

## SEGUNDA PARTE:

---

# PROGRESOS LOGRADOS EN LA APLICACION DE LA DECLARACION Y EL PLAN DE ACCION DE LA CUMBRE MUNDIAL

## 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.

***Se han hecho progresos extraordinarios en la erradicación de la poliomielitis. Más de 175 países ya están libres de esta enfermedad.***

## Salud infantil

### BALANCE DE LA SALUD INFANTIL

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

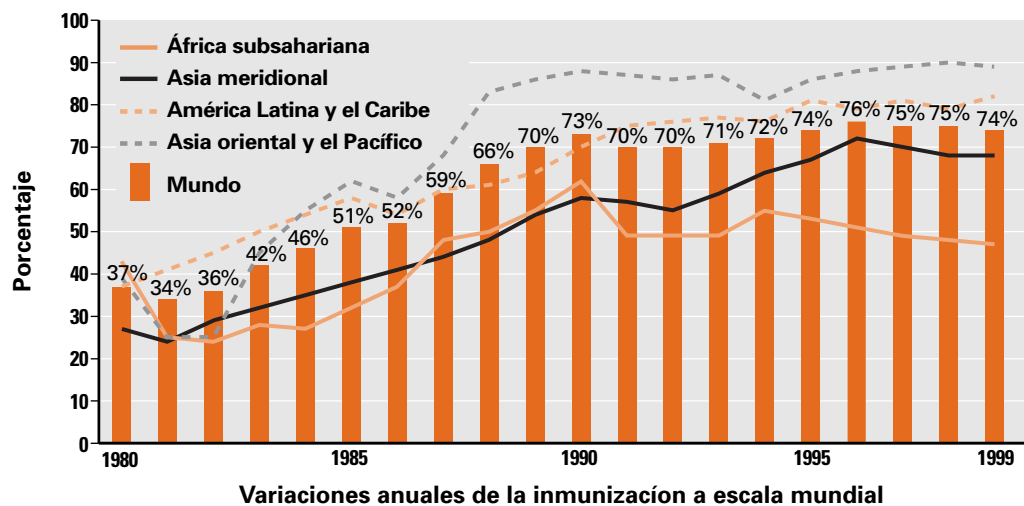
bien a niveles bajos. En mayo de 2000, la OMS, el UNICEF, Rotary International, los centros de control de enfermedades y otras organizaciones llegaron a la conclusión de que la interrupción de toda transmisión de la poliomielitis podría lograrse con una intensa labor en el año 2002, y su erradicación en el año 2005. No obstante, ello exigirá una dedicación y una perseverancia constantes de la comunidad internacional hasta el último momento, cuando la poliomielitis entre en los anales de la historia como la segunda enfermedad erradicada de la tierra, después de la viruela. La erradicación de la poliomielitis ahorrará al mundo 1.500 millones de dólares al año que podrán destinarse a la vacunación contra otras enfermedades.

## INMUNIZACION

En comparación con la tasa mundial de vacunación de 1980, que era inferior al 40% de niños completamente inmunizados, las tasas de cobertura son hoy en día de aproximadamente el 75%. Por lo tanto, la meta de lograr que la tasa mundial alcance el 90% y se establezca en esa cifra no se ha conseguido.

Aproximadamente 30 millones de lactantes aún no son vacunados con regularidad y hay grandes disparidades dentro de los países y entre ellos por lo que se refiere a las tasas. La cifra más baja es la del África subsahariana, donde sólo un 47% de los niños han recibido la vacuna triple contra la difteria, la tos ferina y el tétanos; se trata de un porcentaje más bajo que el de hace un decenio. Una razón importante del descenso registrado en la región ha sido la reducción de los compromisos de los donantes, en especial con respecto a la capacitación, la vigilancia y la logística, mientras que los presupuestos nacionales no se incrementaron lo suficiente como para hacer frente a los déficits.

### Inmunización 1980-1999, vacuna triple contra la difteria, la tos ferina y el tétanos



Fuente: UNICEF/OMS.

Millones de niños siguen muriendo por no ser vacunados contra las principales causas de la mortalidad infantil: la difteria, la tuberculosis, la tos ferina, el sarampión y el tétanos. La carencia de fondos ha significado también la imposibilidad de que muchos países introduzcan nuevas vacunas. Además, muchos de los países más necesitados todavía no disponen de forma generalizada de vacunas contra la hepatitis B, la *haemophilus influenzae* "de tipo B" (una de las principales causas de neumonía y meningitis) y la fiebre amarilla.

Entre 1995 y 2000, unos 25 países aumentaron de manera notable su propia financiación de los servicios de vacunación. La Iniciativa para la Independencia Vacunal, establecida por el UNICEF y la OMS, contribuyó a este aumento al establecer un fondo rotatorio para ayudar a los países en desarrollo a adquirir, con su propia moneda, vacunas de alta calidad a bajo costo en cantidades suficientes para lograr la vacunación universal de los niños y las niñas y mantenerla.

En 1999, los asociados de la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI) – la Fundación Bill y Melinda Gates, el Programa de Vacunas para Niños de PATH, el UNICEF,

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 complemento de los servicios de vacunación regular llevados a cabo en zonas de alto riesgo, se aplican tres dosis adecuadamente espaciadas de vacuna antitetánica a todas las mujeres en edad fértil. Esta tarea, junto con la promoción de prácticas higiénicas de alumbramiento y el refuerzo de la vigilancia del tétanos neonatal, permitirá acercarse a la eliminación de la enfermedad.

## DIARREA

Hoy en día, mueren anualmente a causa de la deshidratación producida por las enfermedades diarreicas un millón menos de niños que a comienzos del decenio de 1990. Aunque se ha logrado alcanzar la meta de la Cumbre Mundial de reducir en un 50% la mortalidad como consecuencia de la diarrea, la enfermedad sigue siendo una de las principales causas de mortalidad infantil.

Gran parte del éxito de la reducción de la mortalidad a causa de las enfermedades diarreicas en todas las regiones puede atribuirse a la mayor utilización de la terapia de rehidratación oral (TRO) mediante el uso de una solución ya preparada de sales de rehidratación oral (SRO) y/o de líquidos recomendados en el hogar, así como mediante la ingestión de mayor cantidad de líquidos y el mantenimiento

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.

***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.***

## 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
- No se han aprovechado plenamente las posibilidades que ofrecen los días nacionales de inmunización como complemento de los programas de vacunación.

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, Tailandia y otros países que habían realizado progresos rápidos en la reducción de los niveles de malnutrición. La estrategia insistía en que los tres pilares para mejorar la nutrición eran la ingestión de alimentos suficientes, la ausencia de enfermedades y la atención familiar adecuada. La estrategia influyó en las políticas y en la comprensión de la malnutrición en muchos países durante el decenio de 1990, efecto que también tuvo la Gestión integrada de las enfermedades de la infancia aplicada por gran cantidad de gobiernos y ONG.

Algunas de las iniciativas más eficaces del decenio fueron la promoción de la lactancia materna y la lucha contra las carencias de micronutrientes fundamentales. En la Cumbre Mundial se definieron los tres micronutrientes fundamentales: la vitamina A, el yodo y el hierro. La experiencia ha demostrado que la carencia de micronutrientes, conocida también como 'hambre oculta', puede prevenirse con alimentos complementarios y enriquecidos, siempre que sea posible superar problemas técnicos y encontrar sistemas de distribución de los suplementos. Los programas de vitamina A y de yodo tuvieron tanto éxito en el decenio de 1990 que también se concentraron en otros micronutrientes como el zinc.

En la Cumbre Mundial sobre la Alimentación celebrada en 1996, dirigentes de 186 países se comprometieron a reducir la cifra de hambrientos a la mitad para el año 2015. La Declaración de Roma sobre Seguridad Alimentaria Mundial, en la que se afirmaba el derecho de todas las personas a una alimentación adecuada, ofreció una nueva oportunidad para movilizar recursos y adoptar medidas.

## BALANCE GENERAL DE LA NUTRICION

OBJETIVO	LOGROS	CUESTIONES PENDIENTES
<b>Malnutrición:</b> <i>reducción de un 50% de los niveles de malnutrición aguda y moderada entre los niños menores de 5 años</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En los países en desarrollo la malnutrición se redujo en un 17%. América del Sur logró el objetivo con una reducción del 60% en la prevalencia del bajo peso.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aún hay 150 millones de niños malnutridos, de los cuales dos tercios están en Asia. La cifra total de niños malnutridos ha aumentado en África.</li> </ul>
<b>Bajo peso al nacer:</b> <i>reducción de la tasa de bajo peso al nacer (menos de 2,5 kilogramos) a menos del 10%</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta la fecha, 100 países en desarrollo tienen niveles de bajo peso al nacer inferiores al 10%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos los años nacen con bajo peso más de 9 millones de niños en el Asia meridional y más de 3 millones en el África subsahariana.</li> </ul>
<b>Carencia de vitamina A:</b> <i>eliminación virtual para el año 2000</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Más de 40 países están proporcionando a la mayoría de los niños (más del 70%) al menos una alta dosis complementaria de vitamina A al año. El UNICEF calcula que de esta forma podrían haberse evitado hasta 1 millón de muertes de niños en tan sólo los últimos tres años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>En los países en desarrollo, un 20% de los niños no recibe al menos una alta dosis complementaria de vitamina A y la mayoría de los que obtienen una dosis no recibe la necesaria segunda dosis. Habrá que encontrar un nuevo sistema de distribución de vitamina A ya que muchos países van a dejar de celebrar días nacionales de inmunización.</li> </ul>
<b>Trastornos por carencia de yodo:</b> <i>eliminación virtual</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aproximadamente el 72% de los hogares del mundo en desarrollo utiliza sal yodada, en comparación con menos del 20% a principios del decenio. Como resultado de ello, 90 millones de recién nacidos están protegidos anualmente contra una pérdida notable de su capacidad de aprendizaje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aún hay 35 países en los que en menos de la mitad de los hogares se consume sal yodada.</li> </ul>
<b>Lactancia materna:</b> <i>lograr que todas las mujeres amamenten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La tasa de lactancia exclusivamente materna aumentó durante el decenio.</li> <li>También se alcanzaron logros en la adición oportuna de alimentos complementarios y en la continuación de la lactancia materna hasta bien entrado el segundo año.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sólo aproximadamente la mitad de los lactantes se alimentan exclusivamente con leche materna durante los primeros cuatro meses de vida.</li> </ul>
<b>Supervisión del crecimiento:</b> <i>institucionalización de la promoción del crecimiento de los niños y su supervisión periódica en todos los países para fines del decenio de 1990</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La mayoría de los países en desarrollo han llevado a cabo actividades de supervisión y promoción del crecimiento utilizando varios enfoques.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A menudo no se utiliza la información sobre supervisión del crecimiento como base para la adopción de medidas a nivel comunitario, familiar o gubernamental.</li> </ul>
<b>Seguridad alimentaria familiar:</b> <i>difusión de conocimientos y de servicios de apoyo para aumentar la producción de alimentos</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ha disminuido ligeramente el número de personas de los países en desarrollo cuya dieta carece de las calorías suficientes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aproximadamente un tercio de la población del África subsahariana carece de alimentos suficientes.</li> </ul>

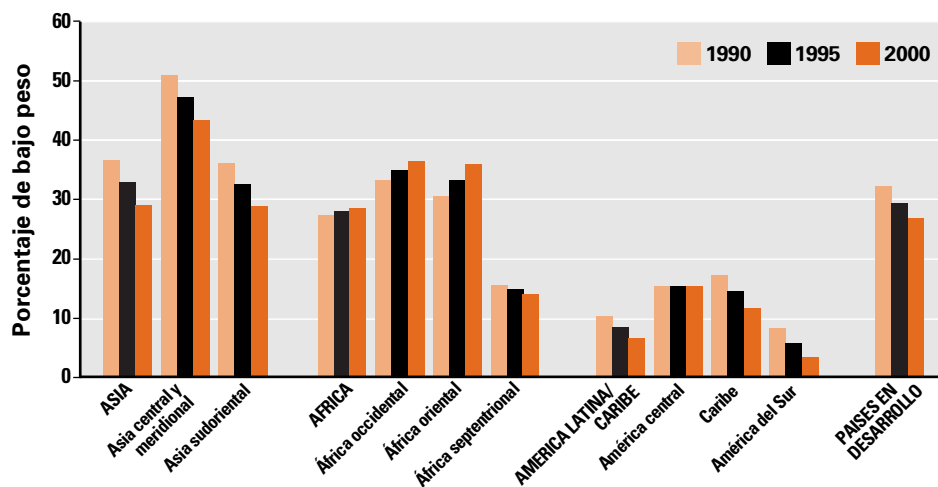
## MALNUTRICIÓN INFANTIL

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 discriminación contra las niñas y la alta densidad de población son otros factores importantes.

En el África subsahariana, a pesar de los progresos alcanzados por algunos países, la cifra total de niños malnutridos ha aumentado. Los problemas principales son la extrema pobreza, la inseguridad alimentaria crónica, los bajos niveles de educación, la atención sanitaria inadecuada y el limitado acceso a los servicios de salud. Las deficiencias de la administración pública y, en algunos casos, la falta de compromiso para apoyar las iniciativas locales han dificultado la aplicación de políticas sobre nutrición encaminadas a dotar de medios a las familias y comunidades. La situación se ha visto enormemente agravada por los conflictos, los desastres naturales y la pandemia del VIH/SIDA.

### Tendencias de la malnutrición infantil: países en desarrollo, 1990-2000



Fuente: ACC/SCN, 2000.

La reducción de la malnutrición entre los lactantes y los niños pequeños exigirá mejoras importantes de los niveles de educación y formación de las madres y de la salud y nutrición de las mujeres, especialmente durante el embarazo. En los lugares donde la malnutrición infantil es un problema importante son también a menudo demasiado altas las tasas de bajo peso al nacer, lo cual exige que las políticas presten atención renovada tanto a las madres como a los hijos.

Uno de los objetivos de apoyo aprobados en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia fue la institucionalización de la promoción y supervisión del crecimiento infantil en todos los países. La mayoría de los países en desarrollo ha adoptado actividades de promoción y supervisión del crecimiento.

No obstante, una dificultad importante a todos los niveles ha sido la de relacionar la información obtenida del peso periódico de los niños con la adopción de decisiones acerca de la malnutrición infantil. En algunos países, las actividades de promoción y supervisión del crecimiento se han resentido también debido a la falta de contactos frecuentes entre los trabajadores comunitarios de la salud y las familias.

## BAJO PESO AL NACER

El peso al nacer refleja la experiencia intrauterina; no sólo es un buen indicador de la salud y del estado de nutrición de la madre, sino también de las posibilidades de supervivencia, crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial del recién nacido.

El bajo peso al nacer –2,5 kilogramos o menos– puede deberse al nacimiento prematuro o a un retraso del crecimiento intrauterino. En los países en desarrollo la causa predominante suele ser esta última circunstancia, que puede deberse a muchos factores, entre ellos la malnutrición materna, el paludismo, las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos en la adolescencia.

Los recién nacidos con bajo peso tienen más posibilidades de morir. Los que sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico, corren mayor riesgo de padecer enfermedades y, a largo plazo, tienden a seguir malnutridos y a tener menos fuerza muscular. También pueden sufrir discapacidades cognitivas, como un menor coeficiente de inteligencia, trastornos de falta de concentración e hiperactividad. En la escuela, los niños nacidos con bajo peso tienen un rendimiento inferior al de los otros niños. A medida que van creciendo, contraen enfermedades crónicas en mayor proporción.

La reducción de la tasa de bajo peso al nacer a menos del 10% fue uno de los objetivos más ambiciosos aprobados en la Cumbre Mundial. En 1990 se calculó que el porcentaje de los recién nacidos con bajo peso era del 17%. En los países en desarrollo todavía no se pesan al nacer muchos niños, pero las mejores estimaciones disponibles indican que 100 países en desarrollo tienen actualmente tasas de bajo peso al nacer inferiores al 10%. En el ámbito regional, América Latina y el Caribe (9%), Asia oriental y el Pacífico (8%) y la región de Europa central y oriental/Comunidad de Estados Independientes/Estados del Báltico (9%) han reducido sus tasas a menos de un 10%, proporciones que no superan en mucho el 6% que se da en los países industrializados. La situación en las otras dos regiones es muy diferente. En el África subsahariana, donde la tasa de bajo peso al nacer es del 12%, nacen al año más de 3 millones de niños con peso inferior a 2,5 kilogramos. En Asia meridional, la tasa de bajo peso al nacer es del 25%, lo cual representa una cifra de más de 9 millones de niños.

Es necesario adoptar un enfoque integrado para hacer frente al problema de la atención prenatal. Además de la supervisión general de los embarazos, otras medidas que pueden reducir el bajo peso al nacer son la eliminación de infecciones de la mujer provocadas por gusanos parásitos, los suplementos de micronutrientes, los suplementos de alimentos y la prevención del paludismo y del hábito de fumar durante el embarazo. Reducir la incidencia del embarazo durante la adolescencia puede contribuir también a resolver este problema.

## CARENCIA DE VITAMINA A

Es bien sabido que la falta de vitamina A puede provocar ceguera irreversible, pero mucho antes de que se produzca la ceguera un niño con carencia de vitamina A tiene un 25% más de riesgo de morir de enfermedades comunes, como el sarampión, el paludismo o la diarrea. La vitamina A mejora la resistencia del menor a las infecciones y ayuda a reducir la anemia y la ceguera nocturna. La vitamina A se encuentra en la carne, los huevos, las frutas, el aceite de palma roja y las verduras, pero estos alimentos son generalmente caros para las familias pobres. En algunos países, productos básicos como

***Sólo entre 1998 y 2000, puede que la administración de suplementos de vitamina A haya evitado la muerte de aproximadamente 1 millón de niños.***

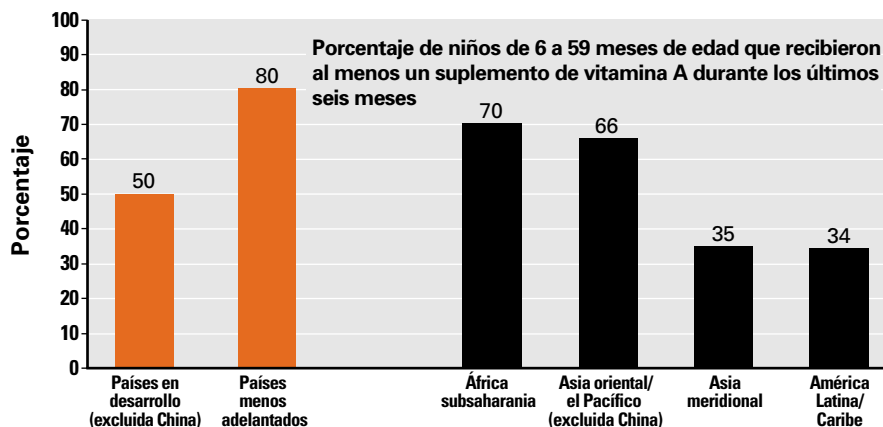
la harina y el azúcar se enriquecen con vitamina A y otros micronutrientes. Como alternativa, los niños de 6 a 59 meses de edad pueden recibir dos cápsulas con dosis altas de vitamina A que cuestan sólo unos cuantos centavos al año.

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

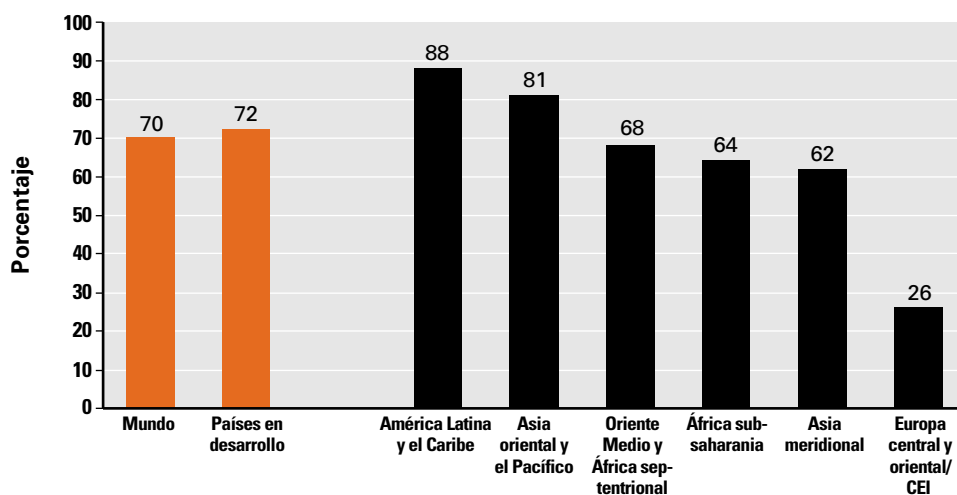
leve, puede descender el coeficiente intelectual medio de la población hasta 13 puntos. Las consecuencias graves para el desarrollo humano de naciones enteras son obvias.

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 sufrían algún tipo de daño cerebral como resultado de un consumo insuficiente de yodo.

El simple hecho de añadir yodo a la sal puede eliminar la carencia de yodo. El objetivo es proporcionar a los consumidores el equivalente a una cucharadita de yodo durante toda una vida. En gran parte del mundo industrializado se ha añadido regularmente yodo a la sal desde principios del siglo XX, pero en el mundo en desarrollo aún en el decenio de 1990 menos de un 20% de la población consumía sal yodada.

En la actualidad, el éxito de la sal yodada en el mundo protege anualmente a 90 millones de recién nacidos de una pérdida importante de la capacidad de aprendizaje. En aproximadamente el 72% de los hogares del mundo en desarrollo se utiliza sal yodada. Sin embargo, en 35 países menos de la mitad de los hogares consumen sal yodada.

Los niveles más altos de consumo de sal yodada se dan en América Latina (88%). Los más bajos son los de la región de Europa central y oriental/Comunidad de Estados Independientes/Estados del Báltico, donde antes se yodaba convenientemente la sal pero ahora sólo se consume sal yodada en algo más del 25% de los hogares. Los trastornos por carencia de yodo se han vuelto a convertir en un problema de salud pública en muchos de estos países. En el Asia meridional aún hay 510 millones de personas sin protección y más de 350 millones en el Asia oriental y el Pacífico. No obstante, como han puesto de manifiesto los grandes avances logrados incluso en las regiones más pobres, la adición de yodo a la sal en todo el mundo es un objetivo viable que debería tratarse de lograr por todos los medios. Con el compromiso necesario, los trastornos por carencia de yodo deberían desaparecer para 2005.



Niveles de consumo de sal yodada, 1995-2000

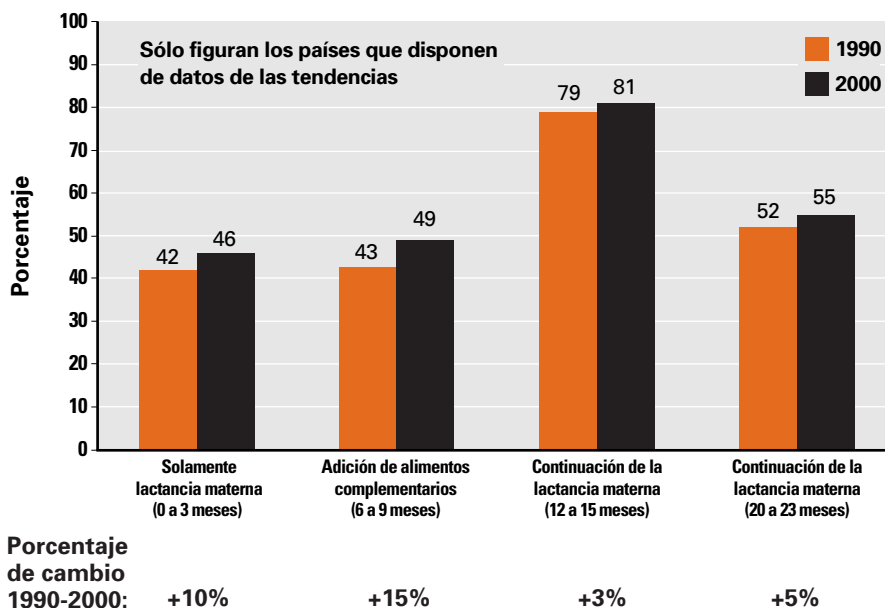
Fuente: UNICEF, 2001.

## ALIMENTACION DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

En el decenio de 1990 se alcanzaron progresos notables en la meta de *lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año.* (Actualmente, las recomendaciones en el ámbito internacional sugieren que se amamante al lactante de manera exclusiva durante seis meses; la Asamblea Mundial de la Salud aprobó en mayo de 2001 una resolución en la que exhortaba a los Estados Miembros a afianzar las actividades y establecer nuevos enfoques para proteger, promover y apoyar el amamantamiento exclusivo durante seis meses.) La tasa de lactancia materna exclusiva durante los cuatro primeros meses de

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 incluye la facilitación de más información con miras a la toma de decisiones en el ámbito local. Es necesario ampliar muchos programas en pequeña escala que se desarrollaron con éxito en el decenio de 1990 y comprender mejor las razones por las que hasta ahora no se han ampliado.

Es más clara la percepción de la relación fundamental que existe entre el bienestar de la mujer desde el punto de vista de la nutrición y la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del hijo. El paso siguiente consiste en centrar las políticas y los recursos en etapas fundamentales de la vida de la niña y la mujer: los años pasados en la escuela primaria, la adolescencia y el embarazo. Para romper el ciclo intergeneracional de la malnutrición es esencial mejorar la nutrición de la mujer y la niña y prevenir el bajo peso al nacer.

Para seguir avanzando en el ámbito de la alimentación de los lactantes y los niños pequeños es necesario que las madres dispongan de lugares en los que puedan amamantar fácilmente a sus hijos. El Convenio relativo a la protección de la maternidad (No. 183) de la OIT, aprobado en 2000, ofrece la tan esperada oportunidad de mejorar las condiciones de las madres trabajadoras, incluidas las que realizan trabajos ocasionales, a tiempo parcial y domésticos. Las disposiciones del Convenio establecen normas mínimas para las mujeres trabajadoras de todo el mundo. En general, cada vez se considera más que la lactancia materna es importante no sólo para la vida del niño, sino también para la salud del niño a largo plazo y su desarrollo psicosocial y cognoscitivo. En las sociedades afectadas por el VIH es necesario seguir elaborando políticas claras sobre alimentación infantil que deben transmitirse a las madres. También es fundamental adoptar medidas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna en situaciones de emergencia.

Es necesario mantener la colaboración mundial que propició la adopción de medidas sobre la vitamina A en los últimos años del decenio de 1990 con el apoyo del Gobierno del Canadá, otros donantes y organismos de las Naciones Unidas. Es fundamental seguir ampliando el ámbito de cobertura. Los días nacionales de inmunización son cada vez menos frecuentes en todo el mundo y es preciso encontrar nuevas formas de distribuir vitamina A a los niños. Constituyen una alternativa prometedora los días de la salud infantil, en los que se distribuye vitamina A en el marco de otras intervenciones, como la supervisión del crecimiento o la vacunación regular. También serán fundamentales para asegurar la nutrición infantil las iniciativas de enriquecimiento de los alimentos.

La tarea de acabar con los trastornos debidos a la carencia de yodo exige vigilancia continua; deberá supervisarse permanentemente la yodación de la sal y el nivel de yodo de la población y se deberá informar a las familias de las ventajas de la sal yodada.

## Salud de la mujer

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, influyó de manera notable en las políticas de salud infantil y dio un nuevo impulso a la reducción de la mortalidad materna. Al poner en primer plano la cuestión de la salud reproductiva se sentaron las bases del enfoque del desarrollo humano desde la perspectiva del ciclo vital que aparecería más adelante en el decenio.

No obstante, la situación general de la mujer ha mejorado con lentitud. La OMS señala que ésta es una de las principales razones de que la mortalidad en la etapa neonatal inicial no se haya reducido con tanta rapidez como en etapas de la infancia posteriores. La precaria situación de la mujer en muchos países se refleja también en la rápida propagación del VIH y en la lentitud con la que disminuye la mortalidad materna.

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.

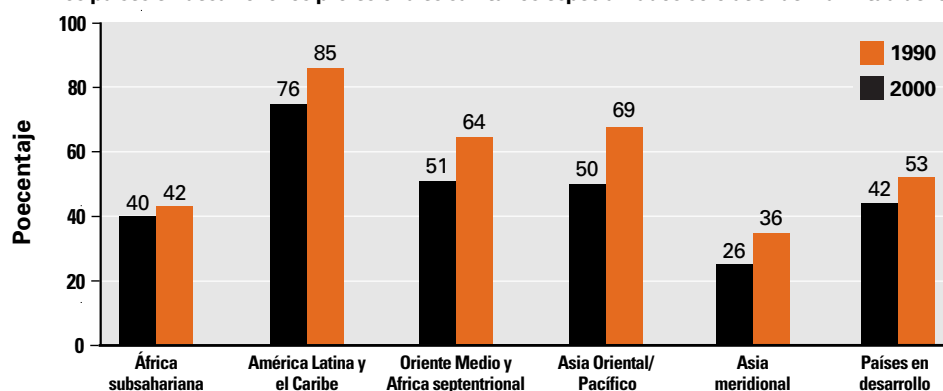
No hay pruebas de que la tasa de mortalidad materna se haya reducido de forma notable en la mayor parte del mundo durante el decenio, y el objetivo de la Cumbre Mundial de reducirla en un 50% no se ha cumplido. Como la tasa es difícil de medir, la atención se ha centrado en los indicadores del proceso, 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,

especialmente la eclampsia. Como estas complicaciones pueden producirse sin previo aviso en cualquier momento del embarazo o del alumbramiento, es fundamental disponer de acceso oportuno a servicios obstétricos de calidad y recurrir a tiempo a los mismos.

Uno de los factores más importantes para prevenir la mortalidad materna y neonatal es contar con personal especializado (médicos, enfermeras y parteras) capaz de prevenir, diagnosticar y tratar las principales complicaciones obstétricas, así como con el equipo, los medicamentos y los demás suministros que se necesitan. Los datos disponibles indican que sólo un poco más de la mitad (el 53%) del total de los alumbramientos del mundo se realizan con asistencia de personal sanitario especializado. Los niveles más bajos corresponden al Asia meridional (el 36%) y al África subsahariana (el 42%); los más altos, aparte de los países industrializados, se dan en América Latina y el Caribe (el 85%) y Europa central y oriental/Comunidad de Estados Independientes. Los datos disponibles sobre las tendencias de 51 países en desarrollo indican que entre 1989 y 1999 ha habido un moderado aumento del número de alumbramientos provistos de asistencia. Los progresos más importantes se produjeron en el Oriente Medio y el África septentrional, seguidos de Asia y de América Latina y el Caribe. En algunos países del África subsahariana ha disminuido la proporción de alumbramientos que cuentan con asistencia.

**Parto atendido por región sobre la base de 51 países que disponen de datos sobre las tendencias**  
**En los países en desarrollo los profesionales sanitarios especializados sólo atienden la mitad de los partos**



Fuente: UNICEF, 2001.

**Partos atendidos por personal especializado, 1990-2000**

Varios estudios han puesto de manifiesto que muchas complicaciones del embarazo y el alumbramiento que ponen en peligro la vida son difíciles de prevenir o evitar; la OMS informó en 1992 de que muchos de los elementos característicos de la atención prenatal no son eficaces para reducir la mortalidad materna. No obstante, la atención prenatal sigue siendo un medio excelente de prestar servicios complementarios, como por ejemplo la prevención de la transmisión materno-filial del VIH, la profilaxis y el tratamiento del paludismo y el suplemento de micronutrientes.

## FERTILIDAD Y PLANIFICACION DE LA FAMILIA

En la Cumbre Mundial se pidió *el acceso de todas las parejas a información y servicios para impedir los embarazos demasiado tempranos, poco espaciados, demasiado tardíos o demasiado numerosos*. En la segunda mitad del decenio de 1990, el objetivo de muchas iniciativas de planificación de la familia pasó de limitarse a reducir la fertilidad a prestar ayuda a las parejas para que planificaran su familia. Se hizo hincapié en la salud reproductiva en general, en especial servicios e información sobre planificación de la familia de calidad, voluntarios y confidenciales y la insistencia en la mejora de la calidad de la atención. El índice total de fertilidad del mundo se ha reducido actualmente al 2,8, frente al 3,2 de principios del decenio. En el ámbito regional, el África subsahariana registra la tasa de fertilidad más alta en el plano general y en la adolescencia.

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 *reducir en una tercera parte los niveles de anemia por carencia de hierro registrados entre las mujeres en 1990* guarda una relación muy estrecha con la mejora de la salud materna.

La información sobre el predominio de la anemia entre las mujeres embarazadas es limitada, pero los datos disponibles indican que, pese a los suplementos, no ha habido prácticamente ningún cambio desde 1990. A mediados del decenio de 1990 se calculaba que los niveles de incidencia entre las embarazadas del Asia sudoriental y el África subsahariana ascendían nada menos que al 79% y el 44%, respectivamente. Sin embargo, hay algunos indicios de que puede haberse reducido la incidencia de la anemia grave.

La medida principal para reducir la anemia ha sido la distribución a las embarazadas de suplementos de hierro-folato por mediación del sistema público de salud. Varios gobiernos de países en desarrollo han facilitado estos suplementos utilizando sus propios recursos y los de donantes. Los suplementos de

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

hierro pueden ser una estrategia viable, pues han demostrado su efecto en la anemia y cuestan tan sólo unos 1,50 dólares por cada 1.000 tabletas.

Sin embargo, el suministro de suplementos de hierro no ha sido una estrategia muy eficaz, ya que no siempre se ha dispuesto de una cantidad suficiente de dosis, algunas mujeres no tomaban la dosis diaria recomendada por los

efectos secundarios que producía y la información facilitada por el personal de los servicios de salud era en ocasiones poco adecuada. Además, las mujeres solían acudir a los servicios de atención prenatal en una etapa relativamente tardía del embarazo en la que la anemia, ya existente, y sus consecuencias eran más difíciles de tratar. Se necesitan estrategias nuevas para hacer frente a este grave problema.

#### EXPERIENCIA ADQUIRIDA SOBRE LA SALUD DE LA MUJER

Durante el decenio de 1990 no siempre se establecieron con claridad las prioridades de los programas de maternidad sin riesgo y no siempre las medidas tenían objetivos bien definidos. Algunos programas adoptaron un enfoque general, insistiendo por igual en promover la condición de la mujer, mejorar los servicios de atención materna y ampliar la atención de emergencia. Estas tareas resultaron a veces demasiado ambiciosas y costosas para los gobiernos que contaban con un apoyo limitado de los donantes.

La experiencia demuestra que no es probable que la capacitación de parteras tradicionales desprovista de apoyo de trabajadores de la salud profesionalmente capacitados sea eficaz para reducir la mortalidad

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. Conviene contar con acceso a personal especializado, pero el acceso inmediato a la atención obstétrica fundamental es el factor clave para salvar vidas. Por lo tanto, los gobiernos deben tratar de garantizar no sólo que las mujeres recurran a servicios de atención prenatal y disponen de acceso a éstos, sino también que existe una atención obstétrica de calidad a disposición de todas las mujeres durante el embarazo y el alumbramiento.

El espaciamiento de los hijos y la planificación de la familia disminuyen las posibilidades de embarazo de riesgo en la mujer y, por lo tanto, de mortalidad materna. No obstante, no reducen la probabilidad de complicaciones o de muerte durante el embarazo.

La reducción de la anemia sigue siendo un objetivo importante que sólo puede lograrse mediante la combinación de diversas medidas. Hay que superar las limitaciones técnicas para ampliar la aportación de suplementos durante el embarazo. Esta labor debe comprender otros micronutrientes, pues la anemia puede deberse a carencias de vitamina A, zinc y vitamina B12, así como a la carencia de hierro. Otra estrategia que se está promoviendo es el enriquecimiento de los alimentos, además de forjarse nuevas asociaciones con la industria alimentaria. La prevención del paludismo y los parásitos intestinales debería formar parte de la estrategia general de reducción de la anemia, que debería incluir a los niños y las niñas y las mujeres.

## Agua potable y saneamiento

La falta de agua potable y el saneamiento deficiente figuran entre las causas fundamentales de la muerte, las enfermedades y la malnutrición de los niños. Los estudios demuestran que el mejoramiento del abastecimiento de agua salubre, en particular en lo que concierne al saneamiento y la higiene, puede reducir en un 22% la incidencia de las enfermedades diarreicas, y disminuir en un 65% las muertes provocadas por esas enfermedades. Es probable que se logran efectos similares con respecto al cólera, la hepatitis, la verminosis parasitaria y el tracoma.

Reconociendo la labor pendiente iniciada en el marco del Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental que se celebró durante el decenio de 1980, la Cumbre Mundial en favor de la Infancia reafirmó el objetivo de lograr el acceso universal al agua potable y a medios sanitarios de eliminación de excretas. Las estimaciones revisadas de la evaluación mundial de la situación del suministro de agua y del saneamiento, realizada por la OMS y el UNICEF en el año 2000, indican que, teniendo en cuenta el crecimiento de la población, el número de personas que carecen de acceso a esos servicios básicos se ha mantenido prácticamente igual. Aunque muchas personas lograron tener acceso a servicios mejorados de abastecimiento de agua por primera vez en el decenio de 1990, la cobertura universal sigue estando muy lejos de alcanzarse. El porcentaje de la población que cuenta con algún tipo de abastecimiento mejorado se elevó del 77% en 1990 al 82% en el año 2000. Estas cifras indican que hay más de 1.000 millones de personas sin acceso a agua potable.

Entre 1990 y 2000, la proporción de la población mundial que disponía de acceso a servicios de saneamiento aumentó del 51% al 61%. Se calcula que 2.400 millones de personas siguen careciendo de acceso a instalaciones de saneamiento mejoradas.

El África subsahariana tiene el nivel más bajo de acceso a agua potable (el 54%). La cobertura general de sus servicios de saneamiento se ha mantenido sin variaciones, calculándose que también es del 54%. La cobertura del abastecimiento de agua salubre en Asia meridional es relativamente buena, ya que alcanza el 87%, aunque la de sus servicios de saneamiento es, con diferencia, la más baja, siendo del 37%. En Asia, donde habita el 61% de la población mundial, se concentra la gran mayoría de las personas que carecen de acceso a servicios mejorados.

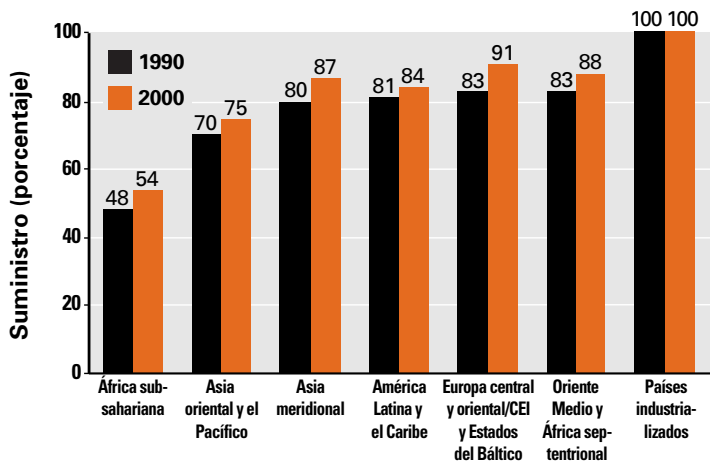
## BALANCE GENERAL DE LA CUESTION DEL AGUA POTABLE Y EL SANEAMIENTO

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.

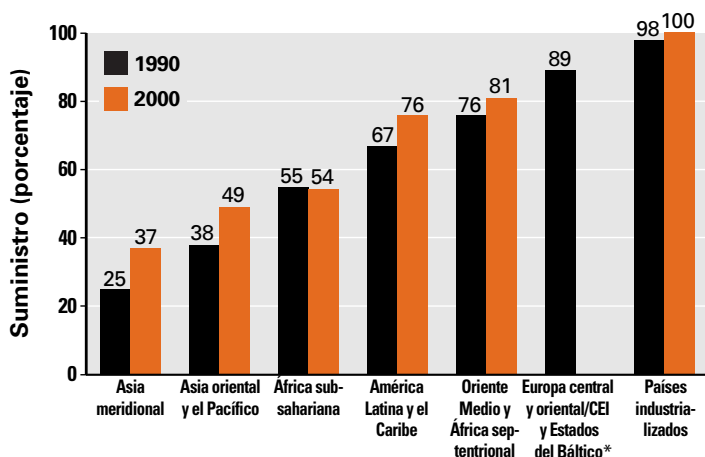
Varias organizaciones internacionales, entre ellas el UNICEF, la OMS, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Banco Mundial y Education International, han alentado a que se preste mayor atención a la salud de los niños y las niñas en las escuelas 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.



Fuente: UNICEF/OMS, 2000.

**Mejoramiento del suministro de agua: cambios operados en el período 1990-2000**

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 abastecimiento local de agua.



\* Datos insuficientes para 2000.  
Fuente: UNICEF/OMS, 2000.

**Mejoramiento del alcanc de los servicios de saneamiento: cambios operados en el período 1990-2000**

## 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 fortalecer la vigilancia mediante la participación de la población local.

Las iniciativas dirigidas a erradicar el gusano de Guinea han contribuido a ampliar los servicios con que cuentan las comunidades; los programas de salud comunitarios pueden utilizar estos métodos de eficacia probada para prestar servicios a las poblaciones marginadas. Además, la comunicación de los casos ha supuesto una forma económica de vigilancia en el ámbito de la aldea, mientras que el uso de mapas para vigilar la situación relativa al gusano de Guinea ha facilitado la planificación en otros programas.

Los grandes avances registrados para alcanzar el objetivo de erradicar el gusano de Guinea son el resultado de una coalición amplia y eficaz establecida entre las Naciones Unidas y organismos bilaterales de asistencia, el Programa Mundial para el Año 2000 del Centro Carter, el sector privado, las ONG, los ministerios nacionales y dirigentes políticos, agentes todos que han prestado apoyo a las poblaciones de las zonas endémicas para erradicar este parásito. Es necesario mantener el impulso alcanzado –y mantener el amplio apoyo político y financiero– hasta lograr la erradicación total.

## EXPERIENCIA ADQUIRIDA EN MATERIA DE AGUA Y SANEAMIENTO

Aunque los progresos generales hacia el logro de las metas sobre agua y saneamiento han sido irregulares, es incuestionable que los países y regiones afectados por conflictos, la pesada carga de la deuda, la falta de recursos de inversión y una capacidad institucional deficiente son los que han tropezado con las mayores dificultades. Esos problemas revisten mayor gravedad en el África subsahariana, donde la población todavía padece la enfermedad del gusano de Guinea, cuya erradicación definitiva se ha visto retardada por conflictos y por la falta de abastecimiento de agua potable en algunas de las zonas más endémicas.

Es necesario vigilar con mayor eficacia la calidad del agua para evitar riesgos sanitarios. Ello se puede lograr con la introducción de una prueba elemental para determinar la existencia de contaminación bacteriológica. Algunas pruebas químicas selectivas basadas en los problemas locales pueden resultar muy eficaces y su realización puede ser poco costosa si se aplica la tecnología adecuada.

La aplicación de enfoques sectoriales al abastecimiento de agua y el saneamiento puede dar lugar a importantes mejoras en los niveles de inversión y eficiencia, pero también es preciso ajustar los enfoques a las estrategias en materia de salud, nutrición y educación. Por ejemplo, las escuelas pueden ayudar a poner en marcha la acción de la comunidad. Los maestros pueden convertirse en líderes y modelos no sólo para la niñez sino también para la comunidad en general. Los niños y niñas que asisten a las escuelas pueden influir en sus familiares y en comunidades enteras para que mejoren las condiciones sanitarias y modifiquen sus prácticas higiénicas.

La gestión de la comunidad y la higiene son decisivas para que los servicios de agua y saneamiento propicien mejoras sostenidas de la vida de los niños. Los beneficios a más largo plazo no se concretarán

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

Las proporciones de la pandemia del VIH/SIDA superan actualmente las proyecciones más pesimistas que se hicieron en 1990. En el ámbito mundial, el número de personas infectadas con el VIH o enfermas de SIDA es un 50% superior a la cifra calculada en 1991. En el África subsahariana, donde se registra la seroprevalencia más alta, se concentra el 70% de todas las nuevas infecciones en el mundo. La rápida propagación del virus en el Caribe, Europa oriental y Asia constituye un problema apremiante, pero todas las regiones registran un aumento del número de infecciones.

El VIH/SIDA se ha convertido en la mayor amenaza inmediata al desarrollo

de la infancia y la mujer en el África subsahariana. La crisis del VIH/SIDA exagera y profundiza muchos de los problemas interdependientes que encara una buena parte de la región, incluidos la pobreza, la discriminación, la malnutrición, el acceso deficiente a servicios sociales básicos, los conflictos armados y la explotación sexual de niñas y mujeres. La epidemia ha sobrepasado la capacidad a todos los niveles al provocar, por ejemplo, la muerte de padres y madres y de personal capacitado. La esperanza de vida está disminuyendo en los países del África subsahariana más gravemente afectados por el SIDA, al mismo tiempo que aumentan las tasas de mortalidad en los primeros años de vida. Los servicios de salud se ven superados por el constante flujo de enfermos de SIDA. También corre peligro la educación a raíz de las numerosas muertes de maestros y de las presiones de que son objeto los niños para permanecer en sus hogares cuidando a sus familiares afectados por el SIDA.

Dirigentes y activistas políticos de varias sociedades, en particular del Brasil, el Senegal, Tailandia y Uganda, han expresado públicamente su decisión de combatir la pandemia y han adoptado medidas enérgicas en ese sentido. Varios otros países del África subsahariana y Asia sudoriental han comenzado a seguir su ejemplo. Sin embargo, aun cuando la amenaza o los efectos del VIH/SIDA son sumamente graves, todavía no se ha logrado aplicar con suficiente amplitud las medidas fundamentales de prevención y de sensibilización del público.

### REPERCUSIÓN DEL VIH/SIDA EN LA NIÑEZ

Los niños y las niñas hacen frente a diversos peligros en relación con el VIH/SIDA, ya sea el riesgo de contraer la infección, el de quedar huérfanos o el de verse afectados por las consecuencias de la pandemia en sus familias y comunidades.

Cada minuto, seis jóvenes cuya edad está comprendida entre los 15 y los 24 años quedan infectados con el VIH, lo cual equivale a más de 8.000 al día. En el 2000 quedaron infectados más de 10,3 millones de jóvenes, de los cuales casi dos terceras partes eran niñas y mujeres jóvenes. Se calcula que en el año 2000 unos 500.000 niños menores de 15 años murieron de SIDA y 600.000 niños de ese

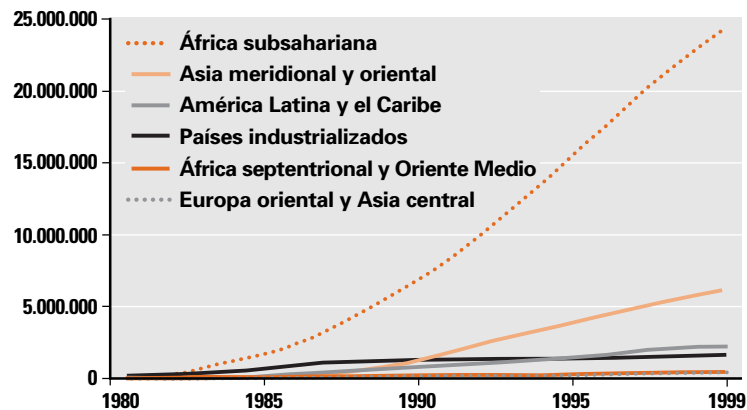
***Aun cuando la amenaza o los efectos del VIH/SIDA son sumamente graves, todavía no se ha logrado aplicar con suficiente amplitud las medidas fundamentales de prevención y de sensibilización del público... Cada minuto, seis jóvenes cuya edad está comprendida entre los 15 y los 24 años quedan infectados con el VIH, lo cual equivale a más de 8.000 al día.***

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.

#### Número estimado de personas infectadas con el VIH/SIDA, por región, 1980-1999



Fuente: ONUSIDA, 2000.

#### 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. En 1996, con el propósito de establecer una mayor coordinación de las iniciativas, seis organizaciones (el UNICEF, el PNUD, el FNUAP, la UNESCO, la OMS y el Banco Mundial) establecieron el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). El Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) se incorporó en 1999.

Entre las prioridades estratégicas del programa mundial de lucha contra el VIH/SIDA figuran las siguientes: garantizar una dirección y una coordinación eficaces, mitigar los efectos sociales y económicos de la pandemia, reducir la vulnerabilidad de determinados grupos sociales a la infección con el VIH, alcanzar las metas de prevención, velar por que las personas infectadas y afectadas reciban atención y apoyo, lograr que los medicamentos antirretrovirales sean asequibles y estén disponibles y movilizar recursos financieros. Será necesario desplegar esfuerzos extraordinarios para evitar la infección con el VIH entre los jóvenes, así como la transmisión del VIH de madre a hijo, y garantizar la protección, el cuidado, el apoyo económico y el acceso a los servicios básicos de los huérfanos y niños de familias gravemente afectadas por el SIDA.

Numerosos organismos han establecido directrices para la gestión de la infección con el VIH en

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 reconoce del todo la gravedad de la amenaza que plantea la epidemia del VIH/SIDA, y con frecuencia ha sido necesario realizar actividades de promoción bien concebidas para “romper el silencio” y reducir el estigma y la discriminación relacionados con la enfermedad. También hacen falta inversiones considerables en los planos mundial, nacional y comunitario por lo que se refiere a la prevención y la atención relativas al VIH.

***Las apremiantes necesidades de los niños afectados por la pandemia –que pueden haber perdido a sus padres, caído en la miseria o haberse quedado sin acceso a los servicios escolares y de salud– deben tener prioridad en todos los programas.***

La adquisición de conocimientos básicos sobre el VIH/SIDA no siempre tiene como resultado la adopción de un comportamiento de menor riesgo. La experiencia ha demostrado que las probabilidades de cambio de conducta aumentan cuando las campañas de información se orientan a las actitudes, los valores y los conocimientos prácticos necesarios para protegerse.

Es importante establecer asociaciones en la labor de prevención y atención relacionada con el VIH/SIDA que incluyan a los jóvenes y a personas que influyen en la opinión de la sociedad, como por ejemplo dirigentes religiosos y tradicionales. Es necesario crear oportunidades para que los adolescentes, incluidos los que han quedado huérfanos y se han visto afectados por el SIDA o los que están infectados con el VIH, participen en las actividades de prevención, la educación entre compañeros y la movilización popular a fin de obtener su apoyo e incorporar sus necesidades concretas al programa político. Los

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 perdido a sus padres, caído en la miseria o haberse quedado sin acceso a los servicios escolares y de salud– deben tener prioridad en todos los programas. Ello reclamará el esfuerzo decisivo de todos los interesados, desde los organismos oficiales y las ONG hasta las comunidades y el resto de los agentes encargados de cuidar de las personas. Es preciso restablecer los derechos de esos niños mediante la adopción de medidas de protección especiales, como se hace en cualquier crisis humanitaria de envergadura.

## Salud y desarrollo de los adolescentes

La situación de los adolescentes, en particular los que se esfuerzan por crecer en medio de enormes adversidades, ha recibido creciente atención en el decenio transcurrido desde que se celebró la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. En la actualidad se comprende mejor que, lejos de ser la “carga” que algunos adultos creen que son, los jóvenes del mundo constituyen un recurso de incalculable valor. El derecho de los adolescentes a la salud y el desarrollo es decisivo para controlar una amplia gama de peligros inmediatos, como el VIH/SIDA, el uso indebido de sustancias adictivas y la violencia, así como para combatir otros muchos problemas que pueden amenazar no solamente sus vidas, sino también las de sus hijos.

La adolescencia es un período fundamental en que se perfila el futuro del niño, ya que durante esos años los jóvenes desarrollan un sentido definitivo de la propia persona, lo que ocurre a medida que adquieren valores sociales, contraen compromisos cívicos y cobran cada vez más conciencia de cuestiones relativas a la sexualidad y la fecundidad. La pandemia del VIH/SIDA ha ayudado a aumentar la conciencia del público acerca de la importancia de la adolescencia, pues para detener la enfermedad es fundamental que los jóvenes tengan los conocimientos teóricos y prácticos y el acceso a los servicios que necesitan para ayudarlos así a reducir el riesgo de infección.

Es fácil relacionar con la adolescencia la deserción escolar, los problemas de conducta como la violencia y la adicción a las drogas y el embarazo precoz, pero, en general, se han subestimado las posibilidades de los adolescentes como agentes y promotores creadores y dinámicos de cambios sociales positivos. Los problemas de la adolescencia suelen derivar de la creciente marginación de los adolescentes del mundo de los adultos, de su vulnerabilidad y de la incapacidad de los sistemas sociales, económicos y políticos para atender a sus necesidades y aspiraciones. Es necesario alentar y apoyar la participación de los adolescentes en la sociedad y pedirles que opinen y contribuyan.

Para reducir los riesgos sanitarios a que hacen frente los adolescentes, es preciso ofrecerles acceso a información precisa. Deben disponer de la oportunidad de prepararse para la vida activa y de adquirir medios de vida. Deben tener acceso a servicios no sólo de salud reproductiva, sino también de asesoramiento y exámenes médicos voluntarios y confidenciales relacionados con el VIH/SIDA. Sobre todo, deben poder vivir en un entorno seguro y favorable.

La adicción al tabaco se ha convertido en un notable problema de la infancia, ya que los niños y las niñas se sienten atraídos por el hábito de fumar a edades cada vez más tempranas. Aún no se ha repetido en el resto del mundo el éxito alcanzado en la reducción de la adicción a la nicotina y de la promoción del tabaco en algunos países industrializados. Sin embargo, existen pruebas de que muchos países asignan cada vez más prioridad a los programas de prevención orientados a los jóvenes. Las ONG, los centros de salud y los medios de información están haciendo uso del teatro, la radio y la televisión para difundir entre los jóvenes información relativa a la salud.

Las escuelas constituyen otro entorno importante para que los adolescentes participen, para facilitarles orientación y apoyo y para promover conocimientos y valores positivos. En varias regiones se está capacitando a maestros, ONG, educadores de los propios compañeros y facilitadores para que impartan enseñanza en materia de preparación para la vida activa. Este tipo de preparación se incorpora a

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 un participante destacado en los debates nacionales e internacionales sobre políticas sanitarias. El Banco ha apoyado enérgicamente la reforma de los sistemas de salud y los enfoques sectoriales.

Pese al llamamiento formulado en el Plan de Acción de la Cumbre Mundial a efectos de intensificar la colaboración para abordar los principales problemas de la infancia, la asignación de fondos con fines de investigación no ha mejorado durante el decenio. Si acaso, ha empeorado la disparidad entre las enfermedades consideradas como prioridad en materia de investigación y las que tienen mayores repercusiones en la salud mundial. Así, por ejemplo, aunque la neumonía y las enfermedades diarreicas representan el 15,4% de la carga global de la morbilidad, sólo reciben el 0,2% del total de las inversiones mundiales destinado a investigación sobre salud. Sin embargo, existen algunas excepciones notables. La OMS ha apoyado la investigación centrada en la creación y evaluación de nuevas vacunas, mientras que el sector privado ha dedicado considerables recursos a la elaboración de medicamentos para combatir el VIH y tratar el SIDA. Dos importantes adelantos tecnológicos (Internet y los programas informáticos de cartografía) han contribuido a la investigación y la planificación en materia de salud en los países en desarrollo.

Sigue siendo pertinente el concepto holístico de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma Ata, en tanto que se han aclarado los estrechos vínculos entre los múltiples factores que influyen en la salud del niño y se han agudizado las preocupaciones respecto de la viabilidad de los sistemas de salud. Entre los ejemplos de enfoques holísticos en curso de aplicación figuran la iniciativa sobre la Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), la Iniciativa Bamako y la iniciativa Recursos para una Salud Escolar Eficaz (FRESH).

Sin embargo, los programas centrados en prioridades concretas siguen recibiendo atención y apoyo. Dos ejemplos fundamentales son la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI), coalición de organizaciones constituida en 1999 en respuesta al estancamiento de las tasas mundiales de inmunización y las crecientes disparidades entre países respecto del acceso a las vacunas, y la Iniciativa de lucha contra el paludismo, que ha fijado el ambicioso objetivo de reducir para el año 2010 en un 50% la mortalidad relacionada con el paludismo. Por otra parte, las iniciativas de erradicación del gusano de Guinea dan prueba de la manera en que los programas que originalmente persiguen un único objetivo pueden ampliar su alcance; estas iniciativas han llevado agua potable a muchas comunidades distantes y las han movilizadas para que procuren mejorar la salud en general al tiempo que amplían sus actividades para hacer frente a la oncocerciasis y otras enfermedades.

## **Medidas prioritarias para el futuro en las esferas de la salud, la nutrición, el abastecimiento de agua y el saneamiento**

En el mundo entero se han registrado notables progresos en la consecución de los objetivos establecidos en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia en las esferas de la salud, la nutrición, el abastecimiento de agua y el saneamiento. La poliomielitis y del gusano de Guinea están a punto de ser erradicados, las muertes debidas al tétanos neonatal y las enfermedades diarreicas se han reducido a la mitad y las prácticas de yodación de la sal y administración de suplementos de vitamina A protegen a millones de niños y adultos frente a los trastornos causados por la carencia de estos micronutrientes. Estos aciertos constituyen pruebas palpables de lo que puede lograrse.

Los mejores resultados que favorecen a la niñez parten de una combinación de intervenciones de salud verticales y programas basados en la comunidad. Los programas verticales son la forma más eficaz de prestar servicios como la administración de la vacuna contra la poliomielitis y la aportación de suplementos de vitamina A. Sin embargo, la experiencia de muchos países indica que para mejorar y

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 agentes públicos, privados y de la sociedad civil de todos los niveles. Hay que fortalecer la capacidad de las administraciones nacionales y locales en las esferas de prestación de servicios, garantía de la calidad y facilitación de recursos. Al mismo tiempo, es preciso asignar más importancia a las prácticas familiares y a la participación de las comunidades. Es preciso garantizar el acceso de todas las familias a los servicios básicos y los productos esenciales y crear un entorno propicio al fomento de transformaciones de la actitud y el comportamiento que beneficien a la infancia.

Lo cierto es que en los últimos 10 años no se ha dispuesto del volumen de recursos necesario para lograr los objetivos establecidos en favor de la niñez. La inversión pública total en la esfera de la salud y la nutrición de la infancia, así como en relación con el abastecimiento de agua potable y el saneamiento, ha disminuido a veces de manera alarmante, en particular en los países menos adelantados. Hemos de encontrar nuevas formas de movilizar recursos en favor de la niñez, como el establecimiento de marcos de colaboración entre el sector público y el sector privado. No obstante, para que continúen los considerables progresos en pro de la infancia registrados durante el decenio de 1990 y para llevar a buen fin los proyectos pendientes también hemos de responsabilizarnos en mayor grado con respecto a la utilización de los recursos que se facilitan.

## MEDIDAS FUNDAMENTALES QUE DEBEN APLICARSE EN UN FUTURO INMEDIATO

### ***Sistemas flexibles y responsables de prestación de servicios de salud***

Los planes integrados de intervenciones básicas deberían incluir:

- Vacunas tradicionales;
- Vacunas nuevas y mejoradas, como las de la hepatitis B, la haemophilus influenzae B (Hib) y las enfermedades neumocócicas;
- Suplementos de vitamina A y de otros micronutrientes;
- Mosquiteros impregnados de insecticida en las zonas afectadas por el paludismo;
- Medicamentos y suministros esenciales.

También hay que fortalecer los servicios destinados a las madres y recién nacidos, especialmente lo siguiente:

- Servicios de atención prenatal, incluidos la prevención del paludismo, la vacuna contra el tétanos, la administración de suplementos alimenticios y de micronutrientes y la adopción de medidas para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo;
- Asistencia profesional en los partos y en el puerperio para determinar los casos de complicación relacionada con el parto y trasladar estas mujeres a centros mejor preparados, prevenir el tétanos, la asfixia y las infecciones de los recién nacidos y velar por que se registren los nacimientos.

### ***Intervenciones en las esferas de la salud, la nutrición, el abastecimiento de agua y el saneamiento basadas en la familia y la comunidad***

La experiencia de muchos países demuestra que la participación de la comunidad es esencial para mejorar y mantener el estado de salud y de nutrición de niños y mujeres. Las familias y las comunidades tienen el derecho y la obligación de velar por su propia salud y por la de sus hijos. Es preciso cambiar

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;
- Sistemas de información impulsados por la propia comunidad, como por ejemplo la supervisión del crecimiento infantil, que sirvan de base a una adopción de decisiones efectiva;
- Capacitación y apoyo en relación con los trabajadores comunitarios de la salud, en especial las parteras auxiliares;
- Servicios de transporte para evitar las demoras de consecuencias a veces fatales, en casos de emergencia relacionada con el parto u otras circunstancias.

Es preciso que los servicios públicos y las actividades familiares y comunitarias estén estrechamente vinculadas entre sí mediante lo siguiente:

- La aplicación de estrategias de comunicación que permitan llegar a todas las comunidades y familias y, en particular, a las más aisladas y vulnerables;
- Evaluaciones participativas para determinar la opinión que tiene la comunidad de la prestación de los servicios, de manera que los usuarios, incluidos los niños, las niñas y las mujeres, puedan influir en las actividades de planificación, gestión y supervisión de los servicios de salud, nutrición, abastecimiento de agua y saneamiento.

Es preciso acelerar y ampliar las iniciativas locales acertadas en materia de promoción de las prácticas familiares y comunitarias en la esfera de la salud, la nutrición y la higiene.

#### ***Intensificación de las actividades relacionadas con la salud y el desarrollo de los adolescentes***

Para prevenir los riesgos de salud de los jóvenes, es preciso considerar con urgencia los siguientes objetivos:

- Velar por que los jóvenes tengan acceso a información exacta;
- Crear oportunidades para que los adolescentes desarrollen sus aptitudes y aumenten su confianza en sí mismos, sus contactos y su autoestima;
- Prestar servicios de salud de fácil acceso para los jóvenes, incluidos servicios de salud reproductiva, además de servicios de asesoramiento y examen médico voluntarios y con carácter confidencial en relación con el VIH/SIDA;
- Crear entornos seguros y propicios a la participación y los aportes de los jóvenes.

#### ***Intensificación de los esfuerzos en relación con el VIH/SIDA en los planos mundial y local***

Para poner coto a los estragos ocasionados por el VIH/SIDA es necesario movilizar al mundo entero mediante objetivos claros y un volumen de financiación suficiente. Este objetivo comprende lo siguiente:

- 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 suficientes recursos y apoyo en relación con estas medidas de carácter prioritario. En el decenio de 1990 se cumplió parte de esos objetivos gracias a los programas de acción en favor de la niñez. Sea cual sea la forma que esos programas adopten en el futuro, es importante que todos los sectores de la sociedad participen en iniciativas bien definidas y con objetivos concretos a fin de que los niños y los jóvenes puedan ejercer su derecho a la salud y a una nutrición adecuada, y tengan a la vez acceso a servicios básicos como el abastecimiento de agua potable y el saneamiento.

## Educación y alfabetización

En la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, celebrada en 1990 en Jomtien (Tailandia), se aprobó una estrategia para lograr el acceso universal a la educación básica. Inspirados en la Conferencia, los participantes en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se comprometieron a *ofrecer oportunidades mucho más amplias de educación a más de 100 millones de niños y a cerca de 1.000 millones de adultos (en sus dos terceras partes niñas y mujeres) que actualmente no tienen acceso a la educación básica y a la alfabetización.*

A lo largo de estos últimos 10 años se ha reafirmado el derecho a la educación en el plano internacional. La base fundamental de este compromiso es la educación primaria gratuita y obligatoria, aunque también se pretende aumentar las posibilidades de cursar estudios en los niveles secundario, técnico y superior. En el caso de los niños, la educación debe ser de tal calidad que les permita desarrollar al máximo su personalidad, sus talentos y sus habilidades mentales y físicas.

A continuación figura el balance de los progresos realizados en relación con la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos y las metas en materia de educación y alfabetización de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia.

El VIH/SIDA es un grave obstáculo para que se logren los objetivos mundiales en materia de educación en el próximo decenio. En las áreas más afectadas, la demanda de educación está en retroceso debido a que las familias y las comunidades son cada vez más pobres y están desmoralizadas y diezmadas. Para los

### **Las niñas constituyen el mayor grupo de la población infantil al que se niega el acceso a la educación básica.**

niños de estas familias que aún asisten a la escuela, la discriminación y el miedo repercuten en su aprendizaje y su socialización. Por el lado de la oferta, se están desviando de la educación fondos, de por sí escasos, para atender a los pacientes de SIDA, mientras que los profesores cualificados son menos cada día. Sin embargo, la educación es un componente fundamental de cualquier iniciativa de lucha contra el VIH/SIDA y de atención a las necesidades de los niños, las familias y las comunidades afectadas por la enfermedad.

Jamás podrá lograrse la educación para todos si no se afronta el problema de la discriminación por motivos de género. Las niñas constituyen el mayor grupo de la población infantil al que se niega