



# INDICE



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

# PROLOGO

# Nosotros *los niños y la*



UN/DPI/Grant © United Nations

La búsqueda del bienestar de nuestros niños y niñas ha sido siempre uno de los anhelos más universales de la humanidad.

El período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la infancia, al que se dirige este informe, es una oportunidad histórica para que los dirigentes del planeta renueven su compromiso de establecer un mundo más justo para los niños. Asimismo, el período extraordinario sucede de manera natural a la Cumbre del Milenio, donde estos dirigentes prometieron reducir a la mitad la proporción de personas que viven en extrema pobreza, reducir la mortalidad infantil y materna, proporcionar a todos agua potable y educación básica, poner coto a la propagación del VIH/SIDA y alcanzar muchas otras metas

en materia de desarrollo que son fundamentales para el futuro de nuestros niños y niñas.

A veces se dice de las conferencias de las Naciones Unidas que sus metas siempre se establecen pero nunca se cumplen. El presente informe desmiente tal afirmación. Demuestra con hechos y cifras que la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990, en su momento la reunión de dirigentes mundiales más concurrida de la historia, recibió un seguimiento sistemático efectivo y una rigurosa supervisión y permitió que se alcanzaran muchos objetivos admirables. Igual de importante es que consiguiera aglutinar un compromiso político en torno a la Convención sobre los Derechos del Niño, que actualmente es el instrumento de derechos humanos más ampliamente ratificado a escala mundial. El que no se alcanzaran plenamente todas las metas y los objetivos de la Cumbre Mundial debe servir de acicate para generar un mayor apoyo político, un incremento de los recursos y una movilización social más dinámica.

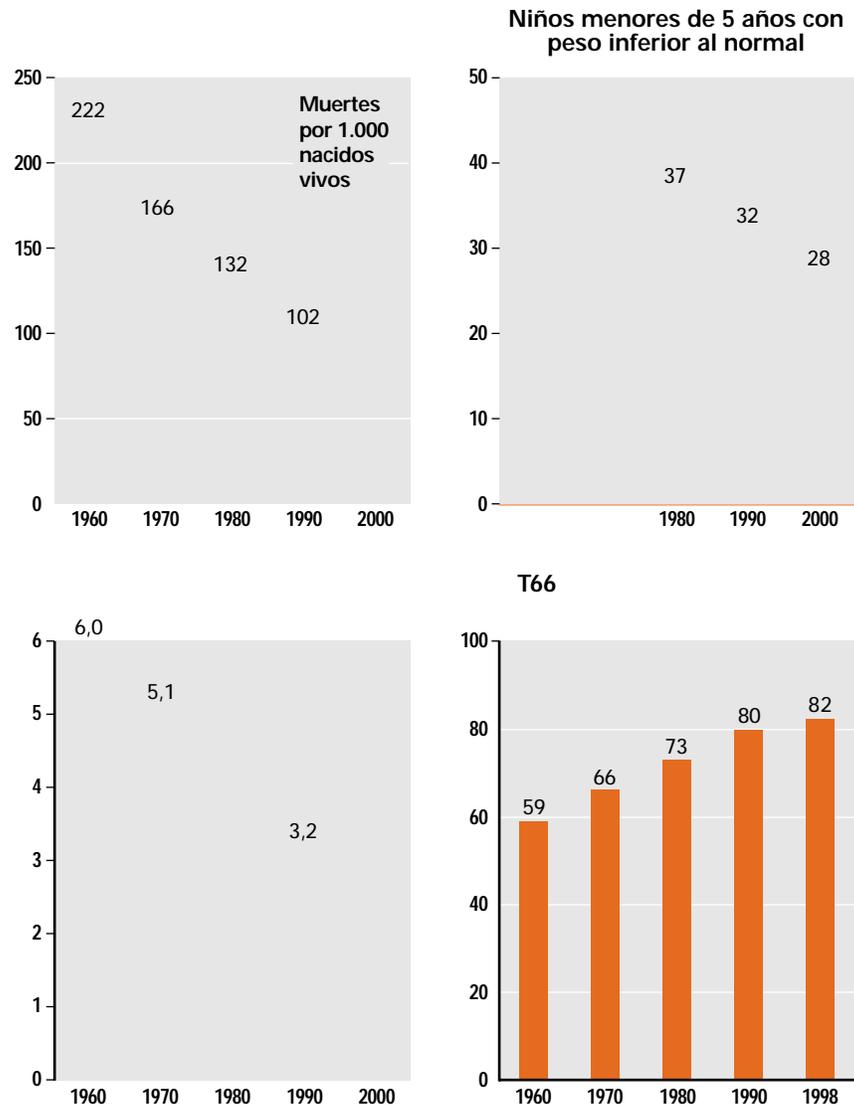
No hay tarea más importante que construir un mundo en el que todos nuestros niños puedan crecer y plasmar por completo su potencial en condiciones de salud, paz y dignidad. Recomiendo este informe a todos los participantes en la Sesión Especial en favor de la Infancia





Los dirigentes aprobaron un Plan de Acción para la aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño compuesto por 27 metas concretas relacionadas con la supervivencia, la salud, la nutrición, la educación y la protección de la infancia. Estas metas representaban la expresión más clara y más práctica de buena parte de los temas de la Convención sobre los Derechos del Niño. Este programa de trabajo, ambicioso y al mismo tiempo viable, debía ejecutarse en el año 2000 mediante una serie de actividades en las esferas nacional e internacional, como por ejemplo formular planes de acción nacionales y subnacionales; reevaluar los programas, políticas y presupuestos nacionales e internacionales vigentes a fin de examinar la forma en que se pueden modificar sus contenidos para dar una mayor prioridad a la infancia; alentar a las familias, las comunidades, las instituciones sociales y religiosas, las empresas y los medios de difusión para que apoyen las metas de la Cumbre; establecer mecanismos para facilitar la recopilación y la publicación sistemática de información sobre la infancia; y posibilitar que los gobiernos, las empresas y las instituciones académicas logren avances tecnológicos sin precedentes, una

Por tanto, actualmente mueren 3 millones menos de niños de 5 años que al comienzo del decenio de 1990;



Fuentes: UNICEF, Subcomité de Nutrición del CAC, División de Población de las Naciones Unidas y UNESCO, 1998 y 2000.

## Compromisos incumplidos

No obstante, a pesar de los millones de vidas jóvenes que se han salvado y mejorado, muchos de los objetivos de supervivencia y desarrollo establecidos en la Cumbre aún no se han cumplido. Todavía mueren todos los años casi 11 millones de niños antes de cumplir cinco años, a menudo por causas que podrían impedirse fácilmente. Se estima que 150 millones de niños sufren malnutrición. Todavía no acuden a la escuela casi 120 millones, de los cuales el 53% son niñas. Esta escala desmesurada de sufrimiento humano empujea los avances del decenio pasado y pone de relieve la necesidad urgente de lograr progresos de considerable importancia.

Por desgracia, los obstáculos para el logro de esas promesas se han hecho más difíciles de superar que en 1990. La Cumbre se celebró al final de la guerra fría, cuando aún se esperaba que los recursos dilapidados hasta entonces en gastos militares se emplearían en el desarrollo. Pero el dividendo de la paz no se ha materializado y el decenio de 1990 estuvo precisamente marcado por una explosión sin precedentes de conflictos étnicos y guerras de diversa índole.

Además, la pandemia del VIH/SIDA ha alcanzado proporciones catastróficas en varias partes del mundo, lo cual ha dado al traste con decenios de logros en materia de supervivencia y desarrollo

infantil, especialmente en el África subsahariana. La enfermedad deja huérfanos a millones de niños y causa la muerte a maestros, trabajadores del sector de la salud y otros profesionales que mantienen y hacen funcionar la infraestructura vital de la sociedad.

Y la pobreza crónica sigue siendo el principal obstáculo para satisfacer las necesidades y hacer cumplir los derechos de la niñez. La mitad de la humanidad sufre una pobreza desesperada y 3.000 millones de personas subsisten con 2 dólares al día o menos, mientras que unos 1.200 millones –la mitad niños– viven en una pobreza absoluta, esforzándose por sobrevivir con 1 dólar al día. En un momento de prosperidad mundial sin precedentes, la persistencia de esta pobreza es inexcusable. La humanidad tiene más recursos a su disposición que nunca: materiales, tecnológicos e intelectuales. Y, sin embargo, la brecha existente entre los ricos y los pobres sigue ampliándose. Entre 1960 y 1995, la disparidad de ingreso per cápita entre los países industrializados y los países en desarrollo ha experimentado un aumento de más del triple.

Sin embargo, incluso a pesar de estos obstáculos extraordinarios, hay bases para mostrar un prudente optimismo. Por varias razones, el mundo se encuentra hoy en un momento oportuno para alcanzar los restantes objetivos de la Cumbre y para movilizar una alianza mundial que logre un alcance decisivo en el desarrollo humano basado en acciones concretas para la niñez.

## Mantener las promesas del futuro

La experiencia obtenida en el decenio de 1990 en el cumplimiento de los objetivos de la Cumbre Mundial y la aplicación práctica de la Convención sobre los Derechos del Niño ha generado muchas experiencias útiles para el futuro. Ahora sabemos bastante más acerca de lo que hay que hacer para garantizar los derechos y el bienestar de la infancia. Sabemos que es posible dar un salto considerable en el desarrollo humano si aseguramos que cada niño goce de las mejores condiciones posibles en sus primeros años, que cada niño reciba una educación básica de calidad y que los adolescentes tengan todo tipo de oportunidades para desarrollar su capacidad y hacer una aportación significativa a la sociedad.

Sabemos también que el mundo no ha conseguido alcanzar la mayoría de los objetivos de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, no porque fueran demasiado ambiciosos o poco asequibles, ni tampoco porque fueran técnicamente inalcanzables. No lo conseguimos porque no se realizaron las inversiones necesarias. Con apoyo limitado, hasta los países más pobres pueden conseguir la financiación de los servicios sociales básicos. Pero, con unas pocas excepciones honrosas, los países en desarrollo dedicaron tan sólo entre el 12% y el 14% de sus presupuestos nacionales a servicios sociales básicos durante todo el decenio de 1990, mientras que los donantes les asignaron tan sólo entre el 10% y el 11% de sus presupuestos de asistencia, que además sufrieron reducciones sin precedentes. Esas cifras quedan muy por debajo del mínimo necesario para satisfacer las necesidades más acuciantes de la niñez en sectores como el de la atención primaria de la salud, la nutrición, la educación básica, el agua potable y el saneamiento adecuado. La Iniciativa 20/20, respaldada en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social en 1995, se basa en la premisa de que, en promedio, el 20% del presupuesto nacional de los países en desarrollo y el 20% de la asistencia oficial para el desarrollo –si se utilizan eficazmente– bastarían para lograr el acceso universal a los servicios sociales básicos.

En comparación con lo que el mundo gasta en armamentos o en artículos de consumo de lujo, los recursos necesarios para atender las necesidades básicas de la niñez son modestos. Las Naciones Unidas y el Banco Mundial estimaron que si se invirtieran unos 70.000 a 80.000 millones de dólares adicionales al año (en dólares de 1995), una cifra asequible, se podría lograr el acceso universal a la salud, la educación y el agua y saneamiento. Pero, en promedio, los países en desarrollo gastan más en defensa que en educación básica o atención básica de la salud. Los países industrializados gastan unas 10 veces más en defensa que en asistencia internacional para el desarrollo.

Por tanto, el obstáculo principal no es, por lo general, una escasez de recursos sino la combinación de una asignación equivocada de prioridades, falta de visión y la escasa dedicación de los dirigentes. Por

- + Después de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, más sólidas alianzas internacionales y eficaces acciones contra las principales enfermedades de la infancia
- pero devastación sin par causada por el VIH/SIDA, especialmente en el África subsahariana.
- + Algunos adelantos para la mujer, incluido un mayor reconocimiento jurídico de sus derechos en muchos países
- pero una inequidad en la situación de la mujer y una discriminación por motivos de género constantes.
- + Creciente reconocimiento de los derechos del niño y mayor atención a la conculcación de esos derechos
- pero proliferación de conflictos armados que matan y lesionan a enormes cantidades de menores, persistencia de otras formas de violencia contra la niñez y continua explotación generalizada de sus cuerpos y su trabajo.
- + Algunos adelantos en la reducción de la carga de la deuda que agobia a los países pobres, los cuales pueden liberar algunos recursos para efectuar inversiones en la niñez
- pero grave declinación en la asistencia internacional para el desarrollo y persistente postergación de los servicios básicos al asignar el gasto público y también la asistencia para el desarrollo.
- + Nuevas oportunidades de participación popular creadas por la mayor vigencia de la gobernabilidad democrática y la mayor descentralización, y mayor papel en el desarrollo ejercido por las entidades de la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado
- pero persistencia de un deficiente ordenamiento del medio ambiente, con lo cual va en aumento el número de niños que corren riesgo de contagiarse con enfermedades y ser víctimas de desastres naturales.

## Prosperidad mundial – pero los pobres quedan rezagados

En el decenio de 1990 hubo una espectacular expansión de la economía mundial, a medida que fueron cobrando impulso las innovaciones tecnológicas y el dismantelamiento de las barreras al intercambio comercial, proceso conocido como “mundialización”. Pero los enormes beneficios y oportunidades suscitados por la mundialización favorecieron, en su mayor parte, a los países ricos, o a personas que ya estaban en posición económica desahogada en unos pocos países en desarrollo. Siguió ampliándose la distancia que separa a los países ricos de los pobres. En 1990, el ingreso anual per cápita en países de altos ingresos era 56 veces superior al de los países de bajos ingresos; en 1999, la proporción era 63 veces mayor.

Durante el decenio de 1990, los ingresos medios aumentaron en América Latina, el Caribe, el Oriente Medio y el África septentrional. Las economías de los países del Asia oriental crecieron rápidamente hasta que estalló la crisis financiera de 1997-1998; algunos países de la región se han recuperado rápidamente después de ese revés. En varios países del Asia meridional, el crecimiento fue muy pequeño –y las condiciones políticas muy inestables– para poder reducir sustancialmente la pobreza; en la India, el deterioro de las relaciones de desigualdad contrarrestó las oportunidades ofrecidas por el rápido crecimiento económico. En los Estados del Asia central y Europa oriental que otrora habían sido parte del bloque soviético, durante ese decenio hubo una desgarrante transición desde la planificación centralizada hacia las economías orientadas al mercado: aumentaron el desempleo y las distorsiones sociales y, al mismo tiempo, disminuyeron pronunciadamente los gastos sociales y las medidas mínimas de seguridad social. La mundialización dejó casi totalmente de lado a los países del África subsahariana: muy pocos entre ellos tuvieron algún aumento en el ingreso per cápita y, en muchos casos, los ingresos, que ya eran mínimos, disminuyeron aún más.

Eso no fue todo: pese a la creciente preocupación internacional con respecto a la pobreza, el número de personas de países en desarrollo que luchaban a brazo partido en el decenio de 1990 por sobrevivir



## LA INFANCIA DE AFRICA Y EL FUTURO DE TODOS

Hace 10 años las necesidades más apremiantes eran las de los niños y las niñas de África y, en particular,

durante el decenio se ha ido reduciendo sustancialmente la discrepancia de género, particularmente en el Oriente Medio, el África septentrional y el Asia meridional.

Pero, en general, en materia de igualdad de género se logró avanzar menos que en la mayoría de las demás esferas de desarrollo social. Sigue proliferando la discriminación. Las mujeres que tienen un empleo en el sector estructurado de la economía, por ejemplo, suelen recibir salarios inferiores a los de sus homólogos masculinos, obtener escaso apoyo para el cuidado de sus hijos y tener mucho menos acceso a los recursos de producción. Asimismo, las mujeres han soportado una parte desproporcionada de los costos de las crisis económicas y las conmociones del decenio de 1990, particularmente allí donde eran débiles las medidas de seguridad social o estaban ausentes.

En las regiones más pobres del mundo siguen perdiendo la vida en el parto cantidades inadmisiblemente altas de mujeres; a lo largo del decenio no se ha reducido sustancialmente la tasa de defunción derivada de la maternidad, y mucho menos se ha reducido a la mitad, como se había estipulado en la

año están totalmente vacunados contra la difteria, la tos ferina y el tétanos. Pese a los progresos logrados en unos pocos países, el número total de niños malnutridos ha aumentado, y todos los años hay más de tres millones de niños con bajo peso al nacer. Si bien se han registrado modestas victorias para ampliar el acceso a fuentes de abastecimiento de agua de mejor calidad, las familias del África subsahariana son las que tienen peor acceso al agua potable. Solamente apenas más de la mitad tiene acceso al saneamiento, mientras que las deficiencias de los sistemas públicos de salud se ponen de manifiesto en la reaparición de enfermedades especialmente mortíferas para la niñez como el paludismo y el cólera.

Esta región registra la tasa más elevada de mortalidad materna, y las mujeres del África subsahariana tienen a lo largo de su vida una probabilidad de 13 de morir durante el embarazo y el parto. Entre los factores que contribuyen a ello figuran la persistencia de una discriminación sistemática basada en el género, junto con la pobreza y la falta de inversiones en servicios esenciales de obstetricia.

La tasa neta de matrícula en la escuela primaria aumentó del 50% en 1990 al 60% en 1999, pero sigue siendo la más baja de cualquier región. En el África subsahariana se encuentra casi la tercera parte de los niños sin escolarizar del mundo, que están expuestos (cada vez más, por lo que parece) a todas las formas de explotación y de abuso. En general, no se ha hecho ningún progreso para salvar las diferencias entre niños y niñas en cuanto a educación.

Pueden observarse ciertos éxitos notables en esferas como la de la sal yodada y la lucha contra la poliomielitis y la enfermedad del gusano de Guinea, que se han logrado gracias a un firme liderazgo político. La difusión gradual de la democracia, la descentralización y las tecnologías de la información han contribuido a ampliar la participación en el desarrollo y han permitido la aparición de una sociedad civil vibrante. Las reformas de los sistemas de salud y educación en países como Etiopía, Ghana, Malí y Zambia y las iniciativas para ampliar el acceso a la educación primaria en Malawi y Uganda encierran la promesa de que mejoren la atención de la salud y los logros educativos. Los esfuerzos decididos por superar la herencia del apartheid en Namibia y en Sudáfrica y para reconstruir las infraestructuras y los servicios básicos en Mozambique se han ganado la atención del mundo. Las importantes iniciativas para crear conciencia sobre el VIH/SIDA que se han emprendido en el Senegal y en Uganda están siendo imitadas en otros lugares.

Hay esperanzas para la niñez de África y el mundo debe responder al llamamiento hecho en la Declaración del Milenio y conceder prioridad a la niñez de África. Esto supone invertir la tendencia a la disminución de la asistencia oficial para el desarrollo, concentrar más claramente dicha asistencia en los servicios sociales básicos, otorgar a los productos africanos un acceso más amplio a los mercados y conceder un mayor alivio de la deuda. Como se señaló en el informe sobre el milenio, en ninguna parte del mundo es mayor que en el África subsahariana la necesidad de que el mundo entero se comprometa a luchar contra la pobreza, porque en ninguna otra región del mundo son mayores los sufrimientos humanos. Por supuesto, todo esto no bastará sin una clara iniciativa tomada desde el propio continente: para ampliar las reformas necesarias y exigir que los gobiernos rindan cuentas, para superar las disparidades, para combatir el paludismo y el VIH/SIDA, para que se preste una decidida atención a la igualdad entre los géneros, para lograr que los conflictos armados en África sean una cosa del pasado y para dedicar recursos y energía al cumplimiento de los derechos de la infancia de África, que es nuestro porvenir común.



Cada año, más de 10.000 niños mueren o quedan discapacitados debido a las minas terrestres y en al menos 68 países los niños viven a diario con el temor de esas armas. En el último decenio el comercio de armas y de drogas ilícitas –que asciende, respectivamente, a unos 800.000 millones y 400.000 millones de dólares anuales– ha florecido, contribuyendo a la proliferación de los conflictos y la violencia. El desarrollo de armas livianas y poco costosas ha facilitado aún más la utilización de los niños como soldados y su explotación en el tráfico de armas y drogas. El memorable informe de Graça Machel sobre las “Repercusiones de los conflictos armados sobre los niños”, presentado a la Asamblea General en 1996, determina las múltiples maneras en que se conculcan los derechos del niño en los conflictos armados.

Por otra parte, los países asolados por conflictos son en cierto sentido comparables al vértice del iceberg: en todos los países del mundo los niños sufren abuso, descuido y explotación en una escala que no se reconocía hasta hace poco. El abuso sexual, por ejemplo, es un problema que ha quedado oculto en todas las sociedades y que sólo ahora se saca a relucir, por diversas razones, una de las cuales es que los testimonios de los niños finalmente se están tomando más en serio. Los abusos también se infligen con fines de ganancia comercial y la trata de niños para su explotación sexual ha llegado a niveles alarmantes. La prostitución comercial y la esclavitud infantil a menudo se enmascaran en forma de trabajo doméstico en el hogar. Según se estima, actualmente hay 30 millones de niños que son víctimas de tratantes, hasta el momento en condiciones mayormente de impunidad.

Las principales causas de muerte en la adolescencia son los accidentes, la violencia y el suicidio, que a menudo van acompañados de consumo excesivo de alcohol y toxicomanías, a consecuencia de la alienación, la exclusión social y la desintegración de la familia, así como la insuficiencia de los mecanismos de protección social. Esos hechos son parte de otras infracciones de mayor entidad que esclavizan y aplastan a los jóvenes, inclusive el comercio y la venta de estupefacientes ilegales y peligrosos y la promoción del consumo de tabaco.

Hay unos 250 millones de niños de cinco a 14 años de edad que trabajan y, según estimaciones de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), entre 50 y 60 millones lo hacen en condiciones intolerables. Es probable que esos niños, que trabajan en hogares, plantaciones y fábricas, estén privados de todo contacto con sus familias, no hayan sido registrados al nacer, no reciban educación y vivan en las calles.

## Mayor mitigación de la deuda – pero la asistencia se extingue

Durante muchos años, ha quedado claro que la enorme carga de la deuda que soportan los países en desarrollo es un obstáculo de gran entidad que se opone al desarrollo humano, en especial a las inversiones en el bienestar del niño. Los países de bajos ingresos suelen gastar más –en algunos casos, de 3 a 5 veces más– en el servicio de la deuda externa que en los servicios sociales básicos. Hacia fines del decenio de 1990, los 41 países pobres muy endeudados tenían una deuda externa de unos 205.000 millones de dólares, importe equivalente al 130% del producto nacional bruto (PNB) combinado de todos ellos. Debido en parte a esta enorme carga del servicio de la deuda, esos países, en su mayoría, no efectuaron inversiones suficientes en servicios sociales básicos, con lo cual les fue imposible alcanzar mucho



donantes alcanzaron sostenidamente a lo largo del decenio de 1990 la meta del 0,7% del PNB en la asistencia internacional: Dinamarca, Noruega, los Países Bajos y Suecia. A lo largo del decenio, los

nuevas redes de grupos comunitarios que trabajan localmente en beneficio de la niñez. Muchas organizaciones no gubernamentales internacionales han complementado las acciones de los gobiernos y la sociedad civil en pro del desarrollo y han apoyado la creciente participación de organizaciones nacionales y locales en el debate sobre las políticas económicas y las acciones a fin de reducir la pobreza. Varias empresas también han respondido al llamamiento de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, incluidas las participantes en el Pacto Mundial promovido por el Secretario General de las Naciones Unidas. No obstante, para que la comunidad de países dé cumplimiento a la promesa formulada hace un decenio de proporcionar a cada niño un futuro mejor, es menester que los gobiernos, las organizaciones multinacionales y las entidades de la sociedad civil, incluidas las del sector privado, se congreguen en pro de esa causa común como nunca lo han hecho antes.

## ACCIÓN DEL SECTOR PRIVADO EN PRO DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

La participación de las entidades privadas y la sociedad civil en la lucha por los derechos y el desarrollo del niño durante el decenio de 1990 encuentra un buen ejemplo a escala nacional en las contribuciones del Comité para el Fomento Rural de Bangladesh (BRAC) y el Banco Grameen de este país para proporcionar educación básica, promover el adelanto de la mujer y proporcionar medios de vida a la familia. Esa participación del sector privado y la sociedad civil se ha puesto de manifiesto a escala regional en la labor de la Fundación Aga Khan en cuanto a la educación preescolar y el fomento de la capacidad en algunas de las regiones más pobres del mundo; y es evidente a escala internacional en el papel que han desempeñado Rotary International en la campaña mundial contra la poliomielitis, los clubes de servicio de Kiwanis en la lucha contra los trastornos por carencia de yodo y Lions Club International y Merck and Company en la lucha contra la ceguera fluvial; así como en la participación de la Fundación Bill y Melinda Gates, la Federación Internacional de Asociaciones de Empresas Farmacéuticas y la Fundación Rockefeller en la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI); y en el apoyo prestado por Ted Turner a las Naciones Unidas en su lucha contra la pobreza y en pro de los derechos humanos.

La Sesión Especial de este año ha incrementado esta labor de movilización. El UNICEF, junto al BRAC, Netaid.org Foundation, Plan International, Save the Children y World Vision International han organizado un Movimiento Mundial en favor de la Infancia, al que se han unido ya miles de organizaciones de todo el mundo. Una de las iniciativas más importantes del Movimiento es la campaña "Decir que sí por los niños," que pide rendición de cuentas y acción a los dirigentes de todos los niveles de la sociedad –público y privado, jóvenes y adultos por igual– para cambiar el mundo *con* los niños a fin de lograr un mundo *para* los niños. Tratará también de atraer nuevos grupos a la causa de la infancia, como sindicatos, organizaciones religiosas y juveniles, organismos locales, organizaciones políticas, organizaciones de mujeres y diversas fundaciones. También espera conseguir la participación de empresarios y grupos del sector privado para llevar a cabo actividades encaminadas a establecer prácticas que tengan sistemáticamente en cuenta a la niñez.

Pero si bien durante el decenio se puso de manifiesto la creciente disposición de los gobiernos, las organizaciones internacionales, las entidades de la sociedad civil y las empresas a colaborar para alcanzar metas comunes, también se puso de manifiesto que ese compromiso compartido aún no se lleva a la práctica con la seriedad y la urgencia suficientes para la preservación de nuestro medio ambiente mundial. La Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (CNUMAD), celebrada en 1992, renovó la concienciación acerca de las tendencias y los peligros del medio ambiente, en especial mediante la aplicación del concepto de los "bienes comunes mundiales", destacando las especiales amenazas contra la niñez, los adolescentes y las embarazadas dimanadas de la contaminación del medio ambiente.

No obstante, a lo largo del decenio ha continuado la degradación del medio ambiente y pocos gobiernos han dado pruebas de un compromiso real para abordar las causas profundas y subsanar sus efectos. Esa degradación ha sido impulsada por el rápido crecimiento de las ciudades, sumado a

la deficiente conducción de la urbanización, la industrialización no reglamentada, el despilfarro en las pautas de consumo, la postergación de la pobreza urbana y los efectos del desplazamiento de las poblaciones. La salud y la vida de muchos millones de niños están amenazadas a diario debido a que muchos sistemas de abastecimiento de agua potable y eliminación de aguas servidas están averiados, descuidados o son inexis-



# SEGUNDA PARTE

## Salud, nutrición, agua y saneamiento

La Cumbre Mundial en favor de la Infancia de 1990 consideró “un deber primordial el mejoramiento de la salud y la nutrición de los niños y las niñas”. Por consiguiente, cuatro de las siete principales metas aprobadas por la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se referían a las esferas estrechamente relacionadas de la salud, la nutrición, el agua y el saneamiento, así como 20 de los objetivos de apoyo.

Este enfoque general reflejaba la conclusión a la que se llegó durante la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en 1978 en Alma Ata (Kazajstán), en el sentido de que muchos de los elementos que determinan la salud del individuo quedan fuera del sector de la salud. Esta conclusión contribuyó a favorecer las intervenciones preventivas en lugar de las curativas y a reducir los tratamientos en hospitales para hacer un mayor hincapié en la atención comunitaria y la salud pública. Durante el decenio de 1980, los esfuerzos realizados en cuanto al agua y al saneamiento, la nutrición y la seguridad alimentaria, la educación, el desarrollo en la primera infancia y los niños en circunstancias especialmente difíciles se basaron en este nuevo enfoque.

El decenio que siguió a la Cumbre Mundial permitió comprender mejor estas conclusiones, sobre todo la relación mutua entre la salud y la pobreza; de la misma forma que los bajos ingresos son un factor que contribuye a la mala salud y a la malnutrición, la mala salud y la malnutrición son factores básicos de la persistencia de la pobreza. Sin embargo, muchos países en desarrollo y países que efectúan su transición de economías de planificación centralizada a economías de mercado tuvieron grandes dificultades para adoptar medidas sobre la base de esos principios. En su mayor parte no consiguieron concentrar sus programas y recursos en los niños y las familias más desfavorecidos ni alteraron sus políticas para aprovechar la experiencia de decenios anteriores.

En los balances correspondientes a las siguientes secciones se resumen los logros y las cuestiones pendientes del decenio de 1990.

## BALANCE DE LA SALUD INFANTIL Menos del 50% de los niños

| OBJETIVO  | LOGROS   | CUESTIONES PENDIENTES  |
|---|--|--|
| <b>Mortalidad de niños menores de 1 año y menores de 5 años:</b> <i>reducción en una tercera parte de la tasa de mortalidad de niños menores de 1 año y de niños menores de 5 años</i>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Más de 60 países alcanzaron el objetivo en relación con los niños menores de 5 años.</li> <li>La mortalidad de niños menores de 5 años se redujo a nivel mundial en un 11%.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Las tasas de mortalidad de niños menores de 5 años aumentaron en 14 países (nueve de ellos del África subsahariana) y no experimentaron cambios en otros 11 países.</li> <li>Siguen existiendo graves disparidades en cuanto a la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años dentro de los países, por nivel de ingresos, entre zonas urbanas y rurales y en los grupos minoritarios.</li> </ul> |
| <b>Poliomielitis:</b> <i>erradicación en todo el mundo para el año 2000</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>La poliomielitis ha quedado erradicada en más de 175 países.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>La poliomielitis sigue siendo endémica en 20 países.</li> </ul>   |
| <b>Inmunización rutinaria:</b> <i>mantenimiento de un alto nivel de cobertura de la inmunización</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Mantenimiento de la cobertura rutinaria de inmunización al 75% (tres dosis de vacuna combinada contra la difteria, la tos ferina y el tétanos) (DPT3).</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Menos del 50% de los niños menores de 1 año del África subsahariana están vacunados contra la difteria, la tos ferina y el tétanos.</li> </ul>  |
| <b>Sarampión:</b> <i>reducción del 95% de las defunciones por sarampión y reducción del 90% de los casos de sarampión para 1995 como paso importante para erradicar a largo plazo el sarampión en todo el mundo</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>La incidencia del sarampión comunicada en todo el mundo se ha reducido en casi el 40% entre 1990 y 1999.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>En más de 14 países la cobertura de la vacunación contra el sarampión es inferior al 50%.</li> </ul>  |
| <b>Tétanos neonatal:</b> <i>eliminación para 1995</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>104 de 161 países en desarrollo han logrado el objetivo.</li> <li>Las muertes causadas por tétanos neonatal disminuyeron en un 50% entre 1990 y 2000.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>El 90% de los casos restantes de tétanos neonatal se presentan en 27 países (18 de ellos en África).</li> </ul>   |
| <b>Defunciones como consecuencia de la diarrea:</b> <i>reducción del 50%</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Este objetivo se alcanzó en todo el mundo, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS).</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>La diarrea sigue siendo una de las principales causas de mortalidad entre los niños.</li> </ul>   |
| <b>Infecciones respiratorias agudas:</b> <i>reducción de la tercera parte de las defunciones a raíz de infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>El tratamiento de los casos de infecciones respiratorias agudas ha mejorado a nivel de los centros de salud.</li> <li>Se ha determinado la eficacia de las vacunas contra las bacterias <i>haemophilus influenzae</i> de tipo B y <i>pneumococcus</i>.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Las infecciones respiratorias agudas siguen siendo una de las principales causas de mortalidad entre los niños.</li> <li>Los programas verticales y orientados exclusivamente a las infecciones respiratorias agudas parecen haber tenido pocos efectos a nivel mundial.</li> </ul>   |

## MORTALIDAD DE RECIEN NACIDOS Y DE MENORES DE 5 AÑOS

El primer objetivo de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia fue *reducir, entre 1990 y el año 2000, una tercera parte de la tasa de mortalidad de niños menores de 1 año y menores de 5 años o hasta 50 y 70 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, si ello representa una tasa de mortalidad menor*. En todo el mundo, la mortalidad de niños menores de 5 años (TMM5) sólo se redujo en un 11% en ese período. Sin embargo, más de 60 países lograron el objetivo de la reducción de un tercio. Entre ellos figuran la mayoría de los países de la Unión Europea y África septentrional, así como muchos de Asia oriental, Oceanía, América del Norte y del Sur y el Oriente Medio.

Es cierto que las tasas mundiales de mortalidad de niños menores de 1 año y menores de 5 años han disminuido sistemáticamente en los últimos 50 años y que la mayoría de los países que lograron el objetivo gozaron de prosperidad económica durante buena parte del decenio de 1990. Sorprendentemente, sin embargo, algunos países ricos no lograron el objetivo, mientras que sí lo hicieron algunos países muy pobres. Los países que consiguieron estos logros pusieron en práctica políticas y programas específicos en favor de la niñez. En algunos casos, por desgracia, estos éxitos alcanzados con tanto esfuerzo se vieron superados después por la guerra, la crisis económica, los desastres naturales y, en particular, las repercusiones devastadoras del VIH/SIDA en el África subsahariana.

A escala mundial, el promedio de las tasas de mortalidad infantil sigue siendo excesivamente elevado. Más de las dos terceras partes de los niños que mueren anualmente son recién nacidos. Sus muertes tienen las mismas causas que las de sus madres, como por ejemplo la mala salud de las madres y la falta de atención suficiente durante el embarazo, el trabajo de parto y el parto. Pero los recién nacidos corren otros riesgos, entre ellos la falta de atención esencial, las infecciones, daños sufridos durante el nacimiento, la asfixia y problemas relacionados con nacimientos prematuros. Las intervenciones de salud en gran escala, como la inmunización y la utilización de la terapia de rehidratación oral para el tratamiento de la diarrea, suelen salvar las vidas de los niños de 1 a 4 años de edad más que las de los niños que se encuentran en su primer año de vida.

Las cifras nacionales de mortalidad infantil ocultan grandes disparidades. Las tasas de mortalidad son más altas entre los niños más pobres que entre los más ricos. Los hijos de las personas excluidas o desfavorecidas –ya sea por su origen étnico o por otros factores– son también bastante más vulnerables. Sucede también que durante el decenio aumentaron las disparidades entre zonas urbanas y rurales por lo que se refiere a las tasas de mortalidad infantil.

## POLIOMIELITIS

Se han hecho progresos extraordinarios en la erradicación de la poliomielitis. Más de 175 países ya están libres de esta enfermedad. En 2000, se comunicaron menos de 3.000 casos de poliomielitis, lo que constituye una enorme disminución con respecto a la estimación de 350.000 casos en 1988. A finales de 2000, la poliomielitis sólo era endémica en 20 países, en tanto que en 1988 lo era en 125 países.

Este logro es el resultado de una notable colaboración mundial dirigida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el UNICEF, los centros de control de enfermedades de los Estados Unidos (CDC) y Rotary International, con la participación de gobiernos, la industria farmacéutica y la movilización de todos los sectores de la sociedad. Influyó decisivamente en este importantísimo avance el compromiso de los dirigentes nacionales con la erradicación de la poliomielitis, así como la aportación de recursos financieros y humanos para celebrar días nacionales de inmunización, realizar actividades de vacunación de barrido y asegurar la prevención de posibles casos de poliomielitis.

En países afectados por guerras civiles, se han alcanzado acuerdos de cesación del fuego y ‘días de tranquilidad’ para celebrar días nacionales de inmunización. En algunos de los países de mayor extensión, en los que la poliomielitis tiene su reducto, los días nacionales de inmunización han constituido una ocasión de movilización masiva tanto en el ámbito nacional como a través de las fronteras. Estas actividades son un magnífico ejemplo de la eficacia de la cooperación internacional.

Después del año 2000, es probable que el virus de la poliomielitis se siga propagando en 20 países, si



el Banco Mundial, la OMS, gobiernos nacionales, la Fundación Rockefeller y representantes de la industria farmacéutica – se comprometieron a contribuir a mantener la inmunización y prestar apoyo a los países en la tarea de introducir vacunas nuevas e infrautilizadas.

En aplicación de los programas nacionales de vacunación, las mujeres, las niñas y los niños reciben al año 1.000 millones de inyecciones aproximadamente. Diversos estudios del UNICEF y la OMS han revelado la existencia de la costumbre inquietante y peligrosa de poner inyecciones que pueden poner en peligro la vida de los niños, las mujeres y los trabajadores sanitarios. La OMS, el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja han aprobado ahora una directriz mundial sobre seguridad de las inyecciones para abordar los riesgos, en la que piden que se utilicen jeringas desechables en todas las vacunaciones para finales de 2003. Las jeringas desechables poseen un mecanismo de seguridad que evita su reutilización.

### SARAMPION

La incidencia de la enfermedad reflejada en los informes anuales se redujo casi el 40% entre 1990 y 1999 debido al uso generalizado de la vacuna contra el sarampión en los sistemas de salud pública. No obstante, incluso esta reducción dista de ser suficiente. El sarampión sigue siendo aún la causa principal de mortalidad infantil entre las enfermedades que se pueden evitar con la vacunación. Por tratarse de una enfermedad tan contagiosa, es necesario que los niveles de vacunación contra el sarampión sean superiores al 90% para frenar la transmisión del virus. Con todo, los datos correspondientes a 1999 indicaron que la vacunación contra el sarampión era inferior al 50% en más de 14 países. Incluso a pesar de que la enfermedad no provoca la muerte, puede causar ceguera, malnutrición, sordera y neumonía. Un complemento de vitamina A en dosis altas protege al niño de algunas de las consecuencias más graves del sarampión.

### TETANOS NEONATAL

A lo largo del decenio se han logrado progresos importantes en la eliminación del tétanos neonatal. En 1990, el tétanos neonatal fue la causa de 470.000 muertes, pero en el año 2000 la vacunación redujo la cifra a 215.000, es decir, un 50%.

En 2000, de los 161 países en desarrollo que presentaron informes, 104 habían logrado el objetivo de la Cumbre Mundial de acabar con el tétanos neonatal. Otros 22 países están cerca de conseguirlo. No obstante, el tétanos neonatal sigue siendo un problema de salud pública en 57 países y es una causa importante de mortalidad neonatal. Lo más frecuente es que el tétanos neonatal exista en los países de ingresos más bajos y de infraestructura menos desarrollada.

Como

de la alimentación sólida en el tratamiento de la diarrea infantil en el hogar. La efectividad de estas intervenciones depende en gran medida del comportamiento de la familia: es preciso utilizar los servicios disponibles y aplicar de manera correcta el tratamiento prescrito. Sin embargo, los mejores programas para el uso de la TRO se han reforzado mediante una gestión racional y una minuciosa supervisión. Las tasas de utilización de TRO han aumentado en todas las regiones, incluida el África subsahariana: tres cuartas partes de los países de los que se dispone de datos mejoraron en la utilización de TRO durante el decenio.

La razón de la reducción de la mortalidad por diarrea en el decenio de 1990 se debe en parte a otras intervenciones, incluidos la promoción de la lactancia materna, la vacunación contra el sarampión, los suplementos de micronutrientes y la mejora del acceso en algunas regiones al agua potable y a un mejor saneamiento. La continuación del progreso en estos frentes debería reducir enormemente la mortalidad infantil por diarrea en los años venideros, al igual que deberían reducirla el aumento de la tasa de utilización real de TRO, el tratamiento en el hogar de la diarrea y la disentería y la elaboración y aplicación de la vacuna contra el rotavirus.

Saber que no se puede aplicar un tratamiento contra las enfermedades diarreicas de una manera aislada ha contribuido a la formulación de un enfoque más integrado de la gestión de las enfermedades infantiles y la malnutrición. La OMS y el UNICEF pusieron en marcha en 1995 la Gestión integrada de las enfermedades de la infancia, ya que, pese a los logros alcanzados, muchos niños seguían muriendo sin recibir asistencia médica. La iniciativa se centra en la capacitación de los trabajadores de la salud en el tratamiento concreto de una serie de enfermedades infantiles; en la mejora de los sistemas de salud, incluida la disponibilidad de medicamentos, suministros y equipo; y en la promoción de una serie de prácticas familiares y comunitarias fundamentales que, según se ha demostrado científicamente, contribuyen a la supervivencia y al crecimiento saludable del niño.

#### INFECCIONES AGUDAS DE LAS VIAS RESPIRATORIAS

Las infecciones agudas de las vías respiratorias (IRA) siguen siendo una de las principales causas de mortalidad infantil en muchos países; la meta de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia de reducir esas muertes en una tercera parte no se ha alcanzado.

Las IRA son infecciones de todas las zonas del tracto respiratorio: nariz, oído medio, garganta, glotis, tráquea y pulmones. La manifestación más grave de las IRA es la neumonía. Las infecciones bacterianas son la causa principal de neumonía en los países con tasas altas de mortalidad de lactantes y niños pequeños. Estas infecciones pueden tratarse; se calcula que un 60% de las muertes como consecuencia de IRA pueden evitarse mediante la utilización selectiva de antibióticos económicos. Como el uso generalizado de los antibióticos da lugar a la proliferación de bacterias resistentes, las autoridades sanitarias son reticentes a permitir que las familias adquieran antibióticos sin receta. Muchos casos de muerte por IRA se siguen produciendo en los hogares. En la mayoría de los 73 países en los que se dispone de datos pertinentes, más de la mitad de los niños con IRA no acudieron a un servicio de salud adecuado. Algunos estudios de la OMS han llegado a la conclusión de que mediante un enfoque centrado en la asistencia individualizada en relación con el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía podría reducirse de manera notable la mortalidad infantil. Con arreglo a este modelo se examinan todos los niños enfermos para ver si hay síntomas de peligro y se prescribe el tratamiento correspondiente. Los mejores programas comunitarios de salud enseñan a los cuidadores a reconocer las infecciones agudas de las vías respiratorias, en especial la neumonía, y a tratarlas a tiempo fuera del hogar, siempre que haya servicios disponibles.

#### PALUDISMO

En la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, los dirigentes pusieron de manifiesto las dificultades de la lucha contra el paludismo, pero no fijaron ninguna meta específica. Desde su reaparición, el paludismo se

ha convertido en una de las principales causas de mortalidad infantil. Provoca en los niños anemia aguda y es una de las principales causas de la falta de peso del recién nacido.

En 1998, la OMS, el UNICEF, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Banco Mundial pusieron en marcha la iniciativa mundial para hacer retroceder el paludismo. Desde entonces, la mayoría de los países de África y muchos de Asia han elaborado planes estratégicos de lucha contra el paludismo. Entre sus prioridades figuran la promoción de asociaciones mundiales y nacionales, la mejora de los sistemas nacionales de salud y la movilización de recursos. La finalidad de la iniciativa es apoyar y promover el uso generalizado por parte de las mujeres embarazadas, las niñas y los niños de mosquiteros tratados con insecticida; promover tratamientos profilácticos contra el paludismo durante el embarazo; y mejorar el diagnóstico y el tratamiento del paludismo entre los niños, procurando que sus familias tengan acceso en sus hogares y comunidades a un tratamiento precoz, eficaz y económico.

El suministro de mosquiteros tratados con insecticida, intervención relativamente simple, puede reducir enormemente la mortalidad y morbilidad debidas al paludismo. En casi todos los países en los que el paludismo es una enfermedad endémica, el uso de mosquiteros es reducido; incluso cuando los niños ya duermen bajo mosquiteros, el porcentaje de los que han sido tratados con insecticida es insignificante. No obstante, en algunos países ha mejorado el acceso a mosquiteros con insecticida en virtud de la supresión de impuestos, lo que ha reducido su costo.

La labor de la comunidad en el tratamiento oportuno de los niños y de otros enfermos de paludismo puede reducir también las cifras de mortalidad y morbilidad. Para que las familias y los niños y niñas tengan acceso a un tratamiento precoz, eficaz y económico es necesario que puedan obtener medicamentos contra el paludismo en los centros de salud y las farmacias de la comunidad más próximos a sus hogares.

#### EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN MATERIA DE SALUD INFANTIL

La mayoría de las muertes de niños menores de 5 años se debe a una o a varias enfermedades de las cinco siguientes: diarrea, sarampión, infecciones respiratorias, paludismo o malnutrición, cuyo tratamiento es relativamente económico. Por tanto, es preciso continuar la tarea de prevenir estas muertes. Pero existe otro reto importante: asegurar que todas las familias que lleven a sus hijos a una clínica o a un centro de salud en cualquier parte del mundo encuentren personal competente que pueda examinarlo y emitir un diagnóstico, decidir el tratamiento adecuado, darle los medicamentos básicos para los problemas más comunes, ordenar el traslado del niño a un hospital si fuera necesario y ofrecer el asesoramiento correcto sobre la mejor forma de prevenir y tratar la enfermedad en el hogar.

La vacunación sigue siendo una de las prácticas sanitarias más eficaces y económicas. El estancamiento de la vacunación durante el decenio de 1990 se debe principalmente a lo siguiente:

- Algunos países no han conseguido asegurar recursos nacionales e internacionales destinados a la vacunación;
- No se ha protegido de manera suficiente la financiación de los servicios de vacunación en algunos países que emprendían reformas del sector de la salud;
- Algunos sistemas de salud pública han sido incapaces de llegar a las familias muy pobres, a las minorías y a quienes viven en lugares remotos o a las personas desplazadas por los conflictos; y
-

Los sistemas de vacunación de muchos países en desarrollo son aún frágiles y de calidad desigual. Va en aumento la inquietud respecto de la aplicación segura de vacunas inyectables. Es necesario hacer frente a estos problemas si no se quieren desaprovechar las grandes oportunidades que existen hoy en día para introducir a gran escala vacunas nuevas y mejores.

Para controlar las enfermedades a largo plazo es fundamental que existan un sistema sólido de vacunación regular y una oferta más amplia de servicios de salud. Sin embargo, también es necesario complementar la vacunación regular con actividades específicas de vacunación; aunque la mayoría de los países debería estar en situación de financiar sus propios programas de vacunación, algunas de las naciones más pobres necesitarán apoyo financiero en el futuro inmediato.

Para reducir la mortalidad infantil, es preciso mejorar las prácticas familiares y comunitarias en materia de salud y nutrición infantil, ampliar los conocimientos de los trabajadores sanitarios y fortalecer el sistema de salud. La existencia de servicios eficaces de salud puede asegurar que todos los niños tengan acceso a una atención sanitaria básica y a medicamentos, suplementos dietéticos, mosquiteros y otros productos que salvan vidas. También permite trasladar a los niños enfermos que necesitan más atención para que reciban el tratamiento oportuno. Los programas comunitarios de salud pueden llegar a los niños y familias que a menudo están fuera del alcance de los servicios de salud formales.

La comunicación es igualmente fundamental: ofrecer a los progenitores la información necesaria para el tratamiento de la diarrea en el hogar o para reconocer a tiempo la neumonía o el paludismo y someter a los niños a la atención del personal competente puede salvar las vidas de muchos niños.

## Nutrición

La buena nutrición es esencial para la supervivencia, la salud y el desarrollo de la infancia. Los niños bien nutridos rinden más en la escuela, se convierten en adultos sanos y gozan de mayor esperanza de vida. Las mujeres bien nutridas corren menos riesgos durante el embarazo y el alumbramiento, con lo cual sus hijos encaran con más firmeza el desarrollo físico y mental.

En la Cumbre Mundial se reconoció que la malnutrición, un problema latente, contribuía a la mitad de las defunciones de los niños pequeños. La reducción de la malnutrición infantil en un 50% en un decenio ha sido una de las metas en favor de la infancia más ambiciosas de todos los tiempos.

Una estrategia fundamental para lograr estas metas consistió en habilitar a las familias y las comunidades para que comprendieran las causas de la malnutrición y adoptaran medidas con conocimiento de causa para tratarlas. Esta estrategia comunitaria se basaba en la experiencia de Tanzania, Tail62 0 TDpiben .d. La364 -1.d. La364 -o0.573 0si,ón J T\* 0.1402 Tw [ Twiños a laaal se rqempgu(

0

## MALNUTRICIÓN INFANTIL

En 1990, había en los países en desarrollo 177 millones de niños menores de 5 años malnutridos, según el índice de peso en función de la edad. Las estimaciones indican que en 2000 había 150 millones de niños malnutridos. La incidencia de la malnutrición entre menores de 5 años en los países en desarrollo se redujo en general del 32% al 28%. Por lo tanto, el objetivo de *reducción en un 50% de los niveles de malnutrición entre los niños menores de 5 años* sólo se ha conseguido parcialmente.

Los progresos más notables se han logrado en América del Sur, donde la tasa de malnutrición infantil disminuyó del 8% al 3%. Los avances fueron más modestos en Asia, donde la tasa disminuyó del 36% al 29% y la cifra de niños menores de 5 años con bajo peso se redujo en 33 millones. Es posible que incluso este logro relativamente reducido tuviera una repercusión positiva importante en la supervivencia y el desarrollo infantil. No obstante, más de dos tercios de los niños malnutridos del mundo, que suman unos 108 millones, están en Asia. Entre las principales causas de la malnutrición en Asia –especialmente en el Asia meridional, donde la incidencia de la malnutrición es mayor– se encuentran la pobreza, el bajo nivel educativo y la situación de desventaja de la mujer, comprendida la escasa atención que recibe durante el embarazo. Las prácticas de atención infantil poco adecuadas, la



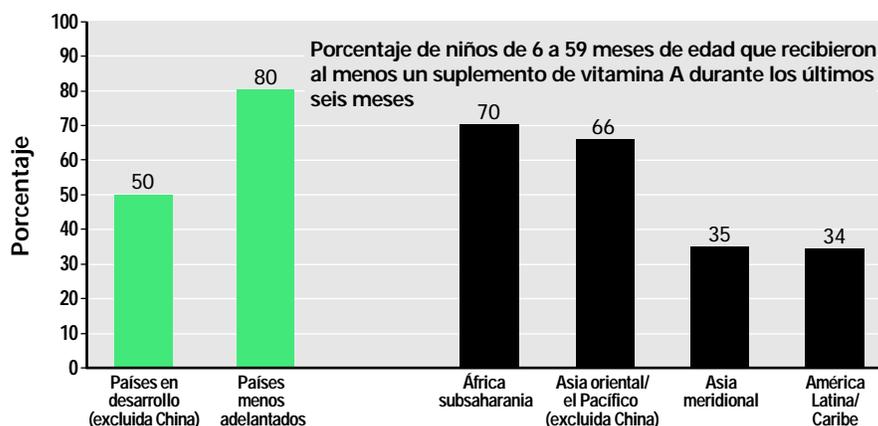
la harina y el azúcar se enriquecen con vitamina A y otros micronutrientes. Como alternativa, los niños de 6 a 59 meses de edad pueden recibir dos cápsulas con dosis altas de vitamina A que cuestan sólo unos cuantos centavos al año.

La meta de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia era eliminar prácticamente para el año 2000 la carencia de vitamina A y sus consecuencias, incluida la ceguera. Sin embargo, hasta mediados del decenio de 1990 se había avanzado muy poco en este terreno. En 1996, 11 países tenían tasas de cobertura de suplementos de vitamina A iguales o superiores al 70% por cada dosis alta. En 1999, 43 países habían alcanzado esas tasas. De ellos, 10 distribuían suplementos de vitamina A en dosis alta en dos tandas entre los menores de 5 años, con lo que se lograba el objetivo de eliminar prácticamente la carencia de vitamina A. Por suerte, la cobertura es mayor en las zonas donde hace más falta. Sólo entre 1998 y 2000, puede que la administración de suplementos de vitamina A haya evitado la muerte de aproximadamente 1 millón de niños.

Los avances logrados hasta la fecha se deben a varios factores. En 1997, una coalición de donantes, expertos técnicos y organismos determinó que los suplementos eran el procedimiento de avance y subrayaron que el enriquecimiento de los alimentos ofrecía grandes esperanzas. Los organismos recomendaron de forma oficiosa que los países con una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años superior al 70 por cada 1.000 nacidos vivos comenzaran a distribuir inmediatamente suplementos de vitamina A.

La distribución en gran escala de cápsulas de vitamina A se ha llevado a cabo por lo general en los días nacionales de inmunización, tarea a menudo realizada por los mismos voluntarios comunitarios y trabajadores de la salud que distribuían la vacuna contra la poliomielitis. De esta forma se ha conseguido que los niños reciban al menos una de las dos dosis altas de vitamina A que necesitan al año. No obstante, en muchos países pronto dejarán de efectuarse campañas de inmunización contra la poliomielitis y será necesario hallar nuevos sistemas de distribución.

### Suplemento de vitamina A en el mundo en desarrollo en 1999



\* No se calcularon los porcentajes regionales correspondientes al Oriente Medio y al África septentrional y a Europa central y oriental/Comunidad de Estados Independientes debido a que los datos disponibles por países abarcaban menos de la mitad de los niños menores de cinco años de cada región.

Fuente: UNICEF, 2001.

### TRASTORNOS POR LA CARENCIA DE YODO

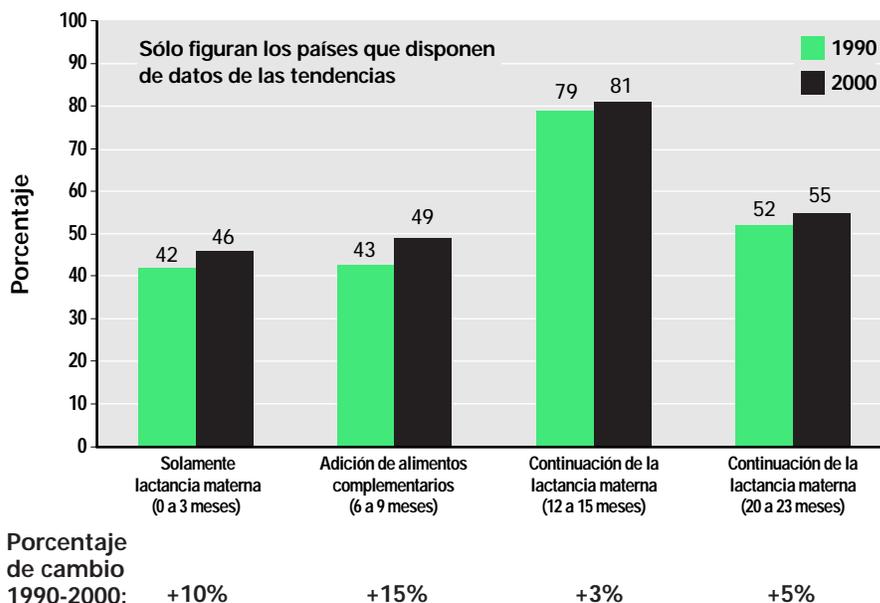
La carencia de yodo es la causa principal de un retraso mental evitable. Puede tener efectos devastadores en las mujeres embarazadas y en los niños pequeños. Durante el embarazo, hasta una carencia de yodo leve puede dañar el desarrollo del feto y ocasionar deficiencia mental, inclusive trastornos de la capacidad de hablar, la capacidad de oír, el desarrollo motor y el crecimiento físico. En casos graves puede ser la causa del estado mental y físico denominado cretinismo. Tanto en los adultos como en los niños, la carencia crónica de yodo es la causa del bocio, alteración que se caracteriza por la inflamación de la glándula tiroides. Incluso la carencia leve de yodo es peligrosa; en las zonas donde predomina esta variedad

leve, puede descender el coeficiente intelectual medio de la población hasta 13 puntos. Las consecuencias graves para el desarrollo humano de naciones enteras son obvias.

El objetivo de la Cumbre Mundial era la *eliminación virtual de las enfermedades por carencia de yodo* para el año 2000. En 1990, se calculaba que aproximadamente 1.600 millones de personas corrían riesgo de sufrir carencia de yodo. Unos 750 millones de personas padecían bocio y se calculaba que 43 millones

vida aumentó 4 puntos porcentuales. La tasa de lactancia con adición de alimentos complementarios (de los 6 a los 9 meses) también mejoró en un 15%. El porcentaje de niños de 1 y 2 años que prolongan la lactancia materna es elevado (un 80%), pero sólo aumentó ligeramente. Las mejoras más importantes en general se registraron en la región de América Latina y el Caribe, donde la proporción de lactantes que reciben amamantamiento exclusivo durante sus cuatro primeros meses de vida aumentó de un 28% a un 41%. Los niveles más altos de lactancia con la adición de alimentos complementarios y de lactancia prolongada corresponden a los países menos adelantados.

### Tendencias de las prácticas de lactancia materna, 1990-2000



Fuente: UNICEF, 2001.

La lactancia materna recibió apoyo en cuatro ámbitos principales. En primer lugar, el Programa de hospitales “amigos del lactante”, que se puso en marcha en 1992, presta apoyo a las prácticas adecuadas de lactancia materna a través del sistema de atención de la salud; el programa se ha llevado a cabo en más de 15.000 hospitales de 136 países. En segundo lugar, la aplicación del Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna sirvió en algunos países para proteger a las madres y los lactantes de las prácticas comerciales nocivas; veintiún países han recogido la totalidad o la mayoría de las disposiciones del Código en sus sistemas legislativos, mientras que otros 26 han incorporado muchas de las disposiciones a su legislación. En tercer lugar, las medidas de protección de la maternidad permitieron a las madres trabajadoras amamantar a sus hijos y las ayudaron a conservar su puesto de trabajo sin discriminación. En cuarto y último lugar, a escala nacional se ha fortalecido la dirección y coordinación de las actividades para proteger y promover la lactancia materna.

Pese a todo lo conseguido, hay algunos obstáculos que es necesario superar para alcanzar la meta de la Cumbre Mundial. Hay que encontrar fórmulas para que adopten el Programa de hospitales “amigos del lactante” los hospitales que aún no lo hayan adoptado. La mayoría de estos hospitales pertenecen al sector privado, donde la industria de alimentos para lactantes sigue ejerciendo mucha influencia. En el sistema de atención de la salud la lactancia materna sigue siendo a menudo “de segunda clase”. También es necesario que los grupos locales de apoyo se pongan en contacto con todas las mujeres de su comunidad.

El riesgo de la transmisión del virus VIH a través de la leche materna se ha erigido en un nuevo obstáculo. Informes recientes ponen de manifiesto que la transmisión del VIH puede ser menor entre los lactantes alimentados exclusivamente de leche materna que entre los alimentados parcialmente de ese modo, pero es urgente seguir investigando esta cuestión. Hay que promover la idea de que el Código tiene una importancia decisiva para proteger la salud de los lactantes a los que se alimenta con leche materna, así como a la de los que reciben alimentación artificial.

El éxito de la reglamentación de la comercialización de sucedáneos de la leche materna ha centrado aún más la atención en la promoción de alimentos complementarios. Las madres que acaban de tener hijos reciben a menudo muestras gratuitas de alimentos a base de cereales y, por falta de conocimientos o porque las etiquetas son confusas, pueden verse inducidas erróneamente a utilizar las muestras demasiado pronto. Los alimentos de elaboración industrial suelen presentarse equívocamente como la única forma de proporcionar al lactante una dieta equilibrada. La Asamblea Mundial de la Salud ha instado a que se utilicen cantidades adecuadas y seguras de alimentos locales como complemento de la lactancia materna a partir de los 6 meses.

#### SEGURIDAD ALIMENTARIA DE LA FAMILIA

Uno de los objetivos de apoyo de la Cumbre Mundial era garantizar la seguridad alimentaria de la familia difundiendo conocimientos y servicios de apoyo para aumentar la producción de alimentos. La seguridad alimentaria de la familia es necesaria para la mejora sostenida del bienestar de la niñez y de sus familias desde el punto de vista de la nutrición. El desarrollo de conocimientos prácticos y la prestación de servicios para aumentar la producción agrícola y del pastoreo, a través, sobre todo, de la utilización de tecnologías mejoradas, constituyen medidas decisivas para lograr la seguridad alimentaria mencionada. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) calcula que el número de personas que estaban desnutridas en los países en desarrollo se redujo de 841 millones en 1990-1992 a 792 millones en 1996-1998. La disminución fue ínfima en el África subsahariana, donde el 34% de la población seguía desnutrida. (Hay unos cuantos países de otras regiones donde más del 35% de la población sigue desnutrida.) Los conflictos y los desastres naturales han contribuido a la inseguridad alimentaria de muchas zonas del África subsahariana, pero también hay otro tipo de problemas cotidianos que afectan a toda la región, como el acceso limitado a los adelantos tecnológicos y los insumos estacionales, el desempleo de las mujeres cabeza de familia y la falta de conocimientos especializados de los pequeños propietarios de tierras.

*Los niños, las niñas y las mujeres constituyen un gran porcentaje de la población desnutrida y siguen siendo los más vulnerables a la inseguridad alimentaria.*

Los niños, las niñas y las mujeres constituyen un gran porcentaje de la población desnutrida y siguen siendo los más vulnerables a la inseguridad alimentaria. Una dieta claramente insuficiente durante el embarazo puede tener consecuencias duraderas en la madre y en el desarrollo del niño antes y después del nacimiento. Aun en los hogares que disponen de alimentos o ingresos suficientes, puede ser insuficiente la cantidad de alimentos que reciben las mujeres y los niños, en especial las niñas. Los padres que trabajan demasiado tropiezan a menudo con dificultades para alimentar a sus hijos pequeños con la frecuencia necesaria. A la desnutrición de las niñas y las mujeres se añade su falta de control de los recursos productivos y su exclusión del proceso decisorio.

Aunque la inseguridad alimentaria afecta a una mayor proporción de la población rural, en las zonas urbanas las familias con ingresos bajos y sin trabajo constituyen un importante grupo vulnerable. Además, en el decenio de 1990 el VIH/SIDA ha destruido innumerables familias, factor que ha repercutido en los ingresos familiares y en el bienestar desde el punto de vista de la nutrición.

#### EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN MATERIA DE NUTRICION

En el decenio de 1990 se produjeron novedades y cambios estratégicos importantes en el tratamiento de la malnutrición infantil, al desplazarse la atención para llevar a cabo intervenciones específicas de bajo costo. En particular, la acusada generalización de la sal yodada y de los suplementos de vitamina A puso de manifiesto los logros que pueden alcanzarse con una combinación adecuada de factores: la voluntad política, un volumen adecuado de recursos nacionales e internacionales, el desarrollo de la capacidad y

una vigilancia minuciosa. El mantenimiento de estos logros debe seguir siendo prioridad básica.

No obstante, los altos niveles de desnutrición de los niños, las niñas y las mujeres del África subsahariana y de Asia (especialmente el Asia meridional) siguen constituyendo un gran problema internacional en lo que respecta a la supervivencia y al desarrollo infantil. Al igual que ocurre con la salud infantil, la experiencia sugiere que los mejores resultados en este ámbito se obtienen cuando se conjuga la prestación de servicios básicos con el apoyo a iniciativas comunitarias y familiares, entre las que se

El logro de la “maternidad sin riesgo”, que supone el establecimiento de facilidad de acceso a la planificación de la familia, la atención prenatal, el alumbramiento sin riesgo, los servicios de atención obstétrica básica, la atención materna básica, la atención primaria de la salud y la igualdad de la mujer, reduciría en gran medida tanto la mortalidad derivada de la maternidad como la cifra de mujeres que sufren discapacidades a largo plazo como resultado del embarazo y del parto. Más de 15 millones de mujeres padecen al año estas discapacidades a largo plazo, cifra asombrosamente alta.

## BALANCE GENERAL SOBRE LA SALUD DE LA MUJER

| OBJETIVO  | LOGROS   | CUESTIONES PENDIENTES  |
|---|--|--|
| <b>Mortalidad materna:</b> <i>reducir en un 50% la tasa de mortalidad materna (TMM) entre 1990 y el año 2000</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha aumentado la percepción de las causas que dan lugar a una alta TMM, pero los progresos tangibles han sido escasos.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay pruebas de que las tasas de mortalidad materna hayan disminuido de forma notable durante el último decenio.</li> <li>• Aún mueren 515.000 mujeres al año como consecuencia del embarazo y el alumbramiento. En el África subsahariana las mujeres tienen 1 probabilidad sobre 13 de morir durante el embarazo y el alumbramiento.</li> </ul> |
| <b>Planificación de la familia:</b> <i>acceso de todas las parejas a información y servicios para impedir los embarazos demasiado tempranos, poco espaciados, demasiado tardíos o demasiado numerosos</i>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• La utilización de métodos anticonceptivos aumentó en un 10% en todo el mundo y se duplicó en los países menos adelantados.</li> <li>• La tasa total de fertilidad se ha reducido del 3,2% al 2,8%.</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cada año nacen 13 millones de niños de madres adolescentes.</li> <li>• Sólo un 23% de las mujeres (casadas o que viven en pareja) en el África subsahariana utilizan anticonceptivos.</li> <li>• El acceso a la educación sobre salud reproductiva sigue siendo un objetivo pendiente.</li> </ul>   |
| <b>Atención en el alumbramiento:</b> <i>acceso de todas las mujeres embarazadas a la atención prenatal; acceso a personal capacitado para asistir en el alumbramiento y acceso a servicios de consulta para los casos de embarazo de alto riesgo y situaciones de emergencia obstétrica</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los logros fueron reducidos tanto en lo que respecta a la atención prenatal como a la asistencia de personal de la salud capacitado en el alumbramiento en todas las regiones a excepción del África subsahariana.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faltan servicios de atención obstétrica fundamentales.</li> <li>• La cobertura de la atención en el alumbramiento es de tan sólo un 36% en el Asia meridional y de un 42% en el África subsahariana.</li> </ul>   |
| <b>Anemia:</b> <i>reducción de un tercio de los niveles de anemia por carencia de hierro registrados entre las mujeres en 1990</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• En la mayoría de los países en desarrollo se han adoptado medidas para dar suplementos de hierro a las mujeres embarazadas.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las pruebas disponibles indican que ha habido pocos cambios en la incidencia de la anemia entre las mujeres embarazadas en el decenio de 1990.</li> </ul>   |

## MORTALIDAD MATERNA

Es difícil medir la mortalidad materna, pero la OMS, el UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) calculan que todos los años mueren unas 515.000 mujeres como consecuencia del embarazo y el parto. Casi la mitad de estas muertes se producen en el África subsahariana, aproximadamente el 30% en el Asia meridional, el 10% en Asia oriental y el Pacífico, el 6% en el Oriente Medio y el África septentrional y aproximadamente el 4% en América Latina y el Caribe. Los países industrializados registran menos del 1% de fallecimientos de este tipo.

El promedio de la tasa de mortalidad materna mundial se calcula en 400 fallecimientos de la madre por cada 100.000 nacidos vivos. La tasa más alta se registra en el África subsahariana (1.100), seguida del Asia meridional (430), el Oriente Medio y el África septentrional (360), América Latina y el Caribe (190), Asia oriental y el Pacífico (140) y Europa central y oriental/Comunidad de Estados Independientes y los Estados del Báltico (55). En comparación con estas cifras, la tasa de los países industrializados es de tan sólo 12 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos.

La tasa de mortalidad materna es una medida del riesgo de fallecimiento que corre la mujer cada vez que se queda embarazada. Una evaluación general del riesgo tiene en cuenta la probabilidad de fallecimiento como consecuencia del alumbramiento y la media de alumbramientos por mujer: el “período de riesgo vital”. Las mujeres de países cuyas tasas de fertilidad y de mortalidad materna son altas tienen los períodos de riesgo vital más altos. Como se recoge en el gráfico correspondiente, el riesgo de que una mujer muera por causas relacionadas con la maternidad es más elevado en el África subsahariana, donde alcanza la cifra de 1 de cada 13 mujeres, en comparación con 1 de cada 4.000 en los países industrializados y de 1 de cada 75 en el mundo en general. Queda claro que en África, así como en partes de Asia y del Oriente Medio, las mujeres corren, literalmente, riesgo de muerte por dar la vida.

### Riesgo de muerte por dar la vida

| Región  | Posibilidades de morir durante el embarazo o el alumbramiento* |
|---|--|
| África subsahariana                                 | 1 de cada 13   |
| Asia meridional                                     | 1 de cada 55   |
| Oriente Medio/África septentrional                  | 1 de cada 55   |
| América Latina/Caribe                               | 1 de cada 160  |
| Asia oriental/Pacífico                              | 1 de cada 280  |
| Europa central y oriental/CEI y Estados del Báltico | 1 de cada 800  |
| Países menos adelantados                            | 1 de cada 16   |
| Países en desarrollo                                | 1 de cada 60   |
| Países industrializados                             | 1 de cada 4.100  |
| Mundo   | 1 de cada 75   |

\* Teniendo en cuenta no sólo la tasa de mortalidad materna sino también el número de alumbramientos por mujer.  
Fuente: *Mortalidad materna en 1995: cálculos elaborados por la OMS, el UNICEF y el FNUAP*, Ginebra, 2001.

No hay pruebas de que la tasa de mortalidad materna se haya reducido de forma notable en la mayor parte del mundo durante el decenio, y el objetivo de la Cumbre Mundial de reducirla en un 50% no se ha cumplido. Como la tasa es difícil de medir, la atención se ha centrado en los indicadores del proceso, como por ejemplo el porcentaje de alumbramientos asistidos por personal de salud especializado. Aunque se alcanzaron algunos logros modestos en la mejora de la atención al alumbramiento, los progresos se han registrado sobre todo en zonas en donde la mortalidad materna es menos grave.

La gran mayoría de las muertes maternas son consecuencia directa de complicaciones surgidas durante el embarazo, el parto o el posparto. La causa más frecuente es la hemorragia posterior al parto. También se cobran vidas la septicemia, las complicaciones surgidas de abortos practicados en situación de riesgo, los partos prolongados u obstruidos y los trastornos de hipertensión durante el embarazo,



La frecuencia de los embarazos de adolescentes es alarmante. Al año nacen en el mundo 13 millones de niños hijos de adolescentes. La probabilidad de que las muchachas de edad comprendida entre los 15 y los 19 años mueran en el parto es el doble que la de las mujeres cuya edad está comprendida entre los 20 y los 30 años; las menores de 15 años tienen cinco veces más probabilidades de morir. Tener un hijo durante la adolescencia limita también la educación de la madre y sus perspectivas de obtener ingresos.

Aproximadamente dos tercios de las mujeres del mundo en edad reproductiva que están casadas o viven en pareja utilizan en la actualidad algún método anticonceptivo, proporción que supone un aumento del 57% en comparación con la de 1990. Aunque hay grandes variaciones regionales que van del 23% de las mujeres del África subsahariana que utilizan anticonceptivos hasta el 84% de las del Asia oriental y el Pacífico, la utilización de estos métodos aumenta en todas las regiones. El mayor incremento correspondió a los países menos adelantados, donde el uso de anticonceptivos casi se duplicó durante el decenio.

#### ANEMIA CAUSADA POR LA CARENCIA DE HIERRO

La carencia de hierro es, con mucho, la forma de malnutrición más extendida en el mundo. Esta carencia, que supone una de las principales causas de anemia, afecta a la salud de las mujeres y los niños y al rendimiento económico de las naciones. El objetivo de la Cumbre Mundial de *r*

materna. No obstante, durante muchos años los gobiernos y organismos invirtieron en la capacitación de parteras tradicionales como medio para ofrecer servicios de atención de salud materna en el ámbito comunitario.

Queda claro que las causas principales de la mortalidad materna no se pueden prever o prevenir exclusivamente mediante la atención prenatal; es fundamental disponer de atención curativa.

## BALANCE GENERAL DE LA CUESTION DEL AGUA POTABLE Y EL SANEAMIENTO

| OBJETIVO  | LOGROS  | CUESTIONES PENDIENTES   |
|---|---|---|
| <b>Agua:</b> <i>acceso universal al agua potable</i>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Unos 900 millones más de personas tuvieron acceso a suministros mejorados de agua durante el decenio.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Alrededor de 1.100 millones de personas aún carecen de acceso. La cobertura mundial aumentó en sólo 5 puntos porcentuales, hasta 82%.</li> <li>Los problemas relativos a la calidad del agua se agravaron en una serie de países.</li> <li>La cobertura en zonas de bajos ingresos sigue siendo insuficiente, en particular en los asentamientos espontáneos.</li> </ul> |
| <b>Saneamiento:</b> <i>acceso universal a medios sanitarios para la eliminación de excretas</i> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Otros 987 millones de personas obtuvieron acceso a un saneamiento adecuado.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>2.400 millones de personas, incluido el 50% de todos los asiáticos, carecen de acceso. La cobertura mundial aumentó en 10 puntos porcentuales, hasta 61%.</li> <li>El 80% de los que carecen de servicios de saneamiento vive en zonas rurales.</li> </ul>   |
| <b>Enfermedad del gusano de Guinea:</b> <i>erradicación</i>                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>El número de casos comunicados ha disminuido en un 88%. La enfermedad ha quedado ya erradicada en todas las regiones salvo en un país del África septentrional y 13 países del África subsahariana.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Es necesario mantener el impulso generado en pro de la erradicación de la enfermedad del gusano de Guinea.</li> </ul>  |

La contaminación química de los suministros de agua pasó a ocupar un lugar destacado durante el decenio de 1990. Uno de los problemas más graves era la contaminación de las fuentes de agua potable con arsénico inorgánico natural en Bangladesh y otras partes de Asia meridional. El arsénico perjudica enormemente la salud humana. La respuesta a este problema ha comprendido la señalización de los pozos que se alimentan de acuíferos contaminados, las labores realizadas con las familias para que no consuman agua de esas fuentes para beber o cocinar, la habilitación de otras fuentes y la participación de las comunidades afectadas en la búsqueda de otras fuentes y su aprovechamiento. Otro contaminante químico natural, el fluoruro, plantea riesgos para las poblaciones de varios países, como China y la India, aunque en este caso los filtros domésticos pueden contribuir a la protección de las poblaciones.

La prioridad del saneamiento ha sido tradicionalmente menor que la del abastecimiento de agua, por lo cual se le han dedicado menos inversiones. El crecimiento de la población y la urbanización han dificultado asimismo la facilitación universal de saneamiento. Entre 1990 y 2000, el total mundial de personas que vivían en zonas urbanas aumentó un 25%, mientras que el número de personas que vivían en zonas rurales aumentó menos del 10%. La Iniciativa Mundial de Saneamiento Ambiental, que se puso en marcha en 1998, ha procurado poner de relieve la importancia de las prácticas de saneamiento e higiene ante los gobiernos, los planificadores del desarrollo y otros profesionales.

Varias organizaciones internacionales, entre ellas el UNICEF, la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Banco Mundial y Education International, han alentado a que se preste mayor atención a la salud de los niños y las niñas en las escuelas y han puesto en marcha la iniciativa Recursos para una Salud Escolar Eficaz (FRESH), que forma parte de la tarea de crear un entorno escolar en el que los niños sean capaces de aprender y prosperar. La salud escolar, comprendidos el suministro de agua limpia, servicios de retrete separados para niños y niñas y la educación en materia de higiene, es un componente fundamental de un entorno de aprendizaje favorable al niño.

Las familias que tienen más probabilidades de carecer de acceso a agua potable y a medios sanitarios adecuados son las que viven en condiciones de pobreza. De hecho, esta carencia representa una dimensión de la pobreza. El precio que pagan esas familias es extraordinariamente alto, como demuestran su mal estado de salud y la energía y el tiempo que tienen que dedicar al transporte de agua procedente de fuentes distantes, tarea que suele recaer en las mujeres y las niñas. La participación de la mujer en la solución de los problemas locales relativos al abastecimiento de agua y al saneamiento cada vez se juzga más decisiva para la formulación de programas eficaces. Los gobiernos se han aliado con organizaciones comunitarias para recaudar recursos de contrapartida destinados a mejorar el

## ENFERMEDAD DEL GUSANO DE GUINEA

Durante el último decenio se ha producido en el mundo una disminución del 88% de los casos de la enfermedad del gusano de Guinea (dracunculiasis), que tiene graves efectos debilitantes. En lo que constituye un caso ejemplar, la enfermedad ha quedado erradicada en todas las regiones del mundo salvo en un país del África septentrional y en 13 países del África subsahariana. En el Sudán se concentran aproximadamente las tres cuartas partes de los restantes casos comunicados.

Como el requisito primordial es el suministro de agua potable, no existen obstáculos técnicos sustanciales a la erradicación del gusano de Guinea. Sin embargo, es necesario combinar el abastecimiento de agua con una educación sanitaria eficaz. En los países donde se registran nuevos casos también es necesario realizar mejoras de los actuales sistemas rurales de abastecimiento de agua, filtros de agua y educación sanitaria en la comunidad.

Las medidas de contención de casos son particularmente útiles en zonas en las que ya son bajos los niveles de dracunculiasis. En los lugares en que sigue siendo generalizada la enfermedad, es necesario

si no se utilizan y mantienen eficazmente las infraestructuras de agua y saneamiento. Aunque el hogar disponga de acceso a agua limpia, si el lavado de las manos y otras prácticas de higiene no se convierten en un hábito, no se concretarán los beneficios sanitarios. En vista de sus repercusiones directas en la supervivencia y desarrollo de la infancia, es preciso que la seguridad del abastecimiento de agua en el hogar, el buen saneamiento ambiental y unas prácticas de higiene adecuadas se conviertan en prioridades para el próximo decenio.

## **VIH/SIDA**

mismo grupo de edad quedaron infectados con el VIH; además, 2,3 millones de niños perdieron a su madre o a ambos padres a causa del SIDA. De los 36,1 millones de personas que se estima que están infectados con el VIH/SIDA, de los cuales más del 95% vive en países en desarrollo, 16,4 millones son mujeres y 1,4 millones son niños menores de 15 años. A pesar de que cerca del 50% de las nuevas infecciones afecta a la juventud, la mayoría de los jóvenes –en particular las adolescentes y las jóvenes– sigue sin tener conciencia suficiente de los riesgos que corren y desconocen las técnicas para protegerse.

La transmisión del VIH durante el embarazo, el parto o la lactancia da lugar a más del 90% de las infecciones con el VIH de niños menores de 1 año y niños de menos de 15 años.

A medida que se propaga el VIH/SIDA y que quedan infectadas más personas, también aumenta el número de niños afectados por la enfermedad. Desde la aparición de la pandemia, más de 13 millones de niños han perdido a su madre o a ambos padres a causa del SIDA antes de cumplir 15 años. El elevado número de huérfanos que disponen de protección y cuidados escasos o nulos de los adultos no tiene precedentes en la historia de la humanidad. El alcance y la complejidad de los problemas y peligros en materia de desarrollo que se oponen al ejercicio de los derechos de los niños y las niñas huérfanos por el SIDA adquieren proporciones aterradoras.

#### EVOLUCION DE LAS PRINCIPALES POLITICAS, ESTRATEGIAS Y ASOCIACIONES RELACIONADAS CON EL VIH/SIDA

A mediados del decenio de 1990 quedó claro que la propagación implacable del VIH/SIDA y los efectos devastadores de la pandemia obligarían a las Naciones Unidas a ampliar mucho más sus actividades.

Ycicio de (TD -0/)-6,m -08o02 4sarrT1-87 TD 20 [(A medida pdó clar4)(oo Tc2cO-u( pas )1e4a18i Tw [(deva

adultos, mujeres embarazadas y niños. En la mayoría de los países desarrollados, donde se dispone de amplio acceso a servicios de cuidado y apoyo relacionados con el VIH, incluidos el suministro de medicamentos, la aplicación de las normas de atención relativas al VIH ha dado lugar en los últimos años a una notable reducción de la mortalidad, así como a reducciones similares en la evolución de la infección con el VIH hasta convertirse en SIDA.

Esas directrices no se han aplicado ampliamente en los países en desarrollo debido a una serie de razones, entre ellas el costo de los medicamentos, la falta de infraestructura médica, los limitados servicios de asesoramiento y exámenes médicos voluntarios y el escaso uso que se hace de éstos.

No obstante, varios países, la mayoría de ellos del África subsahariana, empiezan a prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo mediante diversas actividades prometedoras. Entre ellas destacan el acceso a servicios adecuados de atención prenatal y de asesoramiento y exámenes médicos voluntarios, la administración de medicamentos antirretrovirales durante el embarazo y el parto, el mejoramiento de los cuidados durante el trabajo de parto y el parto, el asesoramiento y apoyo a las mujeres seropositivas en relación con las decisiones sobre la alimentación de sus hijos y la prestación de apoyo psicosocial y cuidados a los que padecen infecciones oportunistas. Se espera que estas intervenciones se amplíen con bastante rapidez.

La atención y el apoyo prestados a la mujer (en particular, la mujer embarazada), los niños, las niñas, los adolescentes y los familiares infectados con el VIH, comprendidos la prevención centrada en el VIH y el tratamiento de infecciones oportunistas, resultan importantes por varias razones. Es probable que la atención y el apoyo relacionados con el VIH den lugar a un mayor uso de los servicios de prevención y de asesoramiento y exámenes médicos voluntarios; manteniendo la salud de los padres infectados con el VIH (y prolongándoles la vida) se reducirán los efectos de la epidemia en los niños, mientras que la reducción de la carga vírica del VIH puede disminuir las probabilidades de transmisión del VIH a otras personas.

#### EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN LA LABOR DE PREVENCIÓN Y ATENCIÓN EN RELACIÓN CON EL VIH/SIDA

Para que los programas relacionados con el VIH/SIDA resulten eficaces es esencial que estén respaldados por un pleno compromiso político. En algunas regiones y países todavía no se rea qn [(aÁ9.8(vía noes,p7(ev)5o. E

proveedores de servicios necesitan tener acceso a información precisa y a los conocimientos prácticos necesarios para utilizar metodologías interactivas en el trabajo con los adolescentes y en favor de éstos. Al mismo tiempo, las apremiantes necesidades de los niños afectados por la pandemia –que pueden haber

algunos planes de estudios escolares, principalmente con carácter experimental, y a programas de educación de los propios compañeros. También se están comenzando a ejecutar programas orientados a prevenir y reducir el uso indebido de sustancias adictivas entre los jóvenes. Sin embargo, el acceso a los servicios de asesoramiento y exámenes médicos voluntarios y confidenciales en relación con el VIH/SIDA y el uso de esos servicios siguen siendo insuficientes entre los adolescentes, en particular las adolescentes, que constituyen uno de los grupos que corren mayor riesgo de contraer el VIH.

#### EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN MATERIA DE SALUD Y DESARROLLO DE LOS ADOLESCENTES

Es necesario prestar atención prioritaria a las iniciativas de promoción sanitaria entre los jóvenes. Los proveedores de servicios (incluidos los jóvenes) necesitan disponer de información fidedigna, pero también deben adquirir técnicas que les permitan utilizar métodos interactivos en el trabajo con los adolescentes orientado a reducir los riesgos.

Es preciso contrarrestar directamente la lamentable tendencia a generar ideas negativas en torno a los adolescentes destacando su capacidad de hacer aportes positivos a la sociedad, ya sea en sus hogares, las escuelas y las comunidades o en el ámbito nacional. La participación de los adolescentes resulta indispensable para las políticas y programas destinados a reducir problemas como el VIH/SIDA y el consumo de drogas, que socavan la salud actual y futura de los jóvenes.

## Evolución de las políticas y estrategias en materia de salud, nutrición y agua y saneamiento durante el decenio de 1990

Algunos países se destacan por haber concedido máxima prioridad a la salud infantil en la asignación de recursos. Sin embargo, las inversiones nacionales en servicios básicos de atención de la salud no han estado, por lo general, a la altura de las promesas que formularon los dirigentes de todo el mundo en 1990.

Debido a la falta de recursos, los mayores aciertos del decenio se han dado en los programas “verticales” de lucha contra enfermedades específicas que afectan a los niños, como por ejemplo la poliomielitis, el gusano de Guinea y el sarampión. Gracias a esos programas se logró movilizar el interés del público y la atención de los medios de información, promover donaciones y ejercer presión sobre los dirigentes nacionales para obtener resultados, que a su vez se han podido medir con facilidad.

Pese a que las intervenciones centradas en un solo objetivo resultan eficaces, no eliminan la necesidad de fortalecer los sistemas de salud

de los países en desarrollo ni representan una atención adecuada al conjunto de necesidades de los niños, los adolescentes o las familias. Sin embargo, los programas orientados a objetivos concretos pueden ser catalizadores de mejoras más amplias del sistema de salud y, dado que tienen un carácter fundamentalmente preventivo, pueden reducir la demanda de servicios de salud insuficientemente financiados y sobrecargados de trabajo.

Aun así, durante el decenio de 1990 se establecieron estrategias más amplias destinadas a fortalecer los sistemas de salud. La Iniciativa Bamako trató de fortalecer los sistemas de salud mediante el suministro de un paquete mínimo de servicios de atención médica y medicamentos esenciales a precios asequibles por medio de cierto grado de reparto de los costos entre los proveedores y los usuarios y mediante la participación de la comunidad en la gestión. La Iniciativa revitalizó la prestación de servicios locales en algunas partes de África y se amplió también a otros continentes. Gracias a la Iniciativa se ha mejorado y mantenido la cobertura de la inmunización y otras actividades preventivas a medida que los gobiernos han aumentado su capacidad de proporcionar medicamentos y vacunas esenciales. Incluso en países que

*En el decenio de 1990 se han producido importantes reformas de los sectores de la salud y el abastecimiento de agua basadas a menudo en la descentralización orientada a las provincias o distritos.*

se encuentran en grave situación económica, los sistemas de atención médica básica revitalizados han sido capaces de ofrecer diversos servicios, incluido el suministro de medicamentos esenciales. Esos esfuerzos no sólo han mejorado el bienestar de poblaciones enteras; también han permitido que los individuos y las familias asuman la responsabilidad de su propia salud y su propio bienestar. En ese sentido, la Iniciativa Bamako ha supuesto un importante adelanto en relación con la democratización del funcionamiento de la atención primaria de la salud.

Aunque se ha reconocido que es un método sostenible y económico de revitalizar los sistemas de salud, la Iniciativa depende de cierto volumen de pago directo efectuado por los usuarios. Algunos estudios han demostrado que el cobro a los usuarios por los servicios prestados ha disuadido a un número importante de personas. Esta situación se dio en particular en los casos en que el cobro no iba acompañado de mejoras en la calidad de los servicios ni de mecanismos de exención con respecto a las familias y niños que no podían efectuar el pago.

En el decenio de 1990 se han producido importantes reformas de los sectores de la salud y el abastecimiento de agua basadas a menudo en la descentralización orientada a las provincias o distritos. La descentralización ha contribuido al surgimiento de un nuevo interés por la integridad y la responsabilidad en el sector público. Se han concebido nuevos métodos para lograr la participación de las comunidades locales en la gestión y supervisión de la prestación de servicios en la salud, el abastecimiento de agua potable y otros servicios públicos.

Sin embargo, la descentralización se ha visto acompañada con excesiva frecuencia de una reducción de la financiación central con fines de supervisión, vigilancia, capacitación y suministro de medicamentos, vacunas y piezas de repuesto. Si las estructuras centrales no prestan el apoyo adecuado, la descentralización de los servicios de salud infantil y de suministro de agua a las comunidades puede deteriorarse. Con la privatización, en muchos países ha comenzado a aplicarse un sistema de dos niveles en virtud del cual las personas de mejor posición económica se benefician de las tecnologías más recientes, mientras que la población más pobre recibe atención mínima en instalaciones públicas insuficientemente financiadas. Como los segmentos pobres, rurales y más aislados de la población representan un incentivo insignificante para los proveedores privados, se ven particularmente afectados por las reducciones en el gasto público para la salud.

Las preocupaciones en torno a una mejor coordinación de la asistencia han llevado a establecer nuevas formas de colaboración entre los gobiernos y los donantes conocidas como enfoques sectoriales, la mayoría de los cuales está orientada a los sectores de la salud, la educación y el abastecimiento de agua. Con esos enfoques se trata de establecer un marco amplio para la elaboración de políticas y programación sectoriales durante un período de varios años.

***Ha empeorado la disparidad entre las enfermedades consideradas como prioridad en materia de investigación y las que tienen mayores repercusiones en la salud mundial.***

La salud constituye cada vez más un asunto público mundial. La integración internacional en el comercio, los viajes y la información han acelerado la transmisión de enfermedades y la transferencia de riesgos de salud ambiental y del comportamiento de un país a otro. La intensificación de las presiones ejercidas sobre los recursos mundiales de la atmósfera

y el agua ha generado peligros ecológicos comunes. Estas tendencias tienen efectos positivos y negativos. La crisis desatada por el virus de Ebola en 1994, objeto de noticias sensacionalistas en los medios de información, sirvió para que los políticos y el público en general cobraran mayor conciencia de los posibles peligros de las enfermedades. Esa conciencia puede generar una mayor acción internacional en relación con los problemas sanitarios. Por otro lado, también puede contribuir al aumento de la xenofobia y de la inversión destinada a proteger a los que ya gozan de privilegios.

En el *Informe sobre el Desarrollo Mundial* de 1993, preparado por el Banco Mundial, se volvió a hacer hincapié en los objetivos de salud fijados en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia; también se aplicó el análisis económico a las políticas de salud introduciendo el concepto de “carga global de la morbilidad”, que ha ayudado a aclarar las prioridades para lograr que el gasto en el sector de la salud sea eficaz en

función de los costos. También se exponían los argumentos en favor de la participación del sector público en la financiación de los servicios de salud pública y un paquete mínimo de servicios clínicos esenciales, sobre todo en beneficio de los pobres. En años posteriores, el Banco Mundial se convirtió en la principal fuente de financiación externa de las actividades sanitarias en los países de bajos y medianos ingresos y en

mantener en general la salud y la nutrición de los niños y las mujeres la prestación vertical de servicios debe estar acompañada de iniciativas basadas en la comunidad y centradas en la familia. Estos programas han demostrado su eficacia en relación con el tratamiento de los casos de diarrea en el hogar y, en menor escala, en relación con el mantenimiento de las fuentes de abastecimiento de agua y con la lucha contra la desnutrición infantil, pero deben recibir financiación adecuada. También se necesitan estrategias de comunicación adaptadas a las distintas localidades para que los servicios lleguen a las comunidades más vulnerables y para potenciar la participación de éstas.

Aunque la responsabilidad de garantizar el derecho de la niñez a la salud y la nutrición recae en última instancia en los gobiernos nacionales, estos derechos no pueden aplicarse sin la participación de

radicalmente la manera de pensar de muchos gobiernos, proveedores de servicios y organismos internacionales, que deben ofrecer verdaderas oportunidades de participación y movilizar los recursos necesarios para prestar apoyo a las medidas basadas en la familia y la comunidad.

En el plano doméstico, las medidas deberían comprender lo siguiente:

- Medidas de prevención, como por ejemplo la promoción de la higiene y el uso de mosquiteros impregnados de insecticida;
- Prácticas óptimas de nutrición, incluidas la lactancia materna y la alimentación complementaria;
- Mayor atención de enfermedades como la neumonía, el paludismo, la diarrea, el sarampión y el VIH/SIDA;
- Estimulación psicosocial de los párvulos.

En el plano comunitario, las medidas deberían comprender lo siguiente:

- Mecanismos destinados a garantizar la facilitación de medicamentos y suministros de salud esenciales, así como de agua potable y servicios de saneamiento, junto con la participación comunitaria en los sistemas de prestación, planificación y financiación de los servicios;
-

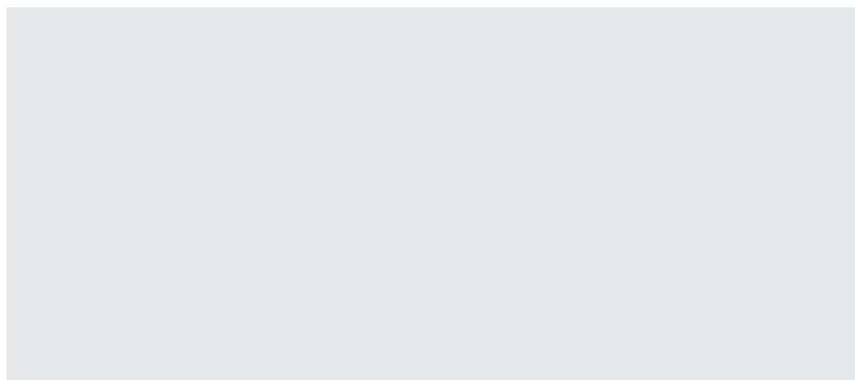
- Realizar actividades de prevención que incluyan servicios de educación e información para los jóvenes;
- Reducir la transmisión del VIH de madre a hijo mediante la ampliación de los servicios de atención prenatal;
- Atender y prestar apoyo a las personas enfermas de SIDA, incluido el suministro de medicamentos a precios asequibles mediante sistemas de suministros apropiados;
- Adoptar medidas para fortalecer la capacidad de protección de las mujeres y las niñas;
- Prestar asistencia especial a los niños y niñas cuyos padres han muerto de SIDA, comprendidos la facilitación de acceso a servicios sociales, el fortalecimiento de la capacidad de las familias y las comunidades para hacerse cargo de los huérfanos y la adopción de medidas jurídicas y administrativas que los protejan del abuso, la explotación y la discriminación.

Es preciso convencer a los dirigentes nacionales y locales para que garanticen que se dispone de

el acceso a la educación básica. Esta discriminación va más allá de las cifras que pueden observarse en los datos sobre matriculación, pues se manifiesta en desigualdades en los sistemas educativos y en la sociedad en general.

## Educación primaria

Según la *Evaluación de la Educación para Todos para el Año 2000*, que es el examen más exhaustivo del desarrollo educativo que se haya hecho jamás, en el decenio de 1990 la tasa neta de matriculación en la escuela primaria aumentó en todas las regiones. Sin embargo, el objetivo de la Cumbre Mundial de lograr el acceso universal a la educación básica no se ha alcanzado. El crecimiento demográfico contrarrestó el aumento de la tasa de matriculación, por lo que aún hay casi 120 millones de niños en edad escolar que no asisten a la escuela, de los cuales el 53% aproximadamente son niñas. Se trata de niños trabajadores y explotados, niños afectados por los conflictos y el SIDA, niños con discapacidades, niños de familias pobres y de minorías y niños de zonas rurales, periurbanas y aisladas. Varios millones más reciben una educación de deficiente calidad.



Escolarización en el nivel primario (tasas netas): variación en el período 1990-1998

Bajo el desglose por regiones de las tasas netas de matrícula se esconden variaciones considerables de un país a otro y dentro de un mismo país. En algunas regiones, en efecto, apenas se alcanza a asimilar el aumento del número de niños en edad escolar, y unos cuantos países se quedan rezagados.

El avance más notable se ha registrado en la región de Asia oriental y el Pacífico, donde las tasas netas y brutas de matrícula se han acercado al 100% en la mayor parte de los países. Las tasas de participación han aumentado y la escolarización se ajusta más a la edad, lo que da prueba de la mayor eficacia interna de los sistemas educativos. El progreso continuado en los países del Caribe y América Latina ha reducido el número de niños sin escolarizar. Se han registrado progresos semejantes en los Estados árabes, si bien ha aumentado el número global de niños sin escolarizar. En el Asia meridional el aumento de la escolarización apenas ha cubierto el aumento de la población de niños en edad escolar. Las tasas de finalización del ciclo escolar han mejorado en algunos países de esta región, pero no en todos, y continúa siendo elevado el número de niños que no asisten a la escuela.

La región en la que se registran menos progresos –y, en algunos casos, una regresión efectiva– es el África subsahariana. Las guerras y los desplazamientos, la malnutrición y las enfermedades (especialmente el VIH/SIDA) y las crisis económicas han disminuido la disponibilidad y la calidad de los servicios de educación de varios países. En esa región, más de 40 millones de niños en edad de asistir a la escuela primaria no están escolarizados, y existen enormes disparidades –en función del género, el medio urbano o rural y otros factores– de un país a otro y dentro de un mismo país.

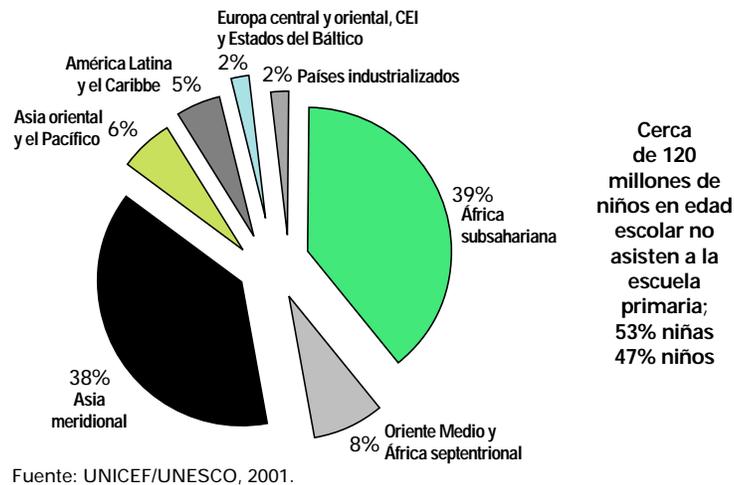


## **OBJETIVO**

**Disparidad entre los géneros:** *reducción de las disparidades actuales en la educación de niños y niñas*

**Alfabetización de adultos:** *reducción de la tasa de analfabetismo entre los*

### Niños en edad escolar que no asisten a la escuela primaria, por regiones, 1998



Desde el punto de vista estratégico, hay varios aspectos fundamentales de la educación primaria y básica que merecen atención. Los principales son la dimensión de género, la educación en situaciones de emergencia, la relación entre el trabajo infantil y la educación, la necesidad de que la educación incluya a *todos* los niños y la mejora de la calidad.

#### LA BRECHA ENTRE LOS GENEROS

La 'brecha entre los géneros' es la diferencia entre las tasas de matriculación, permanencia y resultados escolares de los niños y las niñas, que en su mayoría ponen a las niñas en desventaja. En los últimos años la diferencia ha disminuido considerablemente en las dos regiones en las que era más acusada (Oriente Medio y África septentrional y Asia meridional), pero todavía queda mucho por hacer. En el África subsahariana la diferencia no ha disminuido tanto en los 10 últimos años. Una vez más, existen grandes disparidades entre los países y dentro de ellos; este último tipo de disparidad queda a menudo oculto por los promedios nacionales.

Incluso en los países en los que las diferencias son mínimas pueden existir desigualdades en el contenido de la educación, los métodos y las instalaciones que producen grandes diferencias en el rendimiento escolar. Por consiguiente, la ausencia de una diferencia evidente entre niños y niñas puede

### Matrícula neta en educación primaria, por sexo, 1999

Matrícula neta en educación primaria (%)

| Región                               | Matrícula neta en educación primaria (%) |
|--------------------------------------|--|
| África subsahariana                  |  |
| Oriente Medio y África septentrional |  |
| Asia meridional                      |  |
| Asia oriental y el Pacífico          |  |
| América Latina y el Caribe           |  |
| Países industrializados              |  |
| América                              |  |

**Fille à fille (Benin)**

Con las actividades de orientación y asesoramiento de niña a niña en Benin, se empareja a las niñas de más edad de la escuela primaria con niñas más pequeñas que acaban de ingresar en la escuela y que puede que abandonen los estudios.

**Escuelas flotantes (Camboya)**

Las escuelas flotantes, que siguen los desplazamientos estacionales de las poblaciones que viven en casas

enmascarar grandes desigualdades. En regiones con dificultades económicas donde disminuyen las tasas de matriculación, las niñas pueden quedarse aún más rezagadas. En los países en los que las prácticas y creencias tradicionales siguen siendo arraigadas, se espera de las niñas que se conviertan en amas de casa, cuiden niños y contraigan matrimonio a una edad temprana. También existen prejuicios sobre la educación de las niñas en escuelas dominadas por varones, violencia contra las niñas en las escuelas y, a menudo, estereotipos sexistas que se reflejan en los programas de estudios.

## Educación y situaciones de emergencia

La educación debe formar parte integrante de la respuesta a las situaciones de emergencia en cuanto puede ayudar a restaurar la sensación de estabilidad en situaciones en las que es probable que los niños estén traumatizados. Incluso en las primeras etapas de una emergencia, deben determinarse las necesidades educativas. Para mejorar la respuesta educacional durante las emergencias hace falta algo más que la provisión de libros de texto y material didáctico. También puede que haga falta incluir otros elementos como la concienciación sobre las minas terrestres, la prevención del cólera, cuestiones ambientales y la educación para la paz y la reconciliación.

Desde mediados del decenio de 1990, el UNICEF, la UNESCO y otros participantes han entregado a más de 30 países afectados por situaciones de emergencia la “escuela en una caja”, que contiene material didáctico básico para un máximo de 80 estudiantes. Se están elaborando nuevas “cajas” para utilizarlas con niños muy pequeños y para apoyar las actividades recreativas.

Para muchos organismos, entre ellos la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), una prioridad fundamental es aumentar el acceso de los niños refugiados a la educación. A pesar de que la financiación ha sido limitada y desigual, se han realizado algunos progresos en la educación de niños refugiados. Por ejemplo, recientemente se ejecutó en Armenia un proyecto de libros de texto que ha contribuido a reducir las tasas de abandono escolar de los niños de las poblaciones locales y los niños refugiados.

## Trabajo infantil y educación

La educación es una estrategia fundamental para prevenir el trabajo infantil. Los niños suelen dedicarse más al trabajo cuando no se dispone de educación o cuando la educación disponible no es asequible, de calidad y pertinente. Muchos niños explotados por el trabajo dejan totalmente de asistir a la escuela. Otros combinan el trabajo y la escuela, pero su capacidad de aprendizaje se ve seriamente afectada por la fatiga.

Los esfuerzos por formular planes de estudio más pertinentes –que incorporen por igual formación personal y profesional– contribuyen considerablemente a la lucha contra el trabajo infantil. Igualmente, los métodos de aprendizaje no académicos han proporcionado experiencias valiosas a los educadores y las personas relacionadas con los niños trabajadores. Entre los planteamientos innovadores figuran un programa del Asia meridional para los niños liberados de las fábricas de alfombras en virtud del cual se ofrecen alimentos, alojamiento y educación gratuitos y otro programa que ha abierto las escuelas a niños que antes trabajaban en condiciones de servidumbre condensando cinco años de educación

## INCLUIR A LOS EXCLUIDOS

En 1994, la Declaración de Salamanca y el Plan de Acción sobre las Necesidades Especiales en Materia de Educación resolvieron que las escuelas normales deberían aceptar a todos los niños, independientemente de sus características físicas, intelectuales, emocionales, sociales, lingüísticas o de otro tipo. La UNESCO, el UNICEF, Save the Children y otras organizaciones han creado programas especiales para promover la educación de los niños sometidos a diversas formas de exclusión social. Su objetivo es lograr la mayor participación de las autoridades públicas en el establecimiento de educación básica y for-

tasas brutas de matriculación de varones en la escuela secundaria varían entre el 28% del África subsahariana y el 66% de Asia oriental y el Pacífico. Las mismas tasas para las niñas oscilan entre el 22% y el 60%.

En Europa occidental y otros países con economías avanzadas, entre ellos los países de Europa central y oriental y la Comunidad de Estados Independientes, el decenio de 1990 se caracterizó por diversas actividades encaminadas a hacer frente al desempleo de los jóvenes y los adultos. Se han introducido muchos programas en las escuelas e institutos de formación profesional para mejorar la transición de la educación a la vida laboral. El temor es que, de no lograrse esa transición, la cohesión social se verá seriamente amenazada.

En muchos países africanos la formación profesional oficial ocupa un lugar destacado en el programa político, pero a menudo las tasas de desempleo juvenil son también extremadamente elevadas. Dada la debilidad de las economías y a falta de una señal clara de que vaya a crecer el mercado de trabajo, con frecuencia se cuestiona la eficacia de esos programas.

En general, la educación y la capacitación práctica de jóvenes y adultos van en aumento y han surgido nuevas asociaciones entre los enseñantes, la industria y los órganos comunitarios. Sin embargo, es necesario que mejore la coordinación de los diversos programas.

## Principales experiencias adquiridas en la educación

Mucho se ha aprendido en el pasado decenio de los esfuerzos realizados por lograr los objetivos de la Cumbre Mundial y la Declaración de Jomtien. A pesar de que en ocasiones los resultados y las cifras son decepcionantes, hoy se sabe mucho más que hace un decenio sobre “lo que funciona” en la educación. Lo que antes eran ideas innovadoras y proyectos experimentales prometedores se han convertido en las reformas y los programas nacionales deseados. Se han creado, documentado y difundido planteamientos acertados relativos a problemas particulares, como la educación de las niñas y la escolarización de los niños en zonas remotas. Los planteamientos son los siguientes:

### *Maneras concretas de aumentar la escolarización*

- Inscripción de todos los nacimientos a fin de que los niños y las niñas cuenten con la documentación necesaria para su escolarización;
- Movilización social y concienciación de los padres sobre el valor de la educación;
- Mecanismos de las escuelas y las comunidades para localizar a los niños excluidos y en situación de riesgo y facilitar su escolarización;
- Asociaciones más firmes entre escuelas y comunidad con fines de gestión de las escuelas;
- Enfoques más flexibles en materia de la educación, incluidos la enseñanza de niveles múltiples, programas en el idioma materno y calendarios y horarios flexibles.

### *Medidas concretas para que las niñas tengan acceso pleno y en pie de igualdad a la educación básica y puedan alcanzar los mismos niveles de rendimiento que los varones*

- Programas de promoción y movilización en los planos nacional y comunitario;
- Programas para eliminar los obstáculos culturales, sociales y económicos a la educación de las niñas (por ejemplo, programas para cuidar a los hermanos menores, políticas que permitan a las niñas embarazadas y a las madres jóvenes seguir en la escuela, la eliminación de las tasas escolares y, cuando procede, programas de incentivos económicos, inclusive para los huérfanos);
- Políticas y programas de ámbito nacional y local para eliminar todas las formas de discriminación por cuestión de sexo, incluidos planes de estudio y procesos de enseñanza y aprendizaje en los que se tenga en cuenta la condición de la niña y entornos favorables a la infancia.

***Políticas y programas generales que aumenten la calidad de la educación y promuevan la sensibilidad ante las diferencias por razón de sexo***

- Alumnos de calidad, es decir, niños sanos, bien nutridos, dispuestos a aprender y provistos del apoyo de sus familias y comunidades;
- Contenido de calidad, con planes de estudio pertinentes y material adecuado para impartir conocimientos sobre lectura, escritura, cálculo y preparación para la vida cotidiana;
- Procesos de enseñanza y aprendizaje de calidad;
- Entornos de aprendizaje de calidad sanos, higiénicos y seguros que promuevan la salud física, psicosocial y emocional y protejan a la niñez de los malos tratos y los peligros;
- Resultados de calidad definidos con claridad y sujetos a una evaluación precisa en relación con los conocimientos, las actitudes y las aptitudes.

***Otras experiencias importantes del decenio pasado***

- Los países pueden obtener resultados positivos, aunque sean bajos los ingresos per cápita, si cuentan con dirigentes comprometidos con la causa, si utilizan una planificación estratégica basada en objetivos realistas, si disponen de personal competente y si fomentan la buena capacidad de gestión. Botswana, Malawi y Uganda, en el África subsahariana, y Bangladesh y China, en Asia, son países donde se han logrado avances notables. Para obtener progresos, es esencial contar con una amplia red de asociaciones;
- También se debe alentar a los maestros, los administradores y otras personas que trabajan en la esfera de la educación a que consideren como propias, y no como una amenaza, las reformas y las nuevas estrategias;
- El mejoramiento de la calidad de la educación exige medidas sostenidas y amplias. Los proy

factor sexo en el desarrollo del niño en la primera infancia, es decir, del tratamiento diferenciado de los niños y las niñas y el proceso de socialización por sexo en los primeros años.

Se han logrado grandes avances en algunos aspectos del desarrollo del niño en la primera infancia, en especial en la reducción de la mortalidad infantil y de niños menores de 5 años y en el suministro de suplementos de micronutrientes. Sin embargo, es muy difícil evaluar la extensión de los programas de cuidados del niño en la primera infancia, a pesar de que están aumentando, debido a las grandes diferencias en la definición de esos programas y a la falta de visibilidad de muchas actividades apoyadas por el sector privado, como los servicios de guardería. En general, la mayor parte de los avances se han realizado en poblaciones urbanas y privilegiadas y se han cen-

incluyan leyes, programas y presupuestos concretos para proporcionar más servicios, así como marcos normativos y capacitación. Estos países y algunos otros insisten también cada vez más en proporcionar educación y apoyo a los padres, a menudo con planteamientos participativos y métodos de comunicación innovadores.



## Conocimientos teóricos y prácticos y valores necesarios para lograr una vida mejor

En la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se exhortó a que se lograra una mejora en *la adquisición de los conocimientos teóricos y prácticos y los valores necesarios para que las personas y las familias tuvieran una vida mejor y un desarrollo saludable y sostenible, dándolos a conocer por todos los medios educativos, incluidos los de difusión, y por otras formas modernas y tradicionales de comunicación, así como mediante la acción social, y evaluando su eficacia por los cambios de conducta.*

En el pasado decenio se han producido avances importantes en el uso de la comunicación para contribuir al logro de los resultados deseados para la niñez. En los últimos años, en particular, se ha producido un gran cambio en los métodos de comunicación, haciéndose mayor hincapié en la participación de comunidades que antes se definían como “beneficiarias”. En la actualidad se reconoce que deben participar plenamente, junto con los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil, en las iniciativas encaminadas a aumentar el bienestar de las comunidades y los niños.

Se están adoptando de manera mucho más sistemática estrategias de comunicación que incluyen la investigación y evaluación participativas, la planificación, la ejecución, la supervisión y la evaluación. Además de utilizar técnicas de comunicación mediante medios informativos y de comercialización social, durante el decenio se crearon medios innovadores para utilizar diferentes medios de difusión a todos los niveles de la sociedad, tales como la Iniciativa de comunicación Meena para el Asia meridional. Con estos programas se logró la participación de los propios niños, desarrollando así desde una edad muy temprana valores básicos como la igualdad entre los sexos y la necesidad de educar a todos los niños.

A



Banco intensificó su compromiso de apoyo a la educación de las niñas. Los préstamos del Banco Mundial destinados a la educación básica hacen ahora mayor hincapié en aumentar el rendimiento escolar de los niños y las niñas. El Banco Mundial presta apoyo a otros insumos como libros de texto y material didáctico de mayor calidad, mejor capacitación de los maestros y programas de salud y nutrición en las escuelas.

En respuesta a la presión pública, en los 10 últimos años las instituciones de Bretton Woods han intensificado sus esfuerzos por proteger la educación básica de las reducciones del gasto público que suelen acompañar a los programas de estabilización financiera. No obstante, el logro de la educación primaria universal se ha visto comprometido en varios países obligados a reducir los gastos generales en desarrollo social, al menos temporalmente, a fin de cumplir las condiciones fijadas para recibir préstamos internacionales. Esta circunstancia, junto con la abrumadora carga de la deuda, ha impedido a muchos países menos adelantados e incluso a algunos países de ingresos medios aumentar el gasto en educación en la medida en que podrían haberlo aumentado. También se han resentido por lo general los sueldos básicos de los maestros, el material para las aulas y la conservación de las escuelas, así como la calidad de la enseñanza y el aprendizaje.

En el decenio de 1990, los conjuntos de reformas que incorporaron algunos países provocaron la introducción de tasas pagaderas por los usuarios, cuando antes la educación básica era gratuita. Esta situación contradice directamente el compromiso recogido en la Convención sobre los Derechos del Niño de que la educación primaria sea gratuita y obligatoria. Las experiencias de varios países de África muestran que las tasas pueden constituir un obstáculo insuperable para las familias pobres. En un país del África oriental la disminución del gasto en educación relacionada con su programa de estabilización fiscal produjo un aumento espectacular de las tasas de abandono escolar, que pasaron de ser prácticamente inexistentes en 1979 a rondar el 40% a mediados del decenio de 1990. Un país vecino pudo comprobar que, tras eliminar en 1994 una moderada tasa de matriculación y la obligación de llevar uniformes escolares, la matriculación en la escuela primaria pasó de ser prácticamente inexistente a un nivel del 100% en los años siguientes.

- La calidad del entorno escolar del aprendizaje: hasta qué punto es seguro, sano y protector y, ante todo, se centra en el interés superior del niño.

## Medidas prioritarias para el futuro de la educación y la alfabetización

### EDUCACION BASICA

Los gobiernos y la sociedad civil deben colaborar para elaborar políticas de educación para todos y vincularlas con la reducción de la pobreza y con estrategias de desarrollo más amplias. Deben aportar recursos suficientes para asegurar la educación primaria gratuita de todos los niños. Los países deben velar por que se ejerza de manera progresiva pero urgente el derecho de todos los niños a recibir también educación secundaria.

La colaboración internacional entre gobiernos, ONG y organismos de desarrollo en la esfera de la educación para todos debe ampliarse y acelerarse. Deberá seguirse intensificando la ejecución de actividades como la Iniciativa de las Naciones Unidas para la Educación de las Niñas y la Iniciativa Recursos para una Salud Escolar Eficaz (FRESH), así como las redes interinstitucionales sobre la educación y el VIH/SIDA y sobre la educación en situaciones de emergencia. Hay que fomentar la Iniciativa 20/20 y los esfuerzos por reducir la deuda en favor del desarrollo social.

Incumbe a los planificadores de la educación detectar a los niños que no asisten a la escuela y elaborar programas para que todos ellos reciban educación en función del principio del “interés superior del niño”.

Deben establecerse objetivos concretos para que las niñas se matriculen en las escuelas y logren un buen rendimiento escolar en los países y distritos donde exista una disparidad por motivos de sexo. Se deben crear planes integrados para lograr la igualdad de niños y niñas en la educación en los que se reconozca la necesidad de modificar las actitudes, los valores y las prácticas.

Hay que seguir fomentando la capacidad necesaria para medir y supervisar las normas de rendimiento escolar, tanto en materia de lectura, escritura y cálculo como en una gama más amplia de conocimientos, capacidades y actitudes. Los esfuerzos por mejorar la calidad deben ir más allá de las cuestiones básicas, como la limpieza y calidad de las aulas, la idoneidad de los libros de texto y la capacitación de los maestros, comprendiendo la disposición del niño a aprender y la necesidad de que la escuela sea un lugar donde se aprende.

y la elaboración de políticas. Debería prestarse aún mayor atención a los niños menores de 3 años y a

tos. Los programas de educación y orientación de padres también contribuyen a que éstos proporcionen a sus hijos un entorno seguro y acogedor y puedan hacer frente a las dificultades que acarrea criar hijos en un mundo en constante evolución.

Sin embargo, en otros países las familias reciben un apoyo reducido o simplemente inexistente. La situación es crítica, por ejemplo, en los países donde las repercusiones de los ajustes estructurales o la transición económica han agudizado la pobreza y el desempleo al mismo tiempo que reducen la capacidad financiera de los gobiernos de proporcionar un sistema de seguridad eficaz. Los niños también corren mayor riesgo en países donde, a falta de programas públicos eficaces, los mecanismos extraoficiales basados en la comunidad son las únicas fuentes de apoyo disponibles.

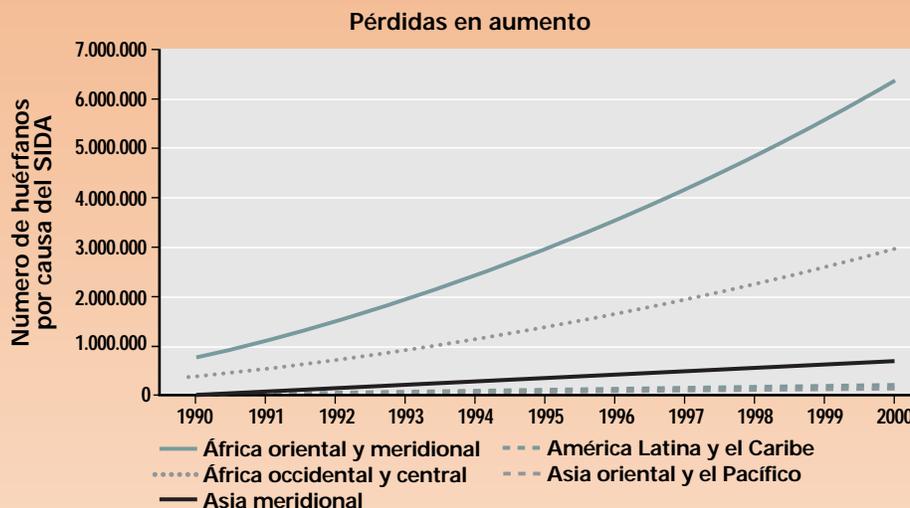
Las condiciones económicas adversas no sólo menoscaban la capacidad de los padres de ofrecer a los niños unas condiciones de vida propicias a un desarrollo saludable, sino que además ponen a prueba la estabilidad de la propia familia. Muchos países informan de un aumento del número de niños que viven con un solo progenitor o en situaciones inestables como consecuencia de las dificultades económicas, el VIH/SIDA, los conflictos armados, los divorcios y los abandonos. Estas familias se ven afectadas en proporciones excesivas por la pobreza, muchas veces como consecuencia de la discriminación que sufre la mujer en el mundo laboral. El papel de la familia extensa y su capacidad de contribuir al cuidado de los niños también disminuye en muchos países. Este fenómeno se ha acelerado con la pandemia del VIH/SIDA, especialmente en el África subsahariana, donde varios países informan de que el número de niños huérfanos a causa del SIDA ha sobrepasado la capacidad de la sociedad de ofrecer cualquier forma de cuidado alternativo, con lo cual cada vez más niños se ven obligados a defenderse por cuenta propia.

Una tendencia favorable es la disminución de las tasas de fecundidad de la mujer en todas las regiones del mundo. Este factor es importante no sólo por los beneficios que supone para la salud de la

## LA TRAGEDIA DE LOS HUÉRFANOS DEL SIDA

La devastación causada en todo el mundo por el VIH/SIDA priva con crueldad a millones de niños de la posibilidad de vivir, crecer y desarrollarse en un entorno familiar de cariño y apoyo. Unos 2,3 millones de niños menores de 15 años quedaron huérfanos en 2000 debido a muertes provocadas por el SIDA; es decir, uno cada 14 segundos. Actualmente, al menos 10,4 millones de niños menores de 15 años han perdido a su madre o a ambos padres por causa del SIDA. Aun cuando después del año 2001 no se produjeran más infecciones, la proporción de niños huérfanos seguiría siendo desmesuradamente alta hasta al menos el año 2030. La situación en el África subsahariana es especialmente grave.

**Número de niños menores de 15 años que perdieron a su madre o a ambos padres a causa del SIDA, 1990-2000**



Fuente: ONUSIDA/UNICEF, 2001.

madre y el niño el espaciamiento de los nacimientos, sino también porque cuando el tamaño de la familia es menor aumenta la capacidad de los padres de proporcionar a sus hijos condiciones de vida propicias al desarrollo saludable. El descenso de las tasas de fecundidad de las niñas con edades comprendidas entre los 15 y los 19 años notificado por muchos países tiene consecuencias positivas en la educación, el desarrollo, la igualdad y otros derechos básicos de las adolescentes.

A pesar de su importancia fundamental en la crianza, el apoyo y la protección de la infancia, con frecuencia fracasan los intentos de las familias de ofrecer este entorno ideal. En algunos casos extremos, como por ejemplo los de abuso sexual y trata de menores, las familias son una de las causas del problema en lugar de la solución.

Según datos de la OMS, cada año hay 40 millones de niños menores de 15 años que son dentro de su propia familia víctimas de maltrato o abandono cuya gravedad exige atención médica. La movilización social en torno a los derechos del niño generada durante el decenio ha dado a conocer mucho mejor la magnitud y la urgencia de este problema; en muchos países se han adoptado nuevas medidas para luchar contra los abusos físicos y sexuales. Algunas tienen por objeto proteger a los niños, otras a las mujeres y las niñas. La violencia contra la mujer y la violencia contra los niños están relacionadas: la violencia contra las madres tiene graves consecuencias psicológicas en los niños de la familia, contribuye a la desintegración de ésta y perpetúa el ciclo de la violencia. No obstante, las niñas no son las únicas víctimas; también están muy extendidos los malos tratos infligidos a niños. Actualmente se adoptan medidas importantes para luchar contra este tipo de abuso doméstico, como por ejemplo programas de concienciación para niños, líneas de atención telefónica y albergues para niños que huyen de situaciones de malos tratos, reformas jurídicas, comprendido el incremento de las penas aplicables a los responsables, la obligación de que los profesionales informen de los abusos,

El rápido aumento del número de huérfanos está ejerciendo presión cada vez mayor en comunidades y familias, ya de por sí sobrecargadas de responsabilidades. El SIDA también pone a prueba la capacidad de los gobiernos de prestar asistencia y servicios y garantizar el respeto de los derechos de todos los niños. Los estudios realizados en países de África oriental y meridional indican que un niño huérfano tiene mayores probabilidades que otros niños de padecer malnutrición y enfermedades o abandonar la escuela. Los huérfanos menores de cinco años corren especial riesgo de abandono. Puede que padezcan malnutrición debido a que no se les amamanta o a que tienen un acceso limitado a alimentos alternativos o puede que padezcan enfermedades al no tener sus cuidadores tiempo o conocimientos suficientes para cuidarlos como es debido.

La muerte de un progenitor aumenta la vulnerabilidad del niño a los abusos y la explotación. Los huérfanos corren mayor riesgo que otros niños de sufrir abusos sexuales, así como de ser presionados para casarse a una edad más temprana u obligados a trabajar para ayudar económicamente a su tutor. Los huérfanos y las viudas a menudo se ven privados de sus derechos dentro de la familia extensa y pierden su herencia y otros derechos jurídicos cuando muere el esposo y padre. Los huérfanos y otros niños afectados por el VIH/SIDA tienen más probabilidades de trabajar en condiciones de explotación, de estar expuestos a la violencia, los abusos y el abandono o de contravenir la ley. En muchos casos, se obliga a los huérfanos a formar "hogares encabezados por niños" en los que asumen el papel y las responsabilidades de los adultos a una edad muy temprana. Otros sobreviven a duras penas en la calle. Estos niños, especialmente las niñas, corren especial riesgo de explotación sexual y de infección del VIH.

Las familias y comunidades constituyen las principales redes de seguridad social de los niños huérfanos y vulnerables; una infinidad de ejemplos de todo el mundo demuestra que las comunidades se movilizan para hacer frente al problema. No obstante, la pura magnitud de esta crisis resulta abrumadora, y los gobiernos, las ONG, la sociedad civil y las organizaciones religiosas, así como los organismos y donantes internacionales, se esfuerzan por hallar formas de extender su labor al respecto. A partir del proceso mundial de consultas y debates propiciado por la Conferencia de Durban sobre el SIDA celebrada en 2000 se ha perfilado un conjunto de principios rectores de esta labor que subrayan la necesidad de fortalecer los mecanismos de atención y amparo de las familias y comunidades, reforzar los vínculos entre las actividades de prevención del SIDA, los cuidados en el hogar y los cuidados basados en servicios y el apoyo a los huérfanos y los niños vulnerables, incluir a los huérfanos del SIDA en el espectro más amplio de niños vulnerables con derecho a asistencia, prestando especial atención a los asuntos de género, fomentar la participación de los niños y adolescentes como parte de la solución, fortalecer el papel de las escuelas y luchar firmemente contra la exclusión y la discriminación.

**Los niños a quienes se ha privado de un entorno familiar tienen derecho a una protección, una asistencia y unos cuidados alternativos especiales.**

restricciones laborales impuestas a los declarados culpables, nuevos procedimientos para proteger a las víctimas infantiles del suplicio que supone tener que dar testimonio directo en las investigaciones y los juicios penales y la sensibilización de la policía y los fiscales. Todos los programas globales incluyen un componente concebido para facilitar a las víctimas ayuda psicosocial y, cuando procede, asistencia médica. Muchos gobiernos cooperan estrechamente con ONG en esta esfera.

Los niños a quienes se ha privado de un entorno familiar tienen derecho a una protección, una asistencia y unos cuidados alternativos especiales. Hay que procurar internarlos en instituciones, salvo como último recurso. En el pasado, demasiados niños eran internados en este tipo de centros sin necesidad. El motivo era a veces la pobreza, pues los padres pensaban que ésa era la única manera de asegurarse de que sus hijos tenían comida, ropa y techo. Otras veces las familias se sentían incapaces de ocuparse de la discapacidad de un hijo o tenían que entregarlo forzadas por un prejuicio social. Estos datos subrayan la importancia de proporcionar a las familias que se encuentran en circunstancias difíciles el apoyo que necesitan para asumir sus responsabilidades, solución que respeta el derecho del niño a un entorno familiar y que, además, resulta más eficaz en función de los costos.

Durante el decenio ganó cada vez más adeptos el principio de que sólo se debe internar a los niños en instituciones como último recurso. En algunos casos se ha reformado la legislación a fin de incorporar este principio; en otros, se ha aumentado la disponibilidad de las alternativas no institucionales, como los regímenes de tutela y los hogares de guarda. Los países actúan cada vez con más frecuencia bajo la presunción de que la separación del niño de su familia, en caso de ser necesaria, debe ser temporal e ir acompañada de todos los esfuerzos posibles por subsanar las causas subyacentes para que el niño pueda volver al entorno familiar.

En algunas partes del mundo, sin embargo, el problema no es que se recurra demasiado a las instituciones, sino que se depende en exceso de las modalidades informales o tradicionales de adopción o acogida o de instituciones privadas de cuidados infantiles o redes internacionales de adopción que a menudo funcionan en medio de un vacío legal con poca o ninguna supervisión como consecuencia de la debilidad del sector público. Se ha reconocido cada vez más que, aunque estas redes y grupos pueden aportar una contribución importante facilitando cuidados alternativos, las autoridades competentes deben adoptar medidas para asegurarse de que su actuación se guía por los mejores intereses del niño y el respeto del conjunto de los derechos del niño.

#### MEDIDAS PRIORITARIAS PARA EL FUTURO EN RELACION CON LA FAMILIA

- Fortalecer programas de apoyo a las familias para que cumplan sus responsabilidades de crianza de los niños, entre otras cosas mediante la educación y orientación de los padres.
- Elaborar programas nacionales globales de prevención, detección y tratamiento de niños que hayan sido abandonados o maltratados física o sexualmente.
- Garantizar que todos los niños a los que se priva de su entorno familiar tengan acceso a formas adecuadas de cuidados alternativos que respeten plenamente sus derechos.

### Derechos y libertades civiles

La Declaración de la Cumbre Mundial dejó claro que *todos los niños deben tener la oportunidad de encontrar su propia identidad y realizar su potencial en un entorno seguro en el que se sientan apoyados*. También reconocía que los niños deberían ser alentados desde una edad temprana a participar en la vida cultural de su sociedad y pedía que los niños colaboraran como socios especiales para superar el desafío derivado de las metas de la Cumbre.

## PROTECCION JURIDICA DE LOS DERECHOS DE LA INFANCIA

A finales de 1997, sólo quedaban dos países que no habían ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño. Además, muchos Estados partes en la Convención siguen eliminando las reservas que habían formulado inicialmente. Ningún otro instrumento de derechos humanos ha conseguido tanto apoyo en un plazo tan breve. La Convención ha contribuido a la preparación de otras normas internacionales sobre derechos humanos, incluidos los protocolos facultativos sobre la participación de los niños en los conflictos armados y la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niñas en la pornografía y de nuevas normas para la adopción de niños extranjeros, el trabajo de menores y la justicia juvenil.

La situación también ha registrado una importante evolución en el plano regional. En 1990, la Organización de la Unidad Africana aprobó la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño Africano, primer instrumento regional en su género, que entró en vigor en 1999. La Convención Interamericana sobre la Prevención, el Castigo y la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres (Convención de Belém do Pará) entró en vigor en 1995 y la Convención Europea sobre el Ejercicio de los Derechos del Niño entró en vigor en 2000.

En el plano nacional, muchas constituciones nuevas incluyeron disposiciones que garantizaban expresamente los derechos del niño y las constituciones en vigor se enmendaron para incorporar esos derechos. Países de todas las regiones tomaron asimismo medidas para adecuar mejor sus leyes y códigos nacionales a los principios y disposiciones de la Convención sobre los Derechos del Niño. Muchas de estas iniciativas siguen las recomendaciones realizadas por el Comité de los Derechos del Niño, comprendido lo siguiente:

- Leyes para proteger a los niños de la discriminación, especialmente en lo que respecta al acceso a la enseñanza y la obtención de la ciudadanía y la nacionalidad;
- Mayor interés de la legislatura en la protección de los niños contra la violencia, incluso dentro de la familia, y la prohibición del castigo físico;
- Medidas legislativas para proteger a los niños separados de sus padres, a partir, en general, de una disminución de la utilización de cuidados institucionales, del establecimiento de procedimientos de adopción y sistemas de acogida y de la reglamentación de la adopción entre países;
- Medidas de oposición a las prácticas tradicionales nocivas, incluidas leyes para prohibir la clitoridectomía y el matrimonio a edades tempranas y sin consentimiento;
- Leyes para fijar en 18 años la edad mínima de reclutamiento en el ejército;
- Nuevas leyes para prohibir la prostitución infantil, el tráfico de niños y la utilización de niños en la pornografía;
- Leyes laborales para fijar edades mínimas para el empleo, prohibir las peores formas de trabajo infantil, reconocer el papel fundamental de la enseñanza en la prevención y regular las condiciones de trabajo;
- Establecimiento de sistemas de justicia juvenil especializados que estipulen una edad mínima de responsabilidad penal, exijan el ejercicio del debido proceso, consideren cada vez más como último recurso la privación de libertad y garanticen la separación de jóvenes y adultos en los centros de detención.

En varias esferas, las reformas legislativas nacionales contaron con una creciente cooperación internacional, como por ejemplo la legislación extraterritorial sobre la explotación sexual y el tráfico con fines sexuales y acuerdos bilaterales y regionales para luchar contra la venta de niños.

Pese a los progresos registrados, el proceso de reformulación de las leyes nacionales para la plena protección de los derechos del niño acaba de empezar. Sigue siendo necesario garantizar que las nuevas leyes reflejen las disposiciones y los principios de la Convención, especialmente los relativos a la no discriminación, la participación y los intereses superiores del niño. Los oficiales encargados de la aplicación de la ley, el poder judicial, los maestros, los profesionales que se ocupan del bienestar del niño y otras personas que trabajan con niños requieren capacitación y apoyo para comprender cabalmente el contenido

y el significado de las nuevas leyes y reglamentos, interesarse en los cambios necesarios y aplicarlos. Tanto los niños como los adultos deben conocer las nuevas leyes y las soluciones y procedimientos que tienen a su disposición en virtud de esas leyes.

#### EL DERECHO AL NOMBRE, LA NACIONALIDAD Y LA IDENTIDAD

Durante el decenio de 1990 se cobró conciencia de la importancia de inscribir con prontitud los nacimientos en cuanto mecanismo esencial de protección del derecho del niño a la identidad, así como de respeto de otros derechos del niño. La falta de registro de los nacimientos se ha relacionado con la trata de recién nacidos. Careciendo de certificado de nacimiento puede que el niño no reciba atención sanitaria, suplementos

eficacia han sido las campañas de movilización en las que participa la sociedad civil, la eliminación de las tasas de inscripción y de obstáculos jurídicos y administrativos como el requisito de que los padres del niño presenten sus documentos de identidad y el registro de los niños en los centros de salud donde nacen. No obstante, se estima que más de 50 millones de niños nacidos cada año siguen sin ser registrados, quedándose sin registrar en el África subsahariana tres de cada cuatro nacimientos.

En algunos países persiste la discriminación con respecto a la inscripción de nacimientos. Cientos de miles de niños son apátridas debido a la discriminación contra la mujer o las minorías étnicas, religiosas o nacionales. Algunos países han reformado su legislación para permitir que la mujer pueda, al igual que el hombre, transmitir su nacionalidad a sus hijos y otros reconocen actualmente la nacionalidad de personas pertenecientes a minorías. Muchos han modificado las disposiciones pertinentes de sus constituciones y promulgado leyes con el objeto de prohibir la discriminación sobre la base del nacimiento, comprendido el uso de nombres que puedan ser causa de exclusión social. Durante los próximos años será necesario esforzarse más por garantizar que este proceso sea universal y que se beneficien de él todos los niños.

## PROTECCION CONTRA LA VIOLENCIA

Los niños, en particular las niñas, y las mujeres siguen viéndose privados de su seguridad debido a una erupción de violencia que está causando muertes, torturas o mutilaciones en todo el mundo.

Un ejemplo destacado de esta violencia es la mutilación genital de la mujer. La OMS calcula que 2 millones de niñas están expuestas al año al peligro de la mutilación genital.

Al menos 9 países de los más de 30 donde es endémica esta práctica han aprobado leyes que la prohíben y unos 20 han organizado campañas públicas encaminadas a abolirla. En una iniciativa conjunta, la OMS, la UNICEF y el FNUAP esbozaron estrategias para eliminar la mutilación genital de la mujer y alentaron a los gobiernos y las comunidades a que tomaran medidas de promoción y protección de la salud de las mujeres y las niñas. En África, parlamentarios, funcionarios gubernamentales y miembros del Comité interafricano de prácticas tradicionales instaron a que se aprobara legislación en el ámbito nacional que condenara la mutilación genital de la mujer. Pese a la resistencia política que ha habido en algunos lugares, últimamente se ha logrado avanzar en la lucha contra la mutilación genital gracias a la participación de los jóvenes, los líderes religiosos y comunitarios e incluso algunas personas que antes realizaban las mutilaciones.

En otros intentos de proteger la dignidad y la integridad física de los niños, varios países de istencirade suión contra la muj

## LOS NIÑOS Y LOS JOVENES SE EXPRESAN EN LAS ENCUESTAS DE OPINION

Las encuestas de opinión efectuadas recientemente en varias regiones han permitido a los niños y jóvenes expresar sus puntos de vista sobre los asuntos que más les preocupan. En **América Latina y el Caribe**, los resultados de una encuesta regional en la que se consultó a unos 12.000 jóvenes de edades comprendidas entre los 9 y los 18 años sirvieron de referencia básica en dos importantes reuniones celebradas en 2000: la quinta Reunión Ministerial sobre los Niños y la Política Social en las Américas y la décima Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno. En 35 países de **Europa occidental, Europa central y oriental, la CEI y los Estados del Báltico**, los resultados de una encuesta de más de 15.000 menores de edades comprendidas entre los 9 y los 17 años se presentaron en Berlín en mayo de 2001 con ocasión de la primera conferencia intergubernamental sobre los niños en Europa y Asia central. En **Asia oriental y el Pacífico** los resultados de una encuesta llevada a cabo en 17 países y territorios en la que participaron 10.000 niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 9 y los 17 años se presentaron en Beijing en mayo de 2001 con motivo de la quinta consulta ministerial regional sobre el futuro de los niños. Las semejanzas entre los resultados de estas encuestas son asombrosas.

### AMERICA LATINA Y EL CARIBE

Se reconoce **la importancia de la familia** como fuente de valores y de bienestar emocional y físico, pero más de la cuarta parte de los jóvenes consultados viven en hogares **que no cuentan con presencia paterna**; otra



## TRABAJO INFANTIL

En el decenio de 1990 el trabajo infantil pasó a ocupar un lugar destacado a escala internacional. Ello se debió principalmente al creciente interés por los derechos humanos en general y los derechos del niño en particular y al correspondiente movimiento en favor de unas normas de trabajo justas en la economía mundial.

Como ha recalcado la OIT, el trabajo infantil supone un gran obstáculo para la educación y la adquisición de los conocimientos necesarios, reduce las posibilidades de percibir ingresos durante la vida e impide el ascenso social. El trabajo infantil obstaculiza también el desarrollo económico a largo plazo al reducir el número de personas capacitadas y educadas que hacen falta para el desarrollo de un país.

Durante el decenio se reforzaron notablemente las normas internacionales en materia de protección de los niños contra el trabajo infantil. La Convención sobre los Derechos del Niño contribuyó a revalorizar las normas de la OIT al reconocer el derecho de los niños a *la protección frente a la explotación económica y a la*

r

- con miras a eliminar las peores formas del trabajo infantil;
- Aplicar en el plano nacional las normas internacionales existentes con el apoyo de los recursos necesarios;
- Garantizar el derecho a la educación de todos los niños, incluido el acceso universal y gratuito, la calidad de la educación y el alto rendimiento escolar;
- Dar mayor visibilidad al trabajo infantil aumentando para ello la reunión, el análisis y la difusión de datos;
- Prestar el apoyo necesario que permita a las familias pobres educar a sus hijos en el marco de programas comunitarios que hagan asequible la educación de calidad.

## LOS NIÑOS AFECTADOS POR LOS CONFLICTOS ARMADOS

Cuando se convocó en 1990 la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, la guerra fría acababa de llegar a su fin y las perspectivas de una nueva era de paz eran grandes. Los dirigentes reunidos en la Cumbre formularon esta solemne promesa: *Trabajar con denuedo para proteger a los niños del flagelo de la guerra y adoptar medidas para impedir la aparición de nuevos conflictos armados a fin de dar a los niños de todo el mundo un futuro pacífico y seguro.* En la Cumbre se previó que se obtendría un “dividendo de la paz” y se afirmó que *las tendencias hacia el desarme significan también que se podrían liberar recursos importantes para objetivos no militares, y que el mejoramiento del bienestar de los niños debe ser una alta prioridad cuando se reasignen esos recursos.*

Lamentablemente, nunca se materializó este dividendo de la paz. En la primera mitad del decenio de 1990 disminuyeron los gastos militares mundiales, pero estas economías no se invirtieron por lo general en favor de los niños. En lugar de iniciarse una nueva era de paz, el mundo entró en un decenio de conflictos étnicos y guerras civiles caracterizados por la violencia deliberada contra los niños en gran escala.

En los conflictos armados de los últimos años, los niños han sido especial objeto de la violencia y, de forma trágica, autores de la misma. El número de niños directamente afectados por los conflictos armados es enorme y carece de precedentes. En esos conflictos se ha mutilado, matado o desplazado de sus hogares y comunidades a muchos niños. Otros han quedado huérfanos y han sido objeto de explotación y abusos sexuales. Han sido raptados y reclutados como soldados. Los efectos de la guerra en las niñas son especialmente perjudiciales para las generaciones venideras.

**La guerra influye en todos los aspectos del desarrollo infantil.**

El uso de niños soldados se ha convertido en una práctica frecuente. Se estima que en la actualidad 300.000 niños participan activamente en conflictos. Los niños que se encuentran entre los 35 millones de desplazados son especialmente vulnerables al secuestro o reclutamiento para convertirse en soldados.

El comercio mundial de armas pequeñas y ligeras y su proliferación, junto con las minas terrestres y los proyectiles sin explotar, ponen a diario en peligro la vida de los niños. Muchos conflictos provienen de intereses económicos como el deseo de controlar valiosos recursos naturales. Cada vez hay pruebas más contundentes de la responsabilidad que recae en algunas industrias en relación con el fomento de guerras donde se han violando de manera terrible los derechos de la infancia.

La guerra influye en todos los aspectos del desarrollo infantil: la malnutrición aumenta debido a la baja producción de alimentos y al desplazamiento, los recursos para servicios sociales se destinan a la guerra, al deteriorarse los servicios de salud aumentan las tasas de mortalidad infantil y de niños menores de 5 años, la destrucción de las escuelas reduce el acceso a la escolarización y el desplazamiento separa a las familias y priva a los niños de un entorno seguro. Todos estos elementos son características comunes de los conflictos actuales; si queremos asegurar el bienestar de todos los niños en el siglo XXI, merecen una atención y medidas especiales.

Es verdad, sin embargo, que no quedó del todo desatendido el llamamiento de la Cumbre Mundial para que se *adopten medidas especiales, como la creación de ‘corredores de paz’, para posibilitar la distribución de suministros de emergencia a las mujeres y los niños y realizar ‘jornadas de paz’ dedicadas a la vacunación y a la prestación de otros*



influyen en la situación de los niños afectados por los conflictos armados, comprendidas la convención sobre la prohibición de las minas antipersonal y el Convenio No. 182 de la OIT, que también prohíbe el reclutamiento forzado u obligatorio de menores para conflictos armados.

Las actividades encaminadas a asegurar que los crímenes de guerra contra niños y mujeres no quedan impunes han avanzado con la aprobación del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional. El Estatuto define como crímenes de guerra el alistamiento de niños soldados, la violación, la esclavitud sexual y la prostitución forzada. También incluye disposiciones especiales relativas a la protección de las víctimas y testigos infantiles ante la Corte.

Con esta labor de movilización y promoción en todo el mundo, la situación de los niños afectados por los conflictos armados ha pasado a ocupar un lugar más destacado en el debate político internacional. La primera conferencia regional sobre los niños afectados por las guerras tuvo lugar en Winnipeg (Canadá) en septiembre de 2000. El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas ha reconocido la relación entre las violaciones de los derechos de la infancia y las amenazas a la paz y la seguridad internacionales y ha establecido un debate abierto anual sobre esta cuestión. Se han tomado medidas importantes para integrar las preocupaciones relativas a los niños en las operaciones de paz, incluso en los mandatos de mantenimiento de la paz y la capacitación del personal de mantenimiento de la paz. Como parte de las misiones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas en la República Democrática del Congo y Sierra Leona se han desplegado asesores de protección de menores. El bienestar de los niños afectados por las guerras se ha especificado en los objetivos y acuerdos de paz de Burundi, Irlanda del Norte y Sierra Leona.

Además, la asistencia humanitaria prestada a los niños en conflictos armados suele incluir ahora medidas especiales de protección. Durante el último decenio, los organismos humanitarios han participado más directamente, ejecutando programas de desmovilización de niños, reunificación de los niños con sus familias y reintegración de éstos en sus comunidades. Se ha recurrido cada vez más a estos organismos para que negocien con gobiernos y grupos rebeldes el acceso directo a los sectores más vulnerables de la población.

Los nuevos marcos de cooperación tienen por objeto conseguir la participación de todos los agentes en los esfuerzos por prevenir las violaciones y proteger a los niños. Todas las partes en conflicto se han comprometido a respetar los derechos de los niños. En algunas ocasiones se ha alcanzado un memorando de entendimiento, como por ejemplo el establecido entre la Operación Supervivencia en el Sudán y el Ejército de Liberación del Pueblo Sudanés.

También se hace mayor hincapié en el acceso a la educación, la rehabilitación psicosocial y la reintegración en situaciones de crisis. En Timor Oriental, la Administración de Transición de las Naciones Unidas y varias ONG crearon en medio del conflicto espacios especiales donde los niños pudieran tener tiempo y lugar para el aprendizaje, el recreo y el apoyo psicosociológico. En Albania, el Líbano y Turquía, este enfoque ha demostrado ser una manera eficaz de garantizar la protección de los niños y de las personas que se ocupan de ellos, así como de promover iniciativas de paz y reconciliación entre los niños. Hoy se reconoce que los niños deberían participar en la elaboración y ejecución de los programas dirigidos a ellos, especialmente en los procesos de desmovilización y reintegración, y en las políticas más generales para restaurar la paz y poner fin a las violaciones de sus derechos. Se han aplicado iniciativas innovadoras en el ámbito local para fortalecer la protección de los derechos del niño en los conflictos armados. Entre estas iniciativas figuran la Comisión Nacional de protección de los niños en Sierra Leona y la declaración de los niños como “zonas de paz” en Sri Lanka.

En el decenio pasado se regia pSg3niciatiisi9 9 Tw 2ll



aumentado las tasas de retención. También se han hecho esfuerzos prometedores por incorporar la educación en materia de paz y derechos humanos, y, en particular, la concienciación ecológica, en los programas educativos. Se ha prestado especial atención a los derechos de los refugiados adolescentes, incluidos los que se han visto obligados por las circunstancias a asumir el papel de cabeza de familia.

Los niños refugiados figuran entre los que corren más riesgo de reclutamiento ilegal en las fuerzas armadas. La reunificación de los niños refugiados con sus familias es el método más eficaz de prevenir este tipo de reclutamiento y es un componente básico de la rehabilitación. Otras medidas de prevención comprenden el traslado de los campamentos de refugiados, la separación entre combatientes y población civil y el fortalecimiento de la capacidad de las fuerzas responsables de la seguridad en los campamentos.

En Europa, varios países han experimentado mejoras en los procedimientos de evaluación de las

r



- y las autoridades judiciales y concertar tratados de asistencia mutua;
- Hacer mayor hincapié en la recuperación y reintegración de las víctimas infantiles e impedir que éstas sean tratadas como delincuentes;
  - Continuar los esfuerzos por establecer relaciones de colaboración amplias en el ámbito local,



- lizar dentro de esos sectores a jóvenes y niños que hagan de educadores de compañeros de su edad.
- Adaptar las estrategias al lugar y la cultura particulares en que viven los jóvenes, combinando enfoques educativos con la promoción de la salud y el desarrollo de la autoestima, la fortaleza y la capacidad de resistir el estrés y las presiones del grupo.
  - Intensificar los esfuerzos por impedir que los niños participen en el tráfico ilícito de drogas.

## LOS NIÑOS DISCAPACITADOS

La Cumbre Mundial en favor de la Infancia incluyó a los niños discapacitados en el grupo de niños que sufren *circunstancias especialmente difíciles* y requieren atención, protección y asistencia especiales. Los niños discapacitados tienen, evidentemente, los mismos derechos que cualquier otro niño y, como menciona expresamente la Convención sobre los Derechos del Niño, todo niño discapacitado deberá *disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten su participación activa en la comunidad.*

Se calcula que entre 120 y 150 millones de niños viven con algún tipo de discapacidad. Las importantes actividades del decenio de 1990 encaminadas a eliminar la poliomielitis y el gusano de Guinea, así como a luchar contra la carencia de yodo y de vitamina A y a prevenir el sarampión, han contribuido a reducir la discapacidad. Sin embargo, sigue siendo cierto que muchos de los factores causantes de la discapacidad (la mala salud materna, un parto en condiciones peligrosas, la malnutrición, las enfermedades no infecciosas, las enfermedades congénitas, las enfermedades infecciosas y las heridas de guerra) son evitables y están ligados con la pobreza o la falta de acceso a la atención sanitaria.

Está claro que los niños discapacitados siguen sufriendo discriminación y carecen de acceso a la atención sanitaria. En muchas sociedades, los niños discapacitados son abandonados o internados en instituciones con mucha más frecuencia que otros niños. Entre 6 y 8 millones de niños discapacitados de todo el mundo viven en instituciones, según las estimaciones de un estudio. Independientemente de que estén en instituciones o con su propia familia, los niños discapacitados tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades que otros niños de sufrir abandono y abusos físicos, sexuales o emocionales.

La mayoría de los niños discapacitados vive en países en desarrollo, la mayor parte en condiciones de pobreza y muchos en zonas rurales, donde el acceso a cualquier tipo de servicio especializado es poco habitual. La OMS estima que sólo del 1% al 2% de las personas discapacitadas que necesitan servicios de rehabilitación tienen acceso a ellos. No obstante, la falta de servicios especializados no es el único obstáculo. Los problemas que más afectan a las personas discapacitadas son de tipo social, económico y cultural, no de tipo médico. Muchos niños discapacitados no asisten a la escuela porque sus familias piensan que no necesitan educación o porque se cree que su presencia en la escuela sería perjudicial para la educación de los niños 'normales'. Además, las actitudes y prácticas discriminatorias excluyen a los niños discapacitados de otras formas de apoyo e interacción sociales, que van de las actividades de ocio a la formación profesional.

En el ámbito internacional, durante el decenio se avanzó considerablemente en el reconocimiento



hacen urgente, el ejercicio de las responsabilidades de las autoridades locales y nacionales en relación con estos niños. En otros casos, esos niños han sido objeto de ataques directos en situaciones de conflicto. Las vidas de los hijos de trabajadores migratorios siguen viéndose coartadas por diferencias



## Lecciones del decenio transcurrido

Lo sorprendente durante los años transcurridos después de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia es el tiempo que ha llevado la transformación del proceso político en medidas efectivas. Por múltiples razones, no siempre se lleva rápidamente a la práctica lo que se sabe en teoría.

Hace un decenio, en la Declaración y el Plan de Acción de la Cumbre Mundial, se hizo hincapié en la importancia de tomar medidas específicas para la niñez en el marco de las políticas y los planes nacionales, de apoyar los esfuerzos de los padres y las personas que cuidan a los niños, de potenciar a los jóvenes mediante conocimientos y recursos y de movilizar a todos los sectores de la sociedad en favor de la infancia. Los dirigentes que asistieron a la Cumbre Mundial también reconocieron la gran amenaza del VIH/SIDA y asignaron máxima prioridad a su prevención y tratamiento.

Sin embargo, muchas promesas no se han cumplido. Las consecuencias de ello son más evidentes en el letal progreso de la pandemia del VIH/SIDA y sus efectos devastadores para la supervivencia y el desarrollo de la niñez en las regiones más afectadas. También se reflejan en forma evidente en todos los derechos de la infancia, incluido el derecho a la salud, la educación, la protección, la recreación y la participación.

¿Por qué ha ocurrido así? ¿Por qué hemos sido testigos de avances duraderos en algunas esferas y de un progreso tan lento en otras?

La lección del decenio pasado es que no basta con que los dirigentes realicen promesas, incluso cuando hay recursos disponibles para ponerlas en práctica, a menos que toda la sociedad se movilice para alcanzar las metas. Los progresos más importantes alcanzados en relación con las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia –primero en la inmunización, luego en la erradicación de la poliomielitis, la yodización de la sal, la administración de suplementos de vitamina A, la erradicación del gusano de Guinea y, en algunas regiones, la matriculación escolar– se deben a una combinación de asociaciones sólidas y compromiso político sostenido.

adecuada a minorías en regiones semiáridas; reforma jurídica para mejorar el trato que reciben los menores  
b

el registro de los nacimientos y el acceso de los niños de las minorías a los servicios básicos; y el socorro humanitario y la protección de los niños en situaciones de conflicto.

## **Una nueva imagen de la niñez y una acción acorde**

En la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se reconoció la necesidad de que los millones de niños que vivían en circunstancias particularmente difíciles recibieran atención, protección y asistencia especiales. La experiencia del decenio de 1990 ha señalado la necesidad de abandonar la premisa –a la que se recurría con frecuencia– de que esos niños tienen de algún modo la culpa de su situación. El fracaso de proyectos anteriores que trataban a los niños y las niñas como “individuos problemáticos” ha puesto de manifiesto que las causas profundas de los problemas que les afectan suelen encontrarse en la sociedad en que viven. Se necesitan medidas centradas no sólo en resolver los problemas inmediatos de la niñez, sino también en las causas más amplias de su exclusión. Poner a una niña o un niño en una institución, por ejemplo, ha sido una frecuente respuesta inmediata a los problemas, pero rara vez una solución. Es necesario adoptar una perspectiva más amplia y, por ejemplo, cuestionar prejuicios respecto de la incapacidad o el origen étnico que entrañan discriminación o proteger a los niños, incluidas las niñas y adolescentes, de peligros como el tráfico de drogas y la violencia por motivos de género.

La imagen predominante respecto de los adolescentes también está cambiando: en vez de considerarlos

el decenio de 1990 sólo se invirtió de un 12% a un 14% del presupuesto nacional y un 11% de la asistencia

requiere reformas, no tanto de las teorías y políticas de desarrollo –que vienen insistiendo en enfoques participativos desde hace tiempo–, sino más bien de las aptitudes, actitudes y decisiones diarias de los profesionales, desde las enfermeras y los directores de escuelas hasta los ministros. Las estrategias que fomenten participación tendrán mayor éxito si están respaldadas por buenos sueldos, sistemas de rendición de cuentas y compromisos claros de los dirigentes políticos.

Las medidas que se tomaron en el decenio de 1990 empezaron a aprovechar las “nuevas oportunidades” de rápida obtención de recursos a través de asociaciones y gracias a la reducción de los costos de la nueva tecnología de la información, la comunicación y las ciencias médicas. Tanto los medios de difusión establecidos como las nuevas técnicas para el establecimiento de redes de información han dado mayor poder a las comunidades. Cuando las nuevas tecnologías y las asociaciones del sector público y el sector privado se han combinado con la participación de la comunidad, los resultados han sido notables, como ocurrió con las iniciativas sobre el paludismo y la poliomielitis, y la enseñanza interactiva en la clase.

Es cada vez más evidente, sin embargo, que problemas complicados como la mortalidad de la madre, la deficiencia proteico-calórica, la falta de higiene y saneamiento, el VIH/SIDA y la violencia endémica, no pueden resolverse mediante enfoques aplicados en un solo sector o “verticales”. Esos problemas no son nuevos, pero se han difundido más y están más afianzados que hace un decenio. Necesitamos medidas para potenciar a las personas más afectadas y hacer frente a las causas subyacentes de la falta de progreso. Las mejoras que se han producido en el saneamiento, por ejemplo, no se han debido solamente al progreso de la tecnología, sino a que las personas han comprendido mejor la relación que existe entre el agua potable, el saneamiento y la salud, y han convertido el saneamiento en una prioridad para sus comunidades. A su vez, esto sólo ha sido posible cuando las familias que van a buscar agua y utilizan las instalaciones participan en la planificación y la gestión.

seguir siendo ambiciosos para acelerar el progreso humano y erradicar flagelos como el SIDA y la malnutrición. Para movilizar los recursos necesarios y evitar la marginación de los objetivos relacionados con la niñez, estas metas deben vincularse estrechamente con iniciativas de desarrollo humano, mitigación de la pobreza, alivio de la deuda, descentralización y reforma sectorial. Estas iniciativas mayores pueden promover la causa de la infancia al incluir metas e indicadores específicos y exámenes periódicos de los progresos que estén abiertos al público.

### **Acción, asociación y participación del sector público**

En un plano más amplio, los países que han logrado un progreso importante en el desarrollo humano en los últimos decenios reconocieron el papel fundamental del crecimiento económico sostenido, pero no esperaron a que ese crecimiento se produjera. Convirtieron las inversiones sociales en una prioridad y gastaron proporcionalmente más en servicios sociales básicos, con-

siderando estas inversiones como fundamento del desarrollo. Hicieron las inversiones con relativa eficiencia y las protegieron en los momentos de declinación económica. También reconocieron que debía prestarse especial atención a los excluidos y los más vulnerables y que las medidas de apoyo al adelanto de la mujer eran fundamentales para el desarrollo humano.

También involucraron a toda la sociedad en su proyecto. La gente reconoció que el progreso era posible y se movilizó con tal fin. A menudo, incorporaron la

causa de los derechos de la niñez en sus planes de reforma. El desarrollo humano, además, no se limitó a un departamento gubernamental o a un avezado activista. En lugar de ello, involucró a todos: abogados y periodistas, empresarios y activistas comunitarios, los mayores y los jóvenes. Alianzas más integradoras dedicadas al logro del bien común: éste es el mejor sistema para salvar la brecha entre las promesas y la acción y hacer rápidos progresos en favor de la niñez, como se puede deducir de las experiencias del decenio de 1990.

## **La con 109e laar de elleenes. A**

Unidas y los objetivos internacionales de desarrollo han fijado metas concretas que deben cumplirse en plazos determinados en todo el mundo para satisfacer las necesidades y realizar los derechos de los niños y las niñas, incluso los más vulnerables.

No debemos contentarnos con nada menos que el cumplimiento de esas metas y objetivos internacionales. Pero en el marco de esas metas y objetivos hay cuatro esferas de interés que son fundamentales para el nuevo decenio: promover la salud; impartir educación de calidad; proteger a los niños de los malos tratos, la explotación y la violencia; y luchar contra el VIH/SIDA y los peligros que supone para los niños, su bienestar y sus derechos. Estas son las prioridades máximas y estratégicamente importantes para satisfacer las necesidades de la niñez.

Para apoyar la aplicación de medidas en estas cuatro esferas, deben mobilizarse recursos de todo tipo y a todos los niveles y desviarlos de objetivos destructivos o menos productivos, como los conflictos armados y el consumo antieconómico. En cada esfera, habrá que hacer esfuerzos para tener en cuenta a los niños pobres, marginados y vulnerables. Deberá prestarse atención concretamente a la violencia contra los niños y a los actos perjudiciales y la discriminación que afectan a las niñas y las mujeres. Es necesario poner fin a la cultura de la impunidad.

Los dirigentes nacionales, los gobiernos locales y los organismos internacionales deberán fijar sus propias metas detalladas, basándose en las metas convenidas en la Sesión Especial en favor de la Infancia y adaptándolas debidamente. Tendrán que establecer prioridades para acelerar la acción y efectuar exámenes periódicos de los progresos y deberán rendir cuentas a todos los interesados, incluidos los propios niños.

Incluso en las sociedades más pobres es posible mejorar la situación de la niñez en forma sostenible,

o09 Efvfpázec-

# Decir que sí...

*Diez maneras de cambiar el mundo con los niños y las niñas*

- No excluir a ningún niño
- Poner a los niños primero
- Cuidar a todos los niños
- Combatir el VIH/SIDA
- Eliminar el daño y la explotación de la infancia
- Escuchar a la infancia
- Educar a todos los niños
- Proteger a la niñez contra la guerra
- Proteger la Tierra para los niños
- Luchar contra la pobreza: Invertir en la infancia

