en los países en desarrollo. Esos jóvenes afrontan graves obstáculos:

- En 1997 solamente, unos 3 millones de jóvenes de 15 a 24 años, de

los cuales dos terceras partes fueron niñas, se contagiaron con el VIH.

- Las niñas de 15 a 19 años dan a luz unos 15 millones de bebés por año, y las complicaciones del embarazo son la principal causa de mortalidad en ese sector demográfico.
- Unos 73 millones de niños de 10 a 14 años trabajan en el mundo; y esa cifra no incluye a las decenas de millones de menores, niñas en su mayoría, que trabajan en el servicio doméstico.
- En los países en desarrollo, el 59% de las niñas y el 48% de los niños no reciben educación escolar secundaria.

Para las generaciones de adolescentes anteriores, existía al menos la posibilidad de prever la carga que les caería encima. Poco después de la pubertad llegaba el matrimonio, los hijos y la necesidad de trabajar arduamente para mantener a la familia. Los jóvenes adultos hacían frente a esos desafíos en un ámbito que les era familiar y

en el que contaban con el apoyo de los demás. Hoy, además de afrontar los previsible problemas del crecimiento, los adolescentes se ven cada vez más amenazados por la explotación y el abuso, los conflictos étnicos y la guerra. Las comunidades se desarraigan, ya sea en el sentido literal de la palabra si sus integrantes abandonan el campo para buscar trabajo en las ciudades, o en el sentido figurado, cuando los medios de difusión y otras influencias novedosas alteran sus valores y tradiciones.

Los adolescentes, que han dejado de ser niños pero aún no son adultos, se afanan por descubrir qué lugar ocupan en el mundo nuevo y confuso que les rodea. Pese a esto, a la hora de diseñar y poner en práctica programas de gobierno, o cuando las familias deben tomar decisiones, no es habitual que se consulte a los adolescentes. Después de que los niños cumplen 5 años, y una vez que su supervivencia está relativamente garantizada, los servicios de atención de la salud prácticamente los ignoran. Las niñas vuelven a despertar el interés de esos servicios cuando quedan embarazadas, y los niños, que están constantemente expuestos a los accidentes, la violencia física y el alcohol y las drogas, sólo reciben atención cuando quebrantan las leyes. En la época de su vida en que se les abren más posibilidades y les amenazan más peligros, los adolescentes son abandonados a sus propios recursos.

Pero este orden de cosas ha comenzado a cambiar. Debido a la extensión del período de tiempo entre la pubertad y el casamiento, a que la pandemia del VIH/SIDA pone de relieve la necesidad de equilibrar la distribución del poder en las relaciones sexuales, y

a que el movimiento en pro de los derechos de los niños ha comenzado a echar raíces, hemos comenzado a aprender que la adolescencia es un período lleno de oportunidades. La actual generación de jóvenes, a cuyos integrantes unen vínculos tan diversos como la tragedia del SIDA y el poder de los medios de comunicación, puede revolucionar el mundo. Unidos los niños y las niñas, tienen la posibilidad de ser el catalizador que transforme el pasado en un futuro justo e igualitario que brinde las mismas oportunidades a hombres y mujeres, y a todos los miembros de la sociedad.

## Las reglas de los géneros

De todas las cuestiones que repercuten en la experiencia de los adolescentes, ninguna tiene efectos tan profundos como las que están relacionadas con el género, ninguna tiene consecuencias tan duraderas como las innumerables reglas culturales tácitas que rigen, prácticamente desde el día en que nacen, el comportamiento de los varones y las niñas de todos los países del mundo.

Aunque unos y otras son vulnerables, lo son de maneras diferentes. Todos los adolescentes sienten las presiones sexuales; pero mientras la sexualidad de los varones se afirma, la de las niñas se niega. Unos y otras pueden provenir de familias pobres, pero en la mayoría de las culturas son las niñas, y no los niños, quienes deben abandonar sus estudios debido a la pobreza. Unos y otras pueden tener que trabajar, pero los niños lo hacen fuera de sus hogares, ampliando sus horizontes, mientras que las niñas trabajan en el hogar, lo que restringe sus experiencias. Al llegar a la adolescencia, el niño debe encarar la presión de la sociedad, que espera de él que "sea un hombre",

Geeta Rao Gupta es la Presidenta del Centro de Investigación sobre la Mujer, una organización con sede en Washington. La Dra. Gupta tiene 20 años de experiencia en materia de investigación y desarrollo de programas, especialmente en los aspectos relacionados con la salud de las mujeres. También ha dirigido programas de investigación sobre las mujeres y el SIDA, y la sexualidad y nutrición de los adolescentes. La Dr. Gupta, experta en VIH/SIDA a nivel internacional, integra la junta de directores de la Iniciativa Internacional sobre la Vacuna contra el SIDA y posee un doctorado en psicología social.

mientras que las niñas pierden en esa misma época la relativa libertad de la que habían disfrutado en la niñez.

Tales diferencias se manifiestan claramente en la división de las responsabilidades domésticas. En Kenya, por ejemplo, los estudios llevados a cabo por el Population Council demuestran que las niñas de 8 a 14 años dedican 19 horas semanales a las labores del hogar, mientras que los niños desempeñan similares tareas 14 horas por semana. Cuando llegan a las edades comprendidas entre los 15 y los 19 años, la carga de trabajo doméstico de las niñas ha aumentado a 32 horas semanales, mientras que la de los varones sólo ha tenido un incremento de 4 horas por semana. En Bangladesh, los niños que van a la escuela dedican 12 minutos diarios a los quehaceres del hogar, mientras que las niñas invierten en ellos 5 horas por día.

Y el trabajo de las niñas no se limita a las tareas del hogar. Un 90% de los niños que se desempeñan como trabajadores domésticos —una de las formas de trabajo en las que los niños sufren mayor grado de explotación— son niñas. Una encuesta realizada en la India indicó que nueve de cada 10 hogares que cuentan con trabajadores domésticos prefieren contratar niñas de 12 a 15 años de edad.

En muchas sociedades, las adolescentes permanecen confinadas en sus casas en aras del honor familiar, que depende de su virginidad y modestia. Si la niña sale de su hogar y entra en contacto con hombres que no pertenecen a su familia, peligra la reputación de esta última. Debido a ello, los padres casan a sus hijas lo más rápidamente posible. En materia de edad de casamiento de las niñas, la media es 14 años en Bangladesh, 16 en el Senegal, 17 en Nigeria y 19 en Egipto.

Las limitaciones que se imponen a las niñas saltan a la vista en las aulas de las escuelas secundarias, donde la mayoría de los bancos están ocupados por varones. En tres cuartas partes de los países en desarrollo, con la excepción de los de América Latina, los niños tienen tasas más elevadas de matriculación secundaria que las niñas. En el Yemen, el alumnado secundario masculino es más de cuatro veces

superior en número al femenino, con tasas del 36% y el 8%, respectivamente. En el Nepal, el 49% de los niños recibe educación secundaria, mientras que sólo el 25% de las niñas cursa estudios en ese nivel. En Turquía, las tasas son 67% y 45%, respectivamente (vea el artículo de la página 26).

Una niña con educación escolar mínima, criada para ser sumisa y servicial, y casada con un hombre mucho mayor que ella, tiene muy poca capacidad para convenir los términos de sus relaciones sexuales, la cantidad de hijos que desea tener y la manera en que se propone emplear su tiempo libre. En gran parte del mundo en desarrollo, las mujeres que no han terminado los estudios primarios tienen dos o tres hijos más que las que han cursado estudios secundarios parciales. Cuando una joven carece de instrucción escolar, los efectos se hacen sentir en la vida de sus hijos. En Indonesia, los hijos de mujeres que no han recibido instrucción escolar tienen por lo menos tres veces más probabilidades de morir que los de las mujeres que han cursado estudios secundarios.

Aunque la educación no constituye una solución mágica, puede aumentar la confianza de las jóvenes en ellas mismas, enseñarles conocimientos para la vida y proporcionarles los elementos que necesitan para formarse sus juicios propios. También puede brindarles algún poder de decisión en relación a cuándo y con quién se casan, y alterar en alguna medida la desigual distribución del poder entre su marido y ella. La educación también puede dar a la mujer capacitación laboral, permitiéndole así acrecentar su poder económico y liberándola del estado de dependencia con respecto a su marido, padre o hermano.

Sin embargo, el poder económico tiene un precio. Del más de 1 millón de mujeres empleadas en las fábricas de prendas de vestir de Bangladesh, la mayoría comenzó a trabajar en la adolescencia. Debido a que la pobreza les obliga a abandonar sus estudios, esas niñas aceptan a cambio un empleo donde se les paga relativamente bien pero se les explota, ya que se les obliga a trabajar a veces turnos de 12 horas todos los días de la semana. Aunque contar con empleo puede ser para la

adolescente una fuente de mayor confianza en sí misma y de los fondos que necesita para diferir el matrimonio, cuando la joven deja de estudiar para trabajar, el precio que pagan a largo plazo tanto ella como la sociedad es elevado.

### La edad del SIDA

Resulta una paradoja trágica que los adolescentes hayan sido generalmente ignorados por sus mayores hasta que el VIH/SIDA comenzó a amenazar sus vidas. Esta enfermedad —emparentada de maneras complejas y diversas con cuestiones tales como la sexualidad, la desigualdad, la cultura y la pobreza— sintetiza la experiencia de los adolescentes de fines del decenio de 1990. Los jóvenes de 15 a 24 años representan más de la mitad de todos los nuevos casos de infección con VIH, y la tasa de infección de las adolescentes es dos veces mayor que la de los varones.

En algunos países, la disparidad es aun mayor, como en Malawi y Uganda, donde por cada varón de 15 a 19 años con el VIH hay seis niñas infectadas. En Europa Oriental, las tasas de infección con el VIH se sextuplicaron entre 1995 y 1997. A escala mundial, 1 de cada 20 adolescentes se contagia con una enfermedad venérea por año.

En la edad del SIDA, contar con conocimientos suficientes sobre la salud reproductiva y mantener el control de la actividad sexual resulta para los jóvenes una cuestión de vida o muerte. El SIDA amenaza tanto a los niños como a las niñas. A los varones debido a que sus conductas sexuales son peligrosas, y a las niñas porque suelen carecer del poder social necesario para establecer las condiciones de las relaciones, dado el tradicional dominio masculino en cuanto a las cuestiones sexuales.

En la mayoría de las relaciones sexuales, los varones son de mayor edad, circunstancia que aumenta aun más su poder de decisión. Un estudio llevado a cabo en Malí dejó en claro que la edad promedio de la primera relación sexual entre las niñas es 15,8 años, mientras que entre los varones es 20,7 años. En Tanzania fue necesario asignar mujeres docentes como “guardianas” de las alumnas jóvenes, para protegerlas de las insinuaciones sexuales de los maestros. Los 53 países que informaron sobre estadísticas de casamientos y concubinatos entre adolescentes de 15 a 19 años de ambos géneros indicaron que las tasas correspondientes a las niñas eran más elevadas, y en algunos países mucho más elevadas (vea el artículo de la página 27).



La educación ofrece a las niñas conocimientos y confianza en sí mismas, y les permite ocupar la posición que les corresponde en el mundo. Estas adolescentes aprenden diseño gráfico por computadora en una escuela de Damasco (Siria).

Aunque en todas las regiones del mundo, con excepción del África al sur del Sahara, las tasas de embarazo adolescente están disminuyendo, más de un 10% de los alumbramientos en el planeta corresponden a niñas de 15 a 19 años. En los Estados Unidos, una quinta parte de los adolescentes tienen hijos antes de los 20 años, en Guatemala y Nicaragua la mitad, y en Bangladesh, cuatro quintas partes.

Los organismos inmaduros de las mujeres jóvenes no están preparados para tener hijos. Las muertes relacionadas con el embarazo, en la mayoría de los casos por complicaciones en el parto, infecciones, hemorragias, abortos y anemia, son la principal causa de mortalidad de las niñas de 15 a 19 años en todo el mundo. Para las niñas de esas edades, las probabilidades de muerte por causas relacionadas con el embarazo son cuatro veces superiores a las mujeres mayores de 20 años.

La maternidad a una edad en que aún son niñas interfiere con la posibilidad de las jóvenes de aprovechar al máximo las oportunidades que pueda ofrecerles la vida. El embarazo suele significar el fin de los estudios escolares de la niña madre, a quien la crianza de los hijos priva de tiempo libre.

### El mundo responde

Aunque está claro el peligro, también lo están las posibilidades. Y resulta evidente que al tomar medidas en pro de las niñas también es necesario hacer algo por los niños. Las vidas y los problemas de unas y otros están estrechamente relacionados, de manera que igualmente deben estarlo las soluciones.

Hace casi 10 años, la Convención sobre los Derechos del Niño estableció que la infancia se extendía hasta los 18 años, y reconoció de esa manera que los adolescentes tienen derecho a la asistencia y la protección de la sociedad. La alarmante comprobación del peligro que corre esta generación ha llevado a los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y los individuos a tomar conciencia de algunas realidades fundamentales. Entre ellas, que como individuos, los jóvenes tienen derecho a la información y a recibir capacitación y servicios.

Todo aquel que ha trabajado con jóvenes sabe que componen un

valioso recurso, especialmente cuando se trata de superar los problemas que afronta su generación, como el embarazo adolescente, las altas tasas de deserción escolar, el alcoholismo y la drogadicción, y la violencia. Para poder participar activamente en la solución de esos problemas, los jóvenes deben contar con información, aptitudes y servicios, y deben disponer también de un ámbito seguro en el que reciban apoyo, incluido el de adultos dignos de confianza a quienes puedan solicitar orientación.

El mundo ha comenzado a responder. En 1994, la comunidad internacional reconoció el derecho de los jóvenes a la salud reproductiva por medio del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo. El Programa señaló que se debe dar a los adolescentes dirección y orientación adecuadas sobre las cuestiones sexuales y reproductivas de manera acorde con su progresiva madurez. Otro hecho memorable fue la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Se trató de la primera conferencia internacional sobre las mujeres en la que la Plataforma de Acción contó con una sección dedicada a los derechos de las niñas y las jóvenes.

En estas conferencias, sus participantes han reconocido que a los jóvenes, y especialmente a las niñas, se les han negado sus derechos y no se les ha prestado la atención que merecen. Estas reuniones han servido asimismo para consolidar el compromiso político de abordar las cuestiones que conciernen a los adolescentes. Ya sabemos de qué manera se pueden obtener resultados. Ahora debemos aprovechar el consenso político que se ha logrado para ayudar a los jóvenes a hacerse cargo de los cambios sociales y sexuales que conlleva la adolescencia.

Hay pruebas abundantes de que los jóvenes pueden ser responsables de sus vidas cuando reciben la información. Varios estudios han demostrado, por ejemplo, que los jóvenes que reciben educación sexual posponen la iniciación de sus actividades sexuales o reducen el número de compañeros sexuales.

La radio, la televisión y los vídeos, además de las revistas y los periódicos, e incluso la Internet,

llegan hasta los rincones más remotos del mundo en desarrollo. Es posible emplear esos medios para reforzar mensajes fundamentales. Uno de ellos es, por ejemplo, que debemos hacer todo lo que esté a nuestro alcance para que las niñas no abandonen la escuela. Teniendo en cuenta el efecto multiplicador positivo que tiene la educación de las niñas sobre la vida de sus hijos y sobre sus comunidades, se trata de la medida en pro del desarrollo más eficaz con respecto a su costo.

Otra manera de crear un futuro mejor para los jóvenes es ayudándoles a establecer contacto con otros jóvenes que enfrentan similares dudas y preocupaciones. Algunos adolescentes están creando sus propias iniciativas de medios de comunicación con sus pares. El Ministerio Palestino de Salud y Deportes patrocina una revista editada por jóvenes que se especializa en cuestiones relacionadas con los derechos de los niños, y que en ediciones futuras abordará el tema de los géneros y el trabajo infantil.

“Straight Talk”, un programa radiofónico producido por jóvenes en el que se debaten temas que les afectan, como la salud y la sexualidad, se transmite en Kenya, Malawi, Tanzania y Uganda. Los libretos de “Dehleez”, un popular radioteatro indio, contienen mensajes sobre pautas de higiene, e igual estrategia emplea un proyecto de educación entre pares de la Cruz Roja de Jamaica.

Pero los jóvenes requieren algo más que información. Los jóvenes necesitan servicios, y especialmente servicios sanitarios que tengan en cuenta las características de ese sector de la población. En Zambia, tres clínicas experimentales cuentan entre su personal a 52 jóvenes de 16 a 26 años que tienen a su cargo la capacitación de sus pares, a quienes les enseñan a conciliar de manera pacífica diferencias de opinión y les brindan orientación sobre diversas cuestiones, como el VIH/SIDA, el embarazo, el alcoholismo y las drogas.

Como parte de una iniciativa que se lleva a cabo en Costa Rica, se consulta a los jóvenes acerca de los servicios sanitarios que se prestan, y los jóvenes pueden tratar sus dudas con agentes sanitarios especialmente capacitados. En

Ucrania, el Programa de Desarrollo de los Jóvenes ofrece servicios de atención de la salud a los jóvenes como parte de un esfuerzo más vasto cuyo objetivo es prevenir la delincuencia, la drogadicción y el suicidio.

Para poder hacerse cargo de las complejidades de la adolescencia, los jóvenes deben recibir educación y capacitación profesional que les permita mantenerse a sí mismos en el futuro. Un modelo de este tipo de actividad es un programa que funciona en Maquattam, cerca de El Cairo, y que no sólo ofrece a las niñas cursos de alfabetización y preparación laboral sino que alienta en ellas el sentimiento del valor propio, al ofrecer 500 libras egipcias (148 dólares) a cada niña que acepte diferir su casamiento hasta los 18 años y que sólo se case por mutuo consentimiento con el novio. Existen planes para incorporar a los niños y los hombres al programa, para alentarlos a que den su apoyo a las niñas y mujeres, tanto las casadas como las solteras.

Estas iniciativas representan sólo los pasos iniciales rumbo a la resolución de cuestiones que no se puede seguir ignorando si se anhela que los jóvenes desarrollen plenamente su potencial en la edad adulta. Aunque estas acciones son prometedoras, aún son demasiado escasas. Ningún país aprovecha como debería las instituciones que ya existen —especialmente las escuelas, las instituciones religiosas y los clubes juveniles— para ofrecer a los jóvenes ámbitos donde puedan resolver sus problemas en colaboración con sus pares y con los adultos que les prestan apoyo.

Hace un par de decenios, antes de la era de los derechos de los niños y de la era del SIDA, los adolescentes de los países en desarrollo eran seres prácticamente ignorados. Pero ahora vivimos una revolución social que nos ofrece la posibilidad de cambiar las reglas y de transformar no sólo nuestras vidas sino la senda que tomarán las naciones en el siglo XXI. Los jóvenes están llenos de energía e ideas. A nosotros nos cabe la responsabilidad de asegurar que los niños y las niñas cuenten con oportunidades de capitalizar su inmenso potencial. ■

**T**radicionalmente, la experiencia de las adolescentes se ha medido en base al estudio de las tasas de embarazo de ese segmento de la población. Pero una concentración excesiva en la salud de la reproducción de las adolescentes puede dejar de lado los demás cambios profundos que ocurren durante esa etapa fundamental de la vida. Sin embargo, en ausencia de estadísticas a escala de país sobre las fuerzas diversas que configuran las vidas de las adolescentes, la salud de la reproducción sigue siendo el único instrumento disponible para comparar a las adolescentes de todo el mundo.



ÁFRICA AL SUR  
DEL SAHARA

1	Mauricio	45
2	Burundi	54
2	Rwanda	54
4	Sudáfrica	70
5	Botswana	83
6	Lesotho	88
7	Kenya	101
8	Namibia	104
9	Zimbabwe	114
10	Ghana	115
11	Togo	119
12	Mauritania	122
13	Mozambique	124
13	Tanzanía	124
15	Eritrea	128
16	Côte d'Ivoire	131
17	Zambia	132
18	Benin	133
19	Rep. Centroafricana	134
20	Congo	136
21	Nigeria	138
22	Camerún	140
23	Madagascar	142
23	Senegal	142
► <i>Media regional</i>		143
25	Gambia	153
26	Burkina Faso	157
27	Malawi	159
28	Etiopía	168
29	Chad	173
30	Gabón	175
31	Uganda	179
32	Guinea-Bissau	180
33	Malí	181
34	Sierra Leona	201
35	Congo, Rep. Dem.	206
35	Liberia	206
35	Níger	206
38	Somalia	208
39	Angola	212
40	Guinea	229



ORIENTE MEDIO Y  
ÁFRICA SEPTENT.

1	Túnez	18
2	Israel	19
3	Argelia	24
4	Líbano	26
5	Marruecos	28
6	Kuwait	31
7	Turquía	43
8	Jordania	44
8	Siria	44
10	Iraq	45
11	Sudán	52
► <i>Media regional</i>		56
12	Egipto	62
13	Em. Árabes Unidos	73
14	Irán	77
15	Yemen	101
16	Libia	102
17	Arabia Saudita	114
18	Omán	122

### La experiencia de las adolescentes: Mucho más que el embarazo

Durante los últimos 30 años, el período de tiempo comprendido entre la pubertad y la edad del matrimonio y el embarazo ha ido aumentando paulatinamente, de manera que las adolescentes permanecen solteras durante períodos más largos. Resulta indispensable, por lo tanto, contar con más información sobre esa época de sus vidas, tanto para reducir los riesgos a los que están expuestas como para poder brindarles más posibilidades con miras al futuro. Los investigadores han comenzado a estudiar la multitud de cuestiones que afectan las vidas de las adolescentes de fines del siglo XX, entre ellas:

- ¿Qué trato reciben por parte de sus familias? ¿Se alimentan tan bien como sus hermanos varones? ¿Reciben atención médica con la misma frecuencia que ellos? ¿Y se trata de atención médica de la misma calidad? ¿Cómo se distribuyen las tareas domésticas en sus hogares? ¿De cuánto tiempo libre disponen y de qué manera lo emplean?
- ¿Cómo es su desempeño escolar? ¿Qué relación guardan las tasas de asistencia escolar y de desempeño académico de las niñas con las de los niños? ¿Reciben las niñas en clase un trato igual al que se da a los niños? ¿Se les alienta a que descuelen? ¿Influye la educación que reciben en la impresión que de ellas tienen sus familias y comunidades?
- ¿Qué tipos de experiencias tienen en los sitios donde trabajan, ya se trate de sus empleos o de labores no remuneradas? ¿Trabajan por dinero? ¿Es la paga de las niñas equiparable a la de los varones de edades similares? ¿Cuentan con acceso al crédito? ¿Se les asignan indebidamente ocupaciones tradicionalmente femeninas?
- ¿Qué experiencia tienen con respecto a las conductas potencialmente peligrosas? ¿Fuman o consumen bebidas alcohólicas o drogas? ¿Mantienen relaciones sexuales peligrosas? ¿Qué sucede cuando tienen ese tipo de comportamiento?

Hasta ahora, las respuestas a este tipo de preguntas han sido incompletas o circunstanciales. Aunque los investigadores han comenzado a recopilar estadísticas sobre las experiencias de los adolescentes, los estudios realizados hasta la fecha son de alcance limitado, y retratan la situación en el ámbito de las comunidades, no de los países. Por ahora, el estudio de la salud reproductiva sigue siendo el único medio para comparar la situación de las adolescentes de diversas partes del mundo. El UNICEF colabora con varios aliados en la elaboración de indicadores estadísticos más realistas y reveladores, y asiste a diversos gobiernos para que puedan medirlos. A medida que esos estudios arrojen resultados, serán dados a conocer en *El Progreso de las Naciones*.

PROMEDIO EN  
EL MUNDO  
EN DESARROLLO

65

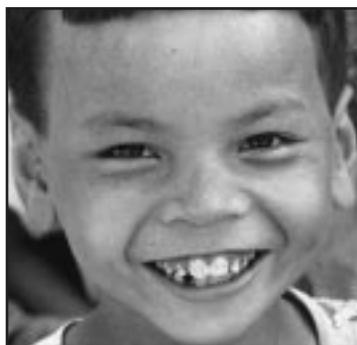
*Las mujeres que no terminan la escuela primaria tienen un promedio de dos a tres hijos más que las mujeres con alguna educación secundaria.*

# C E N T E S



ASIA CENTRAL

1	Azerbaián	19
2	Turkmenistán	20
3	Kazajistán	32
4	Tayikistán	33
5	Uzbekistán	35
6	Kirguistán	40
7	Armenia	41
8	Georgia	46
►	Media regional	59
9	Afganistán	152



ASIA SURORIENTAL Y PACÍFICO

1	Corea, Rep.	4
1	Japón	4
3	China	5
3	Corea, Dem.	5
5	Singapur	8
6	Camboya	15
7	Sri Lanka	20
8	Australia	22
9	Papua Nueva Guinea	24
10	Malasia	26
11	Myanmar	31
12	Nueva Zelandia	32
13	Viet Nam	33
14	Mongolia	39
15	Filipinas	40
16	Lao Rep.	50
►	Media regional	56
17	Indonesia	58
18	Tailandia	70
19	Bhután	84
20	Nepal	89
20	Pakistán	89
22	India	109
23	Bangladesh	115



AMÉRICAS

1	Canadá	24
2	Chile	49
3	Trinidad y Tabago	51
4	Haití	53
5	Perú	57
6	Estados Unidos	60
6	Uruguay	60
8	Argentina	64
9	Cuba	65
►	Media regional	68
10	México	69
11	Brasil	71
11	Ecuador	71
13	Colombia	74
14	Paraguay	76
15	Bolivia	79
16	Panamá	81
17	Jamaica	88
17	Rep. Dominicana	88
19	Costa Rica	89
20	El Salvador	92
21	Venezuela	98
22	Guatemala	111
23	Honduras	113
24	Nicaragua	133



EUROPA

1	Suiza	4
2	Países Bajos	7
3	Francia	8
3	Italia	8
5	Bélgica	9
5	Dinamarca	9
7	España	10
7	Suecia	10
9	Finlandia	11
10	Alemania	13
11	Irlanda	14
12	Noruega	16
13	Grecia	18
14	Austria	21
15	Lituania	22
15	Portugal	22
17	Belarús	24
18	Polonia	25
►	Media regional	25
19	Eslovenia	27
19	Estonia	27
21	Bosnia/Herzegovina	29
21	Hungría	29
23	Letonia	30
24	Albania	31
24	Croacia	31
24	Reino Unido	31
27	Moldova, Rep. de	32
28	Checa Rep.	35
28	Eslovaquia	35
30	Ucrania	36
31	Yugoslavia	38
32	Fed. de Rusia	39
33	ERYD Macedonia*	40
34	Rumania	43
35	Bulgaria	57

## CRITERIO DE CLASIFICACIÓN

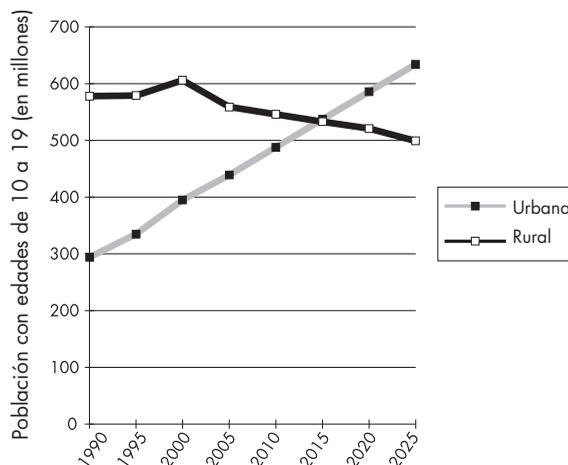
Nacimientos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19

## Migración hacia la ciudad

La población adolescente en los países en desarrollo por zonas urbanas y rurales, 1990-2025

La mayor generación de la historia será muy pronto la más urbana. Emigrar hacia la ciudad puede significar:

- Un mayor contacto con varios peligros: alcohol y drogas, violencia, prácticas sexuales arriesgadas, VIH/SIDA.
- Pérdida de cultura y aislamiento en relación a la familia ampliada.
- Mayor acceso a escuelas mejores y a servicios de salud adaptados a los jóvenes (si están subsidiados).
- Más oportunidades de empleo.
- Un descenso en las tasas de natalidad (a largo plazo).



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

Fuente: División de Población de la ONU, Dept. de Información Económica y Social y Análisis de Políticas, World Population Prospects: The 1996 Revision, 1997.

## La salud de las mujeres: ¿se esfuman las esperanzas?

En los países en desarrollo, el consumo de tabaco es mucho menor entre las mujeres que entre los hombres. Al menos hasta ahora. Según estudios de la OMS, en el mundo en desarrollo fuma el 48% de los varones mayores de 15 años, mientras que sólo el 7% de las mujeres consume productos derivados del tabaco. Pero debido a que en los países en desarrollo se restringen menos las intensas campañas de comercialización de las compañías tabacaleras y existe un grado menor de conciencia pública sobre los graves peligros del tabaco, es de suponer que el porcentaje de fumadoras comenzará a aumentar. El desafío que tenemos por delante es impedir un aumento del consumo de tabaco por parte de las mujeres y las niñas.

En 38 de los 87 países sobre los que se dispone de información al respecto, por lo menos el 20% de las mujeres de más de 15 años son fumadoras. Sólo siete de estos países se encuentran en desarrollo: Brasil, Chile, Cuba, Fiji, Islas Cook, Papua Nueva Guinea y Uruguay. Los países europeos tienen las tasas más elevadas de fumadoras, y Dinamarca y Noruega encabezan esa lista con tasas del 37% y 36%, respectivamente.

El consumo de tabaco causa anualmente unos 3,5 millones de muertes, y más de medio millón de esas víctimas fatales son mujeres. A medida que aumente la tasa de fumadoras, crecerá la proporción de mujeres que mueran por causas relacionadas con el tabaco.

La mayoría de quienes fuman comienzan a hacerlo en la adolescencia, y en muchos países la edad media en que se empieza a fumar es inferior a los 15 años. En varios países industrializados, incluso en Austria, Dinamarca, España y Suecia, hay más fumadoras adolescentes que fumadores de su misma edad, según la OMS. Pero las trágicas consecuencias del uso de tabaco por parte de estos jóvenes no comenzará reflejarse en sus tasas de mortalidad y morbilidad hasta dentro de unos 30 años. En los países industrializados, donde las mujeres fuman desde hace mucho tiempo, aumenta velozmente la tasa de mortalidad de ese sector de la población a causa del tabaco. Esas enfermedades provocan la muerte de entre un 25% y un 30% de todas las mujeres de edad madura.

Además de estar expuestas a las principales enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, como el cáncer

pulmonar o bucal, el enfisema y las enfermedades cardíacas, las fumadoras corren más peligro de tener cáncer cervical, esterilidad y menopausia prematura. Las embarazadas que fuman tienen tasas más elevadas de aborto espontáneo y sus hijos sufren bajo peso al nacer, lo que aumenta el peligro de que enfermen o mueran.

La Convención sobre los Derechos del Niño compromete a los países a salvaguardar la salud de los niños y a protegerlos de la explotación. Debido a ello, el apoyo a las restricciones a la venta y promoción de los productos del tabaco dirigidas a los niños y adolescentes constituye una manera de defender los derechos de la infancia.

### Dónde fuma el 20% de las mujeres

Porcentaje de fumadores  
mayores de 15 años

País	Hombres	Mujeres
Dinamarca	37	37
Noruega	36	36
República Checa	43	31
Fiji	59	31
Israel	45	30
Federación de Rusia	67	30
Canadá	31	29
Países Bajos	36	29
Polonia	51	29
Grecia	46	28
Islandia	31	28
Irlanda	29	28
Papua Nueva Guinea	46	28
Austria	42	27
Francia	40	27
Hungría	40	27
Uruguay	41	27
Islas Cook	44	26
Italia	38	26
Luxemburgo	32	26
Eslovaquia	43	26
Suiza	36	26
Reino Unido	28	26
Brasil	40	25
Chile	38	25
Cuba	49	25
España	48	25
Estonia	52	24
Suecia	22	24
Turquía	63	24
Estados Unidos	28	24
Argentina	40	23
Eslovenia	35	23
Alemania	37	22
Nueva Zelandia	24	22
Australia	29	21
Bolivia	50	21
Costa Rica	35	20

Fuente: WHO, *The Tobacco Epidemic: A Global Public Health Emergency*, table 3, abril de 1996.



En 26 países hay más niños que niñas matriculados en la escuela secundaria, pero para ambos grupos las tasas son bajas en África al sur del Sahara. Esta niña adolescente asiste a clase en Etiopía.

## La ausencia de las niñas en las aulas secundarias

En los últimos decenios, las tasas de matriculación escolar primaria han aumentado en todo el mundo, al mismo tiempo que han comenzado a desaparecer las disparidades entre los géneros en materia de instrucción básica. Pero cuando se trata de la educación secundaria, el panorama es diferente.

En 26 países, la proporción de varones que se matriculan en las escuelas secundarias supera en un 10% a la de las niñas, y en cinco naciones — India, Nepal, Togo, Turquía y Yemen — la diferencia supera el

20%. En más de 40 países de todo el mundo, menos del 25% de las niñas recibe educación escolar secundaria.

Las disparidades más pronunciadas ocurren en Asia meridional, donde se matriculan un 52% de los niños pero solamente un 33% de las niñas, un nivel de desigualdad del orden del 19%. Y aunque las tasas de matriculación secundaria en África al sur del Sahara son bajas tanto para los niños (27%) como para las niñas (22%), estas últimas ocupan allí también un lugar subalterno.

En 13 países, sin embargo, la matriculación escolar femenina supera a la masculina en un 10% por lo menos. Las niñas también tienen tasas más altas de escolaridad secundaria que los niños (56% para unas y 52% para otros) en la región de América Latina y el Caribe.

### Matriculación en la escuela

Países donde existen grandes disparidades entre la matriculación escolar secundaria masculina y femenina...

...donde la tasa de matriculación de los varones es superior a la de las niñas en un 10%, por lo menos\*

Camerún	10
Zimbabwé	10
Chad	11
Marruecos	11
Egipto	12
Guinea	12
Rep. Dem. Pop. Lao	12
Uzbekistán	12
Benin	13
Congo, Dem. Rep.	13
Gambia	13
Zambia	13
Bangladesh	14
Camboya	14
Irán	14
Cote d'Ivoire	15
Ghana	16
Pakistan	16
Congo	17
Iraq	19
India	21
Turquía	22
Nepal	24
Togo	27
Yemen	28

...donde la tasa de matriculación de las niñas es superior a la de los varones en un 10%, por lo menos\*

Colombia	10
Namibia	10
España	11
Lesotho	12
Venezuela	12
República Dominicana	13
Trinidad y Tabago	13
Sudáfrica	15
Uruguay	15
Finlandia	16**
Guyana	17
Mongolia	18
Reino Unido	22**

\*Comprende a todos los estudiantes matriculados en escuelas secundarias, al margen de sus edades.

\*\*Disparidad debida al mayor grado de matriculación de mujeres mayores de 20 años en escuelas secundarias de capacitación profesional.

Fuente: Anuario Estadístico de la UNESCO, 1997. [Datos: 1990-1995.]

## Demasiadas esposas adolescentes

Aunque el matrimonio en la adolescencia resulte hoy una práctica menos frecuente que hace una generación, sigue siendo el destino de muchas jóvenes en numerosos países. Si se comparan con las mujeres que se casan cuando son mayores, las esposas adolescentes tienden a recibir menos educación escolar, son menos independientes y tienen menos experiencias vitales y laborales. El matrimonio en la adolescencia es raro, en cambio, entre los varones.

Cuando se decide el futuro matrimonial de una niña y quién será su cónyuge, rara vez se tiene en cuenta su opinión, y la esposa adolescente a menudo debe acatar la voluntad del marido de mayor edad, que decide cuestiones tales como si el matrimonio tendrá hijos y el número de vástagos que tendrá la mujer. La diferencia de edad entre la esposa adolescente y su cónyuge profundiza aun más la disparidad de poder entre ambos sexos. El matrimonio en la adolescencia se relaciona estrechamente con los embarazos y partos no planificados que se producen demasiado temprano y son numerosos. Debido a que el organismo de la adolescente no está lo suficientemente maduro como para tolerar los rigores del embarazo y el alumbramiento, las tasas de mortalidad son elevadas tanto entre las madres como entre los recién nacidos.

Los resultados de estudios realizados en 53 países demuestran que las tasas más elevadas de niñas de entre 15 y 19 años que forman parte de "uniones conyugales" —término que comprende tanto a las parejas casadas como las que cohabitan sin estarlo— se registran en África al sur del Sahara, seguida de Asia. Esos resultados abarcan diversos tipos de uniones, como el matrimonio, varias formas de concubinato y la poligamia.

En la mayoría de los países, las tasas de matrimonio son más altas entre las niñas que entre los niños, y en sólo dos de ellos las tasas de matrimonio de varones adolescentes supera el 10%.

Aunque existen muchas razones por las cuales resulta aconsejable que las niñas no se casen hasta después de la adolescencia, esto también entraña riesgos. Las adolescentes solteras que mantienen una vida sexual activa corren peligro de quedar embarazadas y de contraer enfermedades venéreas, incluido el VIH/SIDA.

### Adolescentes casados

Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que están casados o cohabitan con su pareja

	Varones	Mujeres
<b>Países de África al sur del Sahara</b>		
Mali	1	72
Níger	14	57
Uganda	8	47
Burkina Faso	3	44
Camerún	3	41
República Centroafricana	6	39
Nigeria	—	37
Malawi	6	36
Liberia	3	32
Senegal	1	29
Togo	2	27
Zambia	2	27
Cote d'Ivoire	3	26
Tanzania	3	26
Madagascar	9	21
Ghana	2	20
Zimbabue	2	19
Kenya	3	15
Rwanda	3	8
Namibia	—	7
Botswana	1	6
Burundi	4	6
<b>África septentrional/Oriente Medio</b>		
Yemen	13	24
Sudán	3	15
Egipto	3	14
Turquía	5	13
Marruecos	2	12
Túnez	0	4
<b>Asia</b>		
Bangladesh	7	48
India	6	38
Pakistán	4	24
Indonesia	2	17
Tailandia	4	16
Filipinas	4	7
Sri Lanka	1	7
China	1	3
<b>América Latina y el Caribe</b>		
El Salvador	4	24
Guatemala	8	24
Trinidad y Tabago	1	20
República Dominicana	6	18
México	7	18
Ecuador	4	17
Bolivia	3	15
Brasil	2	14
Colombia	6	14
Paraguay	1	14
Perú	3	10
<b>Países industrializados</b>		
Reino Unido	3	11
Polonia	1	8
Estados Unidos	1	8
Francia	1	4
Alemania	0	2
Japón	0	2

Fuente: The Alan Guttmacher Institute, *Into a New World, Young Women's Sexual and Reproductive Lives*, Nueva York, 1998. (Datos correspondientes al período 1986-1996.)

## La brecha en la planificación de la familia

El embarazo no deseado es uno de los acontecimientos más traumatizantes que le puede suceder a una adolescente, ya se trate de una soltera o de una casada. Un estudio reciente indica que a pesar de ello y de que no quieren tener hijos, muchas adolescentes de 15 a 19 años con una vida sexual activa no utilizan ningún método de planificación de la familia.

En más de la mitad de los 46 países que presentaron datos, y en los que habita casi un 50% de la población mundial, por lo menos un 10% de las adolescentes de 15 a 19 años tienen necesidades no satisfechas en materia de servicios de planificación de la familia.

La información no hace mención a la disponibilidad de esos servicios ni aclara si las adolescentes pueden obtenerlos por medios lícitos si son menores de 18 años.

Las tasas más elevadas de carencia en materia de esos servicios se registran en África al sur del Sahara, donde en 20 de los 21 países investigados por lo menos un 20% de las adolescentes no utiliza ningún método anticonceptivo, y donde muchas adolescentes sexualmente activas no están casadas.

En situación similar se encuentran los Estados Unidos, el único país industrializado incluido en el estudio, donde el 9% de las adolescentes solteras de 15 a 19 años tiene necesidades no satisfechas de servicios de planificación de la familia.

Entre las adolescentes casadas, esa carencia sólo afecta al 1% de las adolescentes de esas edades. Las adolescentes embarazadas solteras corren peligros aun mayores, entre ellos la posibilidad de recibir aun menos atención o de sufrir rechazo por parte de sus familias.

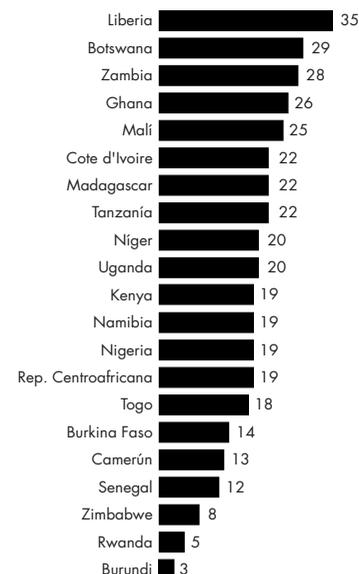
Al demorar el casamiento y el embarazo, las adolescentes tienen mayores oportunidades de recibir más educación y adquirir más experiencia, además de mejorar sus posibilidades y las de sus futuros hijos en materia de salud, nutrición y bienestar.

El UNICEF considera una prioridad alertar a las familias y las adolescentes sobre el peligro potencial de los embarazos prematuros.

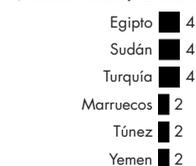
### Una necesidad insatisfecha

Porcentaje de mujeres de 15 a 19 que tienen relaciones sexuales, no desean quedarse embarazadas en lo inmediato y no emplean ningún método anticonceptivo.

#### África al sur del Sahara



#### Oriente Medio/África septentrional



#### Asia



#### América Latina y el Caribe



#### Países industrializados



Fuente: The Alan Guttmacher Institute, *Into a New World, Young Women's Sexual and Reproductive Lives*. Nueva York, 1998.

PAÍSES INDUSTRIALIZADOS  
COMENTARIO



# Penurias en medio de la abundancia

Philip Alston

***A lo largo de la historia, los seres humanos siempre han temido el desamparo. En todos los siglos, los desastres —ya sean naturales u ocasionados por las actividades humanas— han dejado a su paso multitudes de desarraigados: hombres, mujeres y niños sin techo ni cobijo. Aunque resulte muy fácil decir que el desamparo está indisolublemente vinculado con un hecho catastrófico determinado, como la guerra o la hambruna, lo cierto es que hoy en día también es una cruda realidad en algunos de los países más ricos del mundo.***

**M**uchas personas que habitan el mundo industrializado no tendrán esta noche donde dormir, ni lo tuvieron ayer, ni lo tendrán mañana. Esos seres, que suman decenas o cientos o miles, deambulan por las calles de ciudades grandes y prósperas, frecuentemente con niños en sus brazos, buscando un calor, una seguridad y una estabilidad cada día más difícil obtener.

Diversos estudios demuestran la magnitud del problema. Se calcula, por ejemplo, que en 15 países de la Unión Europea hay unos 3 millones de personas que carecen de hogar permanente. Aunque en Alemania no se realicen encuestas oficiales sobre el desamparo, una organización no gubernamental calcula que en el país hay unas 850.000 personas afectadas por ese problema, de las cuales sólo una tercera parte son inmigrantes.

Pero el problema no se limita a la

Unión Europea. En los Estados Unidos, todas las noches hay unas 750.000 personas que carecen de vivienda. En Toronto, la mayor ciudad del Canadá, a fines de 1997 los refugios de emergencia albergaban a unas 6.500 personas por noche, lo que representó un aumento de más del 66% en apenas un año.

Debido a que, por lo general, son más pobres que los hombres, las mujeres corren más peligro de quedar en la calle. Si la mujer está sola, o tiene una familia a su cargo, o trata desesperadamente de escapar de la violencia y el abuso en su hogar, las perspectivas que tiene frente a sí suelen ser especialmente lóbregas. Por ejemplo, se calcula que en el Reino Unido, casi la mitad de las mujeres que trabajan no gana suficiente dinero para alquilar una vivienda de un dormitorio. En los Estados Unidos, una de cada tres familias está encabezada por una mujer, pero la mitad de las familias a cargo de mujeres

viven en situación de pobreza.

Un estudio realizado en 11 ciudades de los Estados Unidos demostró que, como promedio, para poder pagar el alquiler de un apartamento de dos dormitorios al costo del mercado es necesario ganar 10,73 dólares por hora, lo que representa una suma más de dos veces superior al salario mínimo actual, de 5,15 dólares por hora. Y esos cálculos se basan en el supuesto de que el inquilino podría gastar una tercera parte de sus ingresos en el alquiler de la vivienda. Cabe recordar que las mujeres desempeñan el grueso de los empleos de baja jerarquía del sector de servicios, donde se les paga un salario mínimo.

Aunque las estadísticas sobre los desamparados no abundan —ya que, por lo general, a la hora de los censos ese sector de la población literalmente “no cuenta”— muchos de los desamparados sobre los que existe constancia son niños, incluso niños de muy corta edad. En 1996, unos 5,5 millones de niños estadounidenses vivían en situación de pobreza, y cabe suponer que muchos de ellos estaban relegados a vivir en la calle.

El estudio llevado a cabo en Alemania que se mencionó previamente indicó que una tercera parte de los desamparados eran niños o adolescentes, y según cálculos fidedignos, en 1995 había en el Reino Unido casi 250.000 desamparados de 16 a 24 años de edad.

En Australia, se calcula en unos 21.000 el número constante de desamparados de 12 a 18 años.

Y en los últimos 20 años, en muchas naciones industrializadas ha aumentado el número de familias a cargo de un solo adulto —por lo general la madre— de las cuales un elevado porcentaje vive por debajo del nivel de pobreza, espe-

cialmente en Australia, el Canadá y los Estados Unidos.

El artículo 27 de la Convención sobre los Derechos del Niño establece que “los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social”. Por su propia naturaleza, el desamparo priva a los niños afectados de todos y cada uno de esos derechos.

Los jóvenes desamparados tienen en general el doble de probabilidades que la población de su misma edad de padecer enfermedades crónicas como las infecciones de las vías respiratorias y el aparato auditivo, los trastornos gastrointestinales y las enfermedades venéreas, entre ellas el VIH/SIDA. En los Estados Unidos, una niña en la primera adolescencia tiene en general 14 veces más probabilidades de quedar embarazada si carece de hogar que las niñas de su edad. En Bélgica, la mitad de los desamparados que buscan cobijo en los refugios abandonaron sus estudios durante la enseñanza primaria o inmediatamente después de terminar ese ciclo escolar. En Alemania, 8 de cada 10 personas desamparadas que viven en refugios sólo han recibido educación primaria o nunca cursaron estudios básicos, mientras que en Luxemburgo, la relación es de 9 de cada 10.

Lejos de disfrutar del derecho “a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social”, los niños de la calle sufren los efectos acumulativos de la pobreza, el hambre, la disolución de las familias, el aislamiento social y, con frecuencia, la violencia y el abuso. Obligados a valerse por ellos mismos antes de adquirir una identidad personal o de madurar, y debido a que no

Philip Alston es desde 1991 Presidente del Comité de las Naciones Unidas sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El Sr. Alston es también Presidente de la Reunión de Presidentes de los seis organismos de expertos de las Naciones Unidas responsables de la supervisión de los principales tratados de derechos humanos. Además, es Director de un proyecto destinado a elaborar el borrador de un Programa de Derechos Humanos de la Unión Europea para el nuevo milenio. El Sr. Alston es Profesor de Derecho Internacional y Director del Departamento de Derecho del Instituto de la Universidad Europea en Florencia (Italia).

# PAÍSES INDUSTRIALIZADOS

## COMENTARIO

cuentan con la estabilidad necesaria para lograr confianza en sí mismos ni con las aptitudes ni la educación requeridas para hacer frente a los rigores que les impone la vida, los niños de la calle corren grave peligro de caer en la prostitución, el consumo de drogas y varias formas de conducta criminal. Esas actividades constituyen a veces los únicos medios de supervivencia de los que disponen esos niños. Debido a que por lo general no han tratado con adultos en quienes poder depositar su confianza, los adolescentes que se valen por sus propios medios pueden sospechar que los ofrecimientos de ayuda que se les hacen son sólo intentos de capturarlos y retenerlos, y pueden rechazar los servicios que más necesitan.

A muchos niños en esa situación sólo les queda una salida. Un estudio llevado a cabo en 1995 en los Estados Unidos estableció que el 26% de los jóvenes que asistían a los refugios de emergencia y el 32% de los que vivían en la calle habían tratado de suicidarse por lo menos en una ocasión.

Esto ocurre mientras el mundo industrializado alcanza niveles asombrosos de prosperidad económica. Entre 1980 y 1995, el producto nacional bruto per cápita de 12 países industrializados aumentó a más del doble.

En los países industrializados se registra un aumento de la concentración de la riqueza y la necesidad, a medida que crece la disparidad económica entre los empresarios y los profesionales con educación sólida y buenos salarios por un lado, y quienes carecen prácticamente de poder social, político y económico, por otro. A estos últimos se les considera “bajas incidentales”, la consecuencia lamentable pero inevitable de una vasta gama de cambios fundamentales en el ámbito laboral. Muchos empleos bien remunerados y con dedicación exclusiva que satisfacían a quienes los desempeñaban han desaparecido. El empleo cada vez mayor de trabajadores con dedicación parcial o a destajo socava la estabilidad familiar y comunitaria.

Esa inestabilidad refleja los cambios que sufren las estructuras familiares, a las que debilitan aun más. Hoy en día es cada vez mayor el número de hogares en los que el

hombre y la mujer deben trabajar para que el núcleo familiar pueda siquiera subsistir.

Al mismo tiempo, la denigración de un gobierno solidario —fenómeno que ha sido particularmente pronunciado en países como Australia, el Canadá, los Estados Unidos, Nueva Zelandia y el Reino Unido— ha causado una reducción de las inversiones públicas en la vivienda y en los organismos de gobierno locales y las organizaciones sin fines de lucro dedicadas a esa cuestión social. De manera paralela se ha producido la denigración de los propios pobres, llegando, en algunos casos, al empleo de epítetos como “reinas del bienestar social” para injuriar a mujeres que reciben ese tipo de asistencia pública. En ese clima, a las comunidades les resulta más fácil reducir los fondos y los programas destinados a ayudar a sus miembros más débiles.

### Excluir a los pobres

El desamparo es el resultado previsible de las políticas de los sectores público y privado que excluyen a los pobres de la revolución económica al mismo tiempo que debilitan las redes de protección social en nombre de “la competitividad global”. Ese orden de cosas se perpetúa asimismo debido a la profunda renuencia a atacar las causas del problema.

Las sociedades dejan de lado conceptos tales como la existencia de un contrato social, la comunidad, la preocupación por el bien a largo plazo y hasta la moral pública mientras sus integrantes prefieren ignorar que a la par del incremento de los niveles de prosperidad aumenta el número de desamparados, cuya situación se agrava. Los principios de los derechos económicos y sociales —una parte integral de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, cuyo cincuentenario se celebra actualmente con gran fanfarria— se pisotean sin respeto ni consideración.

La ausencia de una conciencia colectiva sobre ese fenómeno —en una época en que la bonanza económica y la liberalización de los mecanismos de control del sector privado han provocado un veloz incremento del costo de los alquileres— ha permitido que en el Reino Unido y otros países se hayan vendido viviendas públicas a sus ocupantes o a propietarios

interesados en arrendarlas sin consideración a la necesidad de ofrecer medidas compensatorias para aquellos que permanecen sin hogar o que se suman a la cifra de personas desamparadas.

A pesar de las garantías dadas por los gobiernos en el sentido de que existe una oferta de viviendas económicas en un número suficiente, la expansión vertiginosa del mercado inmobiliario ha traído aparejado el asentamiento de personas y familias de mayor poder adquisitivo en vecindarios que en el pasado habían ofrecido vivienda a bajo costo a los pobres.

Debido al aumento del número de trabajadores desempleados, subempleados o mal remunerados, una cantidad creciente de personas depende de los pagos de sistemas de bienestar social en franco retroceso. En muchos países, el blanco de las políticas de esta índole es, una vez más, la población juvenil. Desde 1988, por ejemplo en el Reino Unido se niegan beneficios de bienestar social a las personas de 16 y 17 años, lo que ha sido uno de los factores determinantes del aumento del número de jóvenes desamparados en esa nación.

Aunque las enfermedades mentales, las drogas y el alcoholismo continúan destruyendo vidas, se asignan recursos cada vez menores a la lucha contra esos problemas. En los Estados Unidos se clausuraron establecimientos para enfermos mentales a fin de que éstos pudieran vivir en viviendas comunitarias que debían constituir ámbitos más humanitarios. Sin embargo, esos alojamientos sufren las consecuencias de la carencia crónica de fondos suficientes. Aunque muchas personas en esas circunstancias estén ansiosas por convivir con otros, la falta de servicios de apoyo y respaldo adecuados las lleva a tratar de valerse por ellas mismas en la calle.

Los habitantes del mundo industrializado viven afectados de una manera u otra por las consecuencias de los cambios que han tenido lugar y de nuestras respuestas (o la falta de ellas) ante los mismos. En España, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo y Portugal, el número de familias que viven por debajo del nivel de pobreza excede por un amplio margen el número de viviendas públicas disponibles. En

España, por ejemplo, unos dos millones de familias que cumplen con los requisitos para obtener vivienda pública compiten por sólo 200.000 unidades disponibles. Y en Grecia, donde unas 650.000 familias viven en situación de pobreza, la vivienda social ni siquiera existe.

Cada vez resulta más fácil ir a parar de un empleo marginal (e incluso de un cargo directivo) a la calle, pero es mucho más difícil —prácticamente imposible— recorrer ese camino en sentido inverso. Los obstáculos son desalentadores: la falta de domicilio permanente, de un lugar donde asearse, de dinero para gastos de transportación en la búsqueda de empleo, y de un número de teléfono al que puedan llamar los posibles patronos. Y ahora los gobiernos imponen obstáculos aun mayores al reducir la asistencia y condicionarla al desempeño de determinados trabajos, o de ocupaciones que de trabajo sólo tienen el nombre; al exigir que las mujeres con hijos de corta edad se integren a la fuerza laboral (aunque no dispongan de sistemas de cuidado de los niños seguros y adecuados); y al rechazar a un número mayor de solicitantes mediante el aumento de los requisitos para obtener ayuda. Aunque estas pautas no se aplican exactamente en todas partes —los países escandinavos constituyen excepciones, por ejemplo— se repiten con suficiente frecuencia como para indicar que se trata de una práctica generalizada.

En su afán por negar las pruebas de la existencia de problemas económicos o sociales, un número creciente de comunidades se ha inclinado por castigar como delito la falta de vivienda. Se trata de una política tan cínica como fútil. Para fines de 1996, tres cuartas partes de las 50 mayores ciudades de los Estados Unidos habían impuesto leyes contra la mendicidad. En Seattle, por ejemplo, las autoridades han ordenado que se apliquen con firmeza las ordenanzas contra la holgazanería en las aceras y la invasión de la propiedad, para impedir que los desamparados puedan sentarse en los bancos del centro de la ciudad. De la misma manera que se niegan sus derechos, se trata de negar la existencia de los desamparados.

Resulta relativamente fácil otorgar “derechos” a las personas, incluso



UNICEF/97-0221/Press U.S.A.

*La falta de techo impide la satisfacción de los derechos y el desarrollo de una vida normal. Esta familia de cinco personas, que ha sobrepasado el tiempo que les correspondía para permanecer en un refugio, comparte provisionalmente la habitación de un hotel en Daytona Beach, Florida (Estados Unidos). Los niños, de 7 a 13 años, no acuden a la escuela.*

el derecho a la vivienda. Hace 50 años, la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamó que todos los habitantes del planeta disfrutaran del derecho a "un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda...". Desde entonces, el derecho a una vivienda decente ha sido consagrado en 11 tratados más.

Lo que resulta más complicado, por supuesto, es lograr la vigencia de esos derechos. Hasta los refugios de emergencia, las viviendas a las que se acude como último recurso, escasean. En Los Angeles, por ejemplo, aunque las plazas en los refugios aumentaron entre 1986 y 1996 a más del triple, ya que pasaron de 3.500 a 10.800, aún hay entre cinco y ocho personas desamparadas por cada plaza disponible en los albergues.

Los participantes de la Segunda Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Habitat II, Estambul, 1996) y los de la Cumbre Mundial de la Alimentación (Roma, 1996) realizaron un enorme esfuerzo durante arduas horas para obtener un respaldo a regañadientes de los derechos a la vivienda y la alimentación, respectivamente. En todo el mundo industrializado, el derecho a la vivienda

se considera como si fuera un principio elevado, pero remoto. Quizá se trate de un problema de percepción: que la vigencia del derecho consagrado a la vivienda implicaría el compromiso de ejecutar vastos programas de construcción de hogares y de mantener constantemente un número suficiente de viviendas asequibles.

En realidad, lo más necesario es que se adquiera el compromiso de generar las condiciones requeridas para que todos tengan acceso a la vivienda. Esto implica la remoción de obstáculos tales como la enorme diferencia entre los salarios mínimos y el costo de una vivienda decente, además del establecimiento de alianzas entre las personas desamparadas, las agrupaciones que les prestan servicios y les dan apoyo, y los gobiernos locales. Lamentablemente, el sector privado, que con frecuencia es una fuente de soluciones originales, no ha demostrado un interés constante en la resolución del problema, ya que no lo considera como parte de sus responsabilidades. Pero ahora el sector privado debe participar de alguna manera en la creación de viviendas asequibles y reconocer que para que los niños puedan contar con un futuro sano deben cumplirse determinadas condiciones, y que una de ellas es que tengan donde vivir.

Los países que no tomen estas medidas están condenados a seguir sufriendo la crisis del desamparo. En virtud de la Ley McKinney, los Estados Unidos han invertido más de 10.000 millones de dólares en ayuda a los desamparados. Además de suministrarles alimentos de emergencia y de proveerles albergue y atención de la salud, la Ley ha posibilitado la asignación de fondos para asistir a los jóvenes prófugos de sus hogares, y la toma de iniciativas orientadas a ayudar a los desamparados a reintegrarse al mercado inmobiliario y a que los niños desamparados asistan a la escuela.

No hay duda de que desde 1987, año en que entró en vigor, la Ley ha ayudado a que centenares de miles de estadounidenses abandonen las filas de los desamparados. Pero debido a la tendencia a responder ante los síntomas del desamparo en lugar de atacar sus causas, es de suponer que el problema siga creciendo.

Hay, sin embargo, algunas razones para sentirse moderadamente optimistas. Varios países industrializados, especialmente en Europa, han demostrado una notable imaginación en la búsqueda de soluciones. Bélgica, España, Finlandia, los Países Bajos y Portugal han incorporado el derecho a la vivienda en sus constituciones nacionales. Aunque se trate más bien de declaraciones de propósitos que de una consagración de tal derecho, esas medidas indican que la actitud ante el desamparo adquiere lentamente un carácter más humano y realista. Es necesario que otros países se incorporen haciendo un hincapié más sostenido y práctico sobre la necesidad de considerar la vivienda como un derecho humano.

Varias ciudades belgas imponen gravámenes a las viviendas deshabitadas a fin de impedir que se descuiden los edificios con afán especulativo. En Gante, en apenas cinco años, esa política ha logrado reducir a la mitad el número de viviendas inscritas como deshabitadas.

Francia ha puesto en marcha un ambicioso programa de construcción de casas para los sectores en situación desventajosa y la incautación de viviendas abandonadas de propietarios institucionales.

En Austria, la Oficina de asistencia especial a las personas amenazadas por el desalojo ofrece orientación para que quienes se encuentren en esas circunstancias puedan organizar sus finanzas. Gracias a ese servicio se logra que los inquilinos paguen un 60% de los alquileres adeudados y se previenen los desalojos, que resultan muy costosos para los contribuyentes.

Los esfuerzos más concertados y eficaces para lograr soluciones definitivas quizá sean los realizados por Finlandia donde, tras la celebración en 1987 del Año Internacional de la Vivienda para las Personas sin Hogar, el Gobierno dio una respuesta multifacética al problema. Esta respuesta abarca la construcción de viviendas y la prestación de servicios sanitarios y sociales, y la obligación de suministrar a toda persona o familia desamparada una vivienda que cumpla con requisitos mínimos de habitabilidad. De esa manera, el número de desamparados se redujo a la mitad en 10 años.

Finlandia también entendió que los desamparados, y sobre todo los jóvenes, necesitan más que un techo, y creó un programa que aloja a los adolescentes desamparados junto a "familias de apoyo" que ayudan a los jóvenes a mantenerse en la buena senda.

No hay duda de que si contamos con la voluntad política necesaria para eliminar los sofocantes obstáculos y poner en práctica soluciones originales, el desamparo es un problema que se puede resolver.

Deberíamos celebrar la llegada del nuevo milenio poniendo en práctica nuevos planes y nuevas ideas y renovando nuestro compromiso de eliminar el desamparo que han sufrido innumerables seres humanos a lo largo de la historia. A principios de este siglo John Dewey, un gran educador estadounidense, enunció claramente cuál debería ser la meta. Ese objetivo, tan anhelado como distante, fue descrito por Dewey de la siguiente manera: "Lo que el padre más bueno y sabio desea para sus hijos debe ser también lo que la comunidad ambiciosa desea para todos los niños". ■

# PAÍSES INDUSTRIALIZADOS

## AVANCES Y DISPARIIDADES

### Desciende la mortalidad infantil

Debido a que en los países industrializados las tasas de mortalidad infantil y juvenil son bajas, se podría pensar que no queda mucho por mejorar. Y sin embargo, las tasas de mortalidad de los menores de 20 años han disminuido en forma notable en esos países en los últimos decenios. Las tasas de mortalidad de los niños y las niñas correspondientes a 1993, son más de dos veces inferiores a las de 1970.

A pesar de ello, los varones tienen un 50% más de probabilidades de morir que las niñas. Las tasas de mortalidad de los niños disminuyeron de 184 a 84 por cada 100.000 entre 1970 y 1993, mientras que las de las niñas se redujeron en el mismo período de 126 a 57 por cada 100.000. En todos países industrializados, las tasas de mortalidad de los niños son más elevadas que las de las niñas.

En Portugal se registra la mayor disparidad entre las tasas de mortalidad de los niños y las de las niñas, ya que en

1993 las muertes de los varones superaban en un 72% a las de las niñas. La menor disparidad ocurre en Israel, donde la tasa de mortalidad de los niños es un 25% superior a la de las niñas.

También hay importantes disparidades entre distintos países. Rumania tiene las más altas tasas de mortalidad combinadas: de 179 por cada 100.000 en los niños, y 127 por cada 100.000 en las niñas. Japón registra las menores tasas combinadas: 54 por cada 100.000 en los niños y 35 por cada 100.000 en las niñas.

La mayoría de las reducciones en las tasas de mortalidad de los menores de 20 años se produjeron entre los menores de 5 años, debido sobre todo a los avances en la atención de la salud. Las tasas de mortalidad de los niños entre los 15 y los 19 años (niños y niñas) descendieron la mitad de las de los menores de 5 años. La mayor parte de las muertes de niños de mayor edad se debe a accidentes.

### Países donde las tasas de mortalidad de los niños superan a las de las niñas

	Muertes por cada 100.000 habitantes de 0-19 años, 1993		% de disminución de la tasa de mortalidad, 1970 a 1993		% en que la tasa masculina supera a la femenina 1993
	Niños	Niñas	Niños	Niñas	
Israel	80	64	-	-	25
Grecia	71	51	69	72	39
Suecia	57	41	52	48	39
Países Bajos	66	47	53	50	40
Bulgaria	137	97	45	46	41
Hungría	106	75	61	62	41
Rumania	179	127	60	65	41
Reino Unido	68	48	60	60	42
Alemania	65	45	-	-	44
Suiza	69	48	58	56	44
Dinamarca	71	49	51	47	45
Polonia	113	78	52	54	45
Australia	73	49	61	62	49
Canadá	73	49	57	57	49
Estados Unidos	104	69	45	45	51
Nueva Zelandia	102	67	45	46	52
Finlandia	61	40	56	54	53
Francia	72	47	56	58	53
Japón	54	35	67	68	54
España	71	46	-	-	54
Austria	82	53	65	66	55
Noruega	70	45	53	51	57
Rep. Checa	90	57	-	-	58
Fed. de Rusia	181	110	-	-	65
Portugal	115	67	-	-	72

Fuente: UNICEF, en base a datos proporcionados por la OMS.

### La eliminación del plomo

El saturnismo tiene graves consecuencias para la salud, especialmente en el caso de los niños, y además es un problema para el que no hay una cura simple. Resulta alentador que en el mundo industrializado se esté reduciendo el grado en que la población está expuesta a los efectos del plomo, un avance que se refleja en la correspondiente reducción de los niveles de plomo en la sangre, tanto en los niños como en los adultos.

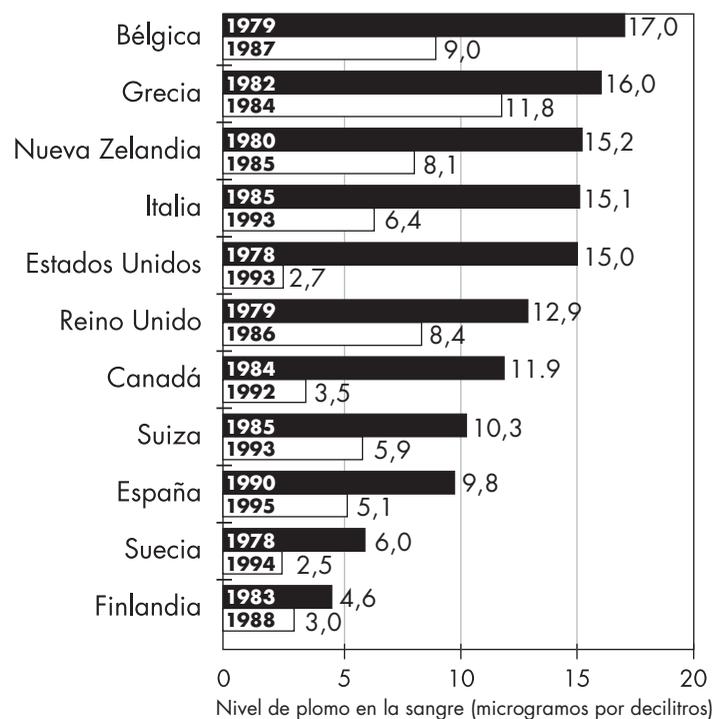
De los 11 países de los que se dispone de datos, los Estados Unidos han conseguido la mayor reducción de niveles de plomo en la sangre, ya que en 15 años esa nación ha conseguido una disminución del 82%. El Canadá ocupa el segundo lugar, habiendo reducido los niveles de plomo en la sangre en un 71% en ocho años. Le siguen Italia y Suecia, que lograron una reducción del 58% en ocho y 16 años, respectivamente. Una parte considerable de esos éxitos se debe a la reducción del contenido de plomo en la gasolina, aunque también ha sido un factor la eliminación de ese mineral de otros materiales que entran en contacto con los seres humanos, como, por ejemplo, las soldaduras de las latas de alimentos. El Organismo para la Protección del Medio Ambiente de los Estados Unidos informa que

mediante la eliminación de la gasolina con plomo ese país ahorra anualmente más de 400 millones de dólares en costos de atención infantil.

El plomo puede causar lesiones al cerebro, los riñones y el aparato sexual de los niños. Una exposición elevada puede provocar estado de coma, convulsiones y la muerte. Pero aún los niveles bajos de intoxicación con plomo pueden causar reducción del cociente intelectual y de la capacidad de concentración, problemas de aprendizaje y de lectura, hiperactividad, problemas de comportamiento, cortedad de talla y pérdida de la audición.

En años recientes, a medida que han aumentado las pruebas sobre la toxicidad del plomo en la sangre incluso en pequeñas concentraciones, las autoridades sanitarias han fijado límites cada vez más bajos para los niveles de plomo aceptables, y los países han tomado medidas para reducir los riesgos de intoxicación a causa del contacto con ese metal. En 1991, los Estados Unidos fijaron el "nivel mínimo de alarma" por la presencia de plomo en la sangre de los niños en 10 microgramos por decilitro, y desde entonces otras naciones han adoptado esa norma. Sin embargo aún no se ha podido fijar un nivel mínimo de plomo que no represente peligro.

### Descienden los niveles de plomo



Fuentes: Fanelli, James J., *An analysis of worldwide studies detailing the effects of the reduction of gasoline lead on air lead and blood lead*, Center for Energy and Environmental Studies, Princeton University, 1997; y Centers for Disease Control and Prevention, 'Update: Blood lead levels - United States, 1991-94', *Mortality and Morbidity Weekly Report*, vol. 46, no. 7, 1997.



UNICEF/96-027V/Toutoumji

La asistencia debe dirigirse a resolver las necesidades básicas de la gente, como el agua y el saneamiento. Dos niñas utilizan una bomba de agua en un poblado cerca de Asyut, Egipto.

## Con la mira puesta en la pobreza

Los servicios sociales constituyen un elemento fundamental en la lucha contra la pobreza. Por lo tanto, es esencial garantizar a la población el acceso a la instrucción escolar, la atención de la salud, la nutrición adecuada, y los servicios de planificación de la familia y de agua potable y saneamiento ambiental. UNICEF y otros organismos promueven la Iniciativa 20/20, que insta a los países donantes y en desarrollo a asignar un 20% de la asistencia para el desarrollo y un 20% de los presupuestos nacionales a los servicios básicos.

Los informes de los países donantes sobre la ayuda que destinan a los servicios básicos son cada vez más explícitos y transparentes. Los tres últimos informes anuales sobre asistencia de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) han incluido datos acerca de la asistencia bilateral (o de un país a otro) destinada a los servicios de educación básica y de atención básica de la salud. De los 21 países que

figuraron en el informe más reciente, 16 brindaron datos sobre por lo menos una de esas categorías.

De los países que dieron a conocer esos datos en 1995, los Estados Unidos emplearon la porción más elevada de su asistencia bilateral, un 5,3%, en los servicios de atención básica de la

salud. Alemania asignó el 4% de su asistencia bilateral a la educación básica, lo que representa la tasa más elevada en ese rubro entre todos los países que brindaron información al respecto. Estas cifras resultan desalentadoras si se las compara con la meta de un 20%.

### Ayuda para los servicios básicos

	% de la ayuda total (1995) destinada a:		% de la ayuda total (1995) destinada a:	
	Educación básica	Servicios básicos de la salud	Educación básica	Servicios básicos de la salud
Estados Unidos	1,8	5,3	Japón	0,5
Suecia	3,1	5,0	Suiza	0,4
Australia	2,6	3,7	Austria	-
Bélgica	0,3	3,6	Portugal	0,1
Noruega	1,1	3,5	Dinamarca	-
Canadá	0,1	3,1	Francia	-
España	0,9	3,0	Irlanda	-
Países Bajos	1,2	2,9	Luxemburgo	-
Alemania	4,0	1,4	Reino Unido	-
Italia	-	1,4	<b>Total</b>	<b>1,2</b>
Finlandia	-	0,9		<b>1,7</b>
Nueva Zelandia	0,1	0,7		

Fuente: OCDE, *Development Cooperation* (Informe 1997), 1998.

## ¿Va la asistencia rumbo a la extinción?

En 1996, por quinto año consecutivo, la asistencia para el desarrollo que proveen los países industrializados volvió a disminuir, ya que totalizó unos 55.500 millones de dólares, es decir, una reducción del 4% con respecto a 1995 y del 16% en relación al mayor nivel de ayuda en 1992. De mantenerse estas tasas de disminución de la ayuda, la asistencia oficial para el desarrollo podría dejar de existir hacia el año 2015. Esta tendencia representa una grave amenaza a la intención declarada de los países donantes de reducir la brecha que separa a los privilegiados y a los desposeídos, ya se trate de países o de sectores de la población de naciones específicas. Los países donantes se habían fijado conseguir en el año 2015 una reducción del 50% en el número de personas que viven en estado de pobreza absoluta y que disponen de un dólar o menos por día, una cantidad que hoy día asciende a 1.300 millones.

La asistencia oficial para el desarrollo en proporción al PNB de los países donantes, que permite medir su capacidad para prestar ayuda, se redujo en 1996 al 0,25%, como promedio. En 1990, esa asistencia había representado el 0,34% del PNB de las naciones donantes. La tasa de asistencia para el desarrollo de 1996 es la más baja desde

1970, año en que se acordó que los países donantes aportarían el 0,7% de su PNB al desarrollo. Dinamarca, los Países Bajos, Noruega y Suecia son los únicos países que han brindado constantemente ayuda en cantidades que superan la meta fijada. Dinamarca encabeza la lista, ya que asigna el 1,05% de su PNB a la ayuda, mientras que los Estados Unidos, que donan el 0,12%, figuran en el último lugar.

Dinamarca también ocupa el primer puesto en materia de ayuda por habitante, dado que aporta 338 dólares per cápita, mientras que Portugal, con 22 dólares per cápita, tiene la menor tasa de ayuda por persona. Japón y los Estados Unidos son los mayores donantes en cantidades absolutas de dinero.

Si todos los países donantes hubieran cumplido con la meta fijada en materia de ayuda, el monto total anual de la asistencia oficial para el desarrollo superaría al actual en unos 100.000 millones de dólares. En un plazo de 10 años, esa ayuda sería más que suficiente para garantizar que todos los habitantes de los países en desarrollo contarán con acceso a servicios sociales esenciales como la educación básica, la atención de la salud, la planificación de la familia, la nutrición adecuada y los servicios de agua potable y saneamiento ambiental.

### La asistencia desaparece...

	Montos (en dólares 1996)				
	AOD en relación al PNB de las naciones donantes %1996	AOD en relación al PNB de las naciones donantes %1990	Total de la ayuda (miles de millones \$) 1996	Ayuda por persona (\$) 1996	Cambio por persona (\$) respecto a 1990
Dinamarca	1,05	1,03	1,8	338	66
Suecia	0,88	0,99	2,0	227	-23
Noruega	0,87	1,23	1,3	302	-9
Países Bajos	0,80	0,98	3,2	208	1
Francia	0,49	0,65	7,5	128	-26
Luxemburgo	0,44	0,23	0,1	199	106
Bélgica	0,34	0,57	0,9	90	-24
Finlandia	0,34	0,65	0,4	80	-79
Canadá	0,32	0,43	1,8	60	-22
Alemania	0,32	0,36	7,6	93	-8
Suiza	0,32	0,34	1,0	142	2
Australia	0,31	0,33	1,1	62	-1
Irlanda	0,29	0,17	0,2	50	33
Reino Unido	0,28	0,28	3,2	55	6
Austria	0,24	0,27	0,6	69	3
Nueva Zelandia	0,22	0,22	0,1	34	-2
Portugal	0,22	0,31	0,2	22	0
España	0,22	0,22	1,3	32	5
Italia	0,21	0,35	2,4	42	-20
Japón	0,18	0,29	9,4	75	-26
Estados Unidos	0,12	0,21	9,4	35	-17
<b>Promedio</b>	<b>0,25</b>	<b>0,34</b>	<b>Total \$ 55,5</b>	<b>Prom. \$68</b>	<b>-15</b>

Fuente: OCDE, *Development Cooperation* (Informe 1997), 1998.

## 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) 1996	Población menor 18 años (millones) 1996	Nacimientos anuales (miles) 1996	Muertes anuales menores 5 años (miles) 1996	Tasa mortalidad menores 5 años (miles) 1996	PNB per cápita (dólares) 1996	Menores 5 años con bajo peso (%) 1987-97	Matriculación y asistencia enseñanza primaria <sup>a/</sup> (%) 1987-97	Tasa global de fecundidad 1996	Tasa de mortalidad materna <sup>b/</sup> 1990
<b>ÁFRICA AL SUR DEL SAHARA</b>										
Angola	11,2	6,0	546	159	292	270	-	-	6,8	1500
Benin	5,6	3,1	238	40	169	350	29	43 y	6,0	990
Botswana	1,5	0,7	52	3	50	3020	15	96	4,6	250
Burkina Faso	10,8	5,8	501	87	173	230	30	33 y	6,7	930
Burundi	6,2	3,3	272	48	176	170	37	52	6,4	1300
Camerún	13,6	6,9	539	55	102	610	14	65 y	5,4	550
Chad	6,5	3,2	275	54	198	160	-	41	5,6	1500
Congo	2,7	1,4	115	12	108	670	17	-	6,0	890
Congo, Rep. Dem.	46,8	25,1	2135	442	207	130	34	56 y	6,4	870
Côte d'Ivoire	14,0	7,2	523	78	150	660	24	53 y	5,3	810
Eritrea	3,3	1,7	135	16	120	100	44	31	5,5	1400
Etiopía	58,2	30,6	2856	506	177	100	48	24	7,0	1400
Gabón	1,1	0,5	41	6	145	3950	-	86 y	5,3	500
Gambia	1,1	0,5	46	4	92	320	21	47 y	5,3	1100
Ghana	17,8	9,1	692	76	110	360	27	70 y	5,4	740
Guinea	7,5	4,0	359	75	210	560	26	33 y	6,7	1600
Guinea-Bissau	1,1	0,5	44	10	223	250	-	45	5,5	910
Kenya	27,8	14,7	1027	92	90	320	23	84 y	5,0	650
Lesotho	2,1	1,0	74	10	139	660	16	75 y	5,0	610
Liberia	2,2	1,1	121	28	235	490	-	56 y	6,5	560
Madagascar	15,4	8,2	643	105	164	250	34	62 y	5,8	490
Malawi	9,8	5,3	487	106	217	180	30	83 y	6,8	560
Malí	11,1	6,0	539	130	241	240	27	41 y	6,8	1200
Mauritania	2,3	1,2	90	16	183	470	23	54 y	5,1	930
Mauricio	1,1	0,4	22	1	23	3710	16	96	2,3	120
Mozambique	17,8	9,1	763	163	214	80	27	40	6,2	1500
Namibia	1,6	0,8	57	4	77	2250	26	92	5,0	370
Níger	9,5	5,2	484	155	320	200	43	26 y	7,2	1200
Nigeria	115,0	59,7	4975	950	191	240	36	59 y	6,1	1000
Rep. Centroafricana	3,3	1,6	127	22	173	310	27	63 y	5,1	700
Rwanda	5,4	2,9	263	45	170	190	29	61 y	6,2	1300
Senegal	8,5	4,4	356	45	127	570	22	45 y	5,8	1200
Sierra Leona	4,3	2,2	207	65	316	200	29	48	6,2	1800
Somalia	9,8	5,3	504	106	211	110	-	-	7,0	1600
Sudáfrica	42,4	18,4	1280	84	66	3520	9	96	3,9	230
Tanzanía	30,8	16,2	1281	184	144	170	27	48	5,6	770
Togo	4,2	2,2	179	22	125	300	19	85	6,2	640
Uganda	20,3	11,2	1040	147	141	300	26	64 y	7,1	1200
Zambia	8,3	4,6	356	72	202	360	24	75	5,6	940
Zimbabwe	11,4	5,8	436	35	80	610	16	91 y	4,8	570
<b>ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL</b>										
Arabia Saudita	18,8	9,0	657	20	30	7040	-	62	6,0	130
Argelia	28,8	13,1	857	33	39	1520	13	95	4,0	160
Egipto	63,3	27,8	1690	132	78	1080	15	78 y	3,5	170
Em. Árabes Unidos	2,3	0,8	42	0	10	17400	14	83	3,6	26
Irán	70,0	35,7	2446	91	37	1033	16	96 y	4,9	120
Iraq	20,6	10,1	770	94	122	1036	23	83 y	5,4	310
Israel	5,7	2,0	115	1	6	15870	-	-	2,8	7
Jordania	5,6	2,8	211	5	25	1650	9	89	5,3	150
Kuwait	1,7	0,8	40	1	14	17390	-	65	2,9	29
Líbano	3,1	1,2	76	3	40	2970	3	-	2,9	300
Libia	5,6	2,9	227	14	61	5540	5	97	6,1	220
Marruecos	27,0	11,5	714	53	74	1290	9	72	3,3	610
Omán	2,3	1,2	102	2	18	4820	23	71	7,2	190
Sudán	27,3	13,0	929	108	116	310	34	55 y	4,7	660

	Población (millones) 1996	Población menor 18 años (millones) 1996	Nacimientos anuales (miles) 1996	Muertes anuales menores 5 años (miles) 1996	Tasa mortalidad menores 5 años (miles) 1996	PNB per cápita (dólares) 1996	Menores 5 años con bajo peso (%) 1987-97	Matriculación y asistencia enseñanza primaria <sup>a/</sup> (%) 1987-97	Tasa global de fecundidad 1996	Tasa de mortalidad materna <sup>b/</sup> 1990
Siria	14,6	7,5	450	15	34	1160	13	97 y	4,2	180
Túnez	9,2	3,7	223	8	35	1930	9	97	3,0	170
Turquía	61,8	23,0	1371	64	47	2830	10	86 y	2,6	180
Yemen	15,7	8,5	756	79	105	380	39	57 y	7,6	1400

ASIA CENTRAL

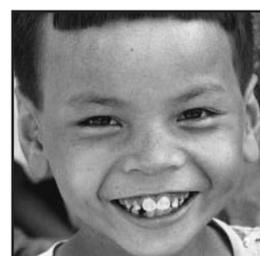
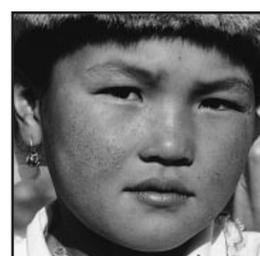
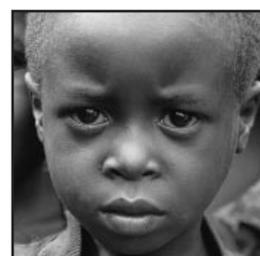
Afganistán	20,9	9,7	1127	290	257	250	-	24 y	6,9	1700
Armenia	3,6	1,2	50	2	30	630	-	-	1,8	50
Azerbaiyán	7,6	2,8	154	7	44	480	10	-	2,4	22
Georgia	5,4	1,5	77	2	29	850	-	82	2,0	33
Kazajistán	16,8	5,9	312	14	45	1350	8	-	2,4	80
Kirguistán	4,5	1,9	117	6	50	550	-	86 y	3,3	110
Tajikistán	5,9	2,8	184	14	76	340	-	-	4,0	130
Turkmenistán	4,2	1,9	122	10	78	940	-	80 y	3,7	55
Uzbekistán	23,2	10,6	674	40	60	1010	19	95	3,6	55

ASIA SURORIENTAL Y EL PACÍFICO

Australia	18,1	4,6	262	2	6	20090	-	98	1,9	9
Bangladesh	120,1	57,2	3186	357	112	260	56	76 y	3,2	850
Bhután	1,8	0,9	76	10	127	390	38	41	5,9	1600
Camboya	10,3	4,8	360	61	170	300	40	-	4,6	900
China	1232,1	378,0	20712	973	47	750	16	99	1,8	95
Corea. Dem.	22,5	7,0	493	15	30	970	-	-	2,1	70
Corea, Rep.	45,3	12,6	688	5	7	10610	-	93	1,7	130
Filipinas	69,3	30,9	2029	77	38	1160	30	89 y	3,7	280
India	944,6	382,9	24381	2706	111	380	53	68 y	3,2	570
Indonesia	200,5	77,8	4732	336	71	1080	34	97	2,7	650
Japón	125,4	24,7	1281	8	6	40940	-	100	1,5	18
Lao Rep.	5,0	2,6	227	29	128	400	40	69 y	6,7	650
Malasia	20,6	8,9	539	7	13	4370	20	91	3,4	80
Mongolia	2,5	1,1	70	11	150	360	12	80	3,4	65
Myanmar	45,9	19,1	1276	191	150	220	43	85 y	3,4	580
Nepal	22,0	10,9	822	95	116	210	47	65 y	5,1	1500
Nueva Zelandia	3,6	1,0	56	0	7	15720	-	100	2,1	25
Pakistán	140,0	68,3	5207	708	136	480	38	66 y	5,2	340
Papua N. Guinea	4,4	2,0	144	16	112	1150	-	32 y	4,8	930
Singapur	3,4	0,9	56	0	4	30550	-	100	1,8	10
Sri Lanka	18,1	6,4	322	6	19	740	38	-	2,1	140
Tailandia	58,7	19,5	996	38	38	2960	26	-	1,8	200
Viet Nam	75,2	32,3	1975	87	44	290	45	81 y	3,1	160

AMÉRICAS

Argentina	35,2	12,1	709	18	25	8380	-	95	2,7	100
Bolivia	7,6	3,6	258	26	102	830	8	89 y	4,5	650
Brasil	161,1	60,2	3211	148	46	4400	6	94 y	2,3	220
Canadá	29,7	7,2	367	2	7	19020	-	95	1,6	6
Chile	14,4	5,0	294	4	13	4860	1	86	2,5	65
Colombia	36,4	14,6	878	27	31	2140	8	91 y	2,8	100
Costa Rica	3,5	1,4	86	1	15	2640	2	92	3,0	55
Cuba	11,0	2,9	149	1	9	1170	-	99	1,6	95
Ecuador	11,7	5,0	309	12	40	1500	17	92	3,2	150
El Salvador	5,8	2,6	166	7	40	1700	11	79	3,2	300
Estados Unidos	269,4	70,4	3827	32	8	28020	1	96	2,0	12
Guatemala	10,9	5,6	405	23	56	1470	27	58 y	5,0	200
Haití	7,3	3,4	250	34	134	310	28	68 y	4,7	1000
Honduras	5,8	2,9	201	7	35	660	18	90	4,5	220



# PERFILES ESTADÍSTICOS

**Las siguientes reseñas estadísticas de diversos países ponen de relieve las brutales disparidades que existen entre ellos.**

**Entre estas 192 naciones, el PNB per cápita varía de un mínimo de 80 dólares por año a un máximo de 45.360 dólares anuales.**

**La tasa de mortalidad de menores de 5 años fluctúa entre 4 y 320 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.**

**La tasa de mortalidad materna oscila entre 0 y 1.800 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.**

**La tasa de matriculación escolar primaria abarca desde un mínimo del 24% a un máximo del 100% de la población infantil.**

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

	Población (millones) 1996	Población menor 18 años (millones) 1996	Nacimientos anuales (miles) 1996	Muertes anuales menores 5 años (miles) 1996	Tasa mortalidad menores 5 años (miles) 1996	PNB per cápita (dólares) 1996	Menores 5 años con bajo peso (%) 1987-97	Matriculación y asistencia enseñanza primaria <sup>a/</sup> (%) 1987-97	Tasa global de fecundidad 1996	Tasa de mortalidad materna <sup>b/</sup> 1990
Jamaica	2,5	0,9	56	1	11	1600	10	100	2,5	120
México	92,7	38,6	2351	75	32	3670	14	98	2,9	110
Nicaragua	4,2	2,1	145	8	57	380	12	83	4,0	160
Panamá	2,7	1,0	62	1	20	3080	7	91	2,7	55
Paraguay	5,0	2,4	158	5	34	1850	4	89	4,3	160
Perú	23,9	10,1	615	36	58	2420	8	87 y	3,1	280
Rep. Dominicana	8,0	3,3	198	11	56	1600	6	92 y	2,9	110
Trinidad/Tabago	1,3	0,5	21	0	17	3870	7	88	2,2	90
Uruguay	3,2	0,9	54	1	22	5760	4	95	2,3	85
Venezuela	22,3	9,4	570	16	28	3020	5	88	3,1	120

## EUROPA

Albania	3,4	1,2	75	3	40	820	-	96	2,7	65
Alemania	81,9	15,8	774	4	6	28870	-	100	1,3	22
Austria	8,1	1,7	86	0	6	28110	-	100	1,4	10
Belarús	10,3	2,7	106	2	18	2070	-	95	1,5	37
Bélgica	10,2	2,2	115	1	7	26440	-	98	1,6	10
Bosnia/Herzegovina	3,6	0,9	43	1	17	*	-	-	1,4	-
Bulgaria	8,5	1,9	86	2	19	1190	-	97	1,5	27
Croacia	4,5	1,0	48	1	11	3800	1	82	1,6	-
Dinamarca	5,2	1,1	68	0	6	32100	-	99	1,8	9
ERYD Macedonia	2,2	0,6	32	1	30	990	-	85	2,0	-
Eslovaquia	5,3	1,5	64	1	11	3410	-	-	1,6	-
Eslovenia	1,9	0,4	18	0	6	9240	-	100	1,3	13
España	39,7	8,2	387	2	5	14350	-	100	1,2	7
Estonia	1,5	0,4	13	0	16	3080	-	94	1,4	41
Finlandia	5,1	1,2	62	0	4	23240	-	99	1,8	11
Francia	58,3	13,5	692	4	6	26270	-	99	1,7	15
Grecia	10,5	2,2	104	1	9	11460	-	91	1,4	10
Hungría	10,0	2,3	104	1	12	4340	2	93	1,5	30
Irlanda	3,6	1,0	46	0	7	17110	-	100	1,9	10
Italia	57,2	10,5	528	4	7	19880	-	97	1,2	12
Letonia	2,5	0,6	25	1	20	2300	-	84	1,5	40
Lituania	3,7	1,0	41	1	18	2280	-	-	1,6	36
Moldova, Rep. de	4,4	1,4	61	2	32	590	-	-	1,9	60
Noruega	4,3	1,0	59	0	6	34510	-	99	1,9	6
Países Bajos	15,6	3,4	190	1	6	25940	-	99	1,6	12
Polonia	38,6	10,6	463	6	14	3230	-	97	1,7	19
Portugal	9,8	2,1	110	1	7	10160	-	100	1,5	15
Reino Unido	58,1	13,3	706	5	7	19600	-	100	1,7	9
Rep. Checa	10,3	2,4	111	1	7	4740	1	98	1,5	15
Rumania	22,7	5,6	247	6	25	1600	6	92	1,4	130
Rusia Fed. de	148,1	37,1	1427	36	25	2410	3	100	1,4	75
Suecia	8,8	2,0	108	0	4	25710	-	100	1,9	7
Suiza	7,2	1,5	80	0	5	44350	-	100	1,5	6
Ucrania	51,6	12,4	511	12	24	1200	-	-	1,5	50
Yugoslavia	10,3	2,7	131	3	22	**	2	69	1,8	-

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/ Algunas de las tasas de mortalidad materna difieren sustancialmente de las estimaciones del gobierno. Estas discrepancias serán examinadas en una próxima revisión de las estimaciones de mortalidad materna.

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: 9636 dólares o más.

## PAÍSES MENOS POBLADOS

Indicadores utilizados en la elaboración de las principales tablas de las ligas del *Progreso de las Naciones 1998*: porcentaje de nacimientos inscritos; porcentaje de niños que no han sido vacunados contra el sarampión; y número de nacimientos de niños vivos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años. Utilizando los mismos indicadores, la tabla inferior muestra el progreso de los países con una

población menor a un millón de habitantes. La posición relativa regional de los países menos poblados puede evaluarse mediante la comparación de los datos incluidos aquí con las tablas de las ligas correspondientes. También se incluyen indicadores sociales básicos, que permiten comparaciones con los perfiles estadísticos de las páginas siguientes.

	Liga <sup>a/</sup>			Población total (miles) 1996	Población menores 18 años (miles) 1996	Nacimientos anuales (miles) 1996	Muertes anuales menores 5 años (miles) 1996	Tasa de mortalidad menores de 5 años 1996	PNB per cápita (dólares) 1996	Niños menores 5 años con bajo peso (%) 1981-94	Matriculación y asistencia en enseñanza primaria (%) 1987-95	Tasa de mortalidad materna <sup>b/</sup> 1990	Tasa global de fecundidad 1996
	Inscripción al nacer (categoría)	Brecha en la vacunación contra el sarampión	Nacimientos de madres adolescentes										
Andorra	1	-	-	71	15	1	0.0	6	***	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	1	0	-	66	23	1	0.0	22	7330	10	-	-	-
Bahamas	1	8	52	284	96	5	0.1	23	11940	-	95	2.0	100
Bahrein	-	5	22	570	207	12	0.3	22	7840	9	100	3.1	60
Barbados	1	0	51	261	72	3	0.0	12	6560	5	78	1.7	43
Belice	-	19	97	219	106	7	0.3	44	2700	-	99	3.8	-
Brunei Darussalam	-	0	24	300	118	6	0.1	11	25160	-	91	2.8	60
Cabo Verde	-	34	78	396	190	12	0.9	73	1010	19	100	3.7	-
Comoras	-	52	130	632	336	26	3.2	122	450	26	53	5.7	950
Chipre	-	10	30	756	226	12	0.1	10	10260	-	96	2.3	5
Djibouti	-	53	31	617	292	24	3.8	157	*	23	32	5.5	570
Dominica	1	0	-	71	25	2	0.0	20	3090	5	-	-	-
Fiji	1	6	48	797	326	18	0.4	24	2470	8	99	2.8	90
Granada	1	15	-	92	33	2	0.1	31	2880	-	-	-	-
Guinea Ecuatorial	-	39	173	410	202	17	2.9	173	530	-	-	5.6	820
Guyana	1	9	57	838	315	19	1.6	83	690	18	90	2.4	-
Islandia	1	2	25	271	78	4	0.0	5	26580	-	-	2.2	0
Islas Cook	1	28	-	19	8	0	0.0	30	1550	-	-	-	-
Islas Marshall	2	31	-	57	26	2	0.2	92	1890	-	100	-	-
Islas Salomón	1	33	94	391	199	14	0.4	29	900	21	-	5.1	-
Kiribati	1	36	-	80	37	2	0.2	76	920	13	99	-	-
Liechtenstein	1	-	-	31	7	0	0.0	7	***	-	-	-	-
Luxemburgo	1	20	14	412	88	5	0.0	7	45360	-	85	1.7	0
Maldivas	1	6	70	263	140	11	0.8	76	1080	39	60	6.8	-
Malta	1	49	13	369	98	5	0.1	11	7910	-	100	2.1	0
Micronesia (Est. Fed. de)	2	10	-	126	58	4	0.1	27	2070	-	85	-	-
Mónaco	1	2	-	32	7	0	0.0	6	***	-	-	-	-
Nauru	-	-	-	11	5	0	0.0	31	-	-	-	-	-
Niue	-	0	-	2	1	0	-	-	-	-	-	-	-
Palau	1	1	-	17	8	1	0.0	35	**	-	100	-	-
Qatar	-	14	66	558	175	10	0.2	21	11600	6	80	3.9	-
S. Kitts y Nevis	1	0	-	41	15	1	0.0	38	5870	-	-	-	-
S. Vicente y las Granadinas	1	0	-	113	40	2	0.1	23	2370	-	-	-	-
Samoa	-	4	34	166	75	4	0.2	53	1170	-	99	3.9	35
San Marino	1	4	-	25	5	0	0.0	13	-	-	-	-	-
Santa Lucía	1	5	-	144	51	4	0.1	22	3500	-	90	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	53	-	135	71	6	0.5	80	330	16	-	-	-
Seychelles	-	2	-	74	39	3	0.1	19	6850	6	-	-	-
Suriname	1	22	56	432	173	9	0.3	31	1000	-	100	2.5	-
Swazilandia	-	41	85	881	439	33	3.2	97	1210	10	95	4.6	560
Tonga	-	5	-	98	41	2	0.1	23	1790	-	-	-	-
Tuvalu	1	6	-	10	4	0	0.0	56	650	-	98	-	-
Vanuatu	-	39	74	174	86	5	0.3	53	1290	20	74	4.5	280

a/ Ver el capítulo correspondiente para una descripción completa.

b/ Algunas de las tasas de mortalidad materna difieren sustancialmente de las estimaciones del gobierno. Estas discrepancias serán examinadas en una próxima revisión de las estimaciones de mortalidad materna.

\* PNB per cápita estimado: 765 dólares a 3.115.

\*\* PNB per cápita estimado: de 3.116 a 9.635 dólares.

\*\*\* PNB per cápita estimado: 9.636 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 1997.

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 tres indicadores sociales

#### ÁFRICA AL SUR DEL SAHARA

Benin	1,7	Gambia	3,0	Etiopía	5,7
Senegal	1,7	Mozambique	3,0	Rwanda	5,7
Tanzanía	1,7	Burkina Faso	3,7	Camerún	6,7
Malí	2,0	Ghana	3,7	Botswana	7,0
Mauricio	2,0	Zimbabue	3,7	Chad	7,3
Mauritania	2,0	Kenya	4,3	Gabón	10,3
Zambia	2,0	Níger	4,3	Liberia	10,3
Malawi	2,3	Guinea	4,7	Sierra Leona	8,4
Eritrea	2,7	Nigeria	4,7	Congo	13,3
Madagascar	2,7	Togo	4,7	Guinea-Bissau	13,3
Rep. Centroafricana	2,7	Lesotho	5,0	Angola	15,0
Uganda	2,7	Namibia	5,0	Somalia	15,0
Congo, Rep. Dem.	2,7	Sudáfrica	5,3		
Côte d'Ivoire	3,0	Burundi	5,7		

#### ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL

Egipto	2,0	Turquía	3,3	Kuwait	6,0
Argelia	2,7	Yemen	3,3	Jordania	6,7
Iraq	2,7	Marruecos	3,7	Libia	7,3
Omán	2,7	Siria	4,0	Líbano	8,3
Túnez	3,0	Sudán	4,0	Arabia Saudita	9,7
Em. Árabes Unidos	3,0	Irán	4,3	Israel	10,3

#### ASIA CENTRAL

Uzbekistán	1,7	Kirguistán	6,3	Afganistán	10,0
Georgia	6,0	Azerbaiyán	8,0	Armenia	11,0
Kazajistán	6,3	Turkmenistán	8,3	Tayikistán	11,0

#### ASIA SURORIENTAL Y PACÍFICO

Bangladesh	1,3	Filipinas	4,0	China	8,0
Nepal	1,7	Mongolia	4,0	Singapur	8,0
Australia	2,0*	Myanmar	4,3	Corea, Rep.	9,3
Nueva Zelandia	2,0*	Pakistán	4,3	Malasia	10,0
Japón	2,5*	India	4,7	Cambodia	11,0
Lao Rep.	3,0	Bhután	5,7	Tailandia	11,7
Viet Nam	3,0	Papua N. Guinea	6,0	Corea, Dem.	13,3
Indonesia	3,3	Sri Lanka	7,0		

#### AMÉRICAS

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

#### EUROPA

Letonia	1,5*	Suecia	2,0*	Suiza	2,5*
Austria	2,0*	Alemania	2,5*	Bélgica	3,0*
Belarús	2,0*	Croacia	2,5*	Rusia, Fed. de	3,0*
Bulgaria	2,0*	Estonia	2,5*	Noruega	3,5*
Dinamarca	2,0*	Finlandia	2,5*	Albania	4,0*
ERYD Macedonia	2,0*	Francia	2,5*	Yugoslavia	4,5*
Eslovenia	2,0*	Grecia	2,5*	Eslovaquia	8,0*
España	2,0*	Irlanda	2,5*	Lituania	8,0*
Hungría	2,0*	Italia	2,5*	Moldova, Rep. de	8,5*
Polonia	2,0*	Países Bajos	2,5*	Ucrania	9,5*
Rep. Checa	2,0*	Portugal	2,5*	Bosnia/Herzegovina	11,0*
Rumania	2,0*	Reino Unido	2,5*		

\* 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
PNB	Producto Nacional Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SRO	Sales de rehidratación oral
TRO	Terapia de rehidratación oral
UE	Unión Europea
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.

## El Progreso de las Naciones 1998 Equipo de producción

### Personal editorial:

Catharine Way

Editora

Lisa Adelson

Angela Hawke

Richard Leonard

Kristin Moehlmann

Diego Olivé

Carlos Perellón

John Richardson

Hashi Roberts

Douglas Root

Saudamini Siegrist

### Personal de estadísticas:

Gareth Jones

Asesor Superior de Estadísticas

Mark Hereward

Nyein Nyein Lwin

Tessa Wardlaw

Khin Whit Yee

### Asistentes administrativos

Barbara Chase

Fran Scott



Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

**División de Comunicaciones**

**3 United Nations Plaza**

**Nueva York, NY 10017, Estados Unidos**

**Correo electrónico: [pubdoc@unicef.org](mailto:pubdoc@unicef.org)**

**Dirección en la Internet: [www.unicef.org/spanish](http://www.unicef.org/spanish)**

**ISBN: 92-806-3363-5**

**Impreso en papel reciclado**