

Progreso

UN ANALISIS ESTADISTICO

desde la Cumbre Mundial en favor de la Infancia

Las políticas y las medidas eficientes en pro de los niños se elaboran sobre la base de datos fiables y del análisis que se deriva de estos datos.

La Cumbre Mundial en favor de la Infancia, que hizo hincapié en la conquista de metas para impulsar el desarrollo y configurar los programas y medidas, así como la necesidad de vigilar el avance hacia esas metas, tuvo muchos resultados positivos. Uno de ellos fue la transformación de la manera en que el mundo recababa y procesaba datos sobre los niños y las mujeres, lo que permitió crear una base de datos de referencia de importancia fundamental para el progreso.

En 2000 se llevó a cabo un minucioso y riguroso examen de los avances logrados en la conquista de las metas de la Cumbre Mundial. En esta publicación se ofrecen, reflejados en datos y tendencias mundiales, los resultados del mayor esfuerzo realizado hasta la fecha para obtener, extraer, medir y analizar información sobre los resultados de las promesas que el mundo formuló a los niños y las mujeres.

La información contenida en esta publicación proviene de una gama de recursos y materiales con los cuales no se contaba en el pasado, y de los que ahora se dispone gracias a los esfuerzos que realizaron los gobiernos durante el decenio de 1990 para reforzar los mecanismos de presentación de informes sobre los niños y los sistemas de recolección de datos. Además de ello, unos 150 países prepararon también informes nacionales sustantivos sobre el progreso. A ese rico caudal de información se sumaron los informes periódicos presentados por los países que ratificaron la Convención sobre los Derechos del Niño, así como los datos provenientes de los análisis de otras conferencias internacionales. También se elaboró una herramienta completamente nueva de recolección de datos, la Encuesta a base de Indicadores Múltiples (véase la contraportada), que revolucionó la capacidad de muchos países de guardar constancia y comprender la situación de los niños y las mujeres.

Pero a pesar de esos avances tan importantes en cuanto a la recolección y el procesamiento de datos, la capacidad colectiva del mundo en materia de la protección de los derechos de los niños y el mejoramiento de sus vidas sigue siendo limitada, debido a que aún existen lagunas en nuestros conocimientos. No en todos los países, por ejemplo, se dispone de datos subnacionales, e igualmente grave es la carencia de estadísticas desagregadas por categoría. Estas y otras deficiencias entorpecen los esfuerzos por subsanar las disparidades y establecer cuáles son los niños más vulnerables, especialmente los que están amenazados por los conflictos armados, el VIH/SIDA y otros abusos graves.

La información estadística sólida nos permite mirar más de cerca, ver con más claridad y obrar de manera más consciente. El mejoramiento de las estadísticas resulta fundamental para cambiar al mundo para los niños y con los niños.



Indice:

- » Mortalidad de menores de cinco años
- » Malnutrición infantil
- » Agua potable segura
- » Saneamiento
- » Enfermedad del gusano de Guinea
- » Educación primaria
- » Alfabetización de adultos
- » Infecciones agudas de las vías respiratorias
- » Mortalidad derivada de la maternidad
- » Fecundidad y planificación de la familia
- » Atención de la madre
- » Carencia de vitamina A
- » Trastornos por carencia de yodo
- » Lactancia materna
- » Bajo peso al nacer
- » Inmunización
- » Sarampión
- » Tétanos neonatal
- » Enfermedades diarreicas
- » Erradicación de la poliomielitis
- » VIH/SIDA
- » Niños que trabajan
- » Registro al nacer
- » AIEPI
- » Paludismo

Cumplir con las promesas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia – 1990 a 2000

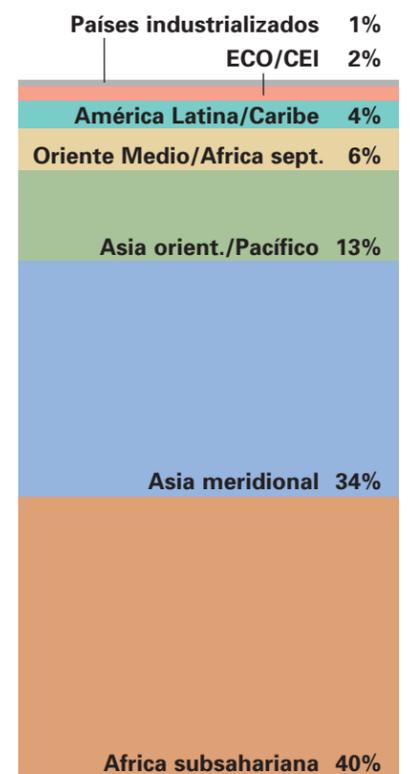
Meta

Entre 1990 y el año 2000, reducir la mortalidad infantil y la mortalidad de niños menores de cinco años en un 33% y en 70 por cada 1000 nacidos vivos, respectivamente, según sea la cifra menor

» Mortalidad de lactantes y menores de 5 años

DONDE MUEREN LOS MENORES DE 5 AÑOS

Mortalidad de menores de 5 años por región, 2000



En 2000 se produjeron cerca de 11 millones de muertes de menores de 5 años, la mayoría en África subsahariana y Asia septentrional.

Fuente: UNICEF, 2001.

Tasa de mortalidad de menores de 5 años*, 2000

África subsahariana		América Latina/Caribe	
Seychelles	17	Cuba	9
Mauricio	20	Chile	12
Cabo Verde	40	Costa Rica	12
Namibia	69	Barbados	14
Sudáfrica	70	Antigua y Barbuda	15
Santo Tomé y Príncipe	75	Dominica	16
Comoras	82	Uruguay	17
Gabón	90	Bahamas	18
Botswana	101	Santa Lucía	19
Ghana	102	Jamaica	20
Congo	108	Trinidad y Tabago	20
Eritrea	114	Argentina	21
Zimbabwe	117	Venezuela	23
Kenya	120	Saint Kitts y Nevis	25
Uganda	127	San Vicente/Granadinas	25
Gambia	128	Granada	26
Lesotho	133	Panamá	26
Madagascar	139	Colombia	30
Senegal	139	México	30
Swazilandia	142	Paraguay	31
Togo	142	Ecuador	32
Benin	154	Suriname	33
Camerún	154	Media regional	37
Guinea Ecuatorial	156	Brasil	38
Tanzanía	165	El Salvador	40
Côte d'Ivoire	173	Honduras	40
Etiopía	174	Belice	41
Guinea	175	Nicaragua	45
Media regional	175	Rep. Dominicana	48
Rep. Centroafricana	180	Perú	50
Mauritania	183	Guatemala	59
Nigeria	184	Guyana	74
Rwanda	187	Bolivia	80
Malawi	188	Haití	125
Burundi	190	Asia meridional	
Burkina Faso	198	Sri Lanka	19
Chad	198	Maldivas	80
Mozambique	200	Bangladesh	82
Zambia	202	India	96
Congo, Rep. Dem.	207	Bhután	100
Guinea-Bissau	215	Nepal	100
Somalia	225	Media regional	100
Malí	233	Pakistán	110
Liberia	235	Afganistán	257
Níger	270		
Angola	295		
Sierra Leona	316		

Resultados

El promedio mundial de la tasa de mortalidad de menores de cinco años descendió en un 11% en todo el mundo, desde 93 muertes a comienzos de 1990 a 83 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2000. Más de 60 países lograron alcanzar la reducción establecida de un 33%.

... pero

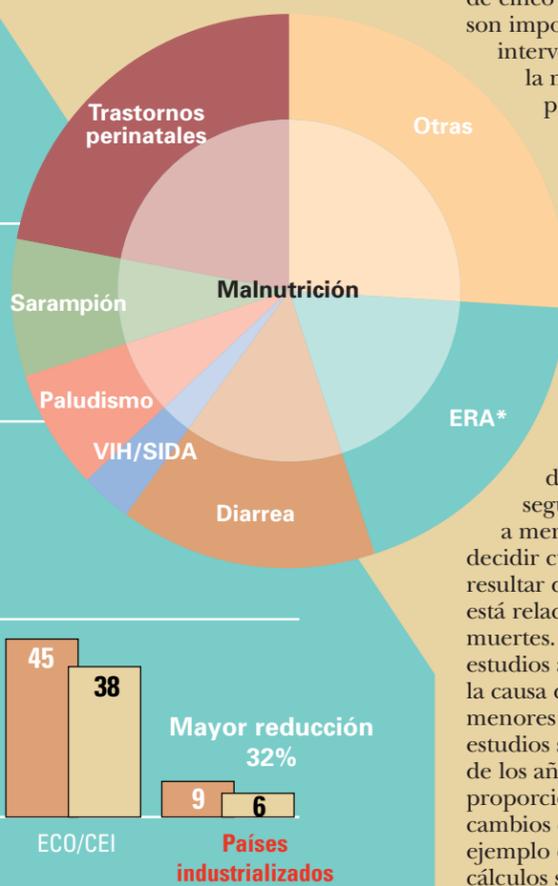
Más de la mitad de todas las muertes de menores de cinco años se estima que ocurrirán en África subsahariana antes de 2010. La peligrosa situación que impera en la región se agrava debido al aumento en el número de menores de cinco años que mueren a causa del VIH/SIDA y la escasa cobertura de inmunización como resultado de la fragilidad de los sistemas de salud.

Problema

A comienzos de los años 1990, el promedio mundial en la tasa de mortalidad de menores de cinco años era de 93 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque el promedio mundial ha descendido, persisten considerables problemas en África subsahariana, Asia meridional y Oriente Medio y África septentrional, donde la tasa es de 175, 100 y 64 respectivamente. La desnutrición está relacionada con la mitad de todas las muertes de menores de cinco años y la disminución de este problema es fundamental para reducir la mortalidad de menores de cinco años.

Datos importantes, pero algunas preguntas persisten

Muerte de menores de 5 años por causa, 1999



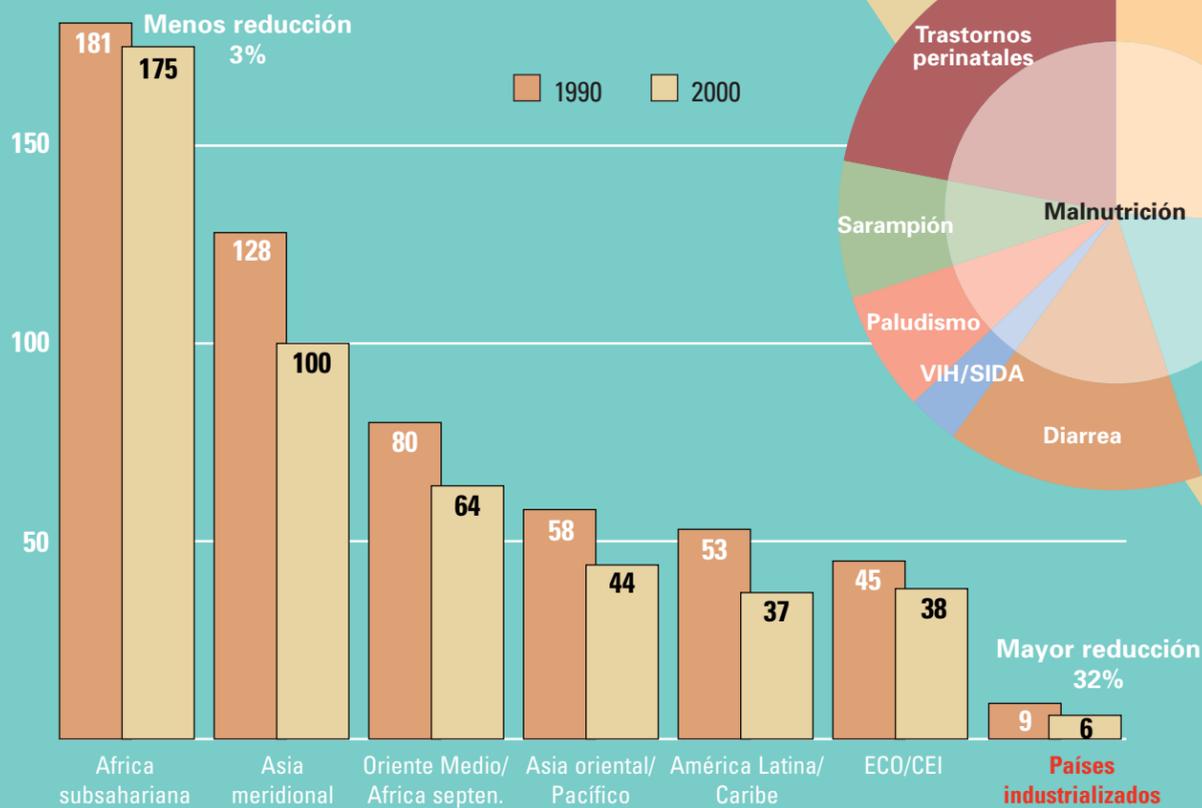
Los cálculos de las muertes de menores de cinco años por su causa específica son importantes a fin de diseñar las intervenciones necesarias para reducir la mortalidad infantil y vigilar los progresos. Aunque se conoce relativamente bien el total de muertes de menores de cinco años, la proporción que se relaciona con cada una de las causas es menos conocida, y por tanto en esta tabla no se utilizan números. Esto se explica por varias razones. En primer lugar, los sistemas para el registro de las estadísticas vitales que en los países industrializados ofrecen información sobre las causas de muertes, no existen en la mayoría de los países en desarrollo. En segundo lugar, los menores mueren a menudo debido a múltiples causas, y decidir cuál es la causa primaria puede resultar difícil. Además, la desnutrición está relacionada con la mitad de todas las muertes. En tercer lugar, es preciso utilizar estudios a una escala menor para calcular la causa de la mayoría de las muertes de menores de cinco años. Muchos de estos estudios se realizaron en la primera mitad de los años 1990 y antes, y por tanto no proporcionan información sobre los cambios en la última mitad del decenio. Un ejemplo de esta falta de información son los cálculos sobre las muertes por sarampión, que varían entre un 1% y un 8%.

*Enfermedades agudas de las vías respiratorias.

Fuente: OMS, 2000.

Grandes diferencias en la TMM5

Mortalidad de menores de 5 años por región



Menos avances en las regiones con la mayor TMM5 y mayor avance en la región con una menor TMM5.

Fuente: UNICEF, 2001.

Asia oriental/Pacífico

Singapur	4
Corea, Rep.	5
Brunei Darussalam	7
Malasia	9
Tonga	21
Fiji	22
Islas Cook	24
Micronesia, Estados Fed.	24
Islas Salomón	25
Samoa	26
Palau	29
Tailandia	29
Corea, Rep. Pop. Dem.	30
Nauru	30
Viet Nam	39
China	40
Filipinas	40
Vanuatu	44
Media regional	44
Indonesia	48
Tuvalu	53
Islas Marshall	68
Kiribati	70
Mongolia	78
Lao Rep. Pop. Dem.	105
Myanmar	110
Papua Nueva Guinea	112
Camboya	135
Timor Oriental	S/D
Niue	S/D

ECO/CEI[†]

Rep. Checa	5
Croacia	9
Hungría	9
Eslovaquia	9
Polonia	10
Bulgaria	16
Bosnia y Herzegovina	18
Belarús	20
Yugoslavia	20
Estonia	21
Letonia	21
Lituania	21
Ucrania	21
Rumania	22
Federación de Rusia	22
ERYD Macedonia ^{††}	26
Georgia	29
Armenia	30
Albania	31
Moldova, Rep.	33
Media regional	38
Turquía	45
Kyrguistán	63
Uzbekistán	67
Turkmenistán	70
Tayikistán	73
Kazajstán	75
Azerbaiyán	105

Oriente Medio/Africa sept.

Chipre	7
Emiratos Arabes Unidos	9
Kuwait	10
Omán	14
Bahrain	16
Qatar	16
Libia	20
Territ. palestinos ocupados	25
Túnez	28
Arabia Saudí	29
Siria	29
Líbano	32
Jordania	34
Egipto	43
Irán	44
Marruecos	46
Media regional	64
Argelia	65
Sudán	108
Yemen	117
Iraq	130
Djibouti	146
Promedio mundial	83
Promedio países en desarrollo	91

Países industrializados

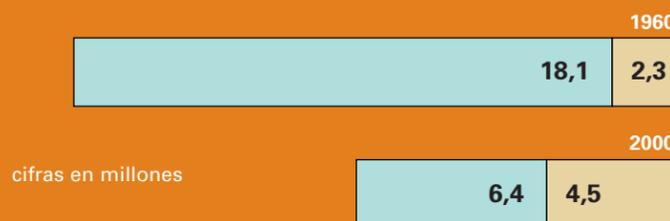
Islandia	4
Japón	4
Noruega	4
Suecia	4
Suiza	4
Alemania	5
Austria	5
Dinamarca	5
Eslovenia	5
España	5
Finlandia	5
Francia	5
Luxemburgo	5
Mónaco	5
Países Bajos	5
Australia	6
Bélgica	6
Canadá	6
Grecia	6
Irlanda	6
Israel	6
Italia	6
Malta	6
Nueva Zelandia	6
Portugal	6
Reino Unido	6
San Marino	6
Media regional	6
Andorra	7
Estados Unidos	8
Liechtenstein	11
Santa Sede	S/D

*La tasa de mortalidad de menores de 5 años es la probabilidad de morir entre el nacimiento y los 5 años exactos de vida por cada 1.000 nacidos vivos. En el caso de los países industrializados, los datos provienen de los sistemas de registro de estadísticas vitales; en el caso de muchos otros países donde se producen la mayoría de las muertes de menores de 5 años, los datos provienen del censo y de encuestas en hogares.

Fuente: UNICEF, 2001.

La mitad de muertes en el mundo, pero el doble en África

TMM5 en el mundo (excepto África subsahariana) y en África subsahariana, 1960-2000



La mortalidad de menores de 5 años ha descendido en el mundo de 20,4 millones a 10,9 millones al año. Durante este tiempo, las muertes en África subsahariana se multiplicaron casi por dos desde 2,3 millones a 4,5 millones al año.

Fuente: UNICEF, 2001.

[†]En todo el informe, ECO/CEI incluye los Estados Bálticos.

^{††}En todo el informe, ERYD Macedonia se refiere a la ex República Yugoslava de Macedonia.

Meta

Reducción en un 50% de los niveles de malnutrición aguda y moderada entre los niños menores de 5 años

» Malnutrición infantil



Dónde la malnutrición crónica es más elevada

Países donde el retraso en el crecimiento de los menores de 5 años es 40% o más

Corea, Rep. Dem. Pop.	60
Zambia	59
Burundi	57
Nepal	54
Afganistán	52
Yemen	52
Etiopía	51
Madagascar	49
Malawi	49
Camboya	46
Guatemala	46
India	46
Nigeria	46
Bangladesh	45
Congo, Rep. Dem.	45
Lesotho	44
Mauritania	44
Tanzanía	44
Rwanda	43
Comoras	42
Lao RPD	41
Bhután	40
Níger	40

Fuente de todas las tablas, gráficos y cuadros: UNICEF, 2001.

Resultados

La prevalencia del peso inferior al normal se redujo del 32% al 28% en los países en desarrollo durante el último decenio. Los progresos más notables se han logrado en Asia oriental y el Pacífico.

... pero

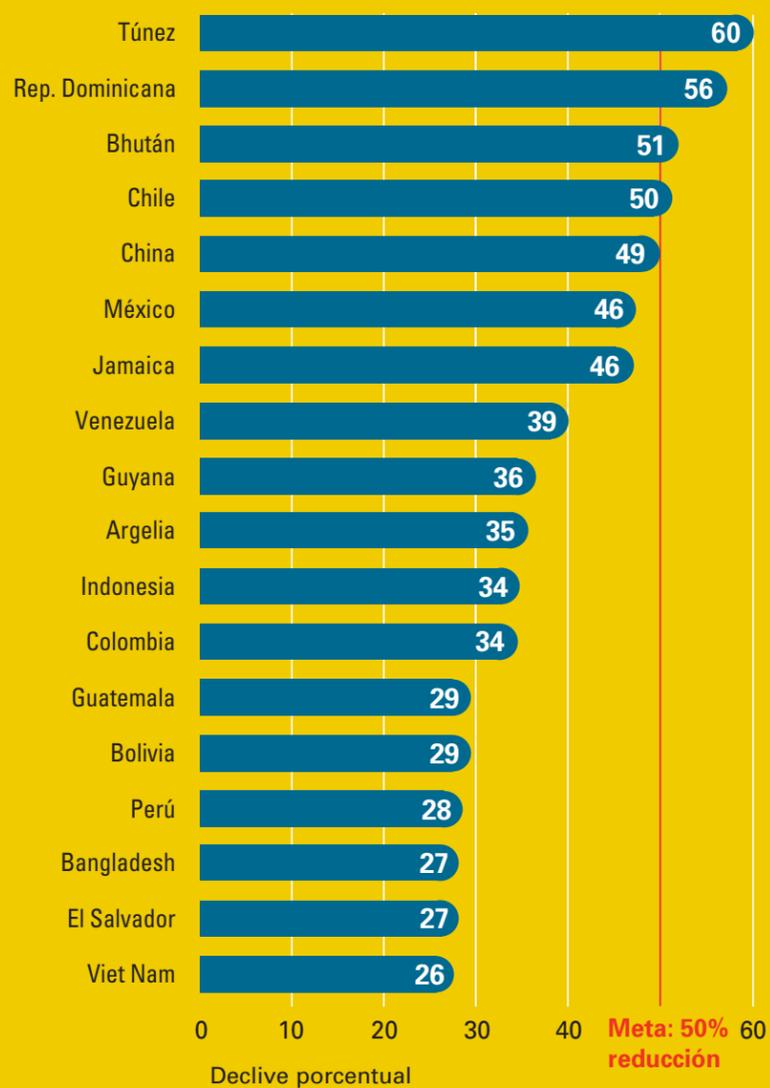
Los niveles elevados de desnutrición que padecen los niños y las mujeres de Asia meridional y de África subsahariana constituyen un reto importante para la supervivencia y el desarrollo infantil. Para lograr progresos es menester brindar servicios básicos y prestar apoyo a iniciativas encaminadas a informar y dotar de medios a las comunidades y a las familias, en especial a las mujeres, con miras a asegurar que los niños reciban los nutrientes que necesitan en dosis adecuadas a fin de prevenir las enfermedades infecciosas.

Problema

Casi la mitad de las muertes de niños en todo el mundo se vinculan a la malnutrición. La resistencia a la infección es menor en los niños malnutridos que tienen mayor propensión a morir por causa de enfermedades infantiles comunes como las enfermedades diarreicas y las infecciones de las vías respiratorias. La frecuencia de las enfermedades ocasiona que los que sobreviven tiendan a seguir malnutridos y sujetos al círculo vicioso de la enfermedad recurrente y la perturbación del crecimiento.

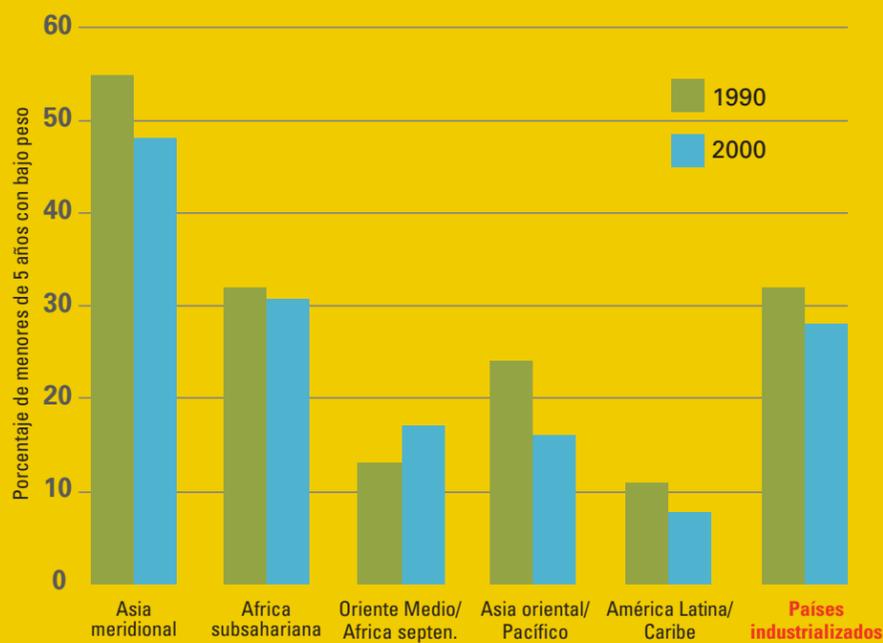
Progresos durante los años 1990

Países donde la prevalencia del bajo peso descendió en un 25% o más



MEJORA EL ESTADO NUTRICIONAL

Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso, 1990 y 2000

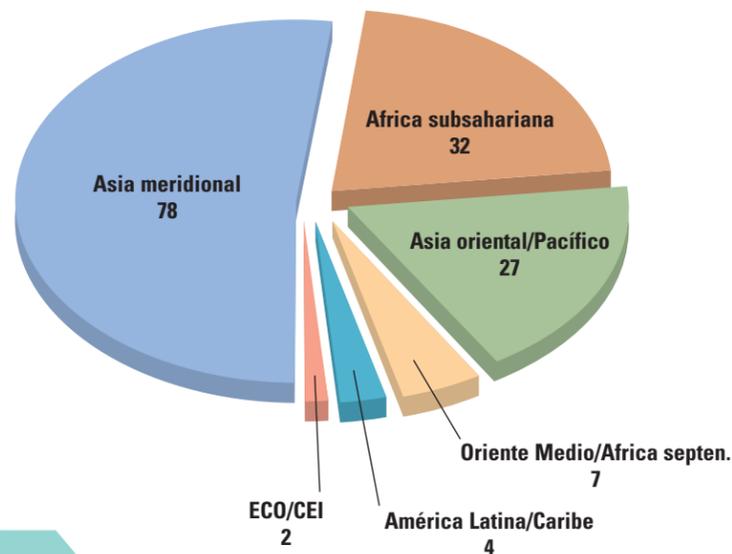


La región ECO/CEI no se incluyó en este gráfico por falta de datos de 1990.

150 millones de niños en los países en desarrollo están aún desnutridos

Más de la mitad de los niños con bajo peso viven en Asia septentrional

Cifras en millones



Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso, 1995-2000

Africa subsahariana

Botswana	13
Zimbabwé	13
Congo	14
Lesotho	16
Mauricio	16
Santo Tomé y Príncipe	16
Gambia	17
Senegal	18
Camerún	21
Côte d'Ivoire	21
Guinea	23
Guinea-Bissau	23
Kenya	23
Mauritania	23
Rep. Centroafricana	24
Comoras	25
Ghana	25
Malawi	25
Togo	25
Zambia	25
Mozambique	26
Somalia	26
Uganda	26
Nigeria	27
Sierra Leona	27
Chad	28
Benin	29
Rwanda	29
Tanzanía	29
Media regional	30
Madagascar	33
Burkina Faso	34
Congo, Rep. Dem.	34
Níger	40
Malí	43
Eritrea	44
Burundi	45
Etiopía	47

Oriente Medio/Africa septen.

Líbano	3
Teritorios palestinos ocupados	4
Túnez	4
Jordania	5
Libia	5
Argelia	6
Qatar	6
Bahrain	9
Kuwait	10
Irán	11
Egipto	12
Siria	13
Arabia Saudí	14
Emiratos Arabes Unidos	14
Media regional	15
Iraq	16
Sudán	17
Djibouti	18
Omán	24
Yemen	46

Asia oriental/Pacífico

China	10
Mongolia	13
Media regional	17
Malasia	18
Indonesia	26
Filipinas	28
Viet Nam	33
Myanmar	36
Lao Rep. Pop. Dem.	40
Camboya	46
Corea, Rep. Pop. Dem.	60

Asia meridional

Bhután	19
Sri Lanka	33
Pakistán	38
Maldivas	43
Media regional	46
India	47
Nepal	47
Afganistán	48
Bangladesh	48

América Latina/Caribe

Chile	1
Cuba	4
Jamaica	4
Costa Rica	5
Paraguay	5
Rep. Dominicana	5
Uruguay	5
Venezuela	5
Brasil	6
Colombia	7
Panamá	7
Media regional	8
México	8
Perú	8
Bolivia	10
El Salvador	12
Guyana	12
Nicaragua	12
Ecuador	15
Guatemala	24
Honduras	25
Haití	28

ECO/CEI

Croacia	1
Yugoslavia	2
Armenia	3
Federación de Rusia	3
Georgia	3
Moldova, Rep.	3
Ucrania	3
Bosnia y Herzegovina	4
Kazajstán	4
ERYD Macedonia	6
Media regional	7
Turquía	8
Kyrguistán	11
Albania	14
Azerbaiyán	17
Uzbekistán	19

Datos antiguos o sin datos:

Africa subsahariana: Angola, Cabo Verde, Guinea Ecuatorial, Gabón, Liberia, Namibia, Seychelles, Sudáfrica, Swazilandia

Oriente Medio/Africa septentrional: Chipre, Marruecos

Asia oriental/Pacífico: Brunei Darussalam, Estados Federados de Micronesia, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Fiji, Kiribati, Nauru, Niue, Palau, Papua Nueva Guinea, República de Corea, Samoa, Singapur, Tailandia, Timor Oriental, Tonga, Tuvalu, Vanuatu

América Latina/Caribe: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente/Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago

ECO/CEI: Belarús, Bulgaria, Eslovaquia, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, República Checa, Rumania, Tayikistán, Turkmenistán

»PREVALENCIA DE BAJO PESO
28%
EN EL MUNDO EN DESARROLLO

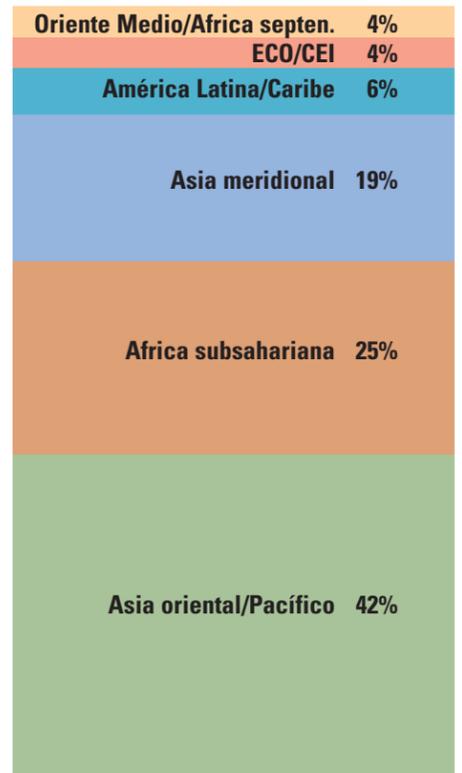
Meta

El acceso universal al agua potable

» Agua potable segura



1.100 millones de personas carecen aún de acceso al agua potable segura



Porcentaje de población con acceso a agua potable segura, (1990) y 2000

Resultados

La cobertura mundial aumentó del 77% al 82% durante el decenio de 1990. Este incremento representó un aumento de 1.000 millones en el número de personas que contaban con acceso a fuentes mejoradas de agua potable* durante esos diez años.

... pero

Unos 1.100 millones de personas aún carecen de acceso al agua potable. La cobertura sigue siendo baja, especialmente en las zonas rurales pobres de África y en los tugurios periurbanos. También se han agravado los problemas relacionados con la calidad del agua, ya que durante el decenio pasado se han descubierto peligrosos niveles de arsénico en las aguas subterráneas de varios países de Asia.

Problema

En 1990, el desafío de garantizar el abastecimiento universal de agua potable para 2000 implicaba el suministro sostenible de agua pura a 1.200 millones de personas, que representaban el 23% de la población mundial. Pero el desafío continúa vigente a pesar del progreso logrado durante el Decenio Internacional del Agua Potable y del Saneamiento Ambiental (1981-1990).

*El acceso al agua potable se determinó con relación al porcentaje de la población que usa fuentes de agua mejoradas.

Fuentes mejoradas: Conexiones domiciliarias, fuentes públicas de agua, pozos de sondeo excavados, fuentes protegidas, sistemas de captación de agua de lluvia.

Fuentes no mejoradas: Pozos no protegidos, fuentes no protegidas, ríos, estanques, agua suministrada por vendedores, agua de camión cisterna.

Africa subsahariana

Mauricio (100)	100
Comoras (88)	96
Botswana (93)	95
Gabón (-)	86
Sudáfrica (86)	86
Zimbabwe (78)	83
Côte d'Ivoire (80)	81
Burundi (69)	78
Lesotho (-)	78
Senegal (72)	78
Namibia (72)	77
Cabo Verde (-)	74
Ghana (53)	73
Rep. Centroafricana (48)	70
Tanzania (38)	68
Malí (55)	65
Zambia (52)	64
Benin (-)	63
Gambia (-)	62
Nigeria (53)	62
Níger (53)	59
Camerún (51)	58
Kenya (45)	57
Malawi (49)	57
Mozambique (-)	57
Sierra Leona (-)	57
Media regional (53)	57
Guinea-Bissau (-)	56
Togo (51)	54
Uganda (45)	52
Congo (-)	51
Guinea (45)	48
Madagascar (44)	47
Eritrea (-)	46
Congo, Rep. Dem. (-)	45
Guinea Ecuatorial (-)	44
Burkina Faso (-)	42
Rwanda (-)	41
Angola (-)	38
Mauritania (37)	37
Chad (-)	27
Etiopía (25)	24

Oriente Medio/Africa septen.

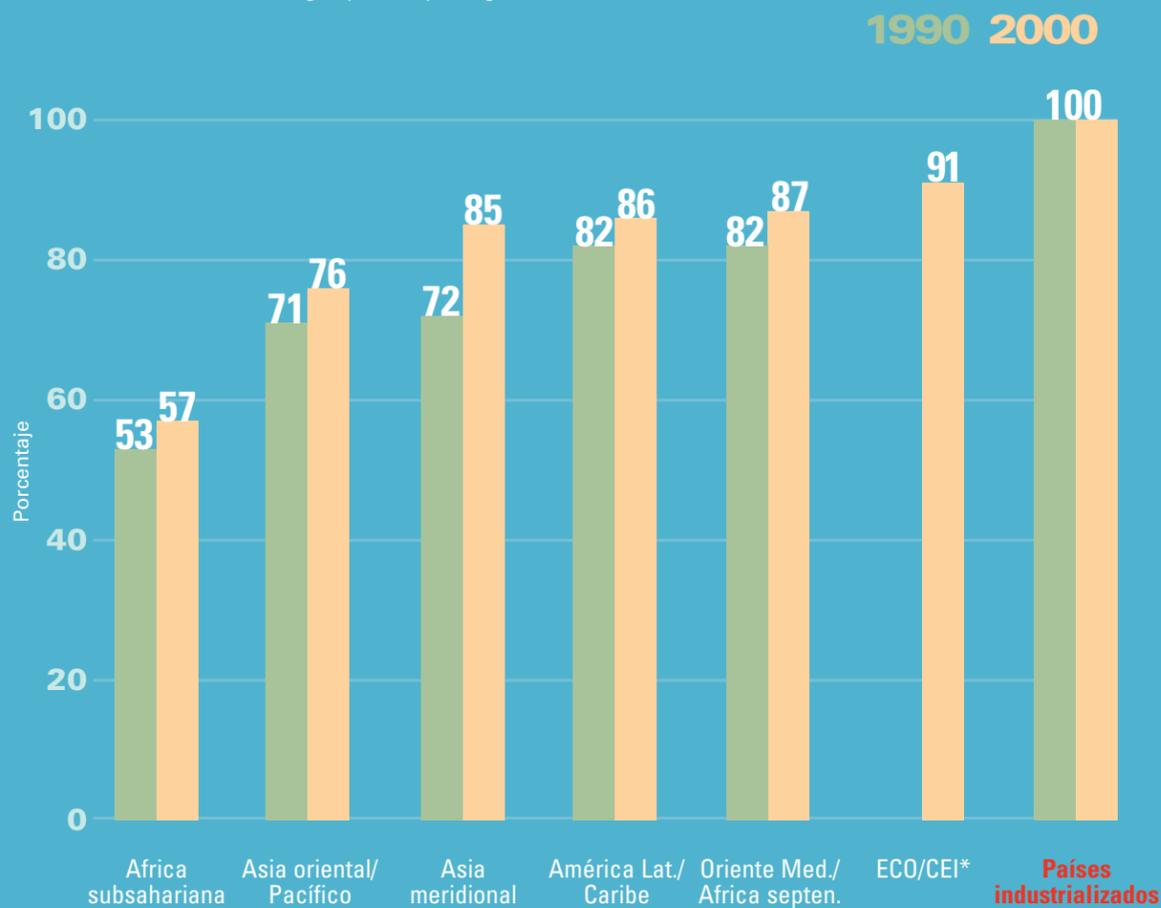
Chipre (100)	100
Djibouti (-)	100
Líbano (-)	100
Egipto (94)	97
Jordania (97)	96
Arabia Saudita (-)	95
Irán (-)	92
Argelia (-)	89
Media regional (82)	87
Terr. palestinos ocupados (-)	86
Iraq (-)	85
Marruecos (75)	80
Siria (-)	80
Túnez (75)	80
Sudán (67)	75
Libia (71)	72
Yemen (-)	69
Omán (37)	39

Asia oriental/Pacífico

Islas Cook (100)	100
Corea, Rep. Pop. Dem. (-)	100
Niue (100)	100
Singapur (100)	100
Tonga (-)	100
Tuvalu (-)	100
Samoa (-)	99
Corea, Rep. (-)	92
Vanuatu (-)	88
Filipinas (87)	86
Tailandia (80)	84
Palau (-)	79
Indonesia (71)	78
Viet Nam (55)	77
Media regional (71)	76
China (71)	75
Myanmar (-)	72
Islas Salomón (-)	71
Mongolia (-)	60
Kiribati (-)	48
Fiji (-)	47
Papua Nueva Guinea (40)	42
Lao Rep. Pop. Dem. (-)	37
Camboya (-)	30

Menor cobertura en Africa subsahariana

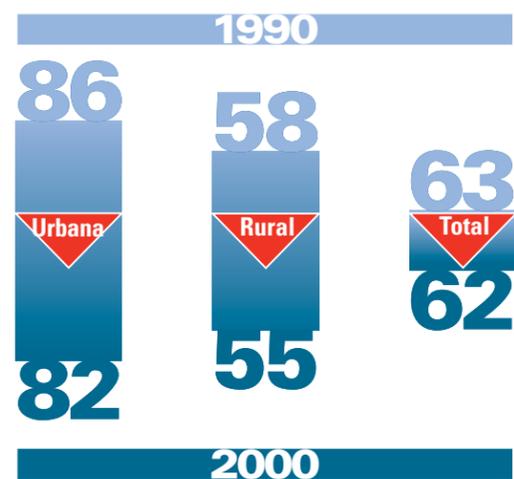
Cambio en la cobertura de agua potable por región



*Sin datos para 1990.

Los países más pobres salen perdiendo

La cobertura disminuye en los países menos adelantados.



Asia meridional

Maldivas (-)	100
Bangladesh (94)	97
Pakistán (83)	90
Nepal (67)	88
Media regional (72)	85
India (68)	84
Sri Lanka (68)	77
Bhután (-)	62
Afganistán (-)	13

América Latina/Caribe

Barbados (-)	100
Saint Kitts y Nevis (-)	98
Santa Lucía (-)	98
Uruguay (-)	98
Bahamas (-)	97
Dominica (-)	97
Costa Rica (-)	95
Granada (-)	95
Guyana (-)	94
Chile (90)	93
San Vicente/Granadinas (-)	93
Belice (-)	92
Guatemala (76)	92
Jamaica (93)	92
Antigua y Barbuda (-)	91
Colombia (94)	91
Cuba (-)	91
Panamá (-)	90
Trinidad y Tabago (91)	90
Honduras (83)	88
México (80)	88
Brasil (83)	87
Rep. Dominicana (83)	86
Media regional (82)	86
Ecuador (71)	85
Bolivia (71)	83
Venezuela (-)	83
Suriname (-)	82
Perú (74)	80
Paraguay (63)	78
El Salvador (66)	77
Nicaragua (70)	77
Haití (53)	46

CEE/CIS

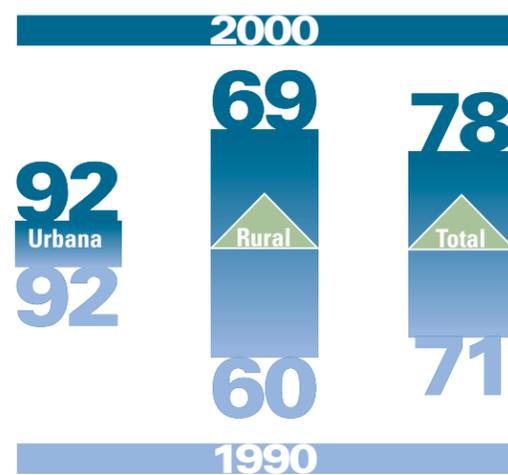
Belarús (-)	100
Bulgaria (-)	100
Eslovaquia (-)	100
Hungría (99)	99
Federación de Rusia (-)	99
Ucrania (-)	98
Yugoslavia (-)	98
Albania (-)	97
Moldova, Rep. (-)	92
Kazajstán (-)	91
Media regional (-)	91
Uzbekistán (-)	85
Turquía (79)	82
Georgia (-)	79
Azerbaiyán (-)	78
Kirguistán (-)	77
Tayikistán (-)	60
Rumania (-)	58

Países industrializados

Andorra (-)	100
Australia (100)	100
Austria (100)	100
Canadá (100)	100
Dinamarca (-)	100
Eslovenia (100)	100
Estados Unidos (100)	100
Finlandia (100)	100
Malta (100)	100
Mónaco (-)	100
Noruega (100)	100
Países Bajos (100)	100
Reino Unido (100)	100
Suecia (100)	100
Suiza (100)	100
Media regional (100)	100

Las zonas urbanas mejoran

Cambio en la cobertura de agua potable en todos los países en desarrollo.



Sin datos para 2000:

Africa subsahariana: Liberia, Santo Tomé y Príncipe, Seychelles, Somalia, Swazilandia
Oriente Medio/Africa septen.: Bahrain, Emiratos Arabes Unidos, Kuwait, Qatar
Asia oriental/Pacífico: Brunei, Darussalam, Islas Marshall, Malasia, Micronesia (Estados Fed. de), Nauru, Timor Oriental
América Latina/Caribe: Argentina
ECO/CEI: Armenia, Bosnia y Herzegovina, Croacia, Estonia, ERYD, Macedonia, Letonia, Lituania, Polonia, República Checa, Turkmenistán
Países industrializados: Alemania, Bélgica, España, Francia, Grecia, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Japón, Liechtenstein, Luxemburgo, Nueva Zelandia, Portugal, San Marino, Santa Sede

Meta

Acceso universal a los servicios sanitarios de eliminación de excrementos*

» Saneamiento



Resultados

La cobertura de saneamiento mundial aumentó de un 51% a un 61% durante el decenio, ampliando el acceso a un saneamiento mejorado para 1.000 millones de personas aproximadamente.

... pero

Alrededor de 2.400 millones de personas, entre ellos más de la mitad de los habitantes de Asia, todavía carecen de acceso. Alrededor de un 80% de las personas que carecen de saneamiento viven en las zonas rurales. Muchos gobiernos todavía no consideran prioritario la mejora de la higiene ni ofrecen recursos suficientes para alcanzar esta meta.

Problema

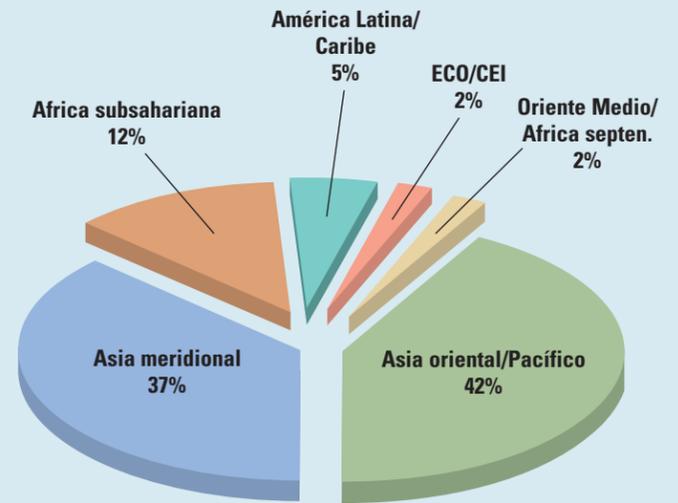
En 1990, 2.600 millones de personas carecían de acceso a los servicios sanitarios de eliminación de excrementos. El desafío es llegar a estas personas y mantenerse a la par con el aumento demográfico. Para conseguir este objetivo, es fundamental utilizar tecnologías apropiadas de bajo costo y organizar campañas de movilización social.

*El acceso a los servicios sanitarios de eliminación de excrementos se establece por el porcentaje de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento.

Mejoradas: Conexión con el alcantarillado público, conexión con un sistema séptico, una letrina simple de pozo, una letrina de pozo ventilada mejorada, una letrina de sifón.

No mejoradas: Una letrina pública o compartida, una letrina de pozo abierto, una letrina de cubo.

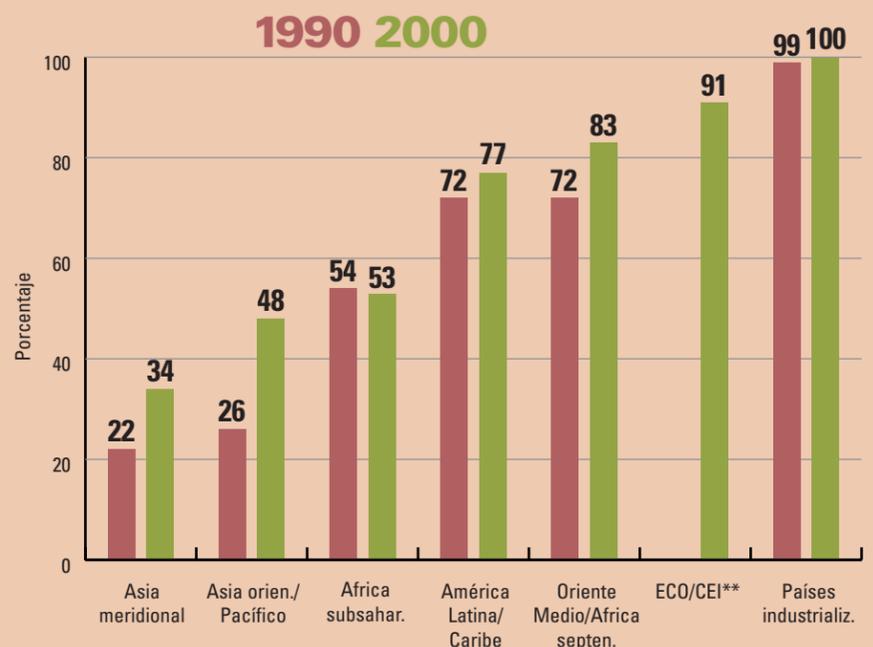
Dónde 2.400 millones viven aún sin acceso a un saneamiento mejorado, 2000



Fuente para todos los datos: OMS/UNICEF Programa Conjunto de Vigilancia, 2001.

Mayor progreso en Asia, ninguna mejora en África

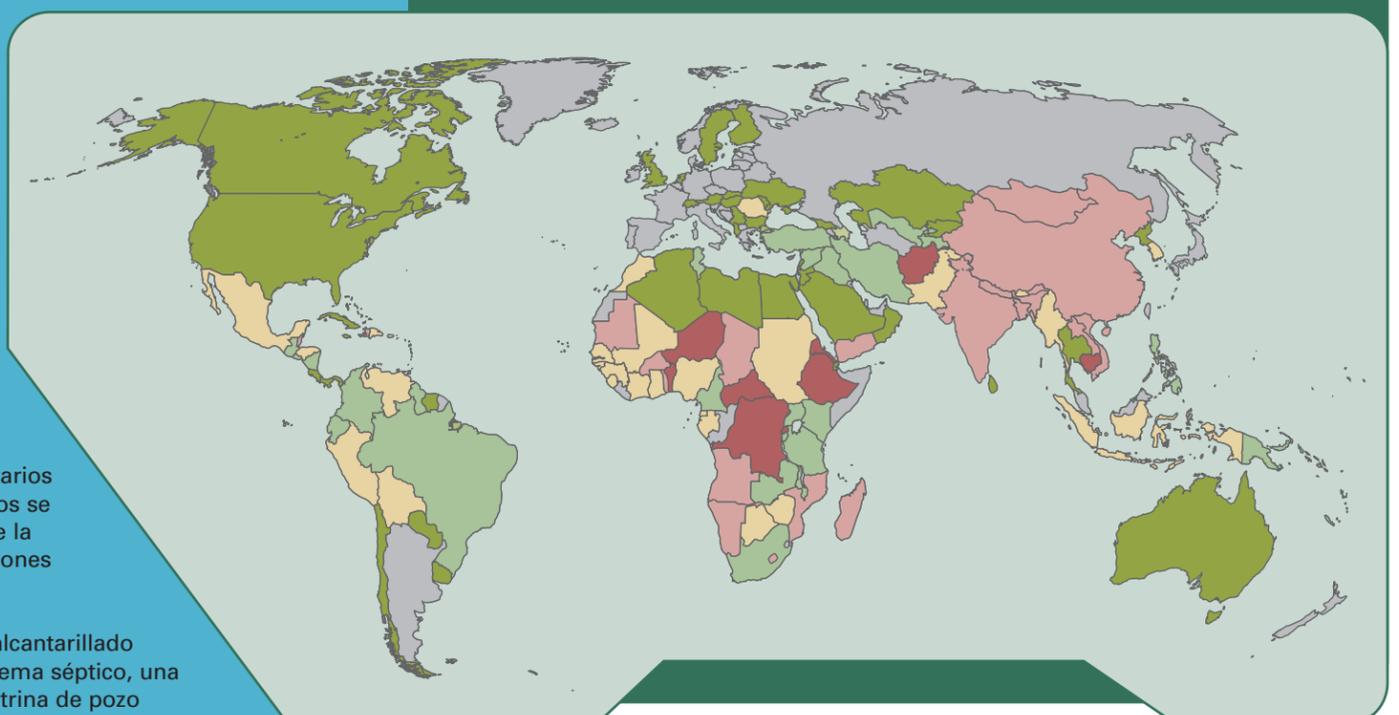
Porcentaje en la cobertura de saneamiento por región, 1990 y 2000



**No hay datos para 1990.

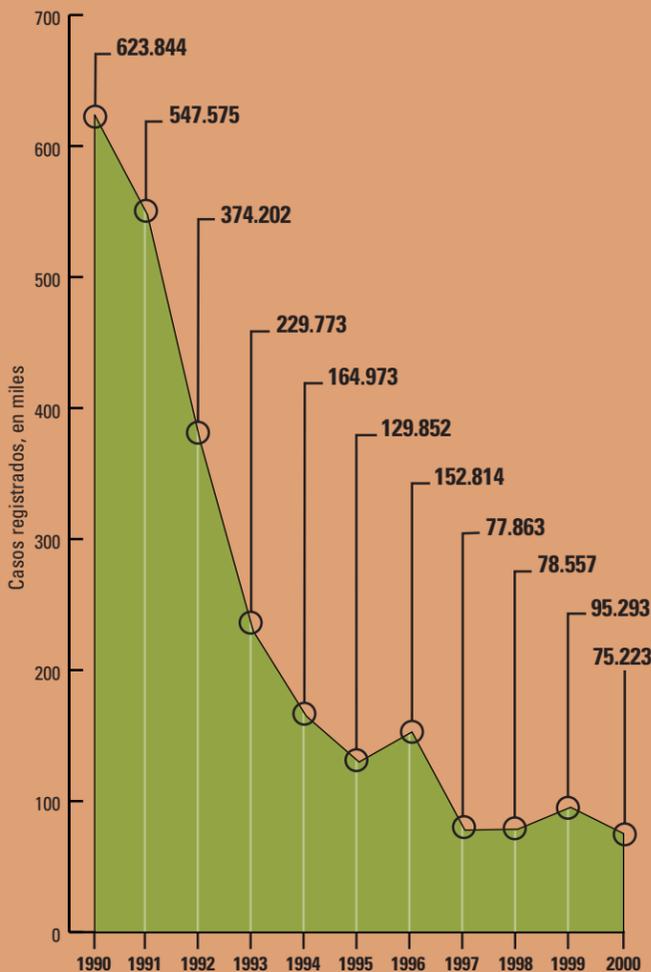
Cobertura en el saneamiento, 2000

Porcentaje de la población que utiliza instalaciones mejoradas de saneamiento



Ganar las batallas contra el gusano de Guinea

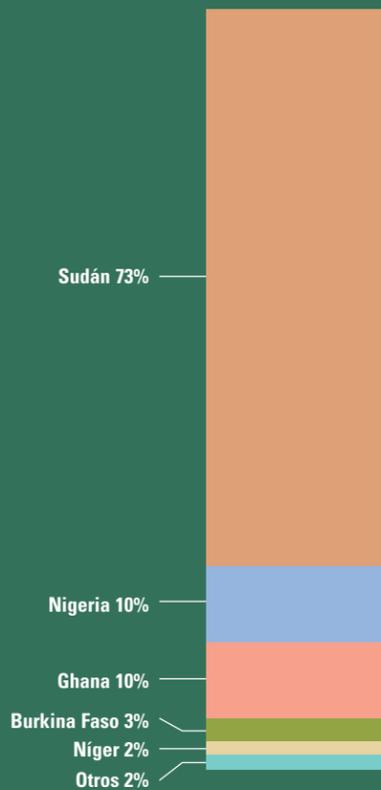
Casos en el mundo, 1990-2000



Fuente: OMS, 2001.

LA CARGA DE AFRICA

Distribución de casos de gusano de Guinea registrados, 2000



Fuente: OMS, 2001.

Meta

Eliminación de la enfermedad del gusano de Guinea (dracunculiasis) para el año 2000

» Enfermedad del gusano de Guinea



Resultados

Los casos registrados de gusano de Guinea descendieron de casi 624.000 en 1990 a unos 75.000 en 2000, un descenso del 88%. A comienzos de 2000 se certificó que el subcontinente de la India estaba oficialmente libre de la enfermedad del gusano de Guinea.

... pero

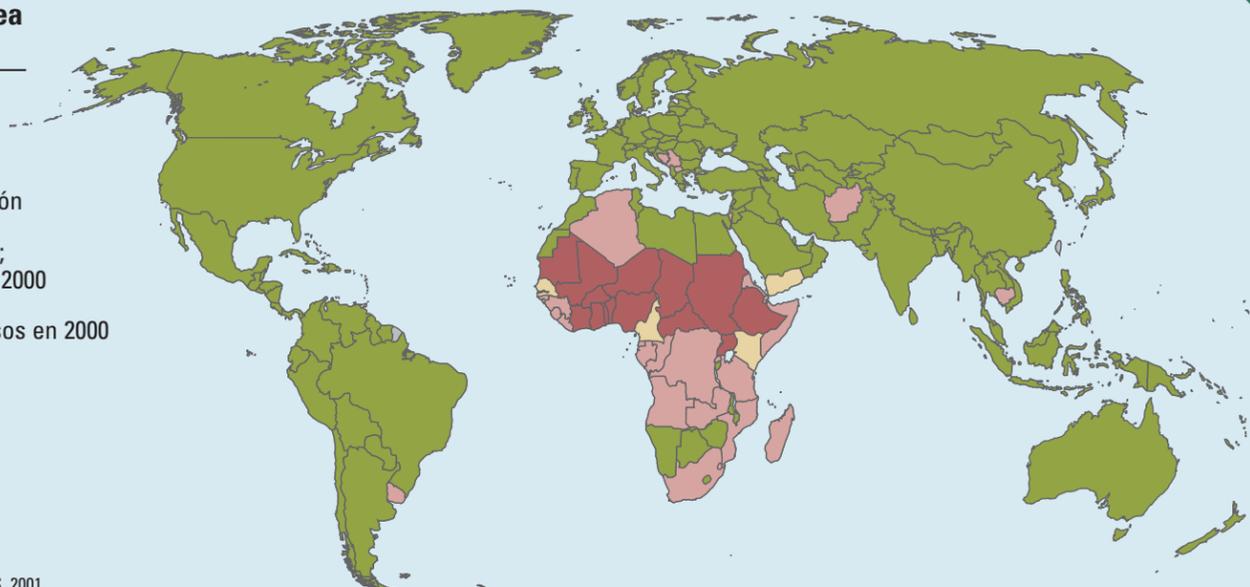
La transmisión del gusano de Guinea sigue siendo endémica en los poblados más pobres de 14 países africanos que también tienen problemas de escasez de agua. Solamente en el Sudán se dan casi tres cuartas partes de los casos mundiales de gusano de Guinea.

Problema

El gusano de Guinea es un parásito frecuente en lugares donde hay estanques o pozos poco profundos y desprotegidos que son la única fuente de agua. El parásito provoca un dolor paralizante durante varios meses a las personas afectadas, e impide a las víctimas adultas trabajar o atender a sus hijos, y a los menores les incapacita para acudir a la escuela.

Dónde el gusano de Guinea es aún una amenaza

- Países certificados
- Países bajo pre-certificación
- Países no certificados aún; ningún caso registrado en 2000
- Países que registraron casos en 2000
- Sin datos



Fuente: OMS, 2001.

Meta

Lograr para el año 2000 el acceso universal a la educación básica y la finalización de la enseñanza primaria para por lo menos un 80% de los menores en edad escolar

» Educación primaria



Resultados

En 1990, un 80% de los niños en edad escolar primaria se encontraban matriculados en una escuela o acudían a ella (tasa de matriculación/asistencia a la escuela primaria). Al final del decenio, la tasa mundial ha aumentado a un 82%. La diferencia entre géneros se ha reducido a la mitad, pero sigue siendo motivo de preocupación en tres regiones. (Véase el gráfico en la página siguiente.)

... pero

A pesar de los avances, el número de niños y niñas en edad escolar primaria que todavía no acuden a la escuela sigue estando cerca de los 120 millones desde el comienzo del decenio, debido en parte a los aumentos demográficos. La tasa de matriculación y/o asistencia en cuatro regiones sigue estando por debajo del 90%.

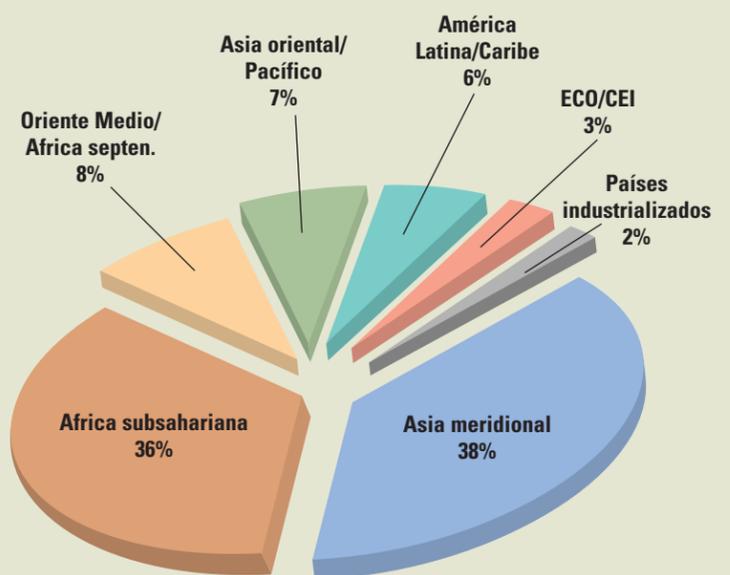
Problema

La educación primaria para todos no es únicamente un derecho; la educación tiene un efecto positivo en el bienestar de los menores y de los adultos. A comienzos del decenio, solamente los países de Asia oriental y el mundo industrializado tenían tasas de más de un 90%.

Los datos en esta página difieren de los que aparecen en el documento 'Education for All 2000 Assessment - Statistical Document' presentado en el Foro Mundial de la Educación celebrado en Dakar, Senegal, en abril de 2000, debido a las numerosas actualizaciones realizadas, sobre todo a partir de las recientes encuestas en hogares, incluidas las encuestas a base de indicadores múltiples (MICS).

DONDE LOS NIÑOS NO VAN A LA ESCUELA

Niños en edad escolar primaria que no van a la escuela, por región, 1999



En 1999, 120 millones de niños en edad escolar primaria no estaban matriculados en la escuela, un 53% niñas y un 47% niños. Se trata de una brecha por género menor que en 1990.

Fuente: UNICEF, 2001.

Proporción de niños y niñas matriculados en la escuela o que acuden a clase*, 1999

África subsahariana

Seychelles	100
Swazilandia	100
Cabo Verde	99
Mauricio	97
Santo Tomé y Príncipe	93
Guinea Ecuatorial	89
Sudáfrica	87
Uganda	87
Namibia	86
Zimbabwe	85
Botswana	84
Gabón	83
Malawi	83
Ghana	74
Kenya	74
Camerún	73
Togo	69
Zambia	67
Rwanda	66
Lesotho	65
Somalia	64
Benin	63
Comoras	60
Media regional	60
Congo, Rep. Dem.	59
Côte d'Ivoire	57
Madagascar	57
Nigeria	56
Mauritania	54
Tanzanía	53
Gambia	52
Angola	50
Senegal	49
Burundi	47
Etiopía	44
Mozambique	44
Rep. Centroafricana	43
Guinea-Bissau	42
Sierra Leona	41
Malí	40
Chad	39
Guinea	39
Eritrea	37
Níger	37
Liberia	34
Burkina Faso	27

Oriente Medio/Africa septen.

Siria	99
Líbano	98
Emiratos Arabes Unidos	98
Argelia	97
Bahrain	97
Irán	97
Chipre	96
Libia	96
Jordania	95
Terr. palestinos ocupados	94
Qatar	94
Túnez	94
Iraq	93
Omán	89
Kuwait	87
Egipto	86
Media regional	81
Arabia Saudita	76
Marruecos	70
Yemen	58
Sudán	40
Djibouti	33

Asia meridional

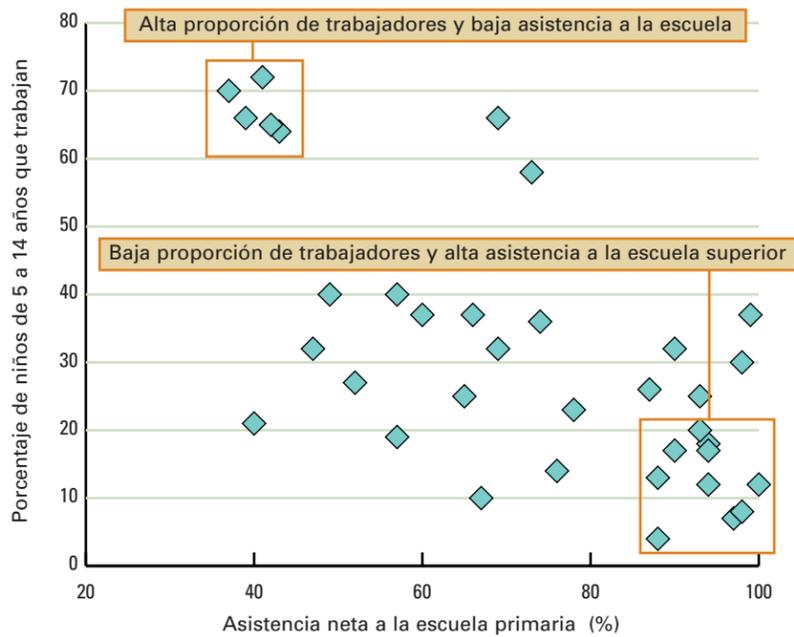
Maldivas	98
Sri Lanka	90
Bangladesh	82
India	76
Media regional	71
Nepal	66
Bhután	53
Pakistán	46
Afganistán	24

Promedio mundial 82
Promedio de los países en desarrollo 80

*Este indicador procede de datos administrativos escolares recopilados por Ministerios de Educación nacionales, así como datos sobre la población en edad escolar primaria (matriculación) o encuestas nacionales por hogares que realizaron preguntas a los niños en edad escolar primaria sobre su asistencia a la escuela.

La escuela y el trabajo son incompatibles

Porcentaje de menores de 5 a 14 años que trabajan, trazado contra el coeficiente neto de asistencia a la escuela primaria, en países seleccionados



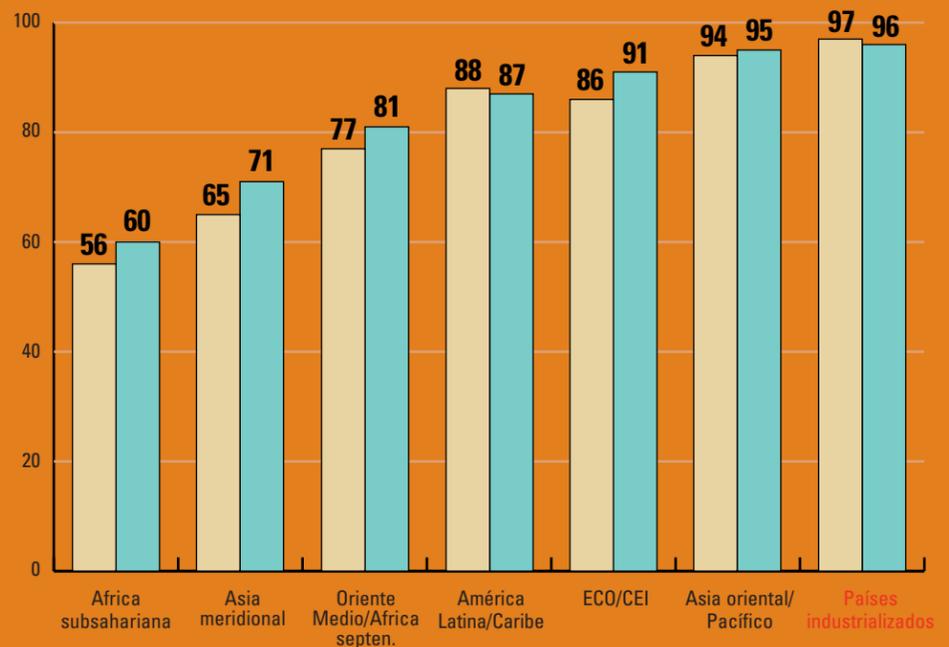
Cada uno de los rombos en la tabla representa un país, trazado mediante datos de las MICS. El gráfico muestra una firme relación entre una elevada proporción de menores trabajadores y una baja asistencia y entre una baja proporción de menores trabajadores y una alta asistencia.

Fuente: UNICEF, 2001.

Cambio marginal durante el decenio

Tasa neta de la matriculación/asistencia a la escuela primaria, 1990 y 1999

1990 1999



El coeficiente neto mundial de matriculación/asistencia ha mejorado de un 80% en 1990 a un 82% en 1999.

Fuente: UNICEF/UNESCO, 2001.

Asia oriental/Pacífico

Niue	100
Tuvalu	100
China	99
Fiji	99
Islas Cook	98
Nauru	98
Corea, Rep.	97
Tonga	95
Media regional	95
Malasia	94
Viet Nam	94
Indonesia	93
Samoa	93
Singapur	93
Brunei Darussalam	91
Mongolia	90
Filipinas	90
Vanuatu	90
Tailandia	80
Kiribati	71
Lao Rep. Pop. Dem.	69
Myanmar	68
Camboya	65

ECO/CEI

Kazajstán	100
Moldova, Rep.	99
Bulgaria	98
Georgia	98
Hungría	97
Kirguistán	97
Polonia	97
Yugoslavia	97
Rumania	96
ERYD Macedonia	96
Croacia	95
Bosnia y Herzegovina	94
Letonia	93
Federación de Rusia	93
Tayikistán	93
Rep. Checa	91
Albania	90
Azerbaiyán	88
Estonia	87
Media regional	87
Belarús	85
Turkmenistán	80
Uzbekistán	78
Turquía	72

América Latina/Caribe

Barbados	100
Bahamas	99
Antigua y Barbuda	98
Granada	98
México	97
Argentina	96
Brasil	95
Guyana	95
Cuba	94
Rep. Dominicana	94
Jamaica	93
Uruguay	93
Belize	91
Costa Rica	91
Panamá	91
Media regional	91
Colombia	90
Ecuador	90
Chile	89
Dominica	89
Saint Kitts y Nevis	89
Suriname	89
Trinidad y Tobago	88
Bolivia	87
Perú	87
Honduras	86
Paraguay	85
San Vicente/Granadinas	84
Venezuela	84
Nicaragua	80
El Salvador	78
Guatemala	77
Haití	42

Sin datos para 1999:

Africa subsahariana: Congo
Asia oriental/Pacífico: Islas Marshall, Islas Salomón, Micronesia (Estados Fed. de), Palau, Papua Nueva Guinea, Rep. Pop. Dem de Corea, Timor oriental
ECO/CEI: Armenia, Eslovaquia, Lituania, Ucrania
América Latina/Caribe: Santa Lucía
Países industrializados: Andorra, Israel, Liechtenstein, Luxemburgo, Mónaco, San Marino, Santa Sede

Fuente: UNICEF, 2001.

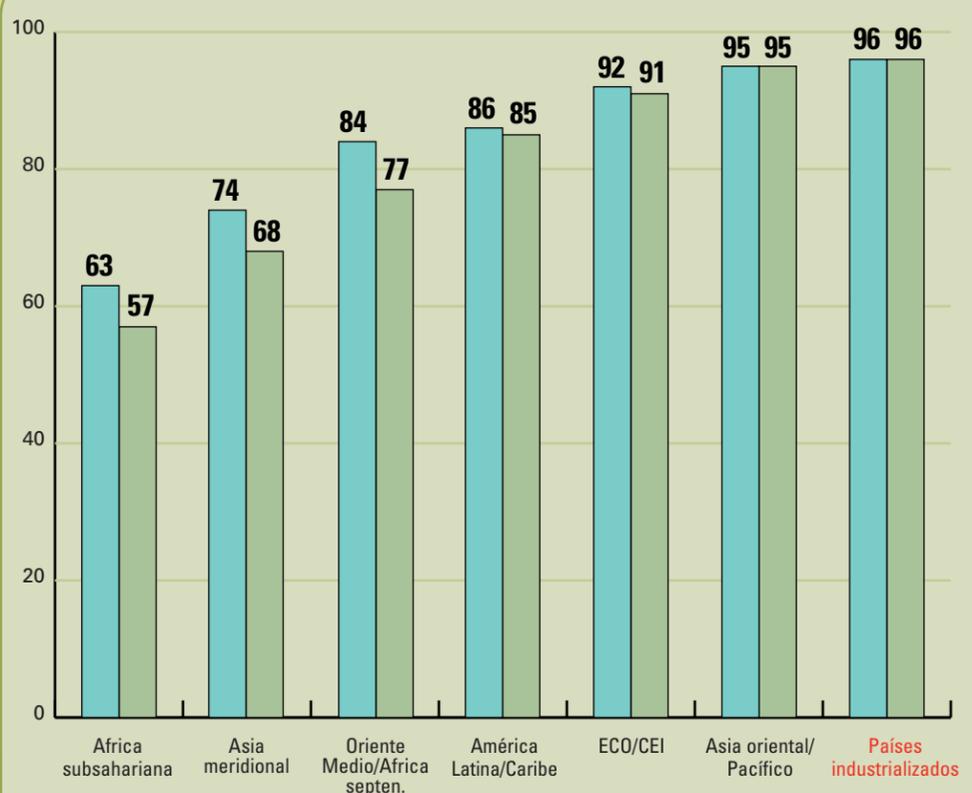
Países industrializados

España	100
Francia	100
Irlanda	100
Italia	100
Japón	100
Malta	100
Noruega	100
Nueva Zelandia	100
Países Bajos	100
Portugal	100
Suecia	100
Dinamarca	99
Finlandia	98
Islandia	98
Reino Unido	98
Bélgica	97
Suiza	96
Media regional	96
Australia	95
Canadá	95
Eslovenia	95
Estados Unidos	95
Austria	91
Grecia	90
Alemania	86

La brecha por género es un motivo de preocupación en tres regiones

El coeficiente neto mundial de matriculación/asistencia, por sexo

Niños Niñas



Entre 1990 y 1999, la brecha mundial por género se redujo a la mitad, y descendió de 6 puntos porcentuales a 3 puntos porcentuales.

Fuente: UNICEF/UNESCO, 2001.

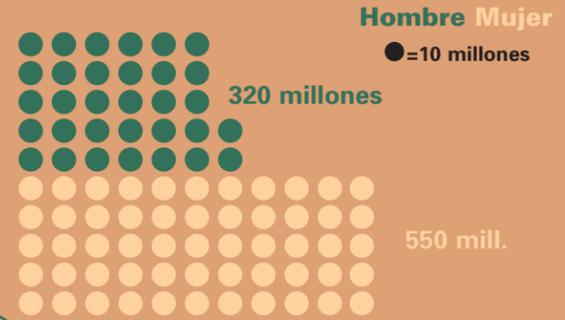
Meta

Reducción de la tasa de analfabetismo de adultos a por lo menos la mitad del nivel de 1990, con especial hincapié en el analfabetismo de la mujer

» Alfabetización de adultos

LAS CIFRAS SON LAS MISMAS

Entre 1990 y 2000 no se han producido cambios en el número de hombres y mujeres analfabetos

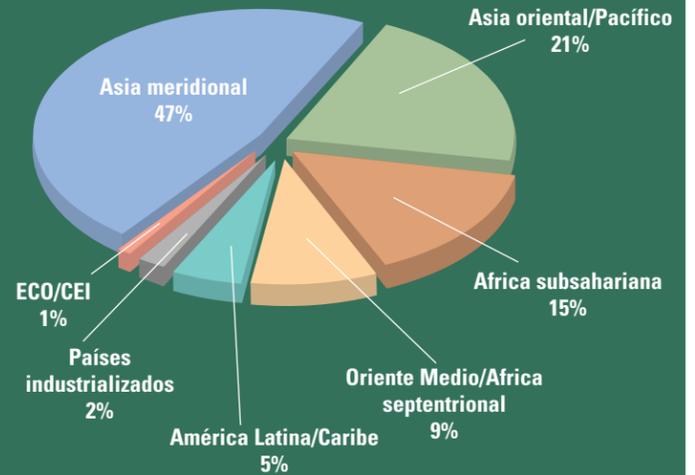


Fuente: UNESCO, UNICEF 2001.



La mitad de los analfabetos del mundo, en Asia meridional

Porcentaje de analfabetos de 15 años y más, 2000



Fuente: UNESCO, UNICEF, 2001.

Resultados

Aunque la tasa de analfabetismo ha descendido durante el decenio de un 25% a un 20%, la cifra de personas analfabetas sigue siendo la misma, en parte debido al incremento demográfico. La tasa ha descendido en todas las regiones, sobre todo en África subsahariana y en Asia oriental y el Pacífico.

... pero

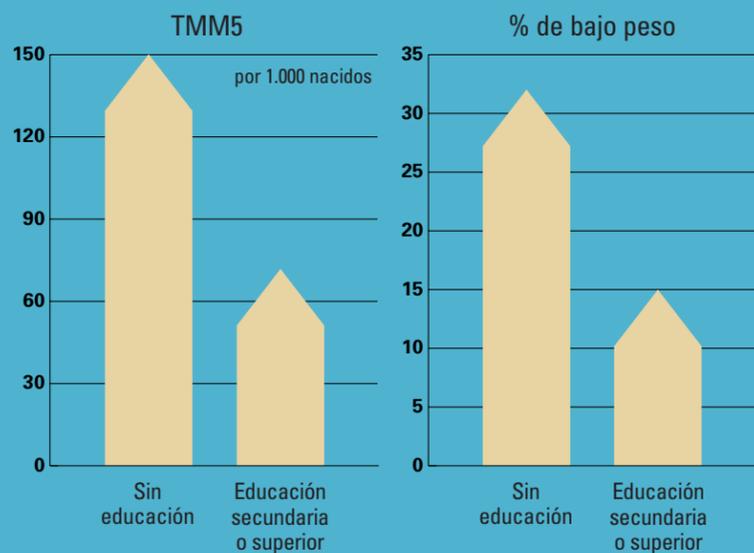
El número absoluto de personas analfabetas ha permanecido cerca de los 900 millones durante los años 1990. La mayoría de los analfabetos se encuentran en Asia meridional y en Asia oriental y el Pacífico. El número de analfabetos en Asia meridional ha aumentado en cerca de 40 millones, a pesar de un descenso en la tasa de analfabetismo.

Problema

La forma más simple de medir la alfabetización es si una persona puede leer y escribir una frase sencilla relacionada con la vida cotidiana, y comprenderla. Cerca de 900 millones de personas de 15 años o más no han alcanzado siquiera este nivel básico de educación.

Educación de la madre, supervivencia y desarrollo infantiles

Relación entre la educación de la madre y la mortalidad de menores de 5 años y el bajo peso grave y moderado



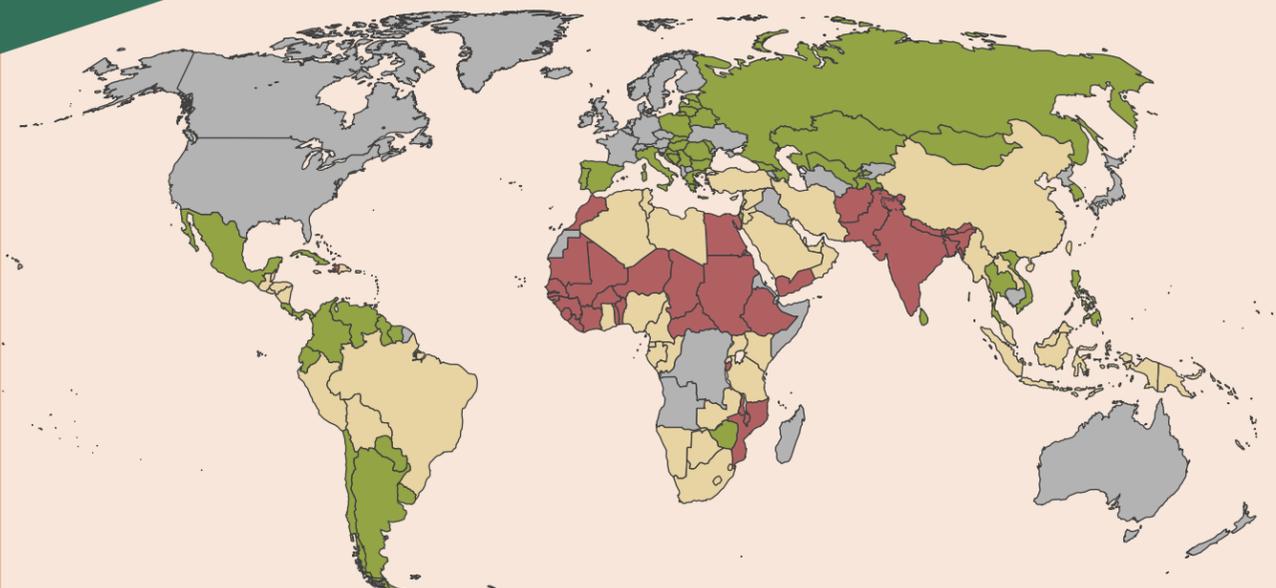
La alfabetización y el estatus en materia de educación de la madre están relacionados con el bienestar de sus hijos. Este gráfico, que resume datos procedentes de más de 35 encuestas de hogares realizadas en la mayoría de las regiones del mundo, demuestra que los hijos de madres sin estudios tienen dos veces más posibilidades de morir o de padecer desnutrición en comparación con los hijos de madres con enseñanza secundaria o superior.

Fuente: Últimos datos de 35 Encuestas Demográficas y de Salud, 1995-1999.

Alfabetización, 2000

Porcentaje de personas, de 15 años y más, que saben leer y escribir

- 0-59%
- 60-89%
- 90-100%
- Sin datos



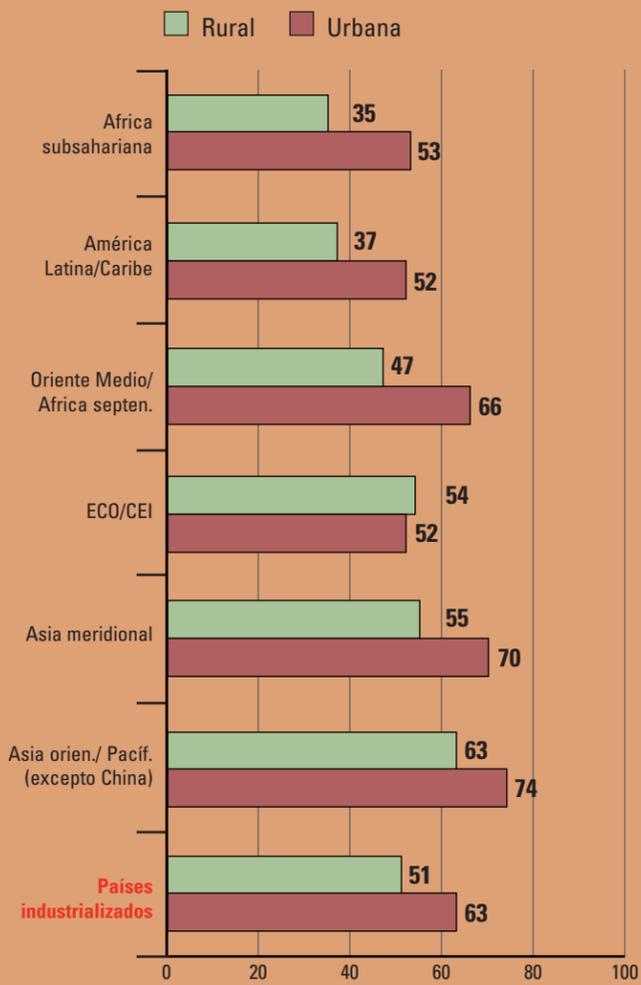
Fuente: UNESCO, UNICEF, 2001.

Meta

Reducción de la tercera parte de las muertes a raíz de infecciones agudas de las vías respiratorias en los niños menores de cinco años

Los niños de las zonas rurales reciben menos atención (ERA)

Porcentaje de niños con infecciones agudas de las vías respiratorias que acudieron a un servicio de salud*, por lugar de residencia



Fuentes de los gráficos y los mapas: UNICEF, 2001.

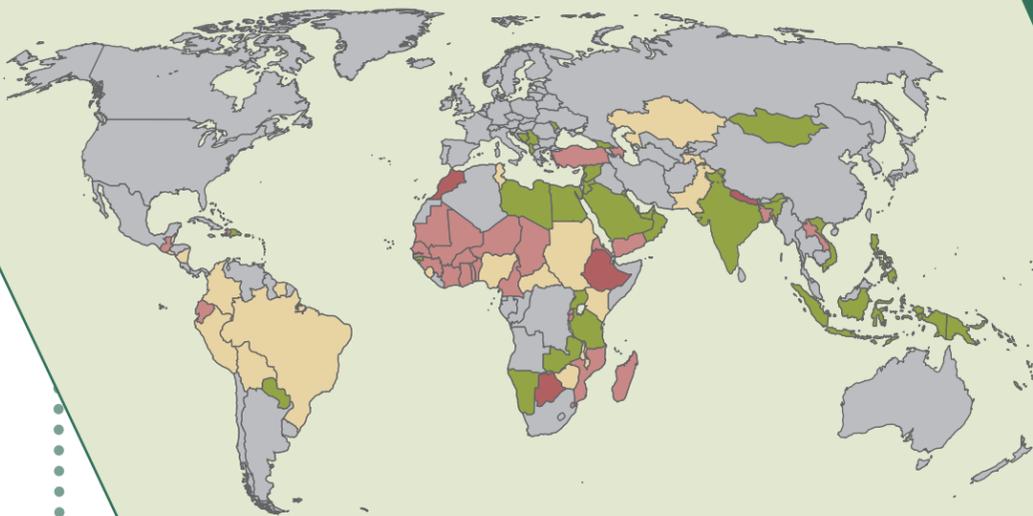
» Infecciones agudas de las vías respiratorias



Pocos niños reciben tratamiento para las ERA

Porcentaje de niños con ERA que acudieron a un servicio de salud, 1990-2000

60%+ 40-59% 20-39% 0-19% Sin datos



Resultados

En 1992 se concibió la Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). La iniciativa tiene por fin, al igual que los programas comunitarios de atención de la salud, impartir cursos a quienes cuidan a los niños para que estén en condiciones de reconocer los signos de las infecciones agudas de las vías respiratorias y procuren que el paciente reciba tratamiento a tiempo fuera del hogar.

... pero

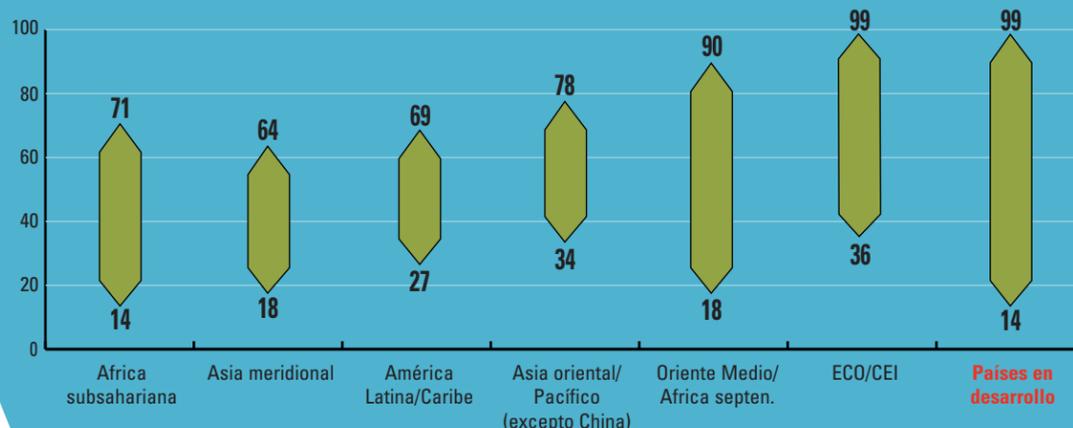
En más de 40 países de los 82 países con datos disponibles, menos del 50% de los niños que padecían infecciones agudas de las vías respiratorias acudieron a un servicio de salud. En muchos países es necesario además contar con servicios de salud idóneos y disponer de antibióticos en mayor medida.

Problema

En los países en desarrollo, las infecciones agudas de las vías respiratorias son la causa principal de mortalidad de niños menores de cinco años. La infección más grave es la neumonía, que suele tratarse recurriendo a antibióticos económicos. En cuanto los niños presentan signos de infecciones agudas de las vías respiratorias –a saber, tos y respiración rápida y entrecortada– se debería procurar que el niño reciba atención sanitaria idónea.

Diferencias regionales en la atención que se presta a los menores

Amplias diferencias entre países y regiones en la promoción de una conducta que promueva la búsqueda de atención en los casos de ERA



Los dos puntos en los datos de cada región muestran las tasas superiores e inferiores de los países cuando se trata de llevar a los niños con ERA a un proveedor de la salud.

*Los proveedores de la salud incluyen hospitales, centros de salud, dispensarios, trabajadores sanitarios de poblados, clínicas infantiles y de maternidad, clínicas móviles y ambulantes y médicos privados. En 15 países (sobre todo en América Latina y Oriente Medio) se incluyeron las farmacias.

Meta

Reducir en un 50% la tasa de mortalidad materna (TMM) entre 1990 y el año 2000

» Mortalidad derivada de la maternidad



RIESGO DE MUERTE: 1 EN 13

En Africa subsahariana una mujer tiene 1 de cada 13 posibilidades de morir durante el parto, en comparación con la tasa de 1 de cada 4.100 en los países industrializados.

Región	Riesgo de morir durante el embarazo o el parto*
Africa subsahariana	1 en 13
Asia meridional	1 en 55
Oriente Medio/Africa septen.	1 en 55
América Latina/Caribe	1 en 160
Asia oriental/Pacífico	1 en 280
ECO/CEI	1 en 800
Países menos adelantados	1 en 16
Países en desarrollo	1 en 60
Países industrializados	1 en 4,100
Mundo	1 en 75

* No sólo por las tasas de mortalidad derivada de la maternidad sino también por el número de nacimientos por mujer.

Fuente: OMS, UNICEF y FNUAP, *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, 2001.*

Resultados

La atención obstétrica durante el alumbramiento ha aumentado en todas las regiones en desarrollo. Sin embargo, en algunos países, y en Africa subsahariana en su conjunto, donde la mortalidad derivada de la maternidad es más elevada, la atención obstétrica no ha mejorado notablemente.

... pero

Es preciso que todas las mujeres reciban acceso a la atención prenatal y una atención obstétrica de calidad.

Problema

Las complicaciones surgidas durante el embarazo y el parto son la causa principal de muerte y discapacidad entre mujeres de edad fecunda en los países en desarrollo. Cada año mueren por tal causa unas 515.000 mujeres.

Por cada mujer que fallece, casi 30 sufren lesiones, infección y distintas formas de discapacidad a raíz del embarazo o el alumbramiento. En consecuencia, por lo menos 15 millones de mujeres son cada año víctimas de discapacidades de esta índole.

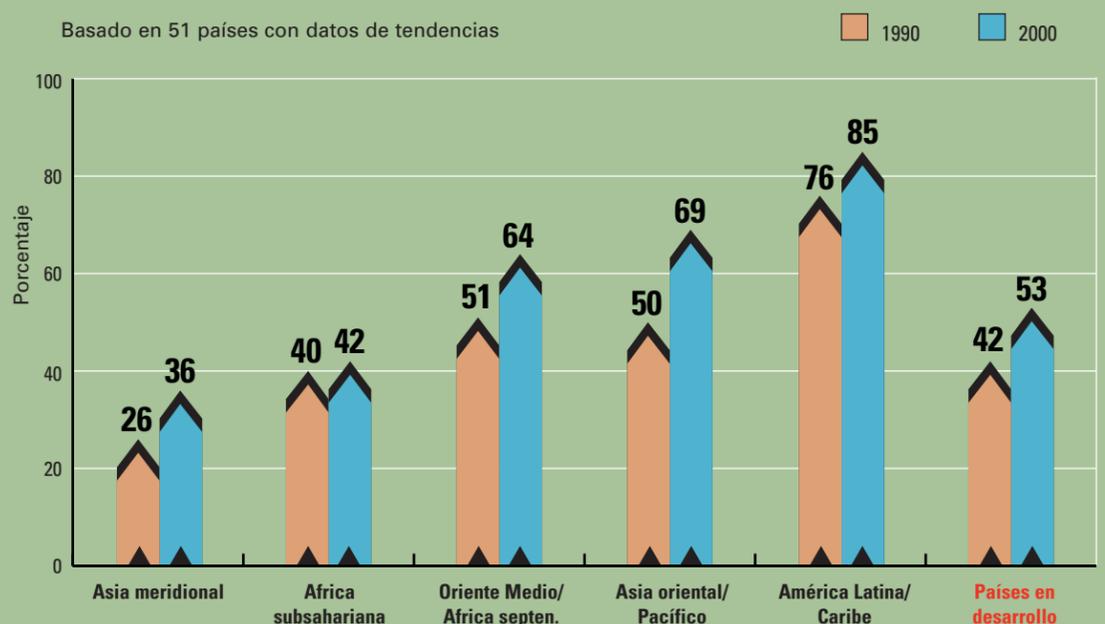
La dificultad de supervisar los progresos

Es difícil medir las tendencias de la mortalidad materna. Tan sólo unos cuantos países disponen de los sistemas de registro civil indispensables para observar tales tendencias. En los países que poseen tales medios se registra sólo cerca de la cuarta parte de los nacidos vivos y relativamente pocas muertes de madres.

Se ha recomendado considerar la proporción de partos asistidos por personal sanitario capacitado como medida fiable de los progresos alcanzados en la esfera de la mortalidad materna. Tal como se indica en el gráfico (abajo), en Africa subsahariana, donde la mortalidad materna alcanza la cifra más elevada, no se ha incrementado la atención especializada en el alumbramiento.

Tendencias en la presencia de atención obstétrica en el parto (1990-2000)

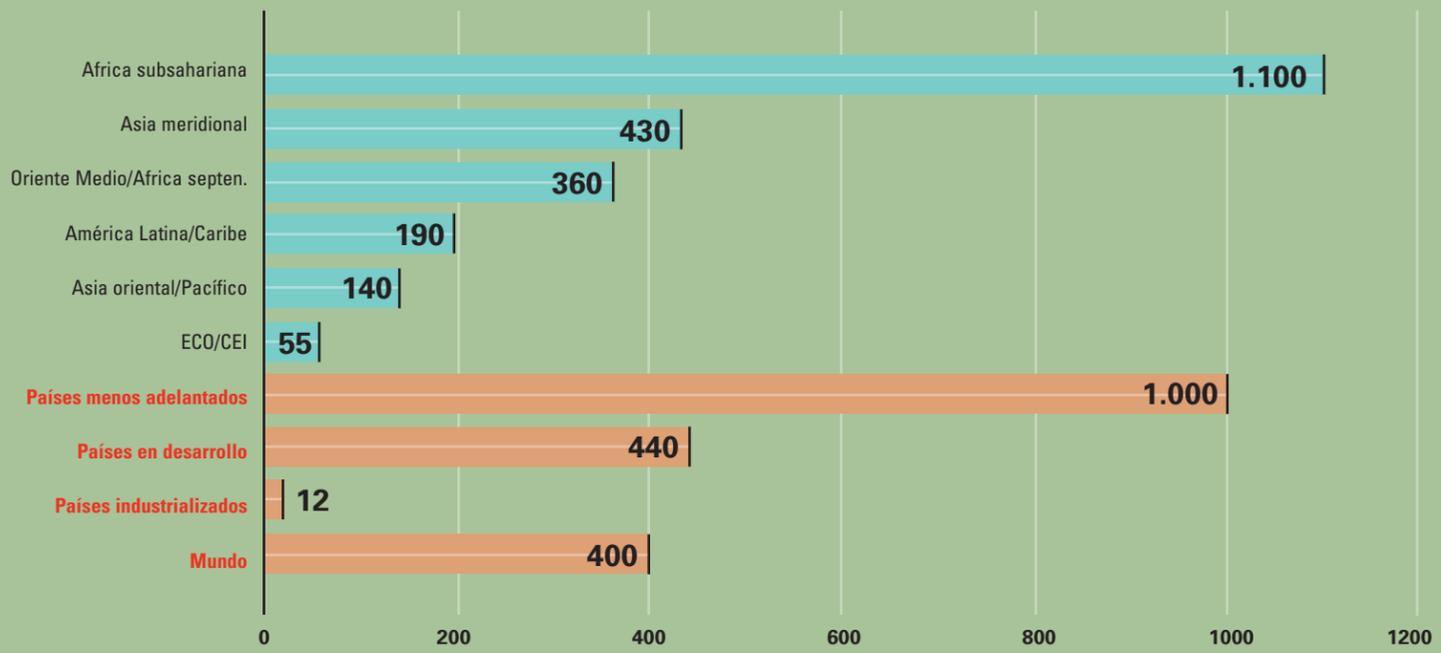
En Africa subsahariana, donde la mortalidad derivada de la maternidad es mayor, la atención obstétrica no ha mejorado



Fuente: UNICEF, 2001.

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad*, por región

Los niveles más elevados en África subsahariana

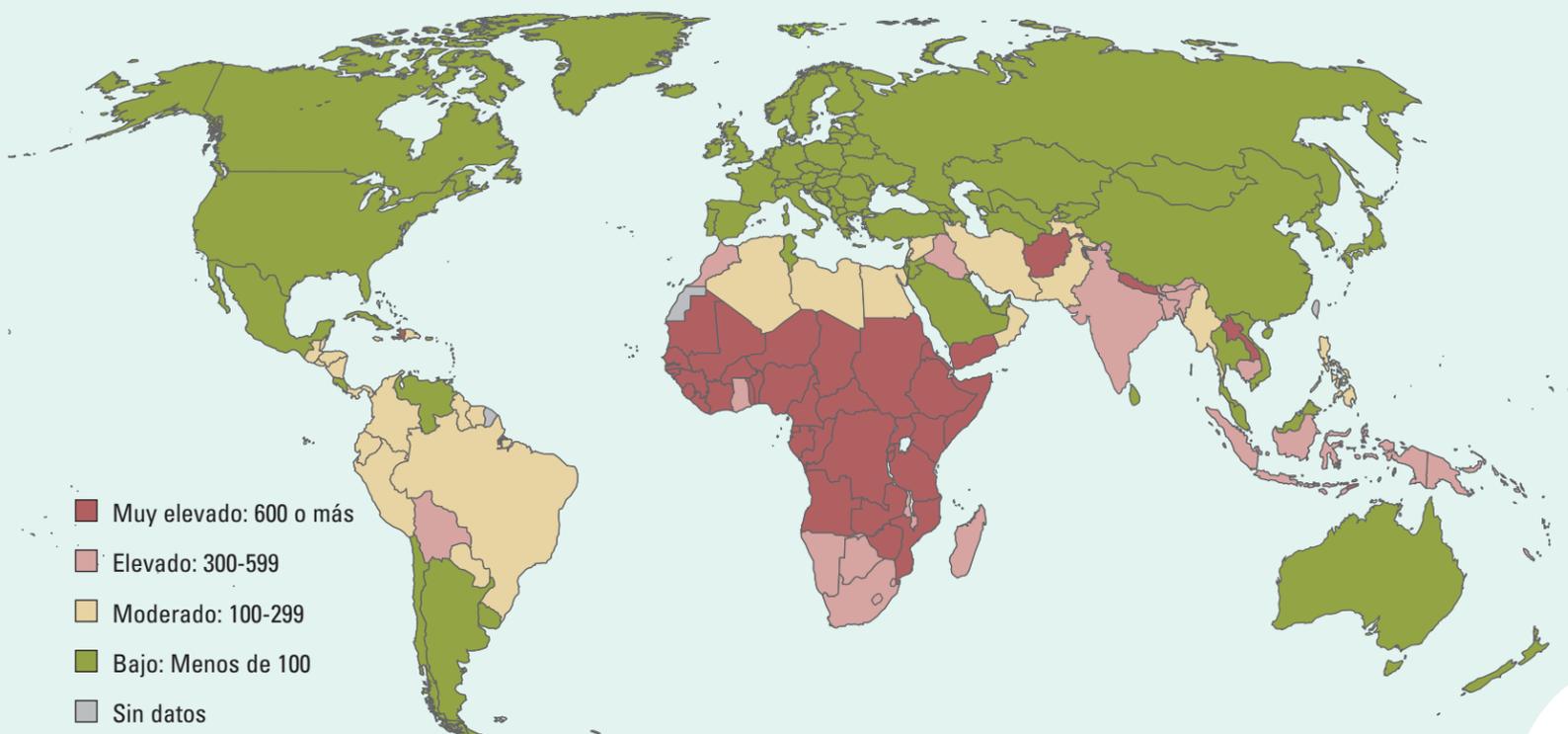


*Tasa de mortalidad derivada de la maternidad por cada 100.000 nacidos vivos, 1995.

Fuente: OMS, UNICEF y FNUAP, *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, 2001.*

Riesgo de morir al dar la vida

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad por cada 100.000 nacidos vivos



Fuente: OMS, UNICEF y FNUAP, *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, 2001.*

Atención obstétrica esencial

La atención obstétrica básica es de importancia decisiva para la reducción de la mortalidad materna. Es de lamentar que, en el caso de numerosos países, aún no se disponga de información de nivel nacional a propósito de la existencia y la utilización de establecimientos de atención obstétrica básica.

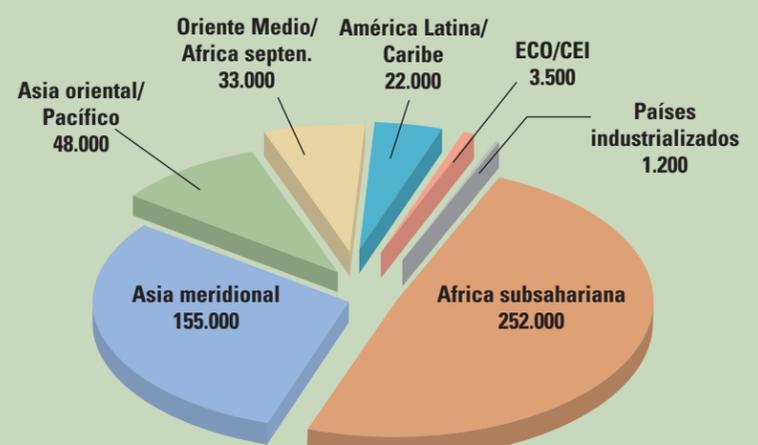
La tasa de partos con cesárea sirve como indicador de que los establecimientos de atención obstétrica básica brindan servicios obstétricos gracias a los cuales se salvan vidas. La cesárea es uno de los procedimientos a los que se recurre cuando se presentan complicaciones obstétricas graves. El UNICEF, la OMS y el FNUAP calculan que en por lo menos 5% de los alumbramientos resulta necesario practicar una cesárea a fin de salvar la vida o conservar la salud de la madre o el niño. Que la información revele que se recurre a la cesárea en menos de 5% de los alumbramientos significa que no se está dando la atención necesaria a algunas complicaciones que entrañan peligro de muerte. Que las tasas superen el 15% es índice de que el procedimiento se emplea en forma inapropiada.

Falta de servicios: dónde las tasas de partos con cesárea son menos de 5%

Chad	0.5	Togo	2.0
Madagascar	0.6	Benin	2.2
Níger	0.6	Senegal	2.2
Etiopía	0.7	Uganda	2.6
Malí	0.8	Mozambique	2.7
Nepal	1.0	Tanzanía	2.9
Burkina Faso	1.1	Uzbekistán	3.0
Yemen	1.4	Viet Nam	3.4
Eritrea	1.6	Nigeria	3.7
Rep. Centroafricana	1.9	Camerún	4.2
Zambia	1.9	Indonesia	4.3
Guinea	2.0		

Fuente: Encuesta Demográfica y de Salud, 1993-2000.

Muertes derivadas de la maternidad: 515.000 (aprox.)



Fuente: OMS, UNICEF y FNUAP, *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA, 2001.*

Meta

Acceso de todas las parejas a la información y los servicios necesarios para evitar embarazos que sean demasiado tempranos, poco espaciados, demasiado tardíos o demasiado numerosos

» Fecundidad y planificación de la familia



Resultados

Durante el decenio, aumentó el uso de contraceptivos de un 57% a un 67% en todo el mundo y se duplicó en los países menos adelantados. La tasa total de fecundidad ha descendido de 3,2 a 2,7.

... pero

Solamente un 23% de las mujeres de África subsahariana utilizan contraceptivos y la región tiene las tasas más altas de fecundidad.

Problema

Demasiados nacimientos poco espaciados entre ellos, o a una edad demasiado temprana o demasiado tardía, son algunas de las principales causas de enfermedad, discapacidad, nutrición deficiente y muerte prematura entre las mujeres y los niños. Una tasa menor de alumbramientos puede mejorar tanto la vida de la mujer como la supervivencia del niño, así como su nutrición, su salud y su educación.

A comienzos de 1990, unos 120 millones de mujeres en los países en desarrollo que no deseaban quedar embarazadas no utilizaban la planificación familiar. Como resultado, un embarazo de cada cinco no había sido deseado.

Nacimientos demasiado tempranos

Todos los años, 13 millones de adolescentes dan a la luz. Las niñas entre 15 y 19 años corren graves riesgos durante el embarazo y el alumbramiento. Además, hay grandes probabilidades de que los nacimientos no sean deseados y sean prematuros, y el alumbramiento por parte de una adolescente entraña un mayor riesgo de mortalidad y de complicaciones durante el parto. La maternidad limita también las oportunidades de las niñas para recibir una mejor educación, puestos de trabajo e ingresos y aumenta la posibilidad de divorcio y separación. Los niños que nacen de adolescentes confrontan un mayor riesgo de bajo peso al nacer, discapacidad grave a largo plazo y de morir durante la infancia. Además, en muchos países, los niños nacidos de madres adolescentes tienen más posibilidades de padecer malnutrición que los niños nacidos de madres de mayor edad.

La tasa de fecundidad de los adolescentes, definida como el número anual de nacimientos vivos por cada 1.000 niñas con edades de 15 a 19 años, se calcula en 50 por cada 1.000 en todo el mundo para el período 2000-2005. Con respecto al total de la fecundidad, la fecundidad de adolescentes es mayor en África subsahariana, con 127 por cada 1.000. Es de 71 en América Latina y en el Caribe y 18 en Asia oriental y el Pacífico, sobre todo debido a la baja fecundidad de las adolescentes en China.

FECUNDIDAD ELEVADA

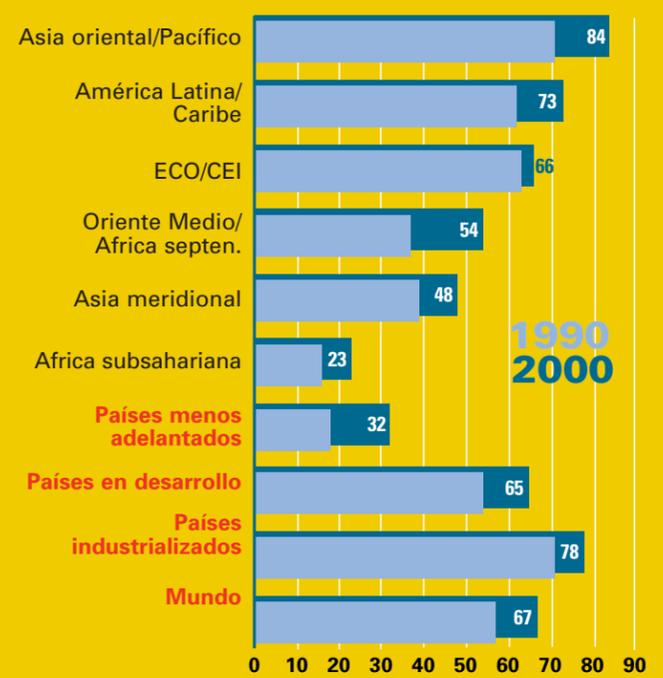
Dónde las tasas de fecundidad son más elevadas, la mayoría sin cambios durante el decenio.

	1990	2000	Diferencia
Níger	8,1	8,0	0,1
Yemen	7,6	7,6	0,0
Somalia	7,3	7,3	0,0
Angola	7,2	7,2	0,0
Uganda	7,1	7,1	0,0
Mali	7,0	7,0	0,0
Afganistán	7,1	6,9	0,2
Burkina Faso	7,3	6,8	0,5
Burundi	6,8	6,8	0,0
Etiopía	6,9	6,8	0,1
Liberia	6,8	6,8	0,0
Chad	6,7	6,7	0,0
Congo, Rep. Dem.	6,7	6,7	0,0
Malawi	7,3	6,5	0,8
Sierra Leona	6,5	6,5	0,0
Congo	6,3	6,3	0,0
Guinea	6,6	6,1	0,5
Mozambique	6,5	6,1	0,4
Guinea Bissau	6,0	6,0	0,0
Mauritania	6,2	6,0	0,2
Rwanda	6,9	6,0	0,9

Fuente: División de Población, ONU, *Population Estimates and Projections, 2000 Revision*.

Uso de contraceptivos

Porcentaje de mujeres (con compañero) de 15 a 49 años que utilizan contraceptivos

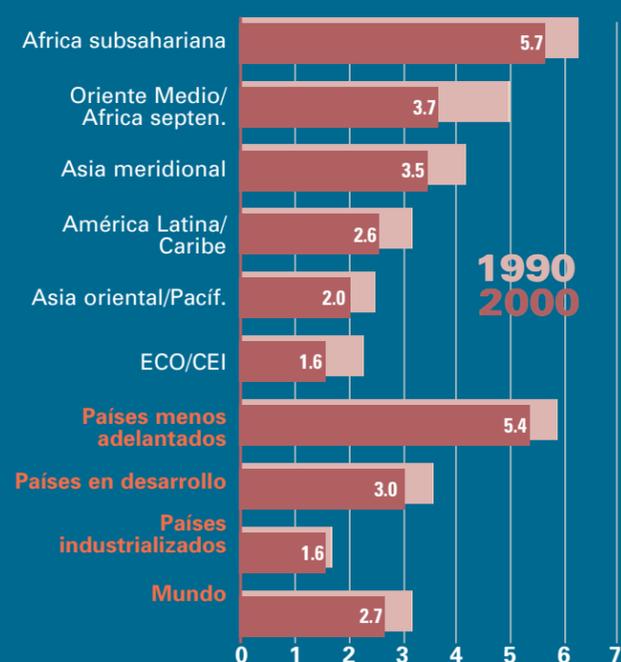


Fuente: División de Población, ONU, enero 2001.



Declive en las tasas de fecundidad

Promedio de nacimientos por mujer

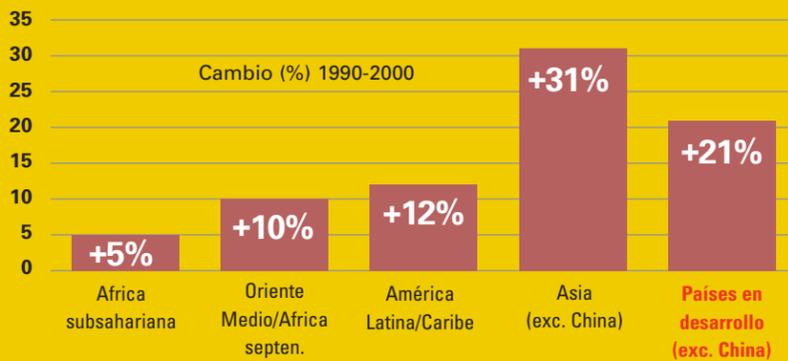


Fuente: División de Población, ONU, *Population Estimates and Projections, 2000 Revision*.

Meta

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

Mejoras en la atención prenatal*, 1990-2000



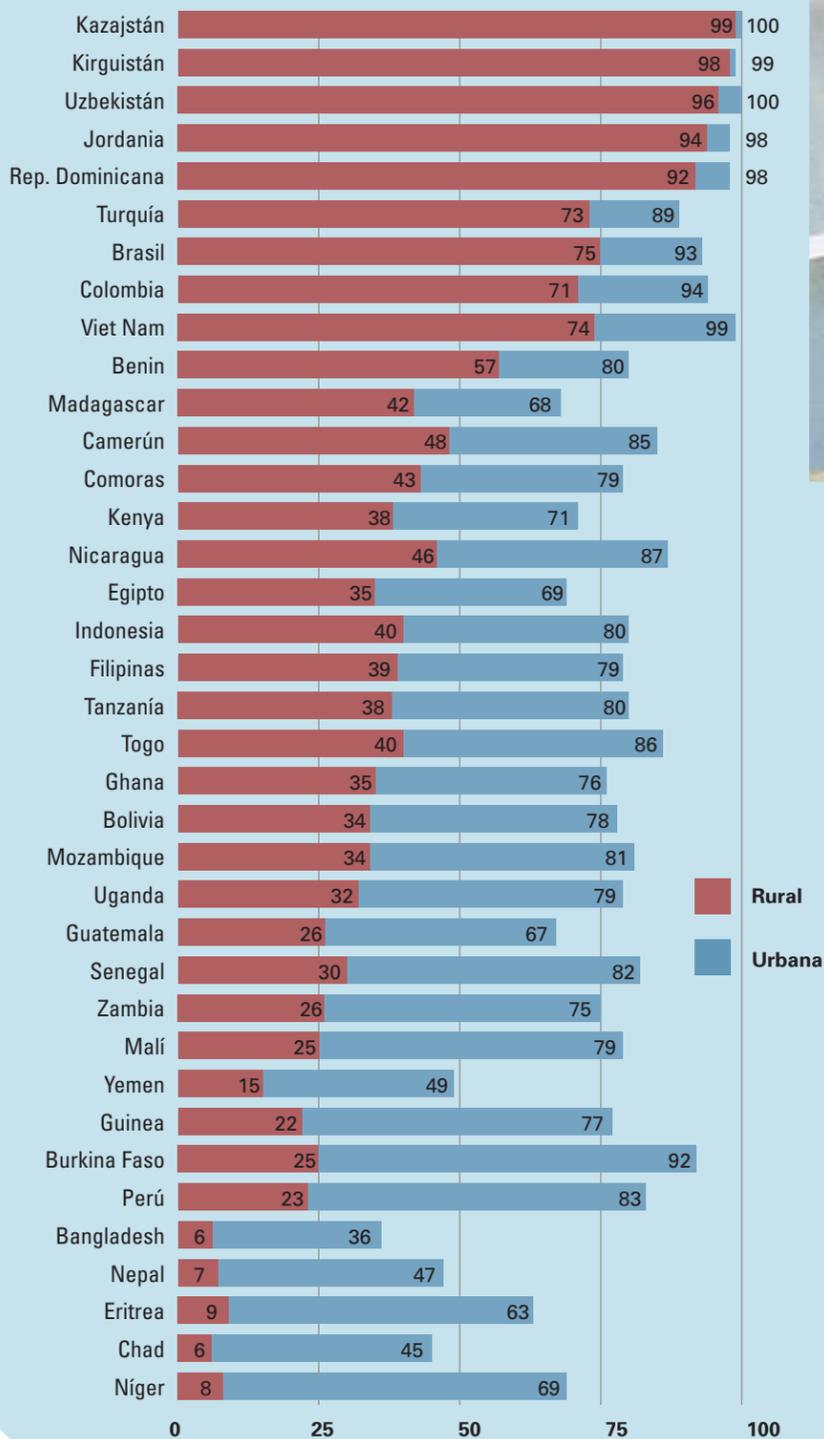
*Basado en 45 países en desarrollo con datos de tendencias.

Fuente: UNICEF, 2001.

» Atención de la madre

Diferencias rurales/urbanas en la presencia de un profesional de la salud en el parto, 1995-2000

Las tasas urbanas son, en promedio, el doble que las rurales



Fuente: Encuestas Demográficas y de Salud, 1995-2000.



Resultados

Con la excepción de África subsahariana, se han alcanzado notables mejoras en la atención prenatal y obstétrica en todas las regiones, aun cuando las mejoras no sean iguales en el caso de todos los países.

... pero

La cobertura en la atención obstétrica es de un 37% en África subsahariana y de un 29% en Asia meridional; la atención obstétrica esencial es incluso menor. Los países con los niveles más bajos de atención de las mujeres embarazadas deben invertir en programas que ofrezcan a las mujeres un acceso acelerado a la atención prenatal y obstétrica.

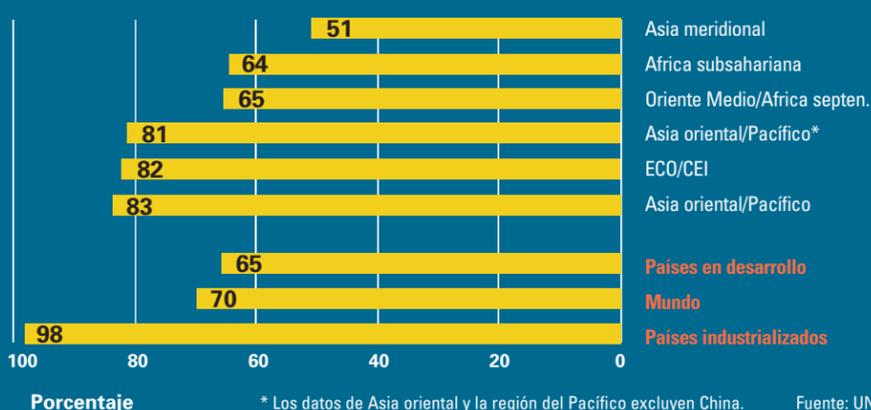
Problema

Las visitas regulares para consultar a un médico, una enfermera o una partera durante el embarazo son ocasión para que el personal sanitario aplique vacunas antitetánicas, brinde asesoría en materia de alimentación, higiene y descanso e identifique complicaciones que pudieran presentarse. Las visitas permiten igualmente brindar servicios para impedir la transmisión del VIH de madre a hijo, prevenir y curar el paludismo y distribuir suplementos de micronutrientes.

Tanto en el parto como en el alumbramiento, debería contarse con la supervisión de médicos, parteras o enfermeras dotadas de los conocimientos necesarios para atender partos normales y para reconocer complicaciones que podrían requerir atención de urgencia.

Atención prenatal por región. Solamente la mitad de las mujeres de Asia meridional reciben atención prenatal

Porcentaje de mujeres de 14 a 49 años que recibieron la atención de un médico, un enfermero o una partera especializada por lo menos una vez durante su embarazo



* Los datos de Asia oriental y la región del Pacífico excluyen China.

Fuente: UNICEF, 2001.

Meta

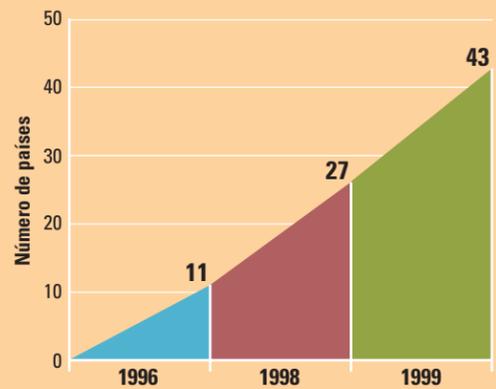
La eliminación de la carencia de vitamina A

» Carencia de vitamina A



PROGRESO RAPIDO

Aumento en el número de países con una alta tasa de cobertura de suplementos*



* Donde un 70% o más de los menores reciben por lo menos un suplemento de la vitamina A. Fuente: UNICEF, 2001.

Éxito en los Días Nacionales de Inmunización

Durante los Días Nacionales de Inmunización se han distribuido ampliamente cápsulas de vitamina A. En 29 países de África al sur del Sahara, por ejemplo, se suministraron suplementos de vitamina A durante estos Días en 1999. Debido a que los Días se dejarán de realizar a medida que los países eliminen la poliomielitis, será necesario ampliar ciertos mecanismos que ya se emplean de manera exitosa en varios países, como los Días de los Micronutrientes, los Días de la Vitamina A y los Días de la Salud Infantil.

Enriquecimiento de alimentos

En varios países se enriquecen los alimentos básicos con vitamina A. Aunque mediante los alimentos enriquecidos no es posible suministrar esa vitamina a todos los sectores vulnerables, se pueden sentar las bases para que los programas de suministros de suplementos resulten más eficaces y sostenibles.

Resultados

Hoy en día, la mayoría de los niños de más de 40 países reciben por lo menos un suplemento de vitamina A por año, un logro notable ya que solamente unos cuantos países ofrecían a sus niños suplementos de la vitamina A a mediados de los años 1990. Según cálculos del UNICEF, entre 1998 y 2000 se han evitado seguramente un millón de muertes de niños mediante el suministro de suplementos de vitamina A.

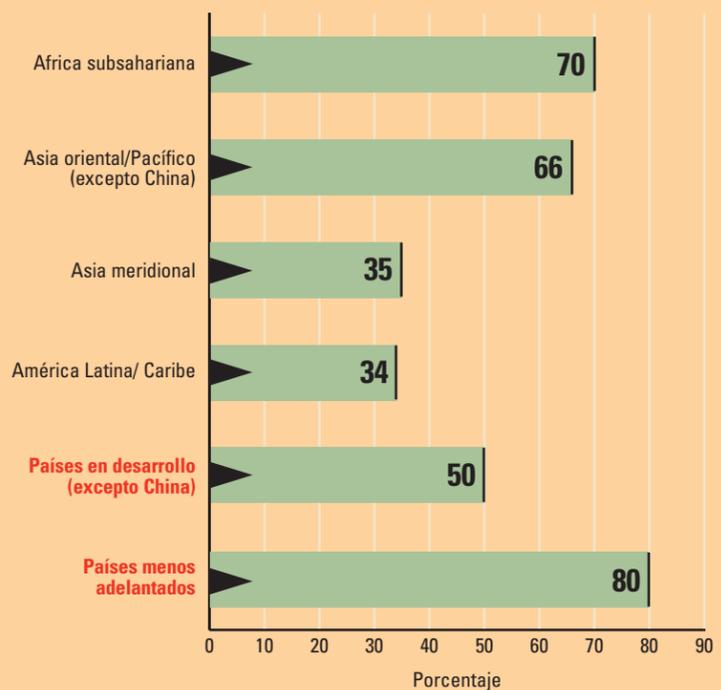
Problema

La carencia de vitamina A, que es un elemento imprescindible para el funcionamiento del sistema inmunológico, puede ocasionar ceguera incurable. Pero antes de que eso ocurra, los niños que no ingieren suficiente vitamina A corren un 25% más de peligro de morir de enfermedades comunes, como el sarampión, el paludismo o la diarrea, que los niños que reciben cantidades suficientes de esa vitamina. Ese problema se puede resolver mediante el suministro anual de dos cápsulas de altas dosis de vitamina A a los niños menores de 5 años.

Se considera que los países con un problema de carencia de vitamina A son aquellos que presentan tasas de mortalidad de menores de 5 años superiores a 70 por 1.000 nacidos vivos.

Suplementos de vitamina A, 1999*

Los países menos adelantados alcanzan una cobertura de un 80%



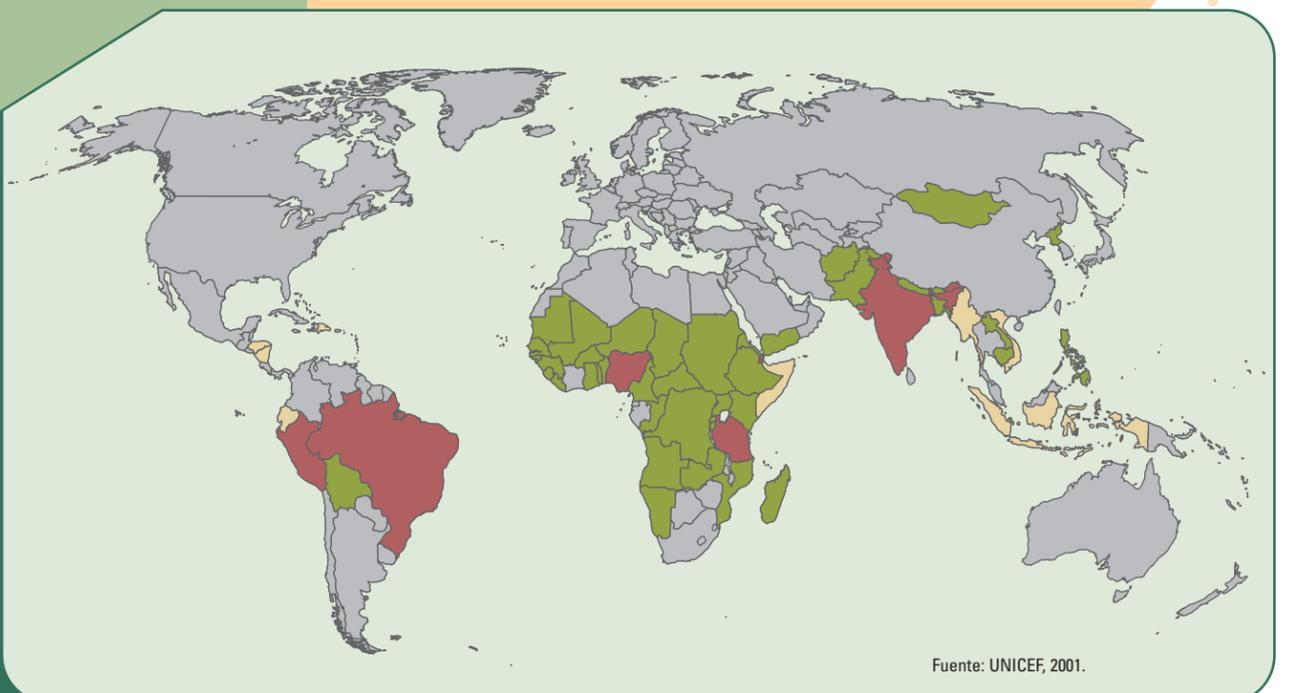
*Los promedios regionales de Oriente Medio y África septentrional y ECO/CEI no se calcularon porque los datos disponibles de los países abarcaban menos de la mitad de los nacimientos de cada región.

Fuente: UNICEF, 2001.

Suplementos de vitamina A: Más de 40 países alcanzaron una elevada cobertura, 1999

Porcentaje de menores de 6 a 59 meses que recibieron al menos un suplemento de vitamina A

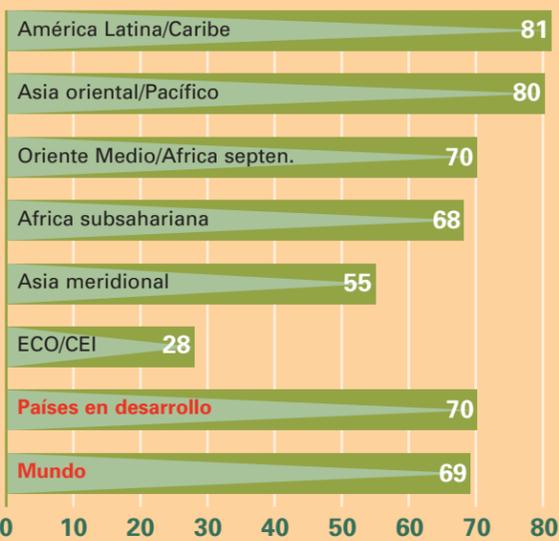
- 70% o más
- 30 a 69%
- Menos de 30%
- Sin datos



Fuente: UNICEF, 2001.

AVANCES NOTABLES

Porcentaje de hogares que consumen sal yodada, 1997-2000



Fuente: UNICEF, 2001.

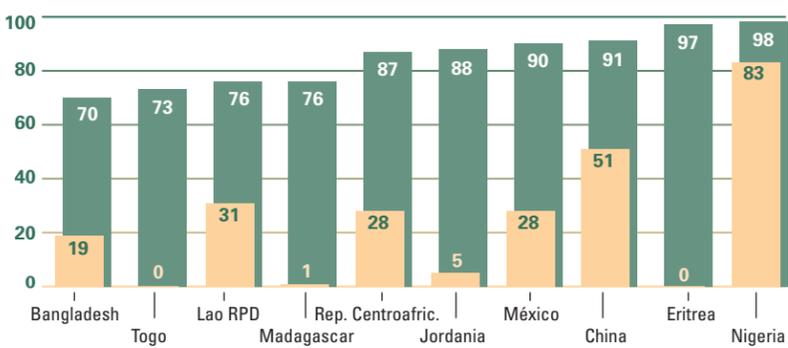
Meta

Eliminación virtual de los trastornos derivados de la carencia de yodo

» Trastornos por carencia de yodo

Aumentos importantes en el consumo de sal yodada

Tasa de aumento desde comienzos de 1990 hasta el fin del decenio en algunos de los países más pobres y con un mayor número de habitantes

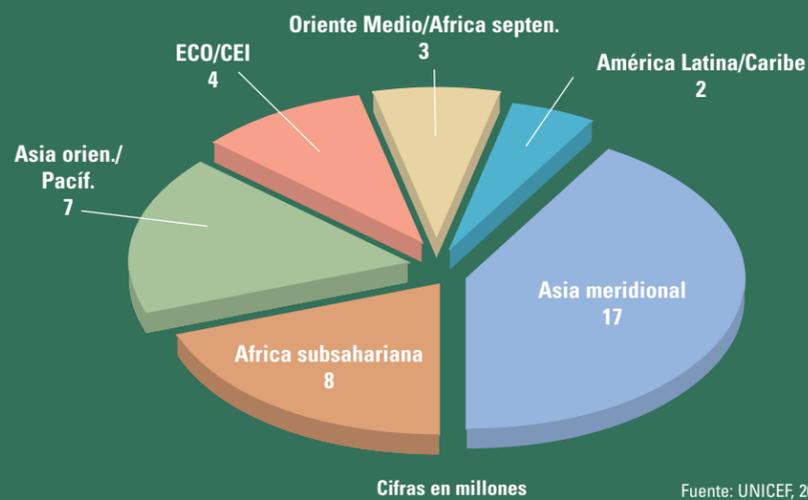


Fuente: UNICEF, 2001.



Millones sin protección

41 millones de recién nacidos carecen de protección contra las discapacidades en el aprendizaje vinculadas a la carencia de yodo.



Fuente: UNICEF, 2001.

Resultados

La yoduración de la sal es la crónica de un éxito notable. El uso cada vez mayor de la sal yodada protege a 91 millones de recién nacidos contra una pérdida importante de su capacidad de aprender. En 1990, menos de un 20% de los hogares en el mundo en desarrollo utilizaba sal yodada. En 2000, alrededor de un 70% de los hogares en el mundo en desarrollo emplea el producto.

... pero

Todavía hay 35 países donde menos de la mitad de los hogares consumen sal yodada.

Problema

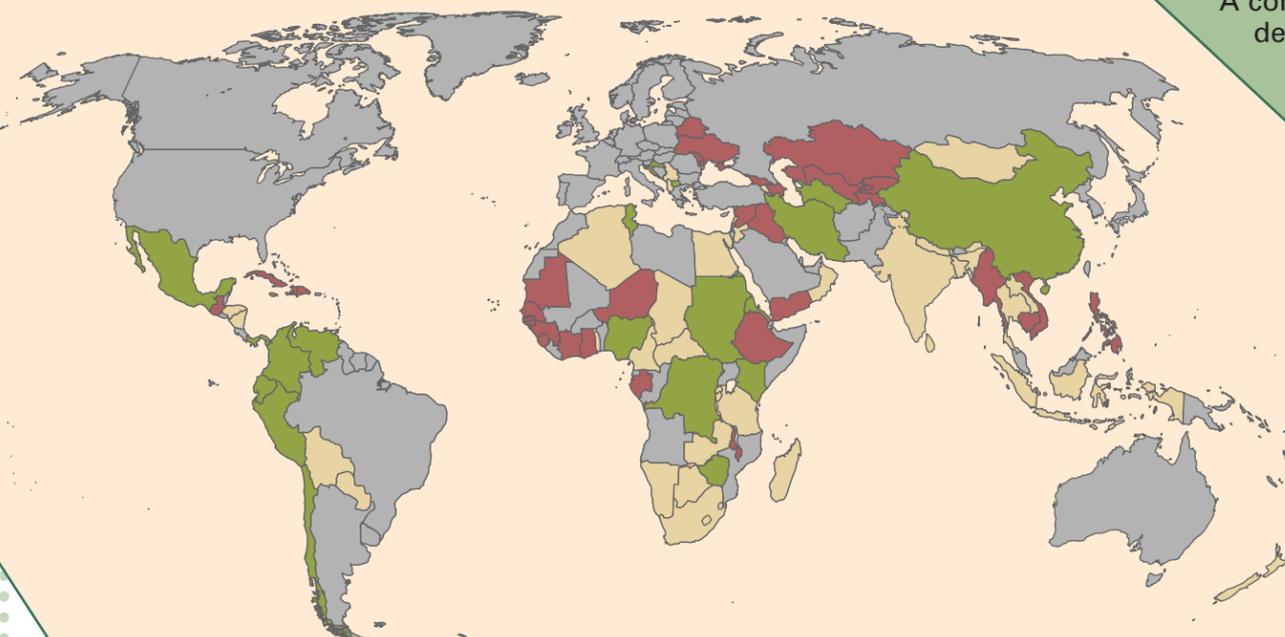
La carencia de yodo es la principal causa en el mundo de retraso mental susceptible de prevención. La grave carencia de yodo causa cretinismo e incluso una carencia moderada puede representar una pérdida notable de la capacidad de aprender. Otros efectos incluyen el bocio y, en las mujeres, un elevado riesgo de mortinatalidad y aborto natural.

A comienzos de 1990, alrededor de 1.600 millones de personas, un tercio de la población mundial, se encontraban en peligro. La solución era relativamente simple y barata: la yoduración de toda la sal comestible.

Grandes progresos en el consumo de sal yodada en 56 países

Porcentaje de hogares que consumen sal yodada, 1997-2000

■ 90% o más ■ 50-89% ■ Menos de 50% ■ Sin datos recientes



Fuente: UNICEF, 2001.

Meta

Habilitar a todas las mujeres para que 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

» Lactancia materna



Resultados

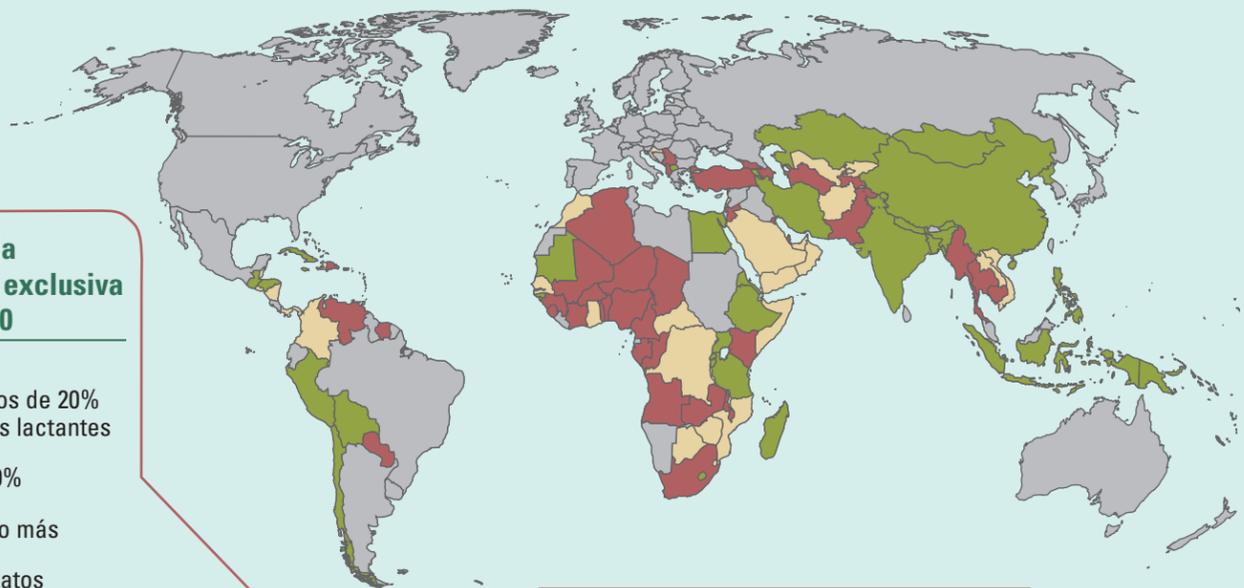
Las tasas de lactancia materna exclusiva aumentaron en un 10% en el curso del decenio. También mejoraron la tasa de lactancia con adición de alimentos complementarios y la lactancia prolongada durante el primer año de vida y el segundo.

... pero

Tan sólo se amamanta de manera exclusiva durante los cuatro primeros meses de vida a cerca de la mitad de los lactantes. Se recomienda actualmente que se amamante al lactante de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida*.

Lactancia materna exclusiva 1995-2000

- Menos de 20% de los lactantes
- 20-39%
- 40% o más
- Sin datos



Problema

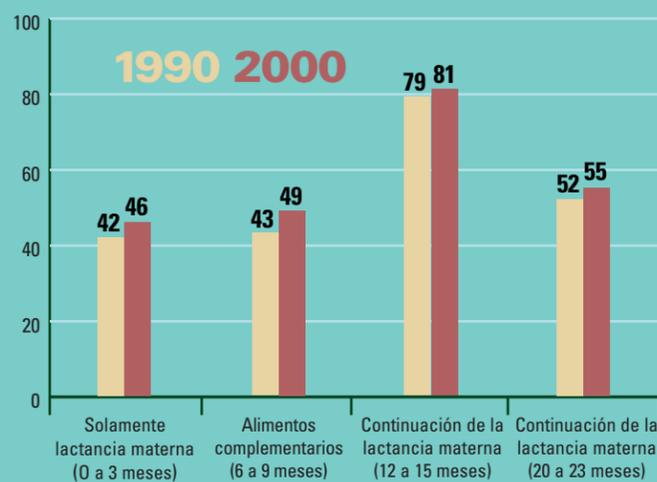
La leche materna constituye, por sí sola, el alimento ideal para los lactantes durante los seis primeros meses de vida en la medida en que contiene todos los elementos nutritivos, los anticuerpos, las hormonas y los antioxidantes necesarios para el crecimiento. La leche materna protege a los bebés contra la diarrea y las infecciones agudas de las vías respiratorias y estimula el sistema inmunológico del niño y la reacción a las vacunas; más aún, según ciertos estudios, la lactancia materna entrena para el niño diversas ventajas de índole cognoscitiva.

La lactancia materna ofrece también ventajas emocionales y de salud para la madre.

*Directrices emitidas durante la 54ta Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2001.

TENDENCIAS EN LA LACTANCIA MATERNA

Porcentaje de menores que reciben lactancia materna exclusiva, que reciben leche materna y alimentos complementarios y de aquellos que siguen recibiendo leche materna hasta determinadas edades



Incluye solamente países con datos de tendencias

Prácticas óptimas

Cabe incluir entre las prácticas óptimas de amamantamiento la lactancia materna exclusiva, a saber, solamente leche materna, sin adición de alimentos sólidos o líquidos, durante los seis primeros meses de vida. Se recomienda continuar amamantando al lactante añadiendo alimentos complementarios, sólidos y semisólidos a partir de los seis meses. Se recomienda la lactancia prolongada hasta por lo menos el segundo año de vida con la adición de alimentos complementarios.

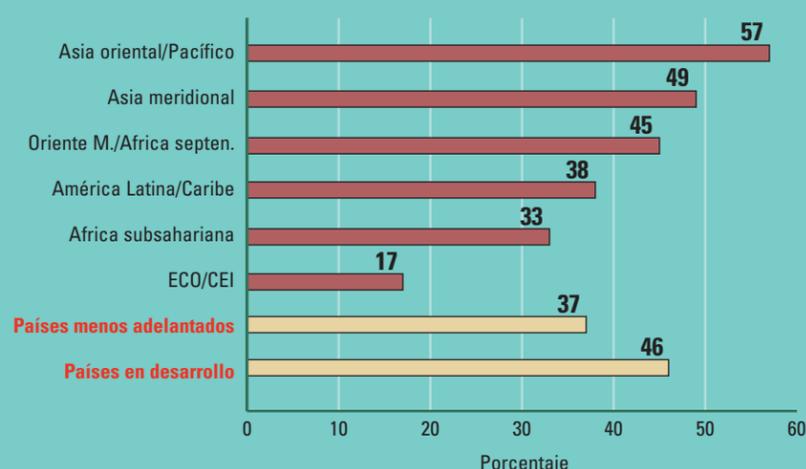
El Código Internacional

La Asamblea Mundial de la Salud aprobó en 1981 el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna a fin de proteger y promover el amamantamiento mediante la difusión de información adecuada a propósito de la alimentación del lactante y fijando normas de comercialización de los sucedáneos de la leche

materna y preparados que se administran en biberón. El Código prohíbe que se destinen al público en general tanto la publicidad como la promoción de estos productos y prohíbe también que el sistema de atención sanitaria les dé difusión. Es menester que todos los gobiernos promulguen leyes que incorporen las disposiciones del Código. Hasta la fecha, 24 países han recogido la totalidad de las disposiciones del código en sus sistemas legislativos mientras que otros 52 países han incorporado parte de las disposiciones a su legislación.

Menos de la mitad de los lactantes reciben leche materna

Tasas de lactancia materna a menos de cuatro meses (1995-2000)



Fuente para todos los datos: UNICEF, 2001.

Se necesitan mejores datos

A muchos niños de los países en desarrollo no se les pesa al nacer. En África subsahariana, por ejemplo, se calcula que no se pesa a cerca de un 75% de los recién nacidos. En otras regiones, los porcentajes oscilan de un 20% a un 83%. Gran parte de los datos disponibles sobre el bajo peso al nacer no representan por tanto a la población general y se trata a menudo de cifras que no reflejan la amplitud del problema. Se necesita un gran esfuerzo encaminado a mejorar la calidad de los datos.

Región	Porcentaje sin pesar o peso desconocido
África subsahariana	73
Oriente Medio/África septen.	82
Asia meridional	77
Asia oriental/Pacífico	40
América Latina/Caribe	20
ECO/CEI	25
Países en desarrollo	65
Países menos adelantados	77

Meta

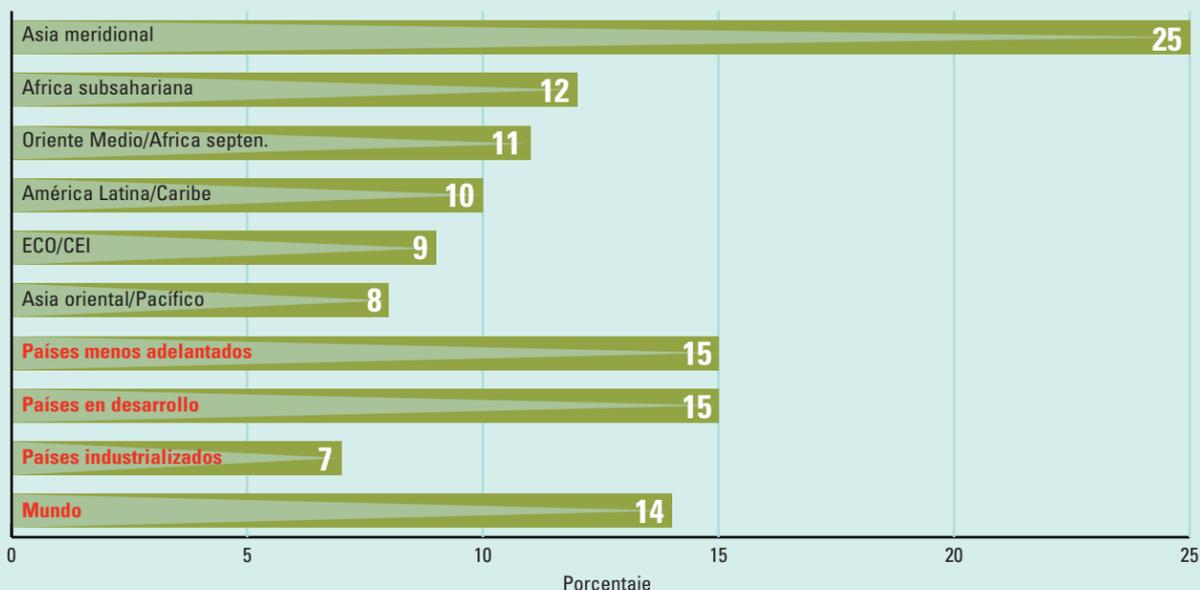
Reducción en un 10% de la tasa de bajo peso al nacer (menos de 2,5 kg.)

» Bajo peso al nacer



Asia meridional tiene el mayor número de lactantes con bajo peso al nacer

Porcentaje de lactantes que pesan menos de 2,5 kg al nacer



Resultados

La cifra de niños a los que no se pesa es elevada en los países en desarrollo. Sin embargo, según la información de que se dispone, en 100 países en desarrollo las tasas de bajo peso al nacer son inferiores al 10%.

... pero

Se calcula que cada año nacen en el mundo 18 millones de niños con bajo peso – 9,3 millones en Asia meridional y 3,1 millones en el África subsahariana.

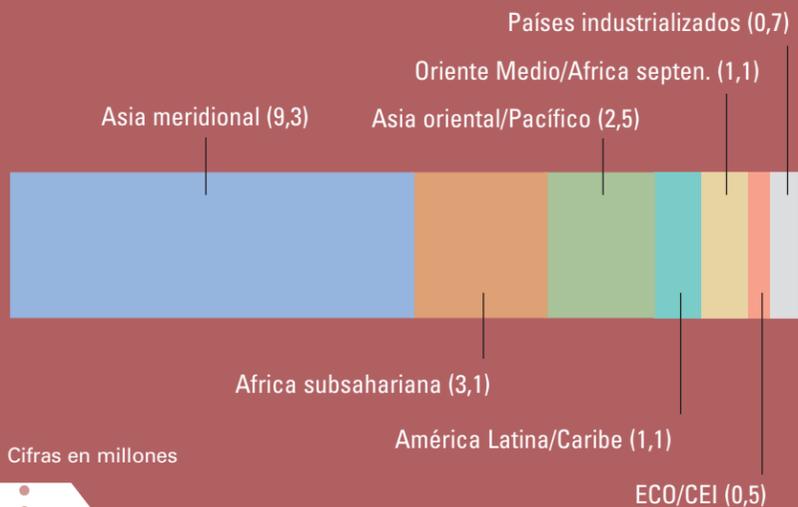
Problema

Los recién nacidos con bajo peso (aquellos que pesan menos de 2,5 kg.) tienen más probabilidades de morir durante los primeros meses o los primeros años. Los que sobreviven tienen disminuidas las funciones del sistema inmunológico y corren mayor riesgo de padecer posteriormente varias enfermedades, incluida la diabetes y diversas cardiopatías. Tienen también propensión a seguir malnutridos y a tener menores coeficientes de inteligencia además de discapacidades cognitivas.

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

18 millones de lactantes con bajo peso al nacer

En Asia meridional vive la mitad de los menores más pequeños del mundo



Fuente de todos los gráficos UNICEF, 2001.

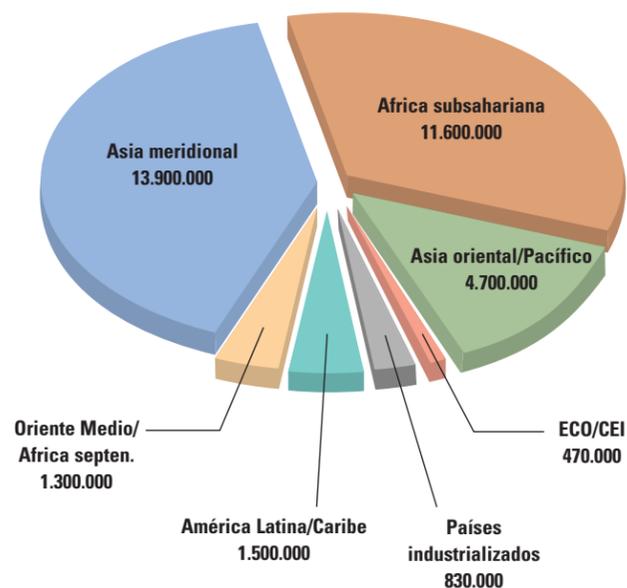
Meta

Mantenimiento de un alto nivel de cobertura* de inmunización contra la difteria, la tos ferina, el tétanos, el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis y contra el tétanos para las mujeres en edad de procrear

» Inmunización



34 millones de niños no han sido vacunados con la DPT3[†]



[†]DPT representa la combinación de las vacunas contra la difteria, la tos ferina y el tétanos. El porcentaje de menores que reciben la tercera dosis – DPT3 – es un indicador de la calidad de los servicios de vacunación sistemática de los países.

Fuentes de todas las tablas, gráficos y cuadros: OMS/ UNICEF, 2001.

Resultados

El sorprendente éxito de la cobertura de inmunización en todo el mundo durante los años 1980 se mantuvo en el decenio de 1990, y se salvaron las vidas de alrededor de 2,5 millones de niños todos los años en el mundo en desarrollo. La cobertura mundial de inmunización con DPT3 se ha mantenido por encima del 70% desde los años 1980.

... pero

Casi una tercera parte de los niños del mundo no recibe aún vacunas periódicas. En el África subsahariana, menos de la mitad de los niños están vacunados. Es preciso renovar el compromiso con la inmunización para reducir las desigualdades en el acceso a las vacunas y aumentar las tasas de cobertura nacional a un 90%, con por lo menos el 80% de cobertura en todos los distritos para el año 2005.

*Por lo menos un 90% de los niños menores de un año para el 2000.

Africa subsahariana

Swazilandia (89)	99
Seychelles (99)	99
Eritrea (-)	93
Botswana (91)	90
Gambia (92)	88
Lesotho (76)	85
Mauricio (85)	85
Rwanda (84)	85
Malawi (87)	84
Zambia (91)	84
Zimbabwe (88)	81
Benin (74)	79
Kenya (84)	79
Sudáfrica (72)	76
Tanzanía (78)	76
Burundi (85)	74
Ghana (58)	72
Namibia (53)	72
Côte d'Ivoire (54)	62
Mozambique (46)	61
Senegal (51)	60
Madagascar (46)	55
Uganda (45)	55
Malí (42)	52
Camerún (48)	48
Guinea (17)	46
Sierra Leona (85)	46
Media regional (55)	46
Burkina Faso (66)	42
Togo (77)	41
Guinea Ecuatorial (77)	40
Mauritania (33)	40
Guinea-Bissau (61)	38
Gabón (78)	37
Rep. Centroafricana (82)	33
Liberia (-)	33
Congo (79)	29
Níger (22)	28
Nigeria (56)	26
Congo, Rep. Dem. (35)	25
Angola (24)	22
Chad (20)	21
Etiopía (49)	21
Somalia (19)	18

Oriente Medio/Africa septen.

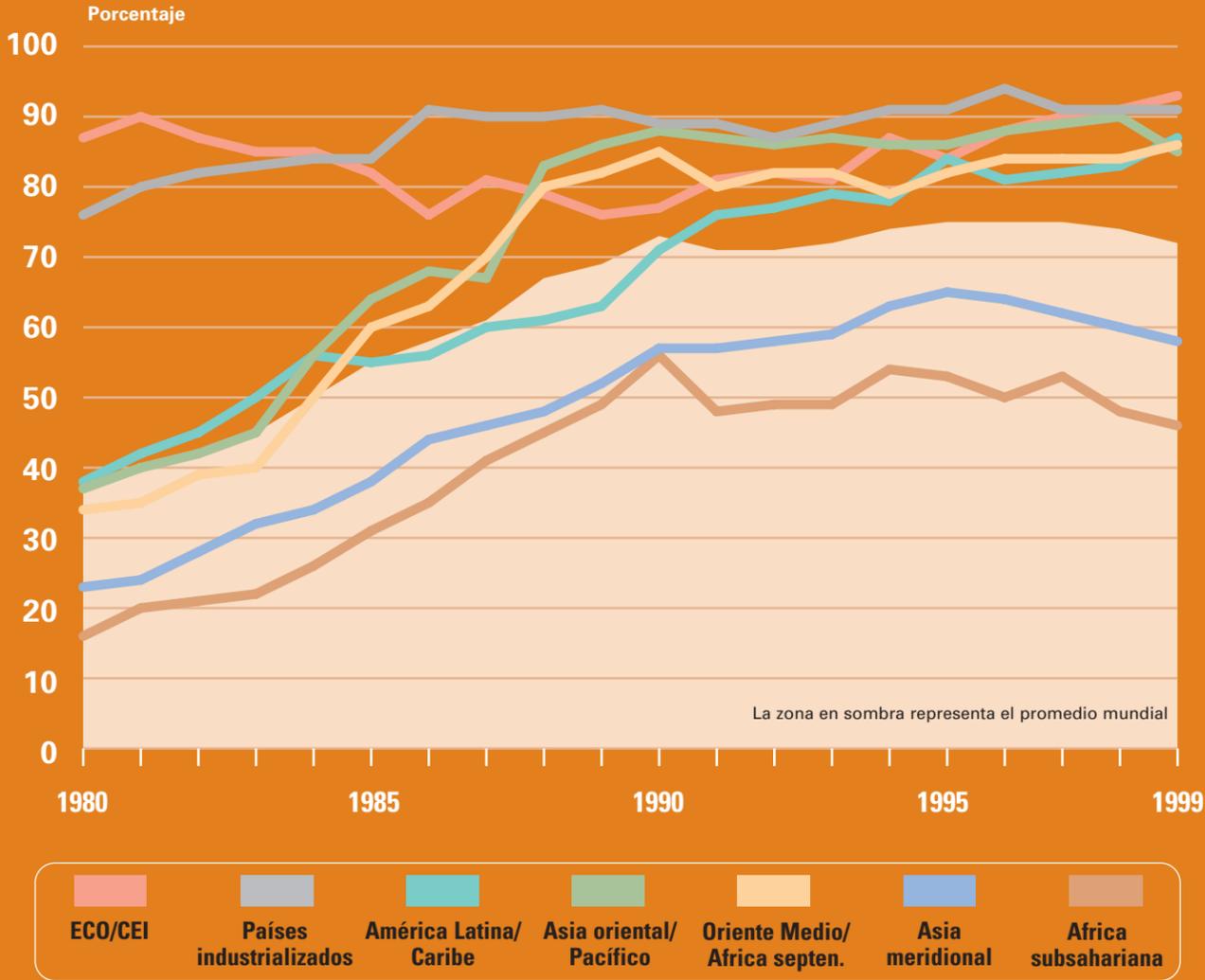
Iran (91)	99
Omán (98)	99
Bahrain (94)	97
Jordania (92)	97
Arabia Saudita (95)	96
Tunisia (93)	96
Egipto (87)	94
Kuwait (71)	94
Líbano (82)	94
Libia (84)	94
Siria (90)	94
Emiratos Arabes Unidos (85)	94
Qatar (82)	92
Marruecos (81)	91
Terr. palestinos ocupados (-)	89
Media regional (85)	86
Argelia (82)	83
Iraq (83)	76
Yemen (84)	72
Sudán (62)	50
Djibouti (85)	23

Asia oriental/Pacífico

Tailandia (92)	97
Mongolia (84)	94
Singapur (85)	94
Malasia (89)	93
Viet Nam (85)	93
Brunei (93)	92
China (97)	90
Fiji (97)	86
Media regional (88)	85
Myanmar (88)	83
Filipinas (88)	79
Corea, Rep. (74)	74
Indonesia (61)	72
Lao, Rep. Dem. Pop. (18)	56
Papua Nueva Guinea (67)	56
Camboya (38)	49
Corea, Rep. Pop. Dem (-)	37

COBERTURA MUNDIAL EN UN 72% PARA 1999

Tendencias regionales en la cobertura de la DPT3, 1980-1999



La Alianza Mundial para el Fomento de las Vacunas y la Inmunización

La Alianza Mundial para el Fomento de las Vacunas y la Inmunización (GAVI) tiene como objetivo incrementar la cobertura sistemática así como aumentar la distribución de vacunas nuevas y poco utilizadas. Fundada en 1991, la organización es una alianza del Programa de Vacunas Bill y Melinda Gates en PATH, la Fundación Rockefeller, el Banco Mundial, la OMS, el UNICEF, los países industrializados y en desarrollo, la industria de la vacunación y otros aliados.

Porcentaje de niños vacunados con tres dosis de DPT (1990) y 1999

Asia meridional

Sri Lanka (86)	99
Maldivas (95)	92
Bhután (96)	88
Nepal (43)	76
Bangladesh (69)	72
Media regional (57)	58
India (70)	55
Pakistán (54)	56
Afganistán (25)	35

América Latina/Caribe

Antigua y Barbuda (99)	99
Dominica (96)	99
Saint Kitts y Nevis (99)	99
México (66)	96
Honduras (84)	95
San Vicente/Granadinas (98)	95
Chile (99)	94
Cuba (92)	94
Perú (72)	93
Uruguay (97)	93
Panamá (86)	92
Brasil (66)	90
Trinidad y Tabago (89)	90
Santa Lucía (91)	89
Argentina (86)	88
Granada (81)	88
Barbados (91)	87
Belice (91)	87
Media regional (71)	87
Costa Rica (95)	86
El Salvador (80)	94
Suriname (83)	85
Jamaica (86)	84
Guyana (83)	83
Nicaragua (66)	83
Bahamas (87)	81
Ecuador (75)	80
Guatemala (66)	78
Bolivia (41)	78
Venezuela (61)	77
Colombia (88)	74
Rep. Dominicana (69)	73
Paraguay (67)	66
Haití (41)	43

ECO/CEI

Azerbaiyán (82)**	99
Belarús (89)	99
Hungría (99)	99
Eslovaquia (99)****	99
Ucrania (88)**	99
Uzbekistán (87)	99
Rep. Checa (99)***	98
Kazajstán (80)	98
Kirguistán (80)	98
Polonia (96)	98
Turkmenistán (84)**	98
Albania (94)	97
Moldova, Rep. de (81)	97
Rumania (96)	97
Bulgaria (99)	96
ERYD Macedonia (90)***	95
Estonia (86)***	95
Federación de Rusia (73)**	95
Letonia (87)**	95
Yugoslavia (84)	95
Croacia (83)**	93
Lituania (86)**	93
Media regional (77)	93
Eslovenia (95)	92
Armenia (85)**	91
Bosnia y Herzegovina (58)**	90
Georgia (91)	90
Tayikistán (86)	81
Turquía (84)	79

Países industrializados

Dinamarca (95)	99
Finlandia (90)	99
Islandia (99)	99
Mónaco (99)	99
Suecia (99)	99
Francia (95)	98
Luxemburgo (90)	98
Canadá (88)	97
Países Bajos (97)	97
Portugal (89)	97
Bélgica (93)	96
Estados Unidos (90)	96
Israel (93)	96
Italia (83)	95
Noruega (86)	95
España (93)	94
Suiza (90)	94
Reino Unido (85)	93
Malta (63)	92
Media regional (89)	91
Andorra (-)	90
Austria (90)	90
Australia (95)	88
Grecia (54)	88
Nueva Zelandia (90)	88
Irlanda (65)	86
Alemania (80)	85
Japón (90)	71

Los datos que aparecen en esta página fueron calculados después de un análisis exhaustivo de las tasas de inmunización de los últimos 20 años, realizado por la OMS y el UNICEF en consultas con los gobiernos nacionales. Se trata de los cálculos más precisos de las tasas de cobertura entre 1980 y 1999.

** Datos de 1992.
*** Datos de 1993.
**** Datos de 1994.

Meta

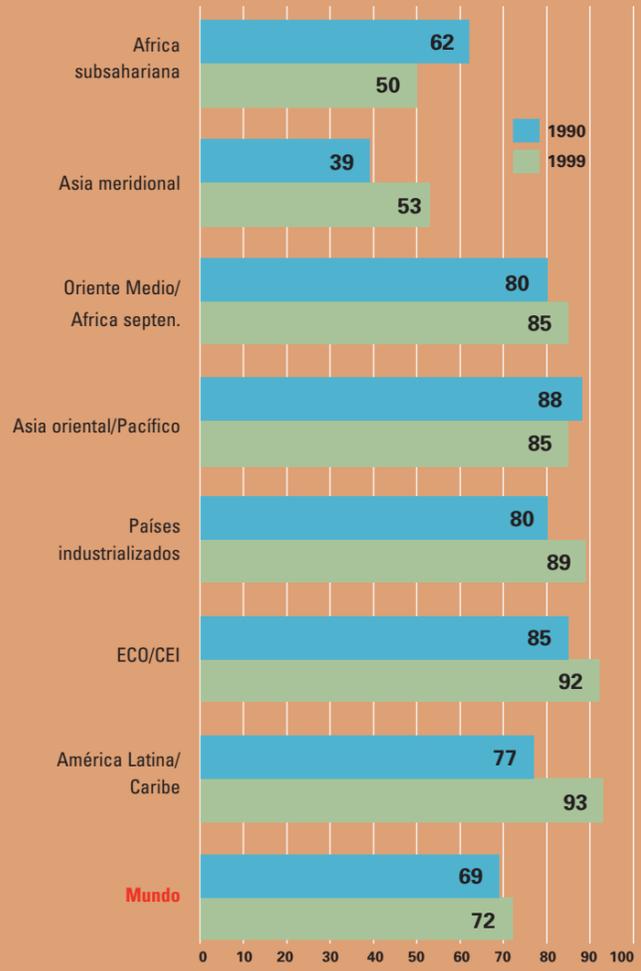
La reducción en un 95% de las muertes causadas por el sarampión y en un 90% del número de casos de sarampión con relación a los niveles de 1995, como paso previo a la eliminación mundial del sarampión a largo plazo

» Sarampión



La inmunización mejoró en todas las regiones menos dos

Porcentaje en la cobertura del sarampión por región, 1990 y 1999



Fuente: OMS/UNICEF, 2001.

Resultados

Entre 1990 y 1999, los casos anuales registrados de sarampión disminuyeron en casi un 40%. En el ámbito mundial, la cobertura con una dosis de la vacuna contra el sarampión se mantuvo estable en un 70% durante todo el decenio.

... pero

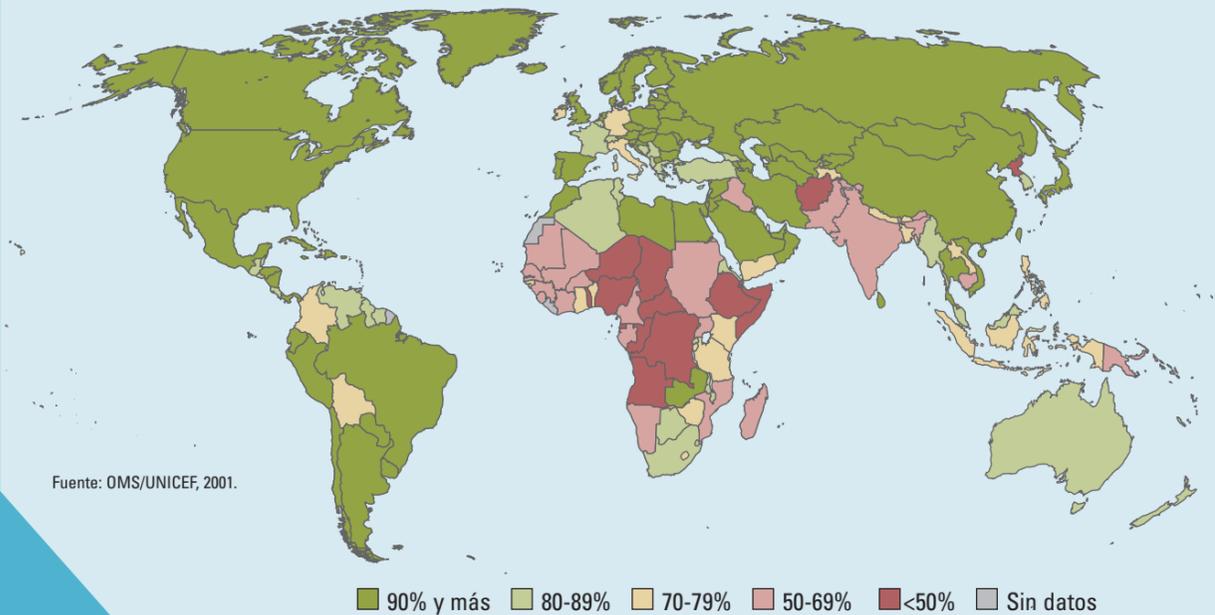
El sarampión continúa siendo una de las enfermedades que causan más muertes infantiles en los países en desarrollo, sobre todo en África subsahariana y Asia meridional, principalmente debido a que no se suministra por lo menos una dosis de la vacuna contra la enfermedad. En 1999, la cobertura de vacunación era inferior al 50% en 14 países. Es necesario realizar mayores esfuerzos para conquistar la nueva meta de reducir a la mitad el número de muertes causadas por el sarampión para 2005.

Problema

El sarampión es una enfermedad mortal que puede evitarse mediante la vacunación. Ataca principalmente a los niños menores de 5 años. Cuando la enfermedad no es fatal, puede causar ceguera, desnutrición, sordera o neumonía. Debido a que el sarampión es altamente contagioso, es necesario mantener los niveles de cobertura de vacunación en un 90%, por lo menos.

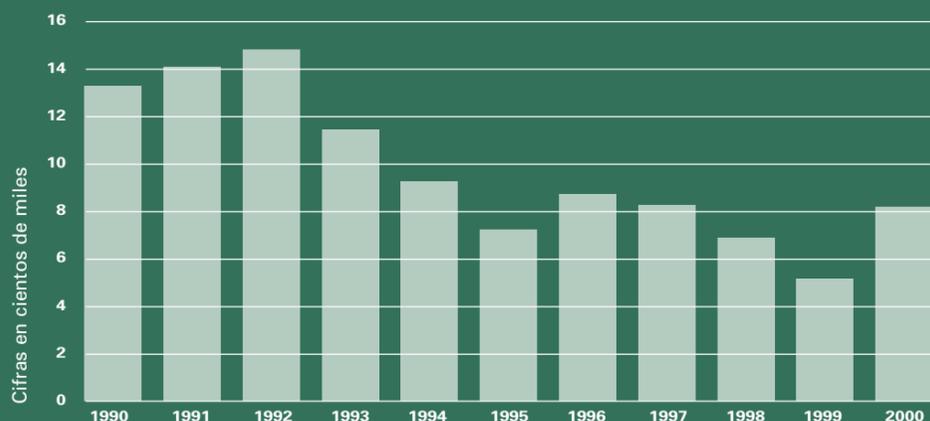
Cobertura de inmunización del sarampión, 1999

Porcentaje de niños inmunizados contra el sarampión



Descenso de las cifras

Los casos de sarampión registrados en el mundo* descendieron en casi un 40%, 1990-2000

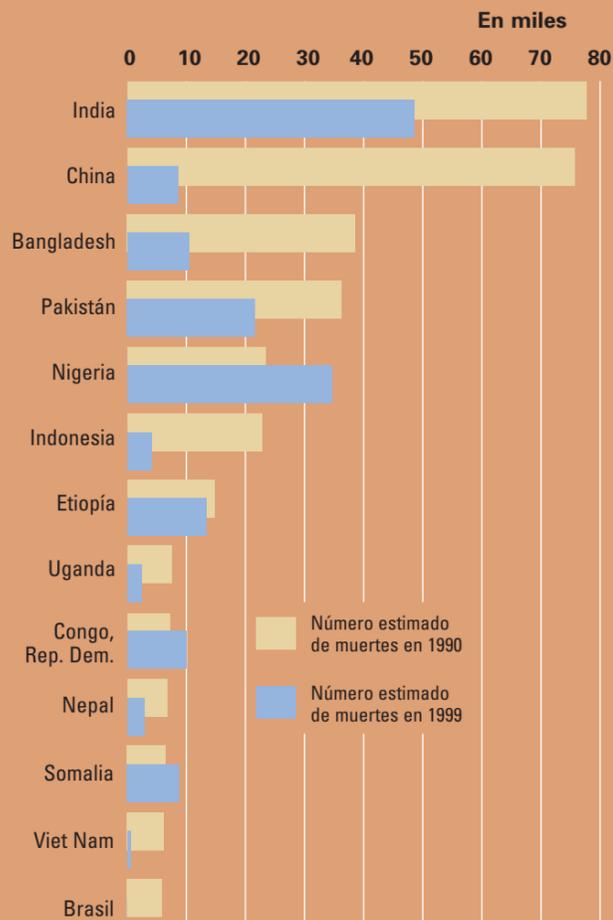


*Los casos registrados oficialmente no representan la cifra verdadera de nuevos casos anuales. Sin embargo, la reducción en el número de casos registrados indica que el número real de casos de sarampión descendió. Un mejor método en el registro de casos y de brotes de sarampión es responsable del aumento en 2000.

Fuente: OMS, 2001.

Reducciones notables en países con mortalidad elevada

Cambios en países con el mayor número de muertes a causa del tétanos neonatal en 1990



Fuente: OMS, 2000.

Meta

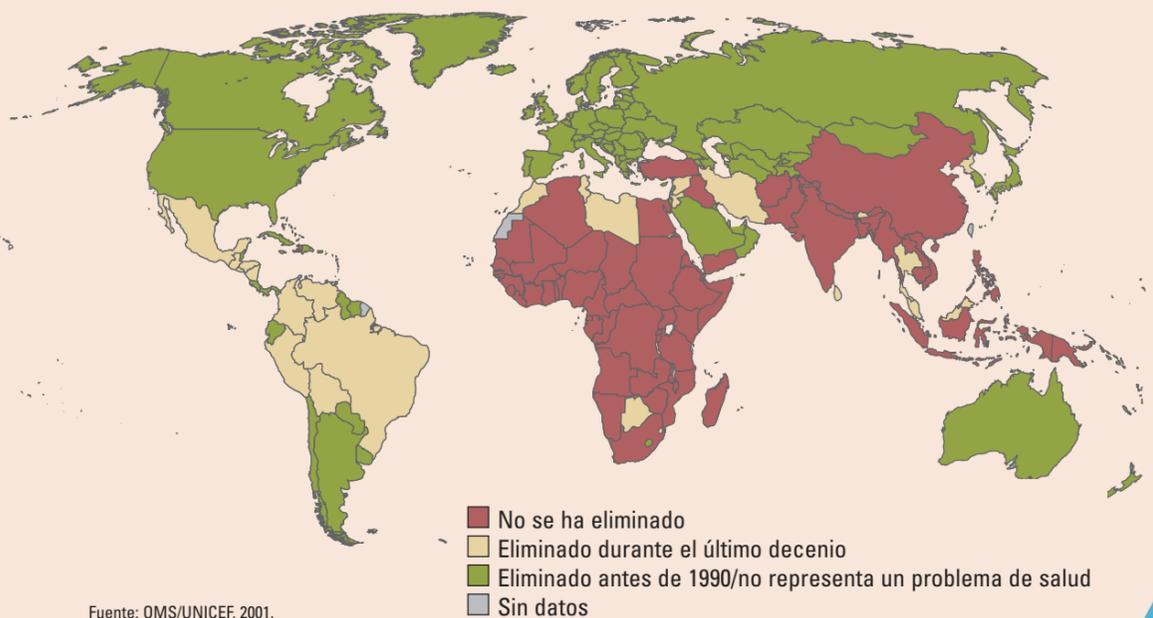
La eliminación del tétanos neonatal* para 1995

» Tétanos neonatal



Progresos en la eliminación del tétanos neonatal, 1990-2000

Se han evitado más de un millón de muertes infantiles



Fuente: OMS/UNICEF, 2001.

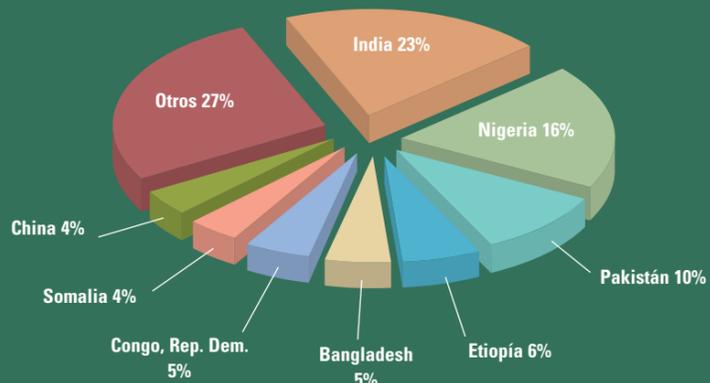
Resultados

Para 2000, 104 de 161 países en desarrollo habían logrado eliminar el tétanos neonatal. Otros 22 estaban muy cerca de esa meta. Durante el decenio de 1990, las muertes causadas por el tétanos neonatal disminuyeron de 470.000 a 215.000 debido al aumento de la protección del toxoide tetánico y a las prácticas más higiénicas en los alumbramientos.

... pero

El tétanos materno y neonatal aún representa un grave problema sanitario en 57 países en desarrollo. Mediante la inmunización con tres dosis de la vacuna del toxoide tetánico de las mujeres en edad de procrear que habitan en las regiones de alto riesgo se inmuniza a las mujeres y a sus lactantes. Esa es la clave para eliminar el tétanos materno y neonatal para 2005.

El 73% de las muertes por tétanos neonatal estimadas en el mundo en desarrollo se producen en 8 países



Fuente: OMS, 2000.

Problema

El tétanos neonatal es una enfermedad prevenible, y con frecuencia mortal, resultado de prácticas antihigiénicas durante el alumbramiento, que exponen el cordón umbilical a las bacterias del tétanos. La enfermedad es más frecuente en los países donde el acceso a los servicios básicos de salud es deficiente debido a la pobreza y a las limitaciones culturales y geográficas.

*La reducción de los casos de tétanos neonatal a menos de uno por 1.000 nacidos vivos en todas las provincias de todos los países.

Meta

Reducción del 50% de las muertes como consecuencia de la diarrea en los niños menores de cinco años y del 25% en la tasa de incidencia de la diarrea

» Enfermedades diarreicas



Resultados

Al comienzo del decenio, la diarrea era la enfermedad que causaba más muertes de menores de cinco años. En 2000, se alcanzó la meta al descender la mortalidad debida a la diarrea en un 50%. Se calcula que cada año se han evitado un millón de muertes infantiles. Es preciso atribuir este éxito a la promoción y el uso de la terapia de rehidratación oral.

... pero

A pesar del descenso en la mortalidad derivada de la diarrea, ésta sigue costando demasiadas vidas. Un mantenimiento de la reducción depende de los conocimientos y el comportamiento de las familias para practicar un tratamiento de la diarrea efectivo en el hogar y el uso de los servicios de salud apropiados cuando los menores necesitan un cuidado adicional. El aumento en el acceso al agua pura y una mejora en el saneamiento contribuirán también a reducir las enfermedades diarreicas.

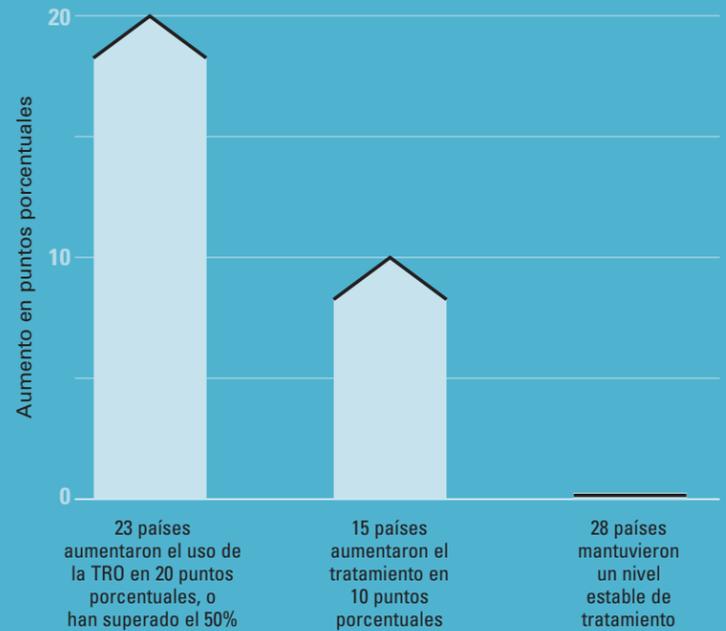
Problema

La mayor parte de las enfermedades relacionadas con la diarrea se deben a la deshidratación, es decir, la pérdida corporal de grandes cantidades de agua y de sal. Es posible evitar muchas muertes con el uso de la terapia de rehidratación oral.

PROGRESOS MUNDIALES

El uso de la TRO aumentó o se mantuvo en muchos países, 1990-2000

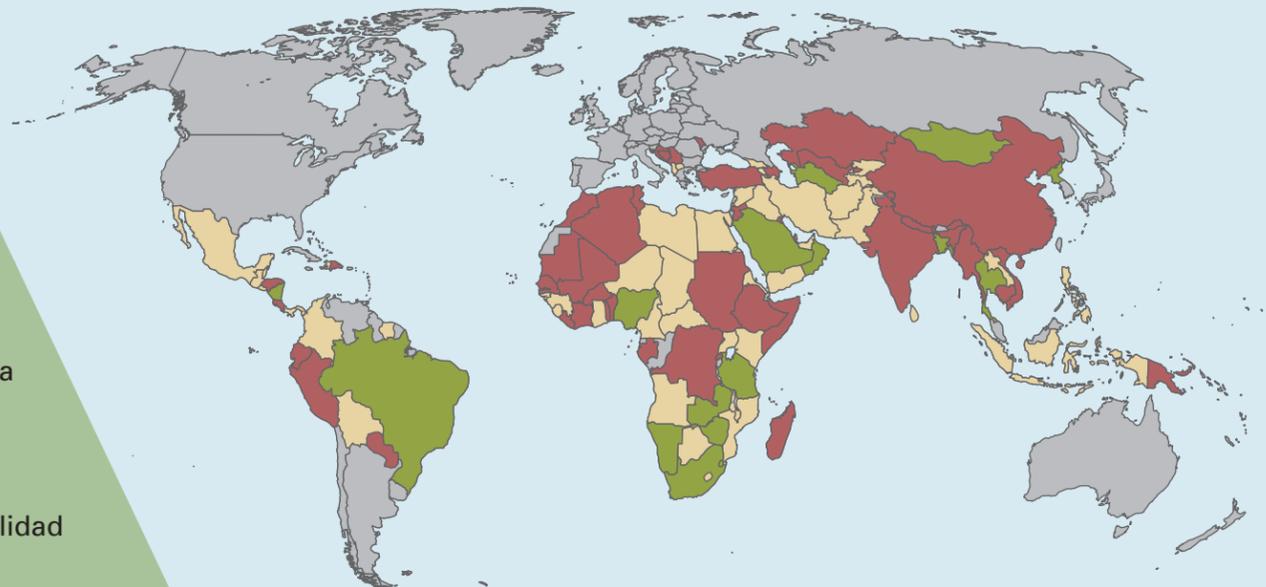
Fuente: UNICEF, 2001.



Amplio tratamiento de la diarrea

Porcentaje de niños con diarrea que recibieron TRO*, 1990-2000**

Fuente: UNICEF, 2001.



Uso de la TRO: AF/AC, TRO sólo, ORS o ASA

■ 50%+ ■ 33-49% ■ 0-32% ■ Sin datos

*El uso de la TRO en cada país se mide según sea el mayor porcentaje de los tres indicadores de la TRO: AF/AC, TRO sólo, y TRO o ASA.

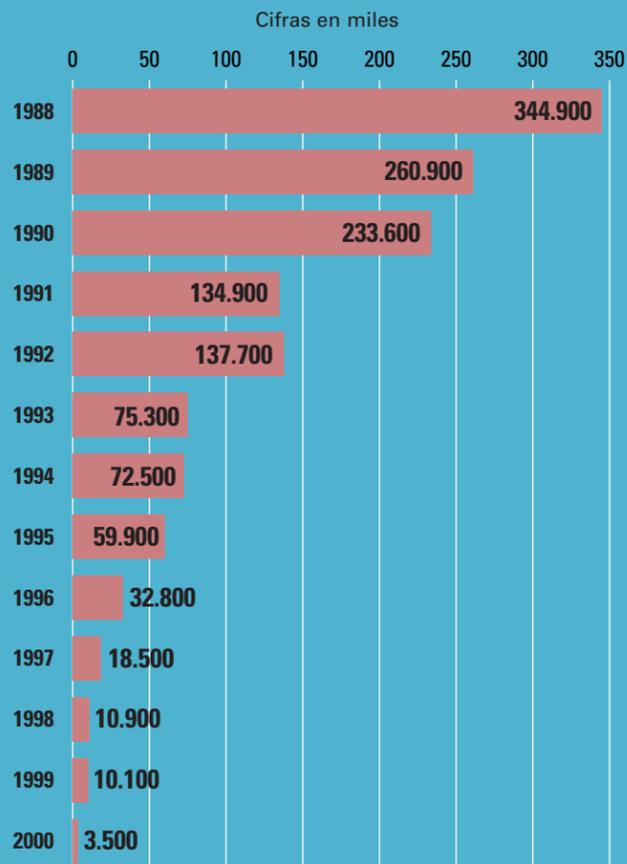
**Se refiere a los niños que recibieron la TRO en las dos semanas antes de la encuesta.

La terapia de rehidratación oral: una nueva definición

La terapia de rehidratación oral (TRO) es la base fundamental de los programas para la lucha contra las enfermedades diarreicas. Sin embargo, las recomendaciones sobre el uso de la TRO han cambiado en los últimos tiempos sobre la base de los avances científicos en la lucha contra la diarrea en el hogar y otras consideraciones relativas a facilitar el tratamiento. Los países han adoptado y promovido varias definiciones de la TRO en épocas diferentes. Mientras que la recomendación de la OMS/UNICEF es "aumento en los fluidos y alimentación continuada" (AF/AC), varios países donde hay tasas elevadas de uso de la TRO siguen utilizando definiciones previas, que incluyen las sales de rehidratación oral (SRO) y las soluciones realizadas en el hogar con azúcar/sal/agua (ASA). Hasta que todos los países hayan adoptado completamente el régimen que se recomienda en la actualidad, será difícil comparar las tasas de utilización de una manera precisa.

Los casos de poliomielitis descendieron en un 99% desde 1988 a 2000

Casos estimados de poliomielitis



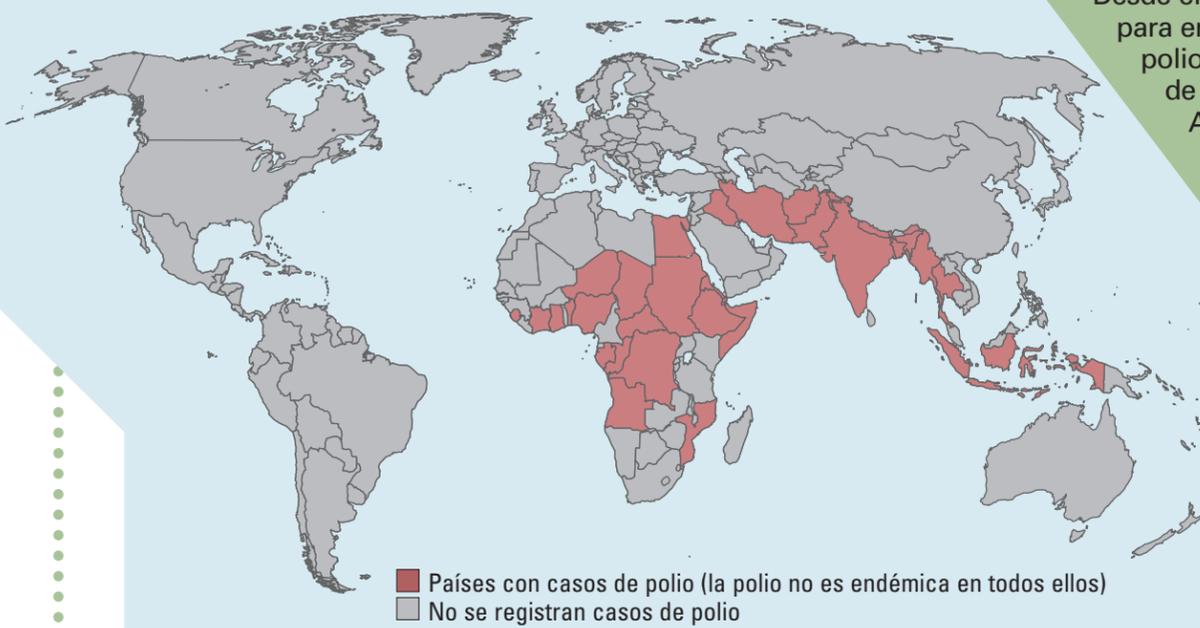
Meta

La eliminación mundial de la poliomielitis para el año 2000

» Erradicación de la poliomielitis



La poliomielitis a punto de desaparecer, 2000



Resultados

Desde el comienzo en 1988 de la iniciativa para erradicar la enfermedad, los casos de poliomielitis han descendido en un 99%, de 350.000 a menos de 3.500 en 2000.

Amplias zonas del mundo, entre ellas América del Norte y del Sur, Europa, la Comunidad de Estados Independientes, Asia meridional y oriental, China y el norte y el sur de África se han liberado de la poliomielitis. Las tasas de inmunización contra la enfermedad continúan siendo elevadas, y más de 550 millones de niños fueron vacunados en 1999 durante los Días Nacionales de Inmunización. La vigilancia de la poliomielitis también ha mejorado de manera significativa.

... pero

La poliomielitis aún tiene carácter endémico en 20 países, en su mayoría muy pobres, densamente poblados y/o devastados por las guerras civiles, lo que dificulta la inmunización de los niños que viven en zonas distantes o recónditas.

La vigilancia ha mejorado en los 10 países de alta prioridad, 1999 y 2000

Región	País	Número de casos de polio registrados		Se ha detectado PFA* (no polio) (por 100.000 menores de 15) Meta: al menos 1 caso
		1999	2000	
Asia merid.	India	2.817	265	2,0
	Pakistán	558	199	1,5
	Bangladesh	393	198	1,9
	Afganistán	150	120	1,1
Africa	Nigeria	981	637	0,7
	Congo, Rep. Dem.	45	513	2,3
	Etiopía	131	144	0,7
	Angola	1.103	119	1,6
	Somalia	19	96	2,2
	Sudán	60	79	1,4

*La detección de la parálisis flácida aguda no poliomiélica (PFA) es un indicador de la precisión del sistema de vigilancia de la poliomielitis. Dada la frecuencia de la PFA no poliomiélica en una población, un sistema eficaz de vigilancia debe diagnosticar al menos un caso por cada 100.000 en una población de menos de 15 años. El aumento del número de casos de polio registrados en algunos países se atribuye sobre todo a la calidad cada vez mayor del sistema de vigilancia y no refleja un aumento en el número de casos de poliomielitis.

Problema

La poliomielitis es una enfermedad altamente contagiosa que ha causado parálisis a millones de niños. El virus de la poliomielitis se propaga veloz y silenciosamente, y solamente se adquiere conciencia sobre los brotes de la enfermedad después que se han registrado los primeros casos de parálisis. Aunque la poliomielitis no se puede curar, se trata de una enfermedad que se puede prevenir mediante la inmunización.

La eliminación de la poliomielitis exige la interrupción de la incidencia (el número de nuevos casos) de la enfermedad y la erradicación del virus de la poliomielitis, que causa la enfermedad. El mundo quedará libre de la polio cuando no se hayan registrado casos con el virus silvestre de la poliomielitis durante tres años.

» VIH/SIDA



Trágicas cifras

- 36,1 millones infectados
- 22 millones muertos
- 10,4 millones huérfanos
- 5,3 millones recién infectados en 2000
- 50% de nuevas infecciones entre jóvenes de 15 a 24 años

Un desafío sin parangón

El VIH/SIDA se ha convertido en la crisis de salud y de desarrollo más importante del pasado decenio. África subsahariana está devastada, ya que en su suelo vive el 70% de las personas infectadas en el mundo y alrededor del 90% de los niños huérfanos a causa del SIDA. La enfermedad se propaga rápidamente en partes de Asia, Europa oriental y el Caribe, y deja a su paso un rastro de muerte, miseria y desolación.

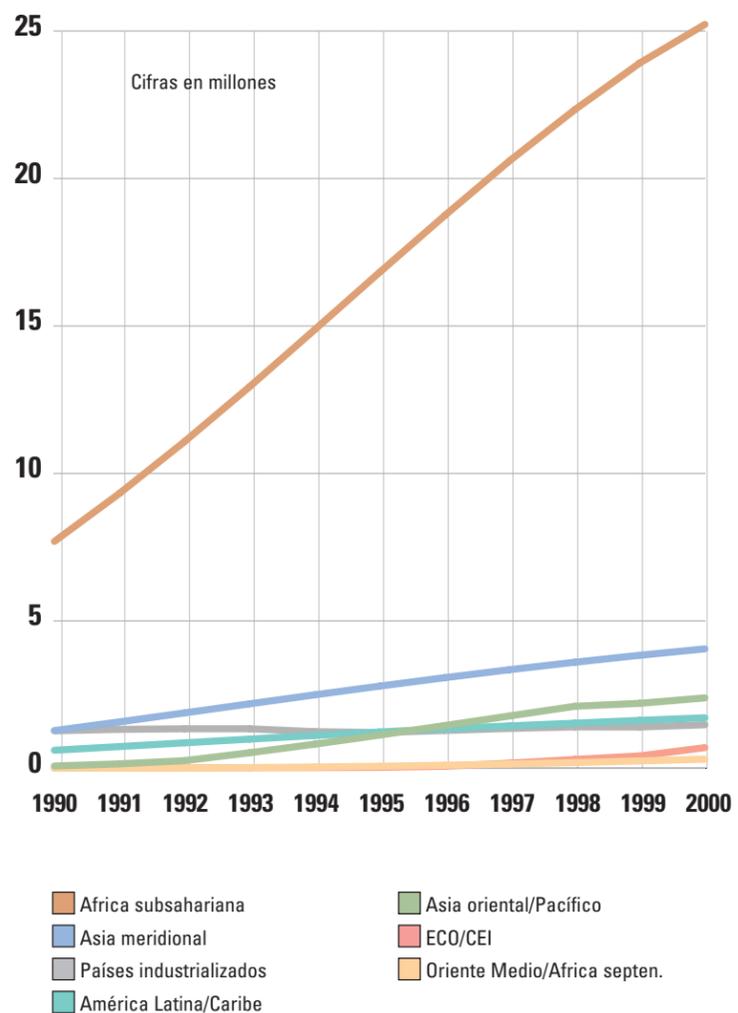
Para 2000, se calcula que 36,1 millones de personas estaban infectados en todo el mundo, un 50% más que las proyecciones más pesimistas realizadas hace diez años. Alrededor de 16,4 millones de las personas infectadas son mujeres y 1,4 millones son niños menores de 15 años.

Se calcula que tasa de mortalidad de menores de cinco años en las zonas más afectadas aumente en más de un 100% para 2010. De las más de 5 millones de nuevas infecciones que se produjeron en 2000, un 50% ocurrieron entre jóvenes con edades de 15 a 24 años, y las adolescentes y las jóvenes son especialmente vulnerables.

La ignorancia acerca de la epidemia sigue siendo muy amplia entre los jóvenes, muchos de los cuales no saben cómo protegerse.

El peso de la enfermedad

Número de personas que viven con VIH/SIDA



1.8 millones de mujeres embarazadas infectadas, 1.5 millones en África subsahariana



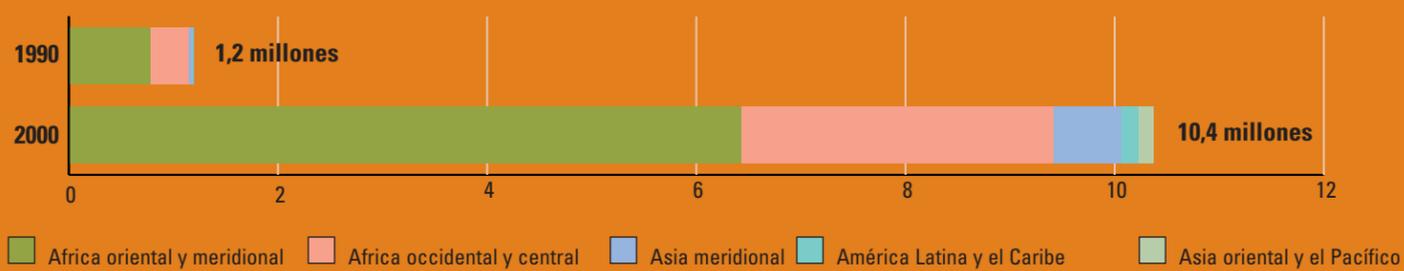
NIÑOS HUÉRFANOS A CAUSA DEL SIDA

Los huérfanos del SIDA representan la mayoría de los millones de niños menores de 15 años cuyas madres o los dos progenitores han muerto. Actualmente, hay unos 10,4 millones niños que han quedado huérfanos debido al SIDA, y se calcula que esa cifra se habrá duplicado para 2010.

Las consecuencias humanas y sociales de esta tragedia son abrumadoras. Los huérfanos tienen frente a sí un futuro incierto en el que se les negarán oportunidades de asistir a la escuela, de recibir atención de la salud, nutrición y cobijo, y de crecer y desarrollarse.

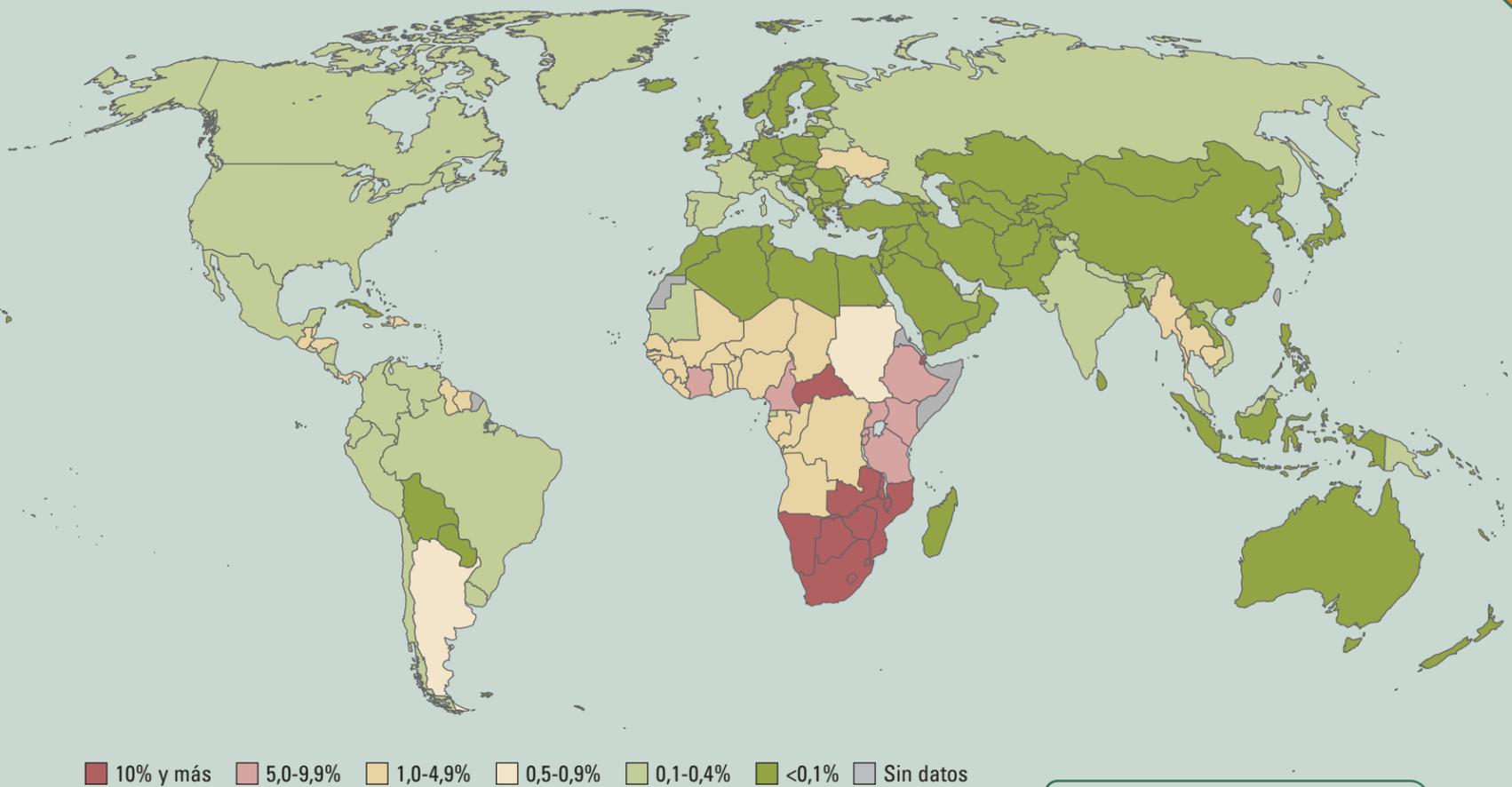
Para hacer frente a este enorme desafío que amenaza a las familias, las comunidades y los gobiernos; y para garantizar la vigencia plena y en un plano de igualdad de los derechos de los huérfanos es necesario contar con estrategias en gran escala y a largo plazo y asignar mayores recursos a quienes atienden a los huérfanos.

Millones de niños menores de 15 perdieron a su madre o a ambos progenitores debido al SIDA, 1990-2000



INCIDENCIA ENTRE JOVENES DE 15 A 24 AÑOS

Porcentaje de jóvenes con VIH/SIDA



10,3 millones de jóvenes VIH+
6,4 millones de mujeres jóvenes
3,9 de hombres jóvenes

Declaración de Compromiso con el VIH/SIDA de la Sesión Especial sobre el VIH-SIDA de las Naciones Unidas, en junio de 2001.

Para 2005:

- Reducir la prevalencia del VIH entre los jóvenes de 15 a 24 años en un 25% en los países más afectados;
- Asegurar que por lo menos un 90% de los jóvenes de 15 a 24 años tengan acceso a información, educación y servicios necesarios para adquirir las aptitudes necesarias para reducir su vulnerabilidad al VIH;
- Reducir en un 20% la proporción de lactantes infectados con el VIH mediante una mejora de los servicios de información, asesoría, pruebas médicas y tratamiento disponibles a las mujeres embarazadas a fin de reducir la transmisión del VIH de madre a hijo;
- Poner en práctica políticas y estrategias nacionales dirigidas a satisfacer las necesidades especiales de los niños que han quedado huérfanos o que están afectados por el VIH/SIDA y garantizar la educación y la atención de la salud de los huérfanos y otros niños vulnerables en un plano de igualdad con los demás niños.

Fuente de todos los gráficos y mapas: ONUSIDA/UNICEF, 2001.

» Niños que trabajan



Proteger a los niños contra el trabajo peligroso

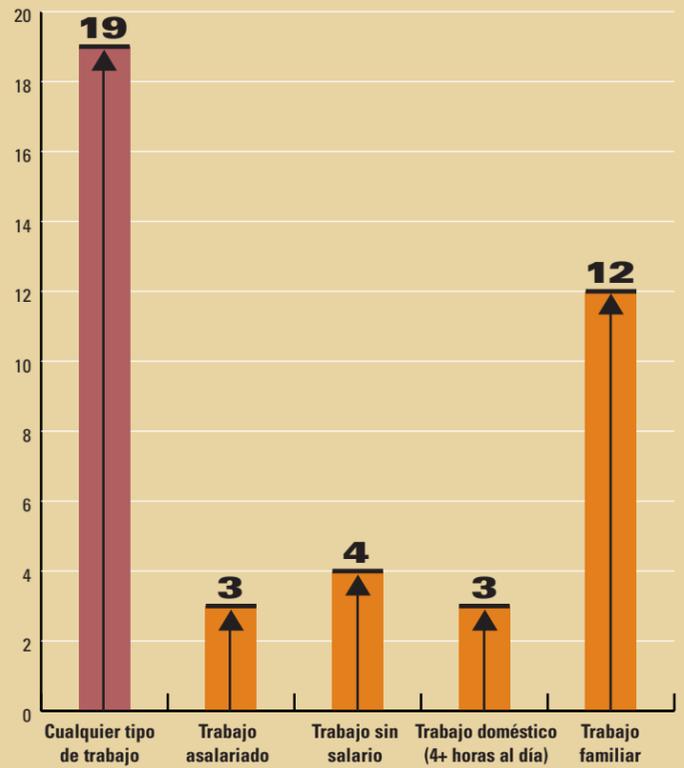
Millones de niños trabajan para ayudar a sus familias de una manera que no resulta ni dañina ni explotadora. Pero para muchos millones más, el trabajo elimina la alegría de su infancia y destruye el derecho a un desarrollo físico y mental normal.

Las encuestas múltiples a base de indicadores de fin de decenio permitieron que 49 países informaran por primera vez sobre los niños que trabajan. Los expertos analizan y estudian todavía estos datos. Los análisis preliminares indican que en más de 30 países (un 35% del mundo en desarrollo) trabaja un 19% de los niños de 5 a 14 años. Alrededor de un 21% de los niños de este grupo de edad vive en las zonas rurales, comparado con un 13% de los que viven en las zonas urbanas. Dos terceras partes de quienes trabajan lo hacen en una granja o un negocio familiar.

Todavía es preciso esperar para obtener un análisis más minucioso sobre las repercusiones del trabajo en el derecho del menor a la educación. (Véase también las páginas 10 y 11.)

Dos terceras partes trabajan con la familia*

Porcentaje de niños de 5 a 14 años que realizaron trabajos pagados o sin salario, que desempeñaron tareas domésticas por cuatro o más horas o que trabajaron para una granja o empresa familiar



*Trabajo para una granja o empresa familiar.

» Registro al nacer

El derecho al nombre y a la nacionalidad

Todos los niños tienen derecho a que los inscriban inmediatamente después de nacer. Se trata del primer paso con miras a garantizar al niño el goce de todos sus derechos, incluido el derecho a la atención sanitaria, a la educación, al apoyo social y a vivir protegido de la explotación. El registro de los nacimientos contribuye también a que el estado planifique sus programas teniendo en cuenta a sus ciudadanos.

Aún así, para el año 2000 no se había registrado el nacimiento de más de dos quintas partes de los 132 millones de bebés que nacen cada año.

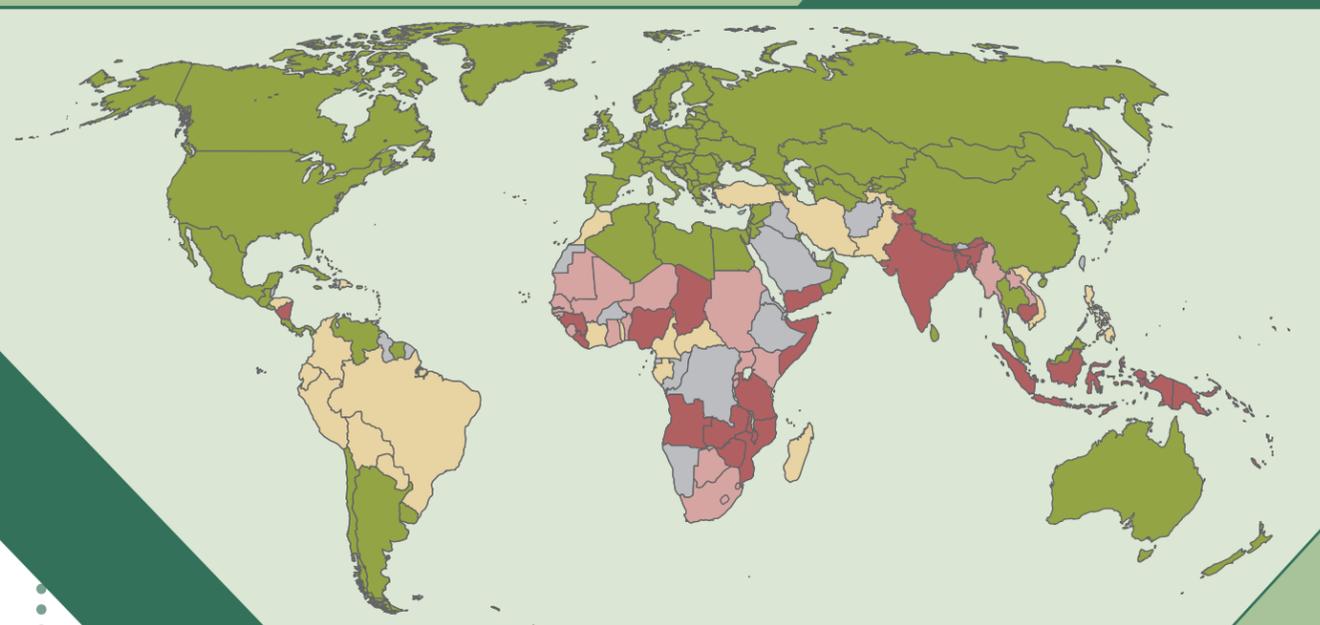
Las encuestas por hogares que se realizaron durante los dos últimos años permitieron que la cuarta parte de los países en desarrollo mejorara sus datos sobre el registro de los nacimientos.

Es menester que se reduzca la disparidad notable entre la inscripción de nacimientos en zonas rurales y zonas urbanas con miras a garantizar igual respeto por los derechos de los ciudadanos. Entre los países menos adelantados, Guinea-Bissau representa un ejemplo en esta esfera, ya que ha logrado superar el desequilibrio por medio de un aumento en los registros de las zonas rurales.



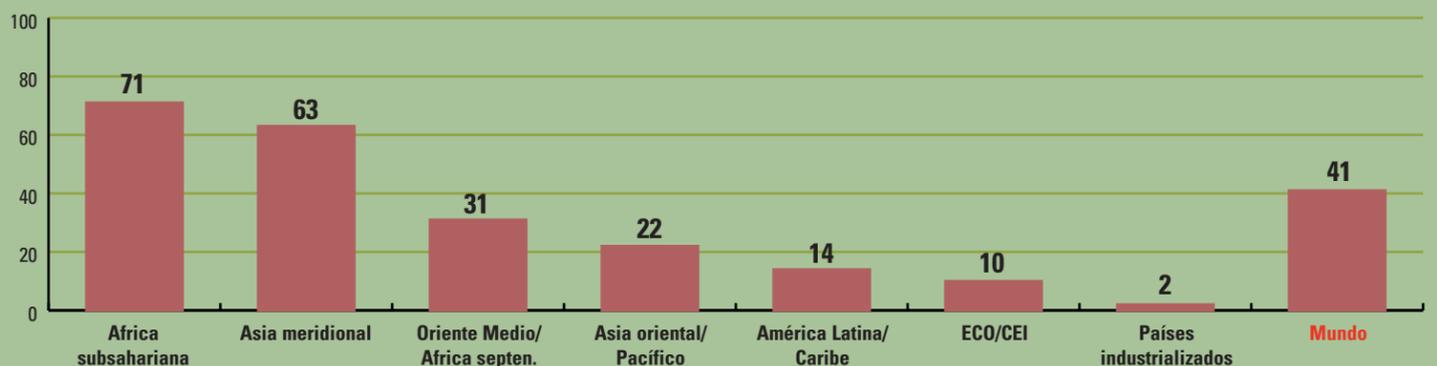
Porcentaje de nacimientos registrados, cálculos de 2000

- 90% o más registrados
- 70 - 89% registrados
- 40 - 69% registrados
- 39% o menos registrados
- S/D o no hay un sistema de registro



Más de 50 millones de nacimientos no se registran

Porcentaje anual de nacimientos que no se registran por región, 2000



Fuente de los gráficos y el mapa: UNICEF, 2001.



Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI)

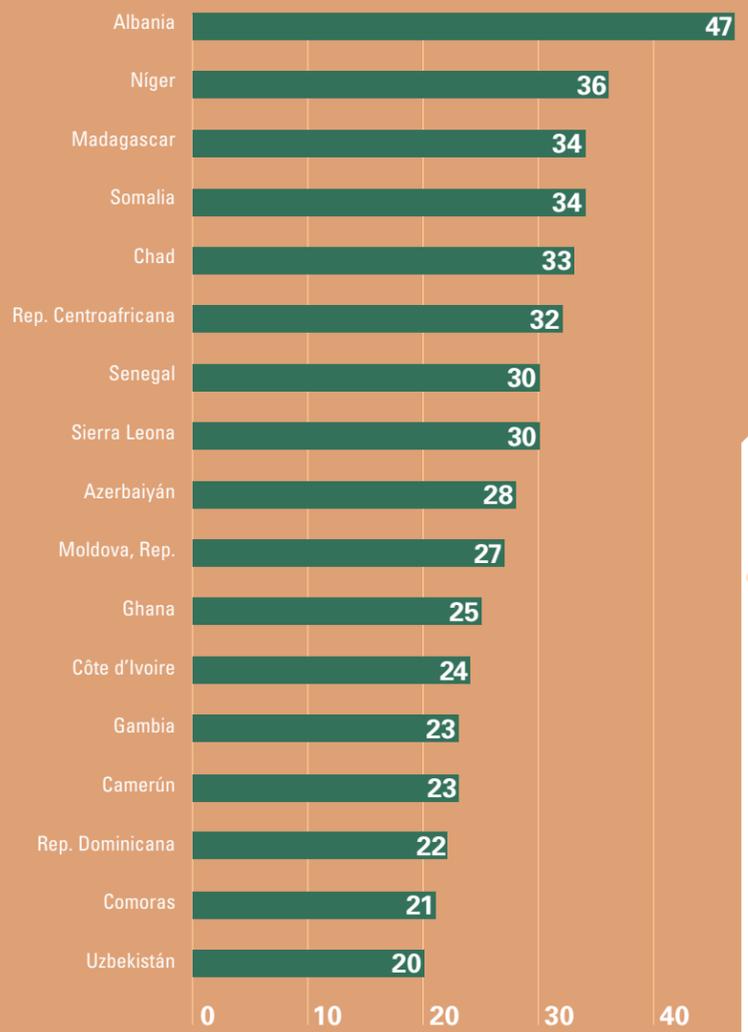
Más de 10 millones de niños menores de 5 años mueren cada año a causa de enfermedades que es sencillo prevenir y enfermedades que se pueden tratar como la deshidratación provocada por la diarrea, las infecciones agudas de las vías respiratorias, el sarampión y el paludismo. En la mitad de los casos, la enfermedad se ve complicada por un cuadro de malnutrición.

En 1992, el UNICEF y la OMS propusieron la iniciativa de la Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) con miras a evitar las principales enfermedades que provocan la muerte de los niños o a fin de detectarlas y tratarlas lo antes posible.

Los responsables de la iniciativa, conscientes de que, en la mayoría de los casos, la enfermedad del niño no se debe a una causa única, adoptaron un enfoque amplio e intersectorial. La AIEPI concede especial importancia a dar medios a la familia y a la comunidad para mejorar las prácticas al uso en el tratamiento de la enfermedad en el hogar así como a mejorar la capacidad de atención de los casos de trabajadores sanitarios que prestan servicios en el sistema de salud más amplio. La AIEPI recomienda igualmente “la ingestión de mayor cantidad de líquidos y el mantenimiento de la alimentación sólida” para el tratamiento en el hogar de las enfermedades prevalentes de la infancia y utiliza este principio como un indicador aproximado de la eficacia de los programas.

NIÑOS QUE RECIBEN ATENCION EN CASA

Países en los que un 20% o más de menores de 5 años con alguna enfermedad en las dos semanas anteriores a la encuesta recibieron un aumento en los fluidos y alimentación continuada en el hogar



Fuente: UNICEF, 2001.

» Paludismo

El paludismo

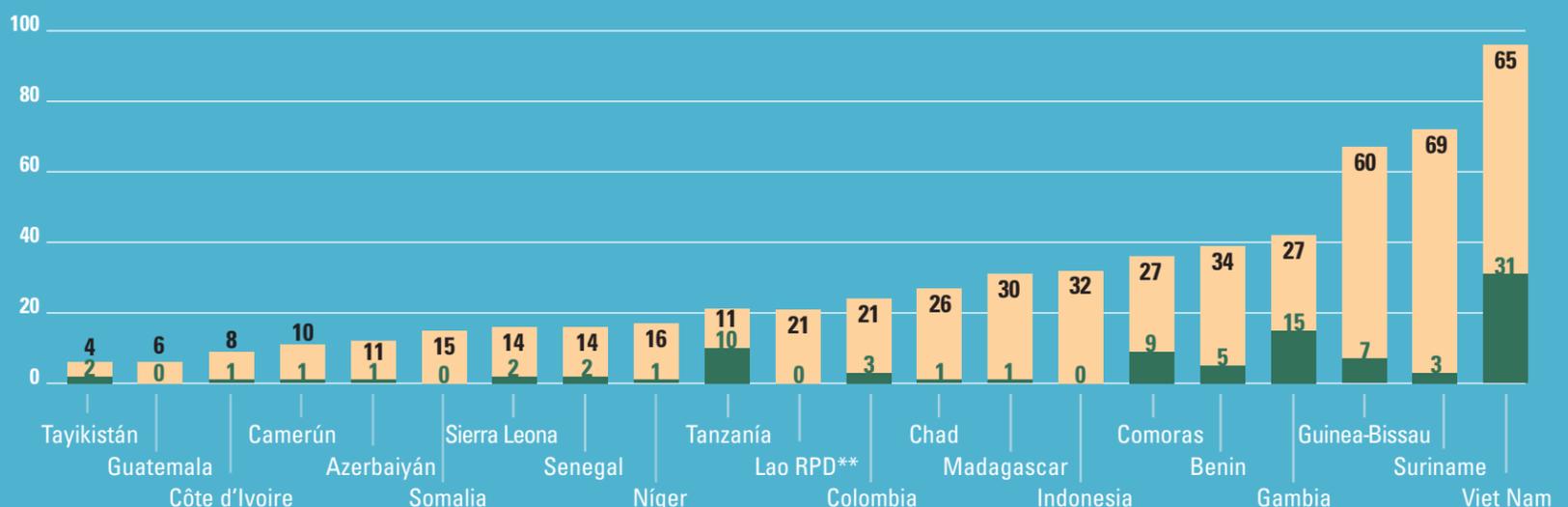
Se calcula que cada año entre 300 y 500 millones de casos de paludismo provocan un número elevado e inaceptable de muertes, especialmente de niños. El paludismo provoca también anemia aguda y morbilidad materna y contribuye al bajo peso al nacer, uno de los principales factores de riesgo en la mortalidad infantil. Pese al número de víctimas del paludismo, es posible hacer frente a esta enfermedad.

En el marco de una iniciativa de salud integrada de cuya gestión se encargan las familias y las comunidades y cuyas raíces se remontan a la AIEPI, más niños menores de cinco años enfermos de paludismo podrían recibir tratamiento idóneo en establecimientos de salud. Es menester que las familias y las comunidades cobren cada vez mayor conciencia de la importancia de que las mujeres embarazadas y todos los niños menores de cinco años duerman bajo mosquiteros impregnados con insecticida. Tal medida podría salvar cada año, en África, por ejemplo, las vidas de más de 400.000 niños.



Datos sin precedentes en el uso de mosquiteros*

Porcentaje de niños que durmieron bajo mosquiteros **impregnados** o **no**



* Para la vigilancia del paludismo, datos de MICS.
** Sin datos sobre el uso de mosquiteros impregnados.
Fuente: UNICEF, 2001.

Un esfuerzo histórico de recolección de datos

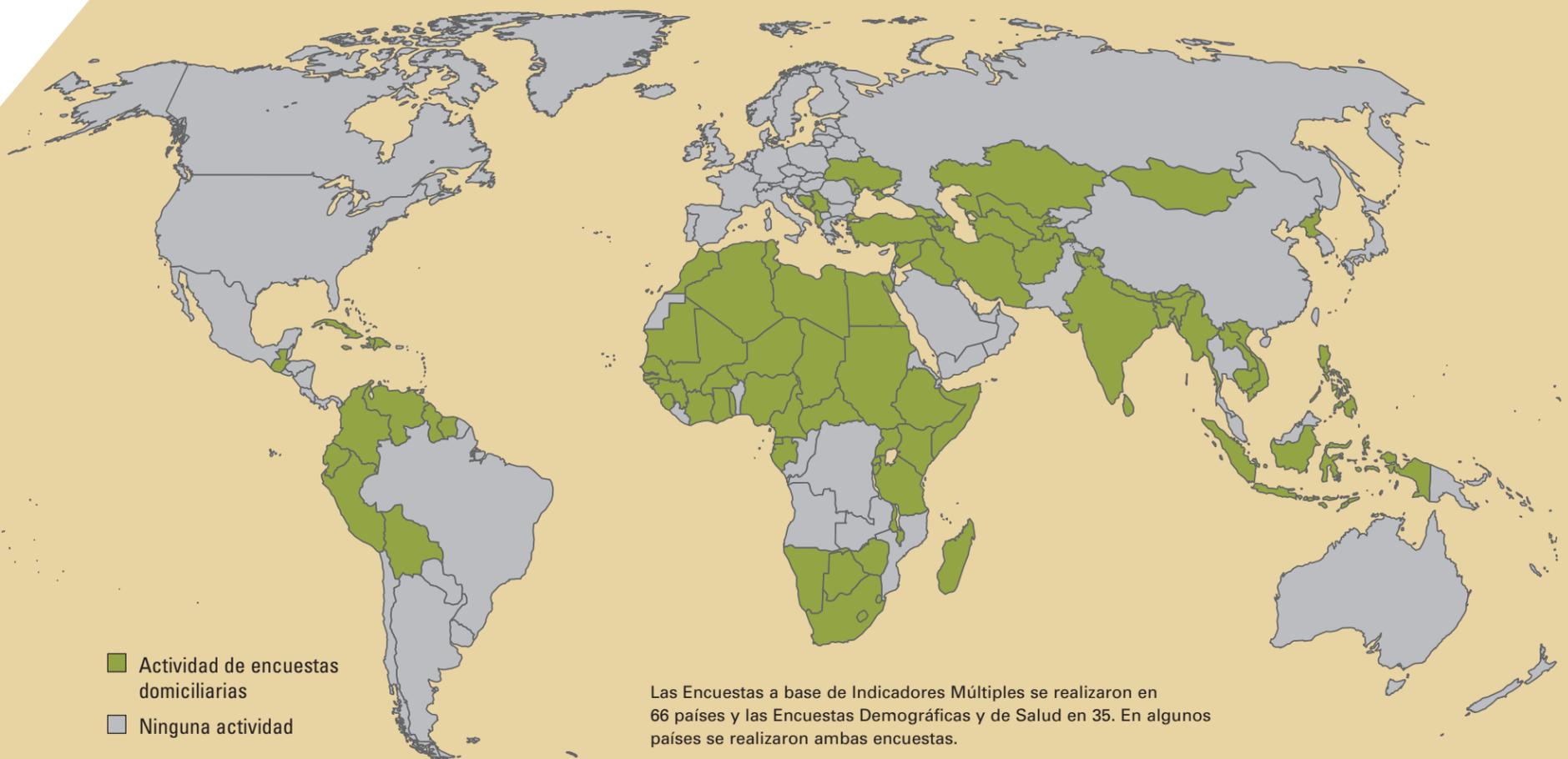
Las labores de vigilancia de las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia han dado lugar al mayor esfuerzo de la historia en materia de recolección de datos para la vigilancia de los derechos y el bienestar de los niños.

El componente fundamental de ese esfuerzo fue la creación en 1997 por parte del UNICEF y otros aliados de las Encuestas a base de Indicadores Múltiples, que tienen un formato simple y práctico. Las Encuestas fueron diseñadas con el propósito de obtener datos sobre el cumplimiento de las metas de fines de decenio. Por medio de las encuestas se recopilaron datos no sólo sobre la nutrición, la salud y la educación, sino también sobre la inscripción de los nacimientos, el entorno familiar, el trabajo infantil y los conocimientos sobre el VIH-SIDA.

Las Encuestas de fines de decenio se llevaron a cabo en 66 países, realizadas principalmente por los ministerios de los gobiernos nacionales con apoyo de diversos aliados. Las Encuestas Demográficas y de Salud también ofrecieron datos importantes en 35 países, y de este modo se llenaron las lagunas en los datos sobre la infancia que persistían en los países en desarrollo, como puede observarse en el mapa. Las encuestas se completaron con datos de los sistemas existentes, como los que habían recogido los sistemas de la educación y la salud.

Encuestas domiciliarias de fines del decenio

Países en desarrollo* 1998-2000



* Incluye Albania y Yugoslavia

Fuente: UNICEF, 2001.

Los mapas que aparecen en esta publicación no reflejan ninguna toma de posición por parte del UNICEF con relación a la situación jurídica de ningún país o territorio ni el reconocimiento de ninguna frontera.

Preparado por el UNICEF para la Sesión Especial en favor de la Infancia de las Naciones Unidas
Septiembre de 2001

unicef 
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Fotos

	Página		Página
UNICEF/93-0175/Lemoyne	1	UNICEF/98-0992/Pirozzi	19
UNICEF/99-0884/Lemoyne	2	UNICEF/93-0268/Lemoyne	20
UNICEF/95-0740/Balaguer	4	UNICEF/97-0658/Lemoyne	21
UNICEF/00-0048/Holmes	6	UNICEF/97-0766/Lemoyne	22
UNICEF/98-0928/Pirozzi	8	UNICEF/00-0271/Pirozzi	24
UNICEF/92-0103/Pirozzi	9	UNICEF/99-0633/Pirozzi	25
UNICEF/95-0809/Lemoyne	10	UNICEF/97-0331/Noorani	26
UNICEF/96-1360/Pirozzi	12	UNICEF/92-0439/Toutounji	27
UNICEF/98-1137/Pirozzi	13	UNICEF/00-0006/Pirozzi	28
UNICEF/92-1655/Lemoyne	14	UNICEF/00-0367/Balaguer	30
UNICEF/95-0971/Noorani	16	UNICEF/93-0407/Lemoyne	30
UNICEF/99-0132/Pirozzi	17	UNICEF/96-1081/Toutounji	31
UNICEF/98-0920/Pirozzi	18	UNICEF/99-0454/Pirozzi	31