

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Este manual está destinado a asistir al personal de UNICEF en su trabajo con los colegas nacionales en la medición del progreso hacia las Metas de Mitad de Década. Es un documento de trabajo y como tal tiene secciones que pueden ser removidas y reproducidas para propósitos específicos.

El manual es una respuesta práctica e inmediata a las solicitudes de orientación a medida que 1995—mitad de la década—se acerca. En 1990 en la Cumbre Mundial de la Niñez, 71 jefes de estado y gobierno y 88 funcionarios de alto rango de países de todo el mundo adhirieron a la Declaración y Plan de Acción para la Niñez. Basado ahora en el compromiso de 158 cabezas de estado, países en todo el mundo han procedido a desarrollar sus propios Programas Nacionales de Acción (PNA) para la Niñez. Hoy esos Programas Nacionales de Acción cubren 9 de cada 10 niños en el mundo.

LAS METAS DE MITAD DE DÉCADA: ANTECEDENTES

Las Metas de Mitad de Década surgieron de los dos primeros años de experiencia, a partir de 1990, con los Programas Nacionales de Acción. Hacia 1992–93, algunas de las metas para el año 2000 parecían estar al alcance de muchos países hacia fines de 1995, siempre y cuando la comunidad mundial hiciese un esfuerzo concertado hacia ese fin. Lograr una diferencia cuantificable para los niños inmediatamente, mucho antes del año 2000, reviste cierta urgencia. Los niños y sus padres tienen una buena razón para desconfiar de promesas de mejorías en sus vidas que tardan 10 años para alcanzarse.

En consecuencia, consultas regionales terminaron en un consenso en 1992 y 1993 alrededor de un conjunto de metas mutuamente compartidas que pudiesen lograrse hacia mediados de la década. En el centro del proceso se encontraba el Consenso de Dakar, logrado por todos los gobiernos del África reunidos bajo el patrocinio de la Organización para la Unión Africana (OAU). En 1992 la Conferencia Internacional sobre Asistencia a los Niños Africanos adoptó un conjunto de 13 Metas de Mitad de Década, las cuales recibieron más tarde el apoyo a nivel de cumbre por parte de la OAU. Si bien otras consultas regionales acordaron un conjunto de metas mucho más ambiciosas para la mitad de la década y se lanzaron a alcanzarlas, los verdaderos desafíos para mejorar las vidas de niños y mujeres se encuentran en África. Las Metas de Mitad de Década que surgieron de Dakar han llegado a conformar el mínimo moral que todos los países deben lograr hacia el final de 1995 como escalones hacia las metas del año 2000,¹ metas que se presentan en este manual.

¹Para mayores detalles, véase *Informe al Secretario-General: Implementación de la Resolución 45/217 de la Asamblea General sobre la Cumbre Mundial de la Niñez*, A49/326, Cuadragésima Sexta Sesión de la Asamblea General (Nueva York: Naciones Unidas, 1994).

MEDICIÓN DEL PROGRESO

Los gobiernos que firmaron la Declaración y el Plan de Acción para los Niños también se comprometieron a monitorear el progreso hacia las metas y objetivos establecidos para el año 2000 en el Plan de Acción de la Cumbre Mundial de la Niñez. El Plan de Acción requería que cada país "estableciera mecanismos apropiados para la recolección, análisis y publicación regular y oportuna de datos requeridos para monitorear indicadores sociales relacionados con el bienestar de los niños." (parágrafo 34 [v]). Muchos gobiernos han dado pasos serios para hacer esto en sus propios Programas Nacionales de Acción. La medición de estos indicadores es una parte esencial del proceso—tanto para proporcionar información para la acción como para identificar mejorías. Pero la orientación para hacer esto se ha rezagado con relación a la demanda.

El Plan de Acción solicita "la asistencia de las Naciones Unidas ... para que instituya mecanismos apropiados para monitorear la implementación del Plan de Acción, utilizando la competencia existente en las oficinas relevantes de estadística de las Naciones Unidas, las agencias especializadas, UNICEF y los otros órganos de las Naciones Unidas." La publicación anual *El Progreso de las Naciones* es una de las contribuciones de UNICEF a ese esfuerzo. Además de resaltar cómo la medición del progreso está rezagada con respecto a la acción, *El Progreso de las Naciones* ha generado la siguiente pregunta: ¿Refleja la ausencia de datos sobre el bienestar de los niños la ausencia de un compromiso real? Seguramente si los caprichos del mundo financiero pueden ser reportados diariamente, entonces los datos sobre los niños no deberían estar tan desactualizados o aún no existir.

Las Metas de Mitad de Década han limitado las necesidades de información a áreas específicas que son críticas para la supervivencia y desarrollo de cada niño: el derecho a tener protección contra las enfermedades inmunizables, a ser tratado cuando esté enfermo de diarrea, a ser amamantado, a ser bien alimentado, a tener protección contra los desordenes ocasionados por las deficiencias de yodo y vitamina A, a asistir a la escuela y a tener acceso tanto a servicios de agua como de saneamiento.² Cada una de las metas se enmarca dentro de los recursos disponibles en cada país y en la comunidad internacional.³

Aún así, las revisiones recientes de datos reportados por países a las agencias internacionales muestran que la medición a nivel nacional todavía está retrasada con relación al progreso y existen todavía vacíos en los datos. Esto se demuestra en el Cuadro 1.1, el cual muestra el número de años transcurridos, en promedio, entre la última encuesta a nivel nacional y el año 1994.

²*Hoja de Datos sobre Derechos Humanos No. 10*, Convención sobre los Derechos del Niño, Artículo 24, ISSN 1014-5567 (Ginebra: Centro para los Derechos Humanos, Naciones Unidas, 1990).

³Convención sobre los Derechos del Niño, Artículo 4.

Cuadro 1.1 Edad promedio de los datos sobre las Metas de Mitad de Década para países en vías de desarrollo

Meta	Indicador	Edad de los datos en años (por región)				
		Africa Sub-Sahara	Asia del Sur	Asia del Este y Pacífico	Medio Este y Africa del Norte	América Latina y el Caribe
1	Inmunización —DPT	1.3	1.4	1.2	1	1.1
	—Sarampión	1.3	1.4	1.2	1	1.2
	—Polio	1.3	1.4	1.2	1	1.1
	Toxoide tetánico para mujeres embarazadas	2.8	1.6	3.9	3	13.6
	Inmunización TB	1.3	1.4	1.2	4.4	1.9
5	Niños que reciben adecuada vitamina A ^a	← ←	Apenas 4 países de 99 tienen datos.			→ →
6	Consumo de sal yodada ^a	← ←	Apenas 12 países de 99 tienen datos.			→ →
7	Uso de TRO ^b (definición anterior a 1993)	2.9	1.3	2.6	2.6	1.3
	Uso de TRO ^b : aumento de líquidos y alimentación continuada ^a	← ←	Apenas 13 países de 99 tienen datos.			→ →
11	Enanismo	9.4	8.7	12.5	10.8	8.1
	Bajo peso	8.9	8.7	7.9	9.1	7.6
12	Niños que llegan al grado 5	7	8.9	10.6	6.4	7.2
	Ingresan al primer grado a la edad recomendada	10.6	15.0	12.9	7.5	7.3
	Enrolamiento bruto en la escuela primaria	5.3	3.9	4.9	3.9	3.3
	Tasa neta de enrolamiento primario	8.7	11	8.5	6.1	4.6
13	Acceso a agua potable segura	4.7	2.9	4.3	4.7	3.2
	Acceso a disposición higiénica de excretas	6.2	5.0	4.3	6.4	4.3

Nota: Cuando no hay datos disponibles para el período a partir de 1975, el tiempo transcurrido para el indicador para un país se fija en 20 años.

^aApenas definido recientemente

^bTerapia de rehidratación oral

REPORTE A MITAD DE DÉCADA SOBRE LAS METAS DE MITAD DE DÉCADA

Las Metas de Mitad de Década ofrecen una oportunidad inmediata para cerrar la brecha entre la medición a nivel nacional y el progreso real. No sólo tienen las metas un amplio apoyo, sino que también es generalmente aceptado que el progreso se puede medir en una forma oportuna en países ricos y países pobres en información, como parte de la acción programática para alcanzar las metas. UNICEF ha resumido, en *Guías Técnicas para Monitorear las Metas de Mitad de Década*,⁴ las directivas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las metas de salud (las cuales cubren 11 de las 13 Metas de Mitad de Década) y de UNESCO para la meta de educación.

La meta restante de mitad de década—la ratificación universal de la Convención de los Derechos del Niño—es la más importante. No requiere medición, sólo acción de parte de las legislaturas nacionales para ratificar la Convención y asegurar que los documentos se consignan en la Oficina Legal de las Naciones Unidas. De todas las Metas de Mitad de Década, es la más avanzada: 164 países en todo el mundo han ratificado la Convención hasta ahora. La ratificación universal requiere sólo 22 países faltantes. Existe razón para confiar que para 1995 esta convención se convierta en el primer tratado de la comunidad mundial ratificado universalmente.

La Convención de los Derechos del Niño es la base para todas las metas establecidas en la Cumbre Mundial para la Niñez tal como se estableció en el Plan de Acción de la Cumbre: “Las aspiraciones de la comunidad internacional para el bienestar de los niños quedan mejor reflejadas en la Convención sobre los Derechos del Niño” (Introducción, para 4).

Cada meta de mitad de década se cuantifica y expresa un blanco de progreso en el tiempo para el progreso hasta 1995. En el Cuadro 1.3 (véase el final de este capítulo), se resumen las metas y se comparan con las metas correspondientes para el año 2000. A los blancos vienen ligados indicadores cuantificables—sobre los cuales todos están de acuerdo que son factibles y costeables para utilizar—como parte integral de lo que entrega el programa. Los indicadores para las metas sirven como mojones resumen de progreso; en algunos casos sirven como sustituto para indicadores de la información faltante que es difícil o costoso de recolectar a nivel nacional.

LA REVISIÓN DE MITAD DE DÉCADA

Una valoración de la situación de las Metas de Mitad de Década está al alcance de la mano. El Plan de Acción de la Cumbre Mundial de la Niñez requiere que “el Secretario General de las Naciones Unidas . . . organice una revisión de mitad de década a todos los niveles, sobre el progreso logrado hacia la implementación de la Declaración y Plan de Acción” (para 35 [iv]). Esta revisión necesariamente cubre todas las metas nacionales e internacionales para los niños, pero pondrá énfasis en el más modesto subconjunto de Metas de Mitad de Década que surgió de Dakar, y se nutrirá de las evaluaciones nacionales y regionales de progreso. Tales evaluaciones, lideradas en

⁴UNICEF CF/PROG/IC/94-003, Instrucciones del Programa, 15 de marzo de 1994.

muchos casos por el jefe de estado, están en marcha en muchas regiones. El Secretario General elaborará su propio informe para las Naciones Unidas para una ocasión especial en 1996 después que todos los gobiernos nacionales hayan elaborado sus propios informes.

Sistemas de Monitoreo para los Informes Nacionales sobre las Metas de Mitad de Década

Hay muchas formas diferentes de abordar el monitoreo de los indicadores en el área de cada meta. Los diferentes sistemas se resumen en las *Guías Técnicas para el Monitoreo de Progreso hacia las Metas de Mitad de Década* de UNICEF. Cada sistema hace parte de su propio contexto nacional y tiene usos diferentes. Los Programas Nacionales de Acción proporcionan evidencia de *primer plano* de la variedad de mecanismos y capacidades de monitoreo. La mayoría de los Programas Nacionales han establecido cuerpos coordinadores interministeriales para asegurar que las metas son monitoreadas a lo largo de los Ministerios al igual que a diferentes niveles del gobierno, de tal manera que la situación presente se pueda reportar de una manera oportuna a los formuladores de política.

Desarrollo de Indicadores Apropriados de Monitoreo

UNICEF, en colaboración con OMS y UNESCO, ha desarrollado *indicadores* para medir progreso hacia las Metas de Mitad de Década que permiten comparaciones entre países. El indicador es la herramienta básica para la medición de progreso, utilizando una definición, previamente convenida, de una situación específica. Los indicadores definen que información se recolecta, por lo cual deben ser relativamente fáciles de medir e interpretar, y deben suministrar información válida y confiable sobre los objetivos que se supone deben medir. Idealmente, un indicador debe también suministrar información útil para mejorar las operaciones del programa.

Los indicadores primarios han sido seleccionados porque ellos pueden recolectarse como parte integral de la activación de estrategias para alcanzar las Metas de Mitad de Década. Ellos constituyen un subconjunto de un

Los indicadores son medidas indirectas o substitutas de una situación y se usan para monitorear y evaluar el progreso.

número mayor de indicadores ya en uso para monitorear programas. Este subconjunto de indicadores a ser medidos a nivel nacional puede proporcionar datos encaminados a movilizar la población y los formuladores de política a la acción. Pero estos datos también pueden utilizarse para monitorear programas a distintos niveles. Es posible que la misma información sea recolectada para su uso por formuladores nacionales de política y para el manejo de programas en el sector salud, pero tal información puede ser analizada, interpretada y presentada de varias formas dependiendo del uso programado.

Las *Guías Técnicas para Monitorear Progreso hacia las Metas de Mitad de Década* suministran antecedentes adicionales para estos indicadores, definiciones y fuentes de datos comunes

y referencias. Estos indicadores miden el impacto de programas y generalmente requieren técnicas, muestras y medición por lo cual sólo pueden reportarse periódicamente—quizás con intervalos de varios años.

La Organización Mundial de la Salud revisa regularmente los informes nacionales sobre salud, mediante su *Monitoreo del Progreso Hacia las Metas de Salud para Todos hacia el Año 2000*. Su último monitoreo de informes nacionales recolectó datos de los gobiernos en 1993. Una revisión de esos datos concluyó que muchos indicadores esenciales estaban desactualizados o faltaban por completo para poder reportar sobre las Metas de Mitad de Década, reforzando así las conclusiones iniciales derivadas de *El Progreso de las Naciones*, tanto en su edición de 1993 como en la de 1994.

Con sólo un año faltante para el fin de la mitad de la década, existen brechas que deben llenarse, especialmente para las Metas de Mitad de Década. OMS y UNICEF comparten la visión de que hay formas de hacer esto que reforzarán la capacidad nacional existente y que fortalecerán mejoras sostenidas en la medición a largo plazo.

En septiembre de 1994, el Intersecretariado para el Comité Conjunto sobre Política de Salud de OMS y UNICEF recomendó que

Donde hay datos faltantes o desactualizados . . . WHO, UNICEF y otras agencias internacionales . . . colaborarán a lo largo de todos los sectores en asistir a los países a monitorear progreso, utilizando, siempre que sea apropiado y factible[,] encuestas de indicadores múltiples.⁵

UNICEF puede asistir a los países a reportar sobre el progreso ayudando a acrecentar la capacidad de monitoreo en el país, al igual que identificando e invirtiendo en herramientas que produzcan información oportuna. Debe darse prioridad a metodologías que produzcan resultados representativos a nivel nacional y que puedan ser sometidos al escrutinio cuidadoso que se requiere para reportar. Las oficinas estadísticas nacionales, al igual que las agencias intersectoriales establecidas en los Programas Nacionales de Acción, son colegas claves para el monitoreo del progreso hacia las metas de la Cumbre.

Tal como lo sugiere la información sobre la edad de los datos (Cuadro 1.1), todavía falta en muchas áreas la capacidad nacional para monitorear estos indicadores. Para monitorear progreso a nivel nacional (para utilizar en abogacía, formulación de política en general y para uso técnico y gerencial), la medición de indicadores requiere ser consistente, utilizando definiciones previamente acordadas de tal manera que las mediciones se puedan utilizar para comparar países y monitorear cambios en el tiempo. Las encuestas pueden, en la mayoría de los casos, complementar los sistemas existentes de información y llenar los vacíos para siete de las Metas de Mitad de Década, las cuales se discuten en el capítulo 3.

⁵Directiva Ejecutiva de UNICEF, “Encuestas de Conglomerados de Indicadores Múltiples para las Metas de Mitad de Década,” CF/EXD/1994-011 (14 de noviembre de 1994).

Selección de una Herramienta de Monitoreo

Las herramientas de medición para obtener datos sobre estos indicadores deben cumplir con ciertos requisitos: los datos que producen deben ser válidos y confiables, sensibles a cambios y específicos a cada indicador. Los indicadores deben ser fácilmente cuantificables y utilizar definiciones y estándares de referencia previamente acordados. Los datos usados para calcular cada indicador deben ser comprensivos y suministrar información representativa a nivel nacional y desgloses a nivel subnacional cuando se requiera.

¿Cuáles son las Herramientas para Suministrar Información sobre Estos Indicadores?

Los datos de censos poblacionales son fuentes importantes de información sobre la población total, su estructura por edad y su distribución por edad. Esta información es particularmente útil en aquellos países con mayor necesidad de datos para establecer prioridades y para la asignación de recursos limitados, porque estos son también los países que más probablemente tienen información incompleta o insuficiente del *registro de eventos vitales* (nacimientos, defunciones, matrimonios, etc.).

La información censal puede proporcionar los *denominadores* para indicadores; por ejemplo, el número de menores de cinco años o el número de niños en edad de escuela primaria pueden ser estimados de informes censales. Sin embargo, los censos no son implementados por el sector salud y usualmente apenas se realizan cada 10 años. Pueden necesitarse hasta tres años o más para producir, a partir de los datos censales, la información requerida por el sector salud, de tal manera que su utilidad para monitorear es limitada.

Los *datos rutinarios de servicios de salud* son relativamente baratos y fáciles de recolectar pero a menudo aquellos responsables por su recolección a nivel local no se les enseña como utilizar los datos, se les recarga a menudo con formatos para llenar y no reciben retroalimentación sobre como se usan esos datos. Por esta razón, la calidad de la información recolectada es a menudo baja.

Más aún, las estadísticas de servicios de salud usualmente se recolectan con fines administrativos, no para monitorear. La información requerida sobre los denominadores apropiados para los indicadores no está usualmente disponible. Las estadísticas de salud pueden suministrar información sobre el número de pacientes atendidos, o el número de visitas, pero rara vez proporcionan información sobre la totalidad de la población a riesgo o la población que es cubierta por el servicio. La “población a riesgo” (por ejemplo, el número de nacidos vivos en un año) puede estimarse de datos censales, y si está actualizada, puede luego combinarse con información de los servicios de salud (por ejemplo, el número de niños menores de 1 año inmunizados en un año dado) para medir indicadores, si la información apropiada ha sido recolectada.

Ayudar a fortalecer los informes rutinarios del sistema de información de salud, simplificar la cantidad de información a recolectarse y asegurar que los datos del censo de población son tabulados y ajustados para suministrar información adecuada sobre los denominadores para los

indicadores seleccionados, constituyen una estrategia importante a largo plazo para desarrollar la capacidad de monitoreo de un país. Éstas dos fuentes—el sistema de información de salud y el censo—deben ser su primera parada cuando se buscan datos para medir los indicadores. Sin embargo, parte de la información requerida para monitorear las Metas de Mitad de Década no es obtenida rutinariamente por los servicios de salud.

Para suplementar las estadísticas de servicios de salud, los *sitios de vigilancia* epidemiológica son una fuente importante de datos. Siempre y cuando la información sea recolectada nacionalmente o en puntos representativos a lo largo del país, esos sitios pueden suministrar información útil sobre indicadores tales como inmunización, al igual que sobre intervenciones destinadas a ciertas regiones o grupos en una población, y pueden ser de particular importancia en proveer información sobre enfermedades específicas. Por ejemplo, puede que se necesite una encuesta para estimar el número de casos de diarrea tratados con sales de rehidratación oral (SRO), pero un sistema sentinela de vigilancia de enfermedades puede proporcionar buenos datos sobre los patrones estacionales de la incidencia de diarrea, los cuales se pueden utilizar para ajustar las estimaciones de incidencia de diarrea de la encuesta. Estos sistemas también pueden recolectar información sobre la ocurrencia de enfermedades y condiciones específicas, tales como deficiencia de vitamina A, bocio y enfermedades respiratorias agudas, lo cual es muy costoso para investigar en encuestas de gran alcance.

Las *encuestas de hogares por muestreo* son los métodos más ampliamente utilizados para suministrar datos sobre indicadores sociales y de salud cuando todas esas otras fuentes son deficientes. Aún donde existen sistemas de información de salud bien desarrollados y buenos registros de eventos vitales, las encuestas juegan un importante papel *complementario*, suplementando las estadísticas rutinarias de servicio con información oportuna y con datos no generalmente recolectados en censos o en puntos de entrega de servicios (PES). Cada país industrializado tiene en marcha programas especiales de encuestas, generalmente encuestas extensas de entrevistas de salud, morbilidad y discapacidad para suministrar esta información complementaria. Las encuestas son la mejor fuente sobre datos para cobertura del programa y sobre diferenciales en indicadores de salud. Pueden además suministrar desgloses de información para grupos regionales, sociales o étnicos lo cual es muy difícil de obtener de fuentes rutinarias.

Fuera de las encuestas, no existen otras fuentes para parte de la información requerida para monitorear las Metas de Mitad de Década. Por ejemplo, la única forma de obtener información nacionalmente representativa sobre casos de diarrea tratados con TRO, o sobre el número de hogares que usan sal yodada, o sobre el estado nutricional de los niños jóvenes es hacer una encuesta o asegurarse que las preguntas requeridas, mediciones o pruebas sean incluidas en un programa en marcha de encuestas. Los datos ya recolectados en encuestas de hogares—tales como el programa de Encuestas de Demografía y Salud (DHS en Inglés)—pueden proveer la información de base que se requiere para algunos indicadores, siempre y cuando se hayan hecho las preguntas correctas. Si una encuesta así está siendo planeada, es posible agregar un módulo de preguntas para medir indicadores específicos de las Metas de Mitad de Década.

Si bien las encuestas de hogares de gran alcance no se llevan a cabo rutinariamente, ellas suministran datos que complementan las estadísticas rutinarias, recolectados en fechas claves. En los países en los cuales los sistemas de información en salud dejan muchos vacíos, la asignación de algunos de los recursos del programa a encuestas de monitoreo rutinario a nivel nacional puede ser apropiado. Estas encuestas pueden ser relativamente pequeñas en escala, porque en aquellos países en donde las necesidades de información son mayores, es a menudo más importante conocer el *orden de magnitud* para un indicador que medirlo muy precisamente. Esto significa que a menudo una encuesta muy grande no es necesaria para suministrar datos básicos importantes a nivel nacional.

La Decisión de Monitorear el Progreso con una Encuesta

Los vacíos de información persisten en casi todos los países como ya se observó. Sin nuevas encuestas, muchos de estos vacíos continuarán en 1995, limitando la evaluación del progreso. A medida que se acerca el final de 1995, son limitadas las opciones disponibles fuera de encuestas sencillas para cerrar la brecha de información. Se pueden obtener buenas estimaciones nacionales de los indicadores de metas utilizando modificaciones de la metodología de encuestas de conglomerados desarrollada por las revisiones los programas PAI y CED.⁶ Propiamente ejecutadas, estas encuestas pueden producir datos que llenan los rigurosos requisitos para reportar sobre las Metas de Mitad de Década. Cuando se conectan con mejores reportes en los sistemas rutinarios, las encuestas sencillas y rápidas pueden utilizarse para la medición, la administración y la abogacía. Se pueden utilizar en países pobres en datos y pueden llenar los vacíos de información y mejorar la entrega del programa en los países ricos en datos.

Es probable que la mayoría de los países encuentren las encuestas de indicadores múltiples⁷ de utilidad inmediata, tanto para monitorear las metas como para influenciar—en forma costable— las políticas, el diseño de programas y la asignación de recursos a sectores sociales prioritarios. Más aún, la mayoría de países pueden aprovechar la substancial capacidad técnica nacional que se desarrolla como resultado de la extensa experiencia con encuestas por conglomerados. Las encuestas de hogares por conglomerados son sistemas de recolección de información con una base poblacional. Proporcionan un perfil de la población objetivo en un punto específico en el tiempo y si son bien planeadas, deberían proporcionar un perfil de aquellos más en riesgo—es decir, hogares que quedan por fuera de los sistemas rutinarios de entrega de servicios y de información. El perfil que proporcionan proviene de una muestra de hogares y por lo tanto está sujeta a error. Un buen informe de una de estas encuestas claramente establece el grado de confianza a depositar en los resultados. El capítulo 4 de este manual indica como diseñar una estrategia de muestreo para la encuesta,

⁶PAI significa “Programa Ampliado de Inmunización.” CED quiere decir “Control de Enfermedades Diarréicas.”

⁷Cuando en inglés se utiliza un acrónimo para referirse a las encuestas de indicadores múltiples, se utiliza MICS (multiple-indicator cluster surveys) para evitar confusión con “management information systems” (MIS).

adecuada a las necesidades y recursos de su país.

LA DECISIÓN DE CONDUCIR UNA ENCUESTA: ¿EXISTE LA NECESIDAD?

Cada encuesta, no importa lo sencilla que sea, tiene costos. Los requisitos del tamaño de la muestra y conducción apropiada del trabajo de campo crean demandas. Las oficinas de UNICEF deben revisar todas las encuestas de hogares planeadas o en progreso y mirar que nueva información sobre las Metas de Mitad de Década pueden producir en los próximos dos años. Si la encuesta está en la etapa de planeación, UNICEF puede ayudar a enfocar la encuesta hacia las brechas de información a través de la participación en el diseño de la encuesta y apoyando un análisis que dé prioridad a informes sobre los indicadores de las Metas de Mitad de Década. Los indicadores que pueden medirse con una encuesta nacional se discuten en el capítulo 3 de este manual.

Antes de decidir hacer una encuesta para monitorear las Metas de Mitad de Década, esté seguro sobre qué otras encuestas se han hecho recientemente o están planeadas para el año próximo. Si ellas utilizan muestras representativas a nivel nacional, es posible medir los indicadores solicitando que se hagan tabulaciones especiales de estas encuestas recientes. Si la encuesta está en la etapa de planeación, es posible que usted pueda incluir módulos de preguntas para medir los indicadores para los cuales no existe información rutinaria y para obtener la colaboración del equipo de la encuesta para producir las tabulaciones necesarias en forma rápida, tan pronto como termine la recolección de datos.

✍ EJEMPLO:

En Kenya, una encuesta nacional de nutrición había sido ejecutada a comienzos de 1994. No fue necesario incluir medidas de las metas de nutrición en la encuesta de monitoreo planeada para el verano de 1994.

Una vez que estas otras fuentes de datos se han explorado por completo, usted sabrá que vacíos de información quedan. Cuando las fuentes disponibles de información no proveen la información representativa requerida para calcular un indicador, es posible que usted la pueda recolectar en una encuesta especial. En países con pocos datos y sin otras encuestas planeadas, tiene buen sentido trabajar con los gobiernos para diseñar una encuesta que suministra una línea de base, apunte a problemas y asista en evaluaciones futuras. Las guías para los módulos para medir los indicadores de progreso para los programas PAI y CED han demostrado ser herramientas costo-efectivas y útiles.⁸ Las guías han hecho parte del entrenamiento estándar para administradores de programas de salud en la última década y pueden proporcionar una rápida [turnaround entre la

⁸OMS, *La Encuesta de Cobertura del PAI. Entrenamiento para Administradores de Nivel Intermedio*, WHO/EPI/MLM/91.10, (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1991); y OMS, *Manual de Encuestas de Hogares. Manejo de Caso de la Diarrea, Morbilidad y Mortalidad*, OMS/CED/SER/86.2 Rev1(1989) (Ginebra: Organización Mundial de Salud, Programa de Control de la Enfermedad Diarréica, 1989).

recolección y el informe de resultados.

UNICEF puede decidir apoyar nuevas encuestas cuando:

- Toda la información reciente sobre la materia ha sido analizada y utilizada.
- Nadie más está recolectando información adicional o planea hacerlo en el futuro inmediato.
- El método propuesto es costo-efectivo y sostenible.
- La capacidad nacional de monitoreo se fortalecerá como resultado.

No debe forzarse a las encuestas sencillas para que suministren informes subnacionales sobre estos indicadores, ni a que informen sobre cambios en el tiempo, a menos que estos requerimientos sean claramente parte de las especificaciones del diseño de la encuesta desde el comienzo. Cuando una

encuesta está bien planeada, los resultados soportan el escrutinio de los gobiernos, otras instituciones internacionales y las comunidades. Los datos suministrados por una encuesta rápida bien planeada y bien conducida deben proveen información valiosa para ayudar a las comunidades y los gobiernos a entender y monitorear su progreso, y para planear el futuro en forma racional.

Para estar seguro que esto ocurre, es esencial la planeación cuidadosa de la encuesta. Este manual reúne las mejores directivas que la comunidad internacional puede ofrecer para lograrlo. Las direcciones paso a paso de este manual para planear y ejecutar una encuesta de monitoreo de indicadores múltiples están destinadas a complementar y reforzar los sistemas existentes—no reemplazarlos.

El manual contiene un modelo de un instrumento de encuesta bien diseñado para obtener la información requerida. Este cuestionario estandarizado es el producto de un esfuerzo colaborativo incorporando muchos participantes, tanto dentro como fuera de UNICEF. Utiliza una serie de módulos de preguntas diseñados para suministrar datos para la mayoría de los indicadores primarios de las Metas de Mitad de Década. Estos módulos de preguntas se encuentran en el capítulo 3 de este manual.

El Cuestionario Modelo se puede adaptar fácilmente a las situaciones específicas de un país. Si por ejemplo, existe información muy buena y actualizada para un indicador en un país en particular, el módulo relevante se puede eliminar. El manual también ofrece al usuario la posibilidad de seleccionar módulos para encuestas más breves para llenar los vacíos de datos o para agregar a los instrumentos existentes en una encuesta en la cual los planes de medición están bien avanzados. Los módulos pueden ser combinados con otras preguntas que ayuden a aclarar los determinantes de la situación actual. Además de los módulos diseñados para medir los indicadores de las Metas de Mitad de Década, se proveen otros módulos para ser incluidos o no a discreción de las oficinas del país en particular y sus colegas. La encuesta puede implementarse a un costo razonable en una

La calidad de los datos obtenidos en una encuesta depende del diseño adecuado del cuestionario, de la estrategia de muestreo y de un buen entrenamiento y supervisión de entrevistadoras idóneas.

variedad de situaciones según el país.

Antes de que se tome la decisión final de conducir una encuesta, usted debe ser capaz de responder tres preguntas importantes:

- *¿Por qué está usted haciendo la encuesta?*
- *¿Cómo espera utilizar los resultados?*
- *¿A quién y a qué nivel, se dirigirá el informe de resultados?*

Las respuestas a estas preguntas deben ayudar a asegurar que la encuesta suministrará información útil para monitorear las metas, para influenciar el diseño de políticas y programas y para motivar a los formuladores de políticas y a los administradores de programas para la asignación de recursos a sectores sociales prioritarios. Todas las decisiones de planeación deben nutrirse de qué datos se necesitan y de cómo pueden ser utilizados por los formuladores de política, administradores de programa, las comunidades y el público en general.

El capítulo 2 de este manual contiene una lista de información clave y decisiones que deben tomarse antes de que se emprenda una encuesta. Los directores de país de UNICEF, los administradores de programas y colegas nacionales deben leer la sección cuidadosamente antes de empezar la planeación de una encuesta. La sección aconseja sobre lo que usted puede

**Asegúrese que todos tienen claro
por qué se está haciendo la encuesta
y como se utilizarán los resultados.
Planee entonces la presentación
de los resultados simultáneamente con la
planeación de la encuesta**

esperar ganar de una encuesta y cuanto tiempo tomará en completar todo el proceso, desde la planeación hasta el informe de resultados pasando por la implementación. El capítulo 2 también contiene un lista de rubros que usted necesitará presupuestar cuando se hace una encuesta nacional.

¿PARA QUIÉN ES ESTE MANUAL?

En cualquier país para el cual no existe información en absoluto, las encuestas de indicadores múltiples que utilizan muestreo por conglomerados proporcionan una manera de medir la condición de la mayoría de las Metas de Mitad de Década mediante el montaje de una encuesta rápida y representativa a nivel nacional. La orientación en este manual está encaminada a asegurar que las encuestas se diseñan e implementan de tal manera que arrojen resultados que resisten el escrutinio internacional. Los módulos tienen un alcance limitado pero no así la plataforma de la encuesta.

En todas las regiones hay una reserva de experiencia administrativa nacional para montar encuestas que contribuirán a estos informes. En el solo PAI, más de 4,500 encuestas de cobertura y evaluaciones han ayudado a desarrollar experiencia nacional en encuestas en los años 1980s, especialmente en aquellos países con sistemas débiles de monitoreo. En Africa, 1,686 se completaron entre 1978 y 1991. A ninguna región le falta esta experiencia. La mayoría de las encuestas han sido administradas por nacionales. Cuando ha existido apoyo internacional, los nacionales han sido una parte integral de todas las operaciones de la encuesta.

Desde el mismo comienzo, una amplia consulta con todos aquellos que tienen un interés en los

resultados reforzará el impacto de la encuesta y la aceptación de los hallazgos. Esto significa involucrar al Ministerio de Salud, quizás el Ministerio de Planeación y la Oficina de Estadística, lo mismo que las instituciones no gubernamentales (ONGs) que trabajan a favor de las mujeres y los niños. La participación amplia, especialmente de instituciones nacionales claves de entrenamiento, tales como programas universitarios de salud pública o escuelas de medicina y departamentos universitarios de estadística, también desarrollará la capacidad para encuestas futuras y aumentará la sustentabilidad a largo plazo de los esfuerzos de monitoreo. Todas estas diferentes audiencias pueden ser reunidas para trabajar hacia la cristalización de los compromisos adquiridos por los líderes en la Cumbre Mundial de la Niñez, cuando estén listos los resultados de la encuesta para ser divulgados.

Las diferentes secciones del manual deben ser leídas por miembros diferentes del equipo de la encuesta. Algunas secciones deben ser traducidas, fotocopiadas y entregadas al personal de campo durante el entrenamiento. El Cuadro 1.2 puede utilizarse para guiar a los directores de programa en el país, los colegas nacionales y los miembros del equipo de la encuesta sobre las secciones del manual que deben leer.

Cuadro 1.2 Guía del contenido del manual

Sección	Contenido	Quién debe leer	¿Traducción?
Capítulo 1: Introducción	Monitoreo del progreso a mitad de década Selección de una herramienta de monitoreo Decisión de realizar una encuesta	Director del programa, colega nacional, coordinador de la encuesta	
Capítulo 2: Decisiones para Tomar antes de Empezar	¿Quiénes conformarán el personal técnico? ¿Qué tipo de datos se requieren? ¿Qué tan grande debe ser la encuesta? ¿Cuánto tiempo tomará? ¿Cuánto será el costo?	Director del programa, colega nacional, coordinador de la encuesta	
Capítulo 3: El Diseño del Cuestionario	¿Cuáles indicadores deben evaluarse? ¿Qué información se requiere? Informantes blanco para los diferentes indicadores Módulos del cuestionario	Coordinador de la encuesta	
Capítulo 4: La Selección de la Muestra	Principios de muestreo Decisiones críticas de tamaño de la muestra Estimación del tamaño de la muestra Estrategias alternativas de muestra	Coordinador de la encuesta, personal técnico	
Capítulo 5: Preparación de la Recolección de Información	Arreglos logísticos Preparación de los mapas Impresión de cuestionarios Selección de entrevistadoras Entrenamiento de personal de campo Organización de procesamiento de datos Estudio piloto	Coordinador de la encuesta, personal de técnico	

Capítulo 6: La Ejecución del Trabajo de Campo	Selección de los hogares a entrevistar Conducción de las entrevistas Supervisión de las operaciones de campo	Coordinador de la encuesta, personal técnico, supervisoras de campo, entrevistadoras	Si (material de instrucción)
Capítulo 7: El Procesamiento de los Datos	Entrada de datos Verificación (crítica) de los datos Evaluación de la calidad de los datos Cálculo de las estimaciones	Coordinador de la encuesta, personal técnico	
Capítulo 8: El Informe y la Utilización de los Hallazgos de la Encuesta	Presentación de los resultados Utilización de los resultados	Director del programa, colegas nacionales, coordinador de la encuesta, personal técnico	
Apéndice 1:	Cómo llenar el cuestionario	Coordinador de la encuesta,	Si
Apéndice 2: Técnicas Antropométricas	Cómo pesar y medir niños	Coordinador de la encuesta, personal técnico, supervisoras, entrevistadoras, antropometristas	Si
Apéndice 3: Organización y Administración de Procesamiento de Datos	Manejo de la base de datos Instalación y manejo de los programas de entrada de datos y análisis Obtención de los errores estándar para encuestas de conglomerados Notas del programador	Personal técnico	
Apéndice 4: Definiciones de los Indicadores	Indicadores que se miden con la información de la encuesta	Personal técnico	

CAPACIDADES NACIONALES: HOY Y HACIA EL AÑO 2000

La asistencia de la Oficina Estadística de las Naciones Unidas, con apoyo de UNFPA, y en consulta con otras agencias de las Naciones Unidas, especialmente la Organización Mundial de la Salud y UNESCO, ha ayudado a aprovechar la experiencia local para preparar este instrumento de encuesta para las Metas de Mitad de Década. Bajo la directiva de la Oficina de Planeación y Coordinación, todos los conglomerados técnicos dentro de UNICEF y la Oficina de Evaluación e Investigación han contribuido también a los módulos de preguntas.

Este manual fue desarrollado como respuesta a una clara demanda por parte de los países y las oficinas de campo. En agosto de 1994 se realizó en Dhaka un taller global sobre las encuestas de indicadores múltiples, donde un equipo interagencial, apoyado por la Oficina de Estadística de Bangladesh al igual que por excelentes centros regionales e internacionales, preparó a todos los consejeros regionales de UNICEF en el monitoreo y evaluación para montar apoyo regional para tales encuestas.

El ayudar a los países en el proceso de planeación y ejecución de una encuesta es una forma importante de fortalecer los esfuerzos de monitoreo en el futuro, cuando todavía existen numerosos vacíos en la información requerida para monitoreo. Por esto se hace importante involucrar a personal de instituciones nacionales tales como escuelas de medicina y salud pública, institutos de entrenamiento de trabajadores de la salud y departamentos de estadística y ciencias sociales. El esfuerzo invertido en el desarrollo de la capacidad de ejecutar encuestas aumentará con el tiempo si al mismo tiempo se desarrolla un grupo de individuos entrenados.

Cada programa de país está en una buena posición para evaluar en dónde se encuentra el punto más fuerte de entrada para ayudar los colegas nacionales. El desafío es reunir diferentes sectores, tal como se ha hecho en Bangladesh y Kenya, para colaborar en el uso costo-efectivo de una herramienta compartida.

Esta pequeña ventana de oportunidad pronto se cerrará para aquellos que posponen la planeación estratégica del trabajo para 1995. Este manual contiene la orientación técnica que se requiere para asistir en cada paso del proceso, desde el decidir si hacer la encuesta, hasta realmente ejecutar y reportar sobre una.

Recuadro 1.1

LO QUE PUEDEN HACER LAS ENCUESTAS DE INDICADORES MÚLTIPLES

- Fortificar el monitoreo de programas a nivel local
- Satisfacer las necesidades de monitoreo de metas a nivel nacional
- Desempeño a bajo costo
- Producir resultados rápidos
- Fortalecer las capacidades nacionales existentes para monitoreo
- Asegurar resultados comparables internacionalmente

CUADRO 1.3

CUMBRE MUNDIAL DE LA NIÑEZ:
UNA COMPARACIÓN DE METAS E INDICADORES
PARA LOS AÑOS 1995 Y 2000

META DEL AÑO 2000	INDICADORES PARA LA META DEL AÑO 2000	METAS DE MITAD DE DÉCADA (1995)	INDICADORES PARA LAS METAS DE MITAD DE DÉCADA
<p>MANTENIMIENTO DE UN ALTO NIVEL DE COBERTURA DE INMUNIZACIÓN (POR LO MENOS 90% DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO PARA EL AÑO 2000) CONTRA DIFTERIA, TOS FERINA, TÉTANOS, SARAMPIÓN, POLIOMELITIS, TUBERCULOSIS, Y CONTRA TÉTANOS PARA MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA.</p>	<p>PROPORCIÓN DE NIÑOS INMUNIZADOS CONTRA DIFTERIA, TOS FERINA Y TÉTANOS (DPT3) ANTES DEL PRIMER ANIVERSARIO.</p> <p>PROPORCIÓN DE NIÑOS INMUNIZADOS CONTRA SARAMPIÓN ANTES DEL PRIMER ANIVERSARIO.</p> <p>PROPORCIÓN DE NIÑOS INMUNIZADOS CONTRA POLIOMELITIS (VPO3) ANTES DEL PRIMER ANIVERSARIO.</p> <p>PROPORCIÓN DE NIÑOS INMUNIZADOS CONTRA TUBERCULOSIS ANTES DEL PRIMER ANIVERSARIO.</p> <p>PROPORCIÓN DE MUJERES EMBARAZADAS INMUNIZADAS CONTRA EL TÉTANO.</p> <p>PROPORCIÓN DE NIÑOS PROTEGIDOS CONTRA EL TÉTANO NEONATAL A TRAVÉS DE INMUNIZACIÓN DE LA MADRE.</p>	<p>(1) AUMENTO DEL NIVEL DE COBERTURA DE LA INMUNIZACIÓN DE LOS SEIS ANTÍGENOS DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN AL 80% O MÁS EN TODOS LOS PAÍSES.</p>	<p>LOS MISMOS INDICADORES EN LA COLUMNA 2 (LOS INDICADORES DE META DEL AÑO 2000)</p>
<p>ELIMINACIÓN DEL TÉTANO NEONATAL PARA 1995</p>	<p>NÚMERO ANUAL DE CASOS DE TÉTANO NEONATAL.</p>	<p>(2) LA MISMA META DEL AÑO 2000.</p>	<p>EL MISMO INDICADOR DE LA META DEL AÑO 2000.</p> <p>PROPORCIÓN DE DISTRITOS QUE REPORTAN CASOS DE TÉTANO NEONATAL.</p>

META DEL AÑO 2000	INDICADORES PARA LA META DEL AÑO 2000	METAS DE MITAD DE DÉCADA (1995)	INDICADORES PARA LAS METAS DE MITAD DE DÉCADA
REDUCCIÓN EN EL 95% DE MUERTES POR SARAMPIÓN Y REDUCCIÓN EN EL 90% DE CASOS DE SARAMPIÓN COMPARADO CON LOS NIVELES PREINMUNIZACIÓN HACIA 1995, COMO UN PASO IMPORTANTE EN LA ERRADICACIÓN DE SARAMPIÓN EN EL LARGO PLAZO.	<p>NÚMERO ANUAL DE MUERTES DE MENORES DE 5 AÑOS DEBIDO A SARAMPIÓN.</p> <p>NÚMERO ANUAL DE CASOS DE SARAMPIÓN.</p>	(3) IGUAL.	<p>IGUAL.</p> <p>IGUAL.</p>
ERRADICACIÓN GLOBAL DE LA POLIOMELITIS HACIA EL AÑO 2000.	NÚMERO ANUAL DE CASOS DE POLIO.	(4) ELIMINACIÓN DE POLIO EN PAÍSES Y REGIONES SELECCIONADOS.	<p>IGUAL.</p> <p>PROPORCIÓN DE DISTRITOS QUE INFORMAN CASOS DE POLIO.</p>
ELIMINACIÓN VIRTUAL DE LA DEFICIENCIA DE VITAMINA A Y SUS CONSECUENCIAS, INCLUYENDO LA CEGUERA.	<p>PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS DE EDAD QUE PADECEN DE CEGUERA NOCTURNA.</p> <p>PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 6 MESES A 6 AÑOS DE EDAD CON SUERO DE VITAMINA A POR DEBAJO DE LOS 20 MICROGRAMS/DL.</p> <p>ENTRE LAS MUJERES QUE LACTAN, PROPORCIÓN CON LECHE DE PECHO CON CONTENIDO DE VITAMINA A POR DEBAJO DE LOS 30 MICROGRAMOS/DL (O MENOS DE 8 MICROGRAMOS/GRAMO DE LECHE GRASA).</p>	(5) ELIMINACIÓN VIRTUAL DE LA DEFICIENCIA DE VITAMINA A. (POR LO MENOS EL 80% DE TODOS LOS NIÑOS MENORES DE 24 MESES DE EDAD EN ÁREAS CON DEFICIENCIA DE VITAMINA A RECIBEN ADECUADA VITAMINA A.)	PROPORCIÓN DE NIÑOS MENORES DE 24 MESES DE EDAD QUE RECIBEN ADECUADA VITAMINA A (EN ÁREAS DEFICIENTES EN VITAMINA A).

META DEL AÑO 2000	INDICADORES PARA LA META DEL AÑO 2000	METAS DE MITAD DE DÉCADA (1995)	INDICADORES PARA LAS METAS DE MITAD DE DÉCADA
<p>VIRTUAL ELIMINACIÓN DE LOS DESORDENES POR DEFICIENCIA DE YODO.</p>	<p>PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN EN ÁREAS CON DEFICIENCIA EN YODO QUE CONSUMEN SAL YODADA ADECUADA</p> <p>PROPORCIÓN DE NIÑOS 6-11 AÑOS DE EDAD CON BOCIO DE CUALQUIER GRADO (PALPABLE Y VISIBLE COMBINADO).</p> <p>LA MEDIANA DEL VALOR DE LA CONCENTRACIÓN DE YODO URINARIO EN ESCOLARES DEBE SER MAYOR DE 10 MICROGRAMOS/DL DE ORINA.</p> <p>PROPORCIÓN DE RECIÉN NACIDOS (SANGRE EN EL CORDÓN UMBILICAL O ENTRE LOS 3 DÍAS Y LAS 3 SEMANAS) CON NIVELES DEL SUERO TSH POR ENCIMA DE 5 MLU/L.</p>	<p>(6) YODIZACIÓN UNIVERSAL DE LA SAL EN PAÍSES CON DIETA DEFICIENTE EN YODO (DDY).</p>	<p>PROPORCIÓN DE HOGARES QUE CONSUMEN SAL YODADA ADECUADAMENTE DE ACUERDO CON CRITERIOS CONVENIDOS: (1) EN EL TOTAL DEL PAÍS Y (2) EN ÁREAS CONOCIDAS COMO DE ALTO RIESGO DE DDY.</p>

META DEL AÑO 2000	INDICADORES PARA LA META DEL AÑO 2000	METAS DE MITAD DE DÉCADA (1995)	INDICADORES PARA LAS METAS DE MITAD DE DÉCADA
<p>REDUCCIÓN DEL 50% EN LAS MUERTES DEBIDAS A DIARREA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS Y DEL 25% EN LA TASA DE INCIDENCIA DE LA DIARREA.</p>	<p>PROPORCIÓN DE EPISODIOS DE DIARREA EN MENORES DE 5 AÑOS TRATADOS CON TRO (AUMENTO DE LÍQUIDOS) Y ALIMENTACIÓN CONTINUADA.</p> <p>NÚMERO ANUAL DE MUERTES DE MENORES DE 5 AÑOS DEBIDAS A LA DIARREA.</p> <p>NÚMERO PROMEDIO ANUAL DE EPISODIOS DE DIARREA POR NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS.</p>	<p>(7) ALCANZAR EL 80% DE USO DE TRO (AUMENTO DE LÍQUIDOS) Y ALIMENTACIÓN CONTINUADA COMO PARTE DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LAS ENFERMEDADES DIARRÉICAS.</p>	<p>PROPORCIÓN DE EPISODIOS DE DIARREA EN MENORES DE CINCO AÑOS TRATADOS CON SALES DE REHIDRATACIÓN ORAL (SRO) Y/O LÍQUIDOS CASEROS RECOMENDADOS (DEFINICIÓN DE TRO ANTERIOR A 1993).</p> <p>PROPORCIÓN DE EPISODIOS DE DIARREA EN MENORES DE CINCO AÑOS TRATADOS CON TRO (AUMENTO DE LÍQUIDOS) Y ALIMENTACIÓN CONTINUADA.</p> <p>PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE TIENE UN SUMINISTRO REGULAR DE SRO DISPONIBLE EN LA COMUNIDAD.</p>

META DEL AÑO 2000	INDICADORES PARA LA META DEL AÑO 2000	METAS DE MITAD DE DÉCADA (1995)	INDICADORES PARA LAS METAS DE MITAD DE DÉCADA
<p>EMPODERAMIENTO DE TODAS LAS MUJERES PARA AMAMANTAR EXCLUSIVAMENTE A SUS HIJOS ENTRE CUATRO Y SEIS MESES Y CONTINUAR AMAMANTANDO, CON ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA HASTA EL SEGUNDO AÑO.</p>	<p>PROPORCIÓN DE INFANTES MENORES DE CUATRO MESES (120 DÍAS) DE EDAD QUE SON AMAMANTADOS EXCLUSIVAMENTE.</p> <p>PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 20 A 23 MESES DE EDAD QUE SON AMAMANTADOS.</p> <p>PROPORCIÓN DE INFANTES ENTRE 6 Y 9 MESES (180 A 299 DÍAS) QUE RECIBEN LECHE DE PECHO Y ALIMENTOS COMPLEMENTARIOS.</p> <p>PROPORCIÓN DE TODOS LOS HOSPITALES E INSTALACIONES DE MATERNIDAD QUE SON "AMIGOS DEL BEBÉ" DE ACUERDO CON LOS CRITERIOS GLOBALES DE BFHI.</p>	<p>(8) TERMINAR Y PREVENIR LA DISTRIBUCIÓN GRATIS O A BAJO COSTO DE SUBSTITUTOS DE LA LECHE MATERNA EN TODOS LOS HOSPITALES Y FACILIDADES DE MATERNIDAD.</p> <p>LOGRAR QUE LOS HOSPITALES Y FACILIDADES DE MATERNIDAD ALCANCEN CLASIFICACIÓN DE "BEBÉ-AMIGABLE" DE ACUERDO CON EL CRITERIO GLOBAL DE BFHI.</p>	<p>PROPORCIÓN DE HOSPITALES Y FACILIDADES DE MATERNIDAD QUE SON EL BLANCO DEL BFHI HACIA FINES DE 1995.</p> <p>PROPORCIÓN DE HOSPITALES E INSTALACIONES DE MATERNIDAD QUE HAN SIDO OFICIALMENTE DESIGNADAS "AMIGAS DEL BEBÉ" DE ACUERDO CON CRITERIOS GLOBALES.</p>
<p>ELIMINACIÓN DE LA DRACUNCULIASIS HACIA EL AÑO 2000.</p>	<p>NÚMERO ANUAL DE CASOS DE DRACUNCULIASIS EN LA POBLACIÓN TOTAL.</p> <p>NÚMERO DE PUEBLOS CON CASOS DE DRACUNCULIASIS.</p>	<p>(9) INTERRUMPIR LA TRANSMISIÓN DE LA DRACUNCULIASIS EN TODOS LOS PUEBLOS AFECTADOS HACIA FINES DE 1995.</p>	<p>IGUAL.</p> <p>NÚMERO DE PUEBLOS CON CASOS DE DRACUNCULIASIS EN EL ÚLTIMO AÑO.</p>
		<p>(10) RATIFICACIÓN DE LA CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO (CDN) POR TODOS LOS PAISES.</p>	<p>CONSIGNACIÓN DE LOS DOCUMENTOS DE RATIFICACIÓN EN LA OFICINA LEGAL DE LAS NACIONES UNIDAS.</p>

META DEL AÑO 2000	INDICADORES PARA LA META DEL AÑO 2000	METAS DE MITAD DE DÉCADA (1995)	INDICADORES PARA LAS METAS DE MITAD DE DÉCADA
<p>ENTRE EL AÑO 1990 Y EL AÑO 2000, REDUCCIÓN A LA MITAD DE LA DESNUTRICIÓN SEVERA Y MODERADA ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.</p>	<p>PROPORCIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS POR DEBAJO DE MENOS 2 DESVIACIONES ESTÁNDAR (-2DE) DE LA MEDIANA DE PESO PARA LA EDAD EN LA POBLACIÓN DE REFERENCIA NCHS/OMS.</p> <p>PROPORCIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS POR DEBAJO DE MENOS 3 DESVIACIONES ESTÁNDAR (-3DE) DE LA MEDIANA DE PESO PARA LA EDAD EN LA POBLACIÓN DE REFERENCIA NCHS/OMS.</p> <p>PROPORCIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS POR DEBAJO DE MENOS 2 DESVIACIONES ESTÁNDAR (-2DE) DE LA MEDIANA DE TALLA PARA LA EDAD EN LA POBLACIÓN DE REFERENCIA NCHS/OMS.</p> <p>PROPORCIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS POR DEBAJO DE MENOS 3 DESVIACIONES ESTÁNDAR (-3DE) DE LA MEDIANA DE TALLA PARA LA EDAD EN LA POBLACIÓN DE REFERENCIA NCHS/OMS.</p> <p>PROPORCIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS POR DEBAJO DE MENOS 2 DESVIACIONES ESTÁNDAR (-2DE) DE LA MEDIANA DE PESO PARA LA TALLA EN LA POBLACIÓN DE REFERENCIA NCHS/OMS.</p> <p>PROPORCIÓN DE MENORES DE CINCO AÑOS POR DEBAJO DE MENOS 2 DESVIACIONES ESTÁNDAR (-2DE) DE LA MEDIANA DE PESO PARA LA EDAD EN LA POBLACIÓN DE REFERENCIA NCHS/OMS.</p>	<p>(11) REDUCCIÓN EN UNA QUINTA PARTE (1/5) O MÁS DE LOS NIVELES DE 1990 DE DESNUTRICIÓN SEVERA Y MODERADA.</p>	<p>IGUAL.</p> <p>IGUAL.</p> <p>IGUAL.</p> <p>IGUAL.</p>

META DEL AÑO 2000	INDICADORES PARA LA META DEL AÑO 2000	METAS DE MITAD DE DÉCADA (1995)	INDICADORES PARA LAS METAS DE MITAD DE DÉCADA
<p>ACCESO UNIVERSAL A LA EDUCACIÓN BÁSICA Y LOGRO DE EDUCACIÓN PRIMARIA PARA POR LO MENOS EL 80% DE LOS NIÑOS DE EDAD ESCOLAR, A TRAVÉS DE EDUCACIÓN FORMAL O EDUCACIÓN NO FORMAL QUE TENGA UN ESTÁNDAR DE APRENDIZAJE COMPARABLE, CON ÉNFASIS EN LA REDUCCIÓN DE LAS DISPARIDADES ACTUALES ENTRE NIÑOS Y NIÑAS.</p>	<p>PROPORCIÓN DE NIÑOS QUE INGRESAN AL PRIMER GRADO DE LA ESCUELA PRIMARIA QUE EVENTUALMENTE LLEGAN AL QUINTO GRADO.</p> <p>NÚMERO DE NIÑOS ENROLADOS EN LA ESCUELA PRIMARIA QUE PERTENECEN AL GRUPO DE EDAD RELEVANTE, EXPRESADO COMO PORCENTAJE DEL NÚMERO TOTAL EN ESE GRUPO DE EDAD (ENROLAMIENTO NETO).</p> <p>PROPORCIÓN DE NIÑOS CON EDAD DE INGRESO A LA ESCUELA PRIMARIA QUE ENTRAN AL PRIMER GRADO A ESA EDAD.</p> <p>PROPORCIÓN DE NIÑOS DE 10-12 AÑOS QUE ALCANZAN UN NIVEL ESPECÍFICO EN APRENDIZAJE EN ALFABETISMO, NUMERABILIDAD Y DESTREZAS VITALES.</p>	<p>(12) FORTALECER LA EDUCACIÓN BÁSICA DE TAL MANERA QUE SE LOGRE UNA REDUCCIÓN EN UNA TERCERA PARTE DE LA BRECHA ENTRE LA: (A) ENROLAMIENTO EN LA ESCUELA PRIMARIA Y TASAS DE RETENCIÓN EN 1990 Y ENROLAMIENTO UNIVERSAL Y RETENCIÓN EN LA EDUCACIÓN PRIMARIA DE POR LO MENOS EL 80% DE LOS NIÑOS EN EDAD ESCOLAR, Y (B) ENROLAMIENTO Y TASAS DE RETENCIÓN EN ESCUELA PRIMARIA DE NIÑOS Y NIÑAS EN 1990.</p>	<p>IGUAL.</p> <p>IGUAL.</p> <p>-</p> <p>IGUAL.</p> <p>NÚMERO DE NIÑOS ENROLADOS EN LA ESCUELA PRIMARIA EXPRESADO COMO PORCENTAJE DEL NÚMERO TOTAL DE NIÑOS DE EDAD ESCOLAR PRIMARIA (ENROLAMIENTO BRUTO).</p> <p>(TODOS LOS INDICADORES ANTERIORES POR GÉNERO.)</p>
<p>ACCESO UNIVERSAL A AGUA POTABLE SEGURA.</p>	<p>PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CON ACCESO A UNA CANTIDAD ADECUADA DE AGUA POTABLE SEGURA LOCALIZADA DENTRO DE UNA DISTANCIA CONVENIENTE DE LA VIVIENDA DEL USUARIO.</p>	<p>(13) AUMENTO EN EL SUMINISTRO DE AGUA Y EN EL SANEAMIENTO PARA REDUCIR LA BRECHA ENTRE LOS NIVELES DE 1990 Y EL ACCESO UNIVERSAL HACIA EL AÑO 2000 DE SUMINISTRO DE AGUA EN UNA CUARTA PARTE Y DE SANEAMIENTO EN UNA DÉCIMA PARTE.</p>	<p>IGUAL (PERO EXPRESADO EN NÚMEROS ABSOLUTOS Y COMO PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN TOTAL).</p>
<p>ACCESO UNIVERSAL A MEDIOS HIGIÉNICOS DE ELIMINACIÓN DE EXCRETAS.</p>	<p>PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN CON ACCESO A UNA INSTALACIÓN SANITARIA PARA LA DISPOSICIÓN DE EXCRETAS HUMANAS LOCALIZADA EN LA VIVIENDA O DENTRO DE UNA DISTANCIA CONVENIENTE DE LA VIVIENDA DEL USUARIO.</p>	<p>(Es importante que las definiciones relacionadas con acceso, cantidad adecuada, segura e instalaciones sanitarias sean presentadas con los indicadores.)</p>	<p>IGUAL (PERO EXPRESADO EN NÚMEROS ABSOLUTOS Y COMO PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN TOTAL).</p>

META DEL AÑO 2000	INDICADORES PARA LA META DEL AÑO 2000	METAS DE MITAD DE DÉCADA (1995)	INDICADORES PARA LAS METAS DE MITAD DE DÉCADA
<p>REDUCCIÓN EN UNA TERCERA PARTE DE LAS MUERTES DEBIDAS A INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS.</p>	<p>NÚMERO ANUAL DE MUERTES DE MENORES DE CINCO AÑOS DEBIDO A INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.</p> <p>PROPORCIÓN DE CASOS DE NEUMONÍA ATENDIDOS EN INSTALACIONES DE SALUD QUE RECIBIERON MANEJO ESTÁNDAR DE CASO.</p>	<p><i>PARA PAÍSES QUE ESTÁN IMPLEMENTANDO IRA: FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD DE LAS INSTALACIONES DE SALUD PARA EL MANEJO DE CASOS DE NEUMONÍA.</i></p>	<p>PROPORCIÓN DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA, QUE REQUIEREN ÉXAMEN QUE SON LLEVADOS A UN PROVEEDOR DE SALUD APROPIADO.</p> <p>PROPORCIÓN DE TODAS LAS INSTALACIONES DE SALUD QUE TIENEN UN OFERTA REGULAR DE ANTIBIÓTICOS GRATIS O DE BAJO COSTO Y UN TRABAJADOR ENTRENADO Y QUE PUEDEN POR LO TANTO PROPORCIONAR MANEJO CORRECTO DE CASOS DE NEUMONÍA.</p>