



# Los derechos de la infancia en el medio urbano

Los niños y niñas con las mayores necesidades son también los que afrontan las mayores violaciones de sus derechos. Los niños más pobres y vulnerables usualmente quedan excluidos del progreso, y además resulta muy difícil llegar a ellos. Requieren atención especial tanto para garantizar el respeto de sus derechos como para hacer realidad los derechos de todas las personas.

Los niños que viven en condiciones de pobreza en las ciudades tienen todos los derechos civiles, políticos, sociales, culturales y económicos que reconocen los instrumentos internacionales de derechos humanos. De ellos, el que ha sido ratificado más rápida y ampliamente es la Convención sobre los Derechos del Niño. Todos los niños y las niñas tienen derecho a sobrevivir; a desarrollarse plenamente; a estar protegidos contra el abuso, la explotación y la discriminación; y a participar plenamente en la vida familiar, cultural y social. La Convención protege estos derechos al referirse a los compromisos en materia de atención de la salud; educación; y protección jurídica, civil y social.

No todos los derechos de los niños y las niñas se cumplen de igual manera. Más de un tercio de los nacimientos

que tienen lugar en las zonas urbanas del mundo entero dejan de inscribirse, y aproximadamente la mitad de los niños de las zonas urbanas de África subsahariana y Asia meridional carecen de un certificado de nacimiento. Esto constituye una violación al Artículo 7 de la Convención sobre los Derechos del Niño. La invisibilidad que se deriva de la falta de certificado de nacimiento o de una identidad oficial acentúa enormemente la posibilidad de que los niños sean víctimas de diversas modalidades de explotación: desde ser reclutados por grupos armados, hasta verse forzados a contraer matrimonio a temprana edad o a trabajar en condiciones peligrosas. Un niño que tiene problemas con la justicia y que carece de registro de nacimiento puede ser tratado y castigado por el sistema judicial como si fuera un adulto<sup>1</sup>. E incluso para los niños que no tienen esta clase de problemas puede resultar imposible acceder a servicios vitales y a otro tipo de oportunidades, como la educación.

Obviamente, contar con un certificado de nacimiento no garantiza el acceso a los servicios ni a la protección contra los abusos. Pero las obligaciones que se desprenden de la Convención sobre los Derechos del Niño pueden pasarse

fácilmente por alto cuando asentamientos enteros parecen no existir, y la gente puede ser despojada de los derechos que otorga la ciudadanía cuando carece de documentos de identificación.

## Un entorno propicio para la realización de los derechos de la infancia

Entre las violaciones más generalizadas a los derechos de la infancia están las condiciones de vida inadecuadas. Carecer de una vivienda decente y segura, así como de sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento, se suma a las ya difíciles circunstancias que los niños encaran para sobrevivir y avanzar en la vida. Sin embargo, los esfuerzos realizados para mejorar las condiciones de vida no se han correspondido con la magnitud y la gravedad del problema.

Hay pruebas de que más niños carecen de vivienda y servicios de saneamiento que de alimento, educación y atención de la salud; y de que el saneamiento deficiente, la falta de ventilación, el hacinamiento y la poca luz natural que es común en los hogares de los pobres que residen en las ciudades son responsables de las enfermedades infantiles crónicas<sup>2</sup>. La verdad es que muchos niños y familias que viven en barrios marginales urbanos de países de bajos ingresos están lejos de ver cumplidos sus derechos a “una vivienda adecuada para todos” y al “desarrollo de asentamientos humanos sostenibles en un mundo en proceso de urbanización”, consagrados en la Declaración de Estambul sobre los Asentamientos Humanos, o el Programa de Hábitat, de 1996<sup>3</sup>.

Dado que los niños tienen derecho a sobrevivir, a recibir una atención sanitaria apropiada y a gozar de un nivel de vida que contribuya a su pleno desarrollo, se requieren condiciones ambientales que favorezcan la realización de esos derechos. No es posible hacer efectivo el derecho al juego sin un lugar seguro para jugar, y es imposible disfrutar de una buena salud en un entorno contaminado. Este punto de vista ha recibido apoyo de tratados y declaraciones como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; el Programa de Hábitat; el Programa 21 y el plan de acción adoptado en el marco de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo de 1992.

Entre otras entidades, el Centro por el Derecho a la Vivienda y Contra los Desalojos documenta el conjunto de derechos relativos a la vivienda y la desproporcionada vulnerabilidad de los niños a la violación de estos derechos. En los últimos años, la programación práctica destinada a hacer efectivos los derechos de la infancia se centró en lograr los ODM, pues todos tienen importantes implicaciones para los niños pobres que viven en las ciudades. Una de las metas del ODM 7 –garantizar la sostenibilidad del medio ambiente– se enfoca concretamente en mejorar, para 2020, las condiciones de vida de al menos 100 millones de habitantes de los tugurios de todo el mundo, lo que representa apenas un pequeño porcentaje de las personas que viven en barrios marginales a nivel mundial. La meta no contempla el permanente aumento en el número de tugurios y de habitantes en estos barrios marginales.

En este capítulo se examina la situación de los niños que viven en entornos urbanos, con particular atención a sus derechos a la salud; al agua, el saneamiento y la higiene; a la educación; y a la protección.

## Salud

De conformidad con el Artículo 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados partes se comprometen a “garantizar en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño”. El Artículo 24 trata sobre el derecho que asiste a todos los niños y niñas a “disfrutar del más alto nivel posible de salud y a acceder a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”. La Convención insta a los Estados partes a “asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”.

## Supervivencia infantil

En 2010 murieron casi 8 millones de niños que no habían llegado a su quinto cumpleaños, sobre todo a causa de la neumonía, la diarrea y las complicaciones durante el parto. Algunos estudios revelan que los niños que viven en asentamientos urbanos improvisados son especialmente vulnerables<sup>4</sup>. En los lugares donde la concentración de pobreza extrema se combina con servicios inadecuados, como ocurre en los barrios de tugurios, las tasas de mortalidad infantil tienden a ser altas.



# INVISIBLES E INACCESIBLES

por S.M. la Reina Rania Al Abdullah de Jordania,  
Promotora Eminente de UNICEF

La mitad de la población del mundo vive ahora en ciudades. A lo largo de la historia, la vida urbana, en la que tanta humanidad se concentra, ha sido un catalizador del comercio, las ideas y las oportunidades, que han hecho de las ciudades un motor del crecimiento económico. En la actualidad, vivir en una ciudad es, según una opinión muy extendida, la mejor manera de lograr la prosperidad y de escapar de la pobreza. Sin embargo, ocultos en el interior de las ciudades, envueltos en un manto de estadísticas, hay millones de niños que luchan para sobrevivir. No se encuentran ni en las zonas rurales ni en barrios genuinamente urbanos. Viven en la miseria, en terrenos donde la ciudad se ha desbordado, aumentando la población pero no la infraestructura ni los servicios fundamentales. Estos son niños que habitan en tugurios y que carecen de vecindarios, niños que soportan las numerosas cargas que conlleva vivir en esa zona gris entre el campo y la ciudad, invisibles a los ojos de las autoridades, perdidos en un mundo confuso de promedios estadísticos que ocultan la desigualdad.

El contraste no podría ser más irónico. Las ciudades, donde la niñez disfruta de buenas escuelas y de atención sanitaria accesible, es donde también está expuesta a mayores sufrimientos, privada de sus derechos humanos básicos a la educación y a una vida de oportunidades. Una al lado de la otra, con la riqueza y la pobreza yuxtapuestas, en ninguna otra parte la iniquidad que supone la falta de equidad es tan obvia como en una ciudad.

En el transcurso de una década, el estado de la niñez urbana ha empeorado en el mundo. El número de personas que vive en barrios marginales ha aumentado en más de 60 millones. Se trata de madres y padres, abuelas y abuelos, hijos e hijas, que tratan de ganarse difícilmente la vida en las villas miserias de todo el mundo. Con las desventajas directas de la pobreza urbana —enfermedades, delincuencia,

violencia— vienen las indirectas, las barreras sociales y culturales, como el género y la etnia, que niegan a los niños y niñas de los barrios marginales la oportunidad de terminar la escuela primaria o incluso de llegar a matricularse en ella. La educación queda fuera de su alcance porque no hay suficientes escuelas públicas o los costos son demasiado altos. Las agrupaciones religiosas, las organizaciones no gubernamentales y los empresarios intentan salvar la brecha, pero luchan sin apoyo o regulaciones del gobierno. Debido a que la mejor probabilidad de escapar al destino de sus padres y madres elude a estos niños, el ciclo de la indigencia se prolonga.

En el mundo árabe los hechos son claros: más de un tercio de la población urbana vive en asentamientos no estructurados y en barrios marginales. Estos ambientes son peligrosos para los niños; la falta de saneamiento adecuado y de agua potable constituye una grave amenaza a su bienestar. En algunos países árabes menos adelantados, el hacinamiento en casas improvisadas agrava las precarias condiciones de salud de estas familias vulnerables.

Para los niños palestinos, la vida en la ciudad puede ser deprimente. Con demasiada frecuencia supone la presencia de armas y puntos de control, inseguridad y temor. No obstante, su mayor esperanza es su orgullo nacional: una creencia profundamente arraigada en la educación, la cual saben que es esencial para edificar una vida y reconstruir su país. Sin embargo, desde 1999, a lo largo de los territorios palestinos ocupados, el número de niños de edad escolar de primaria que están fuera de la escuela ha saltado de 4.000 a 110.000, un asombroso aumento del 2.650%. En Gaza, uno de las zonas más densamente pobladas del mundo, el acceso a la educación y su calidad se han deteriorado rápidamente. En interés de esos niños y de la importantísima búsqueda de la paz

regional, debemos deponer nuestra cólera y nuestra angustia y darles la infancia que merecen, la infancia que esperamos para nuestros propios hijos, llena de recuerdos felices y de igualdad de oportunidades.

En unos pocos países árabes se está reescribiendo el destino de la infancia urbana desfavorecida. En Marruecos, el programa del gobierno “Ciudades sin barrios marginales” espera mejorar el nivel de vida de aproximadamente 300.000 hogares. Al captar a los bancos y a los constructores de viviendas, se hace posible la obtención de una “triple victoria” para los pobres, el gobierno y el sector privado. En Jordania también se hacen grandes progresos. Ammán se encuentra entre las primeras ciudades de la región que tienen en cuenta a los niños, con más de 28.000 estudiantes que participan en concejos municipales de niños a fin de dar prioridad a sus necesidades, derechos e intereses. Los resultados han sido impresionantes: parques, bibliotecas, espacios comunitarios, apoyo docente para niños que abandonan la escuela, campañas contra la violencia y el abuso y centros de tecnología de la información y la comunicación para los sordos.

Sin embargo, para que los niños y niñas árabes —y todos los niños— prosperen, las naciones tienen que trabajar mancomunadamente. Tenemos que compartir recursos, adoptar y adaptar iniciativas exitosas de todas partes del mundo y alentar a nuestros sectores privados a interrelacionarse con familias desfavorecidas, de manera que podamos rescatar a los rezagados. En las ciudades de todo el mundo, los niños que son inaccesibles con frecuencia son también invisibles. Si hemos de acrecentar sus esperanzas y sus perspectivas, tenemos que ahondar en los datos, deshacer prejuicios muy arraigados y darle a cada niño una oportunidad igual en la vida. Sólo de este modo podemos promover realmente la situación de todos los niños y niñas del mundo.



# La Convención sobre los Derechos del Niño

La Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada en 1989, fue el primer tratado internacional que explicita la amplia gama de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que pertenecen a los niños. Las realidades que confronta la infancia pueden evaluarse en contraste con los compromisos a los cuales obliga a los Estados Partes.

La Convención, que es legalmente vinculante para los Estados Partes, detalla las normas y principios concernientes a la protección y promoción de los derechos de niños y niñas, en todas partes y en todo momento. La Convención hace hincapié en la complementariedad e interdependencia de los derechos humanos de los niños. A lo largo de sus 54 artículos y sus 2 Protocolos Facultativos, se establece una nueva visión del niño que combina el derecho a la protección del Estado, de los padres y madres y de las instituciones pertinentes con el reconocimiento de que el niño es poseedor de derechos y libertades de participación. Todas las naciones del mundo, con excepción de tres –Somalia, Sudán del Sur y los Estados Unidos de América– han ratificado el documento. Esta amplia adopción demuestra una voluntad política común de proteger y garantizar los derechos de los niños, así como el reconocimiento, dicho en palabras de la Convención, de que “en todos los países del mundo hay niños que viven en condiciones excepcionalmente difíciles, y que esos niños necesitan especial consideración”.

Los valores de la Convención se derivan de la Declaración de los Derechos del Niño de 1924 de Ginebra, la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 y la Declaración de los Derechos del Niño de 1959. La Convención se aplica a todos los niños y niñas, definidos como toda persona menor de 18 años o de la edad en que alcanza la mayoría, si ésta es menor (Artículo 1). La Convención exige también que en todas las acciones que conciernen a los niños, “los mejores intereses del niño serán una consideración fundamental” y que los Estados Partes “le garantizan al niño la protección y cuidado que sean necesarios para su bienestar (Artículo 3).

Todos los niños tienen el derecho a ser inscritos inmediatamente después de nacer y de tener un nombre, el derecho a adquirir una nacionalidad y a preservar su identidad y, en la medida de lo posible, el derecho a conocer a sus padres y a ser cuidados por ellos (Artículos 7 y 8).

## No discriminación

Los Estados Partes también asumen la responsabilidad de proteger a los niños contra la discriminación. La Convención los compromete a respetarles y garantizarles derechos “a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales” (Artículo 2). Los niños pertenecientes a

minorías étnicas, religiosas o lingüísticas y aquellos de origen indígena tienen el derecho a practicar su propia cultura, religión e idioma en la comunidad (Artículo 30). Además, “el niño mental o físicamente impedido deberá disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren su dignidad, le permitan llegar a bastarse a sí mismo y faciliten la participación activa del niño en la comunidad” (Artículo 23). Esto se extiende al derecho a una atención especial, proporcionada gratuitamente siempre que sea posible, y a un acceso efectivo a la educación, el adiestramiento, la atención sanitaria, los servicios de rehabilitación, las oportunidades de recreación y la preparación para el empleo.

## Participación

Uno de los principios fundamentales de la Convención es el respeto y la consideración por las opiniones de los niños. El documento reconoce el derecho de niños y niñas a expresar libremente sus opiniones en todos los asuntos que les conciernen, e insiste en que a esas opiniones se les dé el debido peso en conformidad con la edad y la madurez de los niños que las expresen (Artículo 12). Proclama además el derecho de los niños a la libertad de todas las formas de expresión (Artículo 13). Los niños tienen derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión (Artículo 14), a la privacidad y a la protección de ataques o injerencias ilegales (Artículo 16) y a la libertad de asociación y de celebrar reuniones pacíficas (Artículo 15).

## Protección social

La Convención reconoce el papel fundamental de los padres o representantes legales en la crianza y desarrollo del niño (Artículo 18) pero afirma la obligación del Estado de apoyar a las familias mediante “asistencia apropiada”, “el desarrollo de instituciones, instalaciones y servicios para el cuidado de los niños” y “todas las medidas apropiadas para que los niños cuyos padres trabajan tengan derecho a beneficiarse de los servicios e instalaciones de guarda de niños para los que reúnan las condiciones requeridas”.

De particular pertinencia en el contexto urbano es el reconocimiento de “el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social” (Artículo 27). La responsabilidad de garantizar estas condiciones depende fundamentalmente de los padres y representantes legales, pero los Estados Partes están en la obligación de ayudar y “en caso necesario, proporcionarán asistencia material y programas de apoyo, particularmente con respecto a la nutrición, el vestuario y la vivienda”. Los niños tienen el derecho a beneficiarse de la seguridad social con arreglo a sus circunstancias (Artículo 26).

## Salud y medio ambiente

Los Estados Partes “garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño” (Artículo 6). Todo niño tiene derecho al “disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la

rehabilitación de la salud” (Artículo 24). Esto incluye el cuidado infantil, prenatal, posnatal y preventivo; la planificación familiar y la educación sobre la salud; la nutrición y la higiene infantiles; el saneamiento ambiental, la prevención de accidentes y las ventajas de la lactancia materna. Además de garantizar la atención primaria de la salud, los Estados Partes se comprometen a combatir las enfermedades y la desnutrición “mediante... el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente”.

### **Educación, juego y esparcimiento**

La Convención establece el derecho a la educación a partir de la igualdad de oportunidades. Obliga a los Estados Partes a hacer posible “que todos los niños dispongan y tengan acceso” a la educación primaria obligatoria y gratuita y a poder optar por la enseñanza secundaria, incluida la formación profesional (Artículo 28). También obliga a los Estados Partes a propiciar [a los niños] “oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento”.

### **Protección**

Los Estados Partes reconocen su obligación de proporcionar la protección del niño en múltiples aspectos. Resuelven tomar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a los niños de todas las formas de violencia física o mental, de perjuicio o abuso, de descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras los niños se encuentren bajo el cuidado de los padres, los representantes legales o de cualesquiera otras personas (Artículo 19). Esta protección, así como la asistencia humanitaria, se extiende a los niños que son refugiados o que buscan obtener el estatuto de refugiados (Artículo 22).

Según lo estipulado por la Convención, los Estados están obligados a proteger a los niños de explotación económica y de cualquier trabajo que pueda interferir con su educación o pueda ser nocivo para su salud o su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social. Tales protecciones incluyen la adopción y aplicación de regulaciones sobre la edad mínima [para trabajar] y de normas que rijan las horas y condiciones de empleo (Artículo 32). Las autoridades nacionales también deben tomar medidas para proteger a los niños del uso ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas (Artículo 33) y de todas las formas de explotación que sean perjudiciales para cualquier aspecto de su bienestar (Artículo 36), tales como secuestro, la venta o trata de niños (Artículo 35) y todas las formas de explotación y abuso sexuales (Artículo 34).

Los cuatro principios fundamentales de la Convención –la no discriminación; el interés superior del niño; el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo; y el respeto por las opiniones del niño– se aplican a todas las medidas que tengan alguna relación con los niños y niñas. Todas las decisiones que afecten a los niños y niñas en la esfera urbana deberán tomar en cuenta la obligación de promover el desarrollo armonioso de todo niño.

Investigaciones efectuadas recientemente en Nigeria han indicado que vivir en zonas urbanas desfavorecidas desde el punto de vista socioeconómico incrementa la tasa de mortalidad entre los niños menores de 5 años, incluso después de ajustar los datos a factores como los ingresos y la educación de las madres<sup>5</sup>. Según datos de encuestas a hogares realizadas en Bangladesh, en 2009, la mortalidad de niños menores de 5 años en los barrios de tugurios es un 79% más alta que la tasa urbana global, y un 44% más alta que la tasa rural<sup>6</sup>. Aproximadamente dos tercios de los habitantes de Nairobi, Kenya, viven hacinados en asentamientos improvisados, y la tasa de mortalidad entre los menores de 5 años es alarmante: 151 por cada 1.000 nacidos vivos. La neumonía y las enfermedades diarreicas se cuentan entre las principales causas de muerte<sup>7</sup>. Los servicios deficientes de agua y saneamiento, cocinar con combustibles peligrosos en espacios mal ventilados, vivir en condiciones de hacinamiento y tener que pagar por los servicios de salud –lo que indudablemente los pone fuera del alcance de los pobres– son algunas de las causas profundas de las defunciones de niños menores de 5 años<sup>8</sup>. En países de altos ingresos también se observan disparidades con respecto a la supervivencia infantil. En ciudades grandes de los Estados Unidos, el nivel de ingresos y el origen étnico inciden considerablemente en este aspecto<sup>9</sup>.

### **Inmunización**

Todos los años se evitan alrededor de 2,5 millones de muertes de niños menores de 5 años gracias a la vacunación contra el sarampión y contra la difteria, el tétanos y la pertusis o tos ferina (vacuna DTP). La cobertura mundial de vacunación está mejorando; de hecho, en 130 países se ha logrado administrar las tres dosis básicas de la vacuna DTP al 90% de los niños menores de 1 año. Pero falta mucho por hacer. En 2010, más de 19 millones de niños dejaron de beneficiarse de estas dosis básicas de la vacuna DTP<sup>10</sup>.

Los niveles bajos de inmunización contribuyen a que se presenten con mayor frecuencia brotes de enfermedades que se pueden prevenir por medio de la vacunación, en comunidades que ya son vulnerables a causa de su alta densidad demográfica y de la constante irrupción de nuevos agentes infecciosos.

La insuficiencia de servicios, los bajos niveles educativos de los progenitores, y la falta de información sobre las ventajas de la vacunación figuran entre las principales causas de la baja cobertura entre los niños y las niñas

de tugurios tan diversos como los de la zona occidental de Uttar Pradesh, en la India, y los de Nairobi, en Kenya.

### Atención de la salud materna y neonatal

En 2008, más de 350.000 madres perdieron la vida durante el embarazo y el parto<sup>11</sup>, y todos los años un número mucho mayor de mujeres sufren lesiones como la fístula obstétrica, que puede llegar a afectar a las mujeres durante toda la vida y condenarlas al ostracismo. La mayoría de las mujeres que mueren o que resultan gravemente lesionadas durante el embarazo o el parto viven en África subsahariana y Asia, y la mayor parte de esas muertes son resultado de hemorragias, presión arterial alta, abortos practicados en condiciones de riesgo o sepsis. Sin embargo, muchas de estas lesiones y muertes se pueden evitar si las madres gestantes son atendidas por trabajadores sanitarios capacitados, si se dispone de equipos y suministros apropiados, y si las madres tienen acceso a servicios obstétricos de urgencia<sup>12</sup>.

En los entornos urbanos es relativamente fácil encontrar clínicas de maternidad y servicios obstétricos de urgencia. No obstante, la utilización de esos servicios es menor en los barrios más pobres, aparte de que no cuentan con suficientes centros de salud ni personal calificado para atender los partos<sup>13</sup>. Los servicios de salud para los pobres que viven en las ciudades suelen ser de inferior calidad, lo que frecuentemente obliga a la gente a recurrir a personal sanitario sin la debida capacitación, o a pagar un sobrecosto para recibir la atención, como comprobaron estudios efectuados en Bangladesh, la India, Kenya y otros países<sup>14</sup>.

### Lactancia materna

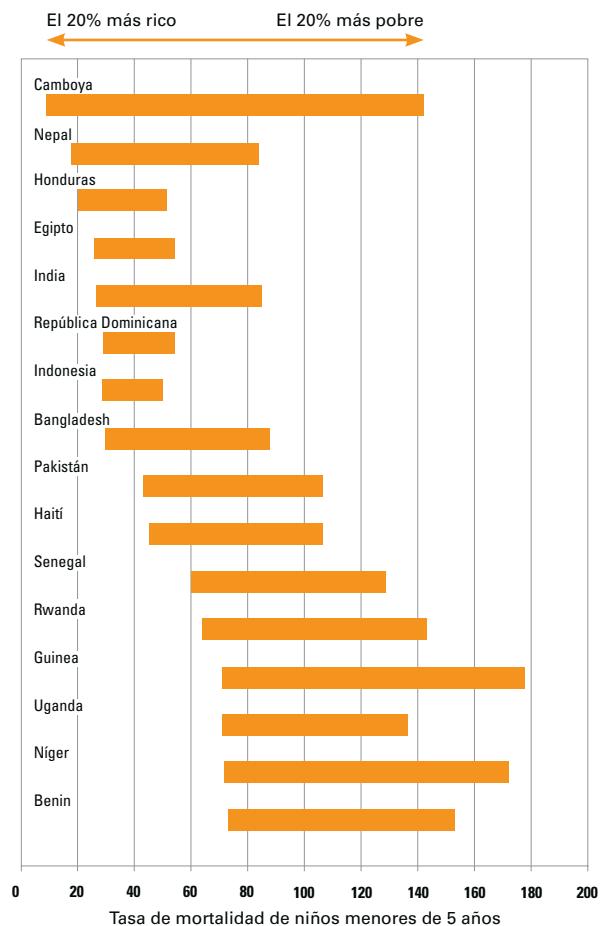
La lactancia materna se recomienda durante los primeros seis meses de vida para satisfacer las necesidades nutricionales de los bebés y reducir la mortalidad neonatal hasta un 20%. Las madres del medio urbano tienen menos probabilidades de amamantar a sus hijos que las madres del medio rural, y más probabilidades de destetarlos prematuramente, si es que los alimentan con leche materna. Un análisis de los resultados de las Encuestas Demográficas y de Salud que se realizaron en 35 países mostró que el porcentaje de niños alimentados con leche materna era menor en las zonas urbanas<sup>15</sup>. Las bajas tasas de lactancia natural se pueden atribuir, en parte, al desconocimiento de la importancia de esta práctica, y al hecho de que a las mujeres pobres que viven en las ciudades y trabajan fuera del hogar se les dificulta amamantar a sus hijos.

## Nutrición

La pobreza y la desnutrición infantil parecen estar trasladándose gradualmente de las zonas rurales a las zonas urbanas, pues el número de personas pobres y desnutridas aumenta con más rapidez en el medio urbano que en el rural<sup>16</sup>. El hambre, una clara manifestación del fracaso de la protección social, es difícil de aceptar, sobre todo cuando se ensaña con los niños. Pero incluso las personas mejor alimentadas –las que ingieren suficientes calorías para poder desempeñar eficientemente sus actividades diarias– pueden sufrir de “hambre oculta”, o malnutrición por carencia de micronutrientes. Esto puede

**Gráfico 2.1. En las zonas urbanas, tener mayores ingresos aumenta la probabilidad de supervivencia de los niños menores de 5 años**

Tasas de mortalidad de niños menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos) en las zonas urbanas de determinados países (el lado derecho del gráfico muestra la mortalidad promedio entre los niños menores de 5 años que pertenecen al quintil más pobre de la población; el lado izquierdo, la mortalidad promedio entre los niños menores de 5 años del quintil más rico)



Fuentes: Estimaciones de la OMS y Encuestas Demográficas y de Salud, 2005–2007. Los países se seleccionaron con base en la disponibilidad de datos.

deberse a insuficiencia de vitamina A, hierro y zinc provenientes de las frutas, las legumbres, el pescado y la carne. Sin estos micronutrientes, los niños corren más peligro de muerte, ceguera y retraso en el crecimiento, además de que su coeficiente intelectual puede verse afectado<sup>17</sup>.

La brecha nutricional entre los medios rural y urbano se ha reducido en las últimas décadas, esencialmente porque la situación ha empeorado en las zonas urbanas<sup>18</sup>. De acuerdo con un estudio realizado en África subsahariana, en 2006, las diferencias en nutrición infantil entre las comunidades urbanas ricas y pobres eran más acentuadas que entre las zonas urbanas y las zonas rurales<sup>19</sup>.

A nivel mundial, la desnutrición contribuye a más de un tercio de las defunciones de niños y niñas menores de 5 años. Además, tiene múltiples consecuencias a corto y largo plazo, como retraso en el desarrollo mental, mayor riesgo de enfermedades infecciosas, y susceptibilidad a sufrir enfermedades crónicas en la edad adulta<sup>20</sup>. En los países de bajos ingresos, la desnutrición infantil casi invariablemente es producto de la pobreza, que se caracteriza por la baja condición social y económica de la familia, la precariedad de la vivienda y de las condiciones ambientales, y el limitado acceso a los alimentos, el agua salubre y la atención de la salud. En varios países, la prevalencia de retraso en el crecimiento es igual, o mayor, entre los niños más pobres de las zonas urbanas que entre los niños pobres del campo<sup>21</sup>.

Los resultados de la Encuesta Nacional sobre Salud Familiar que se llevó a cabo en ocho ciudades de la India, entre 2005 y 2006, revelaron que los niveles de desnutrición en las zonas urbanas seguían siendo sumamente altos. Al menos un 25% de los niños y niñas menores de 5 años presentaban retraso en el crecimiento, lo que indicaba que habían sufrido de desnutrición durante algún tiempo. Se encontró que los bajos ingresos incidían de manera significativa en este problema. Entre la cuarta parte de los residentes urbanos más pobres, un 54% de los niños acusaban retraso en el crecimiento y un 47%, peso inferior al normal, en comparación con un 33% y un 26%, respectivamente, entre el resto de la población urbana<sup>22</sup>. Las mayores diferencias se observaron en la proporción de niños con peso inferior al normal que vivían en barrios marginales y no marginales de Indore y Nagpur<sup>23</sup>.

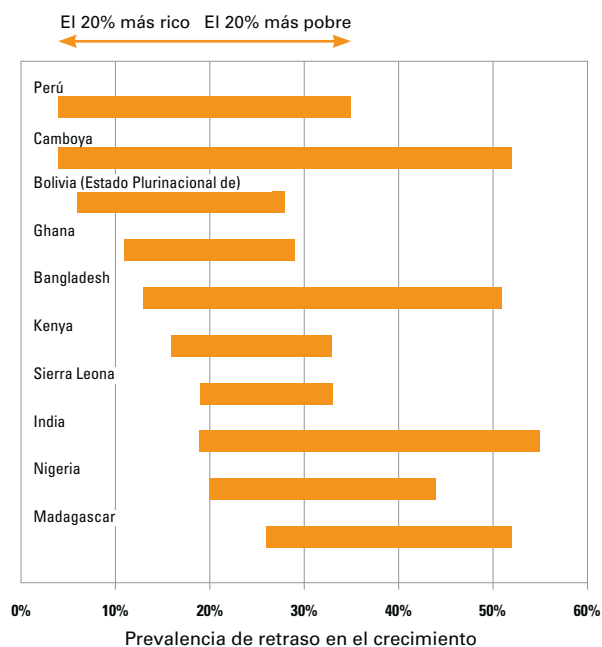
En 2006, un estudio sobre las desigualdades en la condición nutricional de los niños en Angola, la República Centroafricana y el Senegal determinó que, al hacer una

sencilla comparación entre los medios urbano y rural, la prevalencia de retraso en el crecimiento era significativamente más alta en las zonas rurales. Sin embargo, cuando las poblaciones urbana y rural se estratificaron utilizando una medida de la riqueza, desaparecieron las diferencias en la prevalencia de retraso en el crecimiento y de peso inferior al normal entre las zonas urbanas y las rurales<sup>24</sup>. Un estudio de 10 países de África subsahariana, realizado en 2004, concluyó que la proporción de la población urbana con deficiencia proteico-calórica superaba el 40% en casi todos los países, y que era superior al 70% en tres; a saber, Etiopía, Malawi y Zambia<sup>25</sup>.

En el extremo opuesto del espectro nutricional, la obesidad afecta a niños de las zonas urbanas de países de altos ingresos, y cada vez más, de países de bajos y medianos ingresos<sup>26</sup>. El sedentarismo, combinado con una dieta rica en grasas saturadas, azúcares refinados y sal, aumenta el riesgo de que los niños sufran de obesidad y de enfermedades crónicas como diabetes, cáncer y cardiopatías<sup>27</sup>.

### Gráfico 2.2. Los niños de las familias urbanas pobres tienen más probabilidades de sufrir de desnutrición

Proporción de niños menores de 5 años que presentan retraso en el crecimiento (el lado derecho del gráfico muestra la prevalencia de retraso en el crecimiento en el quintil más pobre de la población urbana; el lado izquierdo, en el quintil más rico)



**Nota:** Las estimaciones se calculan de conformidad con los patrones de crecimiento infantil de la OMS. Los países se seleccionaron con base en la disponibilidad de datos.

**Fuente:** Encuestas Demográficas y de Salud, 2006–2010.



# SERVICIOS DE SALUD MATERNA E INFANTIL PARA LOS POBRES DE LAS ZONAS URBANAS

## Estudio de un caso práctico en Nairobi, Kenya

La rápida urbanización que ha tenido lugar en Kenya –como en gran parte del África subsahariana– se produce en gran medida en un contexto de un débil desarrollo económico y una deficiente gestión gubernativa. Como resultado, las autoridades locales y nacionales no han sido capaces de proporcionar condiciones de vida decentes y servicios sociales básicos que basten para cubrir las necesidades de una creciente población urbana. Entre 1980 y 2009, el número de personas que vive en Nairobi, la capital, aumentó de 862.000 a aproximadamente 3,4 millones. Algunos cálculos estimativos (2007) indican que alrededor del 60% vive en barrios marginales que ocupan sólo el 5% de los terrenos residenciales de la ciudad. Además, las pruebas que han ido apareciendo arrojan que la explosión urbana en la región se ha visto acompañada por índices crecientes de pobreza y consecuentes deficiencias de salud. La incidencia de la desnutrición, la morbilidad y la mortalidad infantiles se muestra más elevada en los barrios pobres y en las zonas periurbanas que en los enclaves urbanos privilegiados o incluso, a veces, en las zonas rurales.

### Acceso a los servicios de salud

En los barrios marginales de Nairobi, las prestaciones de servicios de salud son limitadas. Un estudio que se llevó a cabo en 2009 muestra que de un total de 503 instalaciones sanitarias utilizadas por los residentes de tres comunidades marginales (Korogocho, Viwandani y Kibera), sólo 6 (el 1%) eran públicas; 79 (el 16%) eran privadas sin fines de lucro; y 418 (el 83%) eran privadas de carácter lucrativo. Esta última categoría consiste en clínicas y hogares de maternidad ilegales y destartados, que carecen de reglas de trabajo o directrices normativas para los servicios que prestan. Sin embargo, a estas instalaciones de inferior calidad son precisamente a las que acude la mayoría de las mujeres de la localidad

en busca de atención sanitaria materna e infantil –quienes procuran opciones de mejor calidad sólo cuando se presentan complicaciones. En contraste con los servicios públicos, que rara vez se extienden a asentamientos informales, estas instalaciones privadas se perciben como amigables, accesibles y confiables, tal vez porque dedican más tiempo a establecer relaciones con los pacientes. Sólo una pequeña proporción de los pobres de las zonas urbanas tiene acceso a servicios de atención sanitaria de maternidad más confiables, incluidos los que se brindan en clínicas y hospitales dirigidos por misioneros y organizaciones no gubernamentales.

### Desnutrición infantil en zonas urbanas

En los países en desarrollo, la desnutrición infantil sigue siendo una importante preocupación de salud pública. Tanto síntoma como causa de la pobreza, se cree que contribuye a más de un tercio de todas las muertes de menores de cinco años. La nutrición insuficiente es uno de los numerosos factores interrelacionados del llamado síndrome de la pobreza: bajos ingresos, familia numerosa, educación deficiente y acceso limitado a los alimentos, al agua, al saneamiento y a los servicios de salud maternos e infantiles.

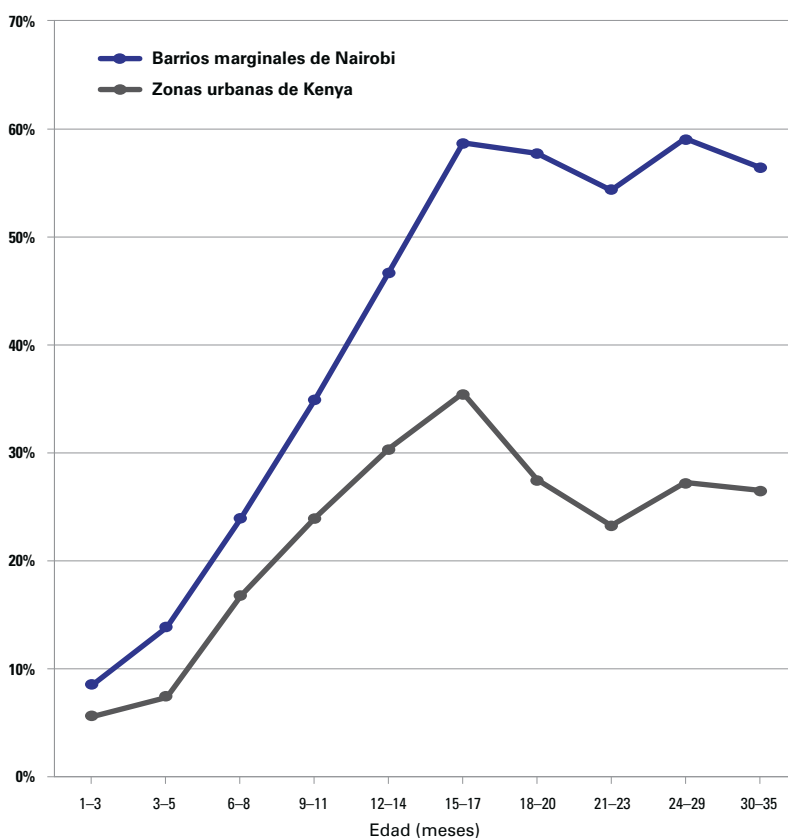
Retraso en el crecimiento, falta de peso y emaciación –medidos por la altura por edad, peso por edad y peso por altura respectivamente– son los tres indicadores antropométricos más frecuentes del estatus nutricional. El retraso en el crecimiento se considera el criterio más fiable de la desnutrición, ya que indica episodios recurrentes o períodos prolongados de una ingesta alimentaria inadecuada, deficiencia calórica o de proteínas –o ambas– o mala salud persistente o recurrente. Los niños sufren retraso en el crecimiento si el índice de su altura por su edad es menos de dos desviaciones estándar por debajo de la media de la población que le sirve de referencia;

sufren grave retraso en el crecimiento si el índice está más de tres desviaciones estándar por debajo de la media. La prevalencia del retraso en el crecimiento es una herramienta útil para hacer comparaciones dentro de países y grupos socioeconómicos, y de estos entre sí.

El gráfico 2.3 muestra la magnitud de las desigualdades en la desnutrición infantil al comparar los niveles promedio de retraso en el crecimiento de la población urbana de Kenya con los datos recogidos entre 2006 y 2010 en los asentamientos marginales de Korogocho y Viwandani. El estudio incluye a todas las mujeres que dieron a luz en la zona. Las mediciones de los niños se tomaron periódicamente cada 4 meses hasta los 35 meses de edad.

Como demuestra el gráfico, la prevalencia del retraso en el crecimiento entre los niños que viven en zonas marginales aumenta bruscamente de menos del 10% durante los primeros meses de vida a cerca del 60% en el grupo comprendido entre los 15 y los 17 meses de edad, y luego permanece en ese nivel. En la Kenya urbana en su conjunto, la prevalencia de la desnutrición alcanza un máximo de un 35% entre los niños de 15 a 17 meses de edad, y luego declina hasta alrededor del 25%. La brecha entre los pobres (en este caso los residentes de los barrios marginales) y los que no lo son se ensancha a partir de este punto. Por ejemplo, entre los niños mayores de 15 meses, la prevalencia del retraso en el crecimiento asciende a aproximadamente el 57% en los barrios marginales y hasta alrededor del 28% en la Kenya urbana como un todo. Un análisis separado (que no aparece en el gráfico 2,3) revela que la prevalencia del retraso en el crecimiento entre los ricos urbanos está cerca del 21%, lo cual sugiere que los niños pobres de las ciudades tienen 2,7 veces más probabilidades de sufrir retraso en el crecimiento.

**Gráfico 2.3. Prevalencia de retraso en el crecimiento entre los niños y niñas menores de 3 años: Comparación entre los barrios marginales de Nairobi y el conjunto de las zonas urbanas de Kenya**



**Fuentes:** Urbanization, Poverty and Health Dynamics – Maternal and Child Health data (2006–2009); African Population and Health Research Center; y Encuestas Demográficas y de Salud, Kenya (2008–2009).

Las intervenciones efectivas para reducir la desnutrición infantil pueden incluir el suplemento de micronutrientes (yodo, hierro y vitamina A); suplementos alimentarios (para la deficiencia de micronutrientes); prevención y tratamiento de infecciones; supervisión y promoción del crecimiento; educación acerca de las prácticas de la alimentación de bebés (lactancia materna y alimentación complementaria) y programas de alimentación escolar.

Si no se atienden las necesidades de los pobres de las ciudades, el progreso para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio puede estar en peligro, especialmente los objetivos 1 (erradicar la pobreza extrema y el hambre), 4 (reducir la mortalidad infantil) y 5 (mejorar la salud materna). Además de concentrarse enérgicamente en las intervenciones sanitarias y nutricionales (por ejemplo, el cuidado prenatal, materno y neonatal, la inmunización, los hábitos

de alimentación adecuados), en este contexto se reconoce la importancia de la salud reproductiva, al tiempo que la planificación de la familia puede constituir un enfoque rentable y altamente provechoso para mejorar la salud de madres e hijos. La Iniciativa Urbana para la Salud Reproductiva, auspiciada por la Fundación de Bill y Melinda Gates y puesta en práctica actualmente en zonas urbanas escogidas de la India, Kenya, Nigeria y Senegal, constituye un buen ejemplo. El programa busca aumentar significativamente los índices de uso de anticonceptivos modernos –en especial entre los pobres de las ciudades y las zonas periurbanas– mediante la integración y el mejoramiento de la calidad de los servicios de planificación familiar, particularmente en entornos de mucho volumen; incrementar los suministros, incluso a través de las alianzas entre los sectores públicos y privados; y dismantelar las barreras de la demanda al acceso.

**Por Jean Christophe Fotso**

Jefe de Dinámica Poblacional y Salud Reproductiva del Centro Africano de Investigación sobre Población y Salud, Nairobi, Kenya.

El Centro Africano de Investigación sobre Población y Salud (APHRC) es una organización internacional sin fines de lucro cuya misión es promover el bienestar de los africanos a través de una investigación sobre problemas fundamentales de población y salud pertinentes para las políticas. El APHRC, que originalmente se estableció como un programa del Consejo de Población en 1995, ha sido una entidad autónoma desde 2001 y en la actualidad tiene oficinas en Kenya, Nigeria y Senegal. El centro se dedica a la investigación, tarea en la cual fortalece la capacidad investigativa y la participación política en el África subsahariana.

## Enfermedades respiratorias

Los niños de las comunidades urbanas de bajos ingresos también padecen los efectos de la contaminación del aire, incluyendo infecciones respiratorias, asma y saturnismo. Todos los años, la contaminación del aire en recintos cerrados produce cerca de 2 millones de muertes entre los niños menores de 5 años, y casi la mitad se debe a la neumonía<sup>28</sup>. La contaminación del aire en espacios abiertos causa todos los años 1,3 millones de muertes de niños y adultos. En Nairobi, Kenya, un estudio de 2005 descubrió que la exposición crónica a agentes contaminantes en las zonas urbanas había contribuido a más del 60% de todos los casos de enfermedades respiratorias que se registraron entre los niños que vivían en dichas zonas<sup>29</sup>. Estudios efectuados en los Estados Unidos han demostrado que los habitantes de las comunidades urbanas pobres, que usualmente pertenecen a minorías raciales, están expuestos crónica y desproporcionadamente a altos niveles de toxinas del aire<sup>30</sup>.

## Lesiones debidas a accidentes de tráfico

El tráfico vehicular también constituye una amenaza para los niños, que se intensifica cuando no existen lugares seguros para jugar ni infraestructura para los peatones, como aceras y cruces adecuados. La Organización Mundial de la Salud calcula que 1,3 millones de muertes anuales se pueden atribuir a lesiones derivadas de accidentes de tráfico<sup>31</sup>, la principal causa de muerte a nivel

mundial entre las personas de 15 a 29 años de edad, y la segunda entre las personas de 5 a 14 años<sup>32</sup>.

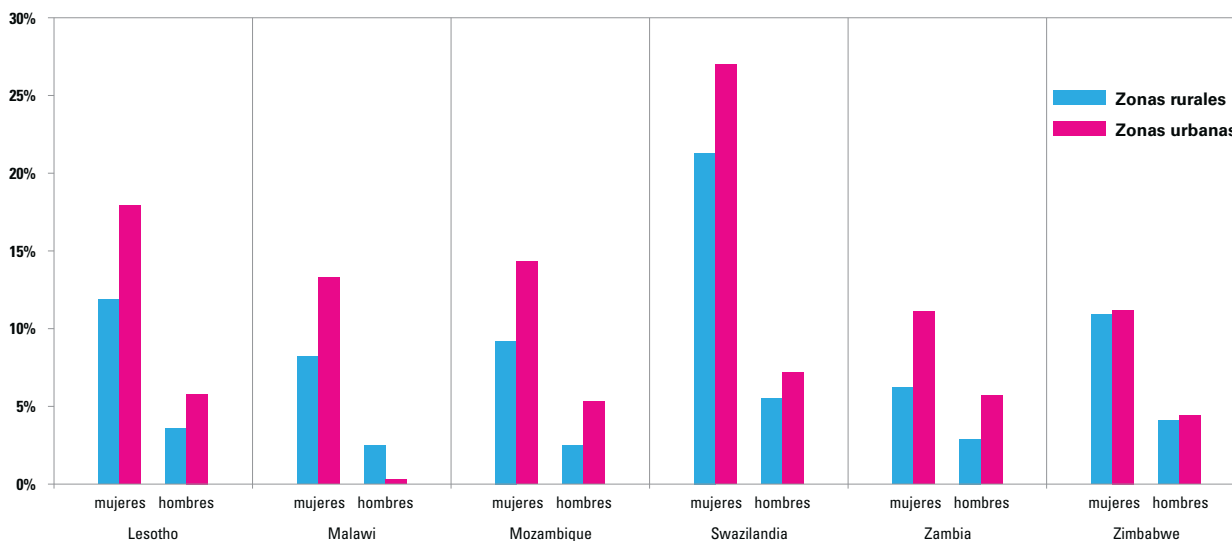
## VIH y sida

Datos recientes señalan que ha disminuido el número de nuevos casos de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) entre los niños, gracias a que ha mejorado el acceso a los servicios de prevención de la transmisión del virus de la madre al niño durante el embarazo, el trabajo de parto, el alumbramiento y la lactancia. Se estima que, en 2010, el número de nuevos casos de infección por el VIH entre los niños equivalió a una cuarta parte de los casos registrados en 2005<sup>33</sup>. Pero a pesar de estos avances, en 2010 resultaron infectados, todos los días, alrededor de 1.000 bebés, a causa de la transmisión de madre a hijo<sup>34</sup>.

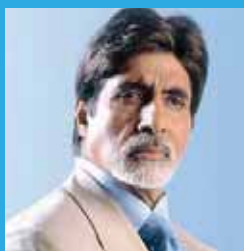
Adicionalmente, en 2010 se infectaron diariamente casi 2.600 personas entre los 15 y los 24 años. Las principales causas fueron las relaciones sexuales sin protección y el uso de drogas inyectadas en condiciones poco seguras. A nivel mundial, en 2010 vivían con el VIH unos 2,2 millones de jóvenes de 10 a 19 años, la mayoría ignorantes de su situación con respecto al virus. Durante el período de transición a la adolescencia, muchos de ellos carecieron de información, tratamiento, atención y apoyo, incluyendo servicios de prevención y de salud sexual y reproductiva apropiados para su edad.

### Gráfico 2.4. El VIH es más común en las zonas urbanas y más prevalente entre las mujeres

Prevalencia del VIH entre las mujeres y los hombres de 15 a 24 años de edad, en las zonas urbanas y rurales de determinados países de África subsahariana



Fuentes: Lesotho, DHS 2009; Malawi, DHS 2004; Mozambique, EIS 2009; Swazilandia, DHS 2006–2007; Zambia, DHS 2007; Zimbabwe, DHS 2005–2006. Los países se seleccionaron con base en la disponibilidad de datos.



# LLEGAR A TODOS LOS NIÑOS

## Erradicar la poliomielitis en Mumbai

por Amitabh Bachchan, Embajador de Buena Voluntad de UNICEF

Durante 10 años, he venido repitiendo en la India el mensaje salvador de que todos los niños y niñas deben tomar dos gotas de la vacuna oral contra la poliomielitis cada vez que ésta se les ofrezca. Y funciona.

En la actualidad, la India está a punto de erradicar la poliomielitis, algo que se podría considerar como el mayor logro [en el terreno] de la salud pública en toda su historia. Cuando comenzó la erradicación de la poliomielitis, en la India se registraban alrededor de 500 casos por día. Desde entonces, más de 4 millones de niños se han salvado de la parálisis o de la muerte. Todo nuestro arduo trabajo está dando frutos. Pero la pura verdad es que mientras la poliomielitis exista en cualquier otro lugar del mundo, la amenaza persistirá.

Me enorgullece muchísimo que algunos estudios independientes hayan revelado que el lema “Todos los niños, todas las veces” es uno de los mensajes más reconocibles de la India. Me enorgullece aún más que los padres indios hayan respondido a ese llamado. Durante los dos Días de Inmunización Nacional al año, que normalmente tienen lugar en enero y febrero, aproximadamente 170 millones de niños menores de 5 años son vacunados por equipos de inmunización que van de puerta en puerta por todas las casas del país. Luego, todos los meses, de marzo a diciembre, casi todos los niños menores de 5 años en dos estados de la India donde la poliomielitis ha sido tradicionalmente endémica y en zonas de alto riesgo son vacunados durante campañas de inmunización contra la polio: son campañas que alcanzan de 40 a 80 millones de niños cada año. Deténganse por un segundo a examinar esas cifras. Consideren luego lo que caracteriza las zonas de más alto riesgo para la transmisión del virus de la poliomielitis:

alta densidad poblacional, saneamiento deficiente, acceso limitado al agua potable y a las letrinas, bajos índices de lactancia materna y deficiente nutrición.

La poliomielitis es en la actualidad un virus que afecta a los más pobres, que libra su última batalla en los sitios más ignorados, entre la gente más olvidada. Llegar a esas personas —los que viven en las villas miserias, los nómadas, los migrantes, los obreros de los hornos de cocer ladrillos, las familias de los trabajadores de la construcción que viven debajo de una plancha de plástico junto a los lujosos rascacielos que ellos construyen (por un dólar al día)— es uno de los grandes retos de la salud pública. El programa para la erradicación de la poliomielitis sigue activamente una “estrategia para los que carecen de servicios” que tiene por objetivo a las personas de la India a las que resulta más difícil llegar, incluidas las que viven en los barrios marginales urbanos, a fin de aumentar la inmunidad entre esas poblaciones que corren el mayor riesgo [de contraer la enfermedad]. No es tarea fácil: millones de familias migrantes se mudan de un lado a otro del país cada semana, y en los estados de Uttar Pradesh y Bihar, donde la poliomielitis es tradicionalmente endémica, alrededor de 750.000 niños nacen todos los meses. Para erradicar la poliomielitis en la India es esencial alcanzar hasta el último niño e inmunizarlo. Y en los superpoblados barrios marginales de las tumultuosas ciudades de la India es difícil de llegar hasta el último niño.

Piensen en Dharavi —uno de los mayores barrios marginales de Mumbai, mi ciudad natal— donde vive más de un millón de personas en sólo 3 kilómetros cuadrados. Aquí, los equipos de inmunización contra el virus de la poliomielitis deben seguir planos

micrométricos cuidadosamente trazados, caminar en fila india a lo largo de angostas callejuelas, y subir desvencijadas escaleras para llegar a los niños que viven en casas de metal corrugado, amontonadas una sobre otra, de tres o cuatro pisos de alto. Los equipos de inmunización marcan con tiza esas paredes de metal corrugado para que los supervisores que les sigan en los próximos días puedan identificar las casas visitadas donde los niños han sido inmunizados. Otros equipos adicionales regresan para vacunar a cualquier niño que se haya quedado rezagado.

Mumbai, la capital financiera de la India y sede de su industria cinematográfica, se cuenta entre las ciudades más ricas del mundo. También se cree que contiene la más alta proporción y el mayor número absoluto de habitantes de barrios marginales. Según algunos cálculos, entre 100 y 300 nuevas familias llegan cada día en busca de trabajo. Con muchísima frecuencia, las familias migrantes de condición socioeconómica baja terminan en un barrio marginal. Con muchísima frecuencia, a estos recién llegados nunca se les sigue la pista, nunca se les documenta, nunca se les da nombre. Con muchísima frecuencia los niños a quienes cuesta más trabajo llegar están viviendo justo bajo nuestras narices.

El programa para la erradicación de la poliomielitis en la India demuestra que es posible garantizar la equidad en la disponibilidad de los servicios de salud, incluso en los ambientes más pobres y más densamente poblados. Ello prueba que uno puede encontrar hasta el último niño de la ciudad. Y significa que en Mumbai, si bien los niños de los barrios marginales siguen haciendo frente a muchas amenazas, la poliomielitis no ha de ser una de ellas.

Amitabh Bachchan es una de las figuras más prominentes en la historia del cine indio. Ha ganado 4 Premios Nacionales de Cine —tres en la categoría de mejor actor— y 14 premios Filmfare. Ha trabajado también como cantante de doblajes fílmicos, productor de cine y presentador de televisión y fue miembro electo del parlamento de la India (1984-1987). Ha sido embajador para la erradicación de la poliomielitis en la India desde 2002.



Por lo general, la prevalencia del VIH sigue siendo más alta en las zonas urbanas<sup>35</sup>. Al parecer, las niñas adolescentes y las mujeres corren más riesgo de infectarse debido a la pobreza, que impulsa a muchas a dedicarse a las relaciones sexuales comerciales y las expone a una mayor incidencia de explotación sexual y relaciones sexuales forzadas<sup>36</sup>.

En 2010, un examen de las estimaciones de más de 60 países reveló que la tasa de infección por el VIH se había estabilizado o había disminuido en la mayoría de esos países, incluyendo a los más afectados, pero que se había incrementado en más de un 25% en siete: Armenia, Bangladesh, Filipinas, Georgia, Kazajstán, Kirguistán y Tayikistán. En estos países, la epidemia se concentra en las personas que usan drogas inyectadas, en las que se involucran en relaciones sexuales comerciales y en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres<sup>37</sup>. Los jóvenes constituyen una proporción significativa de las poblaciones afectadas. En Filipinas y Kazajstán representan el 26% y el 29%, respectivamente, de todas las personas mayores de 15 años que viven con el VIH<sup>38</sup>. En la mayoría de estos casos, la infección por el VIH es consecuencia de una cadena de factores adversos que se remontan a la infancia: violencia, explotación, abuso y abandono; en otras palabras, fallas en la protección y la atención.

Un estudio de 2009 sobre los adolescentes que vivían en las calles de cuatro ciudades de Ucrania determinó que más del 15% utilizaban drogas inyectadas y casi la mitad compartían las jeringas; que más o menos un 75% eran activos sexualmente y la mayoría había iniciado su vida

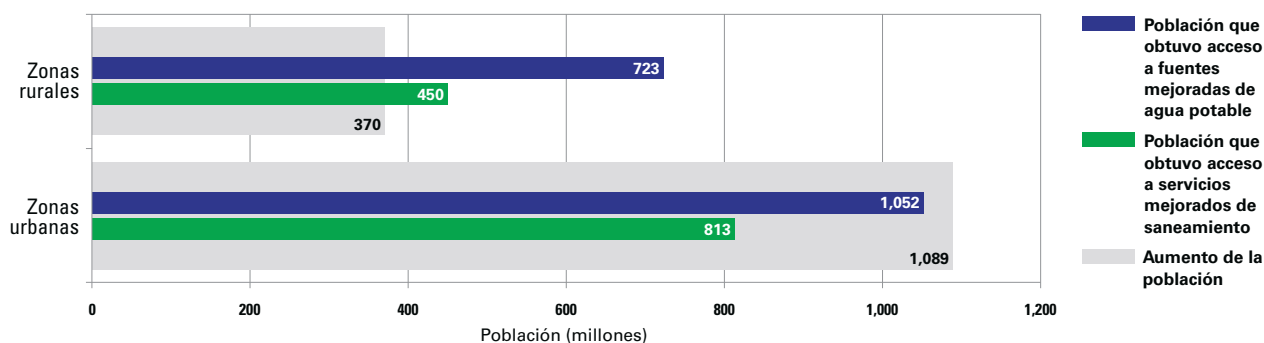
sexual antes de los 15 años; que cerca del 17% de los niños adolescentes y del 57% de las adolescentes habían recibido pago por tener relaciones sexuales; y que más del 10% de los niños y más del 50% de las niñas se habían visto forzados a tener relaciones sexuales<sup>39</sup>. A pesar de estas indiscutibles vulnerabilidades, los adolescentes que están más expuestos a infectarse con el VIH casi siempre son los que más probabilidades tienen de quedar excluidos de los servicios. El estigma social o los obstáculos derivados de las políticas y las leyes les impiden muchas veces acceder a los servicios de prevención.

## Salud mental

Vivir en las ciudades también puede tener un costo sobre la salud mental de los niños y los adolescentes, sobre todo los que residen en los barrios pobres y están expuestos a la violencia y el uso indebido de drogas<sup>40</sup>. Los niños y las niñas que viven en condiciones de pobreza en las ciudades experimentan niveles de depresión y angustia más altos que el promedio de la población urbana. Según un análisis de los determinantes sociales de la salud en los Estados Unidos, los niños de los vecindarios más pobres presentan más problemas emocionales y de comportamiento<sup>41</sup>. Varios estudios han señalado que los problemas de salud mental durante la infancia y la adolescencia pueden afectar seriamente el crecimiento y el desarrollo, el rendimiento escolar y las relaciones familiares y entre pares, además de incrementar el riesgo de suicidio<sup>42</sup>. Un factor al cual los niños y los observadores a menudo atribuyen la causa de la aflicción mental es el estigma de ser vistos como hijos de los más pobres y marginados.

**Gráfico 2.5. En las zonas urbanas, el acceso a servicios mejorados de agua y saneamiento no está avanzando al mismo ritmo que el aumento de la población**

Población mundial que obtuvo acceso a fuentes de agua potable y servicios de saneamiento mejorados, en relación con el aumento de la población, 1990-2008



Fuente: Programa Conjunto OMS/UNICEF de Vigilancia del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento, 2010.



Varios niños y niñas se lavan las manos con jabón y agua, en una escuela primaria del distrito de Aceh Besar, provincia de Aceh, Indonesia.

Los niños, las niñas y los adolescentes que residen en las ciudades tienen más fácil acceso al alcohol y las drogas ilícitas que los que viven en el campo. Muchas veces recurren a estas sustancias para poder afrontar el estrés, o para escapar del ocio y la frustración de no tener empleo ni oportunidades recreativas, como deportes y clubes juveniles.

## Agua, saneamiento e higiene

El Artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño compromete a los Estados partes a velar por que todos los niños y las niñas disfruten del nivel más alto posible de salud. Esto incluye el suministro de agua potable salubre y la eliminación de los peligros que conlleva la contaminación ambiental.

El agua no apta para el consumo, las malas condiciones de saneamiento y la higiene inadecuada cobran numerosas vidas todos los años. Se calcula que 1,2 millones de niños y niñas mueren antes de cumplir 5 años a causa de la diarrea. En las zonas urbanas pobres, el hacinamiento, el insuficiente abastecimiento de agua y la limitada cobertura de saneamiento aumentan la probabilidad de contaminación fecal<sup>43</sup>.

Alrededor del mundo, los residentes de las ciudades gozan de mayor acceso a fuentes mejoradas de agua potable (un

96%) que los residentes de las zonas rurales (un 78%). Sin embargo, la cobertura de agua potable mejorada apenas logra mantenerse a la par del aumento de la población urbana<sup>44</sup>. Y el acceso a fuentes mejoradas de agua no siempre garantiza un abastecimiento adecuado. En los distritos más pobres de las ciudades, mucha gente se ve obligada a caminar para recoger agua en otros vecindarios o a comprarla a vendedores privados<sup>45</sup>. No es inusual que los pobres de las ciudades paguen hasta 50 veces más por un litro de agua que sus vecinos más prósperos, que sí tienen acceso a la tubería central<sup>46</sup>. Sin acceso suficiente a agua potable segura ni a un suministro de agua apropiado para la higiene básica, la salud de los niños se deteriora. Mejorar el acceso sigue siendo definitivo para reducir la mortalidad y la morbilidad infantil.

La población urbana, en su conjunto, tiene mejor acceso a servicios de saneamiento que la población rural, aun cuando la cobertura no se corresponde con el ritmo de crecimiento de la población urbana. La consecuencia es que el número de residentes urbanos que defecan al aire libre pasó de 140 millones en 1990 a 169 millones en 2008<sup>47</sup>. Las repercusiones de esta práctica son sumamente graves para la salud de los habitantes de asentamientos urbanos densamente poblados. El hacinamiento y las condiciones insalubres convierten a los barrios marginales del medio urbano en zonas de alto riesgo para las enfermedades contagiosas, incluyendo el cólera.

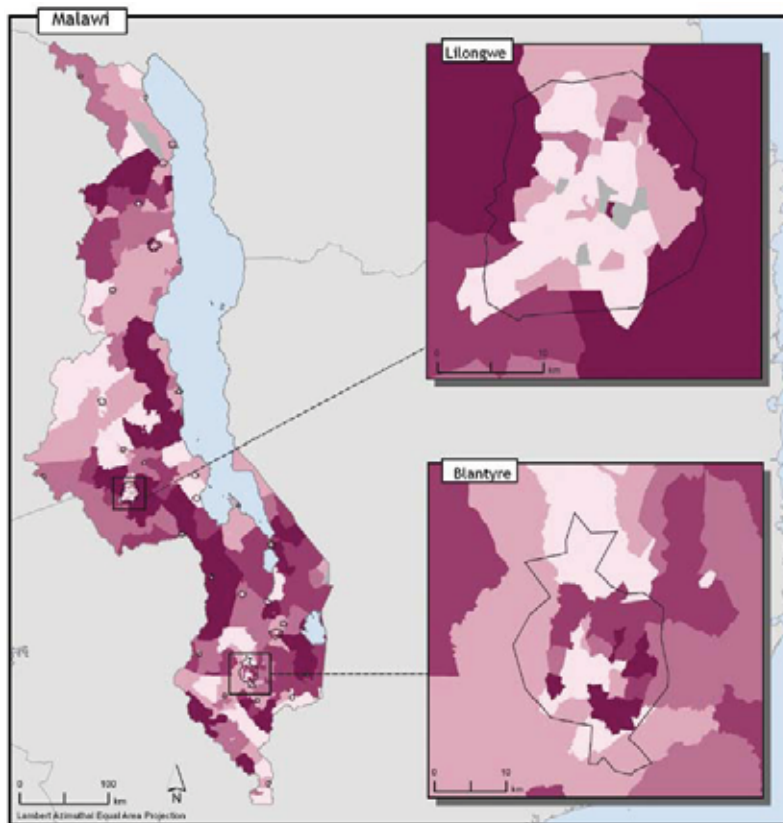
# CARTOGRAFÍA DE LAS DISPARIDADES URBANAS PARA GARANTIZAR LOS DERECHOS DE LA INFANCIA

El reunir datos accesibles, precisos y desglosados es un paso esencial en el proceso de reconocer y mejorar la situación de niños y niñas en zonas urbanas. Algunas innovadoras representaciones visuales informativas pueden ayudar a identificar brechas que llevan a actuar a las personas encargadas de tomar decisiones a nivel local.

El concepto de cartografiar la pobreza se originó en Londres hace más de un siglo como una forma de resaltar las diferencias en los niveles de vida según la clase social. La tecnología computarizada de la actualidad hace posible compilar simples mapas y correlaciones interactivas para reflejar una información compleja que tradicionalmente se mostraba en columnas y tablas.

Donde no pueden obtenerse los datos de una provincia, distrito o municipalidad, el enfoque de "estimación de zona reducida" crea cálculos estimativos subnacionales basados en cifras del censo nacional y en información de sondeos domésticos. La integración de estos cálculos estimativos con los Sistemas de Información Geográfica (GIS) produce mapas que pueden mostrar diferencias entre zonas urbanas y rurales y dentro de las zonas urbanas.

**Gráfico 2.6. Mapa de la pobreza en Lilongwe y Blantyre, Malawi**



Las zonas en sombra del mapa indican diferentes niveles de pobreza; las más oscuras denotan mayor pobreza. (La pobreza se mide aquí por la diferencia promedio entre el nivel real de bienestar de los hogares y la línea de pobreza.) Las líneas negras muestran las zonas urbanas más grandes.

**Fuente:** Centro para una Red Internacional de Información Científica, Universidad de Columbia, *Where the Poor Are: An atlas of poverty*, Columbia University Press, Palisades, N.Y., 2006, pág. 37, gráfico 5.5, basado en datos de 1997–1998. Ver <[www.ciesin.columbia.edu](http://www.ciesin.columbia.edu)>. Reproducido con autorización.

La Red de Información del Centro Internacional de Ciencias de la Tierra de la Universidad de Columbia se valió de este método para resaltar las disparidades del ingreso urbano en Malawi (véase el gráfico 2,6). El mapa muestra gradientes de pobreza que hacen posible un análisis urbano-rural simple e intuitivo, así como una comparación entre las dos principales ciudades del país: Lilongwe, la capital, y Blantyre, una ciudad de tamaño semejante. En este ejemplo, donde los tonos más oscuros denotan una mayor pobreza, Lilongwe parece tener menores niveles de pobreza que Blantyre. Sin embargo, los patrones de privaciones difieren. Mientras que Blantyre muestra mayores niveles de pobreza que las zonas adyacentes, Lilongwe es un centro urbano relativamente próspero rodeado de regiones más pobres, aunque también presenta bolsones de pobreza (zonas aisladas más oscuras) dentro de sus límites. Este estudio monográfico demuestra la variabilidad de los patrones urbanos.

Otro ejemplo proviene de los Observatorios de Salud Pública del Reino Unido. Profesionales, políticos y el público en general pueden usar este instrumento virtual alternativo para ilustrar y analizar 32 indicadores de perfiles de salud a nivel de distrito y de autoridad local. Entre los ejemplos de indicadores que se concentran específicamente en niños y jóvenes se incluyen la obesidad infantil y la actividad

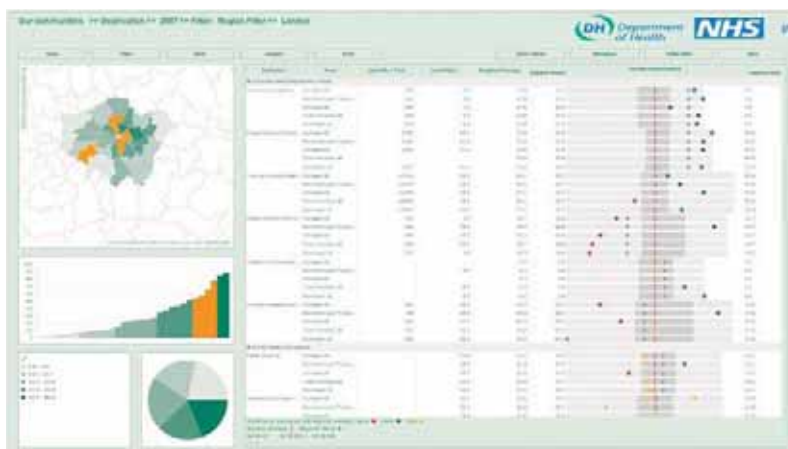
física, el embarazo de adolescentes, la lactancia materna, el deterioro dental, la pobreza infantil, la falta de vivienda, el rendimiento educacional, la comisión de delitos y el uso de drogas (véase el gráfico 2,7).

Las ciudades más grandes con frecuencia abarcan múltiples distritos gubernamentales locales, lo cual permite una comparación de distintos distritos administrativos dentro del área metropolitana. El Gran Londres se divide en 32 barrios. Las disparidades urbanas son claras y marcadas: el 57% de los niños en el barrio londinense de Tower Hamlets vive en la pobreza, una proporción mayor que en cualquier otro barrio de Inglaterra. La City de Westminster tiene el mayor nivel de obesidad infantil de la nación, mientras Southwark presenta uno de los índices más elevados de embarazo de adolescentes de todo el país. En contraste, el barrio suburbano de Richmond upon Thames muestra buenos niveles de salud y bienestar infantiles y, en general, los niños y niñas de Londres parecen tener una salud dental por encima del promedio.

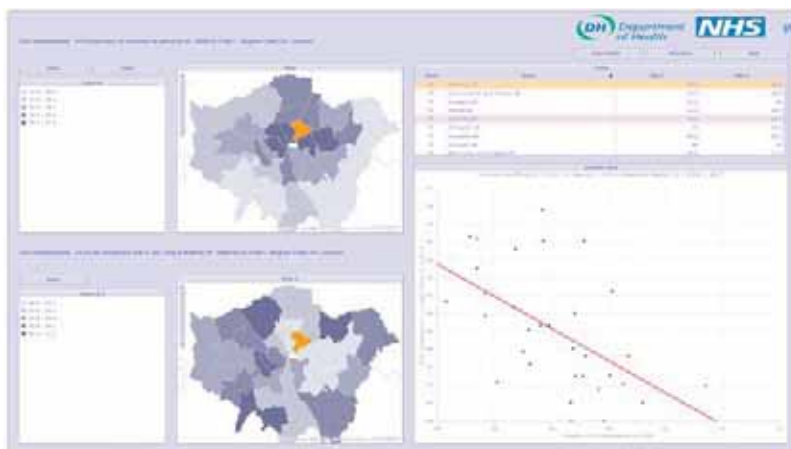
La herramienta también permite a los usuarios obtener variables correlativas, tales como penuria urbana, con varios resultados de salud infantil. Los gobiernos y los servicios de salud locales pueden utilizar esta información para trabajar en favor de reducir las desigualdades en el terreno de la salud al concentrarse en las causas tanto como en los resultados. El destacar en un mapa los indicadores urbanos de la salud y el bienestar infantiles revela que un objetivo concentrado en las disparidades no debería limitarse a los países en desarrollo, puesto que los derechos y perspectivas de desarrollo de los niños son desiguales en algunas de las ciudades más prósperas del mundo.

### Gráfico 2.7. Seguimiento de los resultados sobre salud en Londres, Reino Unido

En el mapa de la izquierda, las zonas en sombra indican diferentes niveles de pobreza. Los municipios seleccionados para la comparación aparecen en color naranja. En la tabla de la derecha, los colores tipo semáforo indican el desempeño comparativo en cada zona.



La herramienta se utiliza para mostrar las correlaciones entre los indicadores. Abajo, el diagrama de dispersión indica la relación entre la proporción de niños que viven en condiciones de pobreza y el desempeño académico en la ciudad de Londres. En el mapa superior, las zonas más oscuras representan una proporción mayor de niños que viven en la pobreza y en el mapa inferior, mejores resultados académicos.

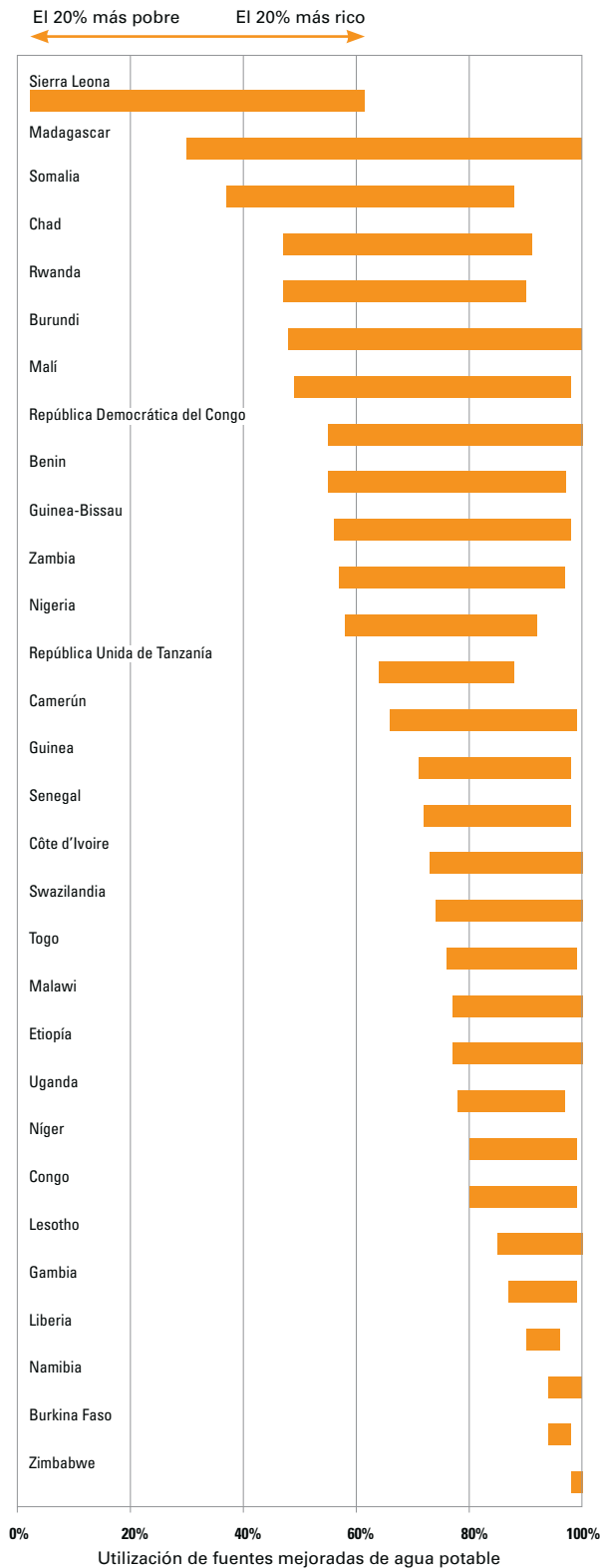


**Fuente:** Trabajo colaborativo de los observatorios de salud pública de Inglaterra. Pantallas de muestra de <[www.healthprofiles.info](http://www.healthprofiles.info)>. Crown Copyright 2011. Reproducido con autorización.



**Gráfico 2.8. Las desigualdades en los ingresos urbanos también implican diferencias en el acceso al agua**

Utilización de fuentes mejoradas de agua potable en las zonas urbanas de determinados países de África (el lado izquierdo del gráfico muestra el acceso a servicios mejorados de agua entre los hogares urbanos del quintil más pobre; el lado derecho, entre los hogares urbanos del quintil más rico)



Fuentes: MICS y DHS realizadas en países de África, 2004–2006. Los países se seleccionaron con base en la disponibilidad de datos.

Incluso en las zonas urbanas donde hay instalaciones mejoradas de saneamiento, un gran número de personas tienen que compartirlas. Entre los factores que limitan la construcción de letrinas individuales en los barrios marginales figuran el espacio, la propiedad y el costo. La congestión en las instalaciones públicas es muy frecuente; además, están contaminadas y su mantenimiento es deficiente. Como casi nunca se tienen en cuenta las necesidades de los niños, los que esperan a utilizar las letrinas comunales no siempre pueden hacerlo debido a la gran cantidad de personas que ingresan a determinadas horas. Por su parte, las niñas no solo carecen de privacidad cuando ya han empezado a menstruar, sino que corren el riesgo de ser víctimas de acoso o abuso sexual.

**Educación**

En el Artículo 28 de la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados partes reconocen el derecho de los niños y las niñas a la educación, y se comprometen a “ejercer este derecho de manera progresiva y sobre la base de la igualdad de oportunidades”.

Generalmente se considera que los niños y las niñas del medio urbano tienen ventajas en materia de educación. Diversos indicadores estadísticos señalan que las condiciones de estos niños son mejores; de hecho, tienen más probabilidades de beneficiarse de los programas para la primera infancia, y de matricularse y completar tanto la enseñanza primaria como la secundaria<sup>48</sup>. Pero al igual que en otras esferas de los servicios sociales, las estadísticas pueden ser engañosas. La verdad es que las desigualdades urbanas socavan profundamente el derecho de los niños a la educación<sup>49</sup>. En las zonas urbanas sumidas en la pobreza, los programas para la primera infancia brillan por su ausencia. Esto es lamentable porque los primeros años tienen efectos profundos en el resto de la vida de la persona y, por extensión, en las vidas de quienes la rodean.

**Desarrollo en la primera infancia**

Los niños empiezan a aprender mucho antes de entrar a la escuela. El aprendizaje se produce desde el nacimiento, a medida que el bebé interactúa con sus familiares y cuidadores, y las bases de todo el aprendizaje posterior se establecen en los primeros años. La pobreza, la mala salud, la nutrición deficiente y la falta de estímulos durante este período crucial pueden debilitar los fundamentos



Algunos de los 4.000 niños que asisten a la escuela de enseñanza obligatoria y secundaria Halit Coka, que fue construida para 1.000 estudiantes en Bathore, un lugar que en otro tiempo fue un asentamiento ocupado ilegalmente y hoy en día es el suburbio más grande de Tirana, Albania.

de la educación, limitando las capacidades de los niños. Según una estimación, el desarrollo cognitivo de más de 200 millones de niños y niñas menores de 5 años en los países en desarrollo no alcanza todo su potencial<sup>50</sup>.

Ejecutar programas de buena calidad para la primera infancia en las comunidades urbanas desfavorecidas es definitivo para la supervivencia, el crecimiento y el aprendizaje de los niños. Esta clase de programas contribuyen al desarrollo cognitivo, social y emocional de los niños pequeños, y promueven la salud, la nutrición y las buenas prácticas de higiene. Así mismo, pueden liberar de sus roles tradicionales a las madres y otras mujeres encargadas del cuidado de los niños, permitiéndoles participar en el ámbito público. Sin embargo, la existencia de programas de esta naturaleza no garantiza que todos los niños se beneficien. En 2005-2006, el 25% de los niños y niñas de las zonas urbanas de Egipto asistieron a centros de enseñanza preescolar, en comparación con el 12% de los niños de las zonas rurales; no obstante, apenas el 4% de los niños de las familias urbanas pertenecientes al quintil más pobre pudieron acceder a este servicio<sup>51</sup>. Esta desventaja educativa también se ha visto entre los niños pobres de los entornos urbanos de otros países.

## Educación primaria

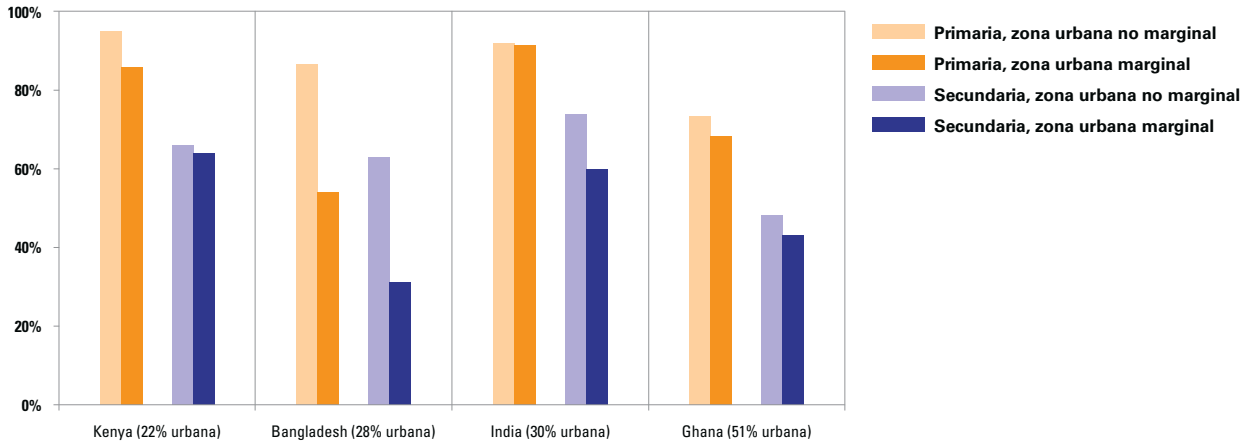
A pesar de los avances de muchos países hacia el logro de la educación primaria universal, diferencias similares persisten en la escuela primaria, lo que refleja las desigualdades existentes en cuestiones como el ingreso familiar, el género y el origen étnico. En 2008, 67 millones de niños en edad de asistir a la escuela primaria seguían sin escolarizar y el 53% era niñas<sup>52</sup>.

Si bien es mucho más fácil acceder a la educación primaria en las ciudades que en las zonas rurales, la enseñanza sigue estando fuera del alcance de muchos niños que crecen en medio de la pobreza, especialmente en los barrios de tugurios, donde hay pocas escuelas públicas o son inexistentes. No es raro que las familias tengan que decidir entre pagar para que sus hijos asistan a escuelas privadas sobrepobladas y de mala calidad, o retirarlos definitivamente de la escuela.

Incluso en países donde la educación primaria es gratuita, los costos adicionales –como tener que comprar uniformes y materiales escolares, o tener que pagar por presentar los exámenes– muchas veces impiden que los niños estudien. En Dhaka, Bangladesh, los progenitores

### Gráfico 2.9. La asistencia escolar es menor en los barrios marginales

Tasas netas de asistencia a la escuela primaria y secundaria en las zonas urbanas de Bangladesh, Ghana, la India y Kenya



Fuentes: Kenya, DHS 2003; Bangladesh, DHS 2007; India, DHS 2005–2006; y Ghana, DHS 2003. Los países se seleccionaron con fines ilustrativos.

invierten, como promedio, el 10% del ingreso familiar por cada hijo que asiste a la escuela, pero las familias más pobres invierten el 20%. Una encuesta efectuada recientemente en Sao Paulo (Brasil), Casablanca (Marruecos), y Lagos (Nigeria), reveló que las familias del quintil de menores ingresos gastaron más del 25% del ingreso familiar en el estudio de sus hijos<sup>53</sup>.

Los grupos marginados, como los niños que viven o trabajan en las calles, los niños migrantes y los hijos de personas refugiadas o desplazadas dentro del país, deben hacer frente a problemas particulares. Por ejemplo, hasta hace poco tiempo, en algunas ciudades de China era muy difícil que los hijos de migrantes no registrados oficialmente pudieran ingresar a la escuela<sup>54</sup>. Y no es raro que los niños considerados diferentes –por ejemplo, debido a la pobreza, el idioma o el género– sean objeto de discriminación.

Las personas refugiadas y desplazadas internas habitualmente viven en asentamientos improvisados en las zonas urbanas. Por este motivo, las escuelas, cuya situación ya es precaria, pueden verse en serias dificultades para acomodar a los niños desplazados. Hay evidencias de que el desplazamiento altera gravemente la educación de los niños y, de nuevo, los más afectados son los ya marginados a causa de la pobreza, el género, el origen étnico u otros factores<sup>55</sup>.

Los niños de los barrios pobres de las ciudades se encuentran entre los que menos probabilidades tienen de asistir a la escuela. Una encuesta realizada en Delhi, India,

encontró que la tasa de asistencia a la escuela primaria, en 2004-2005, era del 54,5% entre los niños que vivían en los barrios de tugurios, en comparación con una tasa de asistencia del 90% entre los niños de la ciudad, en su conjunto<sup>56</sup>. Según datos de 2009, las diferencias en Bangladesh eran aún más pronunciadas en la secundaria. En efecto, el 18% de los niños de los barrios de tugurios asistían a la escuela secundaria, en comparación con el 53% de los niños de las zonas urbanas en su conjunto y el 48% de los niños de las zonas rurales<sup>57</sup>. El progreso no se debe dar por sentado. Mientras que, a finales de la década de 1990, la matriculación mejoró en las zonas rurales y en las zonas urbanas sin tugurios de la República Unida de Tanzania, Zambia y Zimbabwe, empeoró en los barrios marginales de las zonas urbanas<sup>58</sup>.

Otra cuestión que conviene examinar es la calidad de las opciones de escolarización en las zonas urbanas pobres. Los datos tienden a centrarse en el acceso, la matriculación y la permanencia, que son aspectos relacionados con la calidad y los beneficios percibidos de las alternativas disponibles. Entre los factores que atentan contra la calidad de la educación están el hacinamiento en las aulas y la falta de instalaciones apropiadas; por ejemplo, retretes<sup>59</sup>.

También es vital crear oportunidades de empleo para los jóvenes. Muy pocos jóvenes de las zonas urbanas ven recompensados con trabajos satisfactorios sus esfuerzos por educarse. Y demasiados jóvenes del mundo entero se hallan ociosos: sin estudio ni trabajo.

## Protección

En virtud del Artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados partes se comprometen a “tomar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra todas las formas de violencia física o mental, lesiones o abuso, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluyendo abuso sexual, perpetrados por los progenitores, los tutores legales o cualesquiera otras personas encargadas de su cuidado”. El Artículo 32 reconoce el derecho del niño a estar protegido contra la explotación económica y los trabajos peligrosos. El Artículo 34 se refiere a la explotación sexual y el Artículo 35, a la trata.

### Trata de niños

En cualquier momento, casi 2,5 millones de personas están sometidas a trabajos forzados como resultado de la trata, y entre el 22% y el 50% son niños y niñas<sup>60</sup>. La trata de niños a menudo se oculta, se niega o se ignora, lo que dificulta la obtención de datos confiables. Algunas formas tienen lugar primordialmente en las zonas urbanas; por ejemplo, la trata con fines de trabajo sexual y la que se enfoca en los niños y niñas que viven o trabajan en las calles de las ciudades.

Muchos niños de las zonas rurales son víctimas de tratantes que los trasladan a las zonas urbanas. Un estudio de 2001 sobre las niñas de 9 a 17 años víctimas de explotación sexual en las principales ciudades de la República Unida de Tanzania constató que muchas habían sido objeto de la trata desde el interior del país. Algunas habían sido contratadas como trabajadoras domésticas y sufrido abusos en los hogares de sus empleadores; otras habían sido objeto de trata directamente con fines de prostitución, o contratadas para este fin por muchachas en su misma situación<sup>61</sup>. Un estudio indica que la mayoría de las niñas víctimas de la trata son obligadas a ejercer como trabajadoras sexuales en las ciudades más importantes de la India, como Mumbai, Delhi y Kolkata. En las ciudades de Bangladesh, muchísimos niños y niñas son explotados en burdeles y mercados sexuales callejeros<sup>62</sup>.

En Europa del Este, los niños y las niñas con edades comprendidas entre los 13 y los 18 años están especialmente expuestos a la trata<sup>63</sup>. Hay pruebas de que la pobreza, el alcoholismo, la disfuncionalidad familiar, el uso indebido de drogas, el abuso sexual y la violencia doméstica intensifican la vulnerabilidad de los niños y las

niñas, y de que los que se encuentran desescolarizados, en las calles o internos en instituciones también están en alto riesgo<sup>64</sup>.

Los niños y niñas que carecen de certificado de nacimiento o de registro oficial, incluyendo a los refugiados y a los desplazados internos, corren grave peligro de ser objeto de trata. Igualmente, se cuentan entre los más difíciles de rastrear por parte de las autoridades, por lo cual es casi imposible brindarles protección. En muchos países se han adoptado planes nacionales de acción para combatir la trata infantil, pero la falta de información estadística confiable sigue constituyendo un grave obstáculo, y la mayor parte de los datos se refieren únicamente a la trata transfronteriza de niñas y mujeres con fines de explotación sexual.



Una niña de 5 años vende horquillas y otros artículos a los pasajeros de un tren, en Buenos Aires, Argentina. Esta pequeña empezó a trabajar en el sistema de transporte de la ciudad a los 3 años.

© UNICEF/NYHQ2011-0219/Sebastian Rich





© UNICEF/NYHQ2007-1166/Shetzaid Noorani

En Herat, Afganistán, un niño trabaja en un taller de mecánica.

## Trabajo infantil

Aun cuando no sean víctimas de la trata, muchos niños tienen que trabajar para sobrevivir. Se estima que, en todo el mundo, 215 millones de niños y niñas entre los 5 y los 17 años trabajaban en 2008, y que 115 millones lo hacían en condiciones peligrosas<sup>65</sup>.

Los niños y las niñas que trabajan usualmente venden pequeños artículos, como trapos de toda clase; sacan brillo a los zapatos a los transeúntes; sirven en puestos callejeros de comida; venden cigarrillos en las calles; o trabajan en hogares o fábricas. Sin embargo, son muchos los que se dedican a las peores formas de trabajo infantil, como oficios serviles, actividades ilícitas, lucha armada y trabajo doméstico. Debido a que suelen ser invisibles, estas modalidades de trabajo infantil son las más difíciles de combatir.

El trabajo infantil en el servicio doméstico es un fenómeno predominantemente urbano, puesto que los niños de las zonas rurales que trabajan normalmente desempeñan labores agrícolas, como parte de su unidad familiar y, por lo tanto, no reciben pago. Los trabajadores domésticos,

en su mayoría niñas, viven aislados y sujetos a los caprichos y a la disciplina arbitraria de sus empleadores, que pueden cometer abusos contra ellos. El abuso sexual es frecuente, pero pocas veces se enjuicia a los responsables. Los niños y las niñas que trabajan en el servicio doméstico también pueden presentar trastornos psicológicos. Por ejemplo, una investigación realizada en Kenya mostró que tienen más probabilidades que los demás niños de sufrir de insomnio, enuresis nocturna y depresión<sup>66</sup>.

## Los niños que viven y trabajan en las calles

Las estimaciones sugieren que decenas de millones de niños y niñas viven o trabajan en las calles de los pueblos y las ciudades del mundo, y el número va en aumento debido al crecimiento demográfico mundial, la migración y el creciente proceso de urbanización.

Son muchas las razones que llevan a los niños a vivir y a trabajar en las calles. La violencia o el abuso en el hogar o el vecindario es la motivación de muchos, como han demostrado estudios efectuados en ciudades tan diversas como Dhaka, en Bangladesh; y Moscú, en la Federación

de Rusia<sup>67</sup>. La pobreza también es un factor de peso. Mientras que el abuso, los conflictos o el descuido pueden presentarse en cualquier familia, los niños y niñas cuya pobreza y marginación les deja pocas opciones a menudo consideran las calles como la mejor alternativa para escapar de su situación<sup>68</sup>.

Aun cuando vivir en las calles expone a los niños y niñas a la violencia, raras veces se investigan esos delitos y pocas personas están preparadas para defender a los que sufren por esta causa. Por el contrario, en los numerosos países y ciudades donde es ilegal vagar y huir del hogar, los niños que viven o trabajan en las calles suelen ser las principales víctimas de la criminalización. Investigadores, organismos nacionales y grupos internacionales de derechos humanos han informado que miembros de la policía y de las fuerzas de seguridad han abusado de niños y niñas que viven o trabajan en las calles de ciudades de todo el mundo.

Los actos de violencia a los cuales están expuestos los niños, así como los mecanismos que desarrollan para

defenderse, dependen del género, la edad, el origen étnico y la presencia o no de discapacidad. En 2000, un estudio sobre los niños de las calles de las ciudades del Brasil puso de manifiesto que los niños tenían más probabilidades que las niñas de pasar hambre y de ser víctimas de actos de violencia cometidos por miembros de la policía. También determinó que las niñas tenían menos probabilidades que los niños de pedir limosna, y más probabilidades de dormir en instituciones, en lugar de pasar las noches en las calles<sup>69</sup>. Otro estudio del mismo año estableció que las niñas tienden más que los niños a internalizar la violencia, y que están en mayor riesgo de sufrir continuos abusos<sup>70</sup>.

Los problemas que se expusieron brevemente en este capítulo constituyen una agresión escandalosa contra los derechos de la infancia. En los siguientes capítulos se examinarán más detenidamente algunas de las dificultades y las oportunidades que tienen los niños en las ciudades, y se discutirán algunas iniciativas que pretenden mejorar las condiciones de vida de los niños y las niñas en un mundo cada vez más urbano.

## Los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) abarcan un espectro temático, desde la pobreza y el hambre hasta la educación, la supervivencia infantil y la salud materna, la igualdad de género, la lucha contra el VIH/sida y la formación de una alianza mundial para alcanzar el desarrollo. El progreso hacia el logro de los objetivos se mide en comparación con 21 metas específicas.

El ODM 7 contiene el compromiso de garantizar la estabilidad ambiental. Una de sus facetas urbanas, la Meta 11, aspira a lograr una mejora significativa en las vidas de al menos 100 millones de habitantes de barrios marginales para 2020. Esto se conoce como la iniciativa de “Ciudades sin barrios marginales”. Además de sus intereses ambientales y de un objetivo específico en los barrios marginales urbanos, el ODM 7 también contiene un compromiso de reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y al saneamiento básico.

Aunque una de las metas del ODM 7 está dedicada específicamente a los habitantes de barrios marginales, los objetivos deben verse como un todo continuo de prioridades de desarrollo. La vida de las personas en los barrios marginales del mundo no puede mejorar substancialmente sin una acción

concertada para erradicar la pobreza y el hambre (ODM 1); lograr la educación primaria universal (ODM 2); promover la igualdad de género y la autonomía de la mujer (ODM 3); reducir la mortalidad infantil (ODM 4); mejorar la salud materna (ODM 5); combatir el VIH/sida (ODM 6) o fomentar una asociación mundial para el desarrollo (ODM 8).

Las pruebas sugieren que la manera de enfocar el problema de los barrios marginales mejora en la medida en que los países se distancian de las políticas negativas, tales como negligencia, el desalojo obligatorio o el reasentamiento involuntario, y adoptan tácticas más positivas tales como participación comunitaria, el mejoramiento de los barrios marginales y las políticas basadas en derechos. Sin embargo, el número de habitantes de barrios marginales aumentó en 60 millones desde que se fijó la Meta 11 en 2000.

Los barrios marginales son manifestaciones físicas de la urbanización de la pobreza. Un número creciente de habitantes de las ciudades son pobres, y la desigualdad en la esfera urbana no da señales de disminuir. Las futuras metas internacionales tendrán que tomar en cuenta la escala en expansión del problema.