



ALBOAN

# La reducción de la mortalidad infantil. Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo



Bizkaiko Foru  
Aldundia  
Diputación  
Foral de Bizkaia

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ETXEBERTZA ETA GIZARTE  
GABETAKO SAILA  
Gazarte, Gaiakiko Sailburuordetza  
Gazartei Larrikotzarako Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y  
ASUNTOS SOCIALES  
Viceministerio de Asuntos Sociales  
Dirección de Cooperación al Desarrollo



Esta publicación forma parte de una colección de 9 cuadernos sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Si tienes interés en profundizar en este tema disponemos también de otros materiales complementarios (cómic, pósters, investigaciones...), que los puedes solicitar en cualquiera de nuestras oficinas o en nuestra página web.

## ■ Materiales educativos ALBOAN

- o. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio:  
¿Herramienta para el cambio o desarrollo en rebajas? (2007)
- 1. Pobreza cero.  
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. (2007)
- 2. Educación primaria para todas y todos.  
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. (2007)
- 3. La promoción de la igualdad de los géneros.  
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. (2007)
- 4. La reducción de la mortalidad infantil.  
Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. (2007)

**La reducción de la mortalidad infantil.  
Más que un objetivo,  
un derecho para el desarrollo**



Edita:

**ALBOAN**

Padre Lojendio 2, 2º • 48008 Bilbao  
Tel.: 944 151 135 • Fax: 944 161 938  
alboanbi@alboan.org

Avenida Barañain 2 • 31011 Pamplona  
Tel.: 948 231 302 • Fax: 948 264 308  
alboanna@alboan.org

C/ Ronda, 7, 4º I • 20001 San Sebastián  
Tel.: 943 275 173 • Fax: 943 320 267  
alboangi@alboan.org

[www.alboan.org](http://www.alboan.org)

Autoría: José Ojesto Garzón, Jon Ander Vázquez y **ALBOAN**

Fecha: Octubre 2007

Diseño y Maquetación: Marra, S.L.

Imprime: Lankopi S.A.

Depósito Legal: BI-3003-07

ISBN: 978-84-611-9819-1

---

Se autoriza la reproducción parcial de esta obra, siempre que ésta no tenga fines comerciales y la fuente sea citada,

# Índice

<b>La reducción de la mortalidad infantil.</b>	
<b>Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo. JOSÉ OJESTO GARZÓN</b>	5
I. Avances sí, pero insuficientes	5
II. Las causas de la mortalidad Infantil	7
III. El doble dividendo de la igualdad de género	9
IV. UNICEF y la mortalidad infantil	11
V. Panamá, todo un reto por delante	12
<b>Preguntas o cuestiones para el debate</b>	19
<b>Hamzá: la esperanza es lo último que se pierde. JON ANDER VÁZQUEZ</b>	21
<b>Glosario</b>	25





## La reducción de la mortalidad infantil. Más que un objetivo, un derecho para el desarrollo

*José Ojesto Garzón\**

El objetivo del presente artículo no es otro que servir de espacio de reflexión sobre el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), a través del análisis del estado de la mortalidad infantil y del cumplimiento del ODM 4. Trataré de realizar un análisis en picado desde un nivel global, pasando por el regional, y prestando especial atención al caso de Panamá, país en el que trabajo desde hace tres años, directamente vinculado a este tema. Asimismo trataré de resaltar la importancia que ocupa la inversión en la infancia y en la mujer en un desafío tan ambicioso como posible. Muestra de ello, es el buen trabajo realizado ya en muchos países, entre los cuales América Latina ocupa gran protagonismo. Sin embargo, dichos avances se están produciendo de forma desigual e insuficiente, tanto entre las diferentes regiones del mundo, como dentro de ellas. Además, la propia definición de los ODM carece de metas vinculadas a la eliminación de la desigualdad y la exclusión, invisibilizando así gran parte de la realidad existente dentro de los países.

### I. AVANCES SÍ, PERO INSUFICIENTES

A través del cuarto ODM los estados se han propuesto reducir en dos terceras partes la tasa de mortalidad de los niños y niñas menores de 5 años entre 1990 y 2015. Los datos indican que se han producido avances mundiales en la supervivencia infantil desde 1990, pero también vemos discrepancias importantes entre regiones y países, así como dentro de los mismos países. Hoy, la probabilidad de que los niños y las niñas mueran antes de cumplir cinco años es la mitad que hace 40 años. A comienzos de la década de 1960, cerca de uno de cada cinco

---

\* José Ojesto Garzón es Oficial de Monitoreo y Evaluación, UNICEF Panamá.

menores moría antes de cumplir los cinco años. En 2002, la tasa mundial de mortalidad de menores de cinco años descendió a menos de 1 por cada 12, aproximadamente un 50% de reducción. Se trata de un gran avance, sin embargo la tasa sigue siendo inaceptable.

Es inaceptable, entre otras cosas, porque el mundo sabe lo que hace falta para mejorar la salud y la supervivencia infantiles. Millones de niños y niñas podrían salvar su vida en los primeros años gracias a medidas básicas y rentables como las vacunas, los antibióticos, la administración de micro nutrientes o los mosquiteros tratados con insecticida. Estas medidas deberían venir acompañadas de políticas igualmente básicas y rentables, aunque a más largo plazo, como son la mejora en el acceso y la calidad de los servicios de salud y educación para todas las personas, a través de instalaciones, personal, programas comunitarios, que traerían de inmediato un adecuado control del embarazo, una mejora en la práctica de la lactancia materna y las pautas básicas en salud, higiene y nutrición, y por supuesto, la asistencia médica necesaria y el mejor desarrollo para los niños y niñas del mundo.

Tras 70 años de lucha contra la mortalidad infantil hoy sabemos que es posible su superación, los hechos lo demuestran: la administración de suplementos de vitamina A salva un cuarto de millón de vidas al año, la terapia de rehidratación oral puede evitar un millón de muertes, los programas de inmunización protegen la vida a cerca de 4 millones de niños y niñas, las crecientes revisiones prenatales así como la mejora en la preparación de la asistencia al parto está salvando la vida a millones de madres y recién nacidos y nacidas. Países como Brasil nos han demostrado que reducir la mortalidad en dos terceras partes es posible. Entonces nos preguntaremos, ¿cómo es posible que mueran anualmente 11 millones de niños y niñas? Como vemos, hay iniciativas que salvan millones de vidas, sin embargo y, lamentablemente, hay muchas más que las condenan. La mortalidad infantil va de la mano de la pobreza y la inequidad.

A pesar del compromiso de todos los Estados para reducir la mortalidad infantil en dos terceras partes, el progreso es muy desigual. Según las proyecciones de UNICEF para el año 2002<sup>1</sup>, año que marca la mitad del periodo, 53 países en desarrollo alcanzarán el ODM 4, mientras que 91 no lo conseguirán. Las posibilidades que tienen los niños y las niñas de sobrevivir difieren de manera considerable según dónde hayan nacido.

---

<sup>1</sup> UNICEF, *Progreso para la Infancia*, 2004.



En 2002, 7 de cada 1.000 niños y niñas en los *países industrializados* murieron antes de cumplir los cinco años. En el otro extremo, en *África subsahariana*, 174 de cada 1.000 murieron antes de cumplir los cinco años, es decir 1 de cada 6. En *ECE/CEI* y *estados Bálticos*, con solamente ocho excepciones, la mayoría de los países no alcanzará el ODM 4. En *Asia meridional*, *Asia oriental* y *el Pacífico* se han logrado progresos constantes desde comienzos de 1990, pese a ello, la reducción no logra garantizar el cumplimiento de este ODM. A diferencia de la mayoría de las regiones, *América Latina* y *el Caribe* consiguió un buen ritmo de reducción en la década de los 90 con una tasa del 4%, mientras que ninguna otra región alcanzó una tasa igual o superior al 3%. Pese a ello, 21 de los 37 países no llegó ni al 50% de reducción necesaria para alcanzar la meta<sup>2</sup>. Los promedios regionales en esta región esconden disparidades considerables. Algunos países como Cuba, Chile y Costa Rica, muestran niveles de mortalidad infantil que se acercan a los países desarrollados. Otros, como Haití y Bolivia registran tasas que llegan a duplicar el promedio regional de 25,6 por mil.

En líneas generales el progreso parece insuficiente. La meta requiere para su cumplimiento que todos los años se logre una tasa media de reducción de un 4,4%. Cada año que un país registra una tasa por debajo de ese porcentaje, necesita aumentar la tasa de reducción en los años que quedan hasta el 2015. Cuando se estableció la meta, a finales de 2000, ya era evidente que los países que no se habían mantenido firmes durante los años 90 tendrían que intensificar sus medidas entre 2000 y 2015, en algunos casos, duplicando la tasa media de reducción para alcanzar el objetivo.

## II. LAS CAUSAS DE LA MORTALIDAD INFANTIL

Alrededor de 11 millones de niños y niñas mueren cada año por causas que se podrían evitar fácilmente. Algunas muertes son el resultado directo de las enfermedades –infecciones agudas de las vías respiratorias, enfermedades diarreicas, paludismo, sarampión– y otras, se deben a causas indirectas como los conflictos, la marginación y el VIH-SIDA. La desnutrición y la falta de agua potable y saneamiento contribuyen a más de la mitad de las muertes. La exclusión y la pobreza están relacionadas con todas ellas.

Profundizando en las causas de la mortalidad infantil de menores de cinco años en las diferentes regiones del mundo, vemos que *África subsahariana* presenta

---

<sup>2</sup> *Boletín Epidemiológico*, Vol.22 N°2, junio 2001, OPS.

las peores condiciones perinatales. Estas son aún la principal causa de muerte entre los y las recién nacidas. Sin embargo, las infecciones y las enfermedades son las principales causantes de las muertes en menores de cinco años. La lucha contra la diarrea se ve dificultada por el decreciente acceso a agua potable así como a infraestructura necesaria para asegurar la salud pública. El VIH-SIDA es responsable de la muerte de un 8% de los niños y niñas, más del doble del promedio mundial. La extrema pobreza, tan generalizada en estos países, es el primer condicionante de esta situación, traducida en la falta de servicios esenciales adecuados en el hogar, por el grave deterioro del medio ambiente y por la falta de infraestructura en salud y recursos básicos, etc.

En *Asia Meridional*, la deficiente atención perinatal es la razón principal de la mortalidad de menores de cinco años, representando una tercera parte de todas las muertes. Las infecciones agudas de las vías respiratorias y las enfermedades diarreicas son las otras dos causas principales de muerte. En términos proporcionales la diarrea, como causa inmediata de mortalidad infantil, presenta sus peores tasas en esta región.

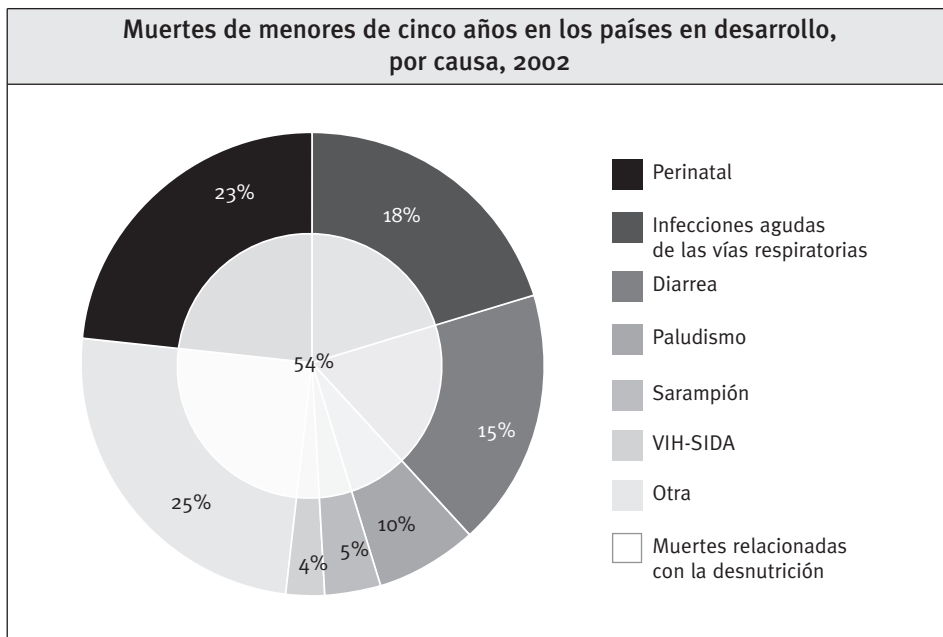
Como se dijo anteriormente, la desnutrición y la falta de agua potable contribuyen a más de la mitad de estas muertes (53%), es decir, a 5,6 millones de niños y niñas cada año. *América Latina y el Caribe* también se han visto afectadas por esta tendencia. Aunque la población subnutrida se redujo de un 13% a un 10%, vimos como algunos países como Guatemala, Panamá o Venezuela muestran rezagos importantes. En cuanto al agua potable igualmente la región logró un incremento de la cobertura del 6% (del 83% al 89%)<sup>3</sup>. Pese a ello hoy viven en la región casi 80 millones de personas sin acceso a servicios de agua potable y más de 100 millones sin servicios de saneamiento.

Desgraciadamente los ODM no incluyen ninguna meta sobre la desnutrición crónica, la cual es uno de los indicadores más representativos de la extrema pobreza en esta región. La desnutrición crónica además, puede tener efectos de por vida, afectando no solo a la salud, sino también a la educación y el desarrollo integral de la niñez. Los niños y niñas desnutridos tienen menos resistencia a infecciones y más probabilidades de morir a causa de dolencias comunes de la infancia, como las enfermedades diarreicas y las infecciones de las vías respiratorias. Los y las que sobreviven pueden quedar atrapados en un círculo vicioso de enfermedades recu-

---

<sup>3</sup> UNICEF TACRO, *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio tienen que ver con la infancia. Avances y desafíos en América Latina y el Caribe*, 2005.

rrentes y alteración del crecimiento, a menudo, con daños irreversibles en su desarrollo cognitivo y social. Esto nos lleva a pensar que para alcanzar cualquiera de los ODM es esencial afrontar el problema mundial de la desnutrición.



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS).

### III. EL DOBLE DIVIDENDO DE LA IGUALDAD DE GÉNERO

Tras un breve análisis sobre las causas de la mortalidad infantil podemos concluir que todas ellas derivan a su vez de la pobreza y la exclusión, las cuales conllevan la falta de una buena alimentación, la falta de un hogar o entorno saludable, la falta de agua potable, la falta de acceso a la salud o a la educación de calidad y, en definitiva, la falta de un entorno protector. Todos estos condicionantes multiplican indudablemente el riesgo durante los primeros años de vida.

Para cambiar esta situación, sería necesario en primer lugar promover un cambio de prioridades en la política de los países. En esta línea la inversión en la infancia y en la mujer es la mayor inversión que un país puede hacer no solo para salvar a sus niños y niñas, sino para desarrollar su sociedad, sus instituciones, su economía y su mercado. Así se hace imprescindible destacar el papel de la mujer en el

desarrollo de los países. Kofi Annan, ex-Secretario General de la Naciones Unidas aseguraba recientemente: *“un estudio tras otro nos ha enseñado que no existe un instrumento para el desarrollo más eficaz que la autonomía de la mujer. Ninguna otra política tiene las mismas posibilidades de aumentar la productividad económica o de reducir la mortalidad en la infancia y la mortalidad derivada de la maternidad. Ninguna otra política tiene la misma fuerza para mejorar la nutrición y promover la salud, incluida la prevención del VIH-SIDA. Ninguna otra política tiene el mismo poder para aumentar la posibilidades educativas de la próxima generación...”*<sup>4</sup>. Las mujeres son las cuidadoras principales de las niñas y los niños, las que pasan más tiempo con ellos y ellas, y por lo tanto las que les crían y enseñan durante sus primeros años de vida, especialmente en las sociedades más tradicionales y patriarcales (la gran mayoría). Para los niños y niñas, las personas más importantes en el mundo no son las dirigentes políticas ni las directoras de los organismos de desarrollo, sino sus madres, padres, cuidadoras y cuidadores, que toman todos los días decisiones domésticas fundamentales.

Muchas investigaciones demuestran que los hombres y las mujeres no tienen las mismas prioridades en casa, ni en la administración de los recursos. Las mujeres, por lo general, consideran más importante el bienestar, y utilizan su influencia y los recursos que controlan, para promover las necesidades de la familia, en especial de los niños y niñas<sup>5</sup>. Es por ello que el bienestar de la mujer interfiere directamente en el bienestar de los niños y niñas. Las mujeres sanas, instruidas y con poder, tienen más posibilidades de criar hijos e hijas sanas, educadas y seguras de sí mismas.

En esta línea está demostrado que el índice de mortalidad infantil en los menores de cinco años disminuye a la mitad entre las madres con educación primaria. Las investigaciones muestran que las mujeres con estudios son menos propensas a morir de parto y más proclives a enviar a sus niños y niñas a la escuela. Además, las mujeres suelen ser las primeras en reconocer las enfermedades infantiles y procurar su tratamiento (visita al médico, compra de medicamentos, etc.). Diversos estudios de casos particulares llevados a cabo en el mundo en desarrollo indican que las mujeres que tienen una mayor influencia sobre las decisiones domésticas pueden mejorar considerablemente la situación alimentaria de sus hijos e hijas. Valga como ejemplo el estudio llevado a cabo por el Instituto Internacional de Investigaciones sobre Política Alimentaria, según el cual si los

---

<sup>4</sup> UNICEF, *Prólogo del Estado Mundial de la Infancia*, 2007.

<sup>5</sup> UNICEF, *Estado Mundial de la Infancia 2007: La mujer y la Infancia*.

hombres y las mujeres tuviesen la misma influencia en la toma de decisiones, la incidencia de bajo peso entre los niños y niñas menores de tres años en Asia meridional descendería hasta 13 puntos porcentuales, lo cual significaría 13,4 millones menos de niños y niñas desnutridos en la región; en África subsahariana, otros 1,7 millones de niños y niñas estarían adecuadamente alimentados<sup>6</sup>.

En definitiva y como conclusión diríamos que cuando las mujeres carecen de derechos humanos y permanecen excluidas de la toma de decisiones tanto en el hogar, en el lugar de trabajo, como en el ámbito político, sus países sufren las consecuencias.

#### IV. UNICEF Y LA MORTALIDAD INFANTIL

Tras 70 años de vida UNICEF continúa en la vanguardia de la supervivencia y el desarrollo de la infancia. UNICEF fue creado en 1946 directamente vinculado a la supervivencia infantil, con el propósito de apoyar a los niños y niñas europeas víctimas de la Segunda Guerra Mundial. Pese a que a finales de la década de los 50 amplió su mandato, confirmando además su existencia como órgano permanente, UNICEF mantendrá sus siglas originales hasta el día de hoy: Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia, como vemos totalmente relacionadas con la supervivencia infantil. En el año 1959 la Asamblea General aprueba la Declaración de los Derechos del Niño, centrada en el derecho a la educación, la atención de la salud y la nutrición, la cual fue consumada en 1989 fecha de la Declaración de los Derechos del Niño, ratificada por 192 estados (ninguna otra convención o tratado ha tenido tantas ratificaciones en la historia). Años antes, en 1982, se produjo la llamada *revolución por la supervivencia y el desarrollo de los niños*. UNICEF puso en marcha una campaña global para salvar la vida a millones de niños y niñas mediante programas de lucha contra la deshidratación causada por la diarrea, de inmunización infantil y de apoyo a la lactancia materna y a la nutrición adecuada.

En la actualidad UNICEF, en su misión de promover los derechos de la infancia, ha definido cinco prioridades estratégicas para el periodo 2006-2009 (Medium Term Strategic Plan) entre las cuales están la supervivencia y el desarrollo. El resto de las prioridades son la educación básica e igualdad de género, el VIH-SIDA, la protección frente a la violencia, la explotación y el abuso y, por último, la promoción de políticas y alianzas a favor de los derechos del niño y de la niña.

---

<sup>6</sup> UNICEF, *ibidem*.

Centrándonos en los aportes concretos de UNICEF en la lucha contra la mortalidad infantil, destacaría en primer lugar, la introducción y generalización de tecnologías baratas y de fácil acceso. Entre ellas destacamos los programas de inmunización, la distribución de Vitamina A y la terapia de rehidratación oral (ORS). Como adelanté al inicio del artículo, estas tecnologías han salvado y continúan salvando la vida de millones de niños y niñas al año.

Más allá de lo que estos programas pudieran parecer, la acción de UNICEF en materia de mortalidad y supervivencia se caracteriza por su integralidad. El enfoque de derechos arranca desde el principio de integralidad, interrelacionando todos los derechos entre sí, de forma que la violación de uno de ellos impacta directamente en todos los demás. De la misma forma, no se entiende la realización de uno de ellos sin la consecución del resto. En esta línea, la primera prioridad estratégica de UNICEF es: *supervivencia infantil y desarrollo*, siendo el desarrollo integral temprano de la Infancia una de las áreas temáticas de mayor incidencia en este área. Esta nos confirma que el mejor comienzo de la vida de los niños y niñas requiere intervenciones en muchos campos distintos tales como la nutrición y la lactancia materna, la higiene y el buen uso del agua, la protección y el buen trato, las prácticas de buena crianza, la adecuada educación y estimulación desde los primeros meses, etc. Este área se enfoca en el fortalecimiento de la familia y la comunidad para mejorar el cuidado y la crianza de los niños y niñas, construyendo además una capacidad en los países para sostener el impacto de las intervenciones.

Por último y enfocándonos en la última de las prioridades estratégicas, es decir la *promoción de las políticas y alianzas en favor de los Derechos del Niño*, concluiría que el trabajo de UNICEF no se puede entender desde proyectos aislados, sino a través de políticas nacionales, los sistemas, las instituciones y la gestión presupuestaria de tal forma, como dije anteriormente, que cualquier acción pueda llegar a ser sostenible más allá de la vida de un proyecto o de una legislatura.

## **V. PANAMÁ, TODO UN RETO POR DELANTE**

Cuando se planteó la idea de escribir este trabajo sobre el ODM 4, nos pareció interesante acercarnos a la realidad de los países en desarrollo ante dicho reto y más concretamente, desde un país que, en líneas generales, pareciese bien encaminado, y sin embargo pudiese exhibir las luces y las sombras de los propios

ODM revelándolos como lo que son; un acuerdo de mínimos, un primer paso colectivo. En este sentido, Panamá parecía reunir las condiciones.

Me permito comenzar este capítulo dedicado a Panamá con dos párrafos referidos a las notas personales tomadas a mi llegada al país, a principios de 2004. Espero que esta primera foto de Panamá ayude al lector a comprender la dimensión de la inequidad y su importancia en el desarrollo del país.

Si me pidiesen describir a Panamá con una sola palabra lo haría con un simple signo de interrogación. No he parado de hacerme preguntas desde el día, o más bien la noche en que llegué a este país, hace ya casi tres años. Aún no me había bajado del carro que me transportaba desde el aeropuerto de Tocumen hacia la ciudad y ya estaba inquietado al contemplar la cantidad y altura de los rascacielos de Paitilla y la zona bancaria, como si se tratase de una broma, un decorado, que en absoluto me esperaba en un país centroamericano. Asimismo me deslumbró la suntuosidad y lujo descarado de sus carros que, como yates rodantes, fondeaban en la puerta de cualquier restaurante o parking antisísmico de cualquier abarrotado mega centro comercial de la ciudad. ¿Qué había venido yo a hacer a este próspero país? ¿Cómo serían las personas de este pequeño, húmedo y cálido istmo? ¿Mirarían al norte o mirarían al sur? ¿O simplemente se mirarían a sí mismas? ¿Cuáles serían sus preocupaciones? ¿Cuáles serían los problemas cotidianos de la política nacional? ¿Sería el canal un beneficio para toda la ciudadanía? ¿Realmente es un país tan desarrollado como parece?

La verdad es que eran muchas preguntas para ser respondidas a corto plazo, sin embargo, el sol de la mañana siguiente ya dejó entrever algunas de las respuestas, o parte de las realidades de este lindo y castigado país. Aquellos grandes rascacielos me revelaron su cartón piedra, y no me refiero a sus fuentes de financiación, sino a su patio trasero. Las barriadas de San Sebastián y Bocalacaja, dignas de cualquier suburbio de Nairobi, resisten en el subsuelo del barrio más rico de la ciudad, pared con pared, cristal con fango, caviar con hambre, champagne con agua contaminada, blanco con negro (o indígena). Era evidente, los datos tan solo lo confirmaron: Panamá es un país muy centralizado, cuya economía de servicios gira directa o indirectamente en torno al canal. Panamá posee la quinta sociedad más desigual de Latinoamérica. Eso quiere decir que el 20% más rico tiene un ingreso familiar 32 veces más alto que el 20% más pobre, pero además con una peculiaridad: Panamá tiene tan solo 3.300.000 habitantes. No hay que ser muy ilustrado para calcular que su presupuesto nacional, de 6.600 millones

de dólares al año, dividido entre el número de habitantes, nos sale a 2.000 dólares que cada persona ciudadana tendría en acciones dentro de dicho presupuesto. Lastimosamente no todas las personas son consideradas ciudadanos y ciudadanas con derechos.

La inequidad o la mala distribución de los recursos es el factor más determinante de la pobreza y de las barreras a un desarrollo sostenible en Panamá. El mayor reto que enfrenta el país para superar la pobreza no descansa solamente en el aumento del gasto público y la inversión social, sino en la racionalización del gasto y en una inversión verdaderamente estratégica, que asegure que los recursos llegan a las personas más pobres, y contribuyen realmente a cambiar sus vidas. Los y las más golpeadas son como siempre las personas más débiles, los y las niñas, las personas indígenas y afro-descendientes. Un 36,8%<sup>7</sup> de los y las panameñas es pobre, y más de medio millón de personas (16,6% de la población) se encuentra en situación de extrema pobreza, es decir, subsistiendo con menos de 1,4 dólares diarios<sup>8</sup>. En las áreas indígenas la situación rebasa con creces la línea de la vergüenza: casi la totalidad de sus habitantes es pobre (98,4%), encontrándose además casi todos en extrema pobreza (90%).

El efecto más devastador de la inequidad es la ausencia de una casa, una educación y una salud de calidad para todas las personas. Las poblaciones excluidas ni siquiera pueden disfrutar de esos derechos. Cuando hablamos de salud de calidad nos referimos a multitud de factores tales como instalaciones adecuadas, fácilmente accesibles, suficiente personal bien formado y actualizado prestando una buena atención, medicamentos accesibles, programas comunitarios de información y capacitación suficientemente divulgados (educación sexual, parteras, higiene y tratamiento del agua, lactancia materna), acceso a los alimentos, etc. Les invito a profundizar en este tema a través de uno de los indicadores más significativos en los análisis sobre el estado de salud de la población: la mortalidad infantil, la cual además posee gran importancia política y estratégica, dada la incidencia de ésta en la esperanza de vida. De esta forma, las mejoras en la esperanza de vida, reflejan en sentido amplio, el impacto de los esfuerzos por reducir la mortalidad infantil y todos los factores relacionados con ella.

Las tasas de mortalidad infantil (TMI) han disminuido increíblemente en Centroamérica desde los años 60, pasando de 80‰ nacimientos vivos a un 65‰

---

<sup>7</sup> MEF, *Principales resultados de la Encuesta de Niveles de Vida-2003*, edición revisada, 2005.

<sup>8</sup> MEF, *Ibidem*.



en el periodo 1980-85, y a un 35% en el año 2000. Pese a este gran avance, los promedios suelen enmascarar las importantes diferencias existentes en el interior de los países. Esta es sin duda una de las grandes carencias en la formulación de los ODM, pese a ello y ateniéndonos a los números absolutos, las tendencias actuales apuntan hacia un cumplimiento de la meta en el año 2045, 30 años después de lo acordado, lo cual se traduce en un costo humano de 41 millones de muertes infantiles más<sup>9</sup>.

En esta línea, el segundo Informe de los ODM en Panamá<sup>10</sup> subraya la ausencia de avances significativos en la reducción de la mortalidad infantil, y las serias dificultades que enfrenta el país para conseguir esta meta<sup>11</sup>. La tasa de mortalidad de menores de 5 años, ha mostrado un lento dinamismo; de 24,3 en 1990 a 20,8 en 2003, llegando en algunas regiones a superar los 50 por mil, y por lo tanto igualando a países como Bangladesh o Bolivia (55,4 en la Comarca Ngöbe-Bugle), lo que indica que los avances no parecen suficientes para lograr la meta de 8,02 para el año 2015. Los otros dos indicadores de esta meta no son más esperanzadores; la tasa de mortalidad infantil (menores de 1 año) tampoco va por el camino de alcanzar su objetivo, y la cobertura de vacunación contra el sarampión, en vez de incrementarse, ha disminuido considerablemente (de 96,7% en el 2000, a 83,3% en 2003). El informe incluye además la recomendación de incorporar la multiculturalidad entre los principios de la oferta sanitaria.

En mi propósito de hacer la mejor foto de la inequidad, así como del significado que tiene en la vida cotidiana de muchos panameños y panameñas, me dirigí a la Comarca Indígena Ngobé-Buglé con destino a Soloi, Corregimiento del Distrito de Besigó, en el cual se encuentra uno de los centros rurales de salud más importantes. El intransitable camino ya hablaba por sí solo, el cual tras innumerables barrancos, agujeros, escarpadas pendientes y lodazales, nos condujo al centro de salud situado en la entrada de la comunidad (posteriormente me enteré que las obras de la carretera ya están aprobadas, y que ésta sería construida en el 2007). Cien metros antes de llegar, me llamó la atención un grupo de jóvenes que bajaba la colina cargando un enfermo, el cual colgaba de una improvisada camilla hecha con dos palos y una red. Me pregunté cuántas horas llevarían caminando. La falta de acceso a los centros de salud hace que muchas mujeres tengan a sus hijas e hijos en

---

<sup>9</sup> Alianza Española contra la pobreza, [www.rebelateconralapobreza.org](http://www.rebelateconralapobreza.org)

<sup>10</sup> GABINETE SOCIAL DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SISTEMA DE NACIONES UNIDAS, *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Segundo Informe*, Panamá, 2005.

<sup>11</sup> Meta nº 5 de los ODM: "Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años".

casa, en condiciones de alto riesgo. Yeisi García, enfermera encargada del centro, me comentó que al menos la mitad de las mujeres de la Comarca no son atendidas por personal capacitado sino por sus mamás, abuelas, tías, maridos e incluso por ellas mismas. El acceso también impide que muchas de ellas puedan trasladarse para hacer sus revisiones, en muchos casos, de vital importancia.

Una vez superado el acceso, era evidente la falta de recursos materiales y humanos. Los y las propias profesionales del centro me revelaron la falta de personal en el centro así como su necesidad de capacitación permanente, la cual habiendo escuchado también a algunas madres, necesita realmente de un enfoque multicultural. A pesar de ello los partos han aumentado en los centros de salud y en los hospitales. Sin duda, el ingente trabajo realizado por los y las responsables del ministerio de salud en este área está dando sus frutos, sin embargo no podemos sentirnos del todo satisfechos; estadísticas recientes revelan un creciente deterioro de la mortalidad materna en Latinoamérica desde el año 1990, exacerbado en áreas rurales e indígenas, pese al aumento de los partos en centros sanitarios. Panamá no escapa de esta tendencia.

El ministerio de salud es consciente de ello, y ha puesto en marcha iniciativas de emergencia con buenos resultados, como el programa de localización de mujeres en avanzado estado de gestación, ubicadas en áreas inaccesibles. Estas, tras ser localizadas, son monitoreadas y acompañadas a los centros o a las casas de espera. Otra de las iniciativas interesantes es el programa de formación de parteras dirigido a aumentar la cobertura en lugares de difícil acceso. Ya se han formado 300 mujeres, sin embargo este número es insuficiente para cubrir las necesidades. Según algunas y algunos profesionales con los que conversé, el programa ha quedado sin seguimiento. De todas formas, más allá de las posibilidades de estas buenas prácticas, no dejan de ser iniciativas de transición. La calidad de la atención sanitaria debería comenzar por la cobertura y calidad de los centros de salud, la cual depende en gran medida de sus profesionales. El corregimiento de Soloi es afortunado en ese sentido; parece que muy pronto comenzará la construcción de su centro materno infantil, el cual espero que se complete con una buena dotación de profesionales. Lamentablemente pocos corregimientos de la comarca tienen centro de salud, y tan solo uno goza de un centro materno infantil.

Otro factor no menos decisivo es la ausencia de una educación de calidad, significativa, inclusiva y participativa. Sin duda una educación de calidad promoverá una escuela que se adapte al niño y a la niña, y no que el niño o la niña se adap-

te a la escuela. La incidencia de la pobreza total en este país entre las personas de 10 años y más, que no saben leer y escribir (71.8%), es más de dos veces que en aquellas que leen y escriben (30.3%)<sup>12</sup>. Panamá casi ha alcanzado la educación primaria universal, sin embargo esto no parece ser suficiente para desarrollar el conocimiento, la creatividad y la capacidad de innovación necesaria.

La población indígena ni siquiera tiene la alfabetización asegurada, y por lo tanto, carece de la primera piedra para salir de la pobreza. En la Comarca Ngobé-Buglé solo alrededor de la mitad de la población está alfabetizada (54,1%)<sup>13</sup>. La educación para la salud, y en concreto la educación sexual y las pautas saludables, podrían en poco tiempo dar la vuelta a esta situación. La falta de éstas en la familia o en el colegio genera problemas tan relevantes como el alto número de embarazos adolescentes, el número de hijos e hijas por mujer, las enfermedades víricas, el rechazo de los anticonceptivos, las malas prácticas durante el embarazo y el parto, o las infecciones provocadas tanto por la mala nutrición, por la ingestión de agua no potable, como por la ausencia de hábitos saludables. La falta de higiene tanto en las personas como en sus viviendas (sucias, poco aireadas y ahumadas de forma permanente) multiplica enormemente el número de infecciones respiratorias y diarreas, las cuales precisamente son una de las principales causas de enfermedad y muerte entre los niños y niñas entre 0 y 5 años.

El ministerio de salud ha promovido buenos programas comunitarios, como por ejemplo el programa de promotores y promotoras de salud, que lleva la información necesaria a las comunidades en su idioma, facilitando actividades de captación, atención primaria, registro, control de vacunas, etc., asimismo se inició un programa de salud sexual reproductiva en los colegios. Sin embargo la cobertura de estos programas es limitada, como lo es también su presupuesto. La prevención y la promoción, en teoría el fuerte de la salud pública, son las áreas con más carencias financieras. Yeisi, la enfermera del centro que entrevisté, insistía en la imposibilidad de trabajar en prevención con el presupuesto actual, el cual a duras penas llegaba para atender a las personas enfermas.

Entre los grandes temas tampoco debemos olvidar la desnutrición, la cual incide decisivamente en la mortalidad. No en vano más de la mitad de las muertes infantiles en Latinoamérica y el Caribe son causadas directa o indirectamente por el ham-

---

<sup>12</sup> MEF, *Principales resultados de la Encuesta de Niveles de Vida-2003*, 2005.

<sup>13</sup> GABINETE SOCIAL DE LA REPÚBLICA DE PANAMÁ, SISTEMA DE NACIONES UNIDAS, *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Segundo Informe*, Panamá, 2005.

bre y la desnutrición<sup>14</sup>. La disponibilidad de alimentos ha disminuido en los últimos años, debido al incremento de su precio, los bajos salarios y el alto desempleo. Prueba de ello es la incidencia de bajo peso entre los niños y niñas menores de 5 años. Panamá es el único país de todas las Américas cuya tasa media anual de reducción (de bajo peso) no ha variado e incluso ha empeorado<sup>15</sup>. De esta forma, persisten regiones con niveles de desnutrición entre el 55% y el 72% (Kuna Yala, Darien, etc.), con una alimentación basada en arroz, frijoles, yuca, guineo, maíz y café, donde rara vez se come proteína animal y tan solo el 50% tiene agua potable.

Dos programas recientemente iniciados por el gobierno muestran ya buenos resultados. Tanto el programa “Red de Oportunidades”, como el desarrollado por la Secretaría Nacional para el Plan Alimentario Nacional “SENAPAN”, transfieren bonos alimenticios condicionados, aliviando las carencias nutricionales, y consiguiendo además aumentar la matrícula escolar, la asistencia a los centros de salud, la cobertura de vacunación, el registro de nacimientos, etc. Pese a los buenos resultados, parece que el problema radica tanto en su perfil asistencialista como en su falta de sostenibilidad. Sin duda se trata de programas que suman en el camino hacia el desarrollo, sin embargo éste está más cerca de la calidad de la educación y la calidad de la oferta sanitaria, que de la cantidad de matrícula escolar, o el número de visitas al médico.

En conclusión y continuando con la reflexión sobre los programas de lucha contra la pobreza, dirigidos en parte al cumplimiento de las metas del milenio, hay que destacar los buenos resultados obtenidos, los cuales sin duda están consiguiendo al menos aliviarla. Sin embargo tanto la pobreza como la mortalidad infantil, necesitan ser abordadas de forma integral, y sólo serán combatidas eficientemente a través del desarrollo social, la modernización de las instituciones y la cultura de rendición de cuentas. Asimismo dependerán de las prácticas democráticas que garanticen los derechos, incluyendo la participación ciudadana, de las inversiones a largo plazo, de la inclusión de las comarcas indígenas en la política nacional (¿son o no son parte de Panamá?). Es una lástima que los Objetivos del Milenio carezcan de metas relacionadas con la igualdad. Sin un compromiso de todos los países para acabar con los niveles de desigualdad que poseen, va a ser realmente difícil que estos bajen sus niveles de pobreza, o al menos lo hagan de forma sostenida, y por lo tanto, no solo alcancen las metas del milenio sino logren mantenerlas.

---

<sup>14</sup> FAO, *Informe Anual del 2005: El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo*.

<sup>15</sup> UNICEF, *Progreso para la Infancia. Un balance sobre la Nutrición*, 2006.



## PREGUNTAS O CUESTIONES PARA EL DEBATE Y LA ACCIÓN

- ¿Qué elementos te han parecido novedosos en el texto?
- ¿Qué aspectos te han sorprendido?
- ¿Cuáles añadirías?
- Realiza un mapa conceptual identificando las causas que generan la desigualdad en la mortalidad infantil y las consecuencias de esta falta de acceso. ¿Qué puedes observar? Compáralo y enriquecelo con el resto del grupo.
- ¿Cuáles son los grupos más vulnerables? ¿Qué se puede hacer para facilitarles su situación?
- Conoce los datos de la realidad de desigualdad en la mortalidad infantil en el mundo analizando los aspectos que se presentan en el texto: acceso a educación, ingresos, personal médico por habitante... y lo que te parezca relevante. O investiga más en profundidad sobre Panamá e identifica regiones más vulnerables y menos a la mortalidad infantil y los por qué.
- Analiza información aparecida en medios de comunicación: noticias, publicidad... ¿aparecen noticias sobre este tema? Las que aparecen ¿qué enfoque tienen?, ¿presentan las causas, las consecuencias, proponen soluciones?

- ¿Qué te sugiere el comentario del Ex Secretario General de Naciones Unidas Kofi Annan: “Un estudio tras otro nos ha enseñado que no existe un instrumento para el desarrollo más eficaz que la autonomía de la mujer. Ninguna otra política tiene las mismas posibilidades de aumentar la productividad económica o de reducir la mortalidad en la infancia y la mortalidad derivada de la maternidad. Ninguna otra política tiene la misma fuerza para mejorar la nutrición y promover la salud, incluida la prevención del VIH-SIDA. Ninguna otra política tiene el mismo poder para aumentar la posibilidades educativas de la próxima generación...”<sup>16</sup>?
- ¿Qué se te ocurre que puedes hacer tú para mejorar esta situación?
- ¿Conoces alguna organización o institución que trabaje en ello? Infórmate e informa sobre ella.
- ¿Qué le propondrías a Yeisi la enfermera del centro de salud?
- Elabora una carta de opinión con las opiniones que te ha sugerido el texto.
- Difunde tus opiniones por los medios de comunicación a los que tienes acceso: prensa, radio, Internet...

---

<sup>16</sup> UNICEF, *Prólogo del Estado Mundial de la Infancia 2007*.



## HAMZÁ:

### LA ESPERANZA ES LO ÚLTIMO QUE SE PIERDE

---

*Jon Ander Vázquez\**

Mi nombre es Hamzá, nací en una pequeña aldea del norte de Mozambique en uno de los pueblos por los que parece que Dios nunca pasó, uno de esos lugares donde los aeropuertos recomiendan no viajar, es aquí en dónde se encierra entre suciedad y basura mi pasado, mi presente y posiblemente mi futuro.

Vivo en una pequeña casa en unas pésimas condiciones que, gracias al esfuerzo de mi madre y su duro trabajo, nos podemos permitir. Fruto de ese trabajo nació mi hermana Ekao. Actualmente mi madre cuida de mi hermano de 4 meses, mientras que yo, el mayor de los tres, me encargo de mi hermana cada vez que puedo, ya que cada mañana antes de que asome el sol salgo a trabajar a la calle donde, con gran esfuerzo y laboriosidad, recojo y cargo montones de basura a mis espaldas para que, al final de cada día pueda recibir algo de dinero, para ayudar en casa y así tener algo que llevarme a la boca. Por las tardes me dedico a pasear por Maputo, la capital, limpiando los cristales de los coches o las botas de la gente adinerada mientras observo, hambriento, con envidia, la cantidad de lujos que me rodean y que tantas noches anhelé conseguir. Es el pitido de un coche el que me devuelve a la realidad, mi cruel e injusta realidad, y sigo limpiando con la esperanza de que algún día Dios nos alumbre a todos y cada uno de los habitantes de mi humilde aldea con uno de sus rayos de luz y termine con todo nuestro sufrimiento.

Un día más me levanté con mucho esfuerzo para comenzar mi larga jornada de trabajo mientras que mis manos heridas y dolorosas me lo permitían. Mi hermana

---

\* Jon Ander Vázquez es miembro del Comité Asesor Juvenil de UNICEF País Vasco desde el año 2005, participando en diversas actividades de Educación para el Desarrollo y Sensibilización.

Ekao dormía en el salón apoyada sobre las piernas de mi madre mientras que ella acunaba en sus brazos a mi hermano. Aún el sol no había salido; la oscuridad teñía las calles y me dirigí hacia mi lugar de trabajo para empezar a recoger basura. Tras varias horas almacenando basura y cobrar mi miserable sueldo diario, volví a casa y encontré algo muy extraño: mi madre no estaba. Intenté preparar algo de comida con las pocas cosas que encontré por la cocina y aguardé en el salón a que llegara la hora de seguir trabajando. Tras pasar la tarde en la ciudad trabajando volví a casa, allí seguía sin aparecer nadie. Es entonces cuando comencé a preocuparme por mi madre y mis dos hermanos. Llegó la noche y me acosté con preocupación. Dos horas más tarde llegó mi madre con mi hermano pequeño en brazos; lágrimas de desesperación recorrían su rostro. Llevado por el nerviosismo del momento me levanté y me acerqué a observar qué pasaba. Mi madre me comentó que mi hermano pequeño se encontraba muy grave, estaba afectado por una de las enfermedades que assolaban nuestra parte del país y con la que debíamos convivir cada día, puesto que la mayoría de estas enfermedades venían de la suciedad y las precarias instalaciones a las que estábamos expuestos.

Los días pasaron y la situación iba a peor. Mi madre pasaba noche y día al cuidado de mi hermano y era yo mismo quien se tenía que preocupar por mí y por mi hermana Eako. Pero no le sirvió de nada el emplear tanto tiempo en su cuidado ya que la muerte le arrebató de los brazos cruel y despiadadamente lo que durante cuatro meses había cuidado más que a su propia vida.

La situación en casa era insostenible; nos habían cortado la luz ya que yo últimamente dedicaba más tiempo a cuidar de mi hermana que a trabajar, mientras que mi madre pasaba el día llorando en la habitación.

Meses más tarde mi madre terminó perdiendo la cabeza y acabamos en manos de dos familias distintas: mi hermana terminó en un hogar en el centro de Mozambique; yo, en cambio, terminé en unas circunstancias parecidas a las que tenía mi familia ya que un hombre de edad adulta me acogió pero continué trabajando para intentar salir adelante. Cada día cuando despertaba me decía lo mismo: “la esperanza es lo último que se pierde en esta vida”. La verdad es que nunca entendí el significado de esa frase pero sabía que pocas esperanzas podría tener trabajando diariamente recogiendo la basura.

Cierta tarde el señor que me acogía recibió una llamada muy importante por lo que tuvo que desplazarse y me dejó en la calle en la fría noche sin un lugar a



donde ir, sin saber qué hacer o a dónde dirigirme a pedir ayuda. Pasé la noche paseando por la aldea hasta que mis pies cansados no pudieron llevarme más lejos. En la oscuridad de la noche pensé en la soledad que día tras día inundaba mi alma, que me dejaba libre de sueños y huérfano de ilusiones. Es en esta clase de momentos cuando te das cuenta de que por muy pequeño que sea lo que tienes puede que muchos otros carezcan de ello. Pasó la noche y me ingresaron en un centro de la ciudad en el que a los niños y niñas huérfanas y abandonadas se les daba la oportunidad de empezar de nuevo y de ser felices. Aunque éste no fue mi caso, ya que cuando cumplí los 16 años decidí escaparme en busca de nuevos propósitos e intenté mantener el contacto con mi hermana Eako, cosa que me resultó imposible, ya que ahora ella se codeaba con gente de alto nivel y apenas recordaba a su hermano, quién durante años se dejó la espalda y sus manos de niño trabajando duramente para poder alimentarla.

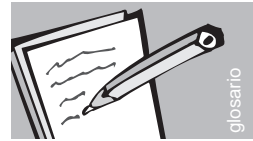
Llegó la fría noche, una capa de nieve cubría la playa, decidí sentarme en la arena a contemplar las pocas estrellas que la niebla dejaba ver, mientras que pensaba en volver al centro. Fue entonces cuando vi la luz de un pequeño bote repleto de gente ataviada con mantas y abrigos que estaban a punto de partir hacia Europa. Entonces pensé en la frase que aquel hombre me dijo “la esperanza es lo último que se pierde en esta vida”; pensé en huir y dejar todo atrás, ya que no perdía nada y así lo hice. En el bote contemplé a una mujer embarazada que me recordaba a mi madre y que tiritaba de frío mientras acariciaba el bebé que llevaba en la barriga, le cedí mi abrigo y le tapé para que no muriera de hipotermia, pero tras duras horas de viaje la mujer cerró los ojos exhalando su último suspiro.

La oscuridad de la noche y la largura del océano nos llevó a perdernos en medio de la nada, tenía hambre y comencé a recordar la situación que viví cuando era niño en el momento en que iba a la cama sin haber comido nada y mis tripas rugían fuertemente. El frío era insoportable y, si no nos encontraban, pronto moriríamos congelados.

Las horas iban pasando cada vez más lentamente. Ya no sentía la mayoría de los músculos de mi cuerpo y un silencio sepulcral invadía el bote, probablemente algunos ya habrían perdido la vida, el silencio se entrecortó por el ruido del tiritar de la boca de un hombre que dejé de ver cuando mis ojos empezaron a cerrarse lentamente. No quería dormir porque si lo hacía no tendría más remedio que perder la batalla contra la muerte.

Abrí los ojos, estaba en un lugar muy extraño en el que todo lo que me rodeaba me resultaba desconocido. A mi lado, en una cama, estaba el hombre que tiritaba en el bote. Veía entrar la luz del día y descubrí que estaba en un centro de acogida del norte de Europa en el que podía convivir con gente que había sufrido en la vida tanto como yo. Allí estuve hasta que llegué a la mayoría de edad y pude trabajar en un trabajo digno en el que tenía un contrato y no me explotaban. Pude disfrutar de la vida todo lo que no disfruté cuando realmente debí hacerlo y pensé: “la esperanza nunca se pierde Hamzâ. Lo importante es luchar por conseguir algo y saber que manteniendo las ganas de vivir y de seguir adelante nadie podrá detenerme ni romper mis ilusiones”.

Como Hamzâ, millones de niñas y niños viven cada día en este tipo de situaciones y soledades, en las que se ven obligados a trabajar y a renunciar a su infancia, por ello espero que algún día cese toda la pobreza que estos países sufren y que manteniendo la esperanza y con la ayuda de todos y todas podamos hacer sonreír a millones de niños y niñas.



## GLOSARIO

**ATENCIÓN PERINATAL:** se refiere a la asistencia sanitaria profesional (personas, equipos y medicinas) inmediata y eficaz durante el parto e inmediatamente después de él. Intervenciones recomendadas en general: vigilancia del desarrollo del parto, apoyo psicológico, inicio de la lactancia; otras como la extracción manual de la placenta o la reanimación del recién nacido o nacida, en los casos que se requiera.

[[www.who.int/whr/2005](http://www.who.int/whr/2005)]

**CONDICIONES PERINATALES:** circunstancias que preceden o siguen inmediatamente al parto, y que se refieren tanto a la madre como al recién nacido o nacida.

[[www.unicef.org/spanish](http://www.unicef.org/spanish)]

**DESNUTRICIÓN:** es el resultado de la adaptación del organismo tras un periodo prolongado de nutrición insuficiente. La mayoría de las veces la desnutrición está relacionada con la alimentación insuficiente, con una deficiente calidad de los alimentos o con enfermedades que impiden la asimilación de los alimentos.

[[www.msf.es/images/Cinco\\_preguntas\\_desnutricion\\_tcm3-4076.pdf](http://www.msf.es/images/Cinco_preguntas_desnutricion_tcm3-4076.pdf)]

**HAMBRE:** es una señal de alarma. Aparece dentro del primer día de ayuno como respuesta a señales (hormonales y neurológicas) del cuerpo cuando, por ejemplo, el estómago está vacío y se produce una bajada del nivel de azúcar en la sangre. Ante una falta de nutrición prolongada, el cuerpo modifica su funcionamiento, se adapta a la nueva situación, y comienza a utilizar menos energía (gastar menos calorías).

[[www.msf.es/images/Cinco\\_preguntas\\_desnutricion\\_tcm3-4076.pdf](http://www.msf.es/images/Cinco_preguntas_desnutricion_tcm3-4076.pdf)]

**POBLACIÓN SUBNUTRIDA:** se refiere a la población que a causa de una privación aguda de alimentos, no alcanza a satisfacer los requerimientos calóricos que necesita de acuerdo con su edad, sexo y actividad que desempeña. La FAO calcula la población subnutrida haciendo una estimación de la ingesta calórica de la población y comparándola con las necesidades energéticas de la misma población.

[[www.cepal.org/publicaciones](http://www.cepal.org/publicaciones)]

**POBREZA EXTREMA:** situación en la que las personas o las familias son incapaces de satisfacer una ingesta calórica de subsistencia vital. Supone vivir con menos de 1 dólar al día.

[<http://web.worldbank.org>]

**TASA DE MORTALIDAD INFANTIL:** indicador demográfico que señala el número de defunciones en una población de niños y niñas cada mil, durante un periodo de tiempo determinado, generalmente un año. Tradicionalmente la tasa de mortalidad infantil se mide sobre los niños y niñas menores de 1 año, pero se ha hecho también usual medirla sobre niñas y niños menores de 5 años. Los países con menor mortalidad infantil del mundo son Noruega e Islandia, con 3‰ para las niñas y niños menores de 1 año y 4‰ para las niñas y niños menores de 5 años, respectivamente. En Níger se registra la peor tasa del mundo con 154‰ y 262‰ respectivamente.

**TERAPIA DE REHIDRATACIÓN ORAL:** es el tratamiento más importante contra los efectos de enfermedades diarreicas, incluido el cólera. La rehidratación consiste en reemplazar rápidamente el agua y las sales perdidas como consecuencia de la diarrea y los vómitos graves. En la mayoría de los casos las personas enfermas pueden rehidratarse rápidamente bebiendo grandes cantidades de una solución de sales de rehidratación oral; pacientes gravemente deshidratados necesitan a veces líquidos intravenosos.

[[www.who.int/topics/cholera/faq](http://www.who.int/topics/cholera/faq)]