

# EL PROGRESO 2000 DE LAS NACIONES



---

---

# EL PROGRESO DE LAS NACIONES

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

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

2 0 0 0

---

---

Copyright © Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Nueva York, 2000

UNICEF  
3 UN Plaza  
Nueva York, NY 10017

Correo electrónico: [pubdoc@unicef.org](mailto:pubdoc@unicef.org)  
Internet: [www.unicef.org/spanish](http://www.unicef.org/spanish)

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

ISBN 92-806-3596-4

S.00.XX.6 (Se puede encargar ejemplares a: United Nations Publications, 2 UN Plaza, Room DC2-853, New York, NY 10017, USA. Fax no. (212) 963-3489; Correo electrónico: [publications@un.org](mailto:publications@un.org))

# Contenido

## **PRESENTACIÓN**

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

## **MI CANCIÓN CONTRA EL SIDA**

*Comentarios de Femi Anikulapo-Kuti, un célebre militante en la lucha contra el SIDA, y Hortense Bla Me, promotora de los derechos de la infancia* 1

Liga: Proporciones estimadas de personas de 15 a 24 años con VIH/SIDA 4

Resúmenes informativos: Avances y disparidades 6

## **TIEMPO PARA SEMBRAR**

*Comentario de Carol Bellamy, Directora Ejecutiva del UNICEF* 11

Liga: Hipotrofia nutricional en menores de 5 años 14

Resúmenes informativos: Avances y disparidades 16

## **EL PODER DE LA INMUNIZACIÓN**

*Comentario del Dr. William Foege, Profesor Distinguido Presidencial de Salud Internacional en la Facultad de Salud Pública Rollins, Universidad de Emory, Atlanta, Georgia* 19

Liga: Medición de la cobertura con tres dosis de la vacuna DPT 22

Resúmenes informativos: Avances y disparidades 24

## **LOS NIÑOS PERDIDOS**

*Comentario de Juan Somavía, Director General de la Organización Internacional del Trabajo* 27

Resúmenes informativos: Avances y disparidades 30

## **TABLAS ESTADÍSTICAS**

Perfiles estadísticos 34

Países menos poblados 37

Retraso de los datos 38

Abreviaturas 38

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

Fotografías de los niños y niñas representativos de las distintas regiones mundiales (izquierda a derecha): UNICEF/95-1485/Pirozzi; UNICEF/92-0885/Goodsmith; UNICEF/92-0702/Hartley; UNICEF/92-0669/Vilas; UNICEF/99-0246/Horner; UNICEF/91-0419/Sprague.



# Presentación

**E**n los últimos ocho años, *El Progreso de las Naciones* ha reflejado diligentemente los progresos del mundo para otorgar a los niños la oportunidad de disfrutar de una vida decorosa, digna y dotada de oportunidades. Los datos básicos de referencia han sido las metas fijadas en 1990 en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño, que ha sido ratificada por casi todos los países.

Esta publicación describe lo que puede conseguirse cuando los países realizan inversiones en el bienestar del niño y protegen sus derechos. Actualmente, hay millones de niños que corren un menor riesgo de deterioro mental causado por la carencia de yodo. Otros millones están disfrutando de mejor salud, gracias a un mayor acceso al agua pura. Hoy en día, el número de niños matriculados en la escuela es superior al de hace 10 años. En muchos países han aumentado las tasas de amamantamiento y han mejorado notablemente las tasas de registro de los nacimientos. Se está a punto de erradicar la poliomielitis. La inmunización ha logrado milagros en innumerables aldeas y remotos poblados de países en desarrollo y ha convertido la desesperación en esperanza y la incertidumbre en buenas perspectivas. Asimismo, *El Progreso de las Naciones* ha reflejado el adelanto lento, pero seguro, que están logrando las niñas y las mujeres a medida que van superando la desigualdad y la discriminación y recuperando su derecho a plasmar plenamente su potencial. Cada vez se contrarresta más enérgicamente el trabajo infantil y la explotación sexual de los niños.

Pero en esta publicación también se indica cuán largo es el trecho que aún queda por recorrer. Hay metas que aún no se han conquistado y derechos que aún no están vigentes, debido a la pobreza, la discriminación por motivos de género, la deuda de los países, las guerras, el insuficiente compromiso o el desigual desarrollo social. En *El Progreso de las Naciones* se ha dejado constancia de la devastadora velocidad con que se ha propagado el VIH/SIDA, que en menos de una generación se ha transformado en la mayor catástrofe que enfrenta el continente de África y ahora está amenazando a Asia y a algunos países de Europa central y América Latina. La amenaza es tan nefasta que corren riesgo las perspectivas económicas y la estabilidad social de regiones enteras. Por consiguiente, es acertado que el VIH/SIDA sea el tema central en esta edición de *El Progreso de las Naciones*. Las tasas de contagio entre los jóvenes son terribles. Es preciso proseguir con mucha más energía las acciones encaminadas a educar e informar a la gente, en especial a los jóvenes, acerca del VIH/SIDA.

En este número también se alaba el poder de la inmunización y se plantea un nuevo programa para las vacunas. En el capítulo relativo a la atención en la primera infancia se justifican las inversiones tempranas en los niños, como clave para reducir la pobreza; y se concluye con un doloroso recordatorio de que en todos los continentes, en prostíbulos, en tugurios, en fábricas y en zonas desgarradas por la guerra, los niños perdidos entre los sobrevivientes están a la espera de tocar la fibra moral de un mundo que parece haberlos olvidado. El principio de “todos los derechos para todos los niños” aún está demasiado lejos de ser una realidad.



Kofi A. Annan  
Secretario General  
Naciones Unidas

# MI CANCIÓN CONTRA EL SIDA

## COMENTARIO: VIH/SIDA



# Mi canción contra el SIDA

Por Femi Anikulapo-Kuti

***El famoso cantante nigeriano Fela Anikulapo-Kuti tenía el don de la música y una valentía personal que lo convirtió en un personaje de dimensiones sobrehumanas. Tenía en todo el mundo millones de admiradores y era un militante político. Defendió públicamente los derechos de su pueblo y nunca titubeó en criticar a los líderes corruptos. Muchos políticos y militares poderosos querían silenciarlo, pero nada, ni siquiera la cárcel ni la tortura, pudo quebrantar su espíritu o acallar su voz. Lo que lo silenció, cuando ninguna otra cosa pudo silenciarlo, fue el SIDA. Fela murió a causa de esa enfermedad en 1997, a los 58 años de edad.***

***Un día después de su fallecimiento, su familia decidió anunciar al mundo la causa de su muerte. El anuncio sacudió y afectó las vidas de muchos millones. Su hijo, Femi Anikulapo-Kuti, relata cómo al revelar la causa de la muerte de su padre, él y su familia tuvieron la intención de levantar el velo que cubre a esa epidemia mortífera y Femi ha emprendido su propia cruzada personal para romper el silencio que rodea al SIDA, la mayor catástrofe que enfrenta África.***

**E**n Nigeria y en muchos otros países del mundo en desarrollo, un silencio inaceptable sigue poniendo obstáculos a cualquier tipo de actividad encaminada a frenar la acelerada y letal propagación del SIDA. Los gobiernos, las familias y los individuos le han seguido el juego a la enfermedad, al permanecer silenciosos o no expresarse con suficiente energía y persistencia para que el mensaje llegue a su destino.

A partir de la muerte de mi padre, su hermano Olikoye Ransome-Kuti y yo hemos hablado en público debido a que sentimos la necesidad personal de quebrar el silencio que rodea el tema del SIDA. Pensamos que sería criminal perpetuar la conspiración de silencio, que sólo fomenta la ignorancia, refuerza la denegación y perpetúa las informaciones erróneas durante esta monumental catástrofe.

En el momento en que dimos a conocer al público la información también asumí un compromiso personal de prestarle mi voz a la terrible realidad del SIDA.

En mis conciertos, hablo del SIDA y a menudo coloco en el escenario estandartes en que se promueve la conciencia sobre el SIDA. También trato de propiciar esta concienciación en otros foros y exhorto a otras personas tan afortunadas como yo a que hagan lo mismo.

El SIDA es real y está entre nosotros, abatiendo indiscriminadamente a quienes conocemos y amamos, a hermanos, a hermanas, a padres y madres.

África y sus amigos necesitan enfrentar el SIDA con la misma decisión y la misma unidad con que enfrentarían a cualquier enemigo que tratara de aniquilarlos. Aun cuando el continente está acostumbrado a

luchar, África nunca enfrentó un enemigo tan despiadado: de los 2,8 millones de personas que el año pasado perdieron la vida a causa del SIDA, un 79% eran africanos. Hacia fines de este año, 10,4 millones de niños menores de 15 años, la mayoría de ellos africanos, habrán perdido a su madre o a ambos progenitores a causa del SIDA.

El SIDA es la mayor catástrofe social y humana registrada en la historia de nuestro continente y ya son evidentes sus repercusiones, profundamente graves, en la estabilidad económica y política: las familias están devastadas, las comunidades, diezmadas, los hospitales, abrumados. Las escuelas han perdido a sus maestros debido a la enfermedad y los alumnos se ven obligados a dejar de asistir a la escuela por falta de fondos. Las pérdidas en personal y productividad que han sufrido las empresas son difíciles de absorber. Los adelantos tan arduamente conseguidos en los últimos años —en materia de salud, educación e industria— se están evaporando.

Estamos agradecidos al Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas

por haber debatido este año, por primera vez en la historia, una cuestión relacionada con la salud y haber colocado en su temario la cuestión del SIDA en África, además de solicitar a los países donantes que comprometan más recursos en pro de la lucha contra el SIDA.

Por otra parte, este tipo de ayuda conlleva también obligaciones por parte de los países receptores. Una de las acciones más importantes para los gobiernos y para quienes detentan posiciones de influencia, conocimiento y poder es dar la alarma con voz clara y audible. La información es un poderoso instrumento en la lucha para contener la proliferación cada vez mayor del SIDA. En África, es uno de los pocos instrumentos de que disponemos.

No lo hemos usado muy bien. En algunas partes de Nigeria, sólo una persona de cada 10 tiene siquiera una remota idea de lo que es el SIDA y mucho menos de cómo evitar el contagio. Y todos estamos pagando un alto precio por esta ignorancia: actualmente, hay en nuestro país 2,7 millones de personas contagiadas con el VIH.

Esta falta de información no sólo existe en Nigeria; niveles de información errónea comparables se registran en todo el continente.

## **Educación para la protección**

No educar a las personas sobre los peligros de la enfermedad es equiparable a firmar su sentencia de muerte. Por consiguiente, es preciso que los líderes políticos, los artistas, los actores y actrices y los maestros y maestras aprovechen todas las oportunidades para educar a la gente acerca de cómo protegerse a sí mismos contra el contagio con el VIH.

Femi Anikulapo-Kuti es un embajador de la música *afro-beat* de fama mundial y un célebre paladín en la lucha contra el SIDA. En Nigeria, ha difundido mensajes breves por televisión y otros medios, que llegan a millones de sus jóvenes admiradores y exhortan a adoptar medidas urgentes contra las prácticas que redundan en la muerte de los jóvenes y de los ancianos por igual.

Es mucho lo que hay que decir. Debemos hablar de los altos riesgos que enfrentan nuestras madres y hermanas de contagiarse con esta enfermedad; ellas corren riesgos muy superiores a los de los varones y muchachos. Las niñas y las mujeres son extremadamente vulnerables. Por razones fisiológicas, se contagian más fácilmente que los varones; y las presiones sociales, las prácticas culturales, la denuncia, la represión y los valores reinantes en torno a los comportamientos dificultan, e incluso

imposibilitan, que ellas se protejan a sí mismas. No podemos mantener una conciencia limpia si no hablamos al respecto. Debemos ayudar a las mujeres a que comprendan sus derechos y los riesgos que confrontan y es preciso que las apoyemos cuando ejerzan su derecho a asumir el control de su sexualidad y de sus cuerpos.

Como individuos, es preciso que hablemos de la necesidad de cambiar los comportamientos. Tener numerosos compañeros sexuales es una conducta suicida. Es menester

repetir este mensaje una y otra vez y de tantas maneras como sea necesario: que la protección más segura contra el contagio con el VIH es o bien la abstinencia o bien las relaciones sexuales en condiciones de seguridad y la mínima exposición a riesgos sexuales. Toda persona que practique la actividad sexual debe asumir plena responsabilidad por sus acciones y por su salud y utilizar condones para protegerse a sí mismo y a los demás.

Igualmente, debemos disipar los

mitos negativos que rodean a los enfermos de SIDA. Al igual que ocurre con muchas personas con reacción serológica positiva al VIH, Fela estuvo enfermo durante bastantes años y tuvo la fortuna de contar con una familia que lo amaba y lo atendió durante las etapas difíciles de su enfermedad. Pero muchos enfermos de SIDA son víctimas de ostracismo y sus propias comunidades los tratan como si fueran réprobos, o mucho peor. Con más frecuencia que lo que deseamos admitir, se abandona en

# Mi voz también tiene importancia

Por Hortense Bla Me

***El VIH/SIDA ha causado más mortalidad en Africa que cualquier otra enfermedad. Quince millones de personas han sucumbido a los estragos del SIDA en este continente desde el comienzo del decenio de los años 1980 y los jóvenes africanos representan la mayoría de los 10,4 millones de niños menores de 15 años que quedarán huérfanos a fines del año 2000 a causa del SIDA.***

***El tributo provocado por la enfermedad es terrible y lo peor está todavía por arribar: en efecto, las tasas de contagio están a punto de duplicarse y triplicarse en otras zonas del mundo. Estas cifras reclaman la asignación de recursos de mayor cuantía, de un compromiso claro al más alto nivel, de un enfoque original y valiente del problema y de una difusión de los conocimientos técnicos necesarios para abordar este monumental y complejo desafío. En Africa, recurrir a los jóvenes para educar a otros adolescentes es una estrategia que ofrece posibilidades ilimitadas. Como señala esta joven de Côte d'Ivoire que participa en la campaña contra el SIDA, los jóvenes pueden contribuir con eficacia a impulsar cambios en los comportamientos, sobre todo si se les permite participar en la creación y la difusión de los mensajes.***

**H**ablo en nombre de los niños y adolescentes cuyo enorme potencial para influir sobre la sociedad aún no ha sido plenamente aprovechado, con resultados trágicos. Si se reconociera

la existencia de este potencial, podría cambiar el incesante avance letal del VIH/SIDA.

En el mundo actual, hay más de 34,3 millones de personas que se han contagiado hasta la fecha con esa enfermedad, de los cuales un tercio

son jóvenes de 15 a 24 años de edad. Cada minuto, seis jóvenes menores de 25 años se contagian con el VIH. En mi país, Côte d'Ivoire, se nos dice que un 11% de la población tiene reacción serológica positiva. Esta tasa de contagio supone efectos directos e

inmediatos sobre los niños: hacia finales de 2001, habrá en Côte d'Ivoire 320.000 niños huérfanos de madre o de ambos progenitores a causa del SIDA.

A mi juicio, para superar la crisis del SIDA es menester que todos participen, en particular los jóvenes. En Côte d'Ivoire, por conducto de organizaciones de jóvenes, como el Parlamento de los Niños, tratamos de utilizar la perspectiva de los jóvenes en la resolución de los problemas que enfrenta el país. Al mismo tiempo, estamos cambiando una percepción muy generalizada, según la cual los jóvenes son la fuente de esos problemas.

Por el contrario, somos parte de la solución. Tenemos muchos talentos y muchas aptitudes. Pensamos, sentimos y percibimos claramente los problemas de nuestras sociedades y, lo más importante, podemos comunicarnos eficazmente con las personas de nuestra edad.

Los miembros del Parlamento de los Niños hemos comprobado que los jóvenes están muy ansiosos por recibir información sobre el SIDA y hemos visto cómo modificaron su

Hortense Bla Me, de 19 años, es Presidenta del Parlamento de los Niños de Côte d'Ivoire, un organismo que consta de 100 miembros y al que ella pertenece desde los 13 años. Es una activa promotora de la infancia y la juventud, y especialmente de la participación de los jóvenes en las campañas de prevención del VIH/SIDA.

hospitales u otras instituciones a los niños y a otras personas enfermas. Es preciso eliminar esa situación de ignorancia e intolerancia. Es posible ayudar a quienes viven con el SIDA para que tengan vidas plenas y seguras y que, a su vez, ayuden a los demás a evitar la enfermedad.

En las familias azotadas por el SIDA, debe revelarse la verdad acerca de la causa de defunción. Al utilizar eufemismos populares como "murió después de una breve enfermedad", o al atribuir la muerte a causas sobre-

naturales u otros sustitutos, es fácil dejar de lado la causa real, y así se perderán más vidas.

Que quienes estamos perdiendo a seres amados a causa del SIDA hagamos saber que la enfermedad está entre nosotros y que ataca indiscriminadamente. Al aceptarlo, se facilitará que una mayor cantidad de personas participen en campañas de información, de modo de posibilitar que quienes han podido hasta ahora escapar al SIDA, eviten contagiarse.

Pero el cambio en los comporta-

mientos es sólo parte de la solución. Cuando las personas son pobres y están desempleadas, se sienten desesperanzadas. Muchos "niños y niñas de la zona" —los niños de la calle en Lagos— me han dicho que tienen comportamientos sexuales riesgosos porque están aburridos y carecen de seguridad y de orientación, dado que viven en las calles.

El mensaje es claro: para combatir el SIDA, debemos combatir la pobreza con mayor energía y más recursos que nunca.

Hasta que se encuentre una cura, unamos nuestras voces contra el VIH/SIDA en una canción difundida en todo el mundo, una canción de desafío y de lucha.

Pero, sobre todo, una canción de esperanza: la esperanza de que cuando todos cantemos al unísono y con fuerza, puedan quebrarse el silencio y el estigma que alimentan esta epidemia y pueda triunfar la vida sobre la muerte. ■

comportamiento después de conocer los pormenores. En 1993, por ejemplo, sólo un 5% de los varones y las niñas de entre 15 y 19 años de edad que tenían actividad sexual utilizaron condones (preservativos). En 1998, un tercio de los jóvenes con actividad sexual en ese grupo de edades informaron que utilizaban condones en todos los casos, después de recibir mensajes de educación sobre el SIDA.

Los jóvenes tienen comportamientos riesgosos debido en parte a la falta de conocimientos. Muchos de ellos, en particular los de familias pobres, carecen de medios de obtener información fidedigna acerca del SIDA. El 59% de los varones y el 46% de las niñas que asisten a la escuela primaria no reciben allí información fidedigna sobre el VIH/SIDA.

Los padres y madres, que suelen ellos mismos carecer de educación e información, no pueden ayudar. Más de la mitad de los hombres adultos y más de dos tercios de las mujeres adultas son analfabetos y están en gran medida aislados de las fuentes de información acerca de la crisis del SIDA. Otro factor son los obstáculos culturales: en muchas familias de mi país, los temas sexuales o relativos a enfermedades de transmisión sexual siguen siendo tabú. Las niñas, en particular, a menudo titubean cuando se trata de preguntar acerca de cuestiones sexuales, o no se atreven a hacerlo para que no las consideren "frívolas".

El resultado es que un excesivo número de niños —especialmente los más marginados— ignoran cómo se propaga la enfermedad. En una reciente encuesta sobre las actitudes

relativas al SIDA en Côte d'Ivoire, patrocinada por el UNICEF, más de la mitad de todos los jóvenes dijeron que es responsabilidad de sus padres y madres proporcionarles educación sexual; no obstante, 9 de cada 10 jóvenes dijeron que habían aprendido acerca de cuestiones sexuales en los medios de difusión o "en la calle".

Es una tragedia cuando el padre, la madre u otro pariente cercano no pueden ofrecer información fidedigna; no obstante, podemos transformar esta tragedia en una oportunidad, dado que los jóvenes pueden hablar honestamente los unos con los otros de lo que les preocupa cuando ellos mismos disponen de información y cuentan con la confianza necesaria para impartirla.

La educación de jóvenes por otros jóvenes es uno de los instrumentos más poderosos y menos utilizados de que disponemos para enfrentar el VIH/SIDA.

Tengo experiencia en el trabajo con jóvenes prostitutas en Bouaké, la segunda ciudad por orden de importancia en Côte d'Ivoire. Una de ellas, Dominique (un seudónimo), de 13 años de edad, dijo que había comenzado a dedicarse a la prostitución a los 11 años.

Dominique pertenece a una familia pobre; tiene nueve hermanos y hermanas, su padre ha perdido el empleo y su madre está atareada cuidando a un recién nacido. Dominique siguió los pasos de una amiga y se dedicó a la prostitución; en una noche ganaba hasta 10 dólares, una suma cuantiosa para una niña de familia pobre.

Pronto, Dominique se enteró de

que podía enfermarse al tener relaciones sexuales sin protección, pero no sabía que una persona contagiada podía tener un aspecto normal y saludable, ni que el VIH se propagara mediante relaciones sexuales sin protección con una persona contagiada, ni que no hay cura, ni tampoco que todos son vulnerables.

La llevé a *Renaissance Santé Bouaké* (RSB), organización no gubernamental que se dedica a cuestiones relativas al SIDA, con el apoyo del UNICEF. Allí Dominique vio espantosas imágenes de cómo el SIDA destruye el cuerpo y aprendió que de todas las mujeres embarazadas en la ciudad, una cuarta parte tiene reacción serológica positiva al VIH.

Esa información cambió su vida. Al poco tiempo llevó a RSB a otras dos jóvenes prostitutas para que aprendieran más acerca de la enfermedad. Actualmente, las tres niñas han abandonado la prostitución y asisten a una escuela dirigida por la Iglesia Católica donde adquieren conocimientos prácticos para la vida. Dominique está aprendiendo el oficio de modista.

Pero el mero conocimiento del VIH/SIDA no basta para cambiar nuestros comportamientos. Hay otro factor: las relaciones de poder. El SIDA azota mayormente a quienes carecen de poder y las niñas son las personas más vulnerables. Con frecuencia se las presiona u obliga a tener relaciones sexuales o se les deniega la información que necesitan para poder tomar decisiones bien fundamentadas. Con frecuencia, las niñas carecen de aptitudes para negociar con niños varones u hombres y

de la confianza en sí mismas necesaria para hacerse valer; las niñas temen que al demostrar excesiva firmeza pueden perder aceptación entre los demás jóvenes. Aun cuando una niña adopte una decisión bien fundamentada de tener relaciones sexuales, tal vez no pueda negociar condiciones de seguridad.

En consecuencia, no basta con impartir conocimientos prácticos. El Parlamento de los Niños en Côte d'Ivoire ha declarado como cuestión prioritaria hablar del VIH/SIDA en el marco de los derechos del niño. Explicamos la Convención sobre los Derechos del Niño y decimos a los jóvenes que tienen derecho a ser educados y a participar en las decisiones que afecten sus cuerpos y sus vidas.

Para un joven, desafiar los estereotipos culturales y sexuales es una tarea ímproba. La comunidad debe apoyar a los jóvenes que se hacen valer. *Renaissance Santé Bouaké* está captando la colaboración de padres, madres, maestros, maestras y niños para que se sumen a la tarea. El proyecto Miwa (Mi Niño) está ayudando a educar tanto a jóvenes como a mayores acerca del VIH/SIDA y los derechos del niño.

Los jóvenes, en especial las niñas adolescentes, se han tranquilizado al ver que no están solas al enfrentar esta temible enfermedad. El proyecto Miwa hace más que promover la salud: convierte a la educación sobre el SIDA en una manera de ampliar los medios de acción de los niños saludables.

El SIDA nos está desafiando para que encontremos nuevas soluciones a nuestros problemas. Juntos, podemos salvar el mundo. ■

# MI CANCIÓN CONTRA EL SIDA

## LIGA: PROPORCIONES ESTIMADAS DE PERSONAS DE 15

**E**l SIDA está diezmando al mundo en desarrollo —en ninguna parte más ferozmente que en África al sur del Sahara— y ahora hay grandes cantidades de jóvenes que perecen ante la saña de su implacable ataque. En esta liga se documentan las terribles bajas causadas por la pandemia.

### Un legado acerbo

En Botswana, 1 de cada 3 niñas adolescentes y 1 de cada 7 varones de entre 15 a 24 años de edad se han contagiado con el VIH, al igual que 1 de cada 4 niñas y 1 de cada 10 adolescentes varones en Lesotho, Sudáfrica y Zimbabwe. En otros ocho países de África al sur del Sahara, se han contagiado 1 de cada 10 niñas y 1 de cada 20 adolescentes varones.

Los indicios son evidentes en muchos países. En Camboya, por ejemplo, están infectados 1 de cada 33 niñas adolescentes y 1 de cada 50 adolescentes varones y en Haití, 1 de cada 33 niñas adolescentes y 1 de cada 20 adolescentes varones tienen reacción serológica positiva al VIH.

¿Cómo llegaron esas tasas a ser tan desastrosamente altas ahora, tras la atroz maldición durante 15 años de la pandemia del SIDA?

¿Cómo es posible que, tras las enormes pérdidas ya sufridas —millones de muertos y agonizantes, niños huérfanos, el infortunio humano, económico y social causado por esta pandemia— no hayamos podido avanzar más que hasta esta deplorable situación?

¿Cómo es posible que, tras 15 años de familiarizarnos tan dolorosamente con el SIDA, estemos dejando a tantos de nuestros jóvenes un legado tan mortífero?

Las tasas de contagio con el VIH entre los jóvenes constituyen una dura acusación que documenta fracasos de proporciones casi inimaginables en la visión, el compromiso y la acción. Reflejan la historia de un liderazgo indigno de su nombre y del implícito abandono de los países de África al sur del Sahara, en tiempos de horrenda necesidad, al encaminarse hacia un desastre que ha sido contrarrestado en otras regiones. Y reflejan la devastación que acecha, pronta a surgir, en otros lugares, bajo un manto similar de silencio, apatía y abandono.

Si bien el SIDA no tiene cura, puede prevenirse. Las actuales tasas de contagio nunca deberían haber llegado a niveles tan catastróficos. Ahora que han llegado, los líderes en todos los niveles y en todos los países, industrializados y en desarrollo, deben asignar de inmediato los recursos, el tiempo y la energía necesarios para prevenir otras tragedias del mismo tipo. Hace rato que se necesita una firme respuesta internacional a esta grave emergencia. Los jóvenes que están ahora en el epicentro de la pandemia son también los expertos en cómo refrenarla. Es necesario que los jóvenes participen en la planificación de las respuestas que posibilitarán que se salven a sí mismos, a los demás jóvenes y a las generaciones por venir.

El mundo ha eludido sus responsabilidades durante mucho tiempo, y al hacerlo ha ayudado y se ha hecho cómplice en el más imperdonable de los crímenes: la pérdida prevenible de millones de vidas de jóvenes.



ÁFRICA AL SUR DEL SAHARA

	Mujeres	Hombres
Botswana	34	16
Lesotho	26	12
Sudáfrica	25	11
Zimbabwe	25	11
Namibia	20	9,1
Zambia	18	8,2
Malawi	15	7,0
Mozambique	15	6,7
Rep. Centroafricana	14	6,9
Kenya	13	6,4
Etiopía	12	7,5
Burundi	12	5,7
Rwanda	11	5,2
Côte d'Ivoire	9,5	3,8
Tanzanía	8,1	4,0
Camerún	7,8	3,8
Uganda	7,8	3,8
Congo	6,5	3,2
Burkina Faso	5,8	2,3
Togo	5,5	2,2
Congo, Rep. Dem.	5,1	2,5
Nigeria	5,1	2,5
Gabón	4,7	2,3
Ghana	3,4	1,4
Chad	3,0	1,9
Sierra Leona	2,9	1,2
Angola	2,7	1,3
Guinea-Bissau	2,5	1,0
Benin	2,2	0,9
Gambia	2,2	0,9
Liberia	2,2	0,9
Malí	2,1	1,3
Senegal	1,6	0,7
Níger	1,5	1,0
Guinea	1,4	0,6
Mauritania	0,6	0,4
Madagascar	0,1	0,04
Mauricio	0,04	0,04
Eritrea	SD	SD
Somalia	SD	SD



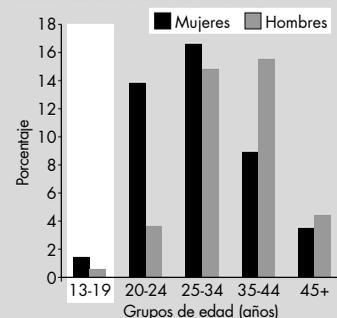
ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENT.

	Mujeres	Hombres
Arabia Saudita	<0,01	<0,01
Argelia	<0,01	<0,01
Egipto	<0,01	<0,01
E. Árabes Unidos	<0,01	<0,01
Irán	<0,01	<0,01
Iraq	<0,01	<0,01
Israel	<0,01	<0,01
Jordania	<0,01	<0,01
Kuwait	<0,01	<0,01
Líbano	<0,01	<0,01
Libia	<0,01	<0,01
Marruecos	<0,01	<0,01
Omán	<0,01	<0,01
Sudán	<0,01	<0,01
Siria	<0,01	<0,01
Túnez	<0,01	<0,01
Turquía	<0,01	<0,01
Yemen	<0,01	<0,01

\*Estimaciones de 1997.

### La importancia de los adolescentes

Los estudios realizados en los países donde hay una epidemia generalizada de SIDA indican que las mujeres se contagian con la enfermedad a una edad más temprana que los hombres, generalmente por medio de relaciones sexuales con hombres de mayor edad. Las infecciones entre los hombres se producen a una edad más tardía. Para cambiar los comportamientos y evitar las infecciones, por tanto, los programas deben concentrarse en los adolescentes.



Datos: Encuesta Anual del Distrito de Masaka, Uganda, 1997

# A 24 AÑOS CON VIH/SIDA



ASIA CENTRAL



ASIA SUROCCIDENTAL Y PACÍFICO



AMÉRICAS



EUROPA

	Mujeres	Hombres
Kazajstán	<0,01	0,07
Afganistán	<0,01	<0,01
Armenia	<0,01	<0,01
Azerbaiyán	<0,01	<0,01
Georgia	<0,01	<0,01
Kirguistán	<0,01	<0,01
Tayikistán	<0,01	<0,01
Turkmenistán	<0,01	<0,01
Uzbekistán	<0,01	<0,01

	Mujeres	Hombres
Camboya	3,5	2,4
Tailandia	2,3	1,2
Myanmar	1,7	1,0
India	0,6	0,4
Papua Nueva Guinea	0,3	0,1
Singapur	0,2	0,2
Nepal	0,2	0,1
Malasia	0,1	0,6
Viet Nam	0,1	0,3
Filipinas	0,06	0,03
Lao RPD	0,05	0,04
Sri Lanka	0,05	0,04
Pakistán	0,04	0,06
Indonesia	0,03	0,03
Australia	0,02	0,1
China	0,02	0,1
Nueva Zelanda	0,02	0,05
Japón	0,01	0,03
Bangladesh	0,01	0,01
Corea, Rep.	<0,01	0,02
Bhután	<0,01	<0,01
Corea, Dem.	<0,01	<0,01
Mongolia	<0,01	<0,01

	Mujeres	Hombres
Haití	2,9	4,9
Rep. Dominicana	2,8	2,6
Honduras	1,7	1,4
Panamá	1,4	1,7
Guatemala	0,9	1,2
Trinidad/Tabago	0,6	0,8
Jamaica	0,4	0,6
Argentina	0,3	0,9
Brasil	0,3	0,7
Costa Rica	0,3	0,7
El Salvador	0,3	0,7
Venezuela	0,2	0,7
Estados Unidos	0,2	0,5
Perú	0,2	0,4
Uruguay	0,2	0,4
Colombia	0,1	0,4
Ecuador	0,08	0,4
Chile	0,08	0,3
Canadá	0,07	0,3
México	0,06	0,4
Nicaragua	0,06	0,2
Paraguay	0,04	0,13
Bolivia	0,03	0,13
Cuba	0,02	0,06

	Mujeres	Hombres
Ucrania	0,8	1,3
Portugal	0,3	0,6
Suiza	0,3	0,4
Francia	0,2	0,3
Italia	0,2	0,3
España	0,2	0,5
Belarús	0,2	0,4
Moldova, Rep.	0,1	0,3
Fed. de Rusia	0,1	0,3
Austria	0,1	0,2
Bélgica	0,1	0,1
Dinamarca	0,08	0,2
Países Bajos	0,08	0,2
Letonia	0,06	0,2
Grecia	0,05	0,1
Reino Unido	0,05	0,1
Irlanda	0,05	0,06
Alemania	0,04	0,1
Suecia	0,04	0,06
Rep. Checa	0,03	0,06
Noruega	0,03	0,01
Hungría	0,02	0,08
Finlandia	0,02	0,03
Rumania	0,02	0,02
Eslovenia	0,01	0,03
Croacia	0,01	0,02
Eslovaquia	0,01	0,02
Albania	<0,01	<0,01
Estonia	<0,01	<0,01
Lituania	<0,01	<0,01
ERYD Macedonia*	<0,01	<0,01
Bosnia y Herzegovina	SD	SD
Bulgaria	SD	SD
Polonia	SD	SD
Yugoslavia	SD	SD

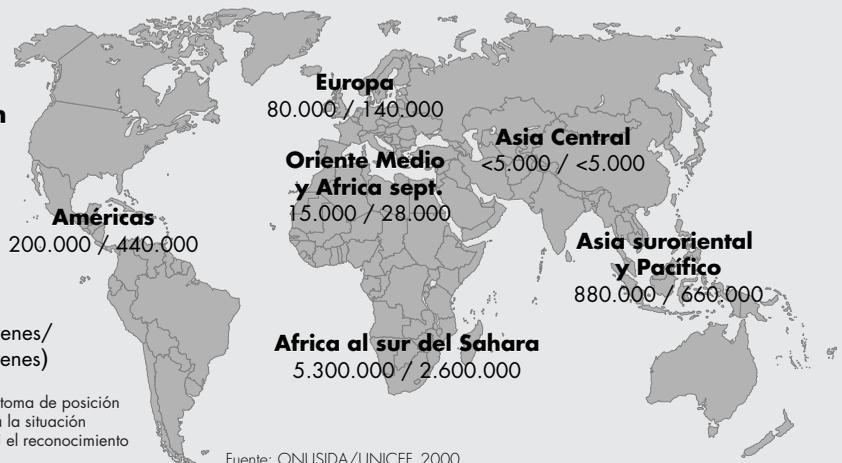
## CRITERIO DE CLASIFICACIÓN

Tasas aproximadas de VIH/SIDA entre los jóvenes a finales de 1999.

**Mujeres y hombres jóvenes (con edades de 15 a 24 años) con VIH/SIDA, según cálculos de finales de 1999**

**Total mundial: 10,3 millones de jóvenes**

(6,4 millones de mujeres jóvenes / 3,9 millones de hombres jóvenes)



Nota: Este mapa no refleja ninguna toma de posición por parte del UNICEF con relación a la situación jurídica de ningún país o territorio ni el reconocimiento de ninguna frontera.

Fuente: ONUSIDA/UNICEF, 2000.

SD = Sin datos.

< = menos de.

\*La ex República Yugoslava de Macedonia se denomina a partir de ahora ERYD Macedonia.

Fuente: ONUSIDA/UNICEF.

# MI CANCIÓN CONTRA EL SIDA

## RESUMEN INFORMATIVO: AVANCES Y DISPARIDADES

### Lo que los jóvenes ignoran puede costarles la vida, según

*El SIDA es la catástrofe más grave que jamás haya enfrentado el continente africano; amenaza con desbaratar todo el progreso logrado arduamente en las esferas económica, política y social. Los más vulnerables son los jóvenes y a continuación se ofrecen los resultados de un análisis de diversas encuestas realizadas entre ellos en los últimos seis años. Las comprobaciones tienen graves repercusiones en materia de políticas para los países donantes, los gobiernos nacionales y los grupos de promoción. El mensaje contundente de esas*

*encuestas es que, o bien no se difunde la información acerca del SIDA y su peligro letal, o bien no se absorbe dicha información. Como se indica en esta selección de artículos, superar el déficit en la información de que disponen los niños varones y las niñas acerca de su propia vulnerabilidad es una cuestión de extrema urgencia, especialmente en momentos en que en algunos países las tasas de prevalencia entre personas de 15 a 24 años de edad están aumentando pronunciadamente y han llegado a alcanzar entre un 20% y un 25%.*

Los resultados de recientes encuestas realizadas en 17 países ponen de manifiesto una peligrosa falta de conocimientos por parte de los jóvenes acerca de cómo protegerse a sí mismos contra el SIDA. En los 17 países, las niñas saben menos que los niños varones. Esta discrepancia en los conocimientos es un importante elemento para comprender por qué en muchos países las tasas de contagio con el VIH son mayores entre las niñas y para mejorar las acciones de prevención.

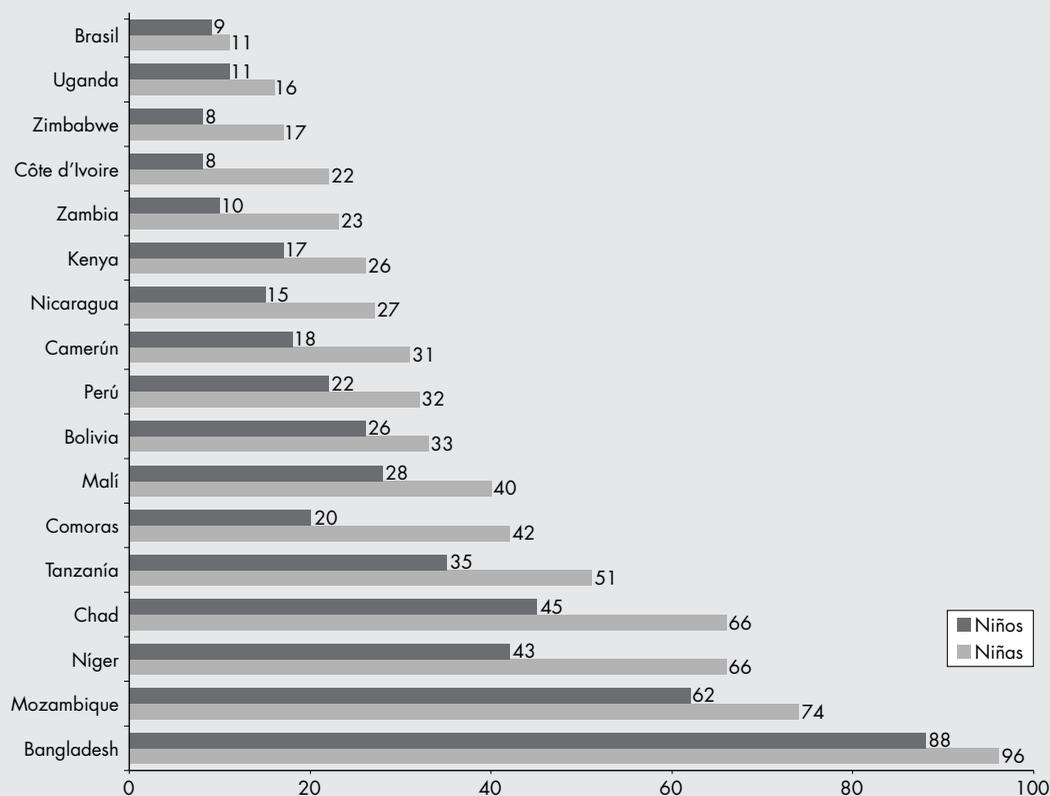
En Mozambique, donde la prevalencia del VIH es de un 13%, un 74% de las niñas de 15 a 19 años de edad no podían nombrar ni siquiera un método para protegerse a sí mismas contra el contagio. En el caso de los niños varones, la proporción era inferior, pero aún inquietante: 62%. En la República Unida de Tanzania, donde se supone que un 8% de la población se ha contagiado, de las niñas encuestadas, un 51% no podía indicar ni un solo método para evitar el contagio y lo propio ocurría con un 35% de los niños varones. En Zambia, ocurría lo propio con 23% de las niñas y 10% de los niños varones; en la Côte d'Ivoire, 22% de las niñas y 8% de los niños varones y en Zimbabwe, 17% de las niñas y 8% de los niños varones no pudieron nombrar ni siquiera una manera de evitar el contagio.

En países donde las tasas de prevalencia del VIH/SIDA son bastante bajas, hay porcentajes excesivamente altos de jóvenes que no tienen idea de cuáles son las medidas de protección: en Bangladesh, 96% de las niñas y 88% de los varones, y en el Chad, 66% de las niñas y 45% de los varones.

Los datos ponen de manifiesto la

#### Discrepancia en la información

Porcentaje de niños varones y niñas (15 a 19 años de edad) que no conocen ninguna manera de protegerse a sí mismos contra el VIH/SIDA



Fuentes: Encuestas Demográficas y de Salud, 1994-1999.

necesidad de hacer mucho mayor hincapié en que se llegue a todos los jóvenes, especialmente a las niñas y los jóvenes, a quienes la pobreza, las costumbres locales, la violencia y el prejuicio social y religioso suelen frustrar su derecho a la información. Además, como lo indican los datos de encuestas

realizadas en Zambia y Zimbabwe (véase "El espejismo del sexo sin riesgo" en la página siguiente), los conocimientos básicos acerca del VIH/SIDA no siempre conducen a comportamientos menos riesgosos. La experiencia indica que las probabilidades de cambio en los comportamientos

mejoran cuando las campañas de información abordan las actitudes, los valores y las aptitudes intrínsecamente necesarias para protegerse a uno mismo y cuando los destinatarios de los mensajes —en este caso los jóvenes— participan activamente en el diseño de dichas campañas.

## las encuestas

# El espejismo del sexo sin riesgo

En ocho países donde el VIH/SIDA ha llegado a niveles epidémicos, en que el contagio afecta a proporciones del 5% y mayores de la población, las encuestas indican que una proporción sustancial de niñas adolescentes (de 15 a 19 años de edad) que tienen actividad sexual piensan que no corren ningún riesgo de contagiarse. En tres países —Haití, Zambia y Zimbabwe— la percepción errónea del riesgo era compartida por el 63%, 52% y 50% de las niñas, respectivamente, y en otros tres países estudiados, por más del 40% de las niñas.

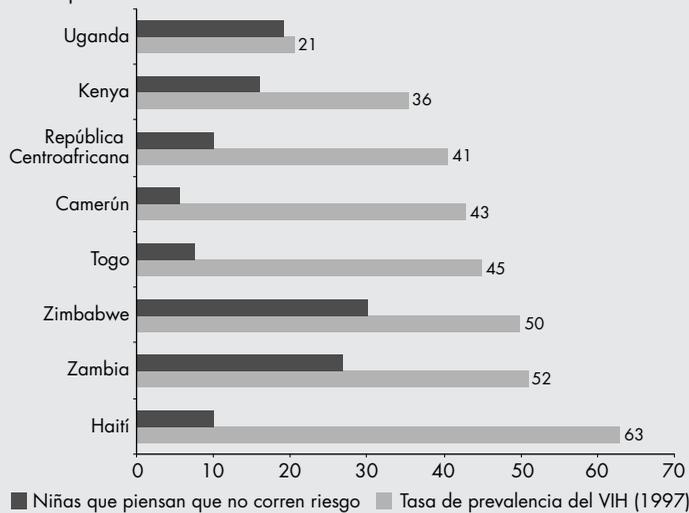
Esas encuestas están contribuyendo a poner de manifiesto problemas de importancia crítica en la difusión de la información absolutamente necesaria para combatir la epidemia, sobre todo entre las niñas de ese grupo de edades.

Uno de esos problemas es cómo ayudar a los jóvenes a que la información que poseen acerca del VIH/SIDA les sirva para concienciarse personalmente sobre riesgo que corren. Esto se ilustra con la situación reinante en Zambia y Zimbabwe, donde es muy alta la prevalencia del VIH (19% y 25%, respectivamente) y hay proporciones relativamente altas de niñas que pueden indicar maneras de protegerse a sí mismas (véase el artículo en la página anterior). No obstante, más de un 50% de las niñas de ambos países que tienen actividad sexual siguen sin pensar que corren riesgo de contagiarse con el SIDA.

Un tenue rayo de esperanza procede de Uganda, otro país con alta prevalencia (10%). El porcentaje de niñas que respondieron que no creían correr ningún riesgo era más bajo en ese país (21%), en parte como resultado de una dinámica y eficaz campaña de concienciación sobre el SIDA patrocinada por el Gobierno.

### Una cita con el SIDA

Porcentaje de niñas (15 a 19 años de edad) que tienen actividad sexual y que no creen que corren riesgos de contagiarse con el SIDA, en comparación con la prevalencia nacional de la enfermedad\*



\*En el momento de la encuesta, entre mujeres embarazadas (en estudios de control, 1994-1999).

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 1994-1999

## Las apariencias son una amenaza para las niñas

En encuestas realizadas recientemente en 34 países, se revela lo poco que conocen y comprenden los jóvenes, particularmente las niñas, acerca del VIH/SIDA. En 14 de esos países, un 50% o más de las niñas de 15 a 19 años de edad no saben que alguien que tenga apariencia saludable puede estar conta-

giado con el VIH y transmitirlo a los demás. En Côte d'Ivoire, un 41% de las niñas están engañadas por las apariencias; en el Camerún, un 45%; en Sudáfrica, un 51%; y en Mozambique, un 66%.

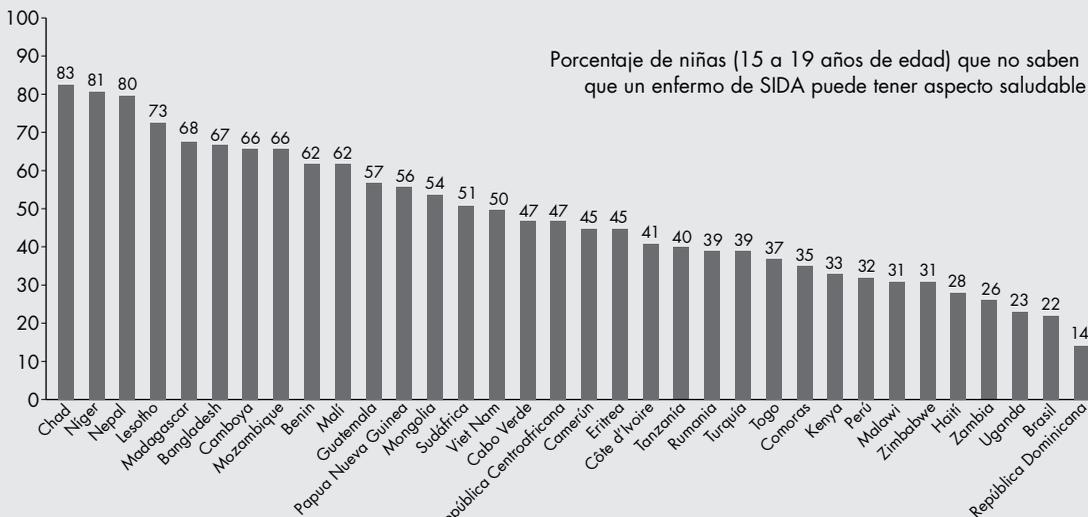
La vulnerabilidad de las niñas al contagio con el VIH, que ya es superior a

la de los varones de la misma edad por numerosas razones físicas, sociales y culturales, se agrava más debido a ese déficit de información. Es urgente intensificar las campañas y las actividades a fin de disipar los mitos acerca de la enfermedad y proporcionar a los jóvenes, y a las niñas en particular, los datos que necesitan para protegerse a sí mismos.

Dado que el número de contagios con el VIH está aumentando con mayor rapidez entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad, es necesario que la educación sea un proceso continuo que llegue a los niños antes de que alcancen este grupo de edades de alto riesgo. Las acciones tempranas posibilitarán que los niños vayan obteniendo información por etapas y la vayan ampliando, año tras año. Es evidente que la meta de salvar vidas cambiando el comportamiento de los jóvenes depende del grado en que lleguen a comprender los riesgos de la epidemia y cobrar conciencia al respecto.

Entre los países donde hay porcentajes sumamente altos de niñas que creen que una persona de aspecto saludable no puede estar contagiada cabe mencionar el Chad (83%), el Níger (81%) y Nepal (80%). En esos países, los niveles de prevalencia son en general bajos, pero la experiencia recogida en los programas sobre el terreno demuestra que nunca es demasiado temprano para comenzar las campañas de educación e información de importancia vital para contrarrestar la epidemia.

### Apariencias que matan



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud y otras encuestas nacionales, 1994-1999.

### Otro aspecto del SIDA: 860.000 niños sin maestros

Según se calcula, en los países de África al sur del Sahara unos 860.000 niños perdieron a sus maestros en 1999 a causa del SIDA. Los más gravemente afectados por esas pérdidas son los niños de Kenia, Nigeria y Sudáfrica.

Por razones que no son totalmente claras, la prevalencia de la reacción serológica positiva al VIH es muy alta entre maestros y administradores de escuelas. En Zambia, por ejemplo, en los primeros 10 meses de 1998 se registraron 1.300 defunciones de maestros, más del doble del número de defunciones ocurridas en 1997 y dos tercios del número de nuevos maestros que reciben capacitación cada año. En la República Centroafricana, entre 1996 y 1998, el número de maestros fallecidos fue casi igual al de maestros jubilados.

Si bien el VIH/SIDA afecta todos los sectores, sus efectos más profundos se concentran en la educación. Actualmente, en todos los países de África al sur del Sahara, se están desbaratando los adelantos tan arduamente logrados en la matriculación escolar, así como los beneficios de las inversiones que han hecho los países para mejorar la educación. Cuando los maestros han muerto o no pueden dictar clases debido a que padecen la enfermedad o a que tienen

#### Niños sin maestros

Alumnos de escuelas primarias que perdieron un maestro a causa del SIDA, 1999

Sudáfrica	100.000
Kenya	95.000
Zimbabwe	86.000
Nigeria	85.000
Uganda	81.000
Zambia	56.000
Malawi	52.000
Etiopía	51.000
Tanzanía	49.000
Congo, Rep. Dem.	27.000

Fuente: ONUSIDA, UNICEF.

necesidad de atender a familiares enfermos, o cuando una cantidad cada vez menor de maestros debe asumir responsabilidad por clases cada vez mayores, se desorganiza la enseñanza. Los maestros con reacción serológica positiva al VIH están abandonando las escuelas de zonas remotas carentes de servicios de salud y solicitando que se los asigne a escuelas cercanas a hospitales.

El VIH/SIDA también afecta a los niños que abandonan la escuela cuando sus familias ya no pueden sufragar los costos de la enseñanza debido a que el sostén de la familia está enfermo y ya no

puede trabajar, o cuando los tratamientos del SIDA consumen una mayor porción del presupuesto del hogar. En algunos países, los padres y madres mantienen a sus hijas, en particular, fuera de la escuela por temor a que se contagien.

En varios países, se desvía el gasto público en educación para hacer frente a otros aspectos de la crisis del SIDA y esto redundará en una menor cantidad de recursos para contratar y capacitar a maestros que reemplacen a los muertos. Además, cuando se dispone de menores recursos para las aulas y los materiales, se resiente la calidad de la educación. Las actitudes y prácticas discriminatorias para con las personas afectadas por el SIDA perturban el proceso de aprendizaje y las altas tasas de movimiento de maestros y la fluctuación del número de estudiantes dificultan la planificación educacional.

Sin embargo, es preciso salvaguardar la educación frente a la crisis del SIDA, dado que las escuelas son un componente clave para reducir los efectos de la enfermedad. Las acciones de los países para establecer programas de lucha contra el VIH/SIDA con base en las escuelas han sufrido un embate mortal y se necesita con urgencia la asistencia de la comunidad internacional.

#### Asia trata de controlar la epidemia

La India alberga en la actualidad el segundo número mayor de personas infectadas con el VIH y la enfermedad presenta visos amenazantes en Camboya, Myanmar, Tailandia y otros países asiáticos.

El UNICEF, otros organismos de las Naciones Unidas, los gobiernos nacionales y las ONG han comenzado varios programas para combatir esta epidemia.

- En Camboya, se han tomado medidas para fomentar la capacidad de las organizaciones regionales y locales con acceso a poblaciones de alto riesgo a fin de formular y mantener programas de prevención y atención orientados hacia los estudiantes de enseñanza primaria, secundaria y de formación profesional, jóvenes que no asisten a la escuela, mujeres en edad de reproducción, mujeres y niños que viven con el VIH/SIDA y los medios de difusión.

- En Tailandia, donde la epidemia ha alcanzado grandes dimensiones y hay ya 755.000 personas que viven con el VIH/SIDA, se han establecido escuelas comunitarias acogedoras para los niños a fin de promover la salud, el desarrollo psicosocial y la resistencia de los niños y los jóvenes afectados por el VIH/SIDA.

- Se considera que, en Myanmar, la epidemia del VIH/SIDA tiene una de las mayores tasas de crecimiento en Asia, y alrededor de 530.000 personas viven con el virus. Un programa denominado SHAPE (proyecto de vida saludable en la escuela y prevención del VIH/SIDA mediante la educación) se encuentra en marcha para abordar este grave problema.

Un proyecto de comercialización paralela de condones dirigido por Population Services International ha contribuido a ampliar el conocimiento sobre la prevención del VIH y la disponibilidad de condones en todo el país. Pero su capacidad de difusión es todavía muy limitada. Un apoyo inadecuado de los donantes y la actitud ambivalente del gobierno de Myanmar en relación con la gravedad de la epidemia del VIH/SIDA ha traído como consecuencia que los esfuerzos realizados no se ajusten a la magnitud del problema.

### Las bajas tasas no deben frenar la lucha

Si el mundo tiene algo que aprender de la epidemia del SIDA es que todas las tasas de prevalencia del VIH representan un peligro claro y vigente. La lista (a la derecha) indica cómo los porcentajes de prevalencia no tienen por qué ser exagerados para resultar desastrosos. En la India, las tasas de 0,6% entre las mujeres de 15 a 24 años y de 0,4% entre los hombres, reflejan en realidad la cifra de 570.000 mujeres y 340.000 hombres infectados, la segunda cantidad más elevada de infecciones después de Sudáfrica. De igual modo, en la Federación de Rusia las tasas de 0,1% entre las mujeres y de 0,3% entre los hombres significan que 14.000 mujeres y 29.000 hombres son portadores del virus.

No hace mucho tiempo, varios países donde hay una elevada prevalencia en la actualidad presentaban tasas similares a éstas, pero nunca se llegaron a tomar las medidas necesarias para contener la epidemia.

No puede haber una prioridad mayor en cualquier parte que impedir la propagación del SIDA por medio de programas de prevención y de gestión bien concebidos y adecuadamente financiados.

#### Número de jóvenes que viven con el VIH/SIDA en países seleccionados

País	Mujeres (15-24)		Hombres (15-24)	
	%VIH+	Número VIH+	%VIH+	Número VIH+
Bangladesh	0,01%	840	0,01%	1.600
Japón	0,01%	510	0,03%	2.300
China	0,02%	23.000	0,1%	120.000
Hungría	0,02%	120	0,08%	600
Rumania	0,02%	350	0,02%	340
Bolivia	0,03%	250	0,1%	1.000
Alemania	0,04%	1.900	0,1%	4.100
Pakistán	0,04%	6.400	0,06%	8.700
Reino Unido	0,05%	1.700	0,1%	3.300
México	0,06%	6.300	0,4%	40.000
Países Bajos	0,08%	750	0,2%	1.700
Federación de Rusia	0,1%	14.000	0,3%	29.000
Francia	0,2%	8.800	0,3%	13.000
Jamaica	0,4%	970	0,6%	1.400
India	0,6%	570.000	0,4%	340.000
Haití	2,9%	25.000	4,9%	42.000

Fuente: ONUSIDA/UNICEF 2000.

## Más información sobre el contagio de madre a hijo

Más del 70% de las mujeres de entre 15 y 49 años de edad en 11 países donde el VIH es endémico (entre ellos, Haití, Kenya, República Centroafricana, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabwe, véase la lista) saben que una madre que se ha contagiado con el VIH puede transmitir el virus a su hijo.

Los datos de encuestas realizadas en 17 países indican que el conocimiento del riesgo de transmisión es mayor en los países donde son más altas las tasas de prevalencia del VIH y mucho menor en países con tasas de prevalencia relativamente bajas, entre ellos el Chad, Madagascar, Malí y el Níger.

En 1999, se contagiaron con el VIH casi 1.300 millones de niños menores de 15 años. En muchos de esos casos, el virus fue transmitido de la madre al hijo durante las últimas etapas del embarazo, el trabajo de parto, el alum-

bramiento o el amamantamiento.

Las cifras indican por tanto que tener conciencia del riesgo y saber cómo evitar la transmisión del virus no bastan para frenar su propagación.

En las clínicas de atención prenatal debe ofrecerse detección y asesoramiento voluntarios y proporcionar información sobre lo que pueden hacer las madres cuando tienen reacción serológica positiva al VIH y, en esa situación, cuáles son las alternativas aceptables, distintas del amamantamiento. También, incluso en los países donde hay mayor prevalencia del VIH, la mayoría de las madres no tienen reacción serológica positiva al VIH y es importante que dispongan de servicios de detección y asesoramiento para no contagiarse.

En Tailandia septentrional, entre las mujeres que participan en programas

de ese tipo las tasas de transmisión de la madre al niño han disminuido desde 25% hasta 7,5%. Esos programas también ofrecen a las mujeres sanas y a sus compañeros información sobre cómo

evitar el contagio y ayudan a las que ya están contagiadas a adoptar decisiones bien fundamentadas acerca de las prácticas sexuales, el alumbramiento y la alimentación del niño de corta edad.

### Conocimientos de las madres

Porcentaje de mujeres (de 15 a 49 años de edad) que saben que el virus del SIDA puede transmitirse de la madre a su hijo

República Dominicana	96	República Centroafricana	70
Zimbabwe	92	Côte d'Ivoire	66
Zambia	88	Camerún	65
Kenya	85	Benin	62
Uganda	85	Madagascar	58
Sudáfrica	84	Malí	41
Perú	79	Chad	36
Haití	74	Níger	26
Tanzanía	73		

Fuentes: Encuestas Demográficas y de Salud, y otras encuestas a escala nacional, 1994-1999.

## Los recursos para el SIDA no están a la altura

La batalla contra el SIDA en el mundo en desarrollo entraña ingentes gastos, correspondientes a una emergencia internacional de escala colosal. El año pasado, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) publicó cifras que indican que, para combatir la enfermedad, se necesitarán entre 2.000 millones y 3.000 millones de dólares anuales. Las mayores necesidades son en África al sur del Sahara, donde se encuentra un 70% de todas las personas que viven con el VIH/SIDA.

No obstante, frente a esta emergencia, la asistencia de países industrializados a países en desarrollo (donde reside el 95% de quienes se han contagiado con la enfermedad) con destino a actividades relativas al VIH/SIDA ascendió sólo a 302 millones de dólares en 1998. Al mayor donante, los Estados Unidos, que aportaron 147 millones de dólares (1,7% del total de su asistencia), siguieron el Reino Unido, con 26 millones de dólares y los Países Bajos, con 22 millones de dólares. Los Estados Unidos han anunciado que en

el año 2000, su asistencia a países en desarrollo para programas de prevención del VIH/SIDA ascenderá a 270 millones de dólares.

En 1998, la asistencia de la mayoría de los países donantes para actividades relativas al SIDA llegó a menos de 1% del total de sus desembolsos para asistencia, una estadística desalentadora puesto que el total de la asistencia aportada por países industrializados a países en desarrollo descendió pronunciadamente (en un 21%) entre 1992 y 1998. La asistencia para actividades relativas al VIH/SIDA se ha cuadruplicado con creces, desde 59 millones en 1987, pero los recursos por persona realmente han disminuido en momentos en que se intensifica la epidemia. En 1988, la financiación de la asistencia ascendió a 22 dólares por persona contagiada con el VIH/SIDA; en 1998, esa cuantía fue inferior a 9 dólares por persona.

En África, el VIH/SIDA se cobra 10 veces más vidas que todas las guerras ocurridas en el continente y ha dañado gravemente las estructuras y los servicios sociales. Es menester que la comunidad internacional incremente su contribución para luchar contra este mortífero enemigo.



Un grupo de hombres analiza una campaña sobre la prevención de enfermedades transmitidas por la vía sexual en la India, incluido el VIH/SIDA. En la India hay actualmente alrededor de 4 millones de personas infectadas y se avecina una epidemia devastadora.

UNICEF/00-0110/Lewnes

### Asistencia para el SIDA

	Asistencia para el VIH/SIDA, 1998 (millones de dólares)	Asistencia, porcentaje del total de la asistencia de donantes, 1998
Estados Unidos	147	1,7
Reino Unido	26	0,7
Países Bajos	22	0,7
Canadá	15	0,9
Alemania	15	0,3
Noruega	15	1,1
Suecia	15	1,0
Japón	14	0,1
Australia	12	1,3
Dinamarca	8	0,5
Bélgica	5	0,6
Luxemburgo	2	1,8
Suiza	2	0,2
Finlandia	1	0,4

Fuente: ONUSIDA.

# TIEMPO PARA SEMBRAR

## COMENTARIO: CUIDADO DEL NIÑO EN LA PRIMERA INFANCIA



# Tiempo para sembrar

Por Carol Bellamy

***La pobreza sigue esclavizando a grandes poblaciones y denegando a 1.200 millones de personas –entre ellas, 600 millones de niños de 1 a 5 años de edad– el goce de una buena salud y de vidas productivas. A fin de cambiar esta penosa situación, es preciso que el mundo comience prestando asistencia a los niños y asegure a todos y a cada uno de los 130 millones de personas que vienen anualmente al mundo el mejor comienzo posible en la vida.***

**P**or fin estamos comprendiendo cuán enormes son las posibilidades de nuestros niños desde el momento de nacer, cuán bien preparados están los recién nacidos para sobrevivir, prosperar y aprender.

Los niños dependen de nosotros, los adultos; nos fascinan, nos hechizan y exigen que les demos el tiempo, la crianza y la atención que parecen saber que necesitan. Cuando reciben lo que les es imprescindible, nos recompensan a lo largo de todo el camino, desde su primera sonrisa hasta la próxima generación.

Los componentes básicos son bastante sencillos: los niños necesitan atención de la salud, nutrición saludable (haciendo hincapié en el amamantamiento), un ámbito seguro e higiénico y una interacción juguetona y afectuosa. Éste es el mínimo: no es nada extravagante ni exorbitante. No obstante, cuando cuentan con estas simples bases, los niños progresan y consiguen dejarnos estupefactos con sus logros, al llegar a dominar idiomas, artes, ciencias y otros aspectos complejos de la vida.

Sin embargo, sólo desde hace poco hemos tomado conocimiento de hasta

qué punto estamos dilapidando el talento de los niños.

Hay un interesante acervo de conocimientos cada vez mayores que indican hasta qué punto los años iniciales de la vida revisten importancia absolutamente vital y sientan las bases para la supervivencia, el desarrollo, la salud y los logros posteriores del niño. En esa etapa inicial se desarrolla la red neural del cerebro, como resultado en gran medida del estímulo y la atención que recibe un niño. Antes de que un niño sano tenga dos años y medio, se han establecido millones de vínculos neurales, conexiones de las que dependen en alto grado el desarrollo físico, mental y cognoscitivo.

## **El núcleo del desarrollo**

Nosotros despilfarramos la capacidad innata de nuestros niños y escatimamos los cuidados en esos críticos años iniciales, a un costo exorbitante. Al conculcar los derechos del niño negándole los elementos fundamentales que necesita y merece, perjudicamos al niño y nos perjudicamos a nosotros mismos, posibilitando y alentando que se arraiguen las semillas de la pobreza, la alienación, el odio y la desesperanza.

Un eficaz cuidado precoz del niño

es un aspecto medular del desarrollo humano. Y para quienes son más susceptibles a los argumentos económicos, las inversiones en servicios y en apoyo a los niños en las etapas iniciales ofrecen una tasa de utilidades de 7 a 1. Dado que cada año nacen 130 millones de niños, esto ofrece una enorme oportunidad de desarrollo social que pocos líderes querrían pasar por alto, y una inversión que nadie puede permitirse no aprovechar; especialmente, dado que encierra las mejores posibilidades de que disponemos para mitigar la pobreza, que afecta actualmente de manera opresiva a muchas personas, y la mejor oportunidad de cambiar las pautas de discriminación por motivos de género, arraigadas desde hace mucho tiempo, que conculcan los derechos de los niños y las mujeres y asfixian el progreso social.

Tanto la pobreza como la discriminación por motivos de género se van reproduciendo de generación en generación. Al garantizar que los niños dispongan de una buena atención inicial, sobre la base de la equidad de género, adoptamos medidas gigantescas y de importancia vital para quebrar los ciclos de discriminación y privación y desencadenar nuevas posibilidades creativas.

¿Qué entraña la buena atención de los niños de corta edad para la vasta mayoría de entre cero y ocho años de edad, cuya cantidad mundial se estima en 1.000 millones? Una buena atención reconoce la interacción entre la salud, la nutrición y el bienestar emocional de los niños y quienes se encargan primordialmente de atenderlos. Cuidar a un niño significa preocuparse ineludiblemente por las condiciones que enfrenta una mujer en el hogar y en la sociedad en gene-

ral; puesto que en los países y las culturas donde no se presta atención a la opinión de las mujeres, donde la pobreza y la discriminación limitan el acceso de las mujeres a los recursos y los servicios y donde éstas disponen raramente de un descanso en agobiadoras jornadas de trabajo, cuentan con una mínima protección jurídica y adolecen de baja condición jurídica y social, es imposible un desarrollo óptimo del niño. Cuando los hombres tienen escaso o ningún papel en la crianza de los niños de corta edad y, no obstante, no respetan a las mujeres que atienden a esos niños, se allana el camino para que los niños, salvo muy pocos, no desarrollen cabalmente su potencial.

Una atención eficaz en la primera infancia significa contar con hogares y ámbitos donde los niños estén protegidos contra la enfermedad, haya acceso a agua de beber no contaminada y alimentación adecuada y sea posible que las mujeres inicien la vida de sus hijos alimentándolos exclusivamente a pecho. También significa que hay tiempo y espacio para que los niños de corta edad vayan creciendo y aprendiendo mediante el juego y la exploración y desarrollando el lenguaje mediante su interacción con los demás.

Por todas esas razones, una eficaz atención en la primera infancia debe exceder las paredes del hogar y debe practicarse en el ámbito y la cultura que engloban a la familia inmediata.

Como miembros de una familia ampliada, dotados de un interés vital en el desarrollo humano, los líderes comunitarios, los agentes de salud y nutrición, los maestros, los empleadores y los países en su totalidad tienen interés y responsabilidad respecto del cuidado que reciben los

niños en sus comunidades y en sus países.

Cuando se respetan los derechos de los niños, las recompensas tanto inmediatas como a más largo plazo son considerables. Cuando se apoya de esta manera a los niños antes y desde el momento de nacer, lo probable es que sobrevivan, sean más saludables y felices, tengan mayor posibilidad de aprender a lo largo de su vida y se conviertan en ciudadanos productivos.

Los resultados también están a la vista en planillas presupuestarias, en menores costos para la educación correctiva y menores gastos en terapias para la salud. Y en una reacción a largo plazo por la que merece la pena esperar, los resultados de los buenos cuidados se ponen de manifiesto más tarde, en forma de sociedades más afianzadas, mejor alimentadas, más saludables, más estables y más productivas.

En todo el mundo, millones y millones de familias proporcionan excelentes cuidados a sus niños. Sin embargo, muchos millones de otros son incapaces de hacerlo, porque forman parte de los 1.200 millones de personas de países en desarrollo que viven por debajo del límite de la pobreza, de un dólar diario.

Esas familias libran una vasta pero en general invisible batalla contra la enfermedad, el agua contaminada, el saneamiento deficiente, la ignorancia, la desnutrición, la discriminación por motivos de género y, con frecuencia, la guerra y la violencia. ¿Cómo podemos seguir sorprendiéndonos de que en este combate desigual pierdan la vida cada año 11 millones de niños menores de cinco años y millones más pierdan su potencial físico e intelectual?

Es difícil percatarse de los efectos físicos y cognoscitivos de la desnutrición de forma separada de los demás factores: en el Asia meridional y en un tercio de los países de África al sur del Sahara, la mitad de los niños están desnutridos y como consecuencia de ello su motivación se halla aletargada, su atención embotada y su curiosidad y su capacidad cognoscitiva se encuentran entorpecidas. La desnutrición y las reiteradas enfermedades que la acompañan producen un sopor letal que puede impedir que un niño de corta edad reciba

la atención que merece. Según se ha estimado, la desnutrición, presente en casi la mitad de todas las defunciones infantiles y en innumerables casos de falta de desarrollo, cuesta al mundo —solamente en un año— el equivalente de 46 millones de años de vida productiva y libre de discapacidad.

En los años iniciales de la vida de un niño, el bajo peso al nacer, las enfermedades reiteradas, la falta de estímulo psicosocial, la nutrición deficiente y las dificultades y tensiones de la pobreza pueden causar mala salud y una reducción general de la capacidad intelectual, social y del comportamiento.

Esas son pérdidas prevenibles, cuyas soluciones son conocidas, están disponibles, son de un razonable bajo costo y ofrecen una alta eficacia en función de los costos. La respuesta consiste en efectuar inversiones —de tiempo, energía, cuidados y recursos— en los niños y hacerlo desde las etapas más tempranas, desde el nacimiento e incluso desde antes, cuando las inversiones tendrán mayores efectos en el desarrollo humano ulterior. Al establecer y revitalizar servicios sociales básicos y concertar fuertes alianzas con las comunidades pobres se proporcionan componentes de importancia crucial para garantizar un buen comienzo de los niños en la vida.

### Inversiones en los niños

Un niño cuya madre tiene acceso a la atención y los servicios necesarios durante el embarazo y el parto, un niño nacido en una comunidad donde hay un centro de atención de la salud dotado de personal competente y adecuadamente provisionado, que proporciona información sobre la nutrición y ayuda para dolencias e infecciones comunes, es un niño que ha tenido un buen comienzo. Cuando hay tiempo para ofrecer el estímulo y el aprendizaje precoz que redundan después en mayores logros escolares, cuando hay acceso a agua no contaminado y a sistemas adecuados de saneamiento, así como a escuelas primarias “acogedoras para los niños”, se promueven factores esenciales que permiten también iniciar la vida con buen pie.

Un gasto mundial adicional de aproximadamente 70.000 millones a 80.000 millones de dólares cada año

ayudaría a ampliar los servicios básicos que proporcionan este tipo de bases imprescindibles para todos. No se trata en absoluto de un importe exorbitante, particularmente si se tienen en cuenta los beneficios que producirá, pero es un gasto que los países en desarrollo no pueden absorber por sí solos.

No obstante, si los países en desarrollo dedicaran un 20% de los presupuestos nacionales y los países donantes una proporción similar de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) a los servicios sociales básicos, en ese caso se dispondría de la mayor parte de los recursos. Dichas asignaciones de créditos son la base de la Iniciativa 20/20, propugnada por el UNICEF y otros aliados y aprobada por muchos países en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social que se celebró en 1995.

Hay muchas razones por las que los países no respetan los derechos humanos más básicos de los niños. En algunos, la guerra ha destruido la infraestructura, la economía y las comunidades; el SIDA se está propagando activamente, particularmente en África y está erosionando muy peligrosamente estructuras sociales que ya eran frágiles y la capacidad de respuesta de las comunidades y los países. En muchos otros países, la corrupción vacía las arcas públicas y en demasiados otros, la espiral de la creciente deuda, perpetuándose a sí misma, sobrecarga los presupuestos ya endeblados y redundando en desastres para los niños.

Es un enorme estigma sobre la conciencia del mundo que en los 41 países pobres sumamente endeudados —donde los indicadores de desarrollo humano son los peores del mundo— el servicio de la deuda consume entre tres y cinco veces el importe de los recursos gastados en servicios básicos. En casi la mitad de esos mismos países, cerca del 50% de las personas carecen de acceso a un saneamiento adecuado y a agua de beber no contaminada; de los 31 países donde es mayor la mortalidad de los niños, 26 pertenecen al grupo de los países pobres sumamente endeudados.

La mitigación de la deuda no sólo está en un callejón sin salida, sino que también ha disminuido la asistencia para el desarrollo, desde un promedio

de 0,33% del producto nacional bruto (PNB) en 1990, hasta un promedio de 0,24% en 1998. Esto está ocurriendo en circunstancias en que la economía mundial ha crecido hasta más de 30 billones de dólares y en países donantes donde el PNB medio per cápita aumentó desde 20.900 dólares hasta 27.000 dólares durante el último decenio.

No cabe duda de que los recursos existen, pero se destina una escasa proporción de ellos a la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño y son muy pocas las personas que comprenden las repercusiones que sobre todas las sociedades tienen las oportunidades perdidas en la primera infancia.

Cuando se asigna prioridad a la atención de los niños de corta edad, es mucho lo que puede lograrse. En los últimos 10 años se alcanzaron adelantos notables. Solamente la inmunización ha salvado las vidas de 2,5 millones de niños cada año. Con todo, las condiciones para plasmar cabalmente el potencial humano de esos niños siguen casi sin cambiar en las comunidades pobres.

### Simple medidas transformadoras

Ya no disponemos de la excusa de la ignorancia. Conocemos buenos ejemplos eficaces del enfoque integrado que asegura la supervivencia del niño y pone de manifiesto su potencial. Por ejemplo, programas realizados en la India, Jamaica, Kenya, el Perú y Turquía ofrecen importantes lecciones y las posibilidades de obtener adelantos similares en otros países.

Lo mismo ocurre con el enfoque integrado de atención y desarrollo del niño en la primera infancia que está evolucionando en Filipinas, con el cual se demuestra el éxito que han tenido las comunidades en cuanto a armonizar la salud, la nutrición, la atención psicosocial y los servicios de educación precoz para niños de corta edad. El propósito de este programa es reducir a la mitad las tasas de mortalidad de menores de un año y de niños en general, las de desnutrición y las de abandono de escuela elemental. Estos son objetivos de importancia crucial en un país donde casi un tercio de los niños tienen peso insuficiente o padecen hipotrofia



UNICEF/98-1117/Pirozzi

*Una trabajadora de la salud pesa a un niño en un puesto sanitario rural en Kenya. El bajo peso es uno de los factores principales en las muertes todos los años de 4 millones de recién nacidos durante su primer mes de vida en todo el mundo.*

nutricional y donde la tasa de mortalidad de menores de cinco años es de 44 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos.

En todo el país, los niños en guarderías infantiles, como los ubicados en la aldea filipina de Capagao, se entretienen con juguetes desgastados e instrumentos musicales improvisados con botellas usadas y tablillas de bambú, hojean libros y aprenden mediante carteles de colores brillantes acerca de los animales, el alfabeto y las prácticas higiénicas de aseo de las manos.

En la aldea, los agentes de salud y nutrición están capacitados para asesorar a padres y madres sobre la mejor atención del niño en la primera infancia, incluidos el amamantamiento exclusivo y la terapia de rehidratación oral. Los niños reciben sus inmunizaciones habituales en los puestos de salud. Los agentes de salud indican en sendos mapas todas las viviendas de la comunidad, el crecimiento de cada niño, su acceso a sal yodada y a otros micronutrientes y la disponibilidad de agua no contaminada y saneamiento.

Ésas son ideas simples que también salvan y transforman vidas y, lo que es más importante, los servicios son accesibles dentro de las comunidades y están conducidos por pobladores locales. Abarcan atención de la salud, guarderías infantiles, educación primaria y escuelas de padres y madres. En las aldeas típicas, los trabajadores de guarderías, las parteras, los agentes de salud y los que supervisan el desarrollo del niño se dedican a múltiples tareas, de tal modo que los que se ocupan de salud y nutrición descubren ahora la manera de propiciar el aprendizaje de los niños, y los trabajadores de las guarderías tienen conocimiento sobre los problemas de salud.

El UNICEF está apoyando esas acciones con los gobiernos locales en 20 provincias y cinco ciudades, reforzando los servicios sociales básicos en las comunidades rurales mediante el establecimiento de puestos comunitarios de salud y nutrición. En la provincia de Capiz, hacia fines del año 2000 habrá 200 puestos de ese tipo. Dichos puestos de salud y nutrición proporcionan a las madres un lugar

para reunirse, intercambiar ideas sobre la salud, la nutrición y las necesidades psicosociales de sus hijitos, recibir asesoramiento del agente de salud de la aldea y tener acceso a servicios básicos como la provisión de suplementos de vitamina A y hierro.

En la pequeña provincia insular de Guimaras, donde las tasas de pobreza infantil son superiores al 70%, existe un centro que cuida a los niños de familias pobres para que ambos progenitores puedan trabajar. Se están construyendo guarderías infantiles, aldea por aldea. En todo el país, el número de nuevos centros acreditados aumentó en un 11% en 1998 para llegar a más de 20.000.

El UNICEF está ayudando a mejorar la salud de las madres y la capacidad de los progenitores y otros encargados de la atención de los niños de corta edad para que puedan ofrecerles un ámbito hogareño afectuoso y estimulante. En virtud de un programa de escuelas de padres y madres con base comunitaria, grupos organizados de padres y madres aprenden acerca de la salud infantil, la atención psicosocial, la protección de la nutrición e incluso las relaciones de género. Además, el UNICEF apoya la capacitación de trabajadores de guarderías diurnas y de trabajadores de salud locales y distribuye tarjetas para asesoramiento de padres y madres y otros materiales de información entre los encargados de prestar servicios en las comunidades de base.

En tres regiones de Filipinas, el Banco Mundial y el Banco Asiático de Desarrollo, con el apoyo del UNICEF y en asociación con gobiernos locales y con el gobierno nacional, están financiando un proyecto integrado de cuidado y desarrollo del niño en la primera infancia.

Acciones como las indicadas son vitalmente necesarias en todo el mundo y es preciso apoyarlas mediante un amplia y elocuente alianza —un verdadero movimiento mundial— que contribuya a dar voz y visibilidad a lo que se está haciendo. Para que los derechos del niño se conviertan verdaderamente en la prioridad, es de gran importancia contar con las acciones de los gobiernos, de todos los sectores de la sociedad civil, de las organizaciones confesionales, de las comunidades de base, de los medios

de difusión de masas y de las organizaciones internacionales.

### Los niños ante todo

Nunca podría haber un modelo único de atención de los niños en la primera infancia, ni es deseable tenerlo. La experiencia indica que hay tantos enfoques eficaces como necesidades.

No obstante, sabemos que los mejores programas son los que abordan las necesidades físicas, intelectuales y emocionales de los niños, las cuales se superponen las unas con las otras, de modo de enfocar el desarrollo del niño como proceso integral y las necesidades del niño en forma interrelacionada. También sabemos que cada comunidad necesita disponer de la libertad y los recursos para crear, perfeccionar y mejorar sus propias prácticas óptimas, debido a que las políticas y prácticas autóctonas relativas a la manera en que las personas viven sus vidas son lo que necesitan los niños y sus progenitores.

El mundo puede enorgullecerse mucho por la sucesión de medidas extraordinarias adoptadas en el último decenio, al aprobar la Convención sobre los Derechos del Niño —que hoy es objeto de ratificación casi universal— y tratar de conquistar las metas acordadas en 1990, en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia.

En estos momentos en que se acerca el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre la infancia, que se celebrará el año próximo para analizar estas metas, parecería ser una ocasión apropiada para consagrarnos nuevamente a mantener el impulso. Es menester que sigamos defendiendo a los niños, negociando medidas para ellos y creando las mejores situaciones en su beneficio. Es preciso que al asignar recursos, se asigne prioridad a las necesidades de los niños; los países deben comprometerse en sus principios, en sus políticas, en sus leyes y en sus presupuestos.

Lo que sea beneficioso para los niños es y debe ser una prioridad de desarrollo humano para todos. Al fijar esa prioridad, se proporciona la prueba más segura de que una sociedad está comprometida en pro de promover el bienestar de su pueblo y frenar el avance de la pobreza, el sufrimiento y la muerte, que amenazan con sumergirnos a todos. ■

**E**l éxito que ha tenido el mundo en cuanto a proteger los derechos del niño y plasmar el potencial humano se pone de manifiesto mucho más elocuentemente en carne y hueso que en hormigón o acero, mucho más convincentemente en la altura de los niños que en la de los rascacielos.

En esta liga se presentan las tasas de hipotrofia nutricional de los niños menores de cinco años, que son escandalosamente altas. En seis países del Asia oriental y meridional, al menos la mitad de los niños padecen hipotrofia nutricional, y lo propio ocurre con el 40% de los niños en la mayoría de los países de África al sur del Sahara.

La hipotrofia nutricional no ocurre de la noche a la mañana, sino que se va generando a lo largo del tiempo y significa que un niño ha padecido ciclos debilitantes y dolorosos de enfermedad, falta de apetito, alimentación insuficiente y atención inadecuada. Muchos niños no sobreviven esas tribulaciones y muchos de los que sí sobreviven acarrean un déficit a largo plazo en su capacidad mental, además de pérdidas en estatura.

### Dar menos de lo debido a los niños

El bajo peso al nacer, la insuficiente alimentación, el cuidado inadecuado y el agotamiento de los nutrientes causado por la repetida incidencia de enfermedades redundan a lo largo del tiempo en un niño cuya altura es inferior a la de los demás de la misma edad. Ese crecimiento insuficiente es un indicio estándar, que revela deficiencias en el crecimiento a una edad temprana.

Cualquier privación de los alimentos y de los cuidados que perturbe el crecimiento en los primeros años críticos puede también menoscabar el desarrollo cognoscitivo de un niño y su capacidad de aprendizaje y a menudo causa bajo rendimiento en la escuela y abandono escolar.

En el mundo en desarrollo, un 39% de los niños menores de cinco años padecen hipotrofia nutricional: se trata de aproximadamente 209 millones de niños. Las tasas de hipotrofia nutricional son mayores en Asia y África al sur del Sahara.

La alimentación inadecuada y las enfermedades reiteradas son las causas inmediatas de la hipotrofia nutricional en los niños de corta edad. Este círculo vicioso es, en sí mismo, resultado de la pobreza y de la consecuente incapacidad de las familias para atender adecuadamente a sus niños. La falta de agua no contaminada en una comunidad pobre, o las largas distancias entre el hogar y la clínica de salud, por ejemplo, afectan el grado de atención que puede dispensarse.

La hipotrofia nutricional también se produce cuando los niños nacen con bajo peso debido a la deficiente alimentación de la madre o a que ella misma padeció hipotrofia nutricional.

Una vez que la hipotrofia nutricional se ha instalado, la enfermedad y sus efectos suelen ser permanentes. Los niños con hipotrofia nutricional tal vez nunca recuperen la estatura perdida y, en su mayoría, tampoco el peso correspondiente. Y una vez que la etapa de oportunidad de la primera infancia ha llegado a su término, el correlativo daño cognoscitivo suele ser irreversible.



ÁFRICA AL SUR  
DEL SAHARA

Etiopía	64
Angola	53
Madagascar	48
Malawi	48
Congo, Dem. Rep.	45
Lesotho	44
Mauritania	44
Burundi	43
Nigeria	43
Rwanda	42
Tanzanía	42
Zambia	42
Níger	41
► Promedio regional	40
Chad	40
Eritrea	38
Uganda	38
Mozambique	36
Sierra Leona	35
Rep. Centroafricana	34
Kenya	33
Zimbabwe	32
Gambia	30
Mali	30
Botswana	29
Burkina Faso	29
Camerún	29
Guinea	29
Namibia	28
Ghana	26
Benin	25
Côte d'Ivoire	24
Senegal	23
Sudáfrica	23
Togo	22
Somalia	14
Mauricio	10
Congo	Sin datos
Gabón	Sin datos
Guinea-Bissau	Sin datos
Liberia	Sin datos



ORIENTE MEDIO Y  
ÁFRICA SEPTENT.

Yemen	52
Sudán	33
Iraq	31
► Promedio regional	25
Egipto	25
Marruecos	23
Omán	23
Túnez	23
Siria	21
Turquía	21
Arabia Saudita	20
Irán	19
Argelia	18
E. Árabes Unidos	17
Libia	15
Líbano	12
Jordania	8
Israel	Sin datos
Kuwait	Sin datos

PROMEDIO DEL  
MUNDO EN  
DESARROLLO

39%



ASIA CENTRAL



ASIA SURORIENTAL Y PACÍFICO



AMÉRICAS



EUROPA

Afganistán	52
► Promedio regional	37
Uzbekistán	31
Kirguistán	25
Azerbaiyán	22
Kazajstán	16
Armenia	Sin datos
Georgia	Sin datos
Tayikistán	Sin datos
Turkmenistán	Sin datos

Corea, Dem.	62
Camboya	56
Bangladesh	55
Nepal	54
India	52
Pakistán	50
Lao RPD	47
Myanmar	45
► Promedio regional	44
Viet Nam	44
Indonesia	42
China	34
Filipinas	30
Mongolia	22
Sri Lanka	18
Tailandia	16
Australia	Sin datos
Bhután	Sin datos
Japón	Sin datos
Corea, Rep.	Sin datos
Malasia	Sin datos
Nueva Zelandia	Sin datos
Papua Nueva Guinea	Sin datos
Singapur	Sin datos

Guatemala	46
Honduras	40
Haití	32
Bolivia	26
Perú	26
Nicaragua	25
El Salvador	23
México	18
Paraguay	17
Colombia	15
Venezuela	13
► Promedio regional	13
Brasil	11
Rep. Dominicana	11
Panamá	9
Uruguay	8
Costa Rica	6
Jamaica	6
Chile	2
Estados Unidos	2
Argentina	Sin datos
Canadá	Sin datos
Cuba	Sin datos
Ecuador	Sin datos
Trinidad/Tabago	Sin datos

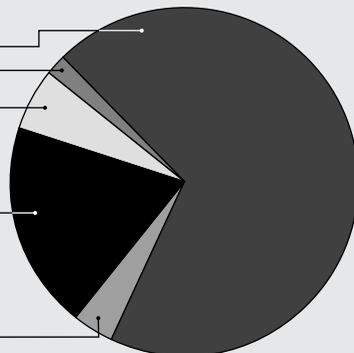
Fed. de Rusia	13
► Promedio regional	11
Rumania	8
Yugoslavia	7
Rep. Checa	2
Croacia	1
Albania	Sin datos
Alemania	Sin datos
Austria	Sin datos
Belarús	Sin datos
Bélgica	Sin datos
Bosnia/Herzegovina	Sin datos
Bulgaria	Sin datos
Dinamarca	Sin datos
ERYD Macedonia	Sin datos
Eslovaquia	Sin datos
Eslovenia	Sin datos
España	Sin datos
Estonia	Sin datos
Finlandia	Sin datos
Francia	Sin datos
Grecia	Sin datos
Hungría	Sin datos
Irlanda	Sin datos
Italia	Sin datos
Letonia	Sin datos
Lituania	Sin datos
Moldova, Rep.	Sin datos
Noruega	Sin datos
Países Bajos	Sin datos
Polonia	Sin datos
Portugal	Sin datos
Reino Unido	Sin datos
Suecia	Sin datos
Suiza	Sin datos
Ucrania	Sin datos

**CRITERIO DE CLASIFICACIÓN**

Porcentaje de niños menores de 5 años que sufren retraso en el crecimiento

**Número de niños menores de cinco años con hipotrofia nutricional (en millones)**

- Asia suroriental y Pacífico (144)
- Asia Central (4)
- Oriente Medio y Africa sept. (12)
- Africa al sur del Sahara (40)
- Américas (9)



**Total en el mundo en desarrollo: 209 millones**

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, encuestas por grupos con indicadores múltiples (MICS), OMS y UNICEF, 1990-1998.

### Una posible victoria contra la carencia del yodo

Hace sólo dos decenios, la carencia de yodo era un problema mundial de grandes proporciones que perturbaba el crecimiento y el desarrollo mental de enormes cantidades de niños y retardaba el progreso social y económico en países tanto industrializados como en desarrollo.

Ahora, debido a la yodación de la sal, un 70% de la población mundial está protegida contra la carencia de yodo. En 29 países, más del 90% de la población utiliza sal adecuadamente yodada y en otros 36 países, al menos la mitad de la población está protegida.

Como resultado, hay millones de personas libres de los efectos más evidentes de la carencia de yodo, como el bocio y el cretinismo, y sociedades enteras están protegidas contra las graves consecuencias económicas y sociales, inclusive la reducción global de la capacidad mental de sus poblaciones.

Pero si bien el progreso ha sido nota-

ble, hay aún 34 países —con un total combinado de casi 1.000 millones de habitantes— donde sólo un 50% de la población o menos utiliza sal yodada. Están en esa situación la mayoría de los países de Europa central y oriental, donde se ha ido perdiendo terreno en los últimos años, y el Pakistán, Filipinas y Turquía, que poseen mayores recursos pero antecedentes más deficientes que muchos otros países. En 14 de los 34 países, el 10% de la sal, o una proporción menor, es yodada.

La yodación de la sal es simple y de bajo costo. Para ello es preciso que los gobiernos se comprometan a promulgar legislación, establecer mecanismos de vigilancia y entablar alianzas con los productores locales de sal. Otra clave para alcanzar la meta de la yodación universal de la sal es concienciar a los ciudadanos sobre el problema de la carencia de yodo y captar así a un público que apoye la sal yodada.

#### Bajos niveles, alto riesgo

	Porcentaje de hogares que consumen sal yodada		Porcentaje de hogares que consumen sal yodada
Cuba	0	Turquía	18
Etiopía	0	Pakistán	19
Mauricio	0	Guinea Ecuatorial	20
Sudán	0	Tayikistán	20
Turkmenistán	0	Burkina Faso	23
Mauritania	3	Swazilandia	26
Ucrania	4	Kirguistán	27
Corea, Rep. Dem. de	5	Ghana	28
Camboya	7	Federación de Rusia	30
Gambia	9	Fiji	31
Mali	9	Belarús	37
Senegal	9	Guinea	37
Angola	10	Yemen	39
Iraq	10	Siria	40
Rep. Dominicana	13	Sri Lanka	47
Filipinas	15	Guatemala	49
Uzbekistán	16	Tailandia	50

Fuentes: UNICEF, Encuestas Demográficas y de Salud, encuestas por grupos con indicadores múltiples (1993-2000).

### Pesar a los niños beneficia su salud

El peso de un niño al nacer es un buen indicador del estado de salud de la madre y, al mismo tiempo, de las probabilidades de supervivencia y desarrollo del recién nacido. Los niños con menos de 2,5 kilogramos de peso al nacer enfrentan enormes riesgos, inmediatos y a largo plazo. Pero este indicador clave no se supervisa adecuadamente, ya que en los países en desarrollo, cada año hay 116 millones de niños que no son pesados al nacer. Más de 20 millones —más de 1 de cada 6— tienen bajo peso al nacer.

El bajo peso al nacer (menos de 2,5 kilogramos o de unas 5,5 libras) es un importante factor en las muertes anuales de 4 millones de recién nacidos y de las enfermedades que afectan a muchos otros millones. Se van acumulando las pruebas de que el bajo peso al nacer crea un riesgo superior en un 50% de sufrir diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer en etapas posteriores de la vida.

Los datos sobre 34 países indican que en 16 de ellos (*véase la lista*), más de la mitad de los niños no son pesados

#### Los niños sin pesar

Porcentaje de niños que no han sido pesados al nacer

Chad	89
Pakistán	88
Egipto	84
Haití	82
Níger	80
Rwanda	74
Nigeria	73
Uganda	73
Mali	69
Madagascar	64
Comoras	55
Mozambique	55
Togo	55
Kenya	54
Zambia	53
Senegal	51

Fuentes: Encuestas Demográficas y de Salud (1987-1999) y otros análisis.

al nacer. En el Chad, Egipto, Haití, el Níger y el Pakistán, no se pesa a un 80%, o más, de los recién nacidos.

En los países en desarrollo, ningún médico, enfermera o partera se encuentra presente en casi la mitad de todos los partos. Las parteras tradicionales, que prestan asistencia durante el alumbramiento en ausencia de personal de salud capacitado en sus comunidades, pueden desempeñar una función de utilidad al alentar el aumento de peso durante el embarazo y al pesar a los niños.

### La atención prenatal podría salvar a millones

Hace 10 años, los líderes que asistían a la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se comprometieron a asegurar el acceso universal de las mujeres a los servicios de maternidad hacia el año 2000. No obstante, aún hay en el mundo en desarrollo 44 millones de mujeres que no reciben atención prenatal.

Todos los años, la insuficiente atención de las madres durante el embarazo y el parto es en gran medida la causa de casi 600.000 defunciones derivadas de la maternidad y de una cantidad estimada en 5 millones de defunciones de niños justo antes del parto, o durante éste, o en la primera semana de vida.

De los 88 países para los cuales se dispone de datos, la situación es apremiante en 13 países (*véase la lista*). Las tasas más bajas de atención a las madres se registraron en Bangladesh, el Chad, Mali, Nepal y el Pakistán.

Las encuestas también aportaron buenas noticias: en 27 países —entre ellos Kenya, Rwanda, Uganda y Zambia— más del 90% de las mujeres recibían atención cualificada al menos una vez durante su embarazo.

Ese contacto con un médico, una enfermera o una partera facilita la inmunización de las madres y posibilita que el personal de salud atienda el embarazo, detecte complicaciones y promueva buenas prácticas de alimentación o higiene y suficiente descanso.

Las tasas de atención a las madres

tienden a ser bajas y las tasas de mortalidad derivadas de la maternidad tienden a ser altas en los países donde la condición jurídica y social de la mujer es baja, pues allí las mujeres disponen de menores oportunidades económicas y educacionales y de escaso acceso a los servicios sociales. Asimismo, en las zonas geográficas remotas y empobrecidas, el número de personas que tienen acceso a servicios de salud de rutina, inclusive la atención de la maternidad por personal capacitado, es menor que en las zonas urbanas.

Los porcentajes nacionales no reflejan las enormes disparidades entre zonas rurales y urbanas.

#### Países con menor atención prenatal

Porcentaje de mujeres (15 a 49 años de edad) que reciben atención de personal de salud capacitado al menos una vez durante el embarazo

Chad	23
Nepal	24
Mali	25
Bangladesh	26
Pakistán	26
Camboya	34
Yemen	34
Níger	39
Marruecos	42
Mauritania	48
Eritrea	49
India	49
Tanzania	50

Fuentes: Encuestas Demográficas y de Salud, OMS y UNICEF, (1990-1999).

# Los servicios de salud, clave para combatir las IRA

Según datos de encuestas recientes, en el mundo en desarrollo son muy pocos los padres y madres que solicitan atención profesional de la salud cuando un niño padece una infección aguda de las vías respiratorias (IRA), pese a los altos riesgos que éstas entrañan.

En ocho países —Bangladesh, Benin, el Camerún, el Chad, Haití, Malí, el Níger y el Togo— la situación es particularmente inquietante. En esos países,

sólo un tercio de los niños que habían padecido IRA dentro de las dos semanas de realizarse la encuesta habían sido examinados por un proveedor de servicios de salud. En general, en 18 de los 29 países estudiados, menos de la mitad de los niños con IRA habían sido reconocidos por un proveedor de servicios de salud.

Las encuestas indicaron que los niños de países del África oriental y

meridional estaban en condiciones algo mejores que los del África occidental, puesto que más de la mitad de los que padecían IRA habían sido examinados por profesionales de la salud, en comparación con menos de una tercera parte de los niños de países del África occidental.

Las infecciones agudas de las respiratorias son la causa principal de mortalidad de niños de corta edad, pues cada año matan a casi 2 millones de niños menores de cinco años en los países en desarrollo.

Para prevenir esas defunciones tiene importancia crucial que cuando un niño presente síntomas de IRA, sea examinado por un proveedor de servicios de salud. Que esto suceda o no depende de diversas variables, entre ellas que los miembros de la familia puedan reconocer los signos de IRA —tos acompañada de respiración jadeante— y sepan dónde obtener atención de profesionales. Otros factores son que

se disponga sin dificultades de buena atención y de medicamentos, que éstos sean accesibles y que la condición de la mujer no impida que los niños reciban la atención que necesitan por parte de profesionales de la salud.

Un análisis de los resultados de la encuesta indica que las madres instruidas tienen mayores probabilidades de solicitar atención de profesionales de la salud cuando un niño padece IRA que las madres carentes de educación. En el Camerún, por ejemplo, los hijos de madres instruidas tienen probabilidades de tres a cuatro veces superiores de ser examinados por un profesional de la salud que los niños de madres sin instrucción.

El UNICEF está colaborando con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros aliados a fin de mejorar la atención de la salud de los niños en el hogar y la comunidad, como parte de la estrategia de gestión integrada de las enfermedades de la infancia.

## Países donde unos pocos afortunados reciben tratamiento

Porcentaje de niños con IRA examinados por un proveedor de servicios de salud\*

Chad	19	Madagascar	27	Nicaragua	58
Malí	22	Côte d'Ivoire	39	Uganda	61
Níger	26	Mozambique	39	Comoras	62
Togo	26	Rep. Centroafricana	41	Egipto	62
Haití	27	Bolivia	43	Indonesia	69
Benin	32	Malawi	46	Viet Nam	69
Bangladesh	33	Rep. Dominicana	48	Tanzania	70
Camerún	33	Colombia	49	Zambia	71
Eritrea	37	Zimbabwe	52	Jordania	76
Guatemala	37	Kenya	57		

\*Dentro de las dos semanas de la fecha de la encuesta.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud (1994-1999).

# Riesgos para las madres adolescentes y sus hijos

Cuando una adolescente da a luz, corren peligro su salud y la de su hijo. El alumbramiento precoz también redundo en que las niñas interrumpen su educación y tengan pocas oportunidades de empleo, perpetuando así las circunstancias que colocan a las niñas en desventaja. Debido a los riesgos que entraña la maternidad en la adolescencia, es incuestionablemente una conculcación del derecho del niño a la salud y la supervivencia, tanto para la madre adolescente como para su hijo.

Los hijos de madres adolescentes tienen mayores probabilidades de nacer con peso insuficiente y de morir en su primer mes de vida, en comparación con los hijos de mujeres de más edad. Esos niños, cuando sobreviven después del primer mes, tienen todavía mayores probabilidades de perder la vida antes de cumplir cinco años.

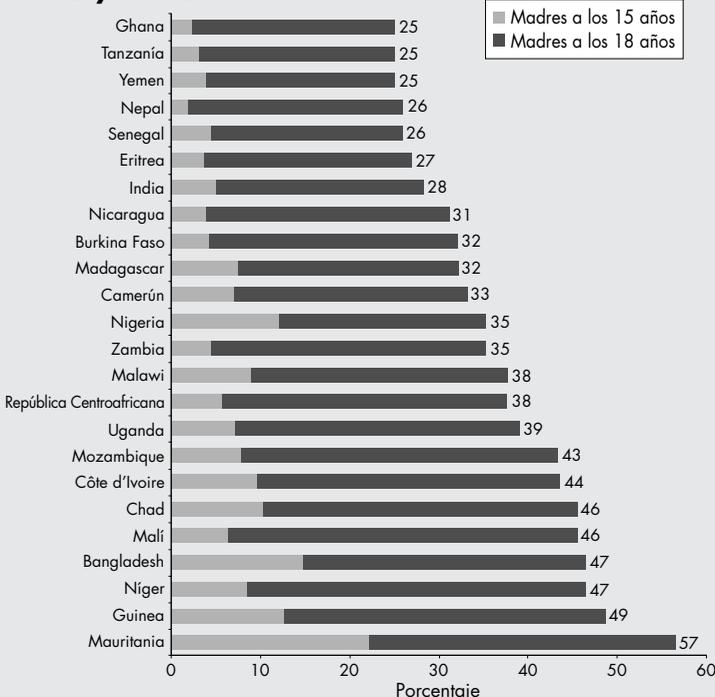
En cuanto a las jóvenes madres, corren mayor riesgo de morir durante el parto. Las adolescentes de más de 15 años de edad tienen el doble de probabilidades de morir de parto que las mujeres de más de 20 años, mientras

que las niñas menores de 15 años corren riesgos cinco veces mayores. Al mismo tiempo, la actividad sexual precoz aumenta el riesgo de contagio con el VIH/SIDA.

Los datos provenientes de 54 países indican que en Bangladesh, el Chad, Liberia, Mauritania y Nigeria, más de una de cada 10 mujeres tiene su primer hijo antes de cumplir los 15 años. En Mauritania, la tasa es especialmente alta: casi un cuarto de las mujeres tiene su primer hijo antes de cumplir 15 años y más de la mitad lo tiene antes de cumplir 18 años. En otros 20 países, más de una de cada cuatro mujeres da a luz antes de cumplir 18 años.

Las mujeres que comienzan a tener hijos durante la adolescencia suelen tener mayor cantidad de hijos a lo largo de su etapa de procreación. En el Chad y Côte d'Ivoire, por ejemplo, donde un 10% o más de las niñas dan a luz antes de los 15 años, en los casos típicos una mujer tendrá seis hijos, es decir, el doble de la tasa media de fecundidad en el mundo en desarrollo.

## Porcentaje de mujeres\* que dieron a luz entre los 15 y los 18 años



\*En el momento de la encuesta, las mujeres tenían entre 20 y 24 años.

Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud (1990-1999).

# EL PODER DE LA INMUNIZACIÓN

## COMENTARIO: UN NUEVO PROGRAMA DE VACUNAS



# El poder de la inmunización

Por el Dr. William Foege

***La inmunización se encuentra en una encrucijada después de 15 años de vigorosas campañas en todo el mundo. Por medio de las acciones decisivas realizadas por los gobiernos, los organismos internacionales y cientos de miles de voluntarios, todos los años se salvan las vidas de 2,5 millones de niños. Pero todavía quedan 30 millones de recién nacidos en los países en desarrollo que no reciben la protección de la inmunización de rutina. Ellos forman parte de los 11 millones de niños que mueren todos los años a causa de enfermedades que se pueden prevenir. Cómo llegar a estos niños aislados en los países más pobres y ofrecerles el poder de las nuevas vacunas o de las vacunas mejoradas son los dos desafíos que confronta el mundo hoy en día.***

**A** mi juicio, ninguna otra empresa humana a escala mundial ha tenido un legado tan espectacular, profundo y positivo como la inmunización.

En innumerables aldeas y en densos centros urbanos, de África, de Asia, de América Latina y de la ex Unión Soviética, cada año se inmuniza a más de 100 millones de niños contra la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, el sarampión y la tuberculosis, y así se salva a millones de la muerte y a muchos otros millones de la parálisis, la ceguera y el deterioro cerebral, a un costo mínimo.

Generaciones enteras de adultos saludables deben su vida a que cuando niños fueron inmunizados y protegidos contra enfermedades mortales; y el progreso material y humano que han logrado tantas sociedades se debe

en gran medida a las mejoras realizadas en los servicios de salud pública, de los cuales la inmunización es un elemento fundamental.

No obstante, el éxito de la inmunización se considera a menudo como una historia sobria, moderada y circunspecta, que muchos dan por sentada, especialmente en el mundo industrializado, donde aún sigue salvando vidas. No recibe la atención y los encomios que merece, ni siquiera en el mundo en desarrollo, donde su contribución, particularmente en los últimos 15 años, ha sido verdaderamente notable. A partir del decenio de 1970, la cobertura mundial ha aumentado notablemente, desde menos del 10% hasta más del 75% en muchos países, y salva las vidas de 2,5 millones de niños cada año.

Desde que se erradicara la viruela hace 20 años, nada ilustra mejor el poder de la inmunización que el sor-

prendente éxito de la campaña de 12 años de duración emprendida para erradicar la poliomielitis. El mundo ha observado y aplaudido la manera en que la inmunización ha ido frenando la oleada de discapacidad, sufrimiento y muerte que conlleva la poliomielitis. Los casos de poliomielitis que hace poco, en 1988, llegaban a unos 350.000 por año, disminuyeron hasta menos de 7.000 hacia 1999.

En una movilización mundial sin precedentes en tiempos de paz, en 1999 se inmunizó a 470 millones de niños menores de cinco años, un éxito extraordinario posibilitado por el altruismo, la dedicación y la acción sostenida de Rotary International, el UNICEF, la OMS y más de 10 millones de voluntarios en cerca de 100 países.

Merced a esas acciones se han logrado muy buenos resultados. Se ha certificado oficialmente que América del Norte y América del Sur están libres de poliomielitis, y en Europa, sólo en Turquía se registraron unos pocos casos en 1988. La enfermedad está desapareciendo rápidamente de gran parte del África oriental y meridional, África del Norte y la Península árabe. En el Asia oriental y el Pacífico, el último caso local fue registrado en Camboya en 1997. Ahora, la poliomielitis ha retrocedido hasta zonas periféricas en el Afganistán, Bangladesh, la India, Nepal y el Pakistán en Asia, así como Somalia, el Sudán y partes del África occidental y central, donde persiste debido a las guerras, la pobreza y las dificultades en llegar a ciertas zonas. Pero el mundo está decidido a vencer a la poliomielitis.

## Rendimientos desiguales

Si bien la experiencia recogida con la

poliomielitis nos colma de satisfacción, también debe impulsarnos a consolidar nuestros éxitos, llevando el poder de la inmunización hacia enfermedades que siguen cobrándose las vidas de millones de niños y menoscabando la capacidad de una innumerable cantidad de otros. Debemos aspirar a una cobertura total y una completa eficacia de la inmunización, no los rendimientos desiguales que sirven para proclamar triunfos en varias zonas dispersas del planeta, y postergación en muchas otras.

- En el mundo en desarrollo hay aún 30 millones de niños que no han sido inmunizados antes de cumplir un año.
- Cada año, más de 900.000 niños menores de cinco años mueren a causa del sarampión.
- El tétanos neonatal se cobra anualmente las vidas de 200.000 niños.
- Todos los años, la tos ferina mata a 370.000 niños menores de cinco años y la tuberculosis a 50.000.
- La difteria ha vuelto a surgir en partes de la ex Unión Soviética.
- La mitad de las mujeres embarazadas no han recibido vacunas contra el tétanos, que mata a 30.000 mujeres todos los años.

La persistencia del sufrimiento y de la pérdida de vidas turba el instinto humano natural de prestar ayuda en tiempos de desastre. Cabe imaginar la consternación y el espanto del mundo si se produjera un grave terremoto y los espectadores impasibles se abstuvieran de ayudar a los sobrevivientes. No obstante, todos los días se produce el equivalente a un terremoto que mata a más de 30.000 niños, frente a lo cual la respuesta es un asombroso mutismo. Esos niños mueren silenciosamente en algunas de las más

El Dr. William Foege es Profesor Distinguido Presidencial de Salud Internacional en la Facultad de Salud Pública Rollins, en la Universidad de Emory, en Atlanta, Georgia. También es Asesor Superior de la Fundación Bill y Melinda Gates e Investigador Principal sobre subsidios otorgados al Equipo de Tareas para la Supervivencia y el Desarrollo del Niño.

# EL PODER DE LA INMUNIZACIÓN

## COMENTARIO: UN NUEVO PROGRAMA DE VACUNAS

empobrecidas aldeas del planeta, lejos de la mirada y de la conciencia del mundo. Esas multitudes se extinguen, inermes y silenciosas en vida y más invisibles aun en la muerte.

Todos los niños del mundo deben poder disfrutar los beneficios de la ciencia y de la experiencia derivados de las vacunas. Todos los niños, sin discriminación, tienen derechos y deben estar en condiciones de disfrutar de ellos. La Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por todos los países, salvo dos, une al mundo en un pacto para lograr la vigencia de esos derechos. Por consiguiente, la distancia y el alejamiento no deben ni cegarnos, ni embotar nuestros sentimientos, ni aplazar nuestra respuesta a esta recurrente tragedia sobrecogedora. Tenemos la

responsabilidad colectiva de velar por que se prevengan esas muertes.

Y son susceptibles de prevención. Podemos y debemos hacer lo necesario y finalizar lo que tan desesperadamente es preciso hacer, desencadenando plenamente la potencia de la inmunización contra las seis enfermedades que tradicionalmente se cobran vidas de niños.

El sarampión sigue siendo una grave amenaza, especialmente en el Asia meridional y el África al sur del Sahara, y es preciso emprender acciones para poner coto a la disminución de la cobertura de vacunación contra el sarampión que ocurrió en África en el decenio de 1990.

De los niños nacidos en países en desarrollo, la mitad no están protegidos contra el tétanos y 200.000 muer-

ren cada año de esa enfermedad debido a que sus madres no han recibido toxoide tetánico. Y al igual que los recién nacidos, también mueren las madres: en algunas partes de África, menos del 40% de las mujeres están inmunizadas contra el tétanos. En enclaves rurales de China y la India, es posible que menos del 10% estén protegidas.

La tos ferina (pertusis) sigue afectando cada año a entre 20 millones y 40 millones de niños de países en desarrollo, aun cuando hace más de 70 años que se dispone de una vacuna contra esta enfermedad.

Las acciones para llegar a las poblaciones no servidas deben conllevar la mejora de la seguridad de la inmunización. Las principales fuentes de problemas son la reutilización de agujas hipodérmicas no esterilizadas, la higiene deficiente en el momento de la vacunación y la inadecuada eliminación de los desperdicios. También surgen problemas cuando hay discontinuidades en la cadena de refrigeración y no se mantienen las vacunas a la temperatura correcta. Es preciso capacitar al personal e introducir sistemas a fin de prevenir las prácticas peligrosas.

La Red mundial en pro de inyecciones sin riesgo —que vincula a organizaciones internacionales, ONG y entidades del sector privado— está promoviendo el uso de jeringas que sólo pueden utilizarse para una sola dosis. También investiga la posibilidad de introducir vacunas para cuya aplicación no se necesitan agujas y pueden utilizarse otros métodos, inclusive la vía oral, los aplicadores percutáneos, los pulverizadores nasales, las cremas dérmicas e incluso los alimentos genéticamente modificados.

Actualmente, una clara prioridad es renovar los compromisos en todos los planos para alcanzar las metas de inmunización. Es necesario ampliar las acciones para llegar a quienes han quedado hasta ahora sin servicios: las personas pobres o desplazadas, las que viven en aldeas remotas, los niños que viven en las calles, los refugiados y los residentes en zonas de conflicto. Es preciso realizar amplias campañas educativas y de divulgación en los países donde las tasas de incidencia de las enfermedades son altas. Los gobiernos deben renovar su compromiso y resolver los proble-

mas causados por la corrupción, los servicios inadecuados y la gestión incorrecta.

### Una revolución en beneficio de unos pocos

Las vacunas han cambiado el curso de la historia y el desarrollo humano, y siguen haciéndolo. Se está produciendo una verdadera revolución en materia de salud pública, ya que tecnologías relativamente recientes de producción y administración de vacunas se suman a las venerables filas de vacunas anteriores con una eficacia comprobada. Esa situación encierra enormes posibilidades; la realidad inaceptable es que en el mundo en desarrollo, muchas personas seguirán excluidas de sus beneficios.

Actualmente hay una vacuna que protege contra la hepatitis B (causante de cáncer hepático en etapas posteriores de la vida), por ejemplo, y más de 60 países la han agregado a sus programas de inmunización de rutina. Pero, dado que administrar las tres dosis necesarias cuesta 1,50 dólar por niño, la vacuna no llega a muchos de los que más necesitan la protección. Con aproximadamente 20 millones de dólares, la vacuna estaría disponible en los países de África al sur del Sahara.

---

*Todos los niños del mundo deben poder disfrutar los beneficios de la ciencia y de la experiencia derivados de las vacunas.*

---

En forma similar, una nueva vacuna contra el Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b, que causa neumonía bacteriana y meningitis) ha demostrado su eficacia en 24 países en desarrollo. Ahora, sólo hay una laguna de 80 millones de dólares entre la vacuna y las vidas de millones de otros niños que se encuentran en peligro en África, América Latina y el Oriente Medio, donde, cada año, al menos 400.000 niños pierden la



Cajas de seguridad, como la que se utilizó en una campaña de vacunación en Mozambique, son una manera eficaz con relación a sus costos de garantizar la seguridad de la inmunización. Este tipo de medidas contribuyen a eliminar la utilización continuada de agujas y evitar las prácticas antihigiénicas de eliminación.

UNICEF/00.0239/Prezza

vida debido a las infecciones causadas por el Hib.

Pero la lista no termina aquí. Se avizoran nuevas vacunas para combatir las mayores amenazas que se ciernen contra los niños de los países en desarrollo, como las infecciones agudas de las vías respiratorias, que

---

*Las vacunas encierran enormes posibilidades; la realidad inaceptable es que en el mundo en desarrollo, muchas personas seguirán excluidas de sus beneficios.*

---

se cobran aproximadamente 2 millones de vidas infantiles cada año. El año pasado, se ensayó sobre el terreno en los Estados Unidos la primera vacuna jamás preparada contra el *streptococcus pneumoniae*, causante de más de la mitad de las defunciones por neumonía; en África han comenzado los ensayos sobre el terreno de una variedad de vacunas que está en mejores condiciones de combatir las cepas de la enfermedad comunes en países en desarrollo. Se está desarrollando una vacuna contra el virus sincicial respiratorio, que causa casi el resto de los 2 millones de defunciones.

Además, los países pobres necesitan con urgencia nuevas vacunas contra las enfermedades diarreicas, que son tan comunes donde hay deficientes condiciones de higiene y saneamiento, agua no apta para el consumo y desnutrición. Esas enfermedades se cobran cada año las vidas de otro 1,8 millón de niños. En los países en desarrollo, los rotavirus causan un cuarto de las defunciones de niños de corta edad a causa de diarreas gravemente deshidratantes. Si bien la terapia de rehidratación oral (TRO) puede ser un tratamiento eficaz, es imprescindible la prevención, que requiere inmunización en gran escala, sumada a mejores sistemas de saneamiento y abastecimiento de

agua. También se están preparando vacunas contra la disentería y el bacilo *escherichia coli*, cada uno de los cuales mata a más de medio millón de niños cada año.

El paludismo, endémico en muchos países de África y en partes del Brasil y la India, causa cada año 500 millones de enfermedades y al menos 1 millón de muertes, un 75% de las cuales corresponden a niños menores de cinco años. Por esa razón, reviste especial urgencia encontrar una vacuna contra el paludismo.

Se están ensayando otras vacunas contra enfermedades parasitarias, entre ellas la esquistosomiasis y el dengue, que afectan a centenares de millones de niños y adultos. Hasta hace poco, estas vacunas habían recibido muy poca atención debido a que su único mercado se encontraba en los países en desarrollo, cuyos recursos son muy limitados.

Y lo propio ocurre con la fiebre amarilla, que mata una gran cantidad de niños y adultos en grandes sectores de África y América Latina. Hace 65 años que se dispone de una vacuna muy eficaz, pero dado que es costosa, no se incorpora en muchos de los programas de inmunización de rutina, allí donde más se la necesita.

### Un claro enemigo común

Es necesario salvar el abismo entre lo que somos capaces de hacer y lo que realmente hacemos para proteger a todos los niños en todo el mundo, antes de que ese abismo se ensanche aún más.

Sin lugar a dudas, es muy posible hacer llegar el poder ya demostrado de la inmunización a todos los niños del mundo y encontrar los recursos para hacerlo.

Un subsidio de 750 millones de dólares durante cinco años de la Fundación Bill y Melinda Gates condujo a la creación de la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI). Se trata de una asociación internacional establecida para mejorar el acceso a servicios sostenibles de inmunización, ampliar la producción y el uso de vacunas, acelerar el desarrollo de éstas, mejorar la calidad de las vacunas y de los mecanismos de prestación de los servicios e incorporar la inmunización como parte integrante de los sistemas de salud y las acciones de desarrollo. La Alianza es



*Un niño de Yemen recibe gotas de la vacuna antipoliomielítica oral. La enfermedad está a punto de ser erradicada del planeta: En 1999 se produjeron alrededor de 7.000 casos confirmados en el mundo.*

una combinación estelar de las principales organizaciones dedicadas a la inmunización, entre ellos fabricantes de vacunas, fundaciones, gobiernos y ONG nacionales y locales y organizaciones como el UNICEF, la OMS y el Banco Mundial. Un importante impulso para la iniciativa es el Fondo Mundial para Vacunas Infantiles, financiado mediante el subsidio de Gates, que se destinará a la compra de vacunas contra la hepatitis B, el Hib y otras vacunas insuficientemente utilizadas.

El UNICEF, que desde hace mucho tiempo ha sido la principal fuente de vacunas para países en desarrollo, ha tomado la iniciativa a fin de asegurar que la financiación de las vacunas sea sostenible. La meta del Programa de fomento de la autosuficiencia en materia de vacunas,

impulsado por el UNICEF, es que los países que pueden costear las vacunas paguen por ellas de modo que se liberen recursos para adquirir vacunas nuevas y existentes con destino a países muy pobres.

En esas actividades se reconocen plenamente los enormes beneficios de las vacunas, el poder de la inmunización y la eficacia de la colaboración entre gobiernos, ONG, entidades del sector privado y organizaciones internacionales. En conjunto, todos ellos ofrecen la esperanza de que el mundo superará los impedimentos de la guerra, la pobreza y la mala administración y obtendrán sin lugar a dudas una victoria sobre el claro enemigo común contra el cual el mundo entero puede y debe unirse: las enfermedades que se cobran vidas de niños sin ninguna necesidad. ■

# EL PODER DE LA INMUNIZACIÓN

## LIGA: MEDICIÓN DE LA COBERTURA CON TRES DOSIS

**L**a inmunización sigue siendo el medio más viable y con mayor eficacia en función de los costos de garantizar que todos los niños disfruten de sus derechos a la supervivencia y la buena salud. En el mundo en desarrollo, cada año la inmunización salva la vida de 2,5 millones de niños; debido a su reconocido poder y eficacia, en todo el mundo se están intensificando las acciones a fin de movilizar más recursos para otra acometida que asegure que todos los niños estén protegidos por la inmunización y que se desarrollen nuevas vacunas para otras enfermedades mortales comunes.

### Resultados desiguales

La serie de vacunas conocida como DPT puede prevenir la difteria, la tos ferina (pertusis) y el tétanos, pero esas tres enfermedades siguen cobrándose cada año las vidas de 600.000 niños y afectando a millones de otros en los países en desarrollo. A fin de estar plenamente protegidos, los niños deben recibir tres dosis de la vacuna, administradas a las edades de un mes, un mes y medio y tres meses. El porcentaje de niños que reciben la dosis final (DPT3), por consiguiente, es una medición elocuente y de importancia vital de hasta qué punto los países están proporcionando cobertura de inmunización a sus niños.

En esta liga se indica el progreso, o la ausencia de él, hacia la noble meta de inmunizar al 90% de los niños en todos los países hacia el año 2000. Como indica la liga, 40 países en desarrollo —y muchos industrializados— han tenido resultado excelentes, pues han alcanzado o superado la meta del 90% de cobertura fijada en 1990, en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. Los países con mejores resultados se encuentran principalmente en las Américas, el Asia central, Europa, el Oriente Medio y África del Norte, pero también en África al sur del Sahara, una región asolada por las dificultades económicas, los conflictos armados y el SIDA, donde tres países —Gambia, Malawi y Mauricio— alcanzaron la cobertura del 90% o la superaron. No obstante, en el África al sur del Sahara, en promedio, sólo una mitad de los niños están protegidos. En general, los países del Asia oriental y el Pacífico tienen un alto nivel de cobertura, mientras que el Asia meridional, con un promedio regional del 70%, se mantiene muy por debajo de la meta.

El promedio mundial es ahora del 77%, como resultado de intensas campañas de inmunización realizadas en muchos países durante el decenio de 1980. Es preciso intensificar este impulso para proporcionar cobertura a todos los niños. La reciente Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI) se ha creado a fin de imprimir nuevo dinamismo a esas acciones. Su propósito es ayudar a los países pobres que satisfacen determinados criterios (véase “Planes para salvar a más niños mediante la vacuna contra el Hib”, pág. 24) a superar las grandes carencias que padecen en la inmunización de sus niños. La Alianza espera que para el año 2005 habrá ayudado a esos países a alcanzar al menos una cobertura del 80% en materia de DPT3 y sarampión en todos los distritos.



ÁFRICA AL SUR  
DEL SAHARA

Gambia	96
Malawi	96
Mauricio	90
Botswana	82
Tanzanía	82
Benin	81
Zimbabwe	81
Mozambique	77
Rwanda*	77
Kenya	76
Sudáfrica	76
Namibia	74
Zambia*	70
Ghana	68
Madagascar	68
Senegal*	65
Guinea-Bissau*	63
Côte d'Ivoire	61
Eritrea	60
Etiopía	58
Lesotho*	57
Sierra Leona	56
Gabón*	54
Malí	52
Burundi	50
► Promedio regional	48
Camerún	46
Guinea	46
Rep. Centroafricana	46
Uganda	46
Burkina Faso	37
Togo	37
Angola	36
Mauritania*	28
Chad	24
Somalia*	24
Congo*	23
Níger	22
Nigeria	21
Liberia	19
Congo, Rep. Dem.	10



ORIENTE MEDIO Y  
ÁFRICA SEPTENT.

Irán	100
Omán	100
Líbano	97
Libia	97
Siria	97
Iraq	96
Túnez	96
Arabia Saudita	94
E. Árabes Unidos	94
Israel	93
Kuwait	93
Marruecos	93
Egipto	92
Jordania	91
► Promedio regional	84
Argelia	80
Sudán	72
Yemen	68
Turquía	56

### Las tasas de abandono de la inmunización reflejan un sistema deficiente

Las tasas elevadas de abandono de la BCG y la DPT3, que alcanzan de un 10% a un 59% (a la derecha) son malas noticias para la salud de los niños de corta edad y presentan un desafío a los sistemas de prestación de salud. Los sistemas sanitarios en los países donde la tasa de abandono es mayor de un 10% son considerados deficientes por los expertos en salud.

Las cifras muestran que las personas encargadas de la atención se habían dirigido a los sistemas de atención de la salud debido a que los niños de corta edad que están a su cargo habían recibido una inyección de la vacuna

# DE VACUNA DPT



ASIA CENTRAL



ASIA SURORIENTAL Y PACÍFICO



AMÉRICAS



EUROPA

Turkmenistán	99
Uzbekistán	99
Kazajstán	98
Azerbaiyán	97
Kirguistán	97
Tayikistán	94
Georgia	86
Armenia	82
► Promedio regional	74
Afganistán	34

Sri Lanka	100
China	98
Singapur	96
Viet Nam	96
Malasia	95
Tailandia*	95
Mongolia	94
Indonesia	90
Myanmar	87
Australia	86
Bhután	86
► Promedio regional	82
Nueva Zelanda	81
Filipinas	79
Nepal	76
Corea, Rep.	74
India	73
Japón*	70
Bangladesh	68
Camboya	64
Pakistán	59
Papua Nueva Guinea	58
Lao PDR	55
Corea, Dem.	37

Perú	100
Cuba	98
Panamá	98
Canadá	97
Honduras	97
México	96
Brasil	94
Chile	93
Uruguay	92
Trinidad/Tabago	91
Estados Unidos	90
Jamaica	88
► Promedio regional	86
El Salvador	86
Costa Rica	85
Ecuador	85
Argentina	83
Paraguay	81
Rep. Dominicana	74
Colombia	70
Guatemala	70
Nicaragua	69
Bolivia	41
Venezuela	38
Haití	22

Hungría	100
Finlandia	99
Eslovaquia	99
Rep. Checa	98
Ucrania	98
Belarús	97
ERYD Macedonia*	97
Fed. de Rusia	97
Francia*	97
Moldova, Rep.	97
Países Bajos	97
Portugal	97
Rumania*	97
Albania	96
Bulgaria	96
Alemania	95
► Promedio regional	94
Estonia	94
Letonia	94
Suiza	94
Croacia	93
Lituania	93
Reino Unido	93
Eslovenia	91
Austria*	90
Bosnia y Herzegovina	89
Grecia*	85
Italia	70

Bélgica	Sin datos
Dinamarca	Sin datos
España	Sin datos
Irlanda	Sin datos
Noruega	Sin datos
Polonia	Sin datos
Suecia	Sin datos
Yugoslavia	Sin datos

## CRITERIO DE CLASIFICACIÓN

Porcentaje de niños que han recibido tres dosis de DPT

### Cifras que reflejan problemas

Tasas de abandono de la BCG y la DPT3, 1999 (en orden decreciente)

- 59% a 50%** Mauritania, Somalia, Venezuela, Níger, Bolivia
- 49% a 40%** Togo, Angola, Burkina Faso, Chad, República Pop. Dem. de Corea
- 39% a 30%** Malí, Camerún, Guinea, Turquía, Djibouti, Uganda, Liberia
- 29% a 20%** Sierra Leona, Côte d'Ivoire, Samoa, Nicaragua, Bangladesh, Gabón, Guinea Bissau, Rep. Dem. del Congo, Guatemala, Mozambique, Nigeria, Sudáfrica, Etiopía, Haití, Ghana, Congo
- 19% a 10%** Kenya, Senegal, Guinea Ecuatorial, Argentina, Argelia, Camboya, Eritrea, Madagascar, Colombia, República Dominicana, Burundi, Armenia, Zambia, Ecuador, República Centroafricana, Filipinas, Namibia, Bosnia y Herzegovina, Benin, Tanzania, Yemen, Nepal, Sudán, Panamá, Comoras, Pakistán, Swazilandia, El Salvador

Fuente: UNICEF, 1999.

\*Los datos de cobertura son de 1997.

Fuente: UNICEF, 1999.

antituberculosa (BCG). Sin embargo, no regresaron con los niños semanas después a fin de terminar la serie de tres dosis de la vacuna de la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3). Esta tasa de abandonos sugiere por tanto que, o bien las personas encargadas de la atención no estaban contentas con los servicios o no recibieron información sobre la necesidad de recibir la DPT.

Estas cifras, aunque preocupantes, son importantes debido a que señalan deficiencias en la calidad de los servicios de inmunización que se ofrecen y pueden servir para establecer medidas destinadas a corregir el problema y mejorar la cobertura de DPT3 mediante la infraestructura vigente con una inversión reducida.

### Poliomielitis: Se vislumbra la erradicación

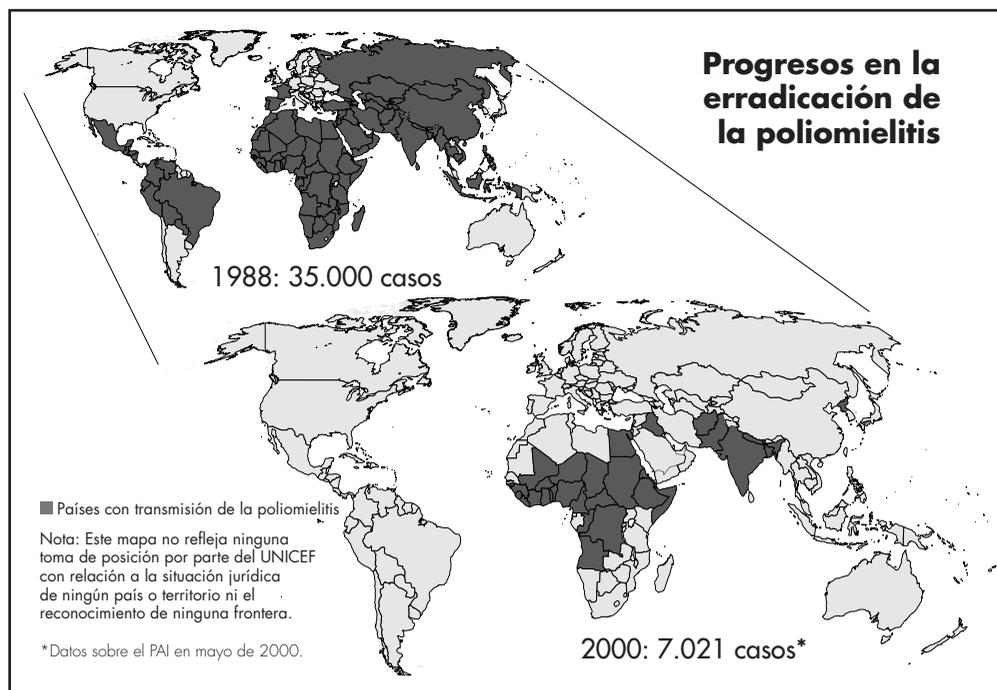
Una intensa campaña mundial para conquistar la meta de erradicación de la poliomiélitis hacia el año 2000 ha reducido el número de casos detectados hasta el momento hasta menos de 7.000. La campaña también ha reducido el alcance de la enfermedad: solamente entre 1998 y 1999, se ha reducido de 50 a 30 el número de países que registran la presencia de poliomiélitis. Cuando comenzó la campaña en 1998, había 35.000 casos registrados en todo el mundo, que afectaban a casi todos los países en desarrollo.

Actualmente, la mayor cantidad de casos existe en la India y le siguen Angola y Nigeria. El año pasado, durante cuatro Días Nacionales de Inmunización en gran escala realizados en la India se vacunó en cada oportunidad a 147 millones de niños; como resultado, los casos registrados disminuyeron en un 40%.

Este año, las acciones más intensas se concentrarán en los 14 países donde el riesgo de contagio de la poliomiélitis en el año 2001 es mayor. Se trata del Afganistán, Angola, Bangladesh, el Chad, el Congo, Etiopía, la India, el Iraq, el Níger, Nigeria, el Pakistán, la República Democrática del Congo, Somalia y el Sudán.

Una vigilancia deficiente en algunos de estos países significa que las cifras disponibles pueden resultar inexactas y que por tanto no se espera lograr la erradicación en el año 2000. Será preciso mantener las campañas de eliminación de la poliomiélitis hasta 2003, con una intensificación de actividades como la vacunación hogar por hogar y una multiplicación de las actividades para llegar a las personas cuyo acceso es más difícil.

Aun cuando la erradicación quede algo postergada, se han logrado notables progresos hasta la fecha. Solamente el año pasado, en virtud de Días Nacionales y Subnacionales de Inmunización, se inmunizó a 470 millones de niños en 83 países, en 52 de los cua-



les se incluyó en las actividades de inmunización la administración de suplementos de vitamina A, que contribuye a reducir las defunciones infantiles a causa de enfermedades comunes.

La persistencia de los conflictos en algunos países de África y del Asia meridional creó graves problemas para las acciones de erradicación de la poliomiélitis, pero debido a eficaces intervenciones del Secretario General de las Naciones Unidas, de organismos de las Naciones Unidas y de otros aliados se declararon treguas, durante las cuales las facciones en pugna acallaron sus fusiles durante determinados días para

que los equipos de inmunización pudieran llegar a los niños en las zonas de conflictos. Como resultado de esos “días de tranquilidad”, en 1999 se inmunizó a 8,7 millones de niños en la República Democrática del Congo, a 3 millones en el Afganistán y a 3 millones en Angola.

Se realizaron acciones similares en Sierra Leona y el Sudán, países desgarrados por la guerra, y este año y el siguiente será preciso intensificar la acción para asegurar que se llegue a todos los niños y lograr en el año 2005 la certificación de que se ha erradicado la poliomiélitis en todo el mundo.

### Planes para salvar a más niños mediante la vacuna contra el Hib

Cada año, la increíble cantidad de 400.000 niños pierden la vida a causa de la neumonía y la meningitis, porque los 43 países en desarrollo donde viven carecen de recursos para agregar a los programas de inmunización de rutina la vacuna contra el Hib (*Haemophilus influenzae* tipo b).

Un objetivo prioritario de la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI) —de la cual es miembro el UNICEF— es implantar en 2005 la vacuna contra el Hib en por lo menos la mitad de los países pobres que cumplen los requisitos y donde la enfermedad es endémica. Ocupan un lugar prominente 26 países pobres, seleccionados

sobre la base de tres criterios: ingresos per cápita inferiores a 1.000 dólares; cobertura de inmunización con tres dosis de vacuna DPT del 50% o más (que indica la capacidad para distribuir la vacuna); y una población inferior a 150 millones. Otros 17 países reunirán los requisitos cuando mejore su cobertura con tres dosis de vacuna DPT.

La neumonía y la meningitis afectan principalmente a los niños menores de cinco años; de ellos, los más vulnerables tienen entre 4 y 18 meses de edad. Hasta un 20% de los niños que sobreviven la meningitis causada por el Hib corren el riesgo de sufrir permanentes

#### A la espera de ayuda

Países donde el Hib es endémico y que reúnen los requisitos para recibir asistencia en materia de vacunas\*

Benin	Gambia	Malawi	Sierra Leona
Burundi	Ghana	Malí	Sudán
Comoras	Guinea-Bissau	Mozambique	Tanzanía
Côte d'Ivoire	Guyana	Rwanda	Yemen
Cuba	Kenya	Santo Tomé y Príncipe	Zambia
Eritrea	Lesotho	Senegal	Zimbabwé
Etiopía	Madagascar		

\*Requisitos: Cobertura con tres dosis de vacuna DPT del 50% o más, ingreso per cápita inferior a 1.000 dólares y población inferior a 150 millones.

Fuente: UNICEF.

deterioros neurológicos, incluidos el daño cerebral, la pérdida de la audición y el retardo mental.

La vacuna contra el Hib (existen varios tipos) fue descubierta a comienzos de los años 1990 y forma parte de

los programas de inmunización de muchos países industrializados y en desarrollo. La vacuna es una de las más seguras y protege en un 95% a los recién nacidos que reciben la vacunación completa.

# Los países pobres sufragan las vacunas

Los países de bajos ingresos están demostrando un compromiso más firme en pro de la salud de los niños, a juzgar por los recursos que dichos países están asignando a la compra de vacunas. En la comparación entre 54 países de ingresos bajos y medianos —con PNB per cápita de entre 110 y 785 dólares—, las cifras indican que 24 de los países de bajos ingresos (*ver lista a la derecha*) están financiando proporciones del 25% o mayores de los costos de las vacunas. De los 24 países, 9 sufragan el 100% de los costos de las vacunas.

Algunos de esos países se han beneficiado con el Programa de fomento de la autosuficiencia en materia de vacunas, promovido y patrocinado por el UNICEF. En virtud de este Programa, los gobiernos participantes planifican y presupuestan la adquisición de vacunas, tras lo cual el Programa ayuda a los países a adquirir las vacunas al mejor precio posible, acepta el pago de las vacunas en moneda local y ofrece financiación flexible en apoyo del proceso.

Incluso se alienta a los países con un PNB per cápita reducido que sufragan entre el 10% y el 25% de los costos de sus vacunas; 29 países de bajos ingresos financian menos del 25% y de ellos, seis —Benin, Etiopía, Madagascar, el Sudán, Tanzania y Zambia— financian entre el 10% y el 15%.

Es alentador que, aun cuando los países pobres, en su mayoría, se están debatiendo bajo el agobiante peso de la deuda y están desgarrados por conflictos y disturbios civiles, muchos han demostrado un compromiso sumamente positivo en pro de mejorar la salud de sus niños.

En la mayoría de los países en desarrollo, las vacunas que protegen a un niño contra la difteria, el sarampión, la tos ferina, la poliomielitis, la tuberculosis y el tétanos cuestan 1 dólar cuando se adquieren por conducto de sistemas de adquisición preferenciales, como el del UNICEF. Otros costos —entre ellos, la capacitación y el sueldo de los agentes de salud, el equipo para cadenas de refrigeración y las jeringas y agujas— llevan el total a unos 17 dólares.

## Inversiones en salud

Países de bajos ingresos que financian 25% o más de las vacunas que habitualmente comprende el PAI\*

% financiación		% financiación		% financiación		% financiación	
Burkina Faso**	100	Nigeria	100	Togo	80	Gambia	30
Chad**	100	Pakistán	100	Viet Nam	73	Moldova, Rep.	29
Ghana	100	Senegal**	100	Nepal	53	Camerún	27
Honduras	100	India	98	Uganda	50	Guinea	25
Mali**	100	Côte d'Ivoire**	95	Mongolia	40	Haití	25
Nicaragua	100	Níger**	80	Turkmenistán	36	Lesotho	25

## Las menores inversiones

Países de bajos ingresos que financian menos del 25% de las vacunas que habitualmente comprende el PAI\*

% financiación		% financiación		% financiación		% financiación	
Benin	15	Kenya	3	Bosnia y Herzegovina	0	Mozambique	0
Etiopía	15	Sierra Leona	3	Camboya	0	Myanmar	0
Madagascar	10	Burundi	2	Congo	0	Rwanda	0
Sudán	10	Malawi	2	Eritrea	0	Somalia	0
Tanzania	10	Afganistán	0	Guinea-Bissau	0	Tayikistán	0
Zambia	10	Angola	0	Lao, RDP	0		
Armenia	7	Azerbaiyán	0	Liberia	0		
Rep. Centroafricana	4	Bhután	0	Mauritania	0		

\*Las vacunas que habitualmente comprende el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) son: difteria, sarampión, tos ferina, poliomielitis, tuberculosis y tétanos. La fiebre amarilla forma parte de la cobertura del PAI en países en situación de riesgo de África y América del Sur. Los países de bajos ingresos que figuran en esta lista tienen PNB per cápita de 785 dólares o menos.

\*\*Estos países han recibido subsidios de la Unión Europea.

Fuentes de ambas listas: Para financiación de vacunas, UNICEF; para niveles de ingreso, Banco Mundial.

# Tétanos: Alto riesgo para recién nacidos y madres

Todos los años, unos 200.000 recién nacidos mueren durante su primer mes de vida a causa del tétanos neonatal, una enfermedad que es posible prevenir totalmente; un 90% de esas muertes ocurren en 27 países en desarrollo.

El mayor número de muertes corresponde a la India: más de 48.000 en 1999; le siguen Nigeria y el Pakistán. A esos tres países, en conjunto, corresponde casi la mitad de las defunciones debidas al tétanos neonatal.

El tétanos afecta a los recién nacidos como resultado de prácticas de alumbramiento antihigiénicas, como cuando se corta el cordón umbilical con un cuchillo sucio.

Entre las madres, el tétanos causa cada año unas 30.000 defunciones y hay un asombroso número de mujeres en situación de riesgo, 100.000, pese a que esa enfermedad puede ser prevenida fácilmente mediante la inmunización.

El tétanos materno y neonatal, endémico en 57 países, es un problema de salud pública de grandes proporciones, en el que convergen la pobreza, la deficiente atención de la salud, los bajos niveles de inmunización y los alumbramientos en condiciones antihigiénicas.

La inmunización con al menos tres dosis de toxoide tetánico (TT) de las

mujeres en edad de procrear proporciona protección completa contra el tétanos materno y el tétanos neonatal. Una mujer protegida contra el tétanos transmitirá al recién nacido la inmunidad, que durará los primeros dos o tres meses. Para mantener la inmunidad, el niño debe recibir tres dosis de DPT (difteria/tos ferina/tétanos) en servicios de inmunización de rutina.

Por numerosas que parezcan las víctimas del tétanos neonatal, si se comparan las cifras actuales con las 800.000 defunciones de recién nacidos ocurridas en 1985, se percibe una pronunciada disminución, gracias a la inmunización de las embarazadas y la promoción de prácticas higiénicas en el parto. En 104 países en desarrollo que han satisfecho los criterios para eliminar el tétanos materno y neonatal, las tasas han disminuido hasta menos de un caso por cada 1.000 nacidos vivos en cada distrito del país.

La tarea se concentra ahora en administrar tres dosis de toxoide tetánico a las mujeres en edad de procrear en las zonas donde no hay acceso a atención prenatal ni a servicios de rutina de inmunización, y en promover por doquier las prácticas higiénicas en los alumbramientos.

## Víctimas del tétanos

Estimación del número de defunciones neonatales\*

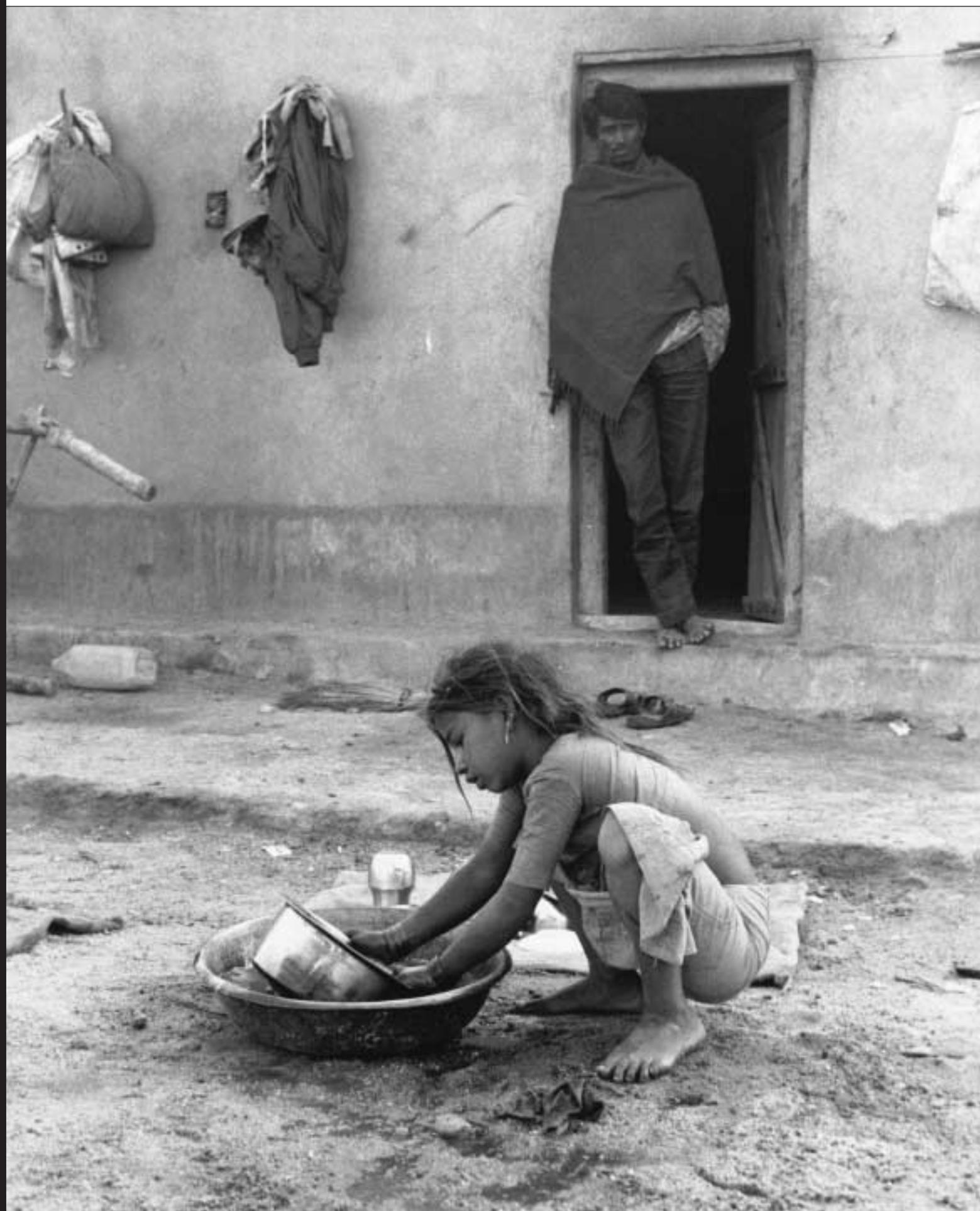
India	48.600
Nigeria	34.600
Pakistán	21.600
Etiopía	13.400
Bangladesh	10.400
Congo, Rep. Dem.	10.000
Somalia	8.800
China	8.600
Afganistán	4.200
Indonesia	4.100
Niger	3.600
Mozambique	3.000
Nepal	3.000
Angola	2.700
Chad	2.500
Mali	2.400
Senegal	2.300
Yemen	2.300
Sudán	2.200
Ghana	2.000
Burkina Faso	1.600
Camboya	1.500
Camerún	1.500
Côte d'Ivoire	1.100
Liberia	600
Mauritania	200
Guinea-Bissau	100
<b>Total</b>	<b>196.900</b>

\*El número de defunciones que figuran en el cuadro son estimaciones, dado que las defunciones neonatales, en su mayoría, ocurren en el hogar, antes de que el niño tenga dos semanas de edad, de modo que no se registra ni el nacimiento ni la muerte.

Fuente: OMS, estimaciones para 1999.

# LOS NIÑOS PERDIDOS

## COMENTARIO: LLEGAR A LOS POSTERGADOS



# Los niños perdidos

Por Juan Somavía

***Apenas se les oye y nunca se les ve: son los centenares de millones de niños que soportan la grave conculcación de sus derechos en múltiples oportunidades. Entre ellos figuran los millones de niños que trabajan en tareas agrícolas y fábricas, que están atrapados en la explotación sexual comercial, que han sido reclutados como soldados; los millones no registrados al nacer, los que carecen de acceso a agua pura y educación, los que no han sido inmunizados y los millones que viven en las calles. El triste destino de todos esos niños exige mucho más que la débil respuesta que hasta ahora ha ofrecido la comunidad internacional.***

**T**odos los días, el mundo pierde una cantidad asombrosa de niños. Son demasiados—30.500 por día, 11 millones por año—los menores que pierden la vida debido a causas que en gran medida es posible prevenir.

Pero por desgarradoras y carentes de sentido que sean esas muertes, no estoy hablando de ellas, sino de los millones y millones de niños perdidos entre los que siguen viviendo; transformados en virtualmente invisibles por la pobreza más extrema, no registrados al nacer—y, por ende, carentes del reconocimiento oficial de su nombre y su nacionalidad y de la protección de sus derechos—, siguen soportando su triste destino en profunda oscuridad.

Los niños perdidos son los más explotados, los más pobres de entre los pobres: niños soldados, niñas en prostíbulos, jóvenes trabajadores en condiciones de cautiverio en fábricas, talleres, campos y hogares de nuestro aparentemente próspero planeta. Se roba a esos niños su salud, su

crecimiento su educación; y con frecuencia, incluso sus vidas.

Del número de niños de 5 a 14 años de edad que realizan actividades económicas, cuya cantidad se estima en 250 millones, de 50 millones a 60 millones de entre 5 y 11 años de edad están sometidos a esas intolerables modalidades de trabajo.

Para percatarse de la escala que representan estas cantidades, cabe imaginar un país tan populoso como los Estados Unidos, donde toda la población esté constituida por niños trabajadores. Cabe imaginar también que dentro de esa población, haya una clase de niños sojuzgados, más numerosos que los ciudadanos de Francia o del Reino Unido, que trabajan en condiciones tales que dejan baldados sus cuerpos y anquilosadas sus mentes, menoscaban su crecimiento y acortan sus vidas.

Si una tal abominación fuera visible y estuviera concentrada en un lugar, nadie la toleraría. No obstante, seguimos tolerándola en su forma oculta y dispersa, para nuestra vergüenza y para nuestro riesgo.

## Riesgos temerarios

Las vidas de esos niños perdidos están en situación de riesgo desde su nacimiento debido a la desnutrición, las frecuentes enfermedades y los entornos antihigiénicos. Todos ellos son hijos de pobres; son unos 600 millones y subsisten con menos de un dólar diario.

Esos niños pueden encontrarse en muchas de las poblaciones cuyas pasmosas estadísticas se superponen las unas a las otras: más de 200 millones de niños que padecen de hipotrofia nutricional, cerca de 170 millones de niños cuyo peso es insuficiente. Esos niños figuran en el grupo del 40% al 50% de los menores de cinco años de países en desarrollo que padecen de carencia de hierro; figuran entre los 31 millones de refugiados o personas internamente desplazadas alojados en campamentos en todo el mundo y entre los casi 1.000 millones de personas que ingresaron en este nuevo siglo sin saber leer ni escribir.

Es bien posible que los niños perdidos pertenezcan a minorías étnicas que no dominan el idioma nacional y cuyas tradiciones no forman parte de la cultura prevalente en un país. Al quedar excluidos de esta manera, también es posible que se les denieguen sus derechos a la ciudadanía y la educación y que, por consiguiente, sean más vulnerables a la explotación.

Los niños excluidos suelen ser niños aislados geográficamente, que viven en zonas donde hay pocas escuelas y escasean otros servicios básicos.

Las vidas de esos niños están constreñidas por el trabajo. Es posible encontrar niños de corta edad, hasta de cinco años, en zonas rurales, en tierras de cultivo de sus padres, junto a

los adultos en explotaciones agrícolas comerciales, tanto en países industrializados como en países en desarrollo. En algunos casos, los niños menores de 10 años constituyen un quinto de la fuerza laboral infantil en zonas rurales.

El agotador trabajo agrícola, sometido a un calor y un frío extremos, a largas horas, a movimientos y cargas repetitivos, agobia los cuerpos de los jóvenes. A menudo se producen casos de contactos con productos químicos y plaguicidas: por ejemplo, se calcula que en las zonas rurales pierden la vida más niños trabajadores debido al envenenamiento con plaguicidas que a causa de todas las demás enfermedades más comunes de la infancia combinadas. El trabajo es tan abrumador que quienes tienen la fortuna de asistir a la escuela después de pasar un día en los campos suelen quedar demasiado exhaustos para aprender.

Muchos niños perdidos son niñas. La discriminación por motivos de género se combina con la pobreza para aniquilar su sentido de autonomía y de su propia personalidad, así como su potencial. Muchas familias pobres, por ejemplo, cuando han de optar entre enviar a una hija o a un hijo a la escuela, por consideraciones de género postergan a la niña.

En consecuencia, en lugar de recibir una educación, millones de niñas tienen que aceptar el trillado camino de las tareas domésticas, el trabajo en el hogar para sus propias familias o fuera del hogar para otros. Esas niñas figuran entre los menos visibles de todos los niños así explotados, pues las tareas domésticas realizadas por niñas y mujeres ni siquiera suelen estar dignificadas con la denominación “trabajo”. La humildad y la baja condición de sus esfuerzos suscitan

# LOS NIÑOS PERDIDOS

## COMENTARIO: LLEGAR A LOS POSTERGADOS

nuevos riesgos para las niñas: muchas de ellas son objeto de malos tratos físicos y abuso sexual.

Además, en los casos más brutales de las tribulaciones de esos niños perdidos, varios millones —principalmente niñas— se ven obligados a incorporarse al mundo tenebroso de la trata de personas y la explotación sexual. Debido a la naturaleza clandestina y delictiva de esas actividades, las estadísticas carecen de precisión; no obstante, según se estima, en los últimos tres decenios y solamente en Asia y el Pacífico, la trata de niñas y mujeres con fines de explotación sexual comercial ha afectado a más de 30 millones de personas.

Se cree que en Nepal, entre 5.000 y 7.000 niñas son objeto de trata transfronteriza cada año hacia países vecinos. Las sevicias que sufren estas niñas tienen consecuencias a largo plazo, que ponen en peligro sus vidas, entre ellas los traumas psicológicos, los riesgos de embarazo precoz con sus peligros concomitantes y el contagio con el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

Otra nefanda forma de explotación a la que se ven sujetos los niños

es la conscripción forzada o la coacción para que participen en conflictos armados. Según se estima, en el decenio de 1990, en numerosos países se ha obligado a unos 300.000 niños a servir en las fuerzas armadas gubernamentales o de oposición.

---

*La educación es un derecho de cada niño; nada puede compararse ni competir con ella y, cuando es de buena calidad y pertinente a las vidas infantiles, puede realmente combatir la pobreza.*

---

En Liberia, donde una ignominiosa guerra civil prolongó su saña durante siete años hasta 1997, 750.000 liberianos se vieron obliga-

dos a marcharse de su país debido al conflicto, mientras más de un millón quedaron internamente desplazados y más de 150.000 perdieron la vida. Sirvieron como soldados unos 15.000 niños, algunos de hasta seis años de edad. Muchos de esos niños se consideraban “combatientes feroces”: jóvenes que habían sido obligados a cometer atrocidades contra sus propias familias o aldeas, como demostración de lealtad hacia sus comandantes. En otro aspecto brutal del conflicto, las facciones en pugna sometieron a la esclavitud sexual a miles de niñas.

### Es mejor decir que hacer

En el decenio transcurrido después de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia y la aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño, se han logrado muchos adelantos. Para que ese progreso se plasme plenamente, el mundo debe ahora obligarse a enfrentar y cambiar el miserable destino de los niños para los cuales los adelantos fueron escasos o simplemente nulos.

Un factor de importancia crucial es que la erradicación de las peores for-

mas de trabajo y explotación infantil se convierta para todos nosotros en una cruzada con plazos muy definidos, pero no en palabras, sino en hechos; no en discursos, sino en políticas y asignación de recursos; una cruzada mundial compartida por todos, sean cuales fueren las regiones donde habitamos, las culturas, las tradiciones espirituales o los niveles de desarrollo. Una cruzada a la que todos contribuyamos voluntariamente de manera práctica.

En los últimos ocho años, unos 90 países han logrado adelantos en este importante frente, al unirse en torno al Programa Internacional de Eliminación del Trabajo Infantil, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), para formar una potente alianza en virtud de la cual esta cuestión se ha transformado en una cruzada mundial. El Programa, que en 1992 sólo contaba con un país donante y seis Estados participantes, ahora cuenta con casi 25 donantes y más de 65 países participantes. En esos países, varios proyectos están ayudando a prevenir que los niños estén sujetos al trabajo infantil, a rescatarlos de esas situaciones mediante la rehabilitación y la educación y a proporcionar mejores medios de vida a sus familias, mediante un trabajo decoroso.

### Un nuevo instrumento

Además, la adopción por unanimidad en junio de 1999 del nuevo Convenio (No. 182) sobre la eliminación de las peores formas de trabajo infantil por la Conferencia Internacional del Trabajo, de la OIT, ofrece un instrumento poderoso para eliminar las peores formas de trabajo infantil, en prácticas como la esclavitud infantil, el reclutamiento forzado de niños soldados, el trabajo forzado, la trata de niños, el cautiverio para pagar deudas, el sojuzgamiento, la prostitución, la pornografía y diversas modalidades de trabajo riesgoso y en condiciones de explotación.

El Convenio número 182 estipula que los países que lo ratifiquen han de adoptar medidas inmediatas para proteger a los niños contra el trabajo en condiciones abusivas y proporcionar rehabilitación y educación a los niños rescatados de tales horrores.

Una docena de países ya han ratificado este nuevo instrumento de



Un niño duerme en el pavimento en Sudáfrica. La pobreza obliga a millones de niños en todo el mundo a una vida de sufrimiento en las calles, en trabajos en régimen de servidumbre, en prostibulos, en factorías y en el campo.

UNICEF/00-0099/Pirozzi

derechos humanos y muchos más manifiestan que lo harán en los próximos meses. Dentro del Programa Internacional, tenemos la intención de obtener una rápida ratificación, país por país, mediante una amplia gama de actividades, desde las gestiones privadas hasta las reuniones públicas, desde la información en la Internet hasta los carteles murales.

Pero hemos asumido el compromiso de no limitarnos a la ratificación universal, sino también velar por que los principios de esta Convención estén integrados en las estructuras jurídicas de los países y se apliquen según modalidades que propicien albergar una esperanza realista de erradicar rápidamente las peores formas de trabajo infantil.

### La educación es fundamental

El desaparecido Julius Nyerere, ex maestro de escuela y venerado primer Presidente de la República Unida de Tanzania, dijo: "la educación no es una manera de escapar a la pobreza del país; es una manera de combatirla".

Sabemos que más de 110 millones de niños en edad escolar del mundo en desarrollo no asisten a la escuela y que la mayoría de ellos están trabajando. También sabemos que cada año que un niño asiste a la escuela reduce notablemente las probabilidades de que termine en estado de servidumbre económica.

La educación es un derecho de cada niño; nada puede compararse ni competir con ella y, cuando es de buena calidad y pertinente a las vidas infantiles, puede realmente combatir la pobreza. La educación amplía los medios de acción, al abrir nuevas posibilidades y oportunidades para que los niños participen y contribuyan, dentro del máximo de sus posibilidades, sin obstáculos por motivos de clase o de género.

En el Convenio sobre la eliminación de las peores formas de trabajo infantil se reconoce plenamente el poder de la educación y se señala que la solución a largo plazo para la explotación infantil reside en el crecimiento económico sostenido, conducente al progreso social y, en particular, en la mitigación de la pobreza y la educación universal.

El vínculo entre educación y miti-



Una niña de Nepal se gana la vida recogiendo basura. Alrededor de 600 millones de niños de los países en desarrollo subsisten con menos de 1 dólar al día.

UNICEF/93-1272/Murray-Lee

*Podríamos fijar una nueva norma para la humanidad si consignáramos al estercolero de la historia la esclavitud de los niños atrapados en esas nefandas formas de trabajo y explotación infantil.*

gación de la pobreza es especialmente importante debido a que en el último decenio se ha ampliado el abismo económico que separa a los ricos de los pobres. Actualmente, pese a una expansión económica mundial sin precedentes, es cada vez mayor el número de personas sumidas en una

pobreza cada vez más profunda. Los bienes de los tres multimillonarios más ricos del mundo, por ejemplo, son superiores al producto nacional bruto (PNB) combinado de los 48 países menos adelantados y sus 600 millones de habitantes. En cambio, al quinto más pobre de la población mundial corresponde sólo un 1% del PNB mundial.

En la lucha contra el trabajo infantil y la explotación de los niños, la educación debe ir de consuno con medidas mundiales para amortiguar las presiones sobre los países pobres mediante acciones como un intercambio comercial más equitativo, una mayor asistencia, mejores políticas de inversión y unos precios más estables de los productos básicos.

### Un imperativo moral universal

Una combinación estratégica de esas medidas nos daría a todos una gran oportunidad de poner fin al círculo vicioso de la pobreza y rescatar las vidas perdidas.

Sabemos dónde encontrar los

niños perdidos. Se encuentran en las tiendas de campaña y en los cuarteles de África. En los lupanares de Asia, en los tugurios de Europa y América del Norte, en las fábricas donde se explota a los obreros de América Latina. Al ver sus rostros, aun cuando sea fugazmente, ¿cómo podremos permitirnos olvidarlos?

¿Nos limitaremos a dar por perdidas sus vidas, a hacer caso omiso de sus futuros? ¿O haremos un esfuerzo supremo por proteger los derechos de los miembros más jóvenes y más vulnerables de la familia humana?

Podríamos fijar una nueva norma para la humanidad si consignáramos al estercolero de la historia la esclavitud de los niños atrapados en esas nefandas formas de trabajo y explotación infantil.

Hagamos extensivos los adelantos de que disfrutaban ahora tantos otros niños a este grupo, el último y el más postergado. Seamos nosotros quienes no cejan hasta que todos los niños perdidos en esas peligrosas tinieblas emerjan hacia un futuro más resplandeciente. ■

# LOS NIÑOS PERDIDOS

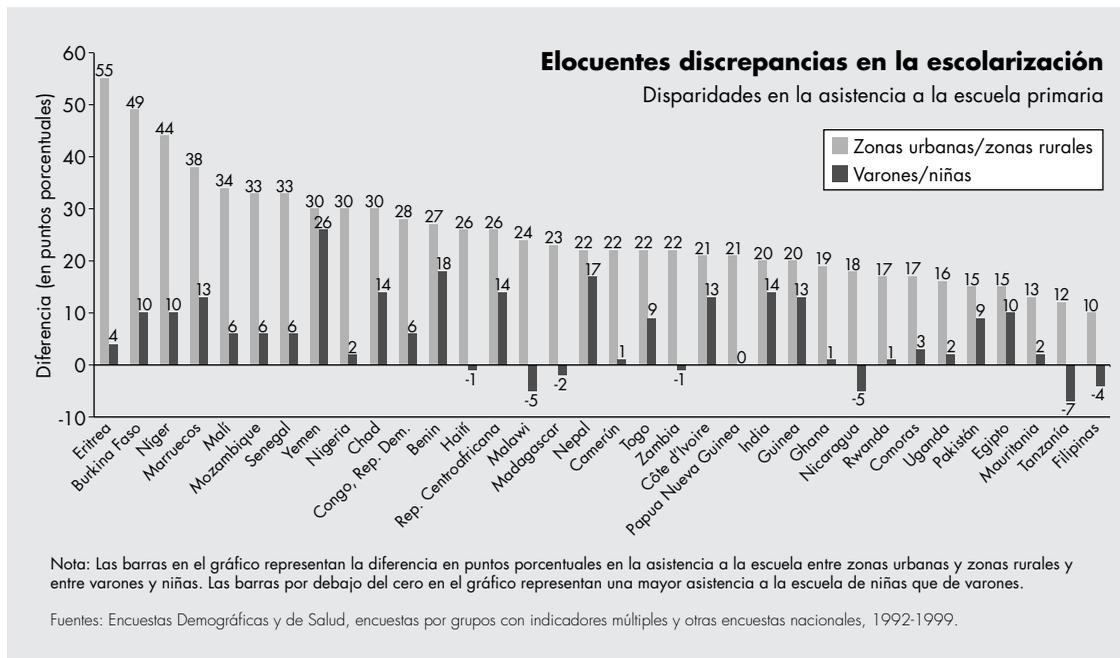
## RESUMEN INFORMATIVO: AVANCES Y DISPARIDADES

### De la ciudad al campo: diferencias en la escolarización

La discrepancia en el número de niños que asisten a la escuela primaria entre zonas urbanas y en zonas rurales es grande y ha resultado difícil de reducir, según las encuestas realizadas de 1990 a 1999 en 54 países. En 34 de estos países (véase el gráfico) hay por lo menos una brecha de 10 puntos entre el medio urbano y el rural.

La discrepancia entre zonas urbanas y rurales es mayor en Eritrea, donde un 79% de los niños de las ciudades asisten a la escuela, mientras que en el campo lo hacen sólo un 24%: una diferencia de 55 puntos porcentuales. En 24 países la discrepancia es de 20 puntos porcentuales o mayor.

En 10 países se comprobaron discrepancias entre zonas urbanas y rurales superiores a 30 puntos porcentuales. En Burkina Faso, Eritrea y el Níger se



registraron disparidades de 40 o más puntos porcentuales.

En las zonas rurales, las niñas sufren una doble desventaja. No sólo forman parte de la mayoría que no asiste a la escuela, como en las zonas urbanas, sino que también deben hacer frente a retos más graves, como un menor número de

escuelas, mayores distancias del hogar a la escuela y más rigurosas limitaciones culturales, así como una pobreza más grave y una discriminación más profunda.

No obstante, la investigación indica que cuando se trata de llevar a las niñas a la escuela y mantenerlas allí, independientemente de si trabajan o no, de si

tienen más edad que la apropiada para el grado o de si viven en zonas rurales, también se beneficia a los niños varones y a veces, incluso más que a las niñas.

Hasta la fecha, los métodos más eficaces para reducir la discrepancia entre ciudad y campo han sido los orientados a aumentar la asistencia de niñas.

### Fuera de la escuela: El dilema del huérfano

Los estudios realizados en 20 países, en su mayoría africanos, confirman lo que se sospechaba desde hacía tiempo: los niños que han perdido a su padre y su madre tienen menos probabilidades de asistir a la escuela que quienes no han

perdido a un progenitor o viven con al menos un progenitor.

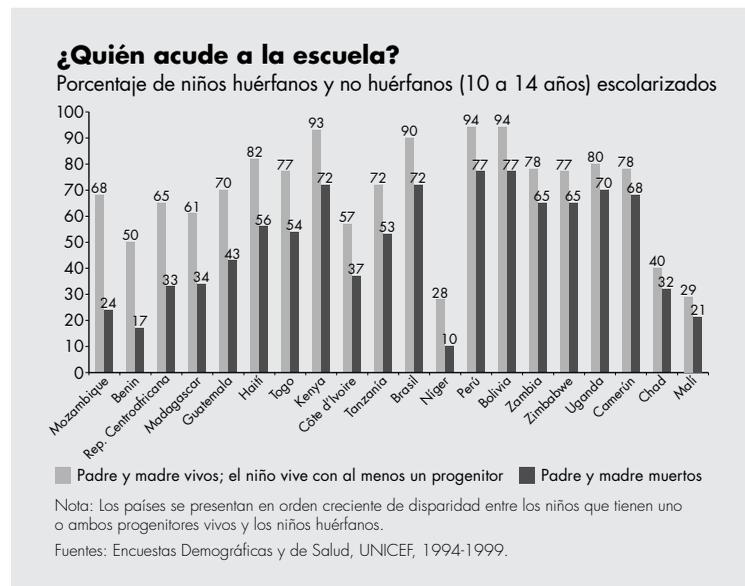
Benin, Mozambique y la República Centroafricana son los que mayor discrepancia presentan entre los niños huérfanos y los demás en materia de

asistencia a la escuela. En Benin, por ejemplo, sólo un 17% de los niños que han perdido a sus progenitores asisten a la escuela, en comparación con un 50% de los niños con padre y madre vivos. En la mayoría de los países estudiados, el promedio de la diferencia es de 19 puntos porcentuales. Sólo en el Chad y Malí la diferencia es menor de 10 puntos porcentuales.

Muchos niños tienen ambos progenitores vivos y en buena salud pero, no obstante, se les deniega su derecho a la educación. En Malí y el Níger, por ejemplo, las tasas de asistencia a la escuela para niños que tienen a ambos progenitores vivos son 29% y 28%, respectivamente; se trata de las proporciones más bajas registradas en estas encuestas y son también inferiores a las tasas de asistencia de niños huérfanos en muchos otros países.

Estas cifras han de impulsar a los países a que velen por que la enorme pérdida sufrida por los niños al morir sus progenitores no menoscabe su derecho a recibir educación. Los países que han

logrado disminuir la discrepancia en la asistencia a la escuela tienen valiosas lecciones que compartir.



Los niños huérfanos de Rwanda realizan los deberes escolares: los huérfanos tienen una menor acceso a servicios como la salud y la educación que los niños con uno o dos progenitores vivos.

## Pese a las victorias, continúa la guerra contra la mutilación genital femenina

El pasado mes de diciembre, miles de residentes de Kouroussa (Guinea oriental) presenciaron cómo una docena de sajadores entregaban sus cuchillas y abjuraban de la práctica de la mutilación genital femenina. En el Senegal, 148 aldeas han declarado públicamente que cesarán en esa práctica. Se trata de victorias muy importantes para las organizaciones de las comunidades de base, las ONG y los organismos internacionales que tratan de poner fin a esa lacerante práctica.

En África, las acciones encaminadas a eliminar la práctica abarcan desde las leyes que la tipifican como delito hasta los programas de educación y divulgación. Nueve países han prohibido el procedimiento; se han entablado procesos judiciales en tres; y en otros tres se han propuesto leyes. Veinte países realizan o apoyan programas de educación y divulgación. Los castigos para los convictos varían desde multas en efectivo hasta cadena perpetua.

Además, se ha promulgado legislación que prohíbe específicamente la mutilación genital femenina en siete países industrializados que tienen numerosas poblaciones procedentes de países donde se realiza esta práctica. Francia ha aplicado la legislación ya existente que prohíbe los actos de violencia causantes de mutilación para enjuiciar a quienes la practican y a los progenitores

que aprueban la práctica para sus hijas. Bélgica ha propuesto leyes contra el procedimiento, 11 países industrializados han apoyado programas de educación y divulgación y otros dos han formulado declaraciones en las que se reprueba la mutilación.

Según las estimaciones de la OMS, 130 millones de mujeres y niñas, desde recién nacidas hasta adultas maduras, han sido objeto de mutilación genital, es decir, la ablación parcial o total de los órganos genitales femeninos. La mutilación genital femenina se practica en casi 30 países africanos y en unos pocos grupos minoritarios de Asia. En África, la tasa de prevalencia oscila desde un 5% en la República Democrática del Congo y Uganda hasta 98% en Djibouti y Somalia. Un 75% de todos los casos se registran en Egipto, Etiopía, Kenya, Nigeria, Somalia y el Sudán.

Aun cuando se perciba como un rito que ensalza el valor de la castidad y mejora las perspectivas de matrimonio de la niña, la mutilación conculca los derechos humanos de niñas y mujeres debido a que entraña la eliminación de órganos sexuales sanos cuando no hay ninguna necesidad médica y tiene efectos físicos nocivos —y a veces letales— a largo plazo y muy graves consecuencias psicológicas. El procedimiento también infringe el derecho humano a la salud y a la integridad corporal.



© Philip Wolmut/Panos Pictures

Un adolescente fuma en Rotherham, Reino Unido, ignorante de los riesgos que esto supone para su salud. En la actualidad hay un mayor número de adolescentes que fuman en los países industrializados que en 1994, y el aumento es mayor entre las niñas.

## Más adolescentes que fuman en los países industrializados

Va en aumento el número de niños de 15 años que arriesgan sus vidas en Europa y América del Norte, donde el porcentaje medio de adolescentes que fuman a diario aumentó desde 12% en 1994 hasta 16% en 1998, en 20 países estudiados. El consumo de cigarrillos por las niñas aumentó en todos los países, salvo en uno. Las tasas aumentaron de modo más manifiesto en Eslovaquia, Estonia, la Federación de Rusia y Lituania, donde se duplicaron con creces. En casi la mitad de los países estudiados, las tasas de tabaquismo entre las niñas son mayores que entre los varones; hace cuatro años, esto sólo sucedía en seis de esos países.

Las encuestas demuestran que en Hungría se registran las más altas tasas de consumo de cigarrillos por los adolescentes, pues 29% de los varones y 20% de las niñas fuman a diario. Seguían Alemania y Austria, con 23,5% y 23%, respectivamente, de todos los adolescentes afectados por el consumo de tabaco. En Israel, el porcentaje de todos los adolescentes que fuman a diario se duplicó con creces en cuatro años, pues pasó de 5,5% en 1994 a 12% en 1998. El porcentaje de adolescentes varones casi se triplicó, desde 6% hasta 17%.

Finlandia, donde en 1994 se había registrado el mayor número de adolescentes que fumaban a diario, fue el único

país donde cuatro años más tarde se registró una disminución general. También disminuyeron las tasas de consumo por los varones adolescentes en Austria e Irlanda del Norte.

### ¿Quién fuma?

Porcentaje de niños de 15 años que dicen fumar a diario

	Varones		Niñas	
	1998	(1994)	1998	(1994)
Austria	20	(21)	26	(21)
Bélgica	21	(19)	20	(14)
Canadá	17	(16)	21	(21)
Rep. Checa	16	(11)	11	(6)
Dinamarca	15	(10)	21	(17)
Estonia	17	(16)	8	(3)
Finlandia	19	(25)	20	(19)
Francia	20	(18)	25	(18)
Alemania	22	(16)	25	(19)
Hungría	29	(19)	20	(13)
Israel	17	(6)	7	(5)
Letonia	27	(22)	12	(8)
Lituania	15	(9)	6	(2)
Noruega	18	(16)	21	(15)
Polonia	22	(17)	14	(8)
Fed. de Rusia	20	(13)	14	(5)
Eslovaquia	20	(13)	10	(3)
Suecia	10	(10)	16	(13)
Reino Unido				
Irlanda del Norte	16	(20)	24	(20)
Escocia	19	(17)	24	(21)
Estados Unidos	13	(10)	12	(10)

Fuente: Oficina Regional para Europa de la OMS, encuestas sobre salud y comportamientos que afectan la salud de los jóvenes, 1993-1994 y 1997-1998.

### La batalla continúa

Leyes o decretos contra la mutilación* (año de promulgación)	Países africanos	Países industrializados
	Burkina Faso (1996) Côte d'Ivoire (1998) Djibouti (1994) Ghana (1994) Guinea (1965) República Centroafricana (1966) Senegal (1999) Tanzania (1998) Togo (1998)	Australia (leyes estatales, 1994-1997) Canadá (1997) Estados Unidos (ley federal, 1996; leyes estatales, 1994-1998) Noruega (1995) Nueva Zelanda (1995) Reino Unido (1985) Suecia (1982, 1998)
	Egipto (decreto ministerial, 1996) Nigeria (sólo en el estado de Edo, 1999)	
Enjuiciamiento en casos de mutilación	Burkina Faso Egipto Guinea	Francia
Proyectos de ley contra la mutilación	Benin Nigeria Uganda	Bélgica
Programas de educación y divulgación del gobierno o financiados por éste**	Benin Burkina Faso Camerún Côte d'Ivoire Djibouti Egipto Eritrea Etiopía Gambia Ghana	Guinea Kenya Mali Niger Rep. Centroafricana Senegal Sudán Tanzania Togo Uganda
		Australia Bélgica Canadá Dinamarca Estados Unidos Francia Noruega Nueva Zelanda Países Bajos Reino Unido Suecia

\* Mutilación genital femenina

\*\*Según las últimas informaciones disponibles del Center for Reproductive Law and Policy (CRLP).

Fuente: CRLP, marzo de 2000.

### Miles de millones sin agua pura y saneamiento

Pese a que cada año casi 2 millones de niños mueren a causa de diarreas y otras enfermedades relacionadas con el agua, el mundo sigue siendo incapaz de proporcionar agua no contaminada y saneamiento adecuado a quienes más desesperadamente los necesitan. En el último decenio se han logrado algunos pequeños adelantos: a escala mundial, la cobertura de abastecimiento de agua aumentó desde un 78% en 1990 hasta un 81% en 1999. Más de 800 millones de personas recibieron acceso a agua pura. La cobertura de saneamiento se incrementó desde un 54% en 1990 hasta un 59% en 1999.

Con todo, esos aumentos no se han mantenido al mismo ritmo que el de las necesidades en términos absolutos: más de 1.000 millones de personas carecen de acceso a agua de beber potable y aproximadamente 2.500 millones de personas—más de un tercio de la población mundial—carecen de medios sanitarios de eliminación de excrementos.

En los 16 países en desarrollo más populosos—que albergan al 80% del total de la población mundial—la cobertura de saneamiento sigue siendo un problema más grave que el del acceso al agua. Tanto en China como en la República Democrática del Congo, Etiopía y la India, menos del 50% de la población tiene acceso a servicios adecuados de saneamiento. Aun cuando aumente la cobertura, como ocurrió en Bangladesh (desde un 37% en 1990 hasta un 53% en 1999) y el Pakistán (desde un 34% hasta un 61% en el mismo período), hay grandes cantidades de personas que siguen corriendo riesgos debido a la falta de sistemas seguros de eliminación de excrementos.

De los casi 2 millones de niños que pierden la vida a causa de diarreas y otras enfermedades relacionadas con el agua, 1,9 millón son menores de cinco años. Al mismo tiempo, otros millones

sufren de enfermedades parasitarias derivadas de la presencia de excrementos humanos y residuos sólidos en el medio ambiente, que causan anemia, desnutrición y, a veces, la muerte.

Junto con las enfermedades y las defunciones hay otros infortunios, como la sordidez de la vida en las comunidades donde no hay agua pura ni servicios sanitarios adecuados, y el gasto de tiempo, que recae desproporcionadamente en las niñas, a expensas de su educación, y en las mujeres, a expensas de su propia salud y sus tareas de cuidado de sus hijos.

En general, en todo el mundo mejora el acceso al agua no contaminada, pero algunos países permanecen a la zaga: por ejemplo, en Etiopía, Nigeria, la República Democrática del Congo y Viet Nam, los niveles de acceso son inferiores al 60%. Y en algunos países como Bangladesh, la contaminación con arsénico ha transformado en peligrosa e insegura una elevada cantidad de agua que se consideraba pura y segura.

El mayor problema sigue siendo llegar hasta los habitantes de zonas rurales. Más de una cuarta parte de los campesinos del mundo (29%) carecen de acceso a fuentes de agua apta para el consumo y casi dos terceras partes (64%) carecen de acceso a servicios sanitarios. Asimismo, en zonas urbanas, las altas tasas de crecimiento de la población son superiores a las de aumento en la cobertura de abastecimiento de agua y saneamiento.

El mundo no alcanzará la meta establecida en 1990 en la Cumbre Mundial para lograr un acceso universal a agua

#### Agua y saneamiento: Ahora y entonces

Porcentaje de población con servicios en los 16 países en desarrollo más populosos

	Fuentes de agua no contaminada*		Servicios de saneamiento**	
	1999	(1990)	1999	(1990)
Bangladesh	97	(91)	Tailandia	96 (86)
Egipto	95	(94)	Egipto	94 (87)
Irán	95	(86)	Turquía	92 (88)
Pakistán	88	(84)	Filipinas	83 (74)
India	88	(78)	Irán	81 (81)
Filipinas	87	(87)	México	73 (69)
México	86	(83)	Viet Nam	73 (Sin datos)
Brasil	83	(83)	Brasil	72 (63)
Turquía	82	(78)	Indonesia	65 (54)
Tailandia	80	(71)	Nigeria	63 (60)
Indonesia	76	(69)	Pakistán	59 (34)
China	75	(71)	Bangladesh	53 (37)
Nigeria	57	(49)	China	38 (29)
Viet Nam	56	(Sin datos)	India	31 (21)
Congo, Rep. Dem.	45	(Sin datos)	Congo, Rep. Dem.	20 (Sin datos)
Etiopía	24	(22)	Etiopía	15 (13)

#### Total de la población mundial servida (en millones)

Fuentes de agua no contaminada*			Servicios de saneamiento**		
1999	(1990)	Variación	1999	(1990)	Variación
4.932	(4.110)	+821	3.599	(2.826)	+772

\*Inclusive agua corriente, grifos públicos, pozos perforados dotados de bombas manuales, pozos excavados protegidos, agua de lluvia y otras fuentes. No se incluyen los camiones cisterna ni el agua embotellada. Los datos no entrañan que el nivel de servicios y la calidad del agua sean suficientes o seguros. No se efectuaron reducciones cuando los servicios eran intermitentes o el abastecimiento de agua no tenía la calidad debida.

\*\*Inclusive la conexión a redes cloacales o cámaras sépticas, letrinas a sifón, letrinas de pozo simple o pozo mejorado ventilado y otros servicios, tanto privados como compartidos (pero no públicos). No se consideró que fueran sistemas seguros las letrinas de cubo, las letrinas en acantilados, las letrinas abiertas, las letrinas de pozo sin tapa o los campos abiertos (servicios sanitarios "junto a los árboles").

Fuente: Estimaciones del UNICEF y la OMS, marzo de 2000, para la próxima publicación *Year 2000 Global Assessment of the Water Supply and Sanitation Sector*, Consejo Mixto UNICEF/OMS/Consejo de Colaboración en Abastecimiento de Agua (fecha de publicación: octubre de 2000).

no contaminada y saneamiento hacia el año 2000, pero esta tarea, agravada enormemente por los movimientos de

las poblaciones urbanas, sigue siendo hoy tan urgente como lo era hace un decenio.

*Residentes del poblado de Awdalok, al norte de Iraq, obtienen agua de una bomba instalada por el UNICEF. Más de 1.000 millones de personas carecen aún de acceso al agua pura para beber en todo el mundo y 2.500 millones carecen de saneamiento adecuado.*



## La asistencia global no disminuye, pero no se aprecia un aumento sostenido

En 1998 cesó, tras cinco años, la pronunciada declinación de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD), cuando el total de la asistencia aumentó hasta 51.900 millones de dólares, en comparación con 48.300 millones de dólares en 1997, es decir, un aumento del 9,6% en términos reales. Esta situación fue consecuencia del aumento de las donaciones de 15 de los 21 países industrializados que ofrecen AOD, y se debió en parte al apoyo a corto plazo brindado a raíz de la crisis financiera asiática y a las decisiones de varios países de revitalizar o reconstituir los programas de asistencia, después de las reducciones efectuadas en el decenio de 1990.

Sin embargo, el adelanto en 1998 queda mitigado en el marco de la tendencia general descendente de la AOD a partir de 1990. Entre 1990 y 1998, el promedio de la AOD total como porcentaje del producto nacional bruto (PNB) de los donantes disminuyó desde 0,33% hasta 0,24% y la asistencia per cápita disminuyó desde 75 dólares hasta 63 dólares.

En 1998, Dinamarca, Noruega, los

Países Bajos y Suecia, los donantes más constantes y generosos, siguieron siendo los únicos cuatro países que superaron la meta para la AOD del 0,7% del PNB del país donante convenida por los países de todo el mundo en 1970. Corresponde a Dinamarca la más alta proporción (0,99%) y a los Estados Unidos, la más baja (0,10%).

Dinamarca también fue el país que aportó más por habitante: 323 dólares, y Noruega y Luxemburgo siguieron de cerca con 299 dólares y 265 dólares, respectivamente. Desde 1990, Luxemburgo ha tenido el más pronunciado aumento de la AOD por habitante, en 194 dólares, y Finlandia la más pronunciada disminución, en 64 dólares.

Al igual que en 1997, los tres mayores donantes en dólares fueron el Japón (10.600 millones), los Estados Unidos (8.800 millones) y Francia (5.700 millones). En general, los siete países más industrializados (G7) aportan por concepto de AOD un promedio de 0,20% de su PNB, menos de la mitad de lo que aportan los países no pertenecientes al G7 (0,45%).

### La disminución de la asistencia de donantes se atenúa

	AOD según el % del PNB de los donantes		Total de la asistencia (miles de millones de dólares)	Asistencia por persona (dólares)	Variación por persona (\$)
	%1998	%1990			
Dinamarca	0,99	0,94	1,7	323	83
Noruega	0,91	1,17	1,3	299	29
Países Bajos	0,80	0,92	3,0	194	11
Suecia	0,72	0,91	1,6	177	-36
Luxemburgo	0,65	0,21	0,1	265	194
Francia	0,40	0,60	5,7	98	-36
Bélgica	0,35	0,46	0,9	87	-131
Finlandia	0,32	0,65	0,4	77	-64
Suiza	0,32	0,32	0,9	123	1
Irlanda	0,30	0,16	0,2	54	37
Canadá	0,29	0,44	1,7	55	-22
Japón	0,28	0,31	10,6	84	0
Australia	0,27	0,34	1,0	52	0
Nueva Zelandia	0,27	0,23	0,1	34	5
Reino Unido	0,27	0,27	3,9	66	11
Alemania	0,26	0,42	5,6	68	-22
Portugal	0,24	0,25	0,3	26	7
España	0,24	0,20	1,4	35	11
Austria	0,22	0,25	0,5	56	-1
Italia	0,20	0,31	2,3	40	-19
Estados Unidos	0,10	0,21	8,8	32	-22
<b>Promedio/total</b>	<b>0,24</b>	<b>0,33</b>	<b>51,9</b>	<b>63</b>	<b>-12</b>

Nota: Las cantidades son en dólares de 1998.

Fuentes: OECD, *Development Cooperation* (informes para 1995 y 1999); División de Población de las Naciones Unidas, *World Population Prospects*, revisión de 1998.

## En los países ricos, 47 millones de niños son pobres

Un niño de cada seis —o 47 millones de niños— de los países de la OCDE viven en la pobreza, según un nuevo informe del UNICEF. (La OCDE abarca a países industrializados y en proceso de industrialización que cumplen con determinados criterios; véase la nota debajo del gráfico.)

Los Estados Unidos y México se encuentran a la cabeza de la lista de países de la OCDE donde los niños viven en pobreza "relativa": más de uno de cada cuatro niños en México (26,2%) y más de uno de cada cinco en los Estados Unidos (22,4%) son pobres. El informe, que se refiere a los países de la OCDE, define la pobreza relativa como aquella que sufre toda persona que vive en un hogar donde los ingresos están por debajo del promedio nacional.

Las siguientes tasas más graves de pobreza infantil se encuentran en Italia (20,5%), el Reino Unido (19,8%) y Turquía (19,7%).

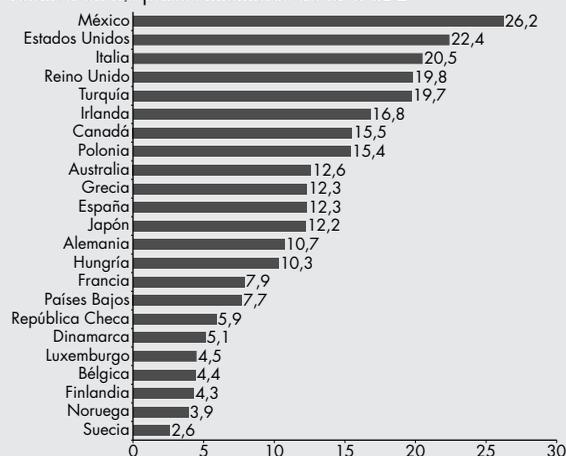
En el otro extremo de la escala se encuentran Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Luxemburgo, Noruega y Suecia, donde los niveles de pobreza infantil oscilan de 1 de cada 38 en Suecia (2,6%) a 1 de cada 20 en Dinamarca (5,1%). En los países nórdicos, los reducidos índices de pobreza infantil reflejan unos niveles elevados de inversión en la política familiar.

Además de tener los niveles más bajos de pobreza infantil en el mundo industrializado, los países nórdicos son también los donantes más generosos. Los dos países donantes con los niveles más elevados de pobreza infantil, Italia y los Estados Unidos, contribuyen con la menor cantidad de ayuda cuando se considera en relación con su PNB (véase la historia "La asistencia global no disminuye, pero no se aprecia un aumento sostenido", a la izquierda).

Las elevadas tasas de pobreza infantil en los países ricos subrayan la necesidad de que todas las naciones —no solamente las más pobres— descubran los focos de pobreza que hay en sus países y tomen las medidas necesarias para proteger a los niños afectados.

### Focos de pobreza en los países ricos

Porcentaje de niños que viven en una situación de pobreza relativa en los países miembros de la OCDE



Nota: Todos los países de esta lista son miembros de la OCDE. Las normas para pertenecer a este grupo incluyen una economía abierta de mercado, pluralismo democrático y respeto a los derechos humanos.

Fuente: UNICEF, 'A league table of child poverty in rich nations', *Innocenti Report Card* No. 7, Centro Internacional para el Desarrollo del Niño del UNICEF, Florencia, 2000.

## 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 desnutrición 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) 1998	Población menor de 18 años (millones) 1998	Nacimientos anuales (miles) 1998	Muertes anuales de menores de 5 años (miles) 1998	Tasa de mortalidad de menores de 5 años 1998	PNB per cápita (dólares) 1998	Menores de 5 años con bajo peso (%) 1990-99	Escolarización y asistencia a enseñanza primaria a/ (%) 1987-99	Tasa total de fecundidad 1998	Tasa de mortalidad materna b/ registrada 1980-98
<b>ÁFRICA AL SUR DEL SAHARA</b>										
Angola	12,1	6,5	583	170	292	380	42	-	6,7	-
Benín	5,8	3,1	238	39	165	380	29	63	5,8	500
Botswana	1,6	0,8	52	3	48	3070	17	98	4,3	330
Burkina Faso	11,3	6,1	519	86	165	240	30	34	6,5	-
Burundi	6,5	3,4	271	48	176	140	37	37	6,2	-
Camerún	14,3	7,2	562	86	153	610	22	71 y	5,3	430
Chad	7,3	3,8	318	63	198	230	39	52	6,0	830
Congo	2,8	1,5	121	13	108	680	-	-	6,0	-
Congo, Rep. Dem. del	49,1	26,7	2264	469	207	110	34	59	6,4	-
Côte d'Ivoire	14,3	7,3	533	80	150	700	24	55	5,0	600
Eritrea	3,6	1,8	144	16	112	200	44	37	5,7	1000
Etiopía	59,6	31,3	2652	459	173	100	48	36	6,3	-
Gabón	1,2	0,5	43	6	144	4170	-	83	5,4	600
Gambia	1,2	0,6	49	4	82	340	26	60	5,2	-
Ghana	19,2	9,7	711	75	105	390	27	70 y	5,1	210
Guinea	7,3	3,8	309	61	197	530	26	39	5,5	670
Guinea-Bissau	1,2	0,6	48	10	205	160	-	47 y	5,7	910
Kenya	29,0	15,0	987	115	117	350	22	85 y	4,4	590
Lesotho	2,1	1,0	72	10	136	570	16	60	4,7	-
Liberia	2,7	1,5	117	28	235	490	-	34	6,3	-
Madagascar	15,1	7,6	600	94	157	260	40	68	5,4	490
Malawi	10,3	5,6	489	104	213	210	30	83 y	6,7	620
Mali	10,7	5,7	499	118	237	250	40	40	6,5	580
Mauritania	2,5	1,3	102	19	183	410	23	63	5,5	550
Mauricio	1,1	0,4	17	0	23	3730	16	98	1,9	50
Mozambique	18,9	9,7	817	168	206	210	26	44	6,2	1100
Namibia	1,7	0,8	59	4	74	1940	26	86	4,9	230
Níger	10,1	5,5	488	137	280	200	50	27	6,8	590
Nigeria	106,4	53,8	4114	769	187	300	36	36	5,1	-
Rep. Centroafricana	3,5	1,7	130	22	173	300	27	42	4,9	1100
Rwanda	6,6	3,5	282	48	170	230	27	67	6,1	-
Senegal	9,0	4,6	358	43	121	520	22	60	5,5	560
Sierra Leona	4,6	2,3	211	67	316	140	29	-	6,0	-
Somalia	9,2	5,0	484	102	211	110	26	-	7,2	-
Sudáfrica	39,4	16,4	1056	88	83	3310	9	87	3,2	-
Tanzanía	32,1	16,9	1314	187	142	220	27	57	5,4	530
Togo	4,4	2,3	181	26	144	330	25	73	6,0	480
Uganda	20,6	11,7	1054	141	134	310	26	87	7,1	510
Zambia	8,8	4,8	372	75	202	330	24	85	5,5	650
Zimbabwe	11,4	5,6	353	31	89	620	15	87	3,8	400
<b>ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL</b>										
Arabia Saudita	20,2	9,6	680	18	26	6910	14	76	5,7	-
Argelia	30,1	13,4	875	35	40	1550	13	94	3,8	220
Egipto	66,0	28,6	1726	119	69	1290	12	92	3,3	170
Emiratos Arabes Unidos	2,4	0,8	43	0	10	17870	14	98	3,4	3
Irán	65,8	30,4	1389	46	33	1650	16	96	2,8	37
Iraq	21,8	10,6	792	99	125	**	23	90	5,2	-
Israel	6,0	2,0	117	1	6	16180	-	-	2,7	5
Jordania	6,3	3,1	218	8	36	1150	5	86	4,8	41
Kuwait	1,8	0,8	39	1	13	20190	-	87	2,9	5
Líbano	3,2	1,2	74	3	35	3560	3	91	2,7	100
Libia	5,3	2,5	156	4	24	5540	5	96	3,8	75
Marruecos	27,4	11,0	706	49	70	1240	9	70	3,0	230
Omán	2,4	1,2	83	1	18	4940	23	86	5,8	19
Sudán	28,3	13,5	932	107	115	290	34	40	4,6	550

	Población (millones) 1998	Población menor de 18 años (millones) 1998	Nacimientos anuales (miles) 1998	Muertes anuales de menores de 5 años (miles) 1998	Tasa de mortalidad de menores de 5 años 1998	PNB per cápita (dólares) 1998	Menores de 5 años con bajo peso (%) 1990-99	Escolarización y asistencia a enseñanza primaria a/ (%) 1987-99	Tasa total de fecundidad 1998	Tasa de mortalidad materna b/ registrada 1980-98
Siria	15,3	7,7	464	15	32	1020	13	94	4,0	110
Túnez	9,3	3,6	189	6	32	2060	9	96	2,5	70
Turquía	64,5	23,0	1425	60	42	3160	10	88	2,5	130
Yemen	16,9	9,2	807	98	121	280	46	58 y	7,5	350



ASIA CENTRAL

Afganistán	21,4	10,3	1113	286	257	250	48	24 y	6,8	-
Armenia	3,5	1,1	45	1	30	460	-	-	1,7	35
Azerbaiyán	7,7	2,8	122	6	46	480	10	90	2,0	37
Georgia	5,1	1,4	69	2	23	970	-	95	1,9	70
Kazajistán	16,3	5,6	298	13	43	1340	8	100	2,3	70
Kirguistán	4,6	2,0	117	8	66	380	11	97	3,2	65
Tayikistán	6,0	2,9	190	14	74	370	-	87	4,1	65
Turkmenistán	4,3	1,9	121	9	72	640	-	80 y	3,6	110
Uzbekistán	23,6	10,6	652	38	58	950	19	88	3,4	21



ASIA ORIENTAL Y EL PACÍFICO

Australia	18,5	4,7	246	1	5	20640	-	95	1,8	-
Bangladesh	124,8	55,9	3468	368	106	350	56	81	3,1	440
Bhután	2,0	1,0	75	9	116	470	-	53	5,5	380
Camboya	10,7	5,1	364	59	163	260	52	78	4,6	470
China	1255,7	380,5	20134	946	47	750	16	99	1,8	65
Corea, Pop. Dem. de	23,3	7,4	485	15	30	*	60	-	2,0	110
Corea, Rep. de	46,1	12,5	682	3	5	8600	-	97	1,7	20
Filipinas	72,9	32,0	2064	91	44	1050	28	96	3,6	170
India	982,2	395,8	24671	2590	105	440	53	71	3,1	410
Indonesia	206,3	77,8	4662	261	56	640	34	94	2,5	450
Japón	126,3	23,7	1261	5	4	32350	-	100	1,4	8
Lao RPD	5,2	2,6	202	23	116	320	40	76	5,7	650
Malasia	21,4	8,8	525	5	10	3670	19	94	3,1	39
Mongolia	2,6	1,1	58	9	82	380	10	94	2,6	150
Myanmar	44,5	16,0	943	107	113	220	39	85 y	2,4	230
Nepal	22,8	11,1	779	78	100	210	47	70	4,4	540
Nueva Zelanda	3,8	1,0	57	0	6	14600	-	100	2,0	15
Pakistán	148,2	72,0	5306	722	136	470	38	72	5,0	-
Papua Nueva Guinea	4,6	2,1	146	16	112	890	-	32 y	4,6	370
Singapur	3,5	0,9	50	0	5	30170	-	93	1,7	6
Sri Lanka	18,5	6,2	327	6	19	810	34	90	2,1	60
Tailandia	60,3	19,3	1000	37	37	2160	19	80	1,7	44
Viet Nam	77,6	32,1	1681	71	42	350	39	95	2,6	160



AMÉRICAS

Argentina	36,1	12,2	715	16	22	8030	-	95	2,6	38
Bolivia	8,0	3,7	262	22	85	1010	10	62	4,3	390
Brasil	165,9	60,2	3340	140	42	4630	6	95	2,3	160
Canadá	30,6	7,2	344	2	6	19170	-	95	1,6	-
Chile	14,8	5,0	291	3	12	4990	1	88	2,4	23
Colombia	40,8	16,1	988	30	30	2470	8	79	2,8	80
Costa Rica	3,8	1,5	89	1	16	2770	5	93	2,8	29
Cuba	11,1	2,9	143	1	8	1170	9	94	1,6	27
Ecuador	12,2	5,0	309	12	39	1520	-	90	3,1	160
El Salvador	6,0	2,6	166	6	34	1850	11	78	3,1	160
Estados Unidos	274,0	71,2	3788	30	8	29240	1	95	2,0	8
Guatemala	10,8	5,5	393	20	52	1640	24	78	4,9	190
Haití	8,0	3,9	253	33	130	410	28	66	4,3	-



# PERFILES ESTADÍSTICOS

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

Entre estas 192 naciones, el PNB per cápita varía de 100 dólares por año a 45.100 dólares anuales.

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

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

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

La tasa total de fecundidad varía de 7,5 niños nacidos por mujer a 1,1.

La tasa de mortalidad derivada de la maternidad varía de 1.100 a 0.

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

	Población (millones) 1998	Población menor de 18 años (millones) 1998	Nacimientos anuales (miles) 1998	Muertes anuales de menores de 5 años (miles) 1998	Tasa de mortalidad de menores de 5 años 1998	PNB per cápita (dólares) 1998	Menores de 5 años con bajo peso (%) 1990-99	Escolarización y asistencia a primaria <sup>a/</sup> (%) 1987-99	Tasa total de fecundidad 1998	Tasa de mortalidad materna <sup>b/</sup> registrada 1980-98
Honduras	6,1	3,0	203	9	44	740	18	86	4,2	220
Jamaica	2,5	1,0	54	1	11	1740	10	88	2,5	120
México	95,8	38,8	2335	79	34	3840	8	97	2,7	47
Nicaragua	4,8	2,4	172	8	48	370	12	73	4,4	150
Panamá	2,8	1,1	61	1	20	2990	7	94	2,6	85
Paraguay	5,2	2,5	162	5	33	1760	4	91	4,1	190
Perú	24,8	10,1	611	33	54	2440	8	100	2,9	270
Rep. Dominicana	8,2	3,3	196	10	51	1770	6	84	2,8	230
Trinidad/Tabago	1,3	0,4	17	0	18	4520	-	88	1,6	-
Uruguay	3,3	1,0	57	1	19	6070	5	93	2,4	21
Venezuela	23,2	9,6	572	14	25	3530	5	84	3,0	65

## EUROPA

Albania	3,1	1,1	63	2	37	810	-	100	2,5	-
Alemania	82,1	15,8	749	4	5	26570	-	86	1,3	8
Austria	8,1	1,7	82	0	5	26830	-	91	1,4	-
Belarús	10,3	2,5	98	3	27	2180	-	85	1,4	22
Bélgica	10,1	2,1	106	1	6	25380	-	98	1,6	-
Bosnia/Herzegovina	3,7	0,9	37	1	19	**	-	100	1,4	10
Bulgaria	8,3	1,8	71	1	17	1220	-	98	1,2	15
Croacia	4,5	1,0	47	0	9	4620	1	95	1,6	12
Dinamarca	5,3	1,1	63	0	5	33040	-	99	1,7	10
ERYD Macedonia	2,0	0,6	31	1	27	1290	-	96	2,1	11
Eslovaquia	5,4	1,4	56	1	10	3700	-	-	1,4	9
Eslovenia	2,0	0,4	18	0	5	9780	-	95	1,3	11
España	39,6	7,5	360	2	6	14100	-	100	1,1	6
Estonia	1,4	0,3	12	0	22	3360	-	87	1,3	50
Finlandia	5,2	1,2	57	0	5	24280	-	98	1,7	6
Francia	58,7	13,5	713	4	5	24210	-	100	1,7	10
Grecia	10,6	2,1	97	1	7	11740	-	90	1,3	1
Hungría	10,1	2,2	97	1	11	4510	-	97	1,4	15
Irlanda	3,7	1,0	52	0	7	18710	-	100	1,9	6
Italia	57,4	10,1	512	3	6	20090	-	100	1,2	7
Letonia	2,4	0,6	20	0	22	2420	-	93	1,3	45
Lituania	3,7	0,9	36	1	23	2540	-	-	1,4	18
Moldova, Rep. de	4,4	1,3	56	2	35	380	-	-	1,7	42
Noruega	4,4	1,0	57	0	4	34310	-	100	1,9	6
Países Bajos	15,7	3,4	179	1	5	24780	-	99	1,5	7
Polonia	38,7	10,1	418	5	11	3910	-	97	1,5	8
Portugal	9,9	2,1	103	1	9	10670	-	100	1,4	8
Reino Unido	58,6	13,4	689	4	6	21410	-	98	1,7	7
Rep. Checa	10,3	2,2	88	1	6	5150	1	87	1,2	9
Rumania	22,5	5,3	202	5	24	1360	6	92	1,2	41
Rusia, Fed. de	147,4	35,6	1420	36	25	2260	3	93	1,3	50
Suecia	8,9	1,9	86	0	4	25580	-	100	1,6	5
Suiza	7,3	1,5	80	0	5	39980	-	96	1,5	5
Ucrania	50,9	11,8	486	11	22	980	-	-	1,4	25
Yugoslavia	10,6	2,7	136	3	21	**	2	69	1,8	10

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

b/ Los datos sobre mortalidad derivada de la maternidad que aparecen en esta tabla están basados en las cifras presentadas por las autoridades nacionales. No se ha realizado ningún ajuste para compensar problemas muy documentados como las notificaciones incompletas o las clasificaciones erróneas.

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

\*PNB per cápita estimado: \$760 o menos.

\*\*PNB per cápita estimado: \$761 a \$3030.

## PAÍSES MENOS POBLADOS

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

	Liga <sup>†</sup>				Población total (miles) 1998	Población menores de 18 años (miles) 1998	Nacimientos anuales (miles) 1998	Muertes anuales de menores de 5 años (miles) 1998	Tasa de mortalidad menores de 5 años 1998	PNB per cápita (dólares) 1998	Niños menores de 5 años con bajo peso (%) 1990-97	Matriculación y asistencia en enseñanza primaria <sup>a/</sup> (%) 1994-99	Tasa total de fecundidad 1998	Tasa de mortalidad materna <sup>b/</sup> registrada 1980-98
	Retraso en el crecimiento 1990-97	DPT3 1998	Prevalencia de VIH/SIDA (15-24 años) (%) 1999											
			Mujeres	Hombres										
Andorra	-	90	-	-	72	14	1	0	6	****	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	100	-	-	67	24	1	0	20	8450	-	98	1,7	150
Bahamas	-	89	2,7	3,9	296	107	6	0	21	11830	-	99	2,6	-
Bahrein	12	98	<0,01	<0,01	595	212	11	0	20	7640	9	97	2,8	46
Barbados	-	93	0,8	1,2	268	71	3	0	15	7890	-	100	1,5	0
Belice	-	87	0,9	2,2	230	109	7	0	43	2660	6	88	3,6	140
Brunei Darussalam	-	97	<0,01	<0,01	315	122	6	0	9	25160	-	91	2,8	0
Cabo Verde	16	80	-	-	408	193	13	1	73	1200	14	99	3,5	55
Comoras	34	75	-	-	658	332	23	2	90	370	26	60	4,8	500
Chipre	-	98	0,07	0,1	771	223	10	0	9	11920	-	96	2,0	0
Djibouti	26	23	13,9	8,8	623	298	23	4	156	**	18	33	5,3	-
Dominica	-	99	-	-	71	25	1	0	20	3150	-	89	1,9	65
Fiji	3	86	-	-	796	317	17	0	23	2210	8	99	2,7	38
Granada	-	97	-	-	93	33	2	0	28	3250	-	98	3,6	0
Guinea Ecuatorial	-	81	0,6	0,3	431	213	17	3	171	1110	-	89	5,5	-
Guyana	10	90	2,3	3,9	850	313	18	1	79	780	12	87	2,3	190
Islandia	-	98	0,06	0,1	276	78	4	0	5	27830	-	98	2,1	-
Islas Cook	-	95	-	-	19	8	0	0	30	-	-	98	-	-
Islas Marshall	-	86	-	-	60	27	2	0	92	1540	-	100	-	-
Islas Salomón	-	69	-	-	417	210	14	0	26	760	-	-	4,8	550
Kiribati	-	88	-	-	81	37	3	0	74	1170	-	71	4,5	-
Liechtenstein	-	-	-	-	32	7	0	0	11	***	-	-	-	-
Luxemburgo	-	94	-	-	422	90	5	0	5	45100	-	-	1,7	0
Maldivas	27	97	-	-	271	138	9	1	87	1130	43	93	5,3	350
Malta	-	92	-	-	384	98	4	0	7	10100	-	100	1,9	-
Micronesia (Est. Fed. de)	-	80	-	-	114	52	4	0	24	1800	-	-	4,0	-
Mónaco	-	99	-	-	33	7	0	0	5	****	-	-	-	-
Nauru	-	50	-	-	11	-	0	0	30	-	-	98	-	-
Niue	-	100	-	-	2	1	0	-	-	-	-	100	-	-
Palau	-	74	-	-	19	9	1	0	34	***	-	-	-	-
Qatar	8	94	<0,01	<0,01	579	180	10	0	18	****	6	94	3,7	10
S. Kitts y Nevis	-	98	-	-	39	14	1	0	37	6190	-	89	2,4	130
S. Lucía	-	88	-	-	150	54	3	0	21	3660	-	-	2,4	30
S. Vicente y las Granadinas	-	99	-	-	112	40	2	0	23	2560	-	84	2,2	43
Samoa	-	100	-	-	174	80	4	0	27	1070	-	93	4,1	-
San Marino	-	98	-	-	26	5	0	0	6	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	26	73	-	-	141	75	6	0	77	270	16	93 y	4,7	-
Seychelles	-	99	-	-	76	40	3	0	18	6420	-	100	2,1	-
Suriname	-	90	0,8	1,3	414	162	8	0	35	1660	-	-	2,2	110
Swazilandia	-	76	28	13	952	477	36	3	90	1400	-	91	4,7	230
Tonga	-	97	-	-	98	41	2	0	23	1750	-	95	3,6	-
Tuvalu	-	94	-	-	11	5	0	0	56	-	-	100	-	-
Vanuatu	-	93	-	-	182	89	5	0	49	1260	-	90	4,3	-

† Ver el capítulo correspondiente para una descripción completa.

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

\*\*PNB per cápita estimado: \$761 a \$3030.

\*\*\*PNB per cápita estimado: \$3031 a \$9360.

\*\*\*\*PNB per cápita estimado: \$9361 o más.

## Retraso de los datos

La tabla inferior muestra el promedio de años de retraso de los últimos datos disponibles en el plano internacional sobre tres 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 1999.

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

### Promedio de años de retraso sobre los tres indicadores sociales

#### ÁFRICA AL SUR DEL SAHARA

Camerún	1,7	Mauritania	3,3	Namibia	6,0
Kenya	1,7	Eritrea	3,7	Nigeria	6,3
Níger	1,7	Congo, Rep. Dem.	4,0	Sudáfrica	6,3
Mozambique	2,0	Gambia	4,0	Etiopía	6,7
Togo	2,0	Uganda	4,0	Lesotho	6,7
Mauricio	2,3	Malawi	4,3	Liberia	10,0
Zimbabwe	2,3	Rep. Centroafricana	4,3	Gabón	10,3
Chad	2,7	Rwanda	4,3	Angola	11,0
Madagascar	2,7	Botswana	5,0	Guinea-Bissau	11,0
Senegal	3,0	Côte d'Ivoire	5,0	Sierra Leona	13,0
Tanzania	3,0	Burkina Faso	5,3	Congo	14,0
Zambia	3,0	Guinea	5,3	Somalia	14,7
Benin	3,3	Burundi	5,7		
Malí	3,3	Ghana	5,7		

#### ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA SEPTENTRIONAL

Iraq	2,0	Em. Árabes Unidos	3,7	Irán	5,0
Argelia	2,3	Omán	4,0	Sudán	5,0
Jordania	2,7	Libia	4,3	Libano	5,3
Yemen	2,7	Túnez	4,3	Siria	5,3
Egipto	3,0	Turquía	4,3	Kuwait	6,7
Arabia Saudita	3,3	Marruecos	4,7	Israel	10,3

#### ASIA CENTRAL

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

#### ASIA ORIENTAL, MERIDIONAL Y PACÍFICO

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

#### AMÉRICAS

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

#### EUROPA

Bulgaria	1,0*	Suiza	2,0*	España	3,5*
Polonia	1,0*	Alemania	2,5*	Estonia	3,5*
Austria	1,5*	Bélgica	2,5*	Bosnia y Herzegovina	4,0*
Portugal	1,5*	Dinamarca	2,5*	Rep. Checa	4,3
Croacia	2,0	ERYD Macedonia	2,5*	Yugoslavia	4,7
Finlandia	2,0*	Italia	2,5*	Hungría	5,3
Francia	2,0*	Noruega	2,5*	Albania	6,0*
Grecia	2,0*	Suecia	2,5*	Eslovaquia	8,0*
Irlanda	2,0*	Eslovenia	3,0*	Lituania	8,5*
Letonia	2,0*	Fed. de Rusia	3,3	Ucrania	8,5*
Países Bajos	2,0*	Rumania	3,3	Moldova, Rep.	9,0*
Reino Unido	2,0*	Belarús	3,5*		

\* 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
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPEP	Organización de Países Exportadores de Petróleo
PIB	Producto Interno Bruto
PNB	Producto Nacional Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TOD	Estrategia de tratamiento bajo observación directa
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

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

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

