

PAHO
COLL
HQ
767.82
M425
1994
Es

CUMBRE MUNDIAL EN FAVOR DE LA INFANCIA
COMITE COORDINADOR INTERAGENCIAL PARA LAS AMERICAS

PAHO coll
HQ 767.82
M425
1994
Es

LA SALUD MATERNOINFANTIL

METAS PARA 1995
E INDICADORES PARA
EL SEGUIMIENTO

INDEXED



ORGANIZACION PANAMERICANA
DE LA SALUD/ORGANIZACION
MUNDIAL DE LA SALUD
(OPS/OMS)



FONDO DE LAS
NACIONES UNIDAS
PARA LA INFANCIA
(UNICEF)



FONDO DE POBLACION
DE LAS NACIONES
UNIDAS
(FNUAP)



BANCO MUNDIAL



BANCO
INTERAMERICANO
DE DESARROLLO
(IDB)



AGENCIA PARA EL
DESARROLLO INTER-
NACIONAL DE LOS
ESTADOS UNIDOS DE
AMERICA (USAID)



ORGANIZACION DE LAS
NACIONES UNIDAS PARA
LA AGRICULTURA Y LA
ALIMENTACION
(FAO)

Esta publicación es el resultado de las reuniones del Comité Coordinador Interagencial.
La preparación es responsabilidad del Programa de Salud Materno-infantil y Población de la Organización Panamericana de la Salud;
bajo la supervisión técnica de João Yunes, estuvo a cargo de Nora M. Blaistein, César Chelala, Adrián A. Díaz y José A. Solís, con la colaboración de las agencias.

Diseño: ULTRA Designs

CONTENIDO

El Comité Coordinador Interagencial	4
Condiciones de salud maternoinfantil en América Latina y el Caribe	7
Salud del niño	7
Salud del adolescente	12
Salud de la mujer.....	13
Metas y estrategias a mediano plazo (1995)	16
Indicadores para el seguimiento de las metas de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia	22
Definiciones y comentarios	29
Declaración, Plan de Acción y metas de la Cumbre	
Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño	36
Plan de Acción para la aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el Decenio de 1990	39
Metas para los Niños y el Desarrollo en el Decenio de 1990	47

EL COMITE COORDINADOR INTERAGENCIAL

La Cumbre Mundial en favor de la infancia, realizada en Nueva York el 30 de septiembre de 1990, marcó un hito crucial en los esfuerzos por mejorar la salud y las condiciones de vida de los niños del mundo. En la reunión, a la que asistieron los dirigentes de más de 150 países, incluidos 71 presidentes y jefes de Estado, se sentaron las bases y se definieron las metas que deberán cumplirse hasta el año 2000 para lograr que los niños tengan un futuro mejor.

En esa oportunidad se consideraron los problemas de todos los niños, en especial de aquellos víctimas de circunstancias adversas tales como la pobreza, el analfabetismo, la falta de hogar, la violencia, el deterioro del medio ambiente, la guerra y la discriminación.

La solución a los problemas de la infancia no se puede lograr sin tener en cuenta sus determinantes; ya no se pueden dar respuestas que dejen de lado el contexto más amplio en que los niños viven. Fue así que en la Cumbre se establecieron metas relativas a la salud, la nutrición y la educación en la infancia, y también metas relacionadas con las mujeres —especialmente las niñas, adolescentes y madres— y con el saneamiento ambiental.

Dentro de ese marco, en el año 1991, representantes de distintos organismos internacionales de actuación en las Américas —la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de América (AID) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID)— formaron el Comité Coordinador Interagencial (CCI) y formalizaron el compromiso de trabajar integradamente en la región y en los países.

Estos organismos —a los que se agregaron luego el Banco Mundial y la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO)— se comprometieron a coordinar sus actividades para evitar la duplicación de esfuerzos y recursos, y potenciar las acciones que cada uno de ellos realiza para la consecución de las metas de la Cumbre.

En función de este compromiso se han hecho esfuerzos sistemáticos para mejorar la eficacia y la eficiencia de la cooperación técnica brindada a los países de la región para la preparación, ejecución y evaluación de los planes de acción de salud materno-infantil.

Entre estos esfuerzos cabe mencionar la realización de tres reuniones anuales de coordinación interagencial, el comunicado conjunto de los organismos a sus oficinas de país instando a la formación —o consolidación— de un comité interagencial de cada país, y el apoyo de todos los organismos para las reuniones regionales de seguimiento de los planes nacionales de acción.

Entre los acuerdos más importantes logrados en estas reuniones figuran la definición de metas intermedias que se deben alcanzar en 1995, adaptadas para la región, y el consenso sobre los indicadores para la vigilancia que utilizarán todos los organismos, los cuales se presentan en este documento.

Las líneas generales de acción del Comité Coordinador Interagencial son:

- Coordinación interagencial.
- Formulación de los planes nacionales de acción de salud materno-infantil.
- Promoción y movilización de recursos.
- Cooperación técnica entre países.

- Financiamiento para lograr las metas de la Cumbre.
- Seguimiento y evaluación de los planes nacionales de acción.

Coordinación interagencial

Se consideran aquí acciones destinadas a consolidar los mecanismos de coordinación interagencial, incluyendo otros organismos de cooperación bi o multilateral así como organizaciones no gubernamentales y del sector privado.

Formulación de los planes nacionales de acción de salud materno infantil

Dentro de las acciones consideradas están la promoción de la formación de comisiones nacionales y grupos de trabajo intersectorial encargados de formular los planes nacionales de salud materno infantil, así como el apoyo técnico a los países en la definición de situaciones básicas para fijar sus propias metas y en la elaboración y ejecución de los planes nacionales de salud.

Promoción y movilización de recursos

Se propone crear conciencia sobre la Declaración Mundial, el Plan de Acción y las metas de la Cumbre. Dentro de cada organismo se promoverá la adopción de resoluciones de apoyo a los gobiernos para la formulación y ejecución de los planes nacionales. Al mismo tiempo, se propone divulgar los esfuerzos ya realizados en favor del logro de las metas, a fin de movilizar a la sociedad civil y a la comunidad organizada para participar activamente en este proceso.

Cooperación técnica entre países

Se destacan la promoción del intercambio de experiencias y el fomento de la cooperación técnica entre los países, dentro del ámbito de las iniciativas subregionales de salud.

Financiamiento

Se incluye el apoyo a los gobiernos en la búsqueda de fuentes de financiamiento externo y en la movilización de recursos nacionales para la ejecución de los planes nacionales. Se considera además la reorientación de la cooperación brindada por los organismos en función de esos planes, incluido el fortalecimiento del sector salud.

Seguimiento y evaluación de los planes nacionales de acción

Para medir el avance hacia el cumplimiento de las metas establecidas, los organismos colaborarán en la identificación y el uso de indicadores básicos y en el diseño de mecanismos para el seguimiento y la evaluación de los planes nacionales.

Este documento es el resultado de la actividad conjunta de los organismos del Comité Coordinador Interagencial, quienes conscientes de la necesidad de aunar criterios de acción, realizaron un intenso trabajo para acordar las metas regionales para 1995, las estrategias básicas recomendadas para su logro y los indicadores sugeridos para la vigilancia de los planes nacionales.

La presentación de esta propuesta se inicia con un breve análisis de las condiciones de salud materno infantil en América Latina y el Caribe, puesto que sobre esa base se realizó la adaptación regional de las metas para 1995 y de los indicadores.

Conviene tener presente que el enfoque regional se inscribe dentro del compromiso firmado por los gobiernos en la Cumbre de 1990. Dado que este compromiso es el que orienta el rumbo de lo que debe realizarse a nivel mundial, regional y nacional, en la última parte del documento se incluyen la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, y el Plan de Acción para la aplicación de la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño en el Decenio de 1990.

CONDICIONES DE SALUD MATERNOINFANTIL EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE

En las últimas décadas, América Latina y el Caribe han experimentado importantes transformaciones sociopolíticas, económicas y demográficas que han influido de manera notable en la salud de sus habitantes.

Se puede afirmar que se produjo un mejoramiento de las condiciones de salud y de la calidad de vida de la población, si se consideran las tasas de mortalidad materna y de mortalidad infantil, o la esperanza de vida.

Sin embargo, este mejoramiento no ha beneficiado por igual a todos los grupos sociales. A principios de los noventa, en América Latina y el Caribe se observaba un agravamiento, en términos absolutos y relativos, de los niveles de pobreza e indigencia, un aumento de las tasas de desocupación y una distribución menos equitativa de la riqueza según la cual se mantuvieron o aumentaron los ingresos del 5% de la población más rica y disminuyeron los del 75% de la más pobre.

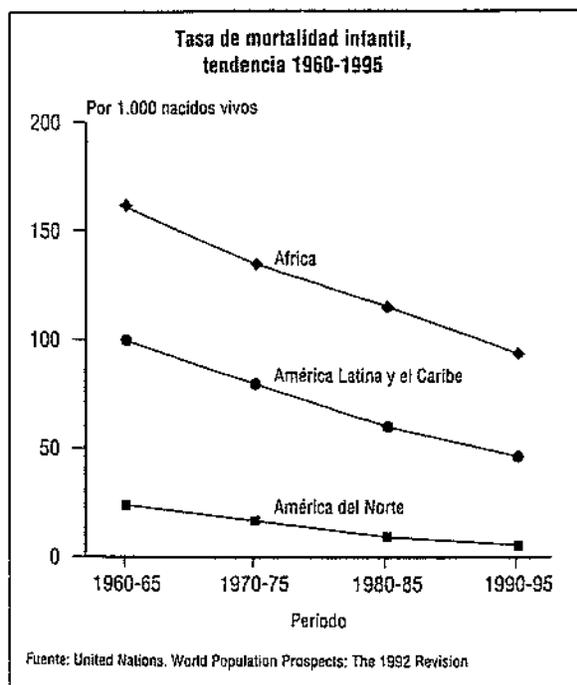
Este aumento de las desigualdades ya existentes —y, por ende, de las posibilidades de educación y de salud— entre los sectores de mayores y menores recursos, afecta especialmente a la población materno-infantil, incluidos los niños, los adolescentes y las mujeres en edad fértil, quienes representan más del 70% de la población y desempeñan un papel importante en el proceso de desarrollo de la región.

Salud del niño

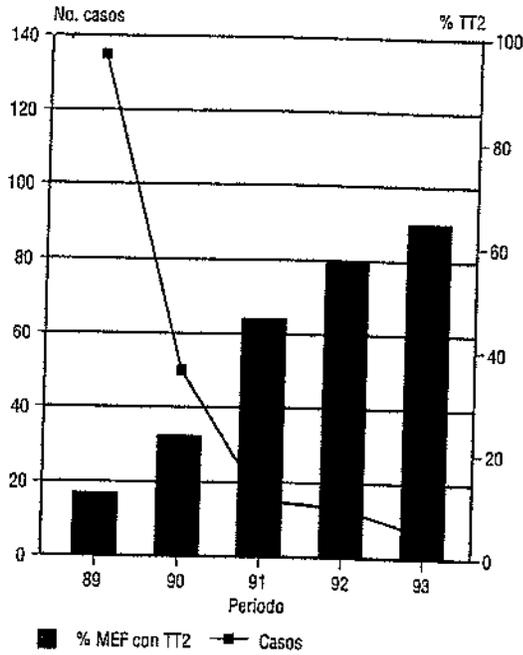
Se calcula que en el período 1990-1995 la tasa de mortalidad infantil en América Latina y el Caribe habrá disminuido 41% respecto a los valores observados en el período 1970-1975. Esa disminución puede atribuirse, en gran medida, a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud en general, y a la mayor utilización de intervenciones altamente eficaces, tales como la inmunización, el control del crecimiento, la terapia de rehidratación oral, el tratamiento adecuado de las infecciones respiratorias agudas, el mayor uso de métodos de regulación de la fecundidad, el control del embarazo y la institucionalización del parto.

Con respecto a la inmunización, los logros en la Región de las Américas han sido espectaculares. Si las actuales tendencias continúan hasta el año 2000, aquellas enfermedades que sólo una generación atrás fueron la principal causa de muerte, discapacidad y enfermedad en la niñez, habrán sido eliminadas al terminar el siglo.

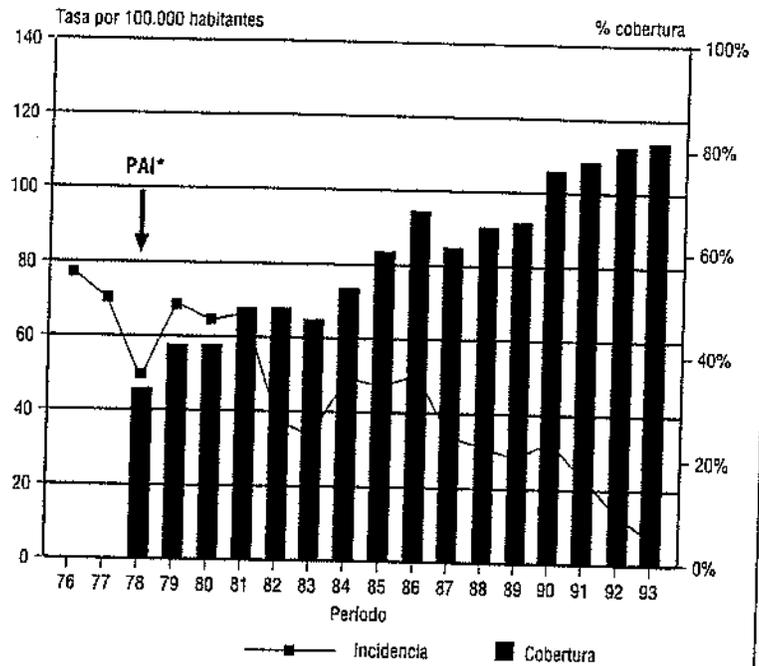
Esta disminución de la mortalidad infantil se ha acompañado de cambios notables en la importancia relativa de las diferentes causas de defunción. Así, por ejemplo, mientras ha disminuido la mortalidad por las enfermedades transmisibles, ha aumentado la proporción de enfermedades perinatales. Este mismo fenó-



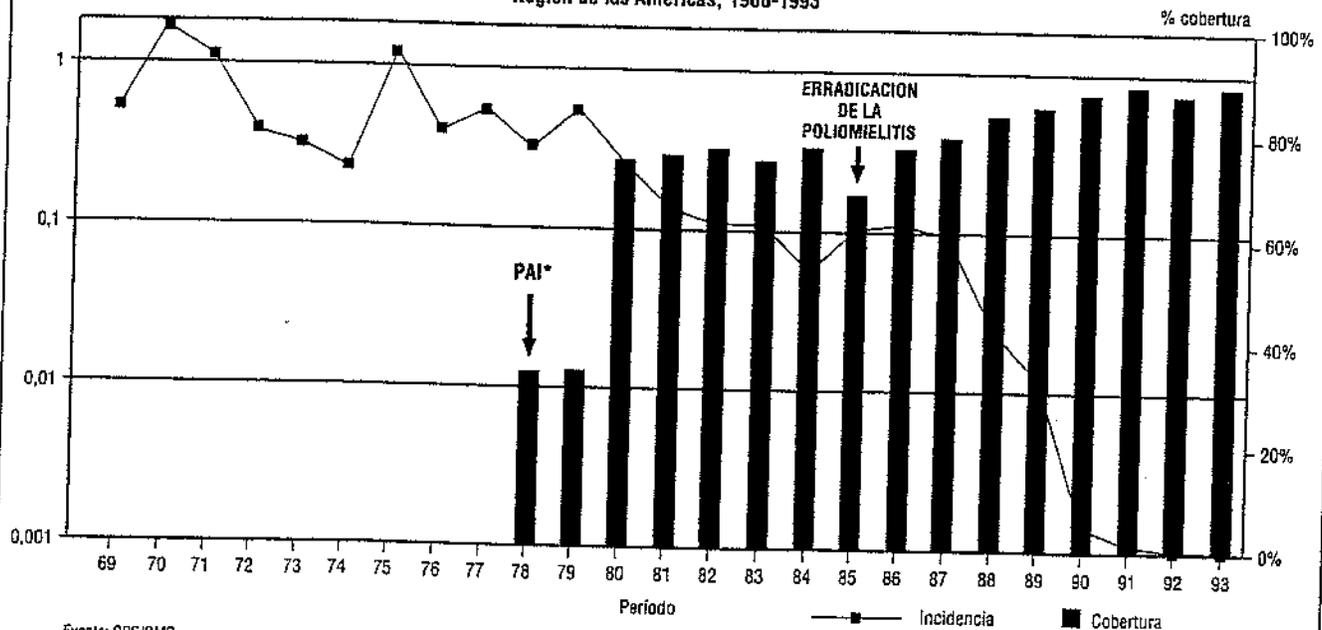
Casos de tétanos neonatal y cobertura con 2 dosis de toxoide tetánico (TT2) en mujeres en edad fértil (MEF), municipios de riesgo, América Central, 1989-1993



Incidencia de sarampión y cobertura con vacuna antisarampionosa en menores de 1 año, América Latina, 1976-1993



Incidencia de poliomielitis y cobertura con vacuna antipoliomielítica en menores de 1 año, Región de las Américas, 1968-1993



Fuente: OPS/OMS
* Programa Ampliado de Inmunización

meno se ha observado, aunque con menor intensidad, en la población de niños de 1 a 5 años.

Aunque América Latina y el Caribe se encuentran en mejor situación que Asia y África, no se debe olvidar que la mortalidad infantil es de 4 a 6 veces más elevada que en Europa y en América del Norte. Si bien los avances en la reducción de la mortalidad infantil han sido muy importantes, todavía mueren anualmente alrededor de 700.000 niños menores de 5 años, la mayoría por causas evitables con tecnología simple y de bajo costo.

La neumonía, que causa más del 85% de las defunciones por infecciones respiratorias agudas, es responsable aún del 10 al 30% de las muertes de niños menores de 5 años en casi todos los países en desarrollo de la región. Existen diferencias notables en la mortalidad por infecciones respiratorias agudas y sus tendencias entre los países en desarrollo y los desarrollados. En Guatemala, por ejemplo, la tasa de mortalidad por neumonía e influenza es casi 170 veces más alta que en el Canadá, y en tanto que la mortalidad por esa causa descendió ligeramente en los países en desarrollo, en los desarrollados disminuyó a un ritmo de 10 a 12% anual. Esta situación muestra con claridad que es posible evitar esas muertes.

En relación con las enfermedades diarreicas, en la mayoría de los países de la región se produjo una importante disminución del número de defunciones por esa causa. Varios estudios han demostrado que esa disminución se debió principalmente a intervenciones de salud, entre las que se destacan un mayor acceso y un mejor uso de las sales y la terapia de rehidratación oral (SRO y TRO).

Sin embargo, las enfermedades diarreicas siguen constituyendo uno de los problemas más importantes de la niñez en la región, ya que figuran entre las primeras cinco causas de mortalidad en los niños menores de 1 año y, en muchos países, son la primera causa de mortalidad en los niños de 1 a 4 años. Este problema se ha agravado con la presencia del cólera. Además, las enfermedades diarreicas constituyen uno de los mayores determinantes de la mal-

nutrición y el retraso del crecimiento.

En lo que se refiere a los niños con desnutrición global (déficit de peso para la edad), pese a que la calidad y cantidad de información disponible es insuficiente, se estima que en los últimos 15 años la proporción ha disminuido, pero,

debido al crecimiento demográfico, su número absoluto ha aumentado. La proporción de niños desnutridos no es uniforme en todos los países o regiones de un país, y esas diferencias guardan una relación estrecha con las condiciones socioeconómicas.

Se puede afirmar que en América Latina y el Caribe la desnutrición es producto de un proceso crónico de subalimentación, al que generalmente se asocian factores ambientales y hereditarios.

Las prácticas inadecuadas de alimentación en la infancia constituyen un serio problema y un gran obstáculo para el desarrollo social y económico de los países de la región.

La lactancia materna es una de las medidas de mayor eficacia y bajo costo para proteger el crecimiento y desarrollo sano y armónico de los niños. Ella brinda el alimento ideal para el recién nacido, así como un incomparable beneficio biológico y afectivo a la madre y al niño.

Pese a que las investigaciones confirman los beneficios insustituibles de la lactancia materna —como la protección frente a las enfermedades diarreicas, el espaciamiento de los embarazos, el aporte de una alimentación balanceada y suficiente, entre otros— no es una práctica extendida en toda la región.

Los datos existentes revelan grandes diferencias entre los países. Así, el porcentaje de niños alimentados exclusivamente con leche materna desde el parto hasta los 4 meses es de 44% en México y 5% en el

**CADA 5 MINUTOS
MUERE POR
NEUMONIA
UN NIÑO MENOR
DE 1 AÑO EN
ALGUN PAIS
DE AMERICA
LATINA O EL
CARIBE.**

Brasil; si bien la prevalencia inicial generalmente es alta, la duración de la lactancia es de 3 a 14 meses, con una declinación rápida a partir del tercer mes.

A esto se agregan las prácticas deficientes de ablactación en la mayoría de los países de la región, que contribuyen a que antes del segundo semestre de vida se inicie la tendencia hacia la desnutrición debido a la introducción inadecuada de otros alimentos.

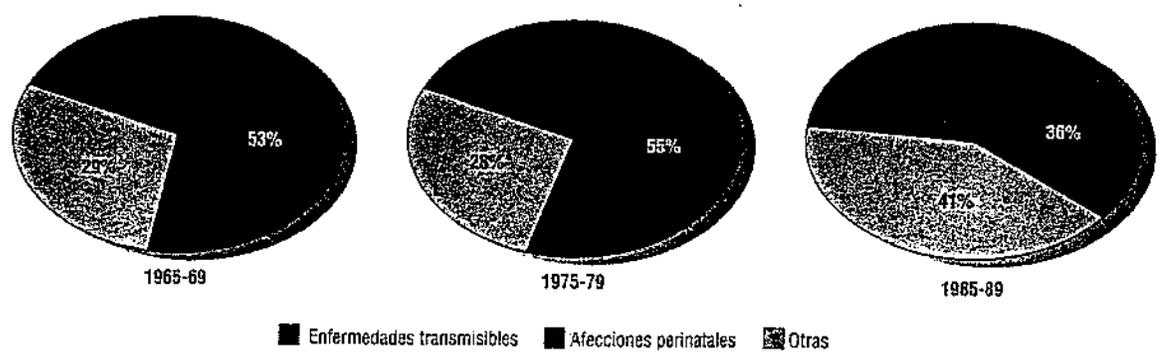
La carencia de hierro, yodo y vitamina A muestra una prevalencia elevada en América Latina y el Caribe. Estos problemas generalmente se localizan en ciertas áreas geográficas, afectan a los grupos más vulnerables de la población y son indicadores de una ingesta escasa de esos nutrientes.

La carencia de hierro tiene importantes repercusiones sobre la capacidad mental, el trabajo físico y las funciones endocrinas e inmunológicas. Aunque puede deberse a distintas causas, la anemia nutricional es, probablemente, la causa más frecuente. La anemia de la embarazada, que se relaciona con el bajo peso al nacer, afecta por lo menos al 30% de las embarazadas en la región, en tanto que de 20 a 25% de los niños en edad preescolar tienen anemia por carencia de hierro.

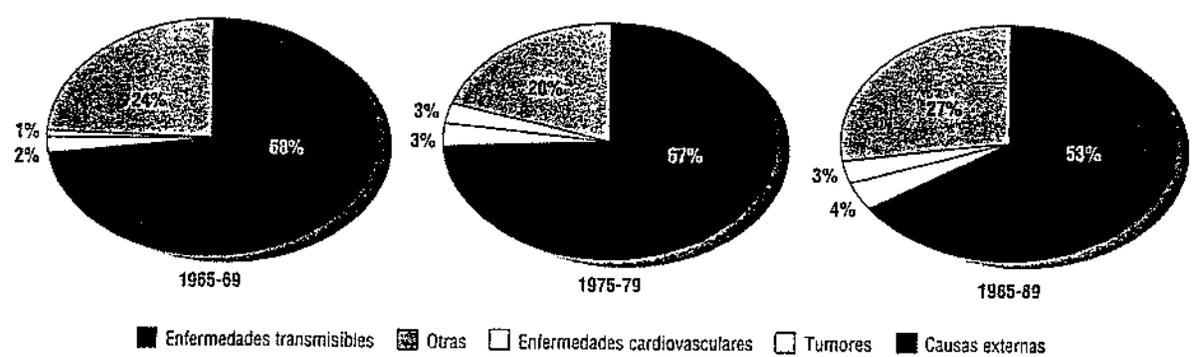
La carencia de vitamina A —especialmente de retinol, que es su forma activa— afecta la visión, el crecimiento e integridad de los epitelios, la reproducción y la respuesta inmunológica.

La insuficiencia de este micronutriente representa un

Porcentaje de defunciones por causas en niños menores de 1 año de edad, América Latina y el Caribe, 1965-69, 1975-79, 1985-89



Porcentaje de defunciones por causas en niños de 1 a 4 años de edad, América Latina y el Caribe, 1965-69, 1975-79, 1985-89



Fuente: OPS/OMS. Programa de Salud Materno-infantil y Población

problema de salud pública en áreas geográficas determinadas, generalmente rurales y económicamente deprimidas, de varios países de la región. Es posible prevenir y solucionar este problema mediante la producción de alimentos ricos en vitamina A, la fortificación de los alimentos básicos con esta vitamina y la administración de dosis masivas a los grupos de población en riesgo.

La falta de yodo provoca una serie de alteraciones orgánicas y funcionales. Además de las manifestaciones clínicas más conocidas, tales como el bocio y el cretinismo, se asocia con un incremento de las tasas de mortalidad perinatal e infantil, con hipotiroidismo neonatal e infantil, y con retardo del crecimiento físico.

Aun cuando se han intensificado los programas de control de este trastorno carencial, de 11 países en los que se hicieron encuestas, ocho presentaron bocio en el 20 al 50% de la población estudiada. Este porcentaje es muy alto si se considera que la prevención mediante el consumo regular de sal yodada es un método económico y efectivo.

Otro importante problema de salud lo constituyen los niños con bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos), ya que ello incide sobre su crecimiento y desarrollo posterior y, en general, sobre la morbilidad y mortalidad perinatal e infantil. Se debe destacar que el porcentaje de bajo peso al nacer es alto en varios países, como el Ecuador y Nicaragua, cuya proporción es del 15%, y que los promedios nacionales ocultan mar-

**MAS DE 7
MILLONES DE
NIÑOS MENORES
DE 5 AÑOS
ESTAN
AFECTADOS
POR ALGUN
GRADO DE
DESNUTRICION.**

cadadas diferencias regionales dentro de cada país.

El bajo peso al nacer se relaciona estrechamente con el estado nutricional de la mujer embarazada, la duración del embarazo y el aumento de peso durante el mismo. Todos estos factores se pueden controlar mediante el mejoramiento

de la cobertura y la calidad de la atención prenatal.

A los problemas mencionados deben agregarse aquellos resultantes de la violencia, en sus distintas formas, a la que están sometidos muchos niños. Estas formas, que van desde el abandono hasta la violencia doméstica —abuso físico, sexual o emocional— y la violencia social, son verdaderos atentados contra el crecimiento y desarrollo armonioso de los niños y reflejan problemas sociales de creciente magnitud.

Salud del adolescente

Se estima que en 1993 el número de adolescentes (10-19 años) en América Latina y el Caribe ascendió a unos 100 millones, equivalente al 22% de la población total.

En general, en la adolescencia las personas gozan de buena salud física y la mortalidad es baja. Sin embargo, es una etapa decisiva para el desarrollo de estilos de vida saludables.

Independientemente de que muchas características y comportamientos de los adolescentes varían según la cultura y el grupo social, en esta fase tienen lugar procesos biológicos y psicológicos de tremenda importancia para la vida posterior del individuo y la sociedad, tales como la adopción de proyectos de vida, la adquisición de la identidad, la consolidación de la autoestima y la independencia, la posibilidad del ejercicio pleno de la sexualidad y la afirmación de la personalidad.

Los problemas de salud de los adolescentes se caracterizan por la fuerte influencia de los factores psicosociales y el bajo tenor de los trastornos orgánicos. El perfil epidemiológico muestra que la violencia (accidentes, suicidios y homicidios), la salud mental y las enfermedades ligadas al proceso reproductivo son las principales causas de morbilidad y mortalidad, determinadas en gran medida por conductas de riesgo y estilos de vida poco saludables. Esto implica que gran parte de la mortalidad y la morbilidad es evitable y prevenible.

El período comprendido entre el inicio de la pubertad y la independencia económica se ha extendido en la

región, lo que posibilita el aumento de las relaciones prematrimoniales y el comienzo cada vez más temprano de una vida sexual activa, sin que esto se acompañe de un incremento proporcional de las medidas de protección y anticoncepción adecuadas. Los adolescentes se exponen así a contraer enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el SIDA, y al embarazo no deseado.

Cada año cerca de 3 millones de adolescentes en América Latina y el Caribe llevan a término un embarazo; se ignora el número de abortos. Este es uno de los problemas más importantes, no sólo por su magnitud sino también por sus consecuencias sociales, psicológicas y biológicas, que a menudo se potencian por el bajo nivel socioeconómico de la adolescente embarazada.

Para los padres adolescentes, entre las consecuencias de un embarazo no deseado se encuentran el aborto ilegal, el aumento de la mortalidad materna, la deserción escolar, el desempleo, y un mayor riesgo de divorcio y de trastornos emocionales. Para el hijo de la madre adolescente existe mayor riesgo de muerte, bajo peso al nacer, retardo del crecimiento y desarrollo, y maltrato físico.

Otro problema creciente en América Latina y el Caribe es el consumo temprano de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco. Generalmente es en la adolescencia cuando se originan los patrones patológicos de consumo de sustancias psicoactivas y alcohol que, como se sabe, tienen graves efectos sociales, familiares y personales.

El incremento del consumo de drogas se acompaña, especialmente en algunos países, de un aumento de los índices de violencia y criminalidad en los jóvenes, fenómeno del que son tanto víctimas como agentes provocadores.

Si bien los problemas de salud del adolescente son complejos y tienen múltiples orígenes, se pueden prevenir mediante acciones intersectoriales y que cuenten con la participación de la familia y del propio adolescente, dirigidas a la promoción de su salud integral.

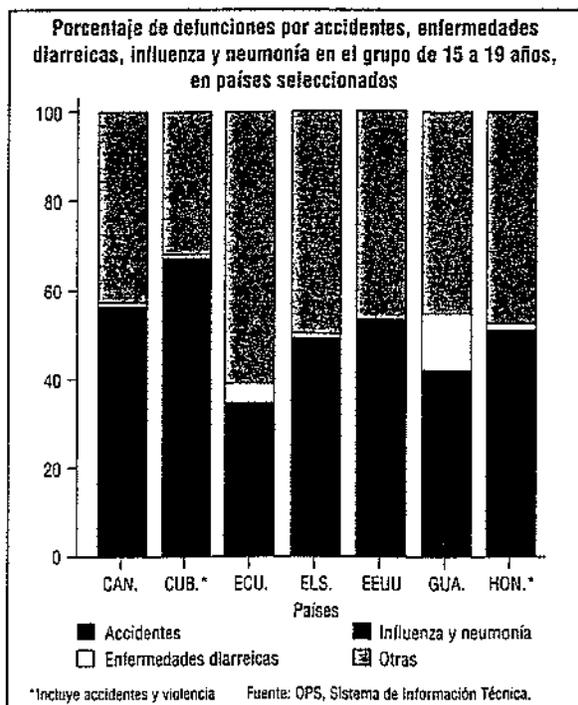
Salud de la mujer

La situación política, social, económica y cultural de las mujeres en América Latina y el Caribe es heterogénea. Sin embargo, se puede afirmar que los avances que ha experimentado la mujer se extienden en todos los países y parecen ser irreversibles.

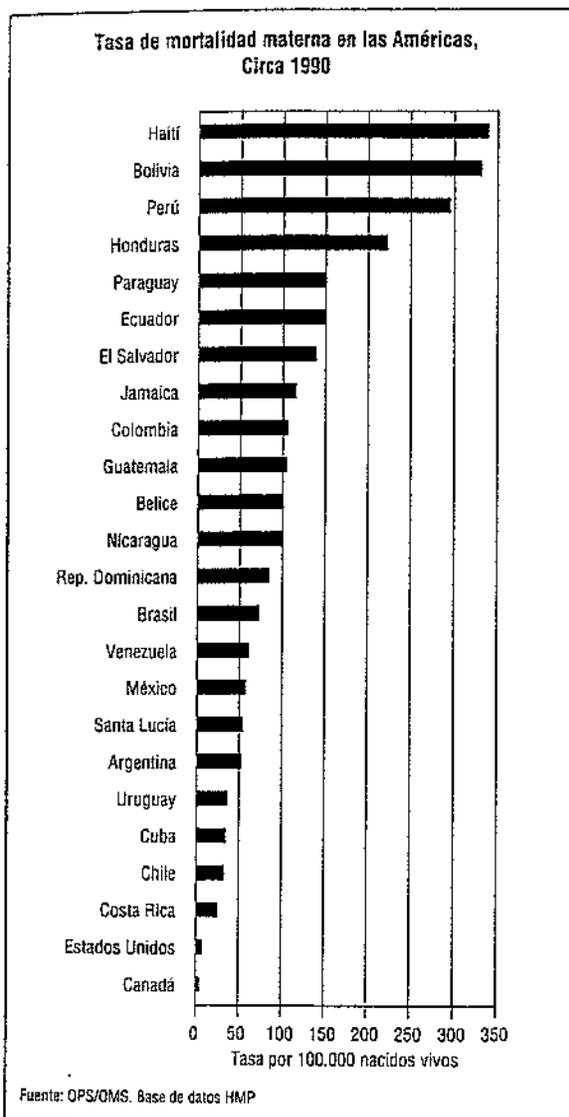
El acceso cada vez mayor de la mujer a la educación, y su participación en la fuerza de trabajo, en el ámbito político y en la vida pública son fenómenos que trascienden lo económico y social y comienzan a consolidarse en los comportamientos culturales.

Pese a ello, la velocidad y la intensidad de los cambios varían de país en país, y entre las diferentes regiones de un país y los distintos estratos y grupos sociales. Si bien en la política pública se ha comenzado a considerar el tema de la mujer, incluida la preocupación por la equidad de género, este inicio requiere redoblar los esfuerzos realizados.

En relación con la salud, la situación de la mujer también es heterogénea, pero es evidente que en toda la región las mujeres soportan una carga desproporcionada de problemas prevenibles.



Aun reconociendo que la salud de la mujer no se restringe al ámbito reproductivo-materno, una de las cuestiones más relevantes continúa siendo la relacionada con la mujer, la población y la regulación de la fecundidad, fundamentalmente porque la posibilidad de que la mujer controle su propia fecundidad constituye un hito importante para el ejercicio de otros derechos.



Dentro de este marco, el concepto de salud reproductiva se ha ampliado para incluir no sólo la posibilidad de que las mujeres tengan embarazos, partos y puerperios sin riesgos, sino también de que, tanto las mujeres

como los hombres puedan ejercer una sexualidad plena que no se empañe por el temor a un embarazo no deseado o a contraer enfermedades de transmisión sexual.

Se trata, en suma, de que la fecundidad se regule respetando la libre opción de las personas mediante la separación consciente de la sexualidad y la reproducción, lo que posibilitará a las mujeres tomar decisiones sobre su cuerpo y su calidad de vida presente y futura.

Sin embargo, y aun cuando el uso de métodos anti-conceptivos aumentó de 11% en 1960 a 60% en 1992 (48% cuando se consideran sólo los métodos eficaces), no toda la población tiene igual acceso a los mismos, y la calidad de los servicios de planificación familiar es, en un gran porcentaje, deficitaria.

El problema más grave relacionado con la salud reproductiva es la mortalidad materna. Las diferencias observadas entre los países desarrollados y en desarrollo son muy grandes; así, por ejemplo, el riesgo de morir durante el embarazo y el parto es de 1 en 50 en Bolivia y de 1 en 13.000 en el Canadá.

La mayoría de estas muertes se pueden evitar aumentando la cobertura y la calidad de los servicios de atención prenatal, del parto y del puerperio, y previniendo los embarazos no deseados. Con sólo corregir las deficiencias de los servicios de salud y modificar la conducta familiar respecto a la maternidad y el uso de esos servicios, se podría evitar hasta el 85% de las defunciones maternas.

Sin duda la situación descrita representa grandes desafíos, tanto para el sector salud como para los demás sectores y la sociedad en general.

Es en esta última década del siglo XX, en que el mundo está sujeto a profundas transformaciones sociales, culturales, políticas y económicas, cuando los gobiernos y los pueblos deben renovar sus esfuerzos para que los niños del mundo puedan vivir en un ambiente saludable, de paz y seguridad, en pleno gozo de sus derechos y con la posibilidad de desarrollar sus potencialidades.

METAS Y ESTRATEGIAS A MEDIANO PLAZO (1995)



16

El Comité Coordinador Interagencial —de acuerdo con las metas establecidas por la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF para todos los países del mundo— decidió concentrar las acciones en un grupo de metas por lograr a mediano plazo (1995), al mismo tiempo que continúan los esfuerzos para alcanzar las metas para el año 2000 establecidas en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia.

El Comité adoptó las metas establecidas por la OMS y el UNICEF, pero al realizar la adaptación a la región de América Latina y el Caribe agregó cuatro metas —referidas a infecciones respiratorias agudas, mortalidad materna, planificación familiar y desnutrición— y pro-

puso logros diferentes de los establecidos para todo el mundo.

Estas metas se acordaron teniendo en cuenta la situación y las posibilidades de América Latina y el Caribe, así como la capacidad de las distintas organizaciones para llevar a cabo actividades específicas acordes con las necesidades de los diferentes países.

Además de las metas a mediano plazo, se acordaron una serie de estrategias básicas para lograrlas. Esta selección representa los objetivos mínimos alcanzables para este período en la región, y no excluye la posibilidad de que los distintos países puedan incluir otras metas y estrategias más acordes con sus propias realidades.

METAS Y ESTRATEGIAS A MEDIANO PLAZO (1995)

METAS	ESTRATEGIAS
1. Eliminar el tétanos neonatal.	1.1 Inmunización contra el tétanos del 80% de las mujeres en edad fértil, focalizando los esfuerzos en las áreas de riesgo para el tétanos neonatal.
2. Reducir las muertes por sarampión en 95% y los casos de sarampión en 90%.	2.1 Vacunación masiva de los niños de 9 meses a 14 años para eliminar los susceptibles acumulados. 2.2 Cobertura del 85% de los menores de 1 año con esquema de vacunación para 1995, y del 90% para 1996. Realizar campañas de vacunación cada 2 ó 3 años para eliminar los susceptibles remanentes.
3. Erradicar y certificar la erradicación de la poliomielitis.	3.1 Apoyo a los sistemas de vigilancia epidemiológica. 3.2 Cumplimiento en todos los países de los criterios para la certificación de la erradicación de la poliomielitis: <ul style="list-style-type: none"> • El 80% de los centros de notificación deben notificar semanalmente los casos de parálisis flácida aguda o su ausencia. • Tasa de parálisis flácida aguda en menores de 15 años de al menos 1 por 100.000/año. • Al menos el 80% de los casos de parálisis flácida aguda deben ser investigados en las primeras 48 horas. • Al menos el 80% de los casos de parálisis flácida aguda deben tener dos muestras de heces colectadas en las primeras dos semanas de inicio de la enfermedad. • Al menos el 80% de los casos de parálisis flácida aguda deben tener examen de heces de por lo menos 5 contactos.
4. Elevar al 85% la cobertura con las vacunas del Programa Ampliado de Inmunización (DPT3, polio3, BCG y sarampión) en los niños menores de 1 año.	3.3 Cobertura del 85% de los menores de 1 año con esquema de vacunación completo (OPV3) para 1995, y del 90% para 1996. 4.1 Cobertura de 85% con las vacunas del PAI en cada municipio de la región.
5. A. Elevar al 80% el uso de TRO con alimentación en casos de niños menores de 5 años con diarrea. B. Elevar al menos al 50% el porcentaje de casos adecuadamente tratados en el hogar y por el personal de salud.	5.1 Realizar o actualizar las encuestas CED/IRA/COLERA/LACTANCIA MATERNA, discutir las con las autoridades e inducir los cambios pertinentes. 5.2 Elevar al 80% el conocimiento materno adecuado sobre el uso de TRO con alimentación (SRO o solución casera).

METAS	ESTRATEGIAS
<p>6. A. Terminar con la distribución gratuita de sucedáneos de la leche materna en todos los servicios y hospitales de maternidad.</p> <p>B. Que al menos el 50% de los hospitales que atienden 1.000 o más partos por año tengan el estatus de hospitales amigos de los niños.*</p> <p>7. Yodación de toda la sal de consumo en los países con problema de bocio endémico.</p> <p>8. Reducir al menos en un 50%, respecto de los valores de 1990, la proporción de menores de 5 años con menos de 20 microgramos por dl de retinol sérico en los países donde esta deficiencia tiene importancia para la salud pública (más del 15% de la población afectada).</p>	<p>5.3 Fomentar la producción, distribución y mercadeo de las SRO.</p> <p>5.4 Realizar talleres de actualización sobre diarrea para docentes de pediatría de las Facultades de Medicina.</p> <p>6.1 Estimular la lactancia materna exclusiva del niño de 0 a 4-6 meses, la lactancia materna parcial del niño de 6 a 12 meses, y su continuación entre los 12 y 15 meses de edad.</p> <p>6.2 Intensificar los esfuerzos de promoción de la lactancia en Bolivia, Brasil, Colombia, México y los países de Centroamérica.</p> <p>6.3 Crear en el 100% de los países los comités nacionales para la certificación y vigilancia de los hospitales amigos de los niños.</p> <p>6.4 Definir el programa y los criterios para la vigilancia de los hospitales amigos de los niños.</p> <p>7.1 Intensificar las acciones en Bolivia, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela.</p> <p>8.1 Fortificar un alimento básico (v. gr. el azúcar) en todos los países donde esta deficiencia afecta a más del 15% de la población.</p> <p>8.2 Intensificar las acciones en El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y República Dominicana, y en áreas específicas de Belice, Bolivia, Brasil, Ecuador, México, Panamá y Perú.</p>
METAS ADICIONALES PARA LA REGION	
<p>9. Reducir al menos en un 25% la razón de mortalidad materna con respecto a los valores de 1990.</p> <p>* UNICEF se propone apoyar a los países para que todos los hospitales y servicios de maternidad puedan alcanzar y mantener el estatus de hospitales amigos de los niños</p>	<p>9.1 Esfuerzo de las agencias para llegar a una estimación de la magnitud y características de la mortalidad materna en los países de la región.</p> <p>9.2 Fortalecimiento de las acciones de planificación familiar para la prevención del aborto, el embarazo no deseado y la atención de la demanda insatisfecha.</p> <p>9.3 Vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna en países seleccionados (Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Honduras, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela) e incluir la vigilancia de la mortalidad perinatal y neonatal en coordinación con la vigilancia de la mortalidad materna. Definir, por parte de las agencias, un sistema común para esta vigilancia epidemiológica.</p> <p>9.4 Mejoría de la calidad de la atención del parto institucional en los hospitales del primer nivel de referencia.</p> <p>9.5 Aumento de la cobertura de la atención perinatal, especialmente de las complicaciones del embarazo.</p> <p>9.6 Desarrollo y evaluación de modelos complementarios de atención de la salud materna: hogares maternos, casas de parto y parto limpio en el hogar.</p>

METAS	ESTRATEGIAS
<p>10. Proporcionar a toda la población información sobre salud reproductiva y planificación familiar, así como acceso a programas de planificación familiar orientados a la reducción de la mortalidad materna y el adecuado espaciamiento de los embarazos, y a la prevención de embarazos no deseados y en la adolescente.</p>	<p>10.1 Asegurar información y educación a toda la población de modo que le permita ejercer sus derechos humanos y opciones para planificar la familia.</p> <p>10.2 Mejorar la eficiencia de los programas de planificación familiar, con base en la libre decisión, la aceptabilidad cultural y el uso eficaz de los métodos de planificación familiar.</p> <p>10.3 Elevar al 65% la proporción de las mujeres en edad fértil (15-49 años) y en unión, y al 40% la de menores de 19 años, que usan métodos de planificación familiar.</p> <p>10.4 Intensificar las acciones en los grupos prioritarios: varones, adolescentes, áreas rurales y dispersas, áreas urbano-marginales, mujeres en control prenatal y en posparto.</p>
<p>11. Disminuir en un 20%, respecto a los niveles de 1990, la mortalidad por infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años en los países seleccionados.</p>	<p>11.1 Promocionar la introducción de las normas de control de las IRA en la enseñanza regular de las cátedras de pediatría de las Facultades de Medicina y Escuelas de Enfermería.</p> <p>11.2 Mejorar los estándares de atención de los niños con IRA en los establecimientos de salud, por medio de la capacitación de médicos y enfermeras en unidades docentes.</p> <p>11.3 Capacitar a los promotores y voluntarios de salud en el tratamiento de casos de IRA.</p> <p>11.4 Educar a la familia sobre el tratamiento de los casos de IRA en el hogar y los criterios de envío oportuno a los servicios de salud.</p> <p>11.5 Fortalecer los programas de provisión de medicamentos básicos a las entidades del primer nivel de atención, incluidos los medicamentos para IRA.</p> <p>11.6 Intensificar las acciones en Bolivia, Brasil, Colombia, Dominica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana y Saint Kitts y Nevis.</p>
<p>12. Disminuir en un 20%, respecto a los niveles de 1990, la proporción de niños menores de 5 años con bajo peso para la edad.</p>	<p>12.1 Formular o actualizar los planes de acción en alimentación y nutrición con participación de todos los sectores involucrados.</p> <p>12.2 Promover la participación de todos los grupos sociales en la solución de los problemas nutricionales.</p> <p>12.3 Focalizar las acciones de impacto nutricional en los grupos más vulnerables y de alto riesgo.</p> <p>12.4 Promover y apoyar la educación y la comunicación social sobre alimentación y nutrición del niño menor de 5 años, particularmente durante el periodo de lactancia.</p>

INDICADORES PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS METAS DE LA CUMBRE MUNDIAL EN FAVOR DE LA INFANCIA



22

La Declaración de la Cumbre hace un llamado a los países para promover y apoyar las actividades que permitan realizar la vigilancia y el seguimiento de los compromisos en forma correcta. Con el fin de cooperar con los países de la región en esa tarea, se han seleccionado los indicadores que se presentan a continuación.

La selección ha sido un proceso largo y complejo en el que han debido conjugarse, en cada caso, las bondades técnicas del indicador con la posibilidad real de su obtención. Por otro lado, al considerar las especificidades propias de América Latina y el Caribe, en algunos casos han surgido diferencias entre los indicadores propuestos por la OMS y el UNICEF para todo el mundo y aquellos acordados por el Comité Coordinador Interagencial (CCI).

Con el fin de evitar la duplicación en la utilización de los recursos se recomienda coordinar las actividades de vigilancia de las metas de la Cumbre con las de

salud para todos, ya que los países cuentan con infraestructura y equipos destinados a esta última actividad.

Conviene destacar que el listado que se presenta a continuación no tiene carácter definitivo ni mandatorio, sino que es producto de un proceso sujeto a sucesivas modificaciones en función del avance del conocimiento, de la eficacia probada y de la factibilidad de los indicadores.

Para casi todas las metas se ha recomendado más de un indicador, y en esos casos se los ha ordenado según la importancia o la prioridad otorgada. En la propuesta de la OMS y el UNICEF se destacan en negritas los indicadores establecidos por la OMS para la meta de salud para todos; en la propuesta del CCI las negritas señalan el indicador o los indicadores básicos, mientras que en letra corriente se describen los complementarios.

Las recomendaciones adicionales, definiciones e información suplementaria se presentan a continuación de los indicadores.

**Indicadores para el seguimiento de las metas de la
Cumbre Mundial en favor de la Infancia**

META	INDICADORES OMS/UNICEF*	INDICADORES CCI
<p>META No. 1 Entre 1990 y el año 2000, reducción de una tercera parte de la tasa de mortalidad de niños menores de 1 año y menores de 5 años, o hasta 50 y 70 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, si ello representa una tasa de mortalidad menor.</p>	<p>Tasa de mortalidad infantil.</p> <p>Tasa de mortalidad en menores de 5 años.</p>	<p>Tasa de mortalidad infantil.</p> <p>Tasa de mortalidad en menores de 5 años.</p>
<p>META No. 2 Entre 1990 y el año 2000, reducción del 50% de la tasa de mortalidad materna.</p>	<p>Razón de mortalidad materna.</p> <p>Número anual de muertes maternas.</p>	<p>Razón de mortalidad materna.</p> <p>Número anual de muertes maternas.</p>
<p>META No. 3 Entre 1990 y el año 2000, reducción del 50% de la tasa de malnutrición grave y moderada de los niños menores de 5 años.</p>	<p>Prevalencia de bajo peso</p> <p>a) Proporción de niños preescolares (menores de 5 años) con peso para la edad (P/E) inferior a menos 2 desviaciones estándar (-2 DE) de la mediana de referencia (déficit moderado y grave) .</p> <p>b) Proporción de niños preescolares con P/E inferior a -3 DE de la mediana de referencia (déficit grave).</p> <p>Prevalencia de retardo de talla</p> <p>a) Proporción de niños preescolares con talla para la edad (T/E) inferior a -2 DE de la mediana de referencia (déficit moderado y grave)</p> <p>b) Proporción de niños preescolares con T/E inferior a -3 DE de la mediana de referencia (deficit grave)</p> <p>Prevalencia de emaciación</p> <p>a) Proporción de niños menores de 5 años con peso para la talla (P/T) inferior a -2 DE de la mediana referencia.</p> <p>b) Proporción de niños menores de 5 años con P/T inferior a -3 DE de la mediana de referencia.</p>	<p>Proporción de niños menores de 5 años con peso para la edad (P/E) inferior a menos 2 desviaciones estándar (-2 DE) de la mediana de referencia (déficit moderado y grave).</p> <p>Proporción de niños menores de 5 años con P/E inferior a -1 DE de la mediana de referencia (déficit leve).</p> <p>Proporción de niños menores de 5 años con P/E inferior a -3 DE de la mediana de referencia (déficit grave).</p>

*28 de enero de 1994

META	INDICADORES OMS/UNICEF*	INDICADORES CCI
META No. 4 Acceso universal al agua potable.	Porcentaje de la población total con acceso a una cantidad adecuada de agua potable, en el hogar o a una distancia conveniente del mismo.	Porcentaje de la población total con acceso a una cantidad adecuada de agua potable, en el hogar o a una distancia conveniente del mismo.
META No. 5 Acceso universal a medios sanitarios de eliminación de excretas.	Porcentaje de la población total con medios sanitarios de eliminación de excretas adecuados, en el hogar o a una distancia conveniente del mismo.	Porcentaje de la población total con medios sanitarios de eliminación de excretas adecuados, en el hogar o a una distancia conveniente del mismo.
META No. 8 Mejoramiento de la protección de los niños en circunstancias especialmente difíciles.	Número total de personas con discapacidades, especificando el número que presenta serias dificultades de visión, de audición y habla, de movimiento, de aprendizaje y comprensión, y comportamiento extraño o anormal u otra discapacidad de por lo menos 6 meses de duración o irreversible, en los siguientes grupos de edad: 0-4, 5-14, 15-19, 20 y más. Tasa total de discapacidad (tasa por 1.000 niños de 0-4, 5-14, 15-19, 20 y más años de edad).	Determinación pendiente.
META No. 9 Atención especial a la salud y nutrición de las niñas, las mujeres embarazadas y las madres lactantes.	Tasa de mortalidad en menores de 5 años, en niñas (ver Meta No. 1). Prevalencia de bajo peso moderado o grave en niñas (ver Meta No. 3). Proporción de mujeres embarazadas atendidas por personal adiestrado (ver Meta No. 11). Proporción de mujeres de 15 a 49 años con hemoglobina inferior a 12 gr/dl (ver Meta No. 13). Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas.	Proporción de mujeres embarazadas con diagnóstico nutricional. Proporción de mujeres embarazadas con bajo peso para la talla y la edad gestacional (P/T/EG). Tasa de mortalidad en menores de 5 años, en niñas (ver Meta No. 1). Proporción de niños menores de 5 años con P/E inferior a -2 DE de la mediana de referencia (ver Meta No. 3). Proporción de mujeres embarazadas atendidas o controladas por personal adiestrado (ver Meta No. 11). Proporción de partos atendidos por personal adiestrado (ver Meta No. 11).

*28 de enero de 1994

Las metas 6 y 7 no se incluyen por no pertenecer al sector salud.

META	INDICADORES OMS/UNICEF*	INDICADORES CCI
META No. 9 (cont.)		Proporción de mujeres embarazadas con hemoglobina inferior a 11 g/dl (ver Meta No. 13). Prevalencia de VIH en mujeres embarazadas.
META No. 10 Acceso de todas las parejas a información y servicios para impedir los embarazos demasiado tempranos, poco espaciados, demasiado tardíos o demasiado numerosos.	Proporción de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que usan corrientemente métodos contraceptivos modernos o tradicionales. Tasa global de fecundidad.	Proporción de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que usan corrientemente métodos contraceptivos modernos o tradicionales. Tasa global de fecundidad.
META No. 11 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.	Proporción de mujeres embarazadas atendidas por personal adiestrado, por lo menos en una oportunidad. Proporción de partos atendidos por personal adiestrado. Número de establecimientos de salud que ofrecen atención obstétrica esencial, por 500.000 habitantes.	Proporción de mujeres embarazadas atendidas por personal adiestrado, por lo menos en una oportunidad. Proporción de partos atendidos por personal adiestrado.
META No. 12 Reducción de la tasa de bajo peso al nacer (2.500 g o menos) a menos del 10%.	Tasa de nacidos vivos con peso al nacer inferior a 2.500 g.	Tasa de nacidos vivos con peso al nacer inferior a 2.500 g.
META No. 13 Reducción de una tercera parte en los niveles de anemia por carencia de hierro registrados entre las mujeres en 1990.	Proporción de mujeres de 15 a 49 años con hemoglobina inferior a 12 g/dl, o proporción de embarazadas con hemoglobina inferior a 11 g/dl.	Proporción de mujeres de 15 a 49 años con hemoglobina inferior a 12 g/dl.
META No. 14 Eliminación virtual de las enfermedades por carencia de yodo.	Yodación de la sal Proporción de la población, en áreas de riesgo, con consumo adecuado de sal yodada. Prevalencia total de bocio Proporción de niños en edad escolar (de 6 a 11 años) con bocio de cualquier grado (visible o palpable). Yodo urinario Valor de la mediana de la concentración de yodo urinario, en la población de las áreas de riesgo, con yoduria inferior a 10 mcg/dl, en una muestra aislada de orina.	Yodación de la sal Proporción de la población, en áreas de riesgo, con consumo adecuado de sal yodada. Yodo urinario Valor de la mediana de la concentración de yodo urinario, en la población de las áreas de riesgo, con yoduria inferior a 10 mcg/dl, en una muestra aislada de orina. Prevalencia total de bocio Proporción de niños de edad escolar (de 6 a 11 años) con bocio de cualquier grado (visible o palpable).

*28 de enero de 1994

META	INDICADORES OMS/UNICEF*	INDICADORES CCI
META No. 14 (cont.)	TSH Proporción de recién nacidos con nivel sérico de TSH superior a 5 mIU/l.	TSH Proporción de recién nacidos con nivel sérico de TSH superior a 5 mIU/l.
META No. 15 Eliminación virtual de la carencia de vitamina A y sus consecuencias, inclusive la ceguera.	Ceguera nocturna Proporción de niños de 2 a 6 años de edad con ceguera nocturna. Retinol sérico Proporción de niños de 6 meses a 6 años de edad con retinol sérico inferior a 20 mcg/dl. Retinol en la leche materna Proporción de mujeres lactantes con menos de 30 mcg/dl de retinol (o menos de 8 mcg/g de grasa).	Retinol sérico Proporción de niños de 6 meses a 6 años de edad con retinol sérico inferior a 20 mcg/dl o 0,7 μ mol/l. Ceguera nocturna Proporción de niños de 2 a 6 años con ceguera nocturna. Retinol en la leche materna Proporción de mujeres lactantes con menos de 30 mcg/dl de retinol (o menos de 8 mcg/g de grasa).
META No. 16 Lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos durante 4 a 6 meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año.	Tasa de lactancia exclusiva Proporción de niños menores de 4 meses (120 días) de edad amamantados en forma exclusiva. Tasa de lactancia continua a los 2 años Proporción de niños de 20 a 23 meses de edad que continúan siendo amamantados. Tasa de alimentación complementaria Proporción de niños de 6 a 9 meses (180 a 299 días) de edad que reciben leche materna y alimentación complementaria. Proporción de hospitales amigos de los niños Proporción de hospitales y maternidades calificados como "amigos de los niños".	Tasa de lactancia exclusiva entre los 90 y 120 días de edad. Tasa de lactancia predominante entre los 90 y 120 días de edad. Tasa de lactancia natural continua entre los 12 y 15 meses de edad. Tasa de alimentación complementaria oportuna. Proporción de hospitales y maternidades calificados como "amigos de los niños".
META No. 17 Institucionalización de la promoción del crecimiento y su supervisión periódica en todos los países para fines del decenio de 1990.	Determinación pendiente.	Determinación pendiente.

*28 de enero de 1994

META	INDICADORES OMS/UNICEF*	INDICADORES CCI
META No. 18 Difusión de conocimientos y servicios de apoyo para aumentar la producción de alimentos a fin de garantizar la seguridad alimentaria familiar.	Determinación pendiente.	Determinación pendiente.
META No. 19 Erradicación de la poliomielitis para el año 2000.	Número anual de casos de poliomielitis.	Número anual de casos confirmados de poliomielitis.
META No. 20 Eliminación del tétanos neonatal para 1995.	Número anual de casos de tétanos neonatal.	Número anual de casos de tétanos neonatal.
META No. 21 Reducción del 95% de las defunciones por sarampión y reducción del 90% de los casos de sarampión para 1995, en comparación con los niveles previos a la inmunización, como paso importante para erradicar, a largo plazo, el sarampión en todo el mundo.	Número anual de defunciones por sarampión en menores de 5 años. Número anual de casos de sarampión.	Número anual de defunciones por sarampión en menores de 5 años. Número anual de casos de sarampión.
META No. 22 Mantenimiento de un alto nivel de cobertura de inmunización (por lo menos el 90% de los niños menores de 1 año, para el año 2000) 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.	Proporción de niños menores de 1 año inmunizados contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3). Proporción de niños de 1 año de edad o menores inmunizados contra el sarampión. Proporción de niños menores de 1 año inmunizados contra la poliomielitis (OPV3). Proporción de mujeres en edad fértil (12 a 49 años) inmunizadas contra el tétanos (TT2 o refuerzo). Proporción de mujeres embarazadas inmunizadas contra el tétanos (TT2 o refuerzo). Proporción de niños protegidos contra el tétanos neonatal a través de la inmunización de la madre.	Proporción de niños menores de 1 año inmunizados contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT3). Proporción de niños de 1 año de edad o menores inmunizados contra el sarampión. Proporción de niños menores de 1 año inmunizados contra la poliomielitis (OPV3). Proporción de mujeres en edad fértil (12 a 49 años) inmunizadas contra el tétanos (TT2 o refuerzo). Proporción de mujeres embarazadas inmunizadas contra el tétanos (TT2 o refuerzo). Proporción de niños menores de 1 año de edad que recibieron la vacuna BCG.
META No. 23 Reducción del 50% de las defunciones como consecuencia de la diarrea en los niños menores de 5 años y del 25% de la tasa de incidencia de diarrea.	Número anual de defunciones por diarrea en niños menores de 5 años.	Número anual de defunciones por diarrea en niños menores de 5 años.

*28 de enero de 1994

META	INDICADORES OMS/UNICEF*	INDICADORES CCI
<p>META No. 23 (cont.)</p>	<p>Promedio anual de casos (episodios) de diarrea en niños menores de 5 años.</p> <p>Proporción de casos de diarrea en menores de 5 años que reciben TRO (terapia de rehidratación oral) más alimentación.</p>	<p>Promedio anual de casos (episodios) de diarrea en niños menores de 5 años.</p> <p>Proporción de madres con conocimiento de las tres reglas de tratamiento en el hogar de los casos de diarrea.</p> <p>Proporción de casos de diarrea en menores de 5 años que reciben TRO (terapia de rehidratación oral) más alimentación.</p> <p>Proporción de la población con acceso a SRO (sales de rehidratación oral).</p> <p>Proporción de casos de diarrea en niños menores de 5 años que reciben un tratamiento correcto en los servicios de salud.</p>
<p>META No. 24 Reducción en una tercera parte de las defunciones producidas por infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años.</p>	<p>Número anual de defunciones por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años.</p> <p>Proporción de casos de neumonía en niños menores de 5 años que reciben un tratamiento correcto en los servicios de salud.</p>	<p>Número anual de defunciones por IRA en niños menores de 5 años.</p> <p>Proporción de casos de neumonía en niños menores de 5 años que reciben un tratamiento correcto en los servicios de salud.</p> <p>Proporción de niños menores de 5 años con acceso al tratamiento estándar de casos en los servicios de salud.</p> <p>Conocimiento materno sobre cuándo se debe buscar asistencia.</p> <p>Tasa de búsqueda de atención para un niño con IRA cuando éste necesita tratamiento por personal de salud.</p>
<p>META No. 26 Ampliación de las actividades de desarrollo en la primera infancia, incluidas intervenciones apropiadas y de bajo costo con base en la familia y en la comunidad.</p>	<p>Proporción de niños menores de 6 años que participan en programas de desarrollo.</p> <p>Prevalencia de retardo grave de talla (ver Meta No. 3)</p>	<p>Determinación pendiente.</p>

*28 de enero de 1994

DEFINICIONES Y COMENTARIOS



META No. 1

La **tasa de mortalidad infantil** representa el número anual de defunciones de menores de 1 año de edad, por 1.000 nacidos vivos.

La **tasa de mortalidad en menores de 5 años** expresa la probabilidad de morir entre el nacimiento y el quinto cumpleaños.

META No. 2

Se entiende por muerte materna aquella ocurrida en cualquier momento del embarazo o el parto, o durante los 42 días posteriores al mismo—independientemente de la duración del embarazo— debida a cualquier causa derivada del o agravada por el embarazo o el parto.

Se recomienda:

1. expresar la **razón de mortalidad materna** por 100.000 nacidos vivos;
2. utilizar el **número anual de muertes maternas** para los países o zonas geográficas pequeños o con escaso número de habitantes, o cuando el fenómeno sea poco frecuente.

META No. 3

Con el fin de homogeneizar la información para toda la región, se recomienda utilizar las curvas de referencia de la OMS y el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (EUA), de peso para la edad (P/E), y desagregar la información por sexo.

Para cada uno de los indicadores se recomienda desagregar la información en tres grupos, a saber:

1. entre menos 1 y menos 2 desviaciones estándar (-1 y -2 DE), desnutridos leves;
2. entre -2 y -3 DE, desnutridos moderados;
3. mayor de -3 DE, desnutridos graves.

Ello obedece al hecho de que cuando se informa sólo la prevalencia de niños con menos de -2 DE se engloba a los desnutridos moderados y graves. Por otro lado, el alto riesgo de enfermar y morir que presentan los niños con déficit leve de P/E o peso para la talla (P/T) explica la importancia de vigilar también ese grupo.

META No. 4

Dado que éste es un indicador global, se recomienda su desagregación en zonas **rurales** y **urbanas**. Cada país deberá definir lo que considera como una "cantidad adecuada" de agua potable.

META No. 5

Dado que éste es un indicador global, se recomienda su desagregación en zonas **rurales** y **urbanas**. Cada país deberá definir lo que considera como "distancia conveniente del hogar".

META No. 9

En el caso del indicador peso, talla, edad gestacional (P/T/EG), se recomienda utilizar la curva de Rosso-Mardones. En los casos en que la determinación de este indicador no sea posible, se podrá utilizar el perímetro braquial (PB) o el aumento de peso durante el embarazo.

En caso de utilizar el PB, deberán considerarse los siguientes puntos de corte: de 23,5 a 22 cm para desnutrición moderada, y menos de 22 cm para desnutrición grave.

En los países con alta cobertura de servicios de salud, los indicadores No. 5 y No. 6 deberán referirse a control y atención **institucional**.

META No. 10

Se recomienda:

1. incluir información sobre embarazo y utilización de contraceptivos en menores de 15 años;
2. desagregar la información para los grupos de 15 a 19 años y de 20 a 49.

META No. 11

Para los países con alta cobertura de servicios, se recomienda el uso de los siguientes indicadores:

1. Proporción de mujeres embarazadas atendidas institucionalmente, por lo menos en dos oportunidades.
2. Proporción de partos atendidos institucionalmente.

Se recomienda, también, especificar la proporción de mujeres que presenten por lo menos un control durante el embarazo.

Se considera que un establecimiento de salud ofrece **atención obstétrica** esencial cuando está en condiciones de:

1. realizar operaciones cesáreas;
2. tratar casos de choque séptico;
3. tratar casos de aborto incompleto;
4. realizar transfusiones sanguíneas;
5. manejar embarazos de alto riesgo;
6. tratar casos de toxemia gravídica;
7. realizar anticoncepción quirúrgica.

META No. 12

Se recomienda:

1. desagregar la información por sexo;
2. notificar la proporción de nacidos vivos con peso al nacer de 2.500 a 3.000 g.

META No. 13

En los países donde no pueda obtenerse esta información, se recomienda notificar la proporción de embarazadas con hemoglobina inferior a 11 g/dl.

META No. 14

La **yodación** es un indicador importante para la vigilancia de los programas de enriquecimiento, y se espera que más del 95% de la población consuma sal yodada. Se considera que la yodación es **adecuada** cuando garantiza un consumo de 150 mcg de yodo por día por persona.

La determinación de la **prevalencia total de bocio** es un indicador útil para evaluar los progresos, pero no es suficiente para declarar la eliminación de las enfermedades por carencia de yodo. Se espera lograr una prevalencia menor de 5%; para su determinación se recomienda:

1. tomar el grupo de edad de 8 a 11 años, dado su mayor homogeneidad;
2. que el examen sea realizado por personal adiestrado.

La muestra de sangre para el dosaje de **TSH** debe tomarse del cordón umbilical —al momento del nacimiento— o de neonatos de 3 días a 3 semanas de edad. Se espera que menos del 3% de los recién nacidos presenten valores superiores a 5 mIU/l.

META No. 15

1) *Retinol sérico*

Se espera que menos del 10% de la población de niños en edad preescolar presente valores inferiores al punto de corte establecido. Si las circunstancias locales no permiten la obtención de muestras de sangre, la determinación del retinol en la leche materna es la opción más recomendada.

2) *Ceguera nocturna*

Es un indicador útil para determinar la carencia de vitamina A en el nivel local, pero debe combinarse con la determinación de retinol en la sangre o en la leche materna. Se espera que menos del 1% de los niños en edad preescolar presente ceguera nocturna.

3) *Retinol en la leche materna*

Puede utilizarse como indicador respecto de la adecuación de la dieta de la madre y el niño lactantes, y como predictor del riesgo de deficiencia en el período posterior inmediato a la ablactación. Se espera que menos del 25% de las mujeres que amamantan presenten valores por debajo del punto de corte.

En todos los casos se recomienda recolectar la información por medio de encuestas periódicas en áreas de riesgo.

META No. 16

Se define como:

- 1) **Lactancia exclusiva:** cuando el niño ha recibido leche materna exclusivamente en las últimas 24 horas (incluye a los que han recibido gotas o jarabes de vitaminas, minerales u otra medicina).
- 2) **Lactancia predominante:** cuando el niño ha recibido leche materna como alimento predominante en las últimas 24 horas (incluye a los que

han recibido —además de gotas o jarabes— agua, jugos de fruta, SRO y líquidos ceremoniales).

- 3) **Lactancia natural continua:** cuando el niño, entre los 12 y 15 meses de edad, ha recibido leche materna en las últimas 24 horas.
- 4) **Alimentación complementaria oportuna:** cuando el lactante de 6 a 9 meses ha recibido alimentos complementarios, además de leche materna.

En el caso de los indicadores recomendados por el CCI, la edad establecida considera un rango de 15 días de la fecha del cumpleaños. Se recomienda incluir, también, el grupo de niños de 0 a 90 días en la determinación de la tasa de lactancia exclusiva y predominante.

Respecto de la acreditación de los hospitales y maternidades "amigos de los niños", se realizará siguiendo los criterios OMS/UNICEF/BFHI, a saber:

1. contar con una política escrita sobre la lactancia materna, que sea comunicada rutinariamente a todo el equipo de salud;
2. capacitar a todo el equipo de salud en las habilidades necesarias para implementar la política;
3. informar a todas las mujeres embarazadas sobre los beneficios de la lactancia materna y orientarlas sobre su práctica;
4. ayudar a la madre a iniciar la lactancia materna en la primera media hora posterior al parto;
5. enseñar a la madre cómo amamantar y cómo mantener la lactancia en caso de encontrarse separada de su hijo;
6. no dar al recién nacido sucedáneos de la leche materna u otros líquidos sin indicación médica;
7. establecer la internación conjunta de la madre y el hijo durante las 24 horas del día;
8. alentar la lactancia materna según la demanda del hijo;

9. no dar al recién nacido y al lactante tetinas artificiales o chupetes;
10. promover el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia a los cuales referir a la madre en el momento del alta.

META No. 19

Se entiende por "caso confirmado de poliomielitis" todo caso de parálisis flácida aguda en el que se aísla el poliovirus salvaje, bien en el caso o bien en el contacto.

META No. 21

Se entiende por "caso de sarampión" aquellos casos que presenten exantema maculopapuloso generalizado de tres días de evolución o más, fiebre de 38 °C o más, y alguno de los siguientes signos y síntomas: tos, coriza y conjuntivitis.

META No. 24

El término **acceso** se refiere no sólo a la posibilidad de acceder a personal capacitado para el tratamiento estándar de casos, sino también a la posibilidad de obtener antibióticos gratuitamente o a precio accesible. Para su medición podrá recurrirse a encuestas de servicios de salud, o estimarse sobre la base del conocimiento de la distribución del personal capacitado en los servicios de salud y del consumo de antibióticos.

Los indicadores complementarios brindan información sobre el conocimiento materno del tratamiento de casos y sobre la búsqueda de atención brindada por personal de salud para un niño con infección respiratoria aguda. Estos indicadores deberán medirse por medio de encuestas de hogares.

**DECLARACION MUNDIAL
SOBRE LA SUPERVIVENCIA, LA PROTECCION
Y EL DESARROLLO DEL NIÑO**

Y

**PLAN DE ACCION
PARA LA APLICACION DE LA DECLARACION MUNDIAL
SOBRE LA SUPERVIVENCIA, LA PROTECCION
Y EL DESARROLLO DEL NIÑO
EN EL DECENIO DE 1990**

35

CUMBRE MUNDIAL EN FAVOR DE LA INFANCIA

**Naciones Unidas, Nueva York
30 de septiembre de 1990**

Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño

1. Nos hemos reunido en la Cumbre Mundial en favor de la infancia para contraer un compromiso común y hacer un urgente llamamiento a nivel mundial para que se dé a todos los niños un futuro mejor.
2. Los niños del mundo son inocentes, vulnerables y dependientes. También son curiosos, activos y están llenos de esperanza. Su infancia debe ser una época de alegría y paz, juegos, aprendizaje y crecimiento. Su futuro debería forjarse con espíritu de armonía y cooperación. A medida que maduren tendrían que ir ampliando sus perspectivas y adquiriendo nuevas experiencias.

3. Sin embargo, en la realidad, la infancia de muchos niños es muy diferente a la descrita.

El problema

4. Día a día, innumerables niños de todo el mundo se ven expuestos a peligros que dificultan su crecimiento y desarrollo. Padecen grandes sufrimientos como consecuencia de la guerra y la violencia; como víctimas de la discriminación racial; el *apartheid*, la agresión, la ocupación extranjera y la anexión; también sufren los niños refugiados y desplazados, que se ven obligados a abandonar sus hogares y sus raíces; algunos sufren por ser niños impedidos; o por falta de atención o ser objeto de crueldades y explotación.
5. Día a día, millones de niños son víctimas de los flagelos de la pobreza y las crisis económicas, el hambre y la falta de hogar, las epidemias, el analfabetismo y el deterioro del medio ambiente. Sufren los graves efectos de la falta de un crecimiento sostenido y sostenible en muchos países en desarrollo, sobre todo en los menos adelantados, y de los problemas de la deuda externa.
6. Cada día mueren 40.000 niños por la malnutrición y diversas enfermedades, por el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), falta de agua potable y de saneamiento adecuado y por los efectos del problema de la droga.
7. Estos son los problemas que, como dirigentes políticos, debemos atender.

Las posibilidades

8. En conjunto, nuestros países cuentan con medios y conocimientos para proteger la vida y mitigar considerablemente los sufrimientos de los niños, fomentar el pleno desarrollo de su potencial humano y hacerles tomar conciencia de sus necesidades, sus derechos y sus oportunidades. La Convención sobre los Derechos del Niño ofrece una nueva oportunidad para que el respeto de los derechos y el bienestar del niño adquieran un carácter realmente universal.

9. El clima político internacional más favorable de los últimos tiempos puede facilitar esta tarea. Mediante la cooperación y la solidaridad internacionales ahora debería ser posible lograr resultados concretos en muchas esferas: revitalizar el crecimiento y el desarrollo económicos, proteger el medio ambiente, evitar la transmisión de enfermedades mortales y destructivas y lograr una mayor justicia social y económica. La tendencia actual al desarme también significa que se podrían liberar cuantiosos recursos para fines no militares. Cuando se proceda a la reasignación de esos recursos debería otorgarse muy alta prioridad a aumentar el bienestar de los niños.

La tarea

10. La primera obligación es mejorar las condiciones de salud y nutrición de los niños y para ello se dispone actualmente de diversas alternativas. Cada día se puede salvar la vida a decenas de miles de niños y niñas, ya que es fácil prevenir lo que podría llegar a causarles la muerte. La mortalidad de niños menores de 4 años es extremadamente alta en muchas partes del mundo, pero se puede reducir en forma drástica con los medios ya conocidos y de fácil acceso.
11. Se debería prestar más atención, cuidado y apoyo a los niños impedidos y a otros niños en circunstancias especialmente difíciles.
12. El fortalecimiento de la función de la mujer en general y el respeto de su igualdad de derechos favorecerán a los niños del mundo. Las niñas deberían recibir el mismo trato y las mismas oportunidades desde su nacimiento.
13. Actualmente hay más de 100 millones de niños que no reciben instrucción escolar básica y dos terceras partes de ellos son del sexo femenino. La prestación de servicios de educación básica y de alfabetización a todos es una de las contribuciones más importantes que se pueden hacer al desarrollo de los niños del mundo.
14. Cada año mueren 500.000 madres por complicaciones relacionadas con el parto. Hay que promover la maternidad sin riesgo por todos los medios posibles y atribuir particular importancia a la planificación responsable del tamaño de la familia y al espaciamiento de los nacimientos. Se debe dar toda la protección y la asistencia necesarias a la familia, como grupo fundamental y entorno natural del crecimiento y el bienestar de los niños.
15. Por intermedio de la familia y de otras personas que se preocupan por el bienestar de los niños habría que ofrecerles la oportunidad de descubrir su identidad y aprovechar su potencial. Se debería preparar a los niños para vivir responsablemente en una sociedad libre. Desde la infancia, se les debería estimular a participar en la vida cultural de la sociedad en que viven.
16. La situación económica seguirá ejerciendo una importante influencia en la vida de los niños, sobre todo en las naciones en desarrollo. Teniendo presente el

futuro de los niños, hay que asegurar o reactivar urgentemente el crecimiento y el desarrollo económicos sostenidos y sostenibles en todos los países, y seguir prestando atención urgente a una solución amplia y duradera de los problemas de la deuda externa que afectan a los países deudores en desarrollo.

17. Para realizar esas tareas todas las naciones deben desplegar esfuerzos constantes y concertados, tanto a nivel nacional como mediante la cooperación internacional.

El compromiso

18. Para velar por el bienestar de los niños se deben adoptar medidas políticas al más alto nivel. Estamos decididos a hacerlo.

19. Por lo tanto, nos comprometemos solemnemente a atribuir alta prioridad a los derechos del niño, a su supervivencia, su protección y su desarrollo. De esta manera también se contribuirá al bienestar de todas las sociedades.

20. Hemos acordado trabajar en conjunto, colaborando a nivel internacional y en nuestros respectivos países. Nos comprometemos a aplicar el programa de 10 puntos que se presenta a continuación, con objeto de proteger los derechos del niño y mejorar sus condiciones de vida.

- i) Nos esforzaremos por promover la rápida ratificación y aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño. En todo el mundo se deberían iniciar programas en los que se fomente la difusión de información sobre los derechos del niño, tomando en consideración los valores culturales y sociales de cada país.
- ii) Nos esforzaremos por que se adopten constantes medidas a nivel nacional e internacional para mejorar las condiciones de salud de los niños, fomentar la atención prenatal y reducir la mortalidad de los niños menores de 4 años en todos los países y entre todos los pueblos. Fomentaremos la provisión de agua potable para todos los niños en todas las comunidades y la creación de redes de saneamiento en todo el mundo.
- iii) Nos esforzaremos por lograr un crecimiento y un desarrollo óptimos de los niños, mediante la adopción de medidas para erradicar el hambre y la desnutrición y, por lo tanto, evitar trágicos sufrimientos a los niños en un mundo que dispone de los medios para alimentar a todos sus habitantes.
- iv) Nos esforzaremos por fortalecer la función y la condición de la mujer. Fomentaremos la planificación responsable del tamaño de la familia, el espaciamiento de los nacimientos, el amamantamiento y la maternidad sin riesgo.

- v) Nos esforzaremos por que se respete la contribución de la familia al cuidado de los niños y prestaremos apoyo a los esfuerzos de los padres, las demás personas que se ocupan del cuidado de los niños, y las comunidades, por criarlos y atenderlos desde las primeras etapas de la infancia hasta el fin de la adolescencia. También reconocemos las necesidades especiales de los niños separados de su familia.

- vi) Nos esforzaremos por que se ejecuten programas encaminados a reducir el analfabetismo y ofrecer oportunidades de educación a todos los niños, independientemente de su origen y sexo; preparar a los niños para realizar actividades productivas y para aprovechar las oportunidades de aprendizaje permanente, por ejemplo, mediante la capacitación profesional, y permitir a los niños llegar a la vida adulta en un medio cultural y social que les dé apoyo y sea enriquecedor.

- vii) Nos esforzaremos por mejorar la dramática situación de millones de niños que viven en circunstancias especialmente difíciles por ser víctimas del *apartheid* y la ocupación extranjera, de los huérfanos y niños de la calle e hijos de trabajadores migratorios, de los niños desplazados y víctimas de desastres naturales y provocados por el ser humano, de los niños impedidos y víctimas de malos tratos, de los niños que se encuentran en condiciones de desventaja desde el punto de vista social y de los niños explotados. Se debe ayudar a los niños refugiados a echar nuevas raíces. Nos esforzaremos por lograr la protección especial de los niños que trabajan y la abolición del trabajo ilegal de menores. Nos esforzaremos por evitar que los niños se conviertan en víctimas del flagelo de las drogas ilícitas.

- viii) Nos esforzaremos con especial dedicación por proteger a los niños contra el flagelo de la guerra y por tomar medidas que impidan el estallido de nuevos conflictos armados, para así dar a los niños de todo el mundo un futuro de paz y seguridad. Fomentaremos los valores de la paz, la comprensión y el diálogo en la educación de los niños. Incluso en épocas de guerra y en zonas asoladas por la violencia se deben respetar las necesidades esenciales de los niños y las familias. Solicitamos que se establezcan treguas y que se creen corredores especiales de ayuda en pro de los niños en aquellos casos en que aún subsistan la guerra y la violencia.

- ix) Nos esforzaremos por que se adopten medidas mancomunadas para la protección del medio ambiente a todo nivel, para que los niños puedan tener un futuro más seguro y más sano.

- x) Nos esforzaremos por que se inicie una lucha a nivel mundial contra la pobreza, lucha que se reflejaría de inmediato en un mayor bienestar para los niños. Se debe dar prioridad a la vulnerabilidad

y a las necesidades especiales de los niños de los países en desarrollo y, en particular, de los países menos adelantados. No obstante, en todos los países se deben promover el crecimiento y el desarrollo mediante la adopción de medidas a nivel nacional y mediante la cooperación internacional. Esto exige la transferencia de recursos adicionales suficientes a los países en desarrollo, el establecimiento de relaciones de intercambio más favorables, una mayor liberalización del comercio internacional y la adopción de medidas que reduzcan la carga de la deuda. También conlleva ajustes estructurales que fomenten el crecimiento de la economía mundial, sobre todo en los países en desarrollo, y velen por el bienestar de los sectores más vulnerables de la población, especialmente los niños.

Las medidas siguientes

21. La Cumbre Mundial en favor de la Infancia nos desafía a adoptar medidas. Hemos decidido responder a ese desafío.
22. Entre otras colaboraciones, solicitamos muy en especial la de los mismos niños. Les hacemos un llamamiento para que participen en esta tarea.
23. Asimismo, aspiramos a contar con el apoyo del sistema de las Naciones Unidas y de otras organizaciones internacionales y regionales en este esfuerzo mundial en favor de la infancia. Solicitamos una mayor participación de las organizaciones no gubernamentales para complementar la adopción de medidas nacionales y las actividades internacionales conjuntas en este campo.
24. Hemos decidido adoptar un Plan de Acción que sirva de marco de referencia para la realización de actividades nacionales e internacionales más específicas. Hacemos un llamamiento a todos nuestros colegas para que hagan suyo este plan. Estamos dispuestos a destinar los recursos que sean necesarios para cumplir con estos compromisos, como parte de las prioridades establecidas en nuestros planes nacionales.
25. Nos comprometemos a hacerlo no sólo para la generación actual, sino también para las generaciones venideras. No puede haber una tarea más noble que la de dar a todos los niños un futuro mejor.

Nueva York, 30 de septiembre de 1990.

**PLAN DE ACCION PARA LA APLICACION DE LA DECLARACION MUNDIAL
SOBRE LA SUPERVIVENCIA, LA PROTECCION Y EL DESARROLLO DEL
NIÑO EN EL DECENIO DE 1990**

I. INTRODUCCION

**II. MEDIDAS ESPECIFICAS RELACIONADAS CON LA SUPERVIVENCIA,
LA PROTECCION Y EL DESARROLLO DEL NIÑO**

Convención sobre los Derechos del Niño

Salud infantil

Alimentación y nutrición

Función de la mujer, salud materna y planificación de la familia

Función de la familia

Educación básica y alfabetización

Niños en circunstancias especialmente difíciles

Protección de los niños en situaciones de conflicto armado

Los niños y el medio ambiente

Mitigación de la pobreza y reactivación del crecimiento económico

III. MEDIDAS COMPLEMENTARIAS Y SUPERVISION

Acción a nivel nacional

Acción a nivel internacional

Apéndice: Metas para los niños y el desarrollo en el decenio de 1990

1. INTRODUCCION

1. Este Plan de Acción tiene por objeto servir de guía a los gobiernos nacionales, las organizaciones internacionales, los organismos bilaterales de asistencia, las organizaciones no gubernamentales y todos los demás sectores de la sociedad para la formulación de sus propios programas de acción que garanticen la aplicación de la Declaración de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia.
2. Las necesidades y los problemas de los niños varían de un país a otro e incluso de una comunidad a otra. Los diversos países y grupos de países y las organizaciones internacionales, regionales, nacionales y locales pueden utilizar este Plan de Acción para formular programas propios que respondan a sus necesidades, sus posibilidades y su mandato. No obstante, los padres, las personas de edad y los dirigentes de todo el mundo a todos los niveles comparten algunas aspiraciones relacionadas con el bienestar de los niños. Este Plan de Acción se refiere a esas aspiraciones comunes y en él se propone un conjunto de metas y objetivos para el decenio de 1990 relacionados con los niños, estrategias para la consecución de esas metas y compromisos que se pueden asumir para realizar actividades y adoptar medidas complementarias a diversos niveles.
3. El adelanto de los niños debe ser una de las metas fundamentales del desarrollo nacional general. También debe ser un elemento integrante de la estrategia de desarrollo más amplia de carácter internacional que corresponde al Cuarto Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Como los niños de hoy son los ciudadanos del mundo de mañana, su supervivencia, su protección y su desarrollo son requisitos básicos para el desarrollo futuro de la humanidad. Una de las principales metas del desarrollo de cada país debe ser el ofrecer a la generación más joven conocimientos y recursos que le permitan satisfacer sus necesidades humanas básicas y aprovechar al máximo su potencial. Como su desarrollo individual y su contribución social determinarán el futuro del mundo, las inversiones que fomenten la salud, la nutrición y la educación de los niños son las bases del desarrollo nacional.
4. Las aspiraciones de la comunidad internacional relacionadas con el bienestar de los niños encuentran su mejor expresión en la Convención sobre los Derechos del Niño adoptada por unanimidad por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1989. En esta Convención se establecen normas jurídicas universales sobre la protección del niño contra el abandono, los malos tratos y la explotación y se consagra el respeto de sus derechos humanos básicos, entre ellos la supervivencia, el desarrollo y la plena participación en actividades sociales, culturales, educacionales y otras que son necesarias para su crecimiento y su bienestar individuales. En la Declaración de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se insta a todos los gobiernos a fomentar la ratificación y aplicación de la Convención lo más pronto posible.
5. En los últimos dos años se ha formulado un conjunto de metas para el decenio de 1990 relacionadas con los niños y el desarrollo en varios foros internacionales en los que han participado prácticamente todos los gobiernos, los organismos pertinentes de las Naciones Unidas e importantes organizaciones no gubernamentales. Para contribuir a la consecución de esas metas y en respuesta al reconocimiento internacional cada vez mayor de que se debe otorgar mayor atención a la dimensión humana del desarrollo en el decenio de 1990, en este Plan de Acción se hace un llamamiento a la adopción de medidas nacionales concertadas y la cooperación internacional para tratar de alcanzar, en todos los países, las metas más importantes relacionadas con la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño para el año 2000 que se enumeran a continuación:
 - a) Reducir, con respecto a 1990, la tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años en una tercera parte o a un nivel de 70 por 1.000 nacidos vivos, si ello representa una mayor reducción;
 - b) Reducir la tasa de mortalidad materna en un 50% con respecto al nivel de 1990;
 - c) Reducir la tasa de malnutrición grave y moderada entre los niños menores de 5 años en un 50% con respecto al nivel de 1990;
 - d) Dar acceso a todos al agua apta para el consumo y a los servicios sanitarios de eliminación de excrementos;
 - e) Lograr que por lo menos el 80% de los niños en edad de asistir a la escuela primaria tenga acceso a la educación básica y termine la enseñanza primaria;
 - f) Reducir la tasa de analfabetismo de los adultos a por lo menos la mitad del nivel registrado en 1990 (cada país determinará el grupo de edades correspondiente), otorgando particular importancia a la alfabetización de las mujeres;
 - g) Dar protección a los niños en circunstancias especialmente difíciles, sobre todo en situaciones de conflictos armados.
6. En el apéndice de este Plan de Acción se presenta una lista de metas sectoriales más detalladas y de medidas concretas para la consecución de las metas más importantes enumeradas anteriormente. En primer término, habrá que adaptar dichas metas a la situación específica de cada país, en lo que respecta a la secuencia, las prioridades, las normas y la disponibilidad de recursos. Las estrategias que se apliquen para el logro de las metas también pueden variar de un país a otro. Es posible que algunos países deseen incorporar otras metas de desarrollo que revistan una especial importancia en el caso concreto de su país. La adaptación de las metas es de fundamental

importancia para que éstas tengan validez técnica; sean viables desde el punto de vista logístico y razonables desde el punto de vista financiero, logren apoyo político y de la población en general.

II. MEDIDAS ESPECÍFICAS RELACIONADAS CON LA SUPERVIVENCIA, LA PROTECCIÓN Y EL DESARROLLO DEL NIÑO

7. Dentro del contexto de estas metas generales, existen promisorias posibilidades de erradicar o de prácticamente eliminar enfermedades que han afectado a decenas de millones de niños durante siglos y de mejorar las condiciones de vida de las nuevas generaciones. El logro de estas metas también contribuirá a reducir el crecimiento de la población, porque cierto tiempo después de que se comience a registrar una reducción sostenida de la tasa de mortalidad infantil para llegar al nivel en que los padres puedan estar seguros de que sus primeros hijos sobrevivirán, se producirá una reducción aún mayor de los nacimientos. A fin de aprovechar estas oportunidades, en la Declaración de la Cumbre Mundial en favor de la Infancia se hace un llamamiento para que se realicen actividades concretas en las siguientes esferas:

Convención sobre los Derechos del Niño

8. La Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada por unanimidad por la Asamblea General de las Naciones Unidas, contiene un amplio conjunto de normas jurídicas internacionales sobre la protección y el bienestar de los niños. Se insta a todos los gobiernos a que ratifiquen rápidamente la Convención en los casos en que aún no lo hayan hecho. Se deberá hacer todo lo posible en todos los países para dar a conocer la Convención y, en aquellos países donde ya haya sido ratificada, velar por su aplicación y supervisión.

Salud infantil

9. Las enfermedades infantiles evitables tales como el sarampión, la poliomielitis, el tétanos, la tuberculosis, la tos ferina y la difteria, que ya se pueden impedir mediante la vacunación, y las enfermedades diarreicas, así como la neumonía y otras infecciones agudas de las vías respiratorias que se pueden evitar o curar eficazmente con medicamentos de costo relativamente bajo, son la principal causa de la muerte de 14 millones de niños menores de 5 años en todo el mundo y cada año dejan 1 millón de niños impedidos. Se puede y se deben adoptar medidas eficaces para combatir esas enfermedades mediante el fortalecimiento de la atención primaria de salud y los servicios básicos de salud en todos los países.
10. Además de esas enfermedades fácilmente evitables o curables y de algunas otras como el paludismo, cuya erradicación ha resultado más difícil, los niños de hoy enfrentan el nuevo espectro de la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En los

países que se han visto más afectados, el VIH-SIDA amenaza con neutralizar los adelantos logrados en los programas de supervivencia del niño. Además, ya absorbe una gran proporción de los limitados recursos que se destinan a salud pública y que se necesitan para otros servicios prioritarios de salud. Las consecuencias del VIH-SIDA no se limitan a los sufrimientos y la muerte del niño infectado, sino que abarcan también los riesgos que corren los padres y los hermanos y el estigma que sufren, y la tragedia de los "huérfanos del SIDA". Es urgente que tanto en la adopción de medidas a nivel nacional como en las actividades de cooperación internacional se dé alta prioridad a los programas de prevención y tratamiento del SIDA en los que se incluyan investigaciones sobre posibles vacunas y tratamientos que puedan aplicarse en todos los países y en todas las situaciones, y la realización de campañas masivas de educación e información.

11. Uno de los primeros factores que influyen en la salud de los niños y de los adultos es la disponibilidad de agua potable y saneamiento adecuado. Estos no sólo son esenciales para la salud y el bienestar humanos, sino que también contribuyen en gran medida a que la mujer se libere del trabajo monótono que tiene un efecto pernicioso en los niños, especialmente en las niñas. Es improbable que se logren adelantos en la esfera de salud infantil si la tercera parte de los niños de los países en desarrollo siguen sin tener acceso al agua potable y la mitad de ellos no cuenta con servicios sanitarios adecuados.
12. Sobre la base de la experiencia adquirida en el último decenio, incluidas las numerosas innovaciones en el campo de las técnicas y tecnologías sencillas y de bajo costo que permiten el suministro de agua potable y servicios sanitarios higiénicos en zonas rurales y en barrios de viviendas precarias, actualmente es tanto deseable como factible, mediante actividades nacionales concertadas y cooperación internacional, tratar de dar a todos los niños del mundo acceso a agua potable y a los servicios sanitarios para la eliminación de excrementos para el año 2000. La disponibilidad de agua potable y servicios de saneamiento, unida a la educación sanitaria, tendrán una importante consecuencia positiva conexa: el control de muchas enfermedades propagadas por el agua, entre ellas la enfermedad del gusano de Guinea (*dracunculiasis*), que afecta actualmente a 10 millones de niños en diversas regiones de África y Asia.

Alimentación y nutrición

13. El hambre y la malnutrición en sus diversas manifestaciones son las causantes de alrededor del 50% de las muertes de niños de corta edad. Más de 20 millones de niños sufren de malnutrición grave, 150 millones pesan menos de lo normal y 350 millones de mujeres sufren de anemia nutricional. Para mejorar las condiciones de nutrición se deben cumplir las siguientes condiciones: a) una seguridad alimentaria en los hogares; b) un medio ambiente sano y el control de las infecciones y c) una atención materno-infantil adecuada. Si la elección de políticas, las disposiciones

institucionales y el establecimiento de prioridades políticas son atinados, el mundo está en condiciones de alimentar a todos los niños y superar las más graves manifestaciones de la malnutrición, reducir drásticamente las enfermedades que contribuyen a la malnutrición, reducir a la mitad la malnutrición proteicoenergética, prácticamente eliminar las dolencias relacionadas con la carencia de vitamina A y de yodo y reducir considerablemente la anemia nutricional.

14. Las necesidades esenciales de los niños de corta edad y las mujeres embarazadas son una alimentación adecuada durante el embarazo y la lactancia; el fomento, la protección y el respaldo del amamantamiento y de prácticas de alimentación complementaria, incluida la alimentación a intervalos cortos; el control del crecimiento y la adopción de medidas complementarias adecuadas y la vigilancia de la nutrición. Cuando el niño crece, y para la población adulta en general, un régimen alimenticio adecuado es una prioridad humana evidente. Para satisfacer esas necesidades deben existir posibilidades de empleo y de generación de ingresos, se deben difundir conocimientos y debe haber servicios que incrementen la producción y la distribución de alimentos. Esas son medidas fundamentales que se deben adoptar como parte de las estrategias de carácter más amplio para combatir el hambre y la malnutrición.

Función de la mujer, salud materna y planificación de la familia

15. Las mujeres, en sus diversas funciones, aportan una contribución fundamental al bienestar de los niños. El mejoramiento de la condición de la mujer y su igualdad de acceso a la educación, la capacitación, el crédito y otros servicios de divulgación constituyen una valiosa contribución al desarrollo social y económico de un país. Los esfuerzos para mejorar la condición de la mujer e intensificar su participación en el proceso de desarrollo deben comenzar desde su niñez. Es menester que las niñas tengan iguales oportunidades de acceso a los servicios de salud, nutrición, educación y otros servicios básicos para que puedan realizar todo su potencial.
16. La salud, nutrición y la educación de la madre son importantes para la supervivencia y el bienestar de la mujer como tal y son determinantes claves de la salud y el bienestar del niño en su primera infancia. Las altas tasas de mortalidad infantil, especialmente de la mortalidad neonatal, se deben a los embarazos no deseados, el bajo peso al nacer y los alumbramientos prematuros, los partos en condiciones que no ofrecen seguridad, el tétanos neonatal, las altas tasas de fecundidad, etc. Estos también son importantes factores de riesgo que inciden en la mortalidad materna y que cada año son los causantes de la muerte de 500.000 mujeres jóvenes y de los sufrimientos y la mala salud de muchos millones más. A fin de evitar esta tragedia, se debería prestar particular atención a la salud, la nutrición y la educación de la mujer.

17. Todas las parejas deberían tener acceso a información sobre la importancia de la planificación responsable del tamaño de la familia y las numerosas ventajas del espaciamiento de los nacimientos para impedir los embarazos demasiado tempranos, demasiado tardíos, demasiado numerosos o demasiado frecuentes. La atención prenatal, el parto en condiciones higiénicas, el acceso a servicios de reenvío en casos complicados, la vacuna con toxoide tetánico y la prevención de la anemia y otras deficiencias nutricionales durante el embarazo también son medidas importantes para velar por la maternidad sin riesgo y el comienzo de una vida sana para el recién nacido. La promoción conjunta de programas de salud maternoinfantil y de la planificación de la familia ofrece un beneficio adicional ya que, al actuar sinérgicamente, esas actividades ayudan a acelerar la reducción de las tasas de mortalidad y de fecundidad, y contribuyen más a la reducción de las tasas de crecimiento de la población que cada tipo de actividad por separado.

Función de la familia

18. La familia es la principal responsable del cuidado y la protección de los niños desde la infancia a la adolescencia. La introducción de los niños a la cultura, los valores y las normas de la sociedad se inicia en la familia. Para que su personalidad se desarrolle plena y armónicamente, los niños deben crecer en un ambiente familiar y en una atmósfera de alegría, amor y comprensión. Por lo tanto, todas las instituciones de la sociedad deben respetar los esfuerzos que hacen los padres y otras personas por atender y cuidar a los niños en un ambiente familiar, y dar su apoyo a esos esfuerzos.
19. Habría que hacer todo lo posible por evitar que los niños se separen de su familia. Siempre que se separe un niño de su familia, ya sea por un motivo de fuerza mayor o porque es lo mejor para él, habría que tomar medidas para que reciba otro tipo de atención familiar o para que reciba atención en una institución, y prestar la debida atención a la conveniencia de que el niño crezca en su propio medio cultural. Se debería dar apoyo a las familias extensas, a los parientes y a las instituciones comunitarias para que satisfagan las necesidades especiales de los huérfanos y de los niños desplazados y abandonados. Es menester velar por que nunca se trate a un niño como un paria de la sociedad.

Educación básica y alfabetización

20. La comunidad internacional, incluidos prácticamente todos los gobiernos del mundo, se comprometió durante la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, celebrada en Jomtien (Tailandia), a ofrecer oportunidades mucho más amplias de educación a más de 100 millones de niños y a cerca de 1.000 millones de adultos (en sus dos terceras partes niñas y mujeres), que actualmente no tiene acceso a la educación básica y a la alfabetización. Para hacer efectivo ese compromiso, se deberían adoptar medidas para a) ampliar las actividades de desarrollo en la primera infancia, b) ofrecer acceso a la educación básica, es decir, a toda

la educación primaria o su equivalente, por lo menos al 80% de los niños en edad de cursar esos estudios, prestando particular importancia a la reducción de las diferencias que existen actualmente entre niños y niñas, c) reducir a la mitad el analfabetismo entre los adultos, haciendo hincapié especialmente en la alfabetización de las mujeres, d) dar capacitación profesional y preparación para el empleo y e) ampliar el caudal de conocimientos, técnicas y valores que se adquieran, por todos los medios educativos, incluidos los métodos modernos y tradicionales de educación, con el objeto de elevar la calidad de vida de los niños y sus familias.

21. Además de su importancia intrínseca para el desarrollo humano y el mejoramiento de la calidad de la vida, el progreso en la educación y la alfabetización puede contribuir en forma señalada al mejoramiento de la salud maternoinfantil, la protección del medio ambiente y el desarrollo sostenible. Por lo tanto, en las medidas a nivel nacional y en la cooperación internacional se debe atribuir alta prioridad a las inversiones para educación básica.

Niños en circunstancias especialmente difíciles

22. Millones de niños de todo el mundo viven en condiciones especialmente difíciles: huérfanos y niños de la calle; refugiados o niños desplazados; víctimas de la guerra y de los desastres naturales y provocados por el ser humano, incluidos los peligros como la exposición a las radiaciones y a los productos químicos peligrosos; hijos de trabajadores migratorios y otros grupos sociales en situación desventajosa; niños trabajadores o niños sometidos al yugo de la prostitución, el abuso sexual y otras formas de explotación; niños impedidos y delincuentes juveniles y víctimas del *apartheid* y la ocupación extranjera. Esos niños deben recibir atención, protección y asistencia especiales de sus familias y sus comunidades, como parte de las medidas que se adopten a nivel nacional y de la cooperación internacional.
23. Hay más de 100 millones de niños que trabajan, a menudo realizando tareas difíciles y peligrosas y en contravención de las convenciones internacionales en virtud de las cuales se los debería proteger de la explotación económica y no se debería permitir que realizaran trabajos que interfirieran con su educación y pusieran en peligro su salud e impedirían su pleno desarrollo. Teniendo esto presente, todos los Estados deberían esforzarse por poner fin a esas prácticas de trabajo de los niños y velar por las condiciones de protección y circunstancias de los niños que trabajan en forma legítima, a fin de dar a esos niños oportunidades adecuadas para criarse y desarrollarse sanamente.
24. El uso abusivo de drogas se ha convertido en una amenaza para un gran número de jóvenes en todo el mundo y, cada vez más, también para los niños, e incluso provoca daños permanentes antes del nacimiento. Para evitar esta tragedia, los gobiernos y los organismos intergubernamentales deberían adoptar medidas concertadas para luchar contra la producción,

el suministro, la demanda, la distribución y el tráfico ilícitos de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Tan importante como lo anterior son las actividades comunitarias y la educación, elementos esenciales para reducir tanto la oferta como la demanda de drogas ilícitas. El uso abusivo del tabaco y del alcohol también es un problema que requiere la adopción de medidas, sobre todo de carácter preventivo, y la educación de los jóvenes.

Protección de los niños en situaciones de conflicto armado

25. Se debe dar especial atención a los niños en casos de conflictos armados. En todos esos casos habría que seguir el reciente ejemplo de facciones y países enemigos que han acordado suspender las hostilidades y adoptar medidas especiales, como la creación de "corredores de paz", para posibilitar la distribución de suministros de emergencia a las mujeres y los niños y realizar "jornadas de paz" dedicadas a la vacunación y a la prestación de otros servicios de salud a los niños y a sus familias en zonas de conflicto. No habría que esperar a la resolución de un conflicto para adoptar medidas concretas de protección de los niños y sus familias, para asegurar que dispongan constantemente de alimentos, atención médica y servicios básicos; curar los traumas producidos por la violencia y evitar que sufran otras consecuencias directas de la violencia y las hostilidades. Para sentar las bases de un mundo en el que reine la paz y en el que la violencia y la guerra dejen de ser medios aceptables para la solución de disputas y conflictos, como parte de la educación de los niños se deberían inculcar los valores de paz, tolerancia, comprensión y diálogo.

Los niños y el medio ambiente

26. Los niños son los más interesados en la preservación del medio ambiente y en su ordenación sensata para el desarrollo sostenible, ya que de ello depende su supervivencia y desarrollo. Las metas de supervivencia y desarrollo del niño propuestas para el decenio de 1990 en este Plan de Acción procuran mejorar el medio ambiente mediante la lucha contra las enfermedades y la malnutrición, y la promoción de la educación, y contribuyen a reducir las tasas de mortalidad y de natalidad, mejorar los servicios sociales, aprovechar mejor los recursos naturales y, en definitiva, romper el círculo vicioso de la pobreza y degradación ambiental.
27. Con su relativamente escaso uso de capital y alto componente de movillización social, participación comunitaria y tecnología apropiada, los programas destinados a alcanzar las metas relacionadas con los niños en el decenio de 1990 son altamente compatibles con la protección ambiental y la favorecen. Así pues, debe entenderse que las metas para la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño enunciadas en este Plan de Acción contribuyen a proteger y preservar el medio ambiente. Por supuesto, aún es necesario adoptar más medidas para prevenir la degradación del medio ambiente tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo, cambiando las

modalidades de consumo de los ricos y ayudando a atender las necesidades de supervivencia y desarrollo de los pobres. En el programa ambiental del mundo deben ocupar un lugar preponderante los programas de los niños, que no sólo ayuden a satisfacer sus necesidades básicas sino también que les inculquen respeto por el medio ambiente natural, por los diversos seres vivientes que lo habitan, por su belleza y sus recursos, que enriquecen la calidad de la vida humana.

Mitigación de la pobreza y reactivación del crecimiento económico

28. El logro de las metas relacionadas con los niños en las esferas de la salud, la nutrición, la educación, etc., contribuirá en gran medida a mitigar las peores manifestaciones de pobreza. Sin embargo, será menester hacer aún mucho más para asegurar el establecimiento de una base económica sólida con el fin de lograr y mantener las metas a largo plazo de supervivencia, protección y desarrollo del niño.
29. Como afirmó la comunidad internacional en el decimotercero período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (abril de 1990), el desafío más importante del decenio de 1990 es la necesidad de reactivar el crecimiento económico y el desarrollo social de los países en desarrollo y de hacer frente en forma conjunta a los problemas de la pobreza extrema y el hambre, que siguen afectando a demasiados seres humanos en todo el mundo. Por ser el segmento más vulnerable de la sociedad humana, los niños son los más interesados en un crecimiento económico sostenido y en la mitigación de la pobreza, sin lo cual no puede asegurarse su bienestar.
30. Para promover un ambiente económico internacional favorable es esencial seguir prestando atención urgente a una solución pronta y duradera de los problemas de la deuda externa que afectan a los países en desarrollo; movilizar los recursos externos y los recursos nacionales para satisfacer las necesidades crecientes de financiación para el desarrollo de los países en desarrollo; adoptar medidas para asegurar que el problema de la transferencia neta de recursos de los países en desarrollo a los países desarrollados no continúe en el decenio de 1990 y que se aborden adecuadamente sus efectos; crear un sistema de comercio más equitativo y abierto, para facilitar la diversificación y modernización de las economías de los países en desarrollo, sobre todo de los que dependen de los productos básicos, y proporcionar recursos sustanciales en condiciones favorables, en especial a los países menos adelantados.
31. En todos esos esfuerzos la satisfacción de las necesidades básicas de los niños debe recibir alta prioridad. Es menester explorar todas las oportunidades posibles de velar porque en épocas de ajustes estructurales y de otro tipo de reestructuraciones económicas se protejan los programas que benefician a los niños, las mujeres y demás grupos vulnerables. Por ejemplo, a medida que los países reducen sus gas -

tos militares, parte de los recursos liberados debe destinarse a programas de desarrollo social y económico, incluidos los programas en favor de los niños. Los planes de alivio de la deuda podrían formularse de manera que las reasignaciones presupuestarias y el renovado crecimiento económico posibilitado por esos planes apoyaran a esos programas. El alivio de la deuda en favor de los niños, incluida la conversión de la deuda en capital para inversiones en programas de desarrollo social, es una opción que deben considerar tanto los deudores como los acreedores. Se insta a la comunidad internacional, incluidos los acreedores del sector privado, a que trabaje con los países en desarrollo y los organismos pertinentes para apoyar el alivio de la deuda en favor de los niños. Para estar a la par de los crecientes esfuerzos desplegados por los propios países en desarrollo, los países donantes y las instituciones internacionales deberían considerar la posibilidad de destinar más asistencia para el desarrollo a la atención primaria de la salud, la educación básica, los programas de agua y saneamiento de bajo costo y demás intervenciones apoyadas concretamente en la Declaración de la Cumbre y en este Plan de Acción.

32. La comunidad internacional ha reconocido la necesidad de detener e invertir la creciente marginación de los países menos adelantados, incluidos la mayoría de los países de África subsahariana y muchos países sin litoral e insulares, que tropiezan con problemas especiales de desarrollo. Dichos países requerirán ayuda internacional adicional a largo plazo para complementar sus propios esfuerzos nacionales a fin de atender las urgentes necesidades de los niños en el decenio de 1990.

III. MEDIDAS COMPLEMENTARIAS Y SUPERVISION

33. La aplicación eficaz de este Plan de Acción requerirá un esfuerzo nacional concertado y la cooperación internacional. Como se afirma en la Declaración, dicho esfuerzo y cooperación deben estar orientados por el principio de "los niños ante todo", es decir, que las necesidades esenciales de los niños deben tener alta prioridad en la asignación de los recursos, tanto en épocas buenas como en épocas malas, a nivel nacional e internacional y a nivel de la familia.
34. Es especialmente importante que las actividades propuestas, destinadas concretamente a los niños, se realicen como parte del fortalecimiento de programas nacionales de desarrollo más amplios en que se combinen la reactivación del crecimiento económico, la reducción de la pobreza, el desarrollo de los recursos humanos y la protección del medio ambiente. Dichos programas también deben fortalecer las organizaciones comunitarias, inculcar responsabilidad cívica y respetar el acervo cultural y los valores sociales que apoyan el progreso sin alienar a la generación más joven. Teniendo presentes estos objetivos amplios, nosotros y nuestros gobiernos nos comprometemos a realizar lo siguiente:

Acción a nivel nacional

- i) Se insta a todos los gobiernos a preparar, antes de finales de 1991, programas nacionales de acción para cumplir con los compromisos asumidos en la Declaración de la Cumbre Mundial y en este Plan de Acción. Los gobiernos nacionales deben alentar y ayudar a los gobiernos provinciales y locales y a las organizaciones no gubernamentales, al sector privado y grupos cívicos a preparar sus propios programas de acción para contribuir a lograr las metas y objetivos incluidos en la Declaración y en este Plan de Acción;
- ii) Se alienta a cada país a que reexamine, en el contexto de sus planes, programas y políticas nacionales, cómo puede asignar mayor prioridad a los programas para el bienestar de los niños en general y para atender en el decenio de 1990 las principales metas de supervivencia, desarrollo y protección del niño, que se enumeran en la Declaración de la Cumbre Mundial y en este Plan de Acción;
- iii) Se insta a cada país a que reexamine, en el contexto de su situación nacional particular, su actual presupuesto nacional y, en el caso de los países donantes, sus presupuestos de asistencia para el desarrollo, para asegurarse de que los programas destinados a lograr las metas de supervivencia, protección y desarrollo del niño tengan prioridad a la hora de asignar recursos. Deben hacerse todos los esfuerzos posibles por velar porque dichos programas estén protegidos en épocas de austeridad económica y ajustes estructurales.
- iv) Se alienta a las familias, las comunidades, los gobiernos locales, las organizaciones no gubernamentales, las instituciones sociales, culturales, religiosas, comerciales y de otra índole, incluidos los medios de difusión, a que desempeñen un papel activo en apoyo de las metas enunciadas en este Plan de Acción. La experiencia del decenio de 1980 indica que sólo mediante la movilización de todos los sectores de la sociedad, incluidos los que tradicionalmente no consideraban como objetivo principal la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño, es posible lograr progresos significativos en esas esferas. Deben utilizarse todas las formas de movilización social, incluido el uso eficaz de las enormes posibilidades de los nuevos medios de información y comunicación mundiales, para transmitir a todas las familias los conocimientos y técnicas necesarias para mejorar drásticamente la situación de los niños;
- v) Cada país debe establecer los mecanismos apropiados para reunir, analizar y publicar regular y oportunamente los datos necesarios para vigilar los indicadores sociales pertinentes al bienestar de los niños, tales como las tasas de mortalidad de recién nacidos, de niños menores de 1 año y de niños menores de 5 años, las tasas de mortalidad y fecundidad maternas, los niveles nutricionales, la cobertura de inmunización, las tasas de morbilidad en relación con enfermedades de importancia para la salud pública, la matrícula escolar, y las tasas de logro académico y de alfabetización, que registran los progresos alcanzados en pro de las metas establecidas en este Plan de Acción y los correspondientes planes de acción nacionales. Las estadísticas deben desglosarse por sexo para asegurarse de que se advierta y corrija cualquier desequilibrio en los programas que perjudique a las niñas y las mujeres. Es especialmente importante que se establezcan mecanismos para alertar rápidamente a los encargados de formular políticas sobre cualquier tendencia adversa a fin de poder adoptar medidas correctivas oportunas. Los dirigentes nacionales y los encargados de tomar decisiones deben examinar periódicamente los indicadores de desarrollo humano, tal como se hace con los indicadores de desarrollo económico;
- vi) Se insta a cada país a que reexamine sus actuales mecanismos para casos de catástrofes naturales y producidas por el ser humano que a menudo afligen en mayor medida a las mujeres y los niños. Se insta a los países que no tienen planes de emergencia adecuados para casos de catástrofe a que formulen dichos planes y busquen apoyo de las instituciones internacionales apropiadas en caso necesario;
- vii) Se podrían acelerar más los progresos en lograr las metas aprobadas en la Declaración de la Cumbre y en este Plan de Acción y se facilitarían enormemente las soluciones a muchos otros problemas importantes con los que tropiezan los niños y las familias si se aumentaran las actividades de investigación y desarrollo. Se pide a los gobiernos, la industria y las instituciones académicas que aumenten sus actividades de investigación básica operacional, con miras a lograr nuevos éxitos técnicos y tecnológicos, una movilización social más eficaz y una mejor prestación de los servicios sociales existentes. Entre los principales ejemplos de esferas en que la investigación es urgentemente necesaria cabe citar, en materia de salud, mejores técnicas de vacunación, el paludismo, el SIDA, las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas, las deficiencias nutricionales, la tuberculosis, la planificación de la familia y la atención del recién nacido. Asimismo, existen importantes necesidades de investigación en materia de desarrollo del niño en la primera infancia, educación, higiene y saneamiento básicos, y para hacer frente al trauma que tienen los niños que han sido separados de sus familias y los que se encuentran en otras circunstancias

especialmente difíciles. Dichas investigaciones deben incluir la colaboración entre instituciones de los países en desarrollo e instituciones de los países industrializados.

Acción a nivel internacional

35. Huelga decir que la acción a los niveles comunitario y nacional es de importancia crucial para lograr las metas y aspiraciones para los niños y el desarrollo. Sin embargo, muchos países en desarrollo, sobre todo los menos adelantados y los más endeudados, necesitarán una cooperación internacional sustancial para poder participar eficazmente en el esfuerzo mundial de supervivencia, protección y desarrollo del niño. En consecuencia, se proponen las siguientes actividades concretas para crear un ambiente internacional que permita la aplicación de este Plan de Acción.

- i) Se insta a todos los organismos de desarrollo internacionales, multilaterales, bilaterales y no gubernamentales a que examinen cómo pueden contribuir al logro de las metas y estrategias enunciadas en la Declaración y en este Plan de Acción como parte de una atención más general al desarrollo humano en el decenio de 1990. Se les pide que informen de sus planes y programas a sus respectivos órganos rectores antes del fin de 1991 y periódicamente de allí en adelante;
- ii) Se pide a todas las instituciones regionales, entre ellas las organizaciones políticas y económicas regionales, que incluyan el examen de la Declaración y de este Plan de Acción en el programa de sus reuniones, aun al más alto nivel político, con miras a concertar acuerdos para colaborar en su aplicación y continua supervisión;
- iii) Se solicita la plena cooperación y colaboración de todos los organismos y órganos de las Naciones Unidas y demás instituciones internacionales pertinentes para velar por el logro de las metas y objetivos de los planes nacionales contemplados en la Declaración de la Cumbre Mundial y el Plan de Acción. Se pide a los órganos rectores de todos los organismos interesados que se aseguren de que, dentro de sus esferas de competencia, dichos organismos presten todo el apoyo posible al logro de esos objetivos;
- iv) Se solicita la asistencia de las Naciones Unidas a fin de establecer mecanismos apropiados para

vigilar la aplicación de este Plan de Acción, utilizando expertos de las oficinas de estadística pertinentes de las Naciones Unidas, los organismos especializados, el UNICEF y demás órganos de las Naciones Unidas. Además, se pide al Secretario de las Naciones Unidas que haga arreglos en todos los niveles apropiados para realizar un examen a mitad de decenio de los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos que figuran en la Declaración y el Plan de Acción;

- v) En su carácter de principal organismo mundial en esta materia, se pide al Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia que prepare, en estrecha colaboración con los organismos especializados y demás organismos de las Naciones Unidas competentes, un análisis consolidado de los planes y actividades realizados por cada país y la comunidad internacional en apoyo de las metas de desarrollo relacionadas con el niño para el decenio de 1990. Se pide a los órganos rectores de los organismos especializados y órganos de las Naciones Unidas pertinentes que incluyan un examen periódico de la aplicación de la Declaración y de este Plan de Acción en sus períodos ordinarios de sesiones y que mantengan plenamente informada a la Asamblea General de las Naciones Unidas, por conducto del Consejo Económico y Social, de los progresos alcanzados y de las medidas adicionales necesarias en el correr de este decenio.

36. Las metas enunciadas en la Declaración y en este Plan de Acción son ambiciosas y la determinación necesaria para lograrlas exigirá esfuerzos continuos y formidables por parte de todos los interesados. Por fortuna, ya existen los conocimientos y las técnicas necesarias para alcanzar la mayoría de las metas. Los recursos financieros que harán falta son modestos en relación con los grandes logros que se podrían obtener. El factor más esencial, el suministro a las familias de la información y los servicios necesarios para proteger a los niños, actualmente está al alcance de todos los países y virtualmente de todas las comunidades. No hay causa que merezca más alta prioridad que la protección y el desarrollo del niño, de quien depende la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana. Así pues, la plena aplicación de la Declaración y de este Plan de Acción debe recibir alta prioridad en la acción nacional y la cooperación internacional.

APENDICE

METAS PARA LOS NIÑOS Y EL DESARROLLO EN EL DECENIO DE 1990

Las siguientes metas se han formulado tras extensas consultas en distintos foros internacionales, con la asistencia de prácticamente todos los gobiernos, los organismos de las Naciones Unidas pertinentes, incluidos la Organización Mundial de la Salud (OMS), el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), y un gran número de organizaciones no gubernamentales. Se recomienda que estas metas se cumplan en todos los países donde sean aplicables, ajustándose, según sea necesario, a la situación concreta de cada país en lo relativo al escalonamiento, las normas, las prioridades y la disponibilidad de recursos, y respetando las tradiciones culturales, religiosas y sociales. Se deben agregar a los planes de acción nacionales las metas adicionales que se apliquen especialmente a la situación concreta de cada país.

I. PRINCIPALES METAS DE SUPERVIVENCIA, DESARROLLO Y PROTECCIÓN DEL NIÑO

- a) Entre 1990 y el año 2000, reducción de una tercera parte de la tasa de mortalidad de niños menores de 1 año y menores de 5 años o hasta 50 y 70 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente, si ello representa una tasa de mortalidad menor;
- b) Entre 1990 y el año 2000, reducción del 50% de la tasa de mortalidad materna;
- c) Entre 1990 y el año 2000, reducción del 50% de la tasa de malnutrición grave y moderada de los niños menores de 5 años;
- d) Acceso universal al agua potable y a medios sanitarios de eliminación de excrementos;
- e) Para el año 2000, acceso universal a la educación básica y finalización de la enseñanza primaria por lo menos por el 80% de los niños en edad escolar;
- f) Reducción de la tasa de analfabetismo de adultos (cada país determinará el grupo de edad conveniente) a por los menos la mitad del nivel registrado en 1990, con especial interés en la alfabetización de las mujeres;
- g) Mejoramiento de la protección de los niños en circunstancias especialmente difíciles.

II. OBJETIVOS DE APOYO/SECTORIALES

A. Salud y educación de la mujer

- i) Atención especial a la salud y nutrición de las niñas, las mujeres embarazadas y las madres lactantes;
- ii) Acceso de todas las parejas a información y servicios para impedir los embarazos demasiado tempranos, poco espaciados, demasiado tardíos/demasiado numerosos;
- iii) 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;
- iv) Acceso universal a la enseñanza primaria, con especial interés en las niñas, y programas acelerados de alfabetización para las mujeres.

B. Nutrición

- i) Reducción de un 50% en los niveles de malnutrición grave y moderada registrados en 1990 entre los niños menores de 5 años;
- ii) Reducción de la tasa de bajo peso al nacer (2,5 kilogramos o menos) a menos del 10%;
- iii) Reducción de una tercera parte en los niveles de anemia por carencia de hierro registrados entre las mujeres en 1990;
- iv) Eliminación virtual de las enfermedades por carencia de yodo;
- v) Eliminación virtual de la carencia de vitamina A y sus consecuencias, inclusive la ceguera;
- vi) Lograr que todas las mujeres amamanten a sus hijos durante cuatro a seis meses y continúen la lactancia con la adición de alimentos complementarios hasta bien entrado el segundo año;
- vii) Institucionalización de la promoción del crecimiento y su supervisión periódica en todos los países para fines del decenio de 1990;
- viii) Difusión de conocimientos y de servicios de apoyo para aumentar la producción de alimentos a fin de garantizar la seguridad alimentaria familiar.

C. Salud infantil

- i) Erradicación mundial de la poliomielitis para el año 2000;
- ii) Eliminación del tétanos neonatal para 1995;
- iii) Reducción del 95% de las defunciones por sarampión y reducción del 90% de los casos de sarampión para 1995, en comparación con los niveles previos a la inmunización, como paso importante para erradicar a largo plazo el sarampión en todo el mundo;
- iv) Mantenimiento de un alto nivel de cobertura de inmunización (por lo menos el 90% de los niños menores de 1 año para el año 2000) 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;
- v) Reducción del 50% de las defunciones como consecuencia de la diarrea en los niños menores de 5 años y del 25% en la tasa de incidencia de la diarrea;
- vi) Reducción de la tercera parte de las defunciones a raíz de infecciones respiratorias agudas en los niños menores de 5 años.

D. Agua y saneamiento

- i) Acceso universal al agua potable;
- ii) Acceso universal a los medios sanitarios de eliminación de excrementos;
- iii) Eliminación de la enfermedad del gusano de Guinea (*dracunculiasis*) para el año 2000.

E. Educación básica

- i) Ampliación de las actividades de desarrollo en la primera infancia, incluidas intervenciones apropiadas y de bajo costo con base en la familia y en la comunidad;
- ii) Acceso universal a la educación básica y finalización de la enseñanza primaria para por lo menos el 80% de los niños en edad escolar, mediante la enseñanza escolar o la educación no académica con un nivel de aprendizaje comparable, haciendo hincapié en reducir las disparidades actuales en la educación de niños y niñas;
- iii) Reducción de la tasa de analfabetismo entre los adultos (cada país determinará el grupo de edad conveniente) a por lo menos el 50% del nivel que tenía en 1990, subrayando la alfabetización de las mujeres;
- iv) Mayor adquisición por parte de individuos y familias de los conocimientos, técnicas y valores necesarios para vivir mejor, que se les han de proporcionar a través de todos los cauces educativos, incluidos los medios de difusión y otras formas de comunicación y acción social modernas y tradicionales, cuya efectividad se medirá en función de los cambios en el comportamiento.

F. Niños en circunstancias particularmente difíciles

Ofrecer mejor protección a los niños en circunstancias particularmente difíciles y eliminar las causas fundamentales que conduzcan a tales situaciones.