

unicef   
para cada infancia

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2023

# Para cada infancia, vacunación

Publicado por UNICEF desde 1980, el informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* tiene como objetivo profundizar en el conocimiento de los principales problemas que afectan a la infancia y promover soluciones que mejoren la vida de los niños, las niñas y los adolescentes.

**Publicado por:**

**UNICEF Innocenti – Centro Mundial de Investigaciones y Estudios Prospectivos**

Via degli Alfani, 58

50121 Florencia, Italia

Tel: (+39) 055 20330

Correo electrónico: [florence@unicef.org](mailto:florence@unicef.org)

Para conocer los datos más recientes, sírvase visitar [data.unicef.org](http://data.unicef.org).

Para acceder al informe en línea: [www.unicef.org/state-worlds-children-2023](http://www.unicef.org/state-worlds-children-2023)

**Cita sugerida:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2023: Para cada infancia, vacunación*, UNICEF Innocenti – Centro Mundial de Investigaciones y Estudios Prospectivos, Florencia, abril de 2023.

ISBN: 978-92-806-5444-8

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Abril de 2023

**Foto de portada:** En el Yemen, Hind Ali Nasser, de 7 años, se cubre el sitio de punción con un algodón después de vacunarse durante una campaña de divulgación.

© UNICEF/UN0679338/Hayyan

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2023

# Para cada infancia, vacunación

# Agradecimientos

## Equipo del informe

Brian Keeley, *Redactor jefe*; Juliano Diniz de Oliveira, *Especialista en investigación y políticas*; Tara Dooley, *Editora*; Moira Herbst, *Editora de proyectos especiales*; Rouslan Karimov, *Especialista en datos*; Sahiba Turgesen, *Coordinadora/Redactora adjunta*; Kathleen Edison, *Especialista en diseño*; Dennis Gayanelo, *Asociado de programas*; John McIlwaine, *Redactor y editor de fotografías*; y Amanda Marlin, *Jefa de la Unidad editorial e informes emblemáticos*, UNICEF Innocenti – Centro Mundial de Investigaciones y Estudios Prospectivos.

## Equipo técnico del informe

Ephrem T. Lemango, *Director adjunto, Inmunización*; Viorica Berdaga, *Jefa adjunta, Inmunización*; Deepa Risal Pokharel, *Jefa de equipo – Demanda, Inmunización*; Ulla Griffiths, *Jefa de equipo – Financiación, Inmunización*; Niklas Danielsson, *Jefe de equipo – Inmunización*; y Jennifer Requejo, *Jefa de equipo – Estadísticas y Seguimiento*.

## Grupo consultivo externo

Aluísio Barros, Filimona Bisrat, Tim Crocker-Buque, Thomas B. Cueni, Tom Davis, Gaurav Garg, Githinji Gitahi, Anuradha Gupta, Randa Sami Hamadeh, Firas J. Hashim, Richard Hatchett, Sarah Hawks, Heidi Larson, Orin Levine, Violane Mitchell, Christopher Morgan, Christopher Murray, Kate O'Brien, Anna Ong-Lim, Walter Orenstein, Henry B. Perry, Pavani Ram, Helen Rees, Roberta Rughetti, Faisal Shuaib, Robert Steinglass, Mesfin Tessema, Naveen Thacker, Angus Thomson, Oyewale Tomori, Cesar Victora y Fredrick N. Were.

## Grupo consultivo interno

Lily Caprani, Liz Case, Lauren Francis, Christopher Gregory, Peter Hawkins, Benjamin Hickler, S.M. Moazzem Hossain, Alison Jenkins, Andrew Owain Jones, Sowmya Kadandale, Aboubacar Kampo, Priyanka Khanna, Ralph Midy, Pdraic Murphy, Luwei Pearson y Ahmadu Yakubu.

## Editorial y producción

Samantha Wauchope, *Jefa de Producción (Comunicación Global y Abogacía)*; Ahmed Al Izz Alnaqshbandi, *Editor del árabe*; Maud Combier-Perben, *Editora del francés*; Elena Muñoz-Vico, *Editora del español*; Yasmine Hage y Baishalee Nayak, *Verificación de datos*; y Guy Manners (Green Ink), *Corrección*.

## Medios de prensa, comunicaciones y promoción

Imad Aoun, Kurtis Cooper, Tess Ingram y Laura Kerr.

## Diseño

Blossom

## Fotografía y reportaje

VII Photo Agency

## Tablas estadísticas

Las tablas estadísticas fueron preparadas por el equipo de Datos y Análisis de la **División de Datos, Análisis, Planificación y Seguimiento**: Vidhya Ganesh, *Directora*; Claudia Cappa, *Asesora superior, Estadística y Seguimiento*; Karen Avanesyan, Jan Beise, Jorge Bica, Savvy Brar, Antonio Canaviri, Samuel Chakwera, Joel Conkle, Ayca Donmez, Joao Pedro Wagner De Azevedo, Chika Hayashi, Lucia Hug, Robert Johnston, Munkhbadar Jugder, Yoshito Kawakatsu, Julia Krasevec, Yang Liu, Chibwe Lwamba, Vrinda Mehra, Suguru Mizunoya, Colleen Murray, Nicole Petrowski, Tyler A. Porth, David Sharrow, Tom Slaymaker, Liliana Carvajal Vélez, Dee Wang y Danzhen You.

## El Estado Mundial de la Infancia ha sido elaborado por UNICEF Innocenti – Centro Mundial de Investigaciones y Estudios Prospectivos

Bo Viktor Nylund, *Director*.

## Investigación y formulación de políticas

El presente informe se basa en documentos de antecedentes elaborados por:

Tim Crocker-Buque y Sandra Mounier-Jack; Ève Dubé, Pippa McDermid y Robert Böhm; Holly Seale; Alyssa Sharkey; Sarah Tougher; y Maliha Ahmad.

Cesar Victora y Aluísio Barros, con Bianca O. Cata-Preta, Andrea Wendt, Luisa Arroyave y Thiago M Santos, del Centro Internacional para la Equidad en la Salud de la Universidad Federal de Pelotas, llevaron a cabo un estudio especial sobre las desigualdades en la prevalencia de niños y niñas cero dosis dentro de un mismo país.

PATH realizó una encuesta sobre las innovaciones en materia de inmunización, con aportaciones de Deborah Atherly, Emily Carnahan, Allison Clifford, Yvette Collymore, Steven Diesburg, Collrane Frivold, Heidi Good, Miren Iturriza-Gomara, Monica Graham, Courtney Jarrahan, Laura Kallen, Manjari Lal, Pat Lennon, Joe Little, Kelsey Mertes, Mercy Mvundura, Lauren Newhouse, Eileen Quinn, Maya Rivera, Joanie Robertson, Laurie Werner y Jessica White.

Las recomendaciones de políticas de este informe se basan en los debates del encuentro *For every child, vaccines: UNICEF convening event on immunization*, celebrado en Florencia, Italia, los días 9 y 10 de junio de 2022, organizado por Matter Solutions y presentado por la entonces Directora de UNICEF Innocenti, Gunilla Olsson.

Este informe es el resultado de la colaboración entre numerosas personas e instituciones. El equipo del informe agradece a todos los que han aportado voluntariamente su tiempo, su experiencia y su energía, en particular:

## **Oficinas de UNICEF en los países y Comités Nacionales en pro de UNICEF**

**Camboya:** Foroogh Foyouzat, *Representante, jubilado*; Jaime Gill, Rathmony Hong, Hedy Ip, Raveesha Mugali y Rudina Vojvoda; **Ecuador:** Luz Ángela Melo, *Representante*; Juan Enrique Quiñonez, *Representante Adjunto*; Andrea Apolo, Cristina Arboleda, Magdalena Chávez y Katherine Silva; **Haití:** Carine Exantus, Therloune Guerrier, Herold Joseph, Lydie Maoungou Mingué, Rachel Opota y Ndiaga Seck; **India:** Luigi d'Aquino, Zafrin Chowdhury, Madhulika Jonathan, Purvi Malhotra y Sonia Sarkar; **Indonesia:** Allison Brown-Knight, Brian Clark, Sugiarto Hiu, Jimmy Kruglinski, Abdul Khalil Noorzad, Jana Kartika Sari, Ardila Syakriah y Ria Nurrachman (IndoXplore); **Iraq:** David Hipgrave, Miguel Mateos Muñoz, Alaa Rahi, Anmar Rfaat y Falah Wadi; **Kirguistán:** Christine Jaulmes, *Representante*; Asylgul Akimjanova, Mavliuda Dzharparova, Tomiris Orozoeva y Galina Solodunova; **Nicaragua:** Antero Almeida de Pina, *Representante*; Eduardo Gallardo, *Representante adjunto*; María Delia Espinoza, Bomar Méndez, Ana Gretchen Robleto y FACTSTORY; **Nigeria:** Folashade Adebayo, Ijeoma Agbo, Blessing Ejifor, Geoffrey Njoku y Bolanle Orefejo; **Pakistán:** Sheeba Afghani, Shoukat Ali, Mehdi Bokhari, Mariam Iqbal, Tarana Jahanuddin, Hayat Khan, Mahim Maher y Arifa S. Sharmin; **Somalia:** Mohamed Jama Fahiyeh, Abdirizak Abdullahi Haga, Mohamed Hiirad, Lisa Hill, Yodit Hiruy, Abdinasir Adan Ibrahim, Monsen Owusu-Aboagye y Yakub Yahye Khalif; **Uzbekistán:** Umidjon Khudaykulov y Yuriya Pak; **Yemen:** Shawki Alabasi, Paul Conner y Malak Shafer.

## **Oficinas regionales de UNICEF**

**Asia Oriental y el Pacífico:** Khin Devi Aung; **Europa y Asia Central:** Svetlana Stefanet; **África Oriental y Meridional:** Antoinette Eleonore Ba y Paul Ngwakum; **América Latina y el Caribe:** Maaïke Arts y Leysin De Leon; **Oriente Medio y África del Norte:** Saba Al Abbadi; **Asia Meridional:** Gunter Boussey y Lalita Gurung; **África Occidental y Central:** Ulrike Gilbert y Rokhaya Diop.

## **División de Comunicación Global y Abogacía**

Naysan Sabha, *Directora*; Germain Ake, Hemawathy Balasundaram, Marissa Buckanoff, Merva Faddoul, Nicole Foster, Selma Hamouda, Jacob Hunt, William Jones, Debbie Toskovic Kavanagh, Mary Lynn Lalonde, Maria Lauret, Nicholas Ledner, Pragya Mathema, Mahak Morsawala, Harriet Riley y Alona Volinsky.

## **División de Recaudación de Fondos y Alianzas con el Sector Privado**

Carla Haddad Mardini, *Directora*; Christine Murugami.

## **Grupo de Programas**

Sanjay Wijesekera, *Director*; Steven Lauwerier, *Director – Salud*; Natalia Winder-Rossi, *Directora – Política social*; Surangani Abeysekera, Jennifer Asman, Sanjay Bhardwaj, Genevieve Boutin, Myungsoo Choo, Stanislaus Joseph D'Souza, Vivian Lopez, Shahira Malm, Nikhil Mandalia, Phoebe Meyer, Miraj Pradhan, Shalini Rosario, Lauren Rumble, Nateetong Tandideeravit, Sarah Tougher y Sarah Wilbanks.

## **División de Alianzas con el Sector Público**

June Kunugi, *Directora*; Valentina Buj, Megan Gilgan y Barbara Renamy.

## **División de Suministros**

Etleva Kadilli, *Directora*; Jean-Pierre Amorij, Anthony Bellon, Michaela Briedova, Hans Christiansen, Kristoffer Gandrup-Marino, Soren Munk Hansen, Ian Lewis, Antonia Naydenov, Ann Ottosen y Lilia Velinova-de Boever.

## **UNICEF Innocenti – Centro Mundial de Investigaciones y Estudios Prospectivos**

Claire Akehurst, David Anthony, Patricia Arquero Caballero, Evan Easton Calabria, Arno Johnstone, Josiah Kaplan, Laura Meucci, Daniele Regoli y Ramya Subrahmanian.

## **Agradecimientos especiales a:**

Cinzia Iusco Bruschi, Laurence Chandy, Paloma Escudero y Robin Nandy.

Talo Herang, del **Distrito de Anjaw, Gobierno de Arunachal Pradesh, India.**

Akin Emmanuel e Ibrahim Akinwumi Mustafa, del **Estado de Lagos y la Junta de Atención Primaria de Salud del Estado de Lagos.**

Shoira Khalilova, Nasiba Tairova, Dilorom Tursunova y Bakhodir Yusupaliev, del **Ministerio de Salud de Uzbekistán.**

Alex De Figueiredo, Rachel Eagan, Heidi Larson y Martin Wiegand, del **Proyecto de Confianza en las Vacunas.**

Anamaria Bejar, Olly Cann, Amanda Fazzone Tschopp y Hamzah Zekrya, de **Gavi, la Alianza para las Vacunas.**

Raymond Hutubessy y So Yoon Sim, de la **Organización Mundial de la Salud.**

# Contents

Prólogo.....	i
Mensajes clave.....	iii
Introducción: Uno de cada cinco niños y niñas.....	1
<b>Estudio de caso: Somalia</b> .....	12
<b>Capítulo 1. La pandemia de COVID-19 ha causado un retroceso en la vacunación</b> .....	15
<b>El retroceso en la vacunación a consecuencia de la pandemia</b> .....	16
El riesgo creciente de sarampión.....	19
El retroceso en la inmunización contra el VPH .....	19
Comprender los efectos de la pandemia .....	20
<b>Estudio de caso: Indonesia</b> .....	22
<b>Ganar el terreno perdido</b> .....	24
Puesta al día y restablecimiento de los servicios .....	24
<b>Lo que hemos aprendido de la pandemia</b> .....	25
La urgencia de la vacunación sistemática.....	25
Una respuesta ágil y coordinada .....	26
La integración de la respuesta a las crisis de salud en la inmunización sistemática.....	27
<b>Desafíos a largo plazo</b> .....	27
<b>Estudio de caso: Camboya</b> .....	28
<b>Capítulo 2. La importancia de llegar a los niños y niñas cero dosis</b> .....	31
<b>Los niños y niñas que se quedan sin vacunar: factores socioeconómicos que determinan la inmunización</b> .....	32
La pobreza.....	32
La ubicación .....	33
La marginación.....	35
Los entornos de crisis.....	37
<b>Estudio de caso: Nigeria</b> .....	38
<b>Disponibilidad, acceso y asequibilidad</b> .....	40
Soluciones.....	41
<b>¿Por qué es importante?</b> .....	42
Sobrevivir y prosperar .....	42
El valor de la vacunación .....	42
Planteamiento .....	43
<b>Estudio de caso: Nicaragua</b> .....	44
<b>Capítulo 3. La inmunización y la atención primaria de salud</b> .....	47
<b>Estructuras y dificultades</b> .....	48
La fragilidad de la atención primaria de salud .....	48
El personal sanitario .....	49
<b>Estudio de caso: Yemen</b> .....	50
<b>Soluciones</b> .....	53
Fortalecer la atención primaria de salud .....	53
Integrar la inmunización en la atención primaria de salud.....	53
Colaborar con las comunidades.....	55
<b>Estudio de caso: Pakistán</b> .....	56
Apoyar al personal sanitario .....	58
Las siguientes etapas .....	59
<b>Estudio de caso: India</b> .....	60

<b>Capítulo 4. ¿Cómo podemos generar confianza en las vacunas? .....</b>	<b>63</b>
<b>Cuando la confianza flaquea .....</b>	<b>65</b>
El impacto de la COVID-19 .....	69
Motivación e indecisión .....	69
Las repercusiones.....	71
<b>Estudio de caso: Kirguistán .....</b>	<b>72</b>
<b>Generar confianza en las vacunas.....</b>	<b>74</b>
Participación, diálogo y responsabilidad de la comunidad.....	74
Datos sociales y escucha social.....	76
Mensajes públicas y educación a favor de las vacunas.....	77
Aplicar una perspectiva de género .....	78
<b>Estudio de caso: Ecuador .....</b>	<b>80</b>
<b>Capítulo 5. Financiación e innovación para el futuro.....</b>	<b>83</b>
<b>Financiación: la situación actual .....</b>	<b>84</b>
Inestabilidad económica .....	84
Presupuestos gubernamentales .....	85
<b>Financiar el futuro de la inmunización .....</b>	<b>86</b>
Financiación .....	87
Alianzas .....	87
Desafíos .....	87
Soluciones.....	88
Compromiso .....	89
<b>Estudio de caso: Uzbekistán .....</b>	<b>90</b>
<b>Vacunas y productos nuevos.....</b>	<b>92</b>
Avances recientes en materia de vacunas.....	92
Avances en productos de vacunación .....	94
Innovaciones relacionadas con la logística y las cadenas de suministro .....	95
Herramientas digitales .....	95
Reforzar la producción local.....	97
<b>Estudio de caso: Haití .....</b>	<b>98</b>
<b>Capítulo 6. Para cada infancia, vacunación: un plan de acción para la igualdad.....</b>	<b>101</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>102</b>
<b>Para cada niño, vacunación: un plan de acción para la igualdad .....</b>	<b>103</b>
1. Vacunar a todos los niños y niñas, en todas partes .....	103
2. Reforzar la demanda de vacunación y la confianza en las vacunas....	104
3. Gastar más y mejor en inmunización y sanidad.....	105
4. Establecer sistemas resilientes y a prueba de las perturbaciones que depare el futuro .....	106
<b>Notas .....</b>	<b>108</b>
<b>Tablas Estadísticas .....</b>	<b>115</b>



**Catherine Russell**  
Directora Ejecutiva de UNICEF

# Prólogo

Las enfermedades y las plagas son una constante en la historia de la humanidad. Pero la aparición de las vacunas ha alterado radicalmente el curso de la supervivencia y el desarrollo humanos.

Hace casi 80 años, Europa luchaba por recuperarse de una guerra catastrófica.

Millones de personas se hacinaban en edificios y refugios en ruinas, en condiciones más que propicias para que surgieran brotes de enfermedades infecciosas. La tuberculosis era especialmente contagiosa y virulenta en numerosas comunidades de todo el continente. Los niños y niñas eran muy vulnerables a esta enfermedad, y miles de ellos sufrían una fiebre debilitante, pérdida de peso y dolor torácico o incluso morían.

Hasta entonces, enfermedades como la viruela, el sarampión y la poliomielitis devastaban con frecuencia a grandes segmentos de la población humana, y causaban la muerte de innumerables niños y niñas.

Pero esta vez la situación fue diferente. Providos de viales de BCG, la vacuna que ayuda a proteger contra la tuberculosis, equipos de trabajadores médicos se movilizaron por toda Europa para salvar vidas. En 1950, unos 11,4 millones de niños y niñas habían sido vacunados contra la enfermedad gracias a una campaña de inmunización que recibió el apoyo de UNICEF. Este logro marcó el comienzo de una nueva era en la que las vidas de millones de niños y niñas quedarían protegidas contra las enfermedades prevenibles mediante las vacunas.

Avanzamos hasta 1980. La primera edición del informe del Estado Mundial de la Infancia afirmaba que “en los países más pobres, solo un niño de cada diez recibirá asistencia sanitaria primaria o será vacunado en su primer año contra la difteria, el tétanos, el sarampión, la tuberculosis, la tosferina o la poliomielitis, las seis enfermedades prevenibles más

comunes de la infancia”. Esta conclusión era profundamente preocupante, aunque había indicios que invitaban a la esperanza y anunciaban el progreso en el terreno de la inmunización. Ese mismo año la viruela se declaró finalmente erradicada, un avance que mostró el extraordinario poder de las vacunas para salvar vidas.

Ese éxito contribuyó a inspirar un programa mundial para aumentar el número de niños y niñas del mundo que recibían protección contra otras enfermedades potencialmente mortales, como el sarampión, la difteria o la neumonía, entre otras. A finales de la década de 1980, aproximadamente siete de cada diez niños y niñas del mundo estaban protegidos con vacunas, y esa cifra siguió aumentando, aunque más lentamente, en las décadas siguientes. UNICEF hizo todo lo que estaba a su alcance, y lo sigue haciendo. En la actualidad, las vacunas que suministramos llegan al 45% de los niños y niñas menores de 5 años del mundo.

En 2020, el virus de la COVID-19 comenzó a propagarse por todo el planeta: se perdieron vidas, la situación de muchas personas quedó en suspenso, se cerraron escuelas y los sistemas sanitarios se vieron sometidos a presiones que superaban su capacidad. Pero en un periodo de tiempo extraordinariamente corto se desarrollaron nuevas vacunas y se pusieron en marcha campañas de vacunación a gran escala. Una vez más, UNICEF estuvo allí. Con nuestros aliados Gavi, la Alianza para las Vacunas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI), formamos parte de la mayor operación de suministro de vacunas de la historia, y proporcionamos casi 2.000 millones de dosis de vacunas a 146 países y territorios. Además, hemos apoyado el desarrollo de la tecnología que mantiene las vacunas frías mientras las trasladamos a las regiones más remotas del mundo, y hemos



trabajado intensamente para aumentar la confianza en la seguridad y la eficacia de las vacunas.

Durante casi 80 años, UNICEF ha colaborado con aliados internacionales, gobiernos nacionales y muchos otros actores para proteger a los niños y niñas contra las enfermedades que se pueden prevenir mediante la vacunación. Pero en un mundo que se recupera lentamente de la pandemia de COVID-19, sabemos que los enfoques que hemos adoptado en el pasado no tienen por qué ser siempre los más adecuados para las circunstancias actuales o futuras.

A pesar de las décadas de progreso logrado en materia de inmunización infantil, nuestros esfuerzos colectivos se están quedando cortos. En pocas palabras, no estamos cumpliendo nuestro objetivo de vacunar a todos los niños y niñas. Aunque se han incorporado nuevas vacunas que amplían la protección contra las enfermedades, ninguna ha conseguido llegar a más de nueve de cada diez niños y niñas. Muchas de ellas ni siquiera se acercan a esa cifra: solo una de cada ocho niñas ha recibido la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), que protege contra el cáncer de cuello uterino.

La pandemia no ha hecho más que oscurecer este panorama. En los últimos tres años se han puesto en peligro más de diez años de avances en materia de inmunización infantil sistemática, un logro que se había conseguido con mucho esfuerzo. Corregir el rumbo será todo un desafío. La sombra de la pandemia se cernirá sobre las economías durante los próximos años y obligará a las autoridades a tomar decisiones difíciles en materia de gasto e inversión. Además, se avecina otro problema: en muchos países, la confianza en las vacunas parece estar disminuyendo. Aunque dista mucho de ser el elemento más importante de la demanda de vacunas en la mayoría de las comunidades, no se debe pasar por alto el aumento aparente de las dudas.

Alcanzar nuestro objetivo –vacunar a todos los niños y niñas– exigirá un compromiso real por parte de los gobiernos.

Un aspecto del cambio será de índole técnica: hacer un mejor uso de los datos, lograr una mayor comunicación y divulgación, y reforzar las cadenas de frío.

En algunos casos será necesario que los gobiernos nacionales, los donantes y otros agentes entablen conversaciones difíciles sobre la financiación y los compromisos necesarios para mejorar la forma de financiar la atención primaria de salud y los servicios de inmunización, y de lograr que sean más resilientes ante futuras crisis.

En otros casos, las sociedades y comunidades se verán obligadas a examinar sus valores fundamentales. Los niños y niñas de las comunidades marginadas son los que menos probabilidades tienen de recibir vacunas. El hecho de que se les vacune o no suele ser el resultado de profundas desigualdades: entre ricos y pobres, entre hombres y mujeres, entre comunidades en el centro del poder y comunidades en los márgenes.

Lograr que se produzcan los cambios necesarios para vacunar a todos los niños y niñas no será fácil, pero los avances de los últimos 80 años deberían darnos esperanzas. Una y otra vez, el mundo ha conseguido realizar notables progresos en el terreno de la inmunización, a menudo en las circunstancias más difíciles y problemáticas.

Estos logros han transformado nuestro mundo. Han permitido que millones de niños y niñas sobrevivan y vivan libres de los efectos persistentes de la enfermedad. Han liberado a las familias de la angustia y la carga económica que supone cuidar a niños y niñas enfermos. Y han enriquecido el capital humano, el talento y la energía de nuestras sociedades.

En los próximos años podremos alcanzar logros aún mayores. Las nuevas vacunas ya están ayudando en la lucha contra el paludismo. Es muy probable que pronto se desarrollen más vacunas, incluso contra enfermedades crónicas como el cáncer y la enfermedad de Alzheimer.

Nuestro viaje ha sido largo, pero, en muchos sentidos, no ha hecho más que empezar.

## MENSAJE CLAVE 1

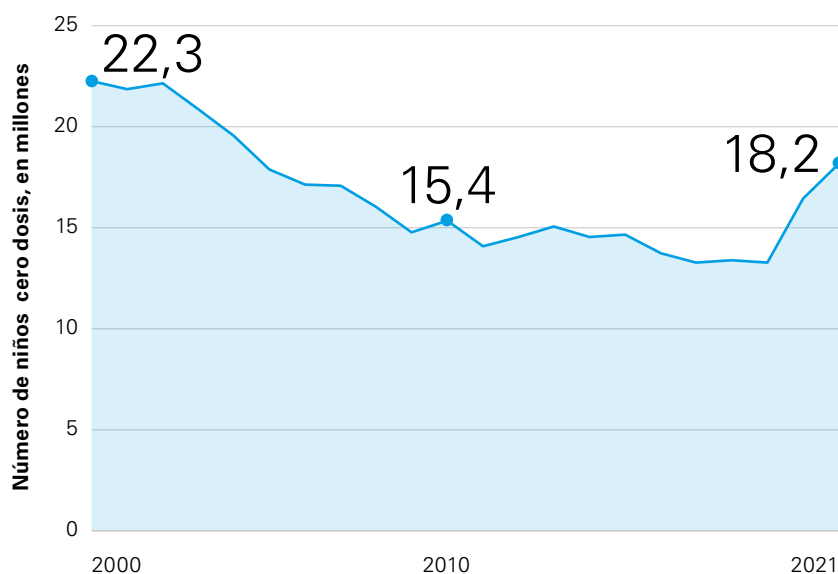


# Las vacunas salvan vidas.

Las vacunas salvan vidas, pero hay demasiados niños y niñas en el mundo que no las reciben. La pandemia de COVID-19 no ha hecho más que aumentar su número. Los niños y niñas que se están quedando sin vacunar viven en las comunidades más pobres, remotas y marginadas. Para llegar a ellos, resulta fundamental dar prioridad a la inversión en atención primaria de salud y en los trabajadores de la salud –en su mayoría mujeres– que prestan los servicios de inmunización. También es esencial fomentar la confianza en las vacunas y aprovechar al máximo una serie de nuevas ideas y tecnologías que pueden potenciar el poder de las vacunas y garantizar que lleguen a todos los niños y niñas.

A pesar de los crecientes esfuerzos por ampliar la inmunización, durante la última década apenas se ha avanzado en la reducción del número de niños y niñas cero dosis. Llegar a todos ellos sigue siendo un reto.

**Figura 1. Niños y niñas cero dosis en el mundo, de 2000 a 2021**



**Fuente:** Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Estimaciones de la cobertura nacional de inmunización, revisión de 2021”, julio de 2022.



## 1 de cada 5

niños y niñas no ha sido vacunado (**niños y niñas “cero dosis”**) o no ha recibido todas las vacunas (**“subvacunados”**), lo que lo hace vulnerable a una serie de enfermedades prevenibles mediante la vacunación.



Aproximadamente

## 1 de cada 5

niños y niñas no tiene ninguna protección contra el sarampión, una enfermedad que puede ser mortal durante la infancia.

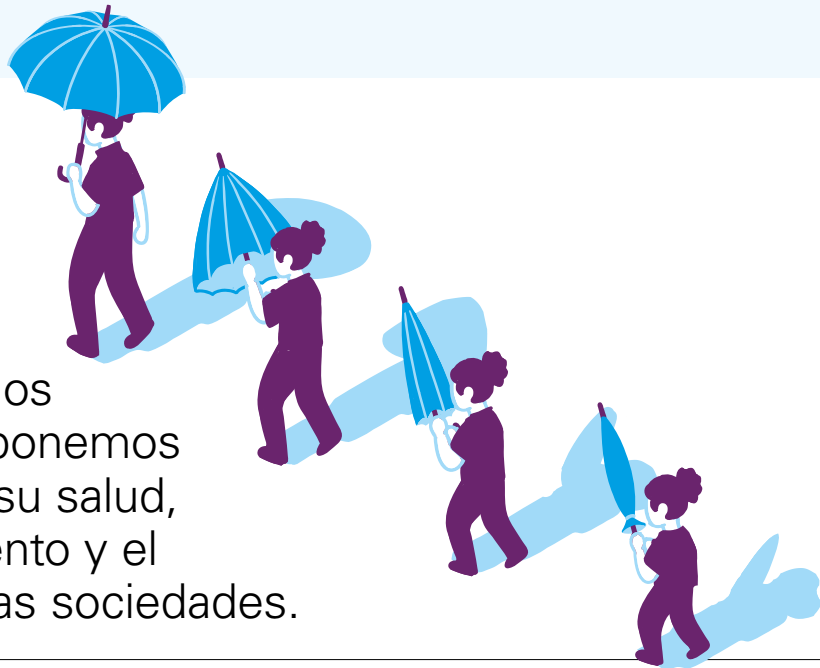


Alrededor de

## 7 de cada 8

niñas expuestas no están vacunadas contra el virus del papiloma humano (VPH), que puede causar cáncer de cuello uterino.

## MENSAJE CLAVE 2



Cuando no vacunamos a los niños y niñas, ponemos en peligro su vida y su salud, así como el crecimiento y el desarrollo de nuestras sociedades.

### Las vacunas salvan

4,4 millones de vidas

cada año, una cifra que podría aumentar a

5,8 millones

en 2030 si se cumplen los objetivos de la Agenda de Inmunización 2030 (AI2030).

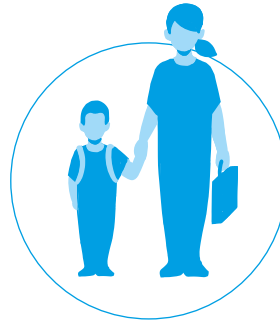


Antes de la puesta en marcha de la vacuna en 1963, el sarampión causaba la muerte de unos 2,6 millones de personas al año en todo el mundo, en su mayoría niños y niñas. En 2021, esa cifra se había reducido a 128.000, una cantidad que es todavía demasiado elevada, pero que representa una notable mejoría.

### Las vacunas ayudan a los niños a desarrollarse, sirven de apoyo a las familias y los cuidadores y benefician la salud de la comunidad en general



La vacunación protege a la infancia contra las enfermedades. Como consecuencia de ello, contribuye a que se reduzcan las ausencias escolares y a mejorar los **resultados del aprendizaje**.



Cuando los niños están protegidos contra las enfermedades, los progenitores y cuidadores —en su mayoría madres— necesitan **ausentarse menos del trabajo** para atender a los niños enfermos.



También es menos probable que las familias tengan que afrontar el dolor emocional y los **costes a veces catastróficos** que supone cuidar a un hijo enfermo.



Vacunar a los niños y niñas contribuye a mejorar la salud de la comunidad en general, ya que fomenta la **inmunidad colectiva** y ayuda a limitar el aumento de la resistencia a los antimicrobianos.

### Las vacunas ofrecen un rendimiento inigualable de la inversión



26 DÓLARES

Cada dólar gastado en vacunación produce un retorno de la inversión de 26 dólares.

### MENSAJE CLAVE 3



La pandemia de COVID-19 hizo retroceder la inmunización infantil en todo el mundo.

UNICEF estima que

67 millones de niños y niñas

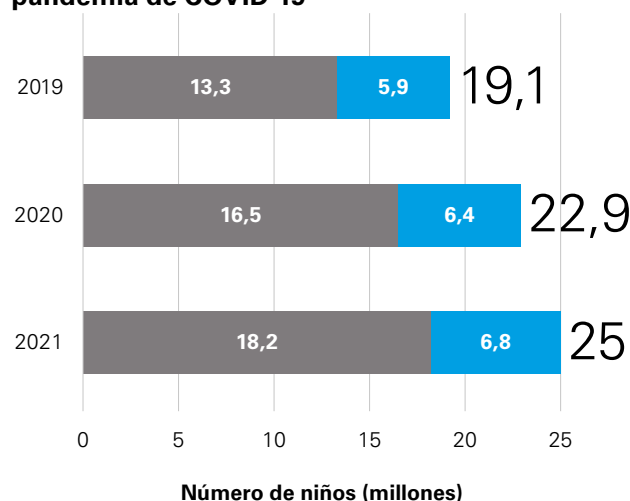
no se beneficiaron de la vacunación sistemática total o parcial entre 2019 y 2021;

48 millones

no recibieron ninguna vacuna.

Los trastornos causados por la pandemia interrumpieron la vacunación infantil en casi todas partes, e hicieron retroceder las tasas de vacunación a niveles que no se veían desde 2008.

Figura 2. El número\* de niños y niñas que no recibieron vacunas aumentó durante la pandemia de COVID-19



Estado de vacunación: ■ Cero dosis ■ Subvacunados

Fuente: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "Estimaciones de la cobertura nacional de inmunización, revisión de 2021", julio de 2022.

\* Las cifras se han redondeado.

### ¿Por qué la pandemia retrasó la inmunización infantil?



Presentó nuevas y enormes exigencias para **los sistemas sanitarios**, que en su gran mayoría no estaban preparados para afrontarlas.



Agravó la **escasez** existente de personal sanitario.



Ejerció una **gran presión** sobre el personal sanitario de primera línea, en su mayoría mujeres, que también tenían que hacer frente a otras cargas relacionadas con los cuidados en el hogar.



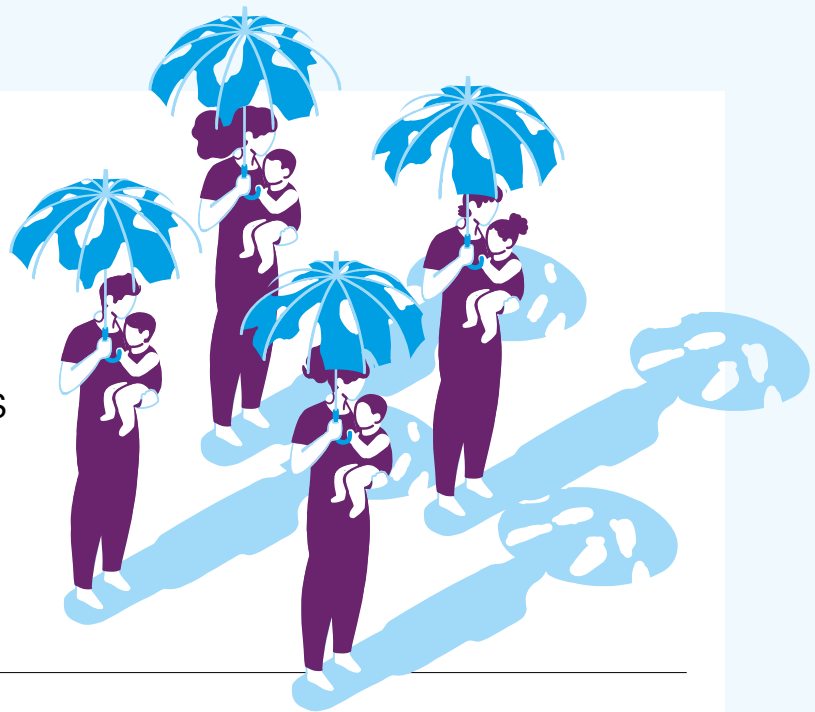
Las recomendaciones de **quedarse en casa** y el miedo a contraer el virus en los centros sanitarios llevaron a las familias a posponer la vacunación de los niños.

### ¿Qué se puede hacer?

**Puesta al día y restablecimiento de los servicios:** Los niños y niñas nacidos justo antes o durante la pandemia están dejando atrás la edad en la que normalmente deberían ser vacunados. Ahora es necesario tomar medidas urgentes para poner al día a los que se quedaron sin vacunar y apoyar el restablecimiento de los servicios de inmunización que sufrieron un retroceso durante la pandemia.

## MENSAJE CLAVE 4

Pero incluso antes de la pandemia, había demasiados niños y niñas sin vacunar. Muchos viven en las comunidades más pobres y marginadas.



La historia de los niños y niñas que no reciben vacunas está marcada por la desigualdad, la pobreza, la escasez de servicios en las comunidades y la falta de poder de las mujeres.

### Pobreza



En los hogares más pobres, poco más de 1 de cada 5 niños son cero dosis; en los más ricos, solo 1 de cada 20.

En algunas regiones, la diferencia es aún mayor: en África Occidental y Central, casi 1 de cada 2 niños de los hogares más pobres son cero dosis, frente a aproximadamente 1 de cada 16 en los más ricos.

### Mujeres sin poder

Los hijos de madres sin estudios o con pocos estudios tienen muchas menos probabilidades de recibir una vacuna

Situación de las madres:	Proporción de niños cero dosis
Sin estudios	23,5%
Educación primaria	13,1%
Al menos estudios secundarios	6,9%

**Fuente:** Victora, Cesar y Aluísio Barros, "Within-Country Inequalities in Zero-Dose Prevalence: Background paper for *The State of the World's Children 2022*", Centro Internacional para la Equidad en la Salud, Universidad Federal de Pelotas, Brasil, diciembre de 2022.

Las comunidades que no disponen de suficientes servicios enfrentan problemas de disponibilidad, acceso y asequibilidad.



### Disponibilidad

¿Se distribuyen vacunas en los centros de salud o durante las campañas de divulgación y hay personal sanitario para administrarlas?



### Accesibilidad

¿Pueden los niños y las familias acceder a las vacunas y los servicios en el lugar y en el momento en que están disponibles?



### Asequibilidad

¿Pueden las familias costearse el servicio sanitario, pagar el billete de autobús o faltar un día al trabajo para acudir al centro de salud?

### Comunidades sin suficientes servicios



Muchos niños y niñas cero dosis o subvacunados viven en entornos difíciles: comunidades rurales remotas, asentamientos urbanos y zonas donde imperan conflictos y crisis.



Estos problemas son mayores en los países de ingresos bajos y medios, donde aproximadamente 1 de cada 10 niños de las zonas urbanas son cero dosis; la cifra es ligeramente inferior a 1 de cada 6 en las zonas rurales. En los países de ingresos medios-altos casi no hay diferencias entre los niños de las zonas urbanas y las rurales.



En 2018, 2 de cada 5 niños y niñas en el mundo que no habían sido inmunizados vivían en entornos frágiles o afectados por conflictos.

## MENSAJE CLAVE 5

Para vacunar a todos los niños y niñas es fundamental reforzar la atención primaria de salud y proporcionar a los trabajadores de primera línea, en su mayoría mujeres, los recursos y el apoyo que necesitan.



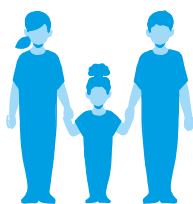
- Muchos niños no reciben vacunas porque viven en lugares que carecen de servicios primarios de salud (que incluyan la promoción de la salud y la prevención y el tratamiento de enfermedades) o estos servicios son insuficientes.
- Las campañas de vacunación son un método esencial para llegar a muchos de estos niños, una función que seguirán cumpliendo por mucho tiempo. Pero las campañas son, por definición, de corta duración, y presentan limitaciones propias debido a que por su naturaleza no pueden ofrecer servicios continuos y predecibles.
- Integrar la inmunización infantil en los esfuerzos para fortalecer la salud primaria es esencial para alcanzar de forma sostenible el objetivo de vacunar a todos los niños y niñas.



### Apoyar al personal sanitario

En su calidad de trabajadoras sanitarias y agentes de salud comunitarias, las mujeres están en primera línea de la distribución de vacunas, pero confrontan diversos problemas: salarios bajos, empleo irregular, falta de oportunidades profesionales y amenazas a su seguridad. Son muy pocas las mujeres que ocupan puestos directivos. Para tratar de solucionar estos problemas es necesario tomar las medidas siguientes:

- Ofrecer empleos a tiempo completo con una remuneración adecuada y condiciones de trabajo dignas.
- Ofrecer oportunidades de desarrollo profesional y capacitación que incluyan la gestión integrada de las enfermedades de la infancia.
- Reconocer y regularizar el papel de los trabajadores sanitarios comunitarios.



### Integrar los servicios

Al ser un medio ya establecido para contactar con las familias, los servicios de vacunación pueden ser un punto de entrada inmejorable para prestar otro tipo de servicios sanitarios esenciales. Del mismo modo, unos sistemas de atención primaria de salud sólidos pueden contribuir a mejorar los servicios de vacunación al ofrecer la posibilidad de llegar a los más rezagados.



### Comprometerse con las comunidades

Las intervenciones de vacunación diseñadas, aplicadas y evaluadas por miembros de las comunidades a las que sirven pueden aumentar su equidad y su eficacia.



### Dar prioridad a la financiación de la inmunización

Incluso en estos tiempos en que los presupuestos están muy ajustados, el alto rendimiento de la inversión en la inmunización destaca los beneficios de dar prioridad a la financiación.

## MENSAJE CLAVE 6

Los progenitores y las comunidades deben creer en el valor de la vacunación. Hay indicios preocupantes de que la confianza en las vacunas está disminuyendo en algunos países.



### Para reforzar la confianza en las vacunas, hay que hacer grandes esfuerzos:



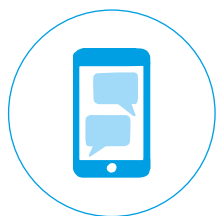
#### Comprometerse con las comunidades y promover el diálogo

El compromiso también puede servir para frenar la influencia de los rumores y la desinformación y reforzar el apoyo generalizado a la inmunización. El diálogo puede ayudar a fomentar la confianza y abrir la puerta a que la gente comparta sus sentimientos y preocupaciones sobre la vacunación.



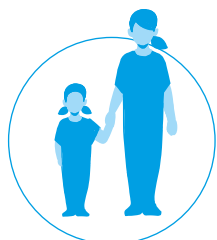
#### Apoyar a los profesionales de la salud para que ejerzan su influencia

Los proveedores de atención de la salud son una fuente de confianza sobre las vacunas. Es esencial motivar y equipar a los proveedores de inmunización –y a los trabajadores sanitarios de la comunidad que los apoyan– para que mantengan conversaciones convincentes sobre la vacunación.



#### Realizar una labor de escucha social

La escucha social –invertir en comprender las actitudes de la gente ante las vacunas en tiempo real– es una actividad esencial. Los enfoques pueden incluir la realización de encuestas periódicas y el seguimiento de debates y deliberaciones en las redes sociales.



#### Empoderar a las mujeres y las niñas

Comprender cómo influye el género en la aceptación de las vacunas puede ayudar a diseñar programas más eficaces, así como campañas de educación e información.

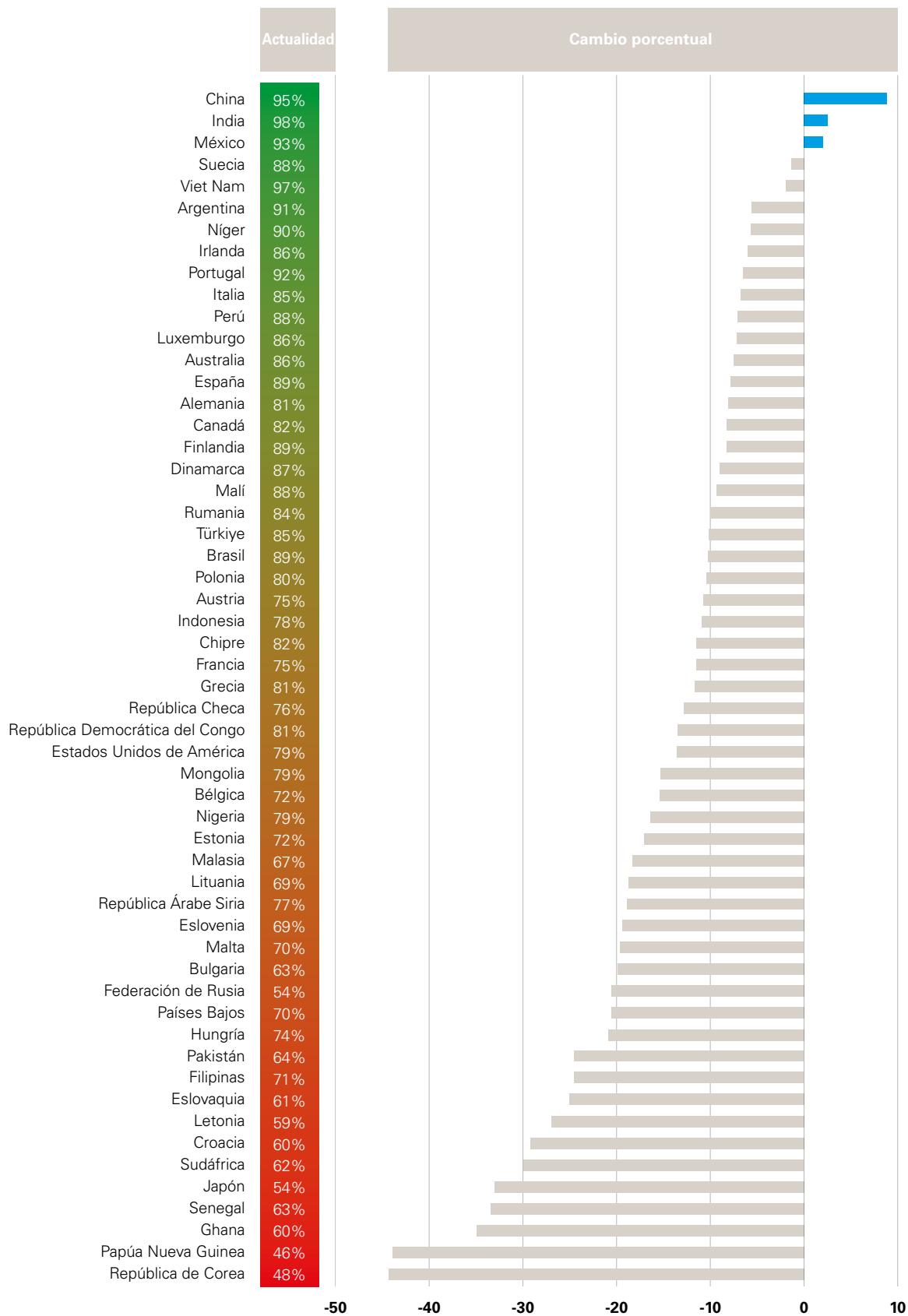
### Tendencias en la confianza en las vacunas

- Los datos recopilados antes y durante la pandemia de COVID-19 en muchos países de los que se dispone de datos, aunque no en todos (*véase la Figura 3*), indican que se ha producido un **descenso en la percepción de la importancia** que tienen las vacunas para la infancia.
- Los niveles de confianza parecen haber disminuido en mayor medida en los grupos de edad **más jóvenes** que en los de más edad.
- La confianza en las vacunas es notoriamente **volátil**, y cualquier tendencia corresponde específicamente al momento y el lugar donde se produce. Pero es necesario tomar en serio cualquier signo que indique una pérdida de confianza.



**Figura 3. La confianza en la importancia de las vacunas para la infancia disminuyó después del inicio de la pandemia**

Porcentaje de población que actualmente (en el año más reciente) considera que las vacunas son importantes para la infancia, y cambio porcentual, antes y después del inicio de la pandemia.

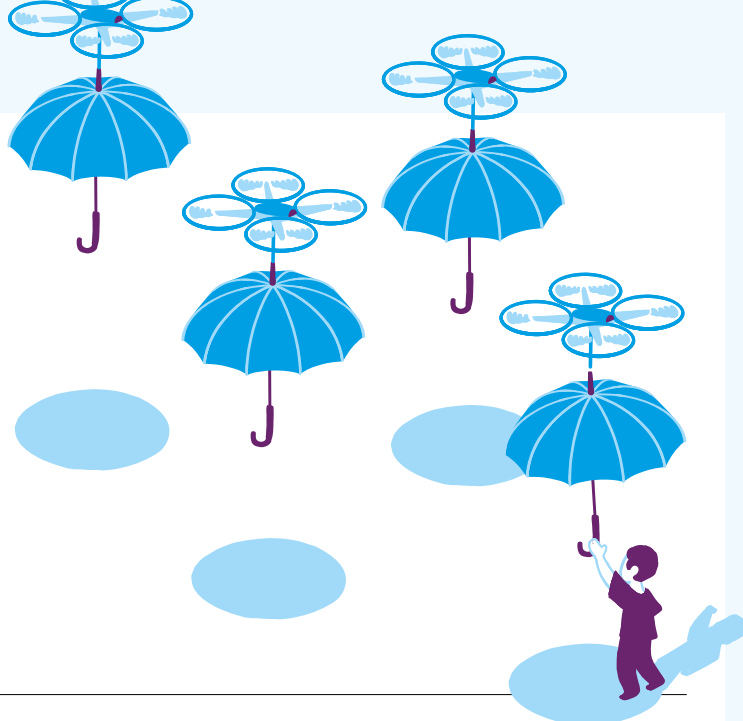


Fuente: Análisis de UNICEF basado en datos de *The Vaccine Confidence Project*, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2022.



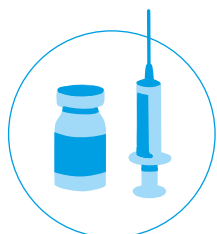
## MENSAJE CLAVE 7

Vacunar a todos los niños significa invertir en nuevos mecanismos para reforzar la financiación y aprovechar al máximo las innovaciones científicas y tecnológicas.



### **Superar las restricciones fiscales en los países de ingresos bajos y medios es esencial para eliminar los considerables obstáculos que dificultan la prestación de servicios de vacunación**

- En general, los gobiernos son los mayores contribuyentes a la inmunización, pero los donantes aportan otros fondos esenciales.
- La cantidad que los gobiernos asignan no siempre coincide con lo que realmente se gasta. Entre las razones de este problema cabe destacar un incumplimiento de las previsiones de ingresos, un desvío de fondos para abordar otras necesidades, retrasos en las adquisiciones y dificultades en la coordinación.
- Es esencial seguir reforzando los sistemas sanitarios y financieros para garantizar que los fondos se gasten de forma eficiente.



### **La pandemia de COVID-19 contribuyó a cambiar el panorama en el desarrollo de las vacunas**

- La rapidez con la que se desarrollaron y produjeron las vacunas durante la pandemia ofrece importantes lecciones para acelerar su fabricación y el proceso de aprobación.
- Están apareciendo varias vacunas nuevas –y una ya ha sido aprobada– para proteger a los niños contra el paludismo, que mata a casi medio millón de niños cada año.
- Las innovaciones en la producción de una nueva vacuna antineumocócica conjugada, que ayuda a proteger a los niños de la neumonía, podrían reducir el coste de la vacuna y mejorar su suministro.



### **Las innovaciones en las cadenas de suministro de vacunas ayudarán a mejorar el acceso en las zonas remotas**

- Los pequeños indicadores sensibles a la temperatura de los viales donde se almacenan las vacunas permiten a los trabajadores sanitarios controlar si las vacunas están expuestas al calor.
- En algunos países africanos se están utilizando con éxito drones para distribuir productos sanitarios.



### **Las tecnologías digitales contribuyen a mejorar la calidad y puntualidad de los datos**

- Los registros electrónicos relacionados con la vacunación pueden garantizar que el niño o la niña que la necesita reciba la vacuna adecuada en el momento oportuno.
- Los sistemas de cartografía de los teléfonos de los vacunadores, que utilizan “macrodatos”, pueden ayudar a identificar a las comunidades necesitadas.
- El envío a las familias de recordatorios por SMS puede ayudar a aumentar las tasas de vacunación.



En Nigeria, Victoria Aina se empezó a preocupar cuando Toluwalase dejó de tomar sus comidas favoritas. Una vecina la vio por la calle y se dio cuenta de que tenía sarampión. Poco después, Toluwalase siguió un tratamiento y se recuperó.  
© UNICEF/U.S. CDC/  
UN0671473 /Nelson APOCHI  
Owoicho

INTRODUCCIÓN

# Uno de cada cinco niños y niñas

En una colchoneta situada en un edificio de viviendas de Lagos, una niña duerme. Tiene la frente y los brazos cubiertos de cicatrices. Unos meses antes, la niña enfermó con fiebre alta y le apareció una erupción cutánea. Su abuela, Victoria Aina, que la cuida, se alarmó.

## Recuadro 1

### Entender el concepto de “cero dosis”

“Cero dosis” y “subvacunación” se han convertido en conceptos clave para explicar la cobertura de inmunización, armonizar los esfuerzos mundiales para mejorar la cobertura de las vacunas y realizar una tarea de supervisión para consolidar los resultados. ¿Qué significan estos dos conceptos?

**Cero dosis** se refiere a los niños que no han recibido ninguna vacuna. La mayoría vive en comunidades que sufren múltiples privaciones.

La **subvacunación** se refiere a los niños que han recibido algunas de las vacunas del calendario recomendado, pero no todas.

Para calcular el número de niños cero dosis y subvacunados se utiliza una medida aproximada. Los niños y las niñas que no han recibido la primera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP1) se describen como “cero dosis”. Los niños y las niñas que han recibido la DTP1 pero no la tercera dosis (DTP3) se describen como “subvacunados”.

Los niños suelen recibir estas vacunas en el primer año de vida. Por lo tanto, en términos generales, cuando los datos relativos a los niños cero dosis o subvacunados se presentan en términos porcentuales, estas cifras representan porcentajes de lactantes supervivientes (y no de toda la población infantil).

“Me preocupé cuando dejó de comer sus comidas favoritas”, dice. “A Toluwalase le encantan el pan y los refrescos. Me alarmé cuando los rechazó”.

Alguien del vecindario vio a Toluwalase en la calle y diagnosticó su enfermedad: sarampión. La niña siguió un tratamiento y se recuperó.

Toluwalase tuvo suerte. Muchos otros niños no la tienen. El sarampión mata. Aunque a menudo se pasa por alto como uno de esos trastornos que los niños contraen con frecuencia –una erupción y fiebre que desaparecen en unos días–, el sarampión se cobra alrededor de 351 vidas diarias, la mayoría de los menores de edad<sup>1</sup>. Los niños y niñas que contraen esta enfermedad altamente contagiosa corren el riesgo de padecer neumonía y sufrir consecuencias a largo plazo, como daños cerebrales, sordera y ceguera<sup>2</sup>.

Desde que se puso en marcha la vacuna en 1963, las infecciones y muertes por sarampión se pueden evitar.

Esa vacuna ha contribuido a transformar la situación de la infancia. Antes de su introducción, el sarampión causaba unos 2,6 millones de muertes al año y era la principal causa de ceguera infantil en los países de ingresos bajos<sup>3</sup>. En las dos últimas décadas se calcula que la inmunización contra el sarampión ha salvado más de 31 millones de vidas<sup>4</sup>.

Pero todavía hay demasiados niños y niñas que no reciben la protección que necesitan contra el sarampión y otras enfermedades graves.

Para la abuela de Toluwalase, la lección es sencilla: “Hay que vacunar a los niños”.

## Los niños desatendidos

Toluwalase no está sola.

En las aldeas rurales remotas, en los barrios marginales de las ciudades, en las situaciones de conflicto y fragilidad y en muchos otros entornos del mundo, hay demasiados niños y niñas que no reciben las vacunas que necesitan para estar protegidos contra las enfermedades graves. En 2021, se estimaba que algo más de 25 millones de niños no estaban vacunados –**cero dosis**– o estaban subvacunados (véase el Recuadro 1)<sup>5</sup>. Al igual que Toluwalase, muchos de estos niños y niñas proceden de las familias y comunidades más pobres. Sus vidas suelen estar marcadas por múltiples privaciones, con un acceso limitado a servicios básicos como el agua potable, la educación y, sobre todo, la atención primaria de salud (véase el capítulo 2).

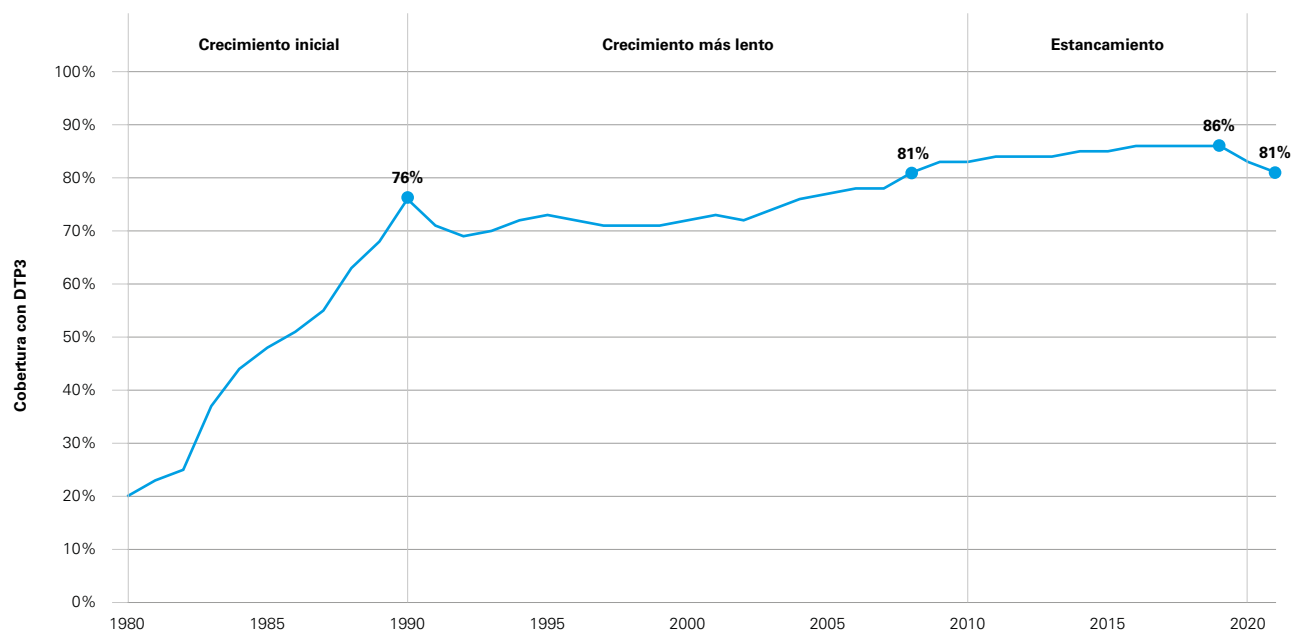
Al igual que ocurrió con tantos otros aspectos de la vida, la pandemia de COVID-19 perturbó gravemente la inmunización infantil. Entre 2019 y 2021, UNICEF estima que **67 millones de niños y niñas** no recibieron una inmunización sistemática total o parcial, mientras que 48 millones de ellos no recibieron ningún tipo de inmunización<sup>6</sup>.

En términos porcentuales, la proporción de niños y niñas vacunados se redujo en 5 puntos, hasta el 81%. En otras palabras, **aproximadamente uno de cada cinco niños y niñas de todo el mundo no estuvo completamente protegido contra enfermedades prevenibles mediante vacunación**<sup>7</sup>. Resulta preocupante que el retroceso durante la pandemia se produjera al final de una década en la que, en términos generales, el aumento de la inmunización infantil ya se había estancado (véase la Figura 1).

Por el bien de los niños como Toluwalase, y de los niños y niñas de todo el mundo, debemos mejorar esta situación.

### Figura 1. El retroceso en la cobertura de vacunación durante la pandemia se produjo al final de una década en la que hubo poco crecimiento

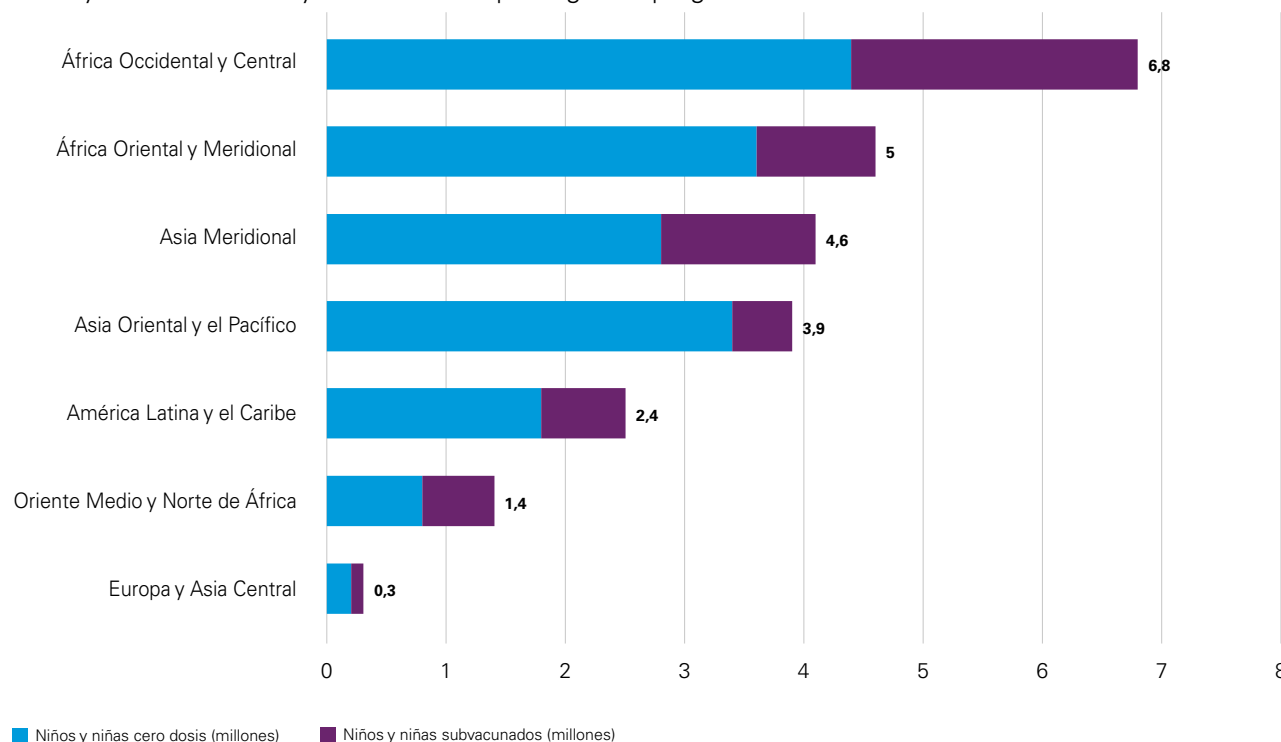
Porcentajes de niños y niñas subvacunados, 1980-2021



Fuente: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "Estimaciones de la cobertura nacional de inmunización, revisión de 2021", julio de 2022.

### Figura 2. En algunas partes de África y Asia Meridional, los niños corren un mayor riesgo de quedarse sin vacunar

Niños y niñas cero dosis y subvacunados por regiones programáticas de UNICEF



Fuente: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "Estimaciones de la cobertura nacional de inmunización, revisión de 2021", julio de 2022.

En países de todo el mundo, gobiernos, donantes y aliados están trabajando con las comunidades para encontrar soluciones: están tendiendo la mano para inmunizar a los niños y las niñas más marginados y prestar servicios esenciales de atención primaria de salud.



### 1 NICARAGUA

**Reynilda Cramer**

forma parte de un equipo de enfermeras comunitarias de la comunidad misquita, que visitan a los niños en sus casas.

“Los niños y niñas reciben sus vacunas conforme al plan de inmunización sistemática que corresponda y según el peso y la altura. Medimos la altura de los niños y, si es necesario, les administramos vitaminas y vermífugos. Y si algún otro miembro de la familia tiene problemas de salud, también le atendemos”.



### 3 HAITÍ

**Mona Yvrose Jean Claude**, enfermera

del Centro de Salud Sacré Coeur desde hace más de 10 años.

“Para mejorar la inmunización en nuestro centro de salud, sería útil emplear una plantilla más flexible de trabajadores sanitarios comunitarios polivalentes y tener la posibilidad de establecer espacios de reunión y disponer de clínicas móviles”.



### 2 ECUADOR

**María Catucuago**

forma parte de un cuerpo de indígenas que, de manera voluntaria, velan por la salud y el bienestar de los niños menores de 5 años.

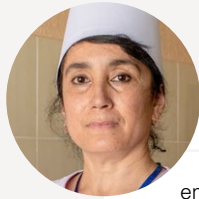
“Me encanta ayudar a los demás. Llevo muchos años participando en actividades comunitarias que promueven el bienestar y la salud de las familias”.



#### 4 YEMEN

**Ghada Ali Obaid,** comadrona y vacunadora, es testigo del sufrimiento innecesario que provoca la falta de vacunación en los niños.

“La esencia de nuestra labor es salvar vidas y aliviar el sufrimiento de las mujeres y los niños”, dijo Ghada. “Este es el indicador de éxito más importante en mi vida laboral y personal”.



#### 5 UZBEKISTÁN

**Umida Djuraeva,** enfermera que administra la vacuna contra el VPH en la Policlínica Multidisciplinaria Central de Kibray.

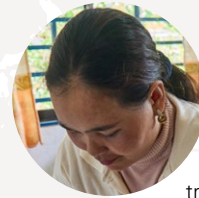
“En la actualidad, la gente viene voluntariamente. Se han dado cuenta de que la vacuna es segura y se tolera bien”.



#### 6 KIRGUISTÁN

**Mirlan Dezhysubekov,** un imán que trabaja con el comité comunitario de salud de la aldea de Kaiyrma.

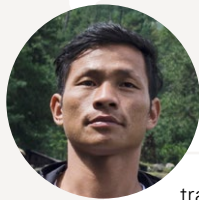
“Desde el punto de vista religioso, no podemos juzgar la decisión de los progenitores que rehúsan vacunar a sus hijos. Pero yo les digo a las familias que tanto mis hijos como yo nos hemos vacunado, y todos estamos bien”.



#### 7 CAMBOYA

**Pyun Kunthea,** trabajadora del servicio de salud estatal que inmuniza a los niños de una comunidad remota.

“Tan solo 20 años atrás, las enfermedades prevenibles eran aún habituales. Después las cosas mejoraron, aunque seguía siendo difícil llegar a aldeas como esta, que están distantes de los centros de salud. Además, la gente no confiaba en las vacunas porque no siempre se les informaba en su propio idioma. Eso ha cambiado”.



#### 9 INDIA

**Dematso Khamblai,** trabajador sanitario que forma parte del sistema alternativo de distribución, que lleva vacunas a pie a zonas remotas.

“Durante la temporada de monzones es muy peligroso, porque el terreno está resbaladizo a causa de la lluvia. También hay avalanchas frecuentes durante el monzón que dificultan mucho la travesía”.



#### 10 SOMALIA

**Maimuna Hussein,** enfermera y directora del Centro de Salud de Jilab, que forma parte del campamento de personas internamente desplazadas de Jilab.

“La atención prenatal es muy, muy importante. Es el punto de entrada cuando las madres acuden a una consulta privada. Por eso hay que darles más tiempo”.



#### 8 INDONESIA

**Irwan Hakim,** enfermero de una clínica comunitaria que trabaja en campañas de inmunización sistemáticas en una remota comunidad insular.

“Aquí es el padre el que toma las decisiones en el hogar. Tengo suerte de ser de una isla vecina y de hablar el dialecto local, así que me resulta más fácil comunicarme con ellos”.

En la mayoría de los casos, los trabajadores sanitarios son quienes llevan a la práctica estos objetivos, especialmente las mujeres.

## Recuadro 2

### Agenda de Inmunización 2030

La Agenda de Inmunización 2030 (AI2030) es la aspiración y la estrategia de la comunidad internacional para garantizar que la inmunización no deje a nadie atrás durante la próxima década. Esta ambiciosa estrategia mundial tiene como objetivo reducir a la mitad el número de niños y niñas que no reciben las vacunas esenciales y lograr una cobertura del 90% para las vacunas esenciales que salvan vidas. En conjunto, si se cumple el programa, se calcula que se salvarán 50 millones de vidas en esta década<sup>16</sup>.

La estrategia también persigue conseguir un importante aumento en la introducción de nuevas vacunas en los distintos países. Entre 2010 y 2017, unos 116 países de ingresos bajos y medios introdujeron al menos una vacuna nueva<sup>17</sup>. Sin embargo, resulta preocupante que ninguna de las nuevas vacunas incorporadas, como la segunda dosis de la vacuna contra el sarampión y la vacuna contra el rotavirus (un virus que puede causar diarrea y vómitos en los niños y provocarles la muerte), haya logrado una cobertura mundial superior al 90%<sup>18</sup>. La pandemia retrasó aún más el progreso, con una marcada ralentización en la introducción de vacunas en 2020 (aparte de las vacunas contra la COVID-19), seguida de un ligero repunte en 2021<sup>19</sup>. La AI2030 establece el objetivo de incorporar 500 vacunas nuevas o infrautilizadas<sup>20</sup>.

Reforzar el papel de los sistemas sanitarios en la inmunización es un pilar clave de la AI2030. La estrategia mundial también hace hincapié en la importancia de la inmunización como parte fundamental del establecimiento de servicios de atención primaria de salud centrados en las personas. Y sitúa a los países en el centro de la estrategia, ya que hace hincapié en el protagonismo fundamental de los gobiernos nacionales a la hora de garantizar la inmunización de los ciudadanos<sup>21</sup>.

## Podemos mejorar

La inmunización es uno de los éxitos más notables de la humanidad. Ha salvado innumerables vidas y conseguirá salvar muchas más si se alcanzan los objetivos ambiciosos, pero realizables, de la Agenda de Inmunización 2030 (AI 2030). Esta estrategia mundial para aumentar la cobertura de vacunación aspira a un mundo en el que "todas las personas, en todas partes y a todas las edades, se beneficien plenamente de las vacunas para gozar de buena salud y bienestar" (véase el Recuadro 2)<sup>8</sup>.

Al ayudar a proteger a la humanidad contra algunos de sus mayores flagelos, la inmunización ha facilitado que los niños y niñas de todo el mundo puedan vivir libres de muchas formas de discapacidad. La inmunización ha permitido erradicar la viruela, una enfermedad que desfigura a sus víctimas y es a menudo mortal, y que solo en el siglo XX costó la vida de unos 300 millones de personas<sup>9</sup>. También se han producido avances notables en el largo camino hacia la erradicación de la poliomielitis: hoy en día, la mayoría de la gente vive en países libres de una enfermedad que en su día privó a tantas personas de la capacidad de caminar<sup>10</sup>.

El poder de la inmunización se demostró de nuevo durante la pandemia de COVID-19. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad causó la muerte de 14,9 millones de personas –directa e indirectamente– en 2020 y 2021, y trastornó la vida de muchas otras en todo el mundo, especialmente la de los niños<sup>11</sup>. El desarrollo de vacunas contra la COVID-19, en su mayoría utilizando tecnologías innovadoras (véase el capítulo 5), ha permitido esencialmente que la vida vuelva a la normalidad en gran parte del mundo. Aunque se ha tardado demasiado en hacer llegar esas vacunas a las personas que viven en los países más pobres, las consecuencias a escala mundial siguen siendo asombrosas: al menos dos terceras partes de la población mundial ya han recibido la vacuna contra la COVID-19<sup>12</sup>. Se calcula que esas vacunas han evitado 20 millones de muertes en todo el mundo<sup>13</sup>.

Los logros de la inmunización a gran escala y de la fabricación de las vacunas contra la COVID-19 son aún más notables si se tiene en cuenta lo rápido que se produjeron. Poco después de que se identificara el virus COVID-19 en diciembre de 2019, solo transcurrió un año antes de que se autorizara la primera vacuna contra este virus<sup>14</sup>. Al cabo de otro año, se calcula que más de la mitad de la población mundial había recibido al menos una dosis de una vacuna contra la COVID-19<sup>15</sup>.

Estos ejemplos demuestran que la demanda del público, las innovaciones científicas y –quizá, sobre todo– la voluntad política pueden impulsar que se produzcan cambios rápidos.

## Debemos actuar más y mejor desde ahora mismo

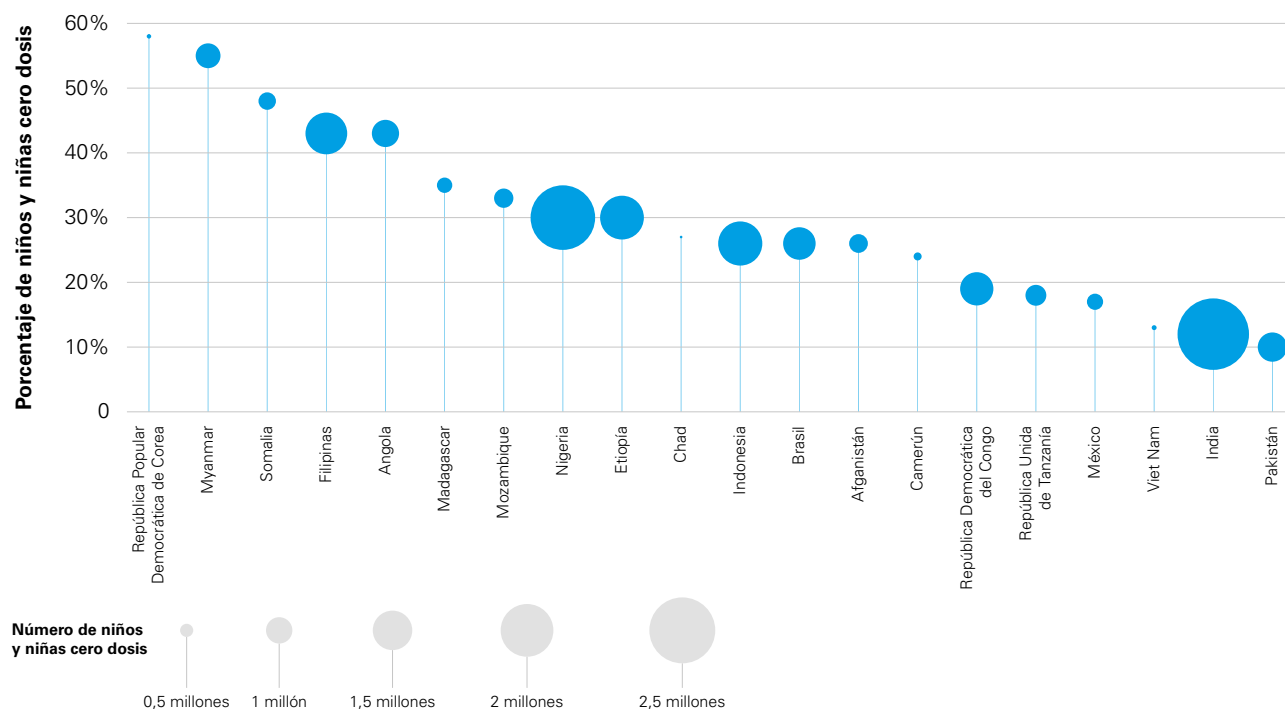
El cambio es necesario desde ahora mismo.

El retroceso en la inmunización durante la pandemia debería servir de alarma. A medida que los 67 millones de niños que no han sido vacunados en los últimos tres años superen la edad en la que deberían recibir vacunas de forma sistemática, será necesario realizar un esfuerzo concreto para garantizar que se pongan al día con su calendario de vacunación (véase el capítulo 1).



### Figura 3. Los 20 países con mayor número de niños cero dosis

Niños cero dosis por número y porcentaje de la población infantil del país, 2021



**Fuente:** Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, "Estimaciones de la cobertura nacional de inmunización, revisión de 2021", julio de 2022.

El retroceso es preocupante no solo en sí mismo, sino también por lo que representa.

Entre otras cosas, la situación ha puesto de relieve la realidad de que la causa de que haya niños y niñas cero dosis y subvacunados es, ante todo, la desigualdad. En Angola, Nigeria y Papúa Nueva Guinea, un niño del grupo más rico de la sociedad tiene al menos cinco veces más probabilidades de recibir una vacuna que uno del grupo más pobre (véase el capítulo 2). Los niños que no están vacunados son también a menudo hijos de madres que no han podido ir a la escuela y con cuya opinión no se cuenta a la hora de tomar decisiones familiares y sobre el gasto en el hogar.

La pandemia también puso de manifiesto –y exacerbó– las persistentes deficiencias de los sistemas sanitarios y de atención primaria de salud, que son fundamentales para garantizar la vacunación de los niños. Las autoridades tuvieron que desviar recursos clave para responder a la pandemia, lo que, junto con muchos otros factores (véase el capítulo 1), contribuyó al retroceso en la inmunización sistemática. Pero incluso antes de la pandemia, ya había demasiados sistemas de atención primaria que adolecían de falta de personal sanitario cualificado y que presentaban un acceso limitado a suministros y equipos esenciales, una escasa capacidad para recopilar y utilizar datos y llevar a cabo el seguimiento de las enfermedades, y una grave escasez a nivel local de medicamentos y vacunas esenciales. Estos sistemas también se enfrentaban a obstáculos para utilizar los recursos disponibles de forma eficiente y eficaz.

La pandemia reveló las dificultades a las que se enfrentan las mujeres que trabajan en la atención sanitaria y los programas de inmunización. Aunque constituyen el grueso del personal sanitario, durante mucho tiempo han estado infrarrepresentadas en los puestos

directivos, se les han negado oportunidades de formación y promoción profesional y se han enfrentado al riesgo de sufrir episodios de violencia en general y violencia de género en particular a la hora de realizar su trabajo. La pandemia no hizo sino exacerbar estos problemas. Muchas trabajadoras sanitarias se enfrentaron a la obligación adicional de equilibrar una mayor carga de trabajo con un aumento de las responsabilidades familiares, como cuidar a los niños que no podían ir a la escuela.

Si se quiere que la atención primaria de salud sea más resiliente, hay que saber reconocer mejor las necesidades y el potencial de las trabajadoras sanitarias. Estas mujeres deben tener más oportunidades de empleo a tiempo completo –en lugar de a corto plazo y según las necesidades–, así como de formación y desarrollo profesional. También deben gozar de mayor representación en los puestos directivos, para que las decisiones que se tomen en la cúpula de los sistemas sanitarios reflejen mejor las realidades a las que se enfrentan las personas que representan a la inmensa mayoría de los trabajadores sanitarios sobre el terreno.

La pandemia también atrajo de nuevo la atención sobre la indecisión ante las vacunas. La situación de indecisión o incertidumbre sobre la vacunación, un problema con diversas facetas, es solo uno de los muchos obstáculos que impiden a las familias vacunar a sus hijos<sup>22</sup>. Según los nuevos datos presentados en este informe, es un problema que requiere una mayor atención. Los datos, procedentes del *Vaccine Confidence Project*, muestran que la confianza en la importancia de las vacunas para la infancia se redujo tras la aparición de la pandemia en la mayoría de los países de los que se dispone de datos (*véase el capítulo 4*). Los descensos fueron generalmente más notables entre los más jóvenes que entre los mayores. Incluso antes de la pandemia, las dudas sobre las vacunas se consideraban una de las diez principales amenazas para la salud mundial<sup>23</sup>. La influencia de una serie de factores –como el creciente acceso a información engañosa en las redes sociales, la disminución de la confianza en la autoridad en algunas partes del mundo y la polarización política– sugieren que esta amenaza podría ir en aumento<sup>24</sup>.

## Las consecuencias del fracaso

No proteger a la infancia contra las enfermedades tiene graves consecuencias. En pocas palabras, los niños mueren y muchos más sufren discapacidades de por vida si no reciben protección. Por desgracia, en el mundo siguen produciéndose demasiados brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación. En 2022, por ejemplo, el número de brotes de sarampión fue el doble del total del año anterior (*véase el capítulo 1*)<sup>25</sup>. Mientras tanto, el descubrimiento en 2022 del poliovirus en los Estados Unidos, Israel y el Reino Unido e Irlanda del Norte fue un recordatorio de que incluso un progreso notable contra una enfermedad como la poliomielitis puede correr peligro si no vacunamos a todos los niños.

En otras palabras, **nadie está a salvo hasta que todos estén a salvo**<sup>26</sup>.

Las consecuencias de no vacunar a los niños pueden agravarse en los próximos años. El cambio climático podría exponer a nuevas comunidades a enfermedades infecciosas como el paludismo, el dengue y el cólera, y alterar los patrones estacionales de las enfermedades. El riesgo cada vez mayor de que se produzcan crisis climáticas superpuestas, como sequías, olas de calor e inundaciones, pondrá aún más presión sobre el acceso de los niños a servicios esenciales, como el agua potable y la atención primaria de salud<sup>27</sup>. También es preocupante a largo plazo el aumento de las infecciones resistentes a los medicamentos (*véase el capítulo 2*)<sup>28</sup>.

No vacunar a los niños socava su derecho “al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”; tal como se describe en la Convención sobre los Derechos del Niño<sup>29</sup>.

Y retrasa aún más las perspectivas de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La inmunización resulta fundamental para alcanzar el ODS 3, que pretende “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Pero también está vinculada a otros 13 ODS. Por ejemplo, al favorecer el desarrollo cognitivo y los logros educativos de los niños, la vacunación puede impulsar el progreso hacia el ODS 4, que consiste en proporcionar una educación de calidad<sup>30</sup>. En ese sentido, la inmunización está en el centro mismo de nuestro compromiso colectivo para lograr un futuro mejor y más sostenible para todos nosotros.

## La hora de la voluntad política

Tendrán que ocurrir muchas cosas si queremos proteger a todos los niños y niñas contra las enfermedades prevenibles mediante la vacunación. Las necesidades son complejas, incluso desalentadoras. Y lo serán aún más si queremos que las vacunas lleguen a los niños que viven en los lugares donde no hay servicios: la aldea remota ubicada a varios kilómetros de la carretera más cercana, el barrio marginal urbano donde las familias recién llegadas viven en el anonimato o la zona de guerra donde las familias no saben dónde dormirán la noche siguiente.

Pero por encima de todas ellas hay un requisito decisivo: la voluntad política. Nada sucederá a menos que reunamos la voluntad política –a escala mundial, nacional y local– necesaria para proteger a los niños contra las enfermedades prevenibles mediante vacunación.

Esa voluntad debe basarse en el optimismo. La aparición de la inmunización a gran escala en la década de 1980 y el desarrollo de las vacunas contra la COVID-19 demuestran que podemos progresar, y que podemos hacerlo rápidamente. A pesar de los reveses que causó a la inmunización infantil, la pandemia también puede haber contribuido a sentar las bases en algunos países para lograr un progreso más rápido. Por ejemplo, la inversión en cadenas de frío para distribuir las vacunas contra la COVID-19, la aparición de enfoques innovadores en materia de fabricación y administración de vacunas y el uso de técnicas avanzadas de recopilación de datos para hacer un seguimiento de las dosis de vacunas y las vacunaciones tienen el potencial de impulsar la inmunización infantil en los próximos años.

La voluntad política también debe estar basada en la noción de que inmunizar a los niños tiene sentido desde el punto de vista económico. Con un coste medio de unos 58 dólares por niño en los países de ingresos bajos y medios, el tratamiento generalizado con vacunas puede contribuir enormemente a proteger a todos contra la enfermedad y la discapacidad de por vida<sup>31</sup>. Pero sus beneficios son mucho mayores. Por ejemplo, puede ayudar a proteger los medios de subsistencia de las familias. Las familias, especialmente las más pobres, corren el riesgo de contraer costes catastróficos si los progenitores tienen que ausentarse del trabajo para cuidar a un niño enfermo o pagar la atención sanitaria que requieren. A largo plazo, proteger a los niños contra las enfermedades puede suponer un enorme ahorro en el gasto sanitario y contribuir a que las sociedades y las economías desarrollen el capital humano y la productividad que necesitan<sup>32</sup>. A pesar de la contracción de los presupuestos nacionales en algunos países, la inmunización debe seguir siendo una prioridad porque es una estrategia de eficacia demostrada para reducir los costes futuros de la atención sanitaria y favorece el crecimiento económico<sup>33</sup>. La inversión continuada y sostenible en la inmunización como parte de los presupuestos dedicados a la salud es esencial. Pero los gobiernos y los donantes deben colaborar para mejorar la eficiencia y la eficacia de la planificación, la presupuestación y la prestación de servicios<sup>34</sup>.

Ahora es el momento de mostrar determinación.

Ahora es el momento de mostrar voluntad política.

Ahora es el momento de proteger la salud de *todos* los niños y las niñas.

A pesar de la contracción de los presupuestos nacionales en algunos países, la inmunización debe seguir siendo una prioridad porque es una estrategia de eficacia demostrada para reducir los costes futuros de la atención sanitaria y favorece el crecimiento económico.

## Acerca de este informe

El *Estado Mundial de la Infancia 2023* examina las medidas que es necesario tomar para garantizar que todos los niños y niñas, en todas partes, estén protegidos contra las enfermedades que se pueden evitar mediante la vacunación. Tras la pandemia de COVID-19, que hizo retroceder los avances logrados en materia de vacunación infantil en todo el mundo, el informe se centra en la importancia que tienen la pobreza, la marginación y el género en la decisión de vacunar o no a los niños. Sobre la base de las lecciones aprendidas durante la pandemia y de los conocimientos especializados y la experiencia de UNICEF desde hace varias décadas en el ámbito de la vacunación infantil, el presente informe examina las maneras en que es posible reforzar la atención primaria de salud para apoyar más eficientemente los servicios de inmunización. También analiza las preocupaciones en torno a la confianza en las vacunas y examina una serie de innovaciones en la fabricación, el suministro y la financiación de las vacunas.

El **capítulo 1** analiza cómo y por qué la pandemia de COVID-19 ocasionó un retroceso en la vacunación infantil; examina las medidas que se deben tomar para recuperar el terreno perdido y explora algunas de las lecciones que dejó la pandemia para hacer más resiliente la vacunación sistemática.

El **capítulo 2** examina qué niños se están quedando sin vacunar y por qué esto es importante. Presenta nuevos datos y análisis que ayudan a explicar cómo influyen determinados factores sociales, culturales, económicos y de género en los resultados de vacunación.

El **capítulo 3** estudia las conexiones fundamentales entre la inmunización y la atención primaria de salud. Un aspecto que la Agenda de Inmunización 2030 destaca de manera especial es la necesidad de que los servicios de vacunación sean sostenibles y resilientes, para lo cual se deben integrar en unos sistemas de atención primaria de salud sólidos, bien dotados de recursos y centrados en las necesidades de las comunidades.



Lindalva de Freitas, agente de salud comunitaria región amazónica del Brasil, se despide de una familia tras realizar un control médico a los niños y comprobar su calendario de vacunación.

© UNICEF/U.S. CDC/  
UN0822150/Érico Hiller

El **capítulo 4** analiza cómo influye la confianza en las vacunas en la decisión de las familias de vacunar o no a sus niños. Explora varios enfoques que pueden contrarrestar algunos indicios preocupantes de que la confianza ha disminuido; por ejemplo, el compromiso de la comunidad, la escucha social y el empoderamiento de las mujeres y las niñas.

El **capítulo 5** examina algunos enfoques innovadores con respecto a la fabricación y el suministro de vacunas, al igual que enfoques nuevos y prometedores para mejorar la financiación de los servicios de inmunización.

El **capítulo 6** propone un plan de acción para lograr la igualdad en la vacunación. Ofrece cuatro recomendaciones principales para que los interesados a nivel mundial, nacional y local contribuyan a garantizar que todos los niños y niñas se beneficien de las vacunas que salvan vidas.

- 1. Vacunar a todos los niños y las niñas, en todas partes.** Ante todo, poner al día en el calendario de la vacunación a los niños que no fueron vacunados durante la pandemia y facilitar el restablecimiento total de los servicios que se interrumpieron. A largo plazo, redoblar los esfuerzos para abordar los obstáculos en los sistemas de salud y de otro tipo que de forma persistente han entorpecido la vacunación de los niños en las comunidades marginadas y desatendidas .
- 2. Reforzar la demanda de vacunación y la confianza en las vacunas.** Hablar con las comunidades para conocer cómo van cambiando sus necesidades e incorporarlas en el diseño de los programas, y prestar especial atención a las intervenciones que abordan el papel de las mujeres. Apoyar al personal sanitario, sobre todo a las mujeres que están en primera línea de la atención primaria de salud, para que desempeñen una función todavía más importante en materia de promoción y generación de confianza en la vacunación. Y replantear la rendición de cuentas en la gestión de los sistemas de salud para poder satisfacer mejor las necesidades de las comunidades. Todo esto favorecerá la confianza en los sistemas de salud.
- 3. Gastar más y mejor en inmunización y sanidad.** En épocas de presión fiscal, lograr un alto rendimiento de los fondos invertidos en vacunación debe seguir siendo prioritario para los gobiernos. Sin embargo, la inversión en vacunación debe ir acompañada de una mayor eficacia y eficiencia en la planificación, la presupuestación y la prestación de servicios. También es importante desarrollar mecanismos de financiación innovadores. Además, los donantes deben incrementar su apoyo, adaptarlo a los diferentes contextos nacionales y destinarlo al fortalecimiento de la atención primaria de salud.
- 4. Establecer sistemas resilientes y a prueba de las perturbaciones que depare el futuro.** Contar con más trabajadores de salud, especialmente de la comunidad, y brindarles capacitación, apoyo y una forma de pago previsible. Centrarse especialmente en apoyar, motivar y retener a las numerosas mujeres que trabajan en los sistemas sanitarios y ofrecer oportunidades de desarrollo profesional. Apostar por las innovaciones en vacunas, cadenas de suministro, distribución, recopilación de datos y vigilancia de las enfermedades para llegar a todos los niños y niñas, lo cual contribuirá a sentar las bases para superar los desafíos que conllevan los brotes de enfermedades y las futuras pandemias.

SOMALIA

## Sarampión: la labor de divulgación de un centro de salud crea un vínculo personal con la vacunación

Cuando todo lo demás falla, Maryam Mohamud y su equipo del centro de salud de Gargaar recurren a quienes más saben sobre la importancia de la vacunación: las madres que han vivido la tragedia del sarampión.

“Realizamos campañas de sensibilización y explicamos a las madres por qué es importante vacunar a los niños contra el sarampión”, afirmó Mohamud.



En Somalia, dos de los hijos de Nasro Dire murieron en 2022 a causa del sarampión. Esta vez va a asegurar por todos los medios que su bebé de un mes, Marwan Abdi, reciba todas sus vacunas.  
© UNICEF/UN0758481/Ekpu VII Photo

Luego, Mohamud y su equipo piden a una madre cuyo hijo murió a causa del sarampión que hable sobre la importancia de la vacunación.

“En ese momento, las madres aceptan la vacuna”, explicó.

Es una experiencia dura, pues conlleva pérdida y tragedia. En Somalia, la sequía y la inseguridad alimentaria han puesto a los niños en alto riesgo de contraer diversas enfermedades, incluyendo el sarampión. De hecho, entre enero y octubre de 2022, en Somalia hubo más de 15.000 casos sospechosos de la enfermedad, el 79% correspondientes a niños menores de 5 años.

Nasro Dire conoce el dolor que ocasiona el sarampión.

Dire, de 23 años, vive en el campamento de Jawle para desplazados internos, un laberinto de casuchas de metal en las afueras del norte de Garowe, en Somalia central. A principios de 2022, dos de los hijos de Dire –Aanas, de 2 años, y Masude, de 1 año– se enfermaron. Primero tuvieron fiebre y después, un sarpullido. Ella los llevó al centro médico de Jawle, cerca del campamento donde viven. Pero Aanas y Masude murieron con un mes de diferencia.

“Como madre, sufrí mucho”, dijo Dire. “Sin embargo, creo que esa fue la voluntad de Dios”.

Con la orientación de Luul Agani, una partera y vacunadora voluntaria de la comunidad de Jawle, Dire se aseguró de que sus hijos sobrevivientes –de 3, 4 y 6 años– recibieran todas las vacunas. Y hará lo mismo con Marwan, su hijo de tan solo un mes de vida. Dire también ayuda a Agani en la labor de convencer a otras madres sobre la importancia de la vacunación.

“La experiencia que viví con la muerte de mis hijos me hizo querer vacunar a los otros”, dijo Dire.

Según el director del centro médico de Jawle, Mohud Hassan, la mayoría de los padres y las madres del campamento de Jawle desean vacunar a sus hijos. Pero conseguirlo no es fácil. Implica llegar a algunas de las comunidades más vulnerables del mundo, como por ejemplo las de personas desplazadas internas, las comunidades de acogida y las familias que viven en los polvorientos asentamientos de metal de las afueras de Garowe. UNICEF presta apoyo en Somalia

con la adquisición de vacunas, la conservación de la cadena de frío y la organización de campañas de movilización social a favor de la vacunación sistemática y suplementaria.

Al igual que muchos centros de salud que sirven a las comunidades marginadas de la zona de Garowe, el centro médico de Jawle moviliza agentes de salud que, a través de mensajes de texto, llamadas telefónicas o de forma personal, se aseguran de que los niños tengan acceso a la vacunación. Y los trabajadores sanitarios del centro médico de Jilab, por ejemplo, organizan actividades de extensión comunitaria tres veces por semana en zonas donde viven familias para las cuales es difícil acudir a la instalación principal.

“La extensión comunitaria es muy importante para llegar a los niños y las madres que no pueden venir al centro de salud”, dijo Kawther Abdikadir, que tiene 24 años y es asistente social y trabajador sanitario en el centro de salud de Jilab. “También lo es para los trabajadores de la salud. Es de suma importancia averiguar qué sucede exactamente en los hogares”.

Las actividades de divulgación también forman parte de los servicios que ofrecen Mohamud y su equipo del centro de salud de Gargaar. Pero la interacción individual, un aspecto esencial del programa de atención al recién nacido de este centro, también es decisiva para establecer una relación constante con los recién nacidos y las madres. Mohamud y los miembros del personal se aseguran de obtener la información de contacto de las madres de los bebés que nacen en el centro, así como la de las madres que acuden al centro para obtener servicios. La mayoría de las madres disponen de teléfonos móviles, según explicó Mohamud. Pero cuando no es así, los trabajadores sanitarios obtienen el número de algún vecino o el del propietario de alguna tienda de la localidad.

Esta relación personalizada resultó muy provechosa para varias madres que acudieron recientemente al centro de salud de Gargaar para hacer vacunar a sus hijos. A raíz de un mensaje que recibió del centro de salud, Amina Said, una madre de cuatro hijos, caminó una hora para vacunar a su hijo Kafio.

“Por esta razón, siempre hago vacunar a mis hijos”, dijo Said. “No sé leer ni escribir, pero ellos me llaman por teléfono” ■



En Viet Nam, Dong Duc Huy, de 12 años, se dirige a la sala de control tras recibir una vacuna contra la COVID-19.  
© UNICEF/UN0625901/Hoang



# La pandemia de COVID-19 ha causado un retroceso en la vacunación

El mundo se enfrenta a una alerta roja en materia de salud infantil: la cobertura de vacunación se redujo drásticamente durante la pandemia de COVID-19, lo que supuso un aumento de varios millones en el número de niños y niñas que se encuentran desprotegidos frente a algunas de las enfermedades más graves de la infancia. Es urgente ponerse al día con esta situación y restablecer los servicios para poder inmunizar a los niños y niñas que no han recibido vacunas y evitar que se produzca un nuevo retroceso. Pero la buena noticia es que la pandemia también nos ha brindado lecciones útiles sobre cómo mejorar la inmunización.

La pandemia de COVID-19 ha tenido efectos desastrosos en la inmunización infantil. Las tasas de vacunación han retrocedido a niveles no vistos desde 2008. A escala mundial, en tan solo dos años se desvaneció más de una década de progresos hacia la consecución de la vacunación infantil universal.

La pandemia de COVID-19 ha tenido efectos desastrosos en la inmunización infantil: las tasas de vacunación han retrocedido a niveles no vistos desde 2008. A escala mundial, en tan solo dos años se desvaneció más de una década de progresos hacia la consecución de la vacunación infantil universal. Este retroceso ha puesto de manifiesto algunas cuestiones que atañen específicamente a la pandemia –en concreto, el efecto de los confinamientos y la interrupción de los servicios–, pero también ha permitido poner el foco en cuestiones de más largo plazo, como la fragilidad que afecta a demasiados sistemas de atención primaria de salud y que desde hace tiempo socava las iniciativas para inmunizar a todos los niños y niñas.

La tarea de poner al día la vacunación de los niños y niñas que durante la pandemia se quedaron sin recibir todas o algunas de sus vacunas planteará desafíos enormes y exigirá importantes inversiones para diseñar y aplicar las intervenciones de vacunación de rescate adecuadas. Y ante las condiciones económicas adversas, también es necesario apoyar los servicios de salud e inmunización para evitar que el retroceso continúe.

Pese a todo, la pandemia aportó también lecciones valiosas para el futuro de la inmunización; por ejemplo, al resaltar el papel de los trabajadores sanitarios como factor clave de la resiliencia de los sistemas de atención primaria de salud. Además, llevó a que se formularan nuevos métodos de desarrollo, producción y administración de las vacunas, que en el futuro podrían reducir considerablemente el tiempo invertido en la producción de las vacunas y agilizar la respuesta frente a futuras emergencias.

## El retroceso en la vacunación a consecuencia de la pandemia

Las cifras son desoladoras. Entre 2019 y 2021 aumentó en más de una tercera parte el número de niños y niñas cero dosis, de 13 millones a 18 millones en todo el mundo; y también aumentó drásticamente el número de niños y niñas subvacunados, de 6 millones a 25 millones. Los aumentos más notables en las cifras de niños cero dosis se dieron en la India, Indonesia, Myanmar y Filipinas.

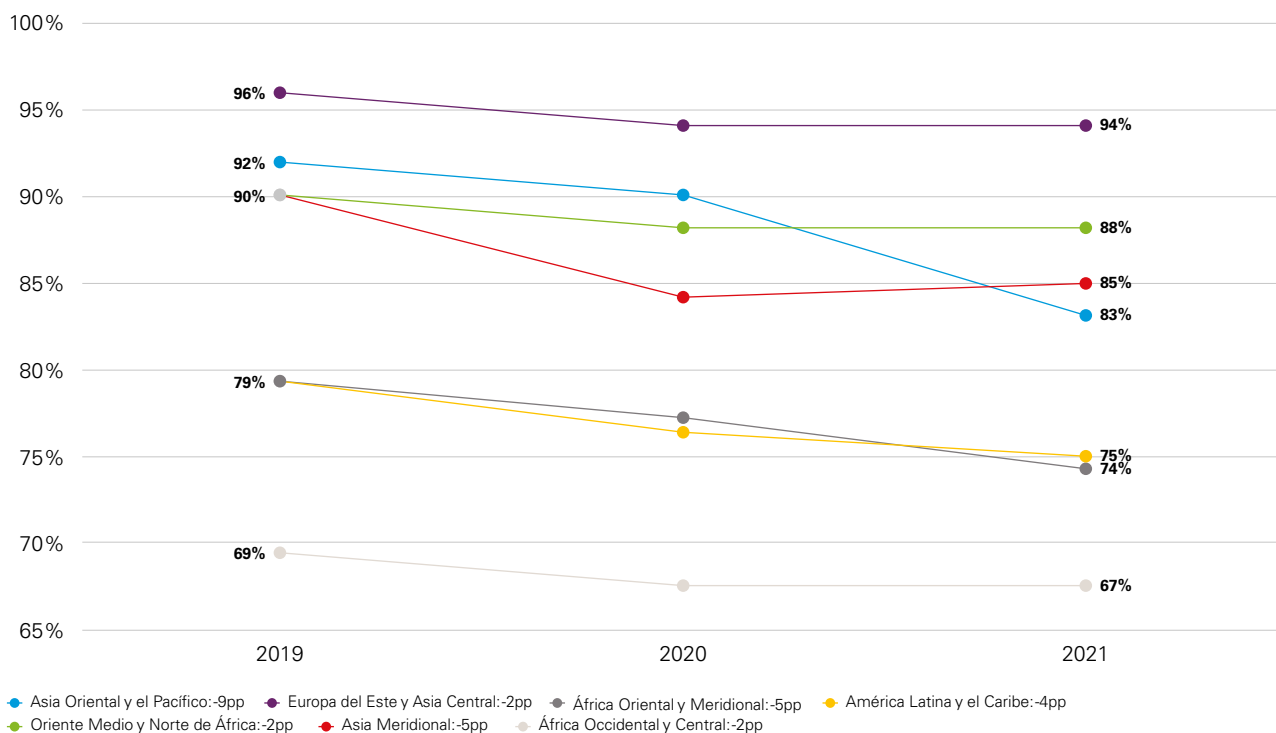
En lo que respecta a la cobertura, el porcentaje de niños y niñas totalmente vacunados contra la difteria, el tétanos y la tosferina –un marcador clave de la cobertura de vacunación– ha descendido desde el 86% al 81%. Asimismo, se ha registrado un descenso en la cobertura de vacunación contra el sarampión.

Rom Tola es un enfermero de la provincia de Battambang, Camboya. En su nevera portátil lleva las vacunas contra la COVID que se dispone a administrar en el contexto de la iniciativa COVAX para el reparto equitativo de vacunas.  
© UNICEF/UN0587970/But



### Figura 1.1. Los descensos más pronunciados en la cobertura de vacunación se registraron en la región de Asia Oriental y el Pacífico

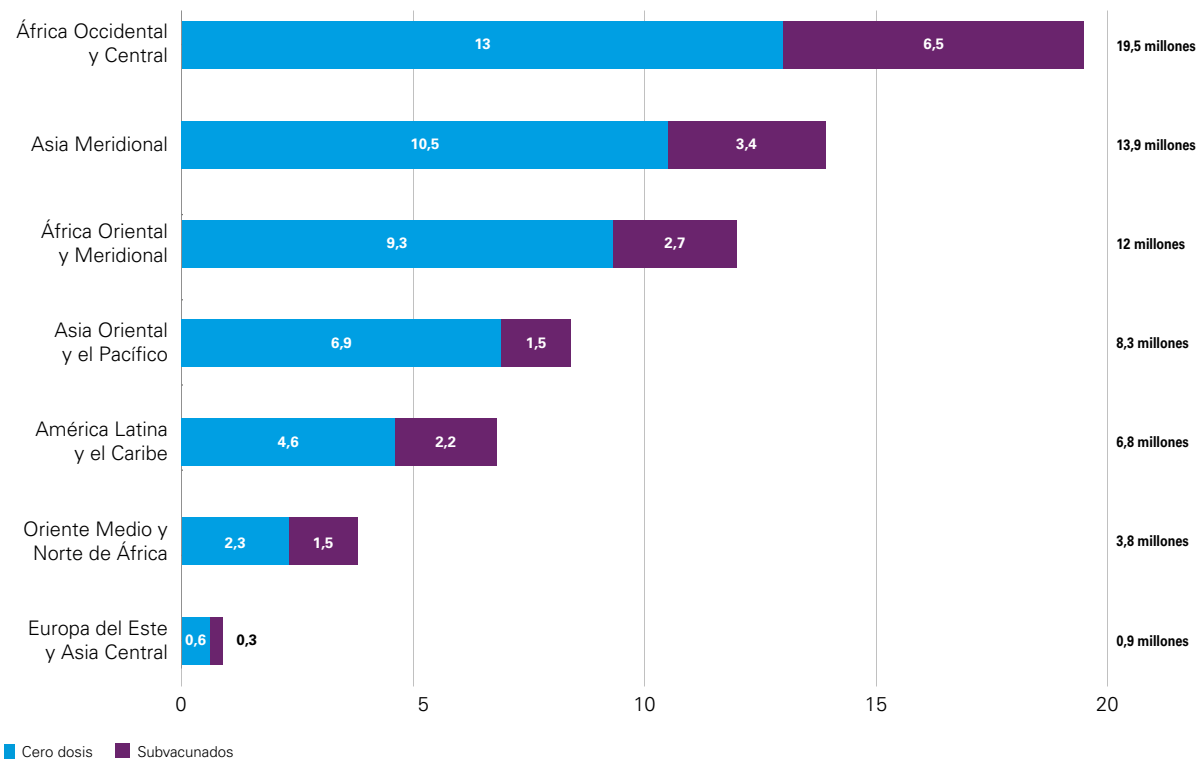
Cobertura de la vacuna DTP3 por región programática de UNICEF, 2019–2021



Fuente: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Estimaciones de la cobertura nacional de inmunización, revisión de 2021”, julio de 2022.

### Figura 1.2. Existen enormes diferencias regionales para los 67 millones de niños que no recibieron vacunas

Niños cero dosis y subvacunados de 2019 a 2021 por región programática de UNICEF en millones

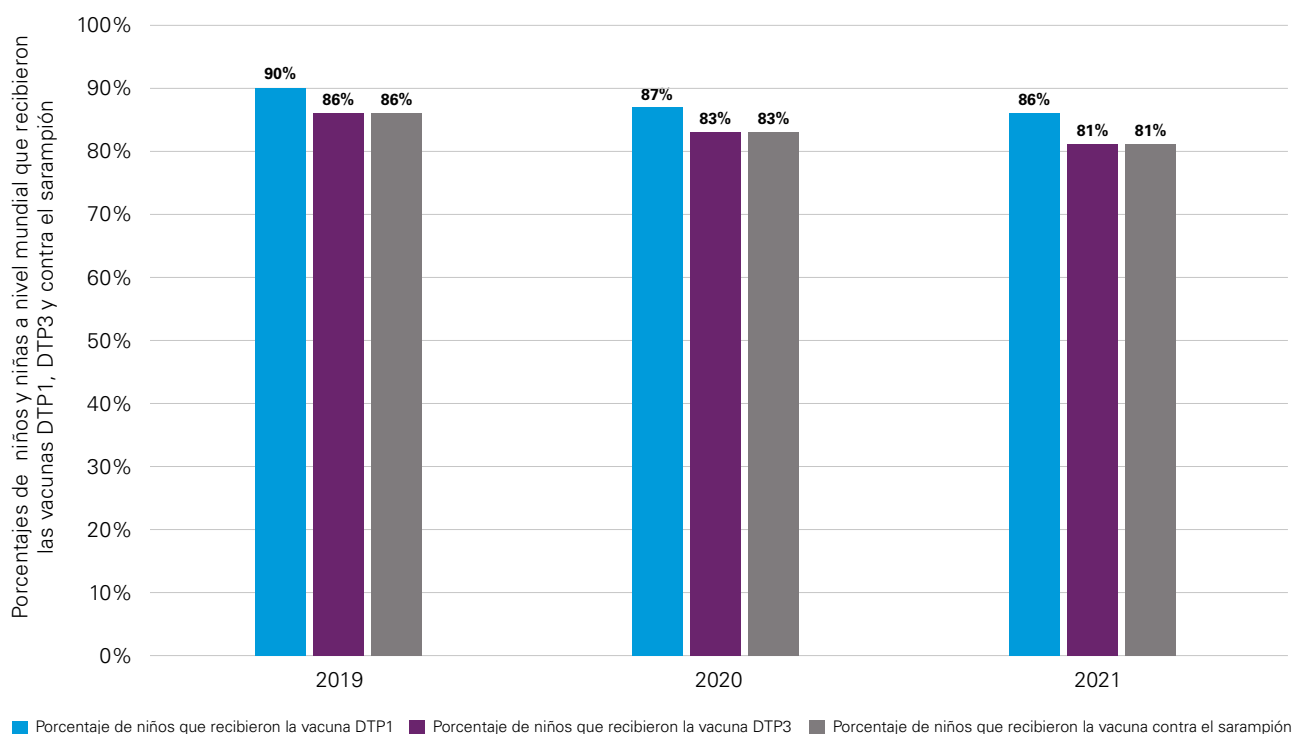


Fuente: Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Estimaciones de la cobertura nacional de inmunización, revisión de 2021”, julio de 2022.

Nota: Es posible que las cifras no sumen 67 millones debido al redondeo.

### Figura 1.3. La pandemia de COVID-19 provocó un retroceso en la cobertura de inmunización

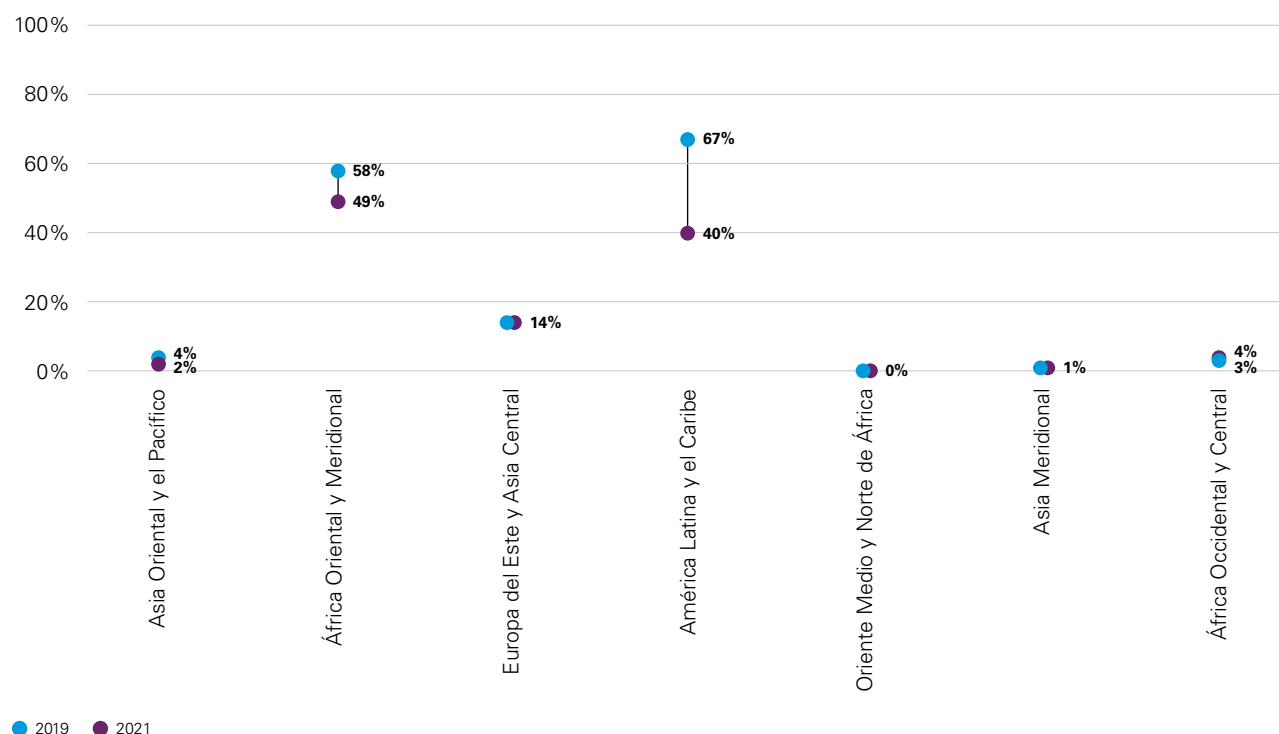
Porcentajes de niños y niñas a nivel mundial que recibieron las vacunas DTP1, DTP3 y contra el sarampión



**Fuente:** Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, “Estimaciones de la cobertura nacional de inmunización, revisión de 2021”, julio de 2022.

### Figura 1.4. La pandemia provocó un descenso en los índices de cobertura de la vacuna contra el VPH, que ya de por sí eran bajos

Porcentaje de niñas que recibieron la primera dosis de la vacuna VPH (VPH1) por región programática de UNICEF, 2019–2021



**Fuente:** Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre la cobertura de inmunización contra el virus del papiloma humano (VPH), 2010–2021, 15 de julio de 2022.

## El riesgo creciente de sarampión

Si bien las cifras relativas a los niños cero dosis o subvacunados se basan en la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tosferina, conocida también como DTP (*véase la introducción*), la pandemia también ha ocasionado un descenso drástico en los índices de vacunación contra otras enfermedades.

Los dos años de retroceso por causa de la pandemia han generado un descenso de 5 puntos porcentuales en el número de niños y niñas que recibían su primera dosis de la vacuna contra el sarampión. Dado que el sarampión es tan contagioso, para alcanzar la inmunidad colectiva es preciso inmunizar al 95% de la comunidad (*véase a continuación*), por lo que cualquier descenso en la cobertura resulta preocupante, ya que aumenta el riesgo de que se produzcan brotes importantes de esa enfermedad<sup>1</sup>.

El número de casos de sarampión se duplicó en 2022 respecto al año anterior, y UNICEF y la Organización Mundial de la Salud advirtieron de que se estaban creando las condiciones idóneas para los brotes de esta enfermedad<sup>2,3</sup>. También preocupaba la posibilidad de que se produjeran brotes de otras enfermedades que son prevenibles con vacunas<sup>4</sup>.

Esta situación de deterioro es fruto no solo de las interrupciones vividas en los servicios de inmunización durante la pandemia, sino también de los trastornos ocasionados por los conflictos, la fragilidad y los fenómenos climáticos extremos en países como el Afganistán, Etiopía, Myanmar, Somalia y Ucrania. Esas circunstancias han forzado a muchas familias a abandonar sus hogares y, en consecuencia, los niños y niñas quedan sin acceso al agua potable y el saneamiento y expuestos al hacinamiento. Todo ello aumenta el riesgo de que se produzcan brotes de enfermedades que son prevenibles con vacunas.

También hay indicios preocupantes en torno a la nutrición infantil. Las dietas deficientes pueden hacer que los niños sean más vulnerables a las infecciones. En algunos países se viene constatando un aumento del 40% o más en la incidencia de la emaciación infantil desde 2016; esta enfermedad, que se caracteriza por la excesiva delgadez del niño en relación con su altura, puede ser mortal<sup>5</sup>. El número de personas que padecen hambre a nivel mundial ha aumentado en casi 150 millones desde que comenzó la pandemia, y también ha aumentado el número de personas afectadas por la inseguridad alimentaria<sup>6</sup>.

## El retroceso en la inmunización contra el VPH

La pandemia ha incidido con especial gravedad en las intervenciones para vacunar a los niños y niñas contra el virus del papiloma humano (VPH). La cobertura mundial de la vacuna contra el VPH retrocedió en más de una cuarta parte en el transcurso de la pandemia. Este enorme descenso se debió en gran medida al cierre de las escuelas, dado que es allí donde muchos niños y niñas reciben sus vacunas<sup>7</sup>. La vacuna contra el VPH ayuda a prevenir ciertos tipos de cáncer, sobre todo el de cuello uterino, que según las estimaciones constituye la cuarta causa más importante de muerte por cáncer entre las mujeres de todo el mundo<sup>8</sup>. Casi tres de cada cinco casos de cáncer de cuello uterino se dan en países donde aún no se dispensa la vacuna contra el VPH<sup>9</sup>. En la actualidad, solo un 12% de las niñas que reúnen las condiciones para vacunarse contra el VPH han recibido la pauta completa de vacunación<sup>10</sup>.

## Comprender los efectos de la pandemia

¿Por qué ha retrocedido la inmunización debido a la pandemia? El descenso en las cifras es el resultado de una serie de factores, entre ellos la enorme presión a que se vieron sometidos los sistemas de salud y sus trabajadores (en especial las mujeres) a causa de la sobrecarga de trabajo, y la falta de claridad y precisión en las comunicaciones dirigidas a los progenitores.

### **Sistemas de salud al límite de sus capacidades**

La repercusión de la pandemia en los sistemas de salud y de atención primaria tal vez fuera el factor más importante. Según hemos podido constatar en otras situaciones de crisis, los países cuyos sistemas de salud ya eran frágiles antes de la emergencia son particularmente vulnerables a los efectos de conflictos, brotes de enfermedades graves y desastres naturales<sup>11</sup>. La pandemia de COVID-19 no ha sido una excepción.



Una niña recibe una de las primeras dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), en Mauritania. A nivel mundial, 7 de cada 8 niñas expuestas a este virus están sin vacunar.  
© UNICEF/UN0434343/Pouget

La pandemia obligó a muchos sistemas de salud a desviar para otros usos los recursos, ya de por sí escasos, que se destinaban a prácticas habituales de atención como la inmunización<sup>12</sup>. Por ejemplo, a finales de 2021, casi la mitad de los 72 países encuestados por la Organización Mundial de la Salud manifestaron que la necesidad de responder a la pandemia estaba alterando sus programas de inmunización sistemática<sup>13</sup>.

La pandemia también provocó trastornos graves en las campañas de vacunación (que, a diferencia de la inmunización sistemática, suelen ser iniciativas orientadas a vacunar a grandes cantidades de población en plazos relativamente cortos). Por ejemplo, en mayo de 2020 hubo que cancelar o posponer el 57% de las campañas en curso en 57 países, lo que supuso que se dejaran de administrar 796 millones de dosis de vacunas. Aunque la situación comenzó a mejorar a mediados de 2020, las interrupciones continuaron, de modo que a finales de 2021 se habían dejado de administrar 382 millones de dosis en países africanos a causa de la paralización de las campañas<sup>14</sup>.

La pandemia también tuvo consecuencias graves en el personal sanitario. En muchos países ya había escasez de trabajadores de la salud cualificados antes de la pandemia, sobre todo en las zonas desfavorecidas. La pandemia empeoró esta situación, lo que por ende acrecentó las dificultades que enfrentaba el personal de salud, y muy en especial las mujeres (*véase el capítulo 3*). Muchos trabajadores sanitarios corrían riesgo de infectarse por no tener acceso a material básico, como los equipos de protección personal, y se exponían también a sufrir discriminación social o incluso agresiones. Y la mayoría de ellos, además de gestionar el enorme aumento de su carga laboral, tenían otras obligaciones, como atender a sus amistades y a sus familias; en especial a los niños que estaban en casa debido al cierre de las escuelas. Como resultado, el agotamiento se convirtió en un problema crítico.

La pandemia también afectó a la capacidad de los países para recopilar información y datos en materia de salud y vigilar los brotes de enfermedades. Por ejemplo, cuando en febrero de 2022 se detectó en Malawi un alarmante caso de poliovirus salvaje, fue muy difícil determinar el origen de la infección y el tiempo que llevaba propagándose inadvertidamente<sup>15</sup>. Muchos países no habían recuperado sus niveles de vigilancia de enfermedades previos a la pandemia ni siquiera a mediados de 2022.

Las cadenas de suministro de vacunas también se vieron afectadas, al menos durante un tiempo, por la presión de las restricciones mundiales relativas a los viajes internacionales y los desplazamientos internos<sup>16</sup>. Se calcula que las ventas mundiales de vacunas descendieron en casi un 30% ya en abril de 2020, es decir, a inicios de la pandemia<sup>17</sup>. Si bien el panorama era diferente en cada lugar, parece que las limitaciones en el suministro fueron en general relativamente breves.

## **El miedo de las familias**

Otro factor es, por último, el efecto que tuvo la pandemia en la capacidad y la disposición de las familias para vacunar a sus hijos. Es posible que incluso en los lugares donde los establecimientos de salud permanecieron abiertos, las familias decidieran posponer la vacunación de sus hijos debido a las restricciones en los viajes o a la falta de medios económicos. También es posible que las recomendaciones de confinamiento en el hogar llevaran a muchos progenitores a considerar la vacunación sistemática como un cuidado no esencial, lo cual subraya la necesidad de mantener comunicaciones claras y precisas con las familias durante los brotes de enfermedades graves<sup>18</sup>. Y puede también que los progenitores recelaran de acudir a las clínicas por miedo a contraer la COVID-19, lo cual es muy significativo<sup>19</sup>.

INDONESIA

# Reanudar la vacunación infantil después de la COVID

Cuando apenas había salido el sol una mañana de domingo del mes de agosto, Irwan Hakim, enfermero de la clínica comunitaria, caminaba por las calles de Kerayaan, una aldea remota de Kalimantan, la región de Borneo perteneciente a Indonesia.

Llevándose el megáfono a la boca, Irwan difundía su mensaje: ¡Vengan a vacunar a sus hijos e hijas!



Zulaiha aprendió el oficio de curandera y partera tradicional de su madre, quien a su vez lo aprendió de su abuela. Las autoridades sanitarias recurren también a ella para informar a las familias sobre la importancia de la inmunización.  
© UNICEF/UN0692943/Clark



A las 8:30 de la mañana ya habían respondido a su llamada 381 niños y niñas de entre 5 y 12 años y sus progenitores, que se congregaban en el patio de la escuela primaria de Rusung Raya para recibir sus vacunas contra enfermedades potencialmente mortales, como el sarampión y la rubéola.

“Por lo general no suelen venir tantos”, dijo Irwan, dirigiendo la mirada al patio delantero de la escuela donde esperaban los niños y sus familias. “Hoy ha sido la excepción.”

Este éxito es fruto de la dedicación de Irwan y de una red de enfermeras, matronas y parteras tradicionales que colaboran estrechamente con la comunidad para fomentar la confianza en las vacunas, disipar las concepciones erróneas al respecto y animar a los progenitores a que inmunicen a sus hijos.

Irwan y la red de la que forma parte iniciaron su actividad en el marco del Mes Nacional de la Inmunización Infantil (una campaña conocida en lengua indonesia como BIAN). Las campañas BIAN, que reciben apoyo de aliados como UNICEF, se pusieron en marcha por toda Indonesia con el propósito de invertir el retroceso en la vacunación sistemática infantil que se registró como consecuencia de la pandemia de COVID-19.

La COVID-19 tuvo efectos importantes en los servicios de inmunización sistemática infantil de toda la nación. Según el Ministerio de Salud, la cobertura de vacunación completa descendió desde un 93,7% en 2019 a un 84,5% en 2021. Este descenso se debió en parte a la interrupción de las cadenas de suministro, a la imposición de normas que limitaban las actividades de inmunización y a la falta de trabajadores de la salud.

Además, según una encuesta practicada por el Ministerio de Salud de Indonesia y UNICEF, los progenitores y cuidadores de todo el país se oponían a llevar a sus hijos a los centros de salud por temor al contagio.

Kerayaan ya contaba con un pequeño grupo de trabajadores de la salud antes de la COVID, pero muchos de ellos dejaron de prestar servicios cuando se infectaron con el virus. Para colmo, dejaron de suministrarse las vacunas, y los lugares donde podían obtenerse estaban cerrados. El índice de vacunación ha sido especialmente bajo en Kerayaan: solo 10 de cada 45 recién nacidos estaban vacunados en abril de 2022. La ubicación remota de esta localidad constituye un grave impedimento.

“Para llegar a Kerayaan desde la capital de la provincia hay casi 13 horas de viaje en automóvil, ferry y barca”, contaba la Dra. Suprapti Tri Astuti, jefa de la Oficina de Salud del Distrito de Kotabaru, que supervisa los servicios de inmunización de Kerayaan. “Y, claro, la pandemia agravó esta situación.”

A las dificultades geográficas cabe añadir un escepticismo habitual en relación con las vacunas. Para abordar este problema, la red de salud recurre a curanderas tradicionales como Zulaiha.

Zulaiha aprendió a curar de su madre, quien a su vez había aprendido de su abuela. Esta curandera atiende a las mujeres que están a punto de dar a luz y asesora a quienes acuden a ella en busca de métodos tradicionales de sanación, que incluyen los conjuros y los preparados de hierbas.

Pero Zulaiha conoce también el poder de la inmunización. Por tanto, como parte de la campaña BIAN, prosigue su labor de sanación, que ahora consiste en ir casa por casa animando a los progenitores y cuidadores a que acudan al centro de salud para vacunar a sus hijos.

“Visito a las familias para convencerlas de que vacunen a los niños”, explica Zulaiha. “Hablo con los progenitores y les propongo que acudan al posyandu [puesto de salud]. Les digo que no tengan miedo, que los efectos secundarios como la fiebre son normales”.

Gracias a Irwan, a Zulaiha y a la red general de la que forman parte, durante la campaña BIAN casi el 90% de los recién nacidos de Kerayaan recibieron sus vacunas. UNICEF apoyó a los trabajadores de la salud impartiendo talleres, vigilando las actividades y colaborando con las autoridades de la aldea para localizar a los niños y niñas no vacunados y para convencer a las familias de que acudieran al centro de salud a inmunizarlos.

“Es fundamental que las familias sepan en qué consiste la inmunización y que sean conscientes de la importancia de vacunar a los niños y niñas; es una mentalidad que debemos inculcar continuamente en toda la comunidad”, explicó Irwan. “Nuestro sueño es que todos los niños y niñas de la isla de Kerayaan tengan derecho a llevar una vida sana, sin enfermedades ni discapacidad, y que no mueran por causa de afecciones que se pueden prevenir con las vacunas”. ■

# Ganar el terreno perdido

Según los cálculos de UNICEF, entre 2019 y 2021 un total de aproximadamente 67 millones de niños y niñas no recibieron una inmunización sistemática total o parcial. La tarea de llegar a estos niños y niñas planteará serias dificultades. Si bien algunos se vacunarán a la larga mediante las campañas de vacunación de rescate, la mayoría no recibirá la pauta completa de vacunas y otros no recibirán ninguna. Y a medida que superen la edad en la que habitualmente se vacuna a los niños, será cada vez más difícil llegar a ellos por medio de las campañas tradicionales y los programas de inmunización sistemática. No obstante, cabe señalar que en 2022 se atisbaron indicios esperanzadores de recuperación en los servicios de inmunización infantil de una serie de países.

## Puesta al día y restablecimiento de los servicios

Pero la vacunación de rescate por sí sola no será suficiente. En los países donde el ritmo de recuperación de los servicios de inmunización es lento y hay un riesgo permanente de retroceso, se deberá hacer todo lo posible para restablecer por completo los servicios y volver cuanto antes a los niveles anteriores a la pandemia.

Tal como señala este informe, para alcanzar las metas mundiales en materia de inmunización es necesario invertir e innovar en ámbitos como la atención primaria de salud y el desarrollo y la distribución de vacunas.

A corto plazo, también es urgente llegar con iniciativas intensivas de vacunación de rescate a los niños y niñas que se han quedado sin vacunar a causa de la pandemia (y de otros factores como los conflictos). Antes de poner en práctica estas iniciativas será necesario localizar e identificar a las comunidades a las que se ha pasado por alto y a los niños y niñas cero dosis, ya que esto permitirá formular planes y estrategias específicos con el fin de asegurar que las iniciativas de puesta al día lleguen a las comunidades y los niños que más las necesitan. En este sentido, es fundamental colaborar con las comunidades para detectar los obstáculos que dificultan la vacunación de los niños e idear enfoques que respondan a las necesidades de sus familias.

Pero la vacunación de rescate por sí sola no será suficiente. En los países donde el ritmo de recuperación de los servicios de inmunización es lento y hay un riesgo permanente de retroceso, se deberá hacer todo lo posible para restablecer por completo los servicios y volver cuanto antes a los niveles anteriores a la pandemia, como mínimo. Un aspecto fundamental de este cometido consiste en formular estrategias adaptadas a los entornos concretos que hayan sido designados como zonas prioritarias para llegar a los niños y niñas cero dosis.

En los entornos urbanos será necesario velar por que los servicios de inmunización respondan a las necesidades de las familias, así como restituir los recursos humanos que se perdieron debido a la obligación de responder a la pandemia. En muchos entornos urbanos también habrá que abordar el problema de la exclusión social de las poblaciones refugiadas y desplazadas. En las zonas rurales remotas, se prestará más atención a las actividades de divulgación en las comunidades y a mejorar la integración de los servicios. Y en los contextos frágiles y afectados por conflictos será prioritario restaurar la fuerza laboral y la infraestructura, negociar el acceso a las comunidades e integrar la inmunización en la prestación de los servicios humanitarios y otros servicios básicos.

Es fundamental aplicar con éxito estos enfoques de puesta al día y restablecimiento de los servicios si de verdad queremos ganar el terreno perdido durante la pandemia y sentar los cimientos para lograr a largo plazo las metas previstas en la *Agenda de Inmunización 2030*.

# Lo que hemos aprendido de la pandemia

La pandemia de COVID-19, pese a ser una calamidad, ha generado cambios en el panorama de inmunización que deberían aprovecharse en la comunidad mundial para impulsar la vacunación infantil. La experiencia de la pandemia ha demostrado que, con voluntad y liderazgo políticos, es posible movilizar grandes recursos para producir nuevas vacunas en muy poco tiempo y distribuirlas por todo el mundo. Vemos un claro ejemplo de ello en el Mecanismo COVAX para el Acceso Mundial a las Vacunas de la COVID-19, una iniciativa destinada a facilitar el acceso equitativo a las vacunas, que ha permitido distribuir casi 1.900 millones de dosis en todo el mundo<sup>20</sup>. La Alianza para la Distribución de las Vacunas contra la COVID-19 (CoVDP), establecida con el fin de coordinar, armonizar e integrar el apoyo a la distribución de las vacunas, es otro testimonio de cuán necesarias son la voluntad política y la agilidad institucional en tiempos de crisis (véase el Recuadro 1.1). Debemos aplicar la misma urgencia respecto de la inmunización sistemática infantil, porque está en juego la vida de millones de niños y niñas.

## La urgencia de la vacunación sistemática

La crisis de la pandemia sacó a la luz otro tipo de emergencia: la necesidad urgente de impulsar la atención de la salud infantil ininterrumpida y de calidad como un derecho humano fundamental. La inmunización sistemática constituye un componente clave de este tipo de atención vital y, a fin de que no se interrumpa durante las emergencias, debemos mejorar la gobernanza y la financiación, tanto a nivel mundial como nacional. A nivel mundial, para mejorar la preparación y la respuesta en las situaciones de emergencia. Y a nivel nacional, para fortalecer los sistemas de salud con el fin de que ofrezcan cuidados de calidad y sean capaces de suplir las necesidades urgentes de personal en respuesta a la demanda creciente de servicios durante las situaciones de crisis.

Para financiar de manera adecuada sus sistemas de salud, los países de ingresos bajos necesitarían aumentar enormemente su gasto en salud, mucho más que en el pasado, según el Banco Mundial<sup>21</sup>. Si no lo hacen, tendrán menos posibilidades de reforzar y mantener la capacidad de preparación y respuesta en materia de salud pública, y algunos países podrían verse en la difícil situación de tener que decidir entre unos servicios y otros a la hora de asignar las inversiones.

Por desgracia, con el empeoramiento de las limitaciones fiscales muchos países enfrentan este tipo de decisiones. Aunque algunos países tengan la capacidad para aumentar su inversión en salud, no siempre se pueden lograr los niveles adecuados de financiación en este ámbito solo mediante la inversión de recursos internos por parte de los gobiernos<sup>22</sup>. Una lección fundamental que nos ha enseñado la pandemia es que los fracasos en el sistema de salud de un país causan sufrimiento más allá de sus fronteras. Las iniciativas de colaboración –sobre todo las que consisten en aumentar la ayuda para el desarrollo que se destina a la salud y en aliviar la deuda de los países con un endeudamiento excesivo– pueden potenciar la capacidad de un país para inmunizar a toda su población infantil. Por tanto, este tipo de iniciativas representan un bien público que puede mejorar los resultados en materia de salud en todo el mundo.

### Recuadro 3

## Alianzas para combatir la COVID

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto la necesidad urgente de que los gobiernos y los aliados colaboren para acelerar la vacunación con el fin de proteger a los niños, las niñas y las familias.

Uno de los ejemplos más notables de este tipo de colaboración es el Mecanismo COVAX para el Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19, una iniciativa de ámbito mundial cuyo cometido es asegurar el acceso equitativo a las vacunas de la COVID-19. Dirigen el COVAX la Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias (CEPI), Gavi, la Alianza para las Vacunas y la Organización Mundial de la Salud (OMS); UNICEF es el aliado encargado de la distribución.

En 2020, COVAX puso en marcha el eje de trabajo de la disposición operativa y el cumplimiento en los países, que ofrecía orientación y apoyo técnico sobre la aplicación de iniciativas de vacunación contra la COVID-19 a nivel mundial. Partiendo de este proyecto, UNICEF, Gavi, la OMS y otros aliados fundaron, en enero de 2022, la Alianza para la Distribución de las Vacunas contra la COVID-19 (CoVDP). →

→ La CoVDP tenía por objeto brindar apoyo a 92 países de ingresos bajos y medios, y en especial a 34 países cuya cobertura de vacunación contra la COVID-19 era del 10% o menos.

Un año después de fundarse la CoVDP, la cobertura en esos 34 países había aumentado desde el 3% al 25%. Para enero de 2023 había descendido de 34 a 7 el número de países cuya cobertura era del 10% o menos, y en 13 de los 34 países originales se había alcanzado una cobertura de más del 20%. Además, en 6 países se registraba una cobertura de más del 40%.

La CoVDP contribuyó a estos logros combinando la promoción de alto nivel con misiones técnicas a 27 países. También facilitó la liberación urgente 145 millones de dólares para financiar la distribución de vacunas, prestó asistencia técnica especializada y coordinó la cooperación entre los aliados.

La pandemia dejó claro que la fortaleza de los sistemas de salud reside por entero en sus trabajadores. La OMS ha publicado una guía sobre políticas que apoyan y protegen al personal sanitario para que pueda seguir prestando los cuidados de salud esenciales en todo momento<sup>23</sup>. La prevención y el control de las infecciones, la remuneración adecuada y puntual y la atención a la salud mental constituyen apoyos fundamentales para el personal de salud<sup>24</sup>.

Durante la pandemia, algunos países impulsaron medidas para paliar el agotamiento de los trabajadores de salud y abordar otras dificultades. Por ejemplo, en el Perú se establecieron procedimientos de atención psicológica y autocuidado de la salud mental del personal sanitario y se organizaron equipos de apoyo psicosocial en los centros de salud.

## Una respuesta ágil y coordinada

La respuesta frente a la COVID-19 agilizó las normas y prácticas en torno a la producción y la autorización de las vacunas. Avances como la tecnología del ARN mensajero (ARNm) –una novedosa técnica de vacunación con multitud de aplicaciones que se investigaba paralelamente desde hacía décadas– obtuvieron de pronto la validación de concepto cuando surgió la necesidad de administrar vacunas a escala mundial. También muchos gobiernos aceleraron sus procesos de autorización de las vacunas contra la COVID, sentando así las bases para agilizar en el futuro la autorización de otras vacunas contra enfermedades infecciosas, como la gripe y el virus sincitial respiratorio. Gobiernos y organizaciones no gubernamentales intervinieron asimismo para eliminar los riesgos inherentes al proceso de investigación y desarrollo, con el propósito de incentivar la competitividad de las compañías farmacéuticas en la producción de las vacunas. Estas innovaciones pueden servir a la comunidad mundial para impulsar el desarrollo de nuevas vacunas que protejan a la infancia frente a enfermedades como el paludismo, el VIH y la tuberculosis.

Las vacunas contra la COVID-19 adquiridas mediante el mecanismo COVAX llegan al aeropuerto de Kigali. El propósito del COVAX es facilitar el acceso equitativo a la inmunización contra la COVID-19  
© UNICEF/UN0579046/  
Kanobana



Durante la pandemia también se hicieron más patentes las ventajas de las tecnologías digitales. Muchos países de ingresos bajos y medios que habían invertido cuantiosamente en sistemas de salud digitales lograron ampliarlos para apoyar actividades fundamentales en la respuesta frente a la COVID-19 (y otras crisis), como la planificación del reparto de métodos de diagnóstico, tratamientos y vacunas y la vigilancia de la cobertura. La pandemia también estimuló la innovación al fomentar el uso de datos cualitativos y tecnologías de recogida de datos a distancia, que mejoraron las comunicaciones, la colaboración y la difusión de datos entre las agencias internacionales<sup>25</sup>.

## La integración de la respuesta a las crisis de salud en la inmunización sistemática

La pandemia subrayó la importancia de integrar las intervenciones de respuesta propias de la crisis con los servicios de inmunización sistemática. Demasiado a menudo, las actividades de vacunación complementaria han desviado personas, fondos, suministros y tiempo de los servicios de atención primaria (ya de por sí insuficientemente dotados), con el consiguiente menoscabo de la vacunación sistemática y el servicio de atención primaria. Por ejemplo, como señalábamos antes, en muchos países las campañas de vacunación contra la COVID-19 se realizaron a expensas de los programas de inmunización sistemática. Los gobiernos deben velar por que la inmunización sistemática no se interrumpa durante los brotes de enfermedades, las epidemias o las pandemias. Lo ideal es que las vacunas sistemáticas se distribuyan paralelamente con los servicios de salud e inmunización relativos a la crisis. Asimismo, es conveniente que los servicios de inmunización sistemática estén preparados para introducir otras vacunas que puedan ser necesarias a medida que evoluciona la crisis.

Estas estrategias de integración dieron buenos resultados en campañas realizadas en Ghana y Nigeria (véase el Recuadro 1.2). El Gobierno de Ghana, aprovechando el éxito obtenido con los Días Nacionales de Vacunación contra la polio, las Semanas para la Promoción de la Salud Infantil y las intervenciones de respuesta a brotes de enfermedades, combinó la vacunación contra la COVID-19 con los servicios de inmunización sistemática durante la pandemia. Y cuando en noviembre de 2021 se produjo un brote de fiebre amarilla, los equipos ambulatorios de inmunización añadieron vacunas contra esta enfermedad a su arsenal para la COVID-19, y administraron ambas entre las personas que las necesitaban. Gracias a esta iniciativa, centrada principalmente en la comunicación sobre el riesgo y la implicación de la comunidad, se detuvo el brote de fiebre amarilla.

## Desafíos a largo plazo

Aunque avancemos rápidamente para recuperar el terreno perdido durante la pandemia, el desafío a largo plazo de lograr la vacunación infantil universal no se resolverá de un día para otro. Como se explica en el capítulo siguiente, los niños y niñas cero dosis y subvacunados viven en algunas de las zonas más problemáticas del mundo. Y para que toda la infancia esté protegida frente a las enfermedades que son prevenibles con vacunas, es fundamental saber dónde se encuentran y conocer los obstáculos que les impiden —a ellos y a sus familias— acceder a la vacunación.

### Recuadro 4 El enfoque “para toda la familia” en Nigeria

Durante la pandemia, en Nigeria se aplicó un enfoque “para toda la familia” que combinaba la vacunación contra la COVID-19 con otros servicios de salud como la inmunización infantil, el tratamiento de la malnutrición, la planificación familiar, la atención prenatal y en el parto, y la detección de enfermedades no contagiosas. Gracias a este modelo integrado, el estado de Lagos pudo mitigar una tercera ola de COVID-19, prevenir brotes de poliomielitis y cólera y contener a la vez otras enfermedades contagiosas y no contagiosas.

La pandemia subrayó la importancia de integrar las intervenciones de respuesta propias de la crisis con los servicios de inmunización sistemática.

CAMBOYA

# Progreso a partir de la pandemia: la COVID-19 inspira las innovaciones en los servicios de inmunización para la infancia

Un día de calor sofocante, en junio de 2022, tres generaciones de mujeres de una misma familia llegaron a la entrada de una pequeña tienda rural de comestibles,

donde un equipo de vacunación había instalado una “ventanilla única” para la prevención de enfermedades.



Sentada en el regazo de Pum Sony, su madre, Satha recibe la vacuna contra el sarampión y la rubéola, en Camboya.

© UNICEF/UN0673061/Raab

Bajo la sombra de un árbol vacunaron a Satha, la bebé, contra el sarampión y la rubéola. Su madre, Pum Sony, y su abuela, Krak Nhuong, recibieron dosis de refuerzo para protegerse contra la COVID-19.

Para la madre y la abuela, este servicio de vacunación improvisado en un comercio era una señal de progreso en Mondulkiri, una remota región del nordeste de Camboya donde vive la comunidad indígena Bunong.

“Ahora hay más información sobre todas las vacunas; y nos las ponen aquí mismo, en nuestra comunidad”, dijo Sony. “Antes, teníamos que recorrer 15 kilómetros por carreteras sin asfaltar para ir a vacunarnos al centro de salud”.

El progreso que ha beneficiado a Nhuong, Sony y Satha es fruto de las inversiones que a lo largo de varias décadas ha realizado el Real Gobierno de Camboya para mejorar el sistema de salud del país.

“La inmunización había mejorado ya antes de la pandemia”, contó Pyun Kunthea, trabajadora del servicio de salud estatal que vacunó a la familia. “Tan solo 20 años atrás, las enfermedades prevenibles eran aún habituales. Después las cosas mejoraron, aunque seguía siendo difícil llegar a aldeas como esta, que están distantes de los centros de salud”.

En cualquier caso, la respuesta del Gobierno a la COVID-19 ha inspirado una serie de innovaciones en materia de comunicación, tecnología y modificación de conductas sociales que se están incorporando al programa nacional de vacunación infantil. Al comienzo de la pandemia, el Gobierno camboyano –con ayuda de aliados como UNICEF y la Organización Mundial de la Salud– puso en marcha una intensa campaña de comunicación y promoción del cambio de conductas sociales con el propósito de llegar a toda la población adulta para proporcionarles las vacunas contra la COVID-19.

Los oficiales de salud adaptaron mecanismos empleados en campañas exitosas contra la poliomielitis y el sarampión para diseñar y practicar evaluaciones rápidas en las comunidades. Estas herramientas adaptadas permitían conocer la ubicación de las personas no vacunadas y el motivo por el cual no habían recibido la vacuna. Con esa información, los trabajadores de la salud podían emprender campañas de comunicación en los idiomas locales y proveer servicios de divulgación específicos en las comunidades donde había baja

cobertura. Estas herramientas se emplearon en ocho provincias que presentaban tasas de inmunización bajas.

Además, el Gobierno de Camboya puso en marcha el primer sistema nacional de registro digital de la inmunización, el KhmerVacc. Esta aplicación móvil, que cuenta con 15,8 millones de usuarios registrados, permite a los pacientes pedir cita para la vacunación y envía recordatorios sobre el calendario de inmunización.

Por lo que respecta a la vacunación infantil, en Camboya los índices de cobertura de las vacunas sistemáticas son generalmente elevados: se estima que hay solo un 6% de niños y niñas que nunca han recibido una vacuna. Así y todo, hay demasiados niños y niñas que se quedan sin vacunar en comunidades de zonas remotas que albergan a extensos grupos de minorías étnicas, como Mondulkiri.

En 2022, aprovechando el éxito del KhmerVac, el Gobierno de Camboya comenzó a incorporar las funciones de esta aplicación en una nueva plataforma mejorada: el Registro de la Inmunización Electrónico, que permite a las familias registrarse en los servicios de inmunización y llevar el seguimiento de las vacunas sistemáticas recibidas, en especial las que protegen a la infancia de enfermedades como el sarampión, la poliomielitis y la tuberculosis. Este nuevo sistema de registro, diseñado por el Ministerio de Salud con apoyo de UNICEF, ayudará a los funcionarios de salud y las familias a vigilar el estado de inmunización de la infancia y permitirá enviar recordatorios de las citas a los cuidadores por vía de SMS. Otras mejoras realizadas en los sistemas se centraban en reforzar la atención primaria de salud y en llegar a los niños y niñas que nunca se han vacunado. Estas innovaciones se pondrán en marcha el año próximo, cuando el Gobierno de Camboya introduzca la nueva vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), que protege contra el cáncer de cuello uterino.

Para Sony, las mejoras en los servicios de inmunización significan que su hija podrá beneficiarse de un programa completo de inmunizaciones, acompañado de unos mecanismos de inscripción, servicios de divulgación y comunicaciones específicas de más calidad.

“Antes, los niños de las familias pobres que no podían permitirse viajar hasta los centros de salud se quedaban sin vacunar”, contó Sony. “Estoy muy contenta de que eso no les vaya a ocurrir a mis hijos, que estarán debidamente protegidos”. ■



Durante una campaña nacional de inmunización, una madre con su hijo en brazos espera el turno de vacunarse en un asentamiento informal de familias desplazadas situado cerca de la autopista de Hama, en la República Árabe Siria.

© UNICEF/UN0654274



# La importancia de llegar a los niños y niñas cero dosis

Los métodos demostrados que han beneficiado a tantos niños no han bastado, sin embargo, para inmunizar a muchos de los más vulnerables del mundo; son esos niños y niñas que por causa de impedimentos socioeconómicos como la pobreza, la ubicación, la marginación y las crisis carecen de vacunas o de acceso a ellas, o no se las pueden permitir. El coste de no inmunizar a estos niños puede medirse por el número de muertes infantiles y por la salud precaria de la infancia, las familias, las comunidades y las economías.

La mayoría de los niños y niñas que se quedan sin vacunar viven en entornos difíciles y sufren diversas privaciones.

Viven en las zonas rurales más remotas, en tugurios y asentamientos de la periferia urbana, en zonas afectadas por crisis y en comunidades de migrantes y refugiados. En estos lugares enfrentan a diario los factores socioeconómicos –pobreza, marginación por razones de género o etnicidad, migración y crisis– que impiden la inmunización.

## Los niños y niñas que se quedan sin vacunar: factores socioeconómicos que determinan la inmunización

Un análisis realizado para *El Estado Mundial de la Infancia 2023* cifra en números la vinculación entre los niños cero dosis y subvacunados y los factores socioeconómicos que impiden la inmunización<sup>1</sup>. Las cifras establecen el nexo entre la inequidad y los niños y niñas que se quedan sin vacunar.

### La pobreza

La pobreza es el elemento central de una compleja interacción de privaciones que determinan si el niño es inmunizado –o no– contra las enfermedades que pueden prevenirse con vacunas.

Los datos del análisis practicado para el informe sobre *El Estado Mundial de la Infancia 2023* mostraban que los niños de los hogares más pobres (esto es, del decil de riqueza más bajo) tenían menos probabilidades de ser vacunados que los niños del decil más alto (véase la Figura 2.1). Por ejemplo, en los hogares más pobres, el 22,6% de los niños y niñas eran cero dosis, frente a solo un 4,9% en los hogares más ricos. Los datos también indicaban que los desfases entre los hogares más ricos y los más pobres eran más pronunciados en países de ingresos bajos (véase la Figura 2.1), y más leves en países de ingresos medios altos.

El desfase más pronunciado entre ricos y pobres se observaba en África Occidental y Central, donde un 48,6% de los niños de los hogares más pobres eran cero dosis, frente a un 6,3% en los más ricos (véase la Figura 2.2). El desfase más leve correspondía a la región de América Latina y el Caribe, con un 11,3% de niños cero dosis en los hogares más pobres, frente a un 5% en los hogares más ricos.

Es interesante mencionar que en Europa del Este y Asia Central la situación era la inversa: el 4,5% de los niños de los hogares más pobres eran cero dosis, frente al 8,1% en los hogares más ricos.

El análisis mostraba desfases muy marcados también dentro de los países. Siete de los diez países que presentaban las diferencias más notables entre ricos y pobres se encuentran en África Subsahariana.

La pobreza es el elemento central de una compleja interacción de privaciones que determinan si el niño es inmunizado –o no– contra las enfermedades que pueden prevenirse con vacunas.

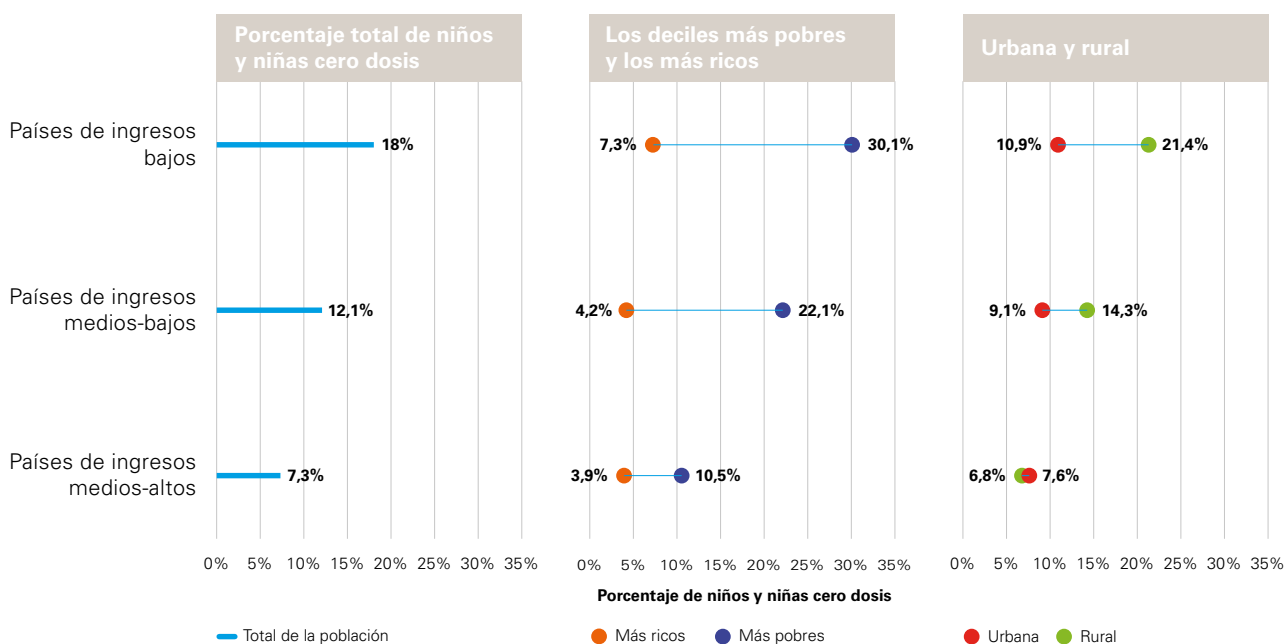
## La ubicación

Además de la pobreza, otro factor decisivo para la vacunación del niño es la ubicación (véase la Figura 2.2). En los 74 países de ingresos bajos y medios analizados para UNICEF se constataba un 9,4% de niños cero dosis en las zonas urbanas y un 15,1% en las zonas rurales.

Las mayores diferencias en la inmunización por ubicación se registraban (como en el caso de la pobreza) en la región de África Occidental y Central, donde la prevalencia de niños y niñas cero dosis era del 16,2% en las zonas urbanas y del 34,6% en las zonas rurales. Los desfases entre las zonas rurales y urbanas eran por lo general más marcados en los países de ingresos bajos, e insignificantes en los países de ingresos medios-altos.

### Figura 2.1. Hay enormes desigualdades para los niños y niñas de las comunidades y países pobres

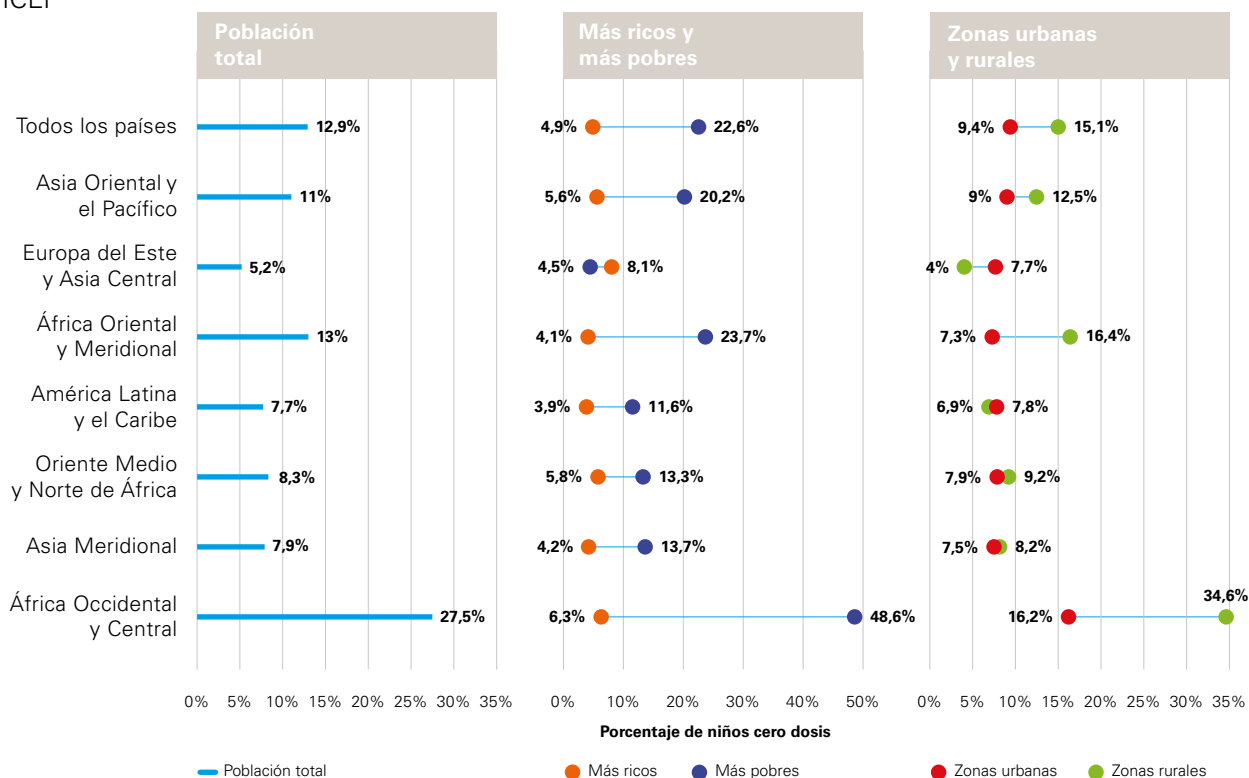
En 74 países de ingresos bajos y medios, porcentaje de niños cero dosis, porcentaje en el decil de riqueza más alto y más bajo, y porcentaje en zonas urbanas y rurales, organizados según la clasificación de ingresos del Banco Mundial



Fuente: Victora, Cesar y Aluisio Barros, 'Within-country Inequalities in Zero-dose Prevalence: Background paper for *The State of the World's Children 2023*', Centro Internacional para la Equidad en la Salud, Universidad Federal de Pelotas, Brasil, diciembre de 2022.

## Figura 2.2. África Occidental y Central presenta algunas de las mayores inequidades en la cobertura de vacunación infantil

En 74 países de ingresos bajos y medios, porcentaje de niños cero dosis, porcentaje en el decil de riqueza más alto y más bajo, y porcentaje en zonas urbanas y rurales, organizados por regiones programáticas de UNICEF



## Figura 2.3a. En 10 países, los niños de los hogares más pobres tienen menos probabilidades de vacunarse que los de los hogares más ricos

Los 10 países con los desfases más pronunciados en prevalencia de niños cero dosis entre los deciles de riqueza más alto y más bajo

### Prevalencia de niños y niñas cero dosis (%)

País	Decil más alto	Decil más bajo
Nigeria	65,2	3,8
Angola	54,6	5,5
Papúa Nueva Guinea	58,6	10,1
República Centroafricana	62,9	12,7
Guinea	59,9	21,5
Etiopía	46,9	4,8
República Democrática del Congo	50,7	11,4
República Democrática Popular Lao	45,6	13,6
Pakistán	33,4	1,8
Madagascar	38,3	12,5

## Figura 2.3b. En algunos países se observan enormes desigualdades entre los niños de zonas urbanas y rurales

Los 10 países con el mayor desfase en la prevalencia de niños cero dosis entre zonas urbanas y rurales

### Prevalencia de niños y niñas cero dosis (%)

País	Decil más alto	Decil más bajo
Angola	50,6	18,5
Nigeria	45,0	18,8
República Centroafricana	52,5	28,3
Guinea	44,7	21,4
Papúa Nueva Guinea	38,7	17,8
Etiopía	29,7	10,0
República Democrática del Congo	41,8	22,6
Camerún	22,5	9,1
Malí	20,6	7,9
Afganistán	29,9	18,0

Fuente: Victora, Cesar y Aluísio Barros, 'Within-country Inequalities in Zero-dose Prevalence: Background paper for *The State of the World's Children 2023*', Centro Internacional para la Equidad en Salud de la Universidad Federal de Pelotas, Brasil, diciembre de 2022.

## La marginación

Hay también distintas formas de marginación que dificultan la inmunización de la infancia. Aunque en conjunto los datos apuntan a un equilibrio entre las tasas de inmunización de los niños y las niñas, hay otras maneras en que las disparidades de género pueden convertirse en obstáculos para la inmunización.

Los datos analizados para el informe se centraban en dos categorías referidas a la madre: el nivel de estudios y el nivel de empoderamiento. En el análisis se examinó también la conexión entre las comunidades étnicas y la prevalencia de niños y niñas cero dosis.

### Género

En la mayoría de las comunidades, la madre es la principal responsable de cuidar de la salud de los hijos<sup>2</sup>. Pero a veces rigen en el hogar y las comunidades normas sociales y culturales sobre la autoridad y la posición de la mujer en la familia que pueden interferir con su capacidad de actuar de por sí mismas y en nombre de sus hijos. Así pues, casi siempre son las mujeres las que deben faltar al trabajo y vencer las dificultades de tiempo y distancia para llevar a vacunar a sus hijos. Y cargan con esta responsabilidad pese a que carecen de autonomía, estabilidad económica e información<sup>3</sup>.

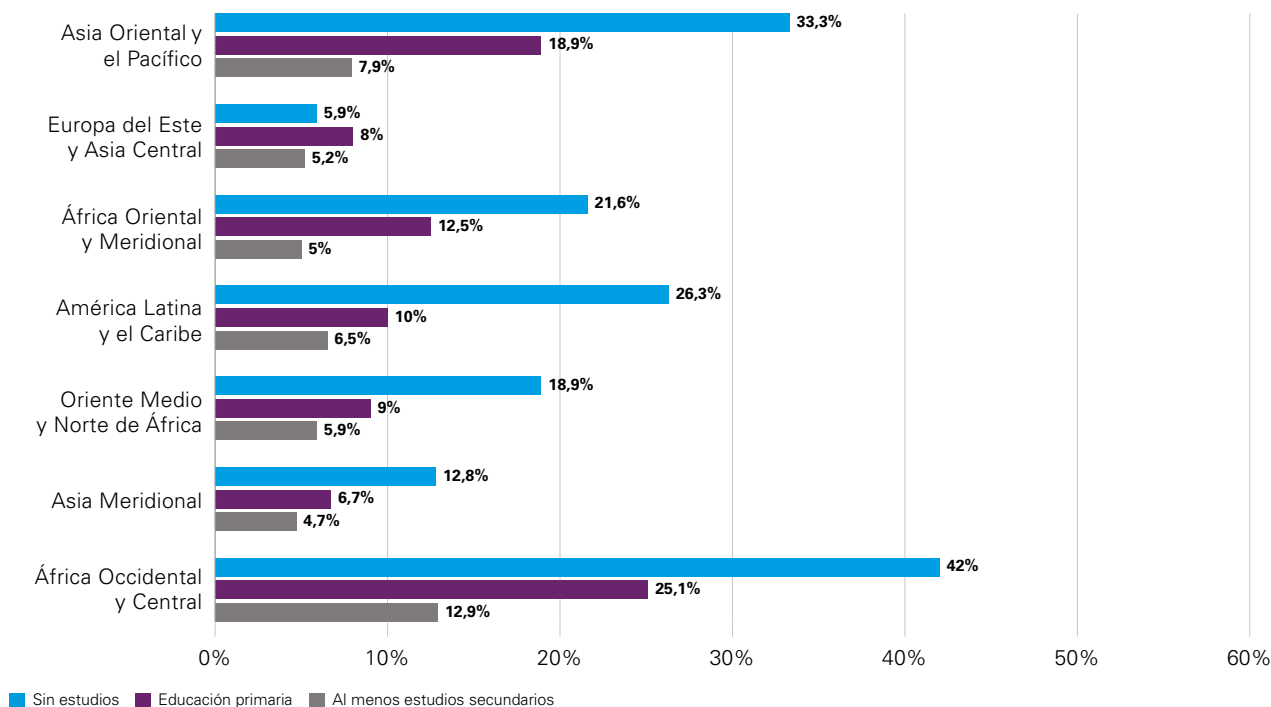
El análisis de los datos sobre los 74 países expresa en cifras lo que ya es un lugar común: la prevalencia de niños y niñas cero dosis desciende a medida que aumenta el nivel de estudios de la madre (véase la Figura 2.3). Los datos revelan también una prevalencia de:



Es posible que algunas madres no vacunen a sus hijos por la falta de conocimientos. Otras, en cambio, puede que deseen vacunarlos, pero debido a normas de género arraigadas carezcan de autonomía para tomar decisiones relacionadas con la salud o la economía familiar. Para medir en el análisis el grado de empoderamiento de la madre se empleó el índice mundial sobre el empoderamiento de la mujer basado en encuestas (SWPER), un indicador de la independencia social en países de ingresos bajos y medios que se basa en encuestas nacionales de salud<sup>4</sup>. De los 74 países analizados, solo 33 disponían de datos sobre el empoderamiento de la mujer. Los datos mostraban el desfase mayor de cobertura de vacunación en relación con el nivel de empoderamiento de la madre en Nigeria. En este país, la prevalencia de niños cero dosis entre las madres que tenían un nivel bajo de empoderamiento era del 53,2%, y del 10,8% entre las madres con un nivel alto de empoderamiento (véase la Figura 2.4).

### Figura 2.4. Los niños y niñas de madres con pocos estudios tienen menos probabilidades de estar vacunados

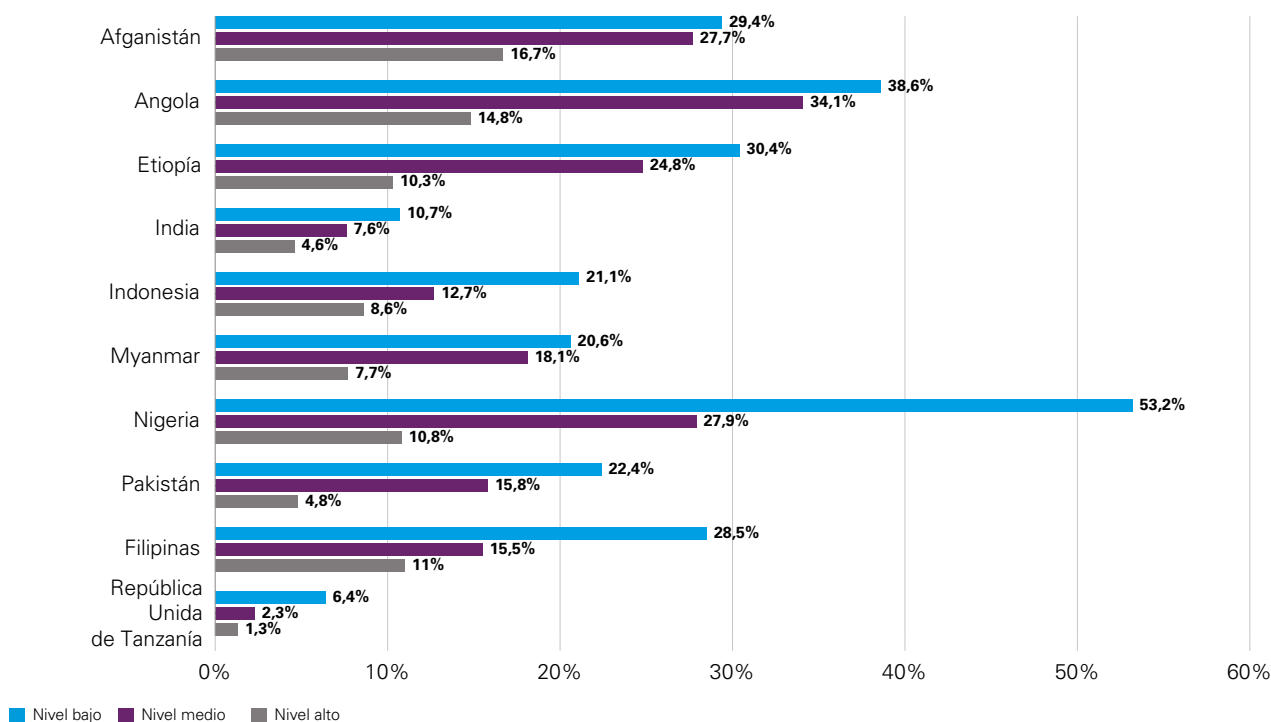
Nivel educativo de la madre y prevalencia de niños y niñas cero dosis en 74 países, por región programática de UNICEF



Fuente: Victora, Cesar y Aluisio Barros, 'Within-country Inequalities in Zero-dose Prevalence: Background paper for The State of the World's Children 2023', Centro Internacional para la Equidad en Salud de la Universidad Federal de Pelotas, Brasil, diciembre de 2022.

### Figura 2.5. Las mujeres empoderadas tienen más probabilidades de vacunar a sus hijos

Empoderamiento de la mujer en 10 países con cifras elevadas de niños y niñas cero dosis



Fuente: Victora, Cesar y Aluisio Barros, 'Within-country Inequalities in Zero-dose Prevalence: Background paper for The State of the World's Children 2023', Centro Internacional para la Equidad en Salud de la Universidad Federal de Pelotas, Brasil, diciembre de 2022.

## Etnicidad

Se han estudiado las disparidades en los resultados de salud infantil entre distintos grupos étnicos de los países de ingresos altos (sobre los países de ingresos bajos y medios no había datos al respecto hasta hace poco tiempo).

En el análisis realizado para este informe se examinaron los datos sobre etnicidad y cobertura de vacunación de 53 países. La etnicidad se determinó por medio de indicadores de las encuestas sobre salud tales como como la afiliación étnica o el idioma. El análisis puso de manifiesto una alta prevalencia de niños y niñas cero dosis entre las comunidades de minorías étnicas en países como Afganistán, Angola, Etiopía, Filipinas y Nigeria.

El análisis sugería que las diferencias en materia de inmunización entre las minorías étnicas pueden servir para visibilizar a las comunidades que albergan a grandes cantidades de niños y niñas cero dosis.

## Los entornos de crisis

La inestabilidad, la violencia y las conmociones que acompañan a las crisis y conflictos pueden causar estragos en los sistemas de salud y dificultar la vacunación de la infancia. En 2018, cerca del 40% de los niños y niñas sin vacunar de todo el mundo vivían en contextos frágiles o afectados por conflictos<sup>5</sup>.

Los conflictos y las crisis dificultan la vacunación de distintas maneras: causando el desplazamiento de los trabajadores de salud; paralizando la financiación; interrumpiendo las cadenas de suministro; y provocando daños en las carreteras, las redes de electricidad y los sistemas de agua y saneamiento<sup>6</sup>. Durante los conflictos puede ser peligroso acudir a los servicios de salud debido a los ataques deliberados contra las instalaciones o a los daños colaterales sufridos en las estructuras.

Además, las crisis agravan las dificultades económicas de las familias, las comunidades y los países. Los viajes se encarecen como consecuencia de la escasez de combustibles, la interrupción del transporte público y la inseguridad en las carreteras. Los desplazamientos motivados por la crisis consumen aún más los ahorros familiares. Y la inseguridad, la falta de información precisa y la supresión de servicios básicos entorpecen las actividades de divulgación. Por último, las crisis minan la confianza de las poblaciones y aumentan su recelo ante los forasteros y las autoridades. La desconfianza es el caldo de cultivo para que proliferen la desinformación sobre las vacunas<sup>7</sup>.

La cobertura de vacunación tiende a descender de manera especial en periodos de crisis<sup>8</sup>.

## Desplazamientos

Los conflictos y las crisis también pueden llevar a que los niños y las familias abandonen sus hogares<sup>9</sup>. Algunos se trasladan a campamentos para refugiados o desplazados internos, y otros acaban instalándose en comunidades y asentamientos informales.

Los desplazamientos pueden dificultar la tarea de contabilizar y localizar a los niños y niñas que necesitan vacunarse; además, a veces las poblaciones desplazadas buscan permanecer ocultas<sup>10</sup>. Asimismo, los desplazamientos pueden llevar a que se pierda el sentido de pertenencia a la comunidad y separan a las familias de las personas y los servicios de los que reciben intervenciones de salud como la inmunización.

La inestabilidad, la violencia y las conmociones que acompañan a las crisis y conflictos pueden causar estragos en los sistemas de salud y dificultar la vacunación de la infancia.

NIGERIA

## La primera vez de Fawaz y Samuel: Llegar a los niños y las niñas de los tugurios urbanos que no han sido vacunados

Todos los martes por la mañana, Jemlat trabaja sin descanso para vender pan en las atestadas calles de Gengere, un barrio de viviendas precarias al final del popular mercado del distrito Mile 12 de Lagos.

Pero un martes, decepcionada por la falta de dinero para comprar su inventario, Jemlat caminaba lentamente

hacia su hogar con Fawaz, su hijo de 4 años, cuando se les presentó una oportunidad que les podía salvar la vida: un equipo de trabajadores de la salud estaba administrando vacunas para proteger a los niños contra enfermedades potencialmente letales.

Jemlat no desaprovechó la oportunidad.



Fawaz Idris, de 4 años, recibió sus primeras vacunas gracias a que su madre, Jemlat Said, aprovechó la oportunidad que le brindaban los servicios de vacunación dispensados por un equipo móvil en Gengere, una comunidad urbana a las afueras de Lagos.

© UNICEF/U.S. CDC/  
UN0669695/Nelson APOCHI  
Owoicho



“Nunca habían vacunado a mi hijo, pero tampoco había estado gravemente enfermo”, dijo Jemlat. “Él nació en la iglesia de mi abuela”.

La vacuna causó mucha impresión a Fawaz, que no logró ahogar un grito. Los trabajadores de la salud lo consolaron rápidamente con unas galletas. Ya con el primer lote de vacunas puesto, Fawaz estaba cerca de quedar protegido contra algunas enfermedades potencialmente mortales, como el sarampión y la poliomielitis.

“Quiero que mi hijo tenga una buena vida”, dijo Jemlat. “Este es mi mayor anhelo”.

Gengere está ubicado en las afueras de uno de los mayores centros financieros del mundo, pero la población no puede acceder fácilmente a los servicios de vacunación debido a problemas como la pobreza, el bajo nivel educativo, el poco tiempo libre y la falta de medios para acudir, incluso, a centros de salud relativamente cercanos.

Aunque Gengere fue un refugio temporal para los mayoristas del mercado del distrito Mile 12, su crecimiento desmesurado lo ha convertido en un ruidoso vecindario lleno de basura. Escasean los servicios básicos como el agua, el saneamiento y la educación, y la delincuencia constituye un verdadero flagelo. El centro de atención primaria de salud más cercano se encuentra a más de 5 kilómetros de distancia.

Nigeria registra la segunda mayor cifra de niños y niñas que nunca han recibido una vacuna: en la actualidad, 2,2 millones. En Alimosho, una de las zonas de gobierno local en el estado de Lagos, había más de 35.000 niños en esta situación en 2021, es decir, más que en cualquier otra zona de gobierno local del país. Ese mismo año, en Kosofe, la localidad donde viven Jemlat y su hijo, había cerca de 17.000 niños que nunca habían sido vacunados. Además, alrededor de 17.162 niños solo estaban parcialmente inmunizados, el segundo número más alto de cualquier zona de gobierno local en el estado de Lagos.

Los funcionarios de salud del país y los aliados llevan mucho tiempo trabajando para superar los obstáculos que impiden a las madres vacunar a sus hijos. Sin embargo, esto exige diversos esfuerzos, asegura Elizabeth Unoroh, responsable de la vacunación en el estado de Lagos. Un ejemplo es el Programa de Intensificación de la Inmunización Sistemática, una campaña que cuenta con apoyo de UNICEF y del gobierno de los Estados Unidos, que organiza semanalmente actividades de concienciación sobre la importancia de la inmunización con el propósito

de reducir el número de niños que nunca han sido vacunados en el estado.

Sin embargo, en Gengere, donde gran parte de la población está de paso, llegar a los niños en tránsito exige una labor diaria de divulgación, una mayor financiación y la ampliación de la atención primaria de salud en las vecindades, según explica Unoroh.

El día que Fawaz recibió sus primeras vacunas, los miembros del equipo móvil de divulgación estaban dedicados, como todos los días, a atender a los niños que no contaban con ninguna dosis para administrarles vacunas contra enfermedades prevenibles como el sarampión y la poliomielitis, así como vacunar a sus cuidadores contra la COVID-19. Los miembros del equipo también estaban distribuyendo suplementos de vitamina A.

Esther Sunday, una residente de Gengere, fue una de las primeras madres en hacer fila para beneficiarse de estos servicios.

En 2021, Esther dio a luz a su hijo Samuel en el hospital de Lagos, donde le administraron una dosis del bacilo de Calmette y Guérin, la vacuna que protege contra la tuberculosis. Pero desde entonces no habían vacunado nuevamente al niño. En el puesto de salud de Gengere, Samuel recibió la vacuna combinada contra la difteria, la tosferina y el tétanos (DPT), que no le habían aplicado.

Como madre soltera de tres hijos, Esther se gana la vida lavando la ropa de los residentes de una urbanización cercana. Empezó a trabajar más o menos a los 10 años como aprendiz de un vendedor de alimentos en la zona rural donde vivía con sus padres. En Nigeria, la mayoría de los niños que nunca han sido vacunados nacen en el seno de familias que luchan contra la pobreza, como la de Samuel. Para sobrevivir, muchos cuidadores tienen varios empleos mal pagados en comunidades que carecen de establecimientos de atención de la salud. Para estas familias, acceder a los servicios de inmunización sistemática implica pagar el transporte, un gasto que no pueden permitirse debido a sus ya escasos recursos económicos.

En Gengere, Esther paga alrededor de 1,50 dólares diarios por el alojamiento y unos 50 centavos de dólar por el agua y el uso de una letrina. La labor de divulgación representó una gran oportunidad para vacunar a Samuel, ya que haberlo llevado al centro de salud más cercano le habría costado casi la mitad de su ingreso diario.

“Me quedaría en la calle si dejo de trabajar un solo día”, aseguró. ■

# Disponibilidad, acceso y asequibilidad

Los impedimentos para la inmunización relacionados con la pobreza, la ubicación, la marginación y los entornos de crisis pueden verse también como problemas de disponibilidad, acceso y asequibilidad.

Los impedimentos para la inmunización relacionados con la pobreza, la ubicación, la marginación y los entornos de crisis pueden verse también como problemas de disponibilidad, acceso y asequibilidad. La disponibilidad de las vacunas depende de que puedan suministrarse a los centros de salud y durante las campañas de divulgación. Los problemas de accesibilidad tienen que ver con que los niños y las familias puedan acceder a las vacunas y los servicios en el lugar y en el momento en que se dispensan. La asequibilidad tiene que ver con que la familia pueda costearse el servicio de salud, pero también con que pueda pagar el billete de autobús o permitirse perder un día de trabajo (y salario) para acudir al centro de salud.


Los problemas de disponibilidad, acceso y asequibilidad varían en los distintos contextos (rural, urbano o de crisis), lo que sugiere que habría que aplicar intervenciones específicas en cada uno de ellos para llegar a esos niños y niñas.

## Entornos rurales remotos

Las zonas rurales remotas no siempre disponen de vacunas o servicios de vacunación. En estos entornos, que a menudo se caracterizan por los pequeños asentamientos, la baja densidad de población y la falta de servicios, las familias viven lejos de los establecimientos de salud.

Los obstáculos más importantes para la vacunación en estas zonas son las restricciones en la cadena de suministro, los cuellos de botella en la financiación, la escasez de trabajadores de la salud y la falta de electricidad, agua y saneamiento. Estos impedimentos también entorpecen las campañas de divulgación destinadas a aumentar la cobertura.

Cuando las vacunas están disponibles, no siempre son accesibles ni asequibles. Veleidades como la inconstancia de los ingresos agrarios, la fluctuación en los precios de los alimentos, los fenómenos climáticos extremos y las condiciones meteorológicas pueden determinar que los progenitores y cuidadores dispongan de tiempo o dinero para inmunizar a los niños.



En un campo de cultivo, Jamila tiene en brazos a su pequeña Jonaila, de 13 meses, el día antes de vacunarla. En las zonas rurales suele haber más niños y niñas cero dosis.  
© UNICEF/U.S. CDC/  
UN0723249/Martin San Diego

## Entornos urbanos

En los asentamientos informales y tugurios urbanos, los problemas no son tanto de índole geográfica. Lo que puede impedir la disponibilidad de las vacunas en estos contextos es la fragmentación del sistema de atención primaria de salud y su consiguiente incapacidad para responder a las necesidades de poblaciones extensas y crecientes. Con frecuencia esas necesidades ni siquiera se comprenden, ya que es difícil recopilar datos sobre asentamientos urbanos que cambian con rapidez, en gran medida por la afluencia de familias desplazadas y poblaciones migrantes. Además, con frecuencia la voluntad política de proveer los servicios se contrapone al interés de contener el crecimiento de los tugurios y asentamientos informales.

La asequibilidad también es un problema en los hogares pobres de entornos urbanos. El horario de las clínicas puede ser un inconveniente para los progenitores y cuidadores que tienen más de un empleo y distintas responsabilidades, porque a fin de acceder a los servicios de vacunación (u otros servicios de salud) deben realizar cambios en su régimen de vida que a la postre repercuten en la economía familiar.

## Entornos de crisis

La disponibilidad, el acceso y la asequibilidad son fundamentales también en las situaciones de crisis. En este tipo de contextos, los servicios de vacunación se suelen dispensar por medio de actividades de divulgación. Pero no siempre es posible llevar a cabo estas intervenciones cuando la infraestructura de atención de la salud está dañada, hay carencia de personal sanitario y es difícil obtener suministros. Los desplazamientos de población dificultan la recogida de datos administrativos precisos, lo cual incide en la disponibilidad. Además, las preocupaciones en torno a la seguridad de los trabajadores de salud pueden limitar las actividades de divulgación y, por ende, el acceso a los niños y niñas.

Los efectos económicos de las crisis repercuten con frecuencia en la asequibilidad. La vacunación puede quedar fuera del alcance económico de los gobiernos y las personas como consecuencia de la escasez de combustibles, las restricciones en el transporte y los daños ocasionados en las carreteras.

## Soluciones

Para llegar a los niños y niñas que sufren en sus vidas el efecto de los distintos factores socioeconómicos que determinan la salud es imprescindible eliminar los obstáculos en la disponibilidad, el acceso y la asequibilidad.

En otras palabras, llegar a los niños y niñas cero dosis y subvacunados implica lograr que dispongan de vacunas a precios asequibles y que puedan acceder a ellas fácilmente. A fin de alcanzar este objetivo se precisan intervenciones que tengan en cuenta las dificultades de disponibilidad, acceso y asequibilidad. Un ejemplo de este tipo de intervenciones son los incentivos para abordar los problemas de las familias pobres<sup>11</sup>. En ocasiones, estas ayudas han consistido en alimentos, suministros, apoyo monetario o certificados de reconocimiento.

Otra táctica que ha resultado muy útil consiste en combinar los incentivos con recordatorios sobre la vacunación. Por ejemplo, en un estudio aleatorio practicado en Kenya se constató que al enviar a los progenitores recordatorios breves por vía de SMS se registraba un ligero repunte de las tasas de inmunización; pero que cuando además del SMS recibían un incentivo económico, la cifra de niños y niñas completamente vacunados aumentaba considerablemente<sup>12</sup>.

Los recordatorios y los mensajes breves pueden ser especialmente eficaces si se vinculan al historial de vacunación. Por ejemplo, en el Pakistán se constató que el envío de recordatorios había permitido lograr una cobertura completa de la DTP3, la tercera dosis de la pauta de vacunación que protege contra la difteria, el tétanos y la tosferina<sup>13</sup>.

## ¿Por qué es importante?

Al evitar el sufrimiento y la muerte de millones de niños y niñas, la vacunación impulsó la revolución de la supervivencia infantil en los siglos XX y XXI.

Superar las dificultades de disponibilidad, acceso y asequibilidad es decisivo para eliminar las desigualdades en materia de inmunización y llegar a los niños y niñas cero dosis y subvacunados. En definitiva: suprimiendo estos obstáculos salvamos vidas.

En efecto, la inmunización salva casi 4,4 millones de vidas al año, una cifra que podría aumentar a 5,8 millones en 2030 si se cumplen los objetivos de inmunizar a los niños y niñas cero dosis y subvacunados<sup>14</sup>.

Pero la inmunización hace más que salvar vidas: mejora la salud y la riqueza de las personas y las comunidades, y ayuda a los niños a sobrevivir y prosperar.

### Sobrevivir y prosperar

La vacunación se considera uno de los mayores adelantos de la humanidad en materia de salud pública<sup>15</sup>.

Al evitar el sufrimiento y la muerte de millones de niños y niñas, la vacunación impulsó la revolución de la supervivencia infantil en los siglos XX y XXI. Las vacunas son la primera línea de defensa contra el sarampión<sup>16</sup>; Pueden proteger de la neumonía, una afección que causa más de 700.000 muertes infantiles al año, y prevenir la diarrea, a la que cada año sucumben 484.000 niños<sup>17,18</sup>. Además, las vacunas pueden prevenir la difteria, el tétanos, la tosferina, la tuberculosis, la hepatitis, la gripe, la poliomielitis, la fiebre amarilla, el dengue y el cáncer de cuello uterino.

Hay vacunas innovadoras que ofrecen esperanzas de proteger a la infancia frente a muchas otras enfermedades. Por ejemplo, la nueva vacuna RTS,S contra el paludismo, junto con otras medidas profilácticas, podría prevenir una enfermedad de transmisión vectorial que en 2019 causó la muerte a 416.000 menores de 5 años<sup>19,20</sup>. Además, se están empleando nuevas vacunas contra el dengue y el ébola, y una vacuna de última generación contra la poliomielitis; y hay nuevas vacunas contra la tuberculosis y todas las cepas de la gripe en proceso de investigación<sup>21</sup>.

### El valor de la vacunación

La inmunización puede mejorar las finanzas familiares y potenciar la educación, la igualdad entre los géneros y la salud de las comunidades<sup>22</sup>. Y además de todo ello, es una inversión rentable.

#### **Pobreza**

Cuidar de un niño, aparte del desgaste emocional que comporta, puede agotar los ahorros del hogar y llevar a que los progenitores pierdan días de trabajo y salario<sup>23</sup>. Los trastornos causados por la enfermedad de un niño pueden llevar a algunas familias a la ruina, generalmente las más pobres<sup>24</sup>. Por ejemplo, un estudio practicado en Nigeria reveló que más de una tercera parte de las familias (y más de la mitad en el caso de las más pobres) enfrentaban gastos catastróficos cuando un hijo caía enfermo con neumonía u otras afecciones similares<sup>25</sup>.

#### **Igualdad entre los géneros**

La pandemia de COVID-19 nos ha recordado que las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras de los niños, además de realizar nada menos que tres cuartas partes del trabajo no remunerado del hogar<sup>26,27</sup>. Al prevenir las enfermedades infantiles, la inmunización contribuye de manera importante a reducir el tiempo que los

progenitores deben ausentarse del trabajo para cuidar de sus hijos cuando enferman<sup>28</sup>. En este sentido, dada la carga desmedida que soporta la madre en el cuidado de la salud de su prole, cabe suponer que las mujeres sean las más beneficiadas.

## Educación

La inmunización también contribuye a reducir las ausencias escolares por causa de enfermedades que son prevenibles con vacunas. Las pruebas obtenidas en una serie de países indican que la inmunización reduce el absentismo escolar y ayuda a que los niños rindan más. En un estudio practicado en la India entre estudiantes de 8 a 11 años se observó un aumento de entre el 6% y el 12% en las habilidades de escritura, lectura y matemáticas de los alumnos que estaban completamente vacunados<sup>29</sup>. Otros estudios realizados en Etiopía, la India y Vietnam apuntaban a una relación entre la vacunación de los niños y niñas contra el sarampión a una edad temprana y un mejor rendimiento académico a la larga<sup>30</sup>.

## Salud

La vacunación de un niño beneficia a toda la comunidad. Los recién nacidos y las poblaciones vulnerables que no pueden vacunarse quedan protegidos por la inmunidad colectiva que se alcanza al vacunar a sus amigos y vecinos<sup>31</sup>.

Además, la inmunización contra las enfermedades infantiles, al reducir el uso excesivo de antibióticos, evita que aumente la resistencia a los antimicrobianos, lo que a su vez limita la propagación de superbacterias que generan enfermedades resistentes a los antibióticos<sup>32</sup>. Estos patógenos causan 1,27 millones de muertes anuales, el 20% de las cuales son menores de 5 años que viven, en su inmensa mayoría, en países de ingresos bajos y medios<sup>33</sup>.

## Rendimiento de la inversión

La vacunación se considera desde hace tiempo una de las intervenciones más rentables para mejorar la salud, la productividad y la economía de las sociedades<sup>34</sup>.

Según un criterio de “coste de enfermedad”, cada dólar gastado en vacunación produce un rendimiento de la inversión de 26 dólares<sup>35</sup>. (esta es la cifra calculada entre 2011 y 2020 en 24 países de ingresos medios con respecto a 10 enfermedades)<sup>36</sup>. Aplicando una perspectiva más amplia de “valor de vida estadística”, que contempla otros beneficios económicos, el rendimiento es aun mayor: en torno a 52 dólares por cada dólar gastado en inmunización<sup>37</sup>.

## Planteamiento

En un mundo en el que los gobiernos deben tomar decisiones complejas sobre el gasto público y conciliar diversas exigencias contrapuestas, la inmunización es un método rentable para proteger la salud de los niños y niñas, sus familias y comunidades<sup>38</sup>. Para vacunar a cada niño y niña es fundamental obtener la voluntad política –a nivel mundial, nacional y local– y los fondos necesarios. También es esencial contar con supuestos de inversión referidos al país de que se trate, pero su elaboración puede ser compleja. Así pues, fomentar la capacidad de los países para generar esos supuestos de inversión nos daría la oportunidad de mostrar a los gobiernos, las comunidades y las familias la enorme importancia de la inmunización, y en consecuencia contribuiría a estimular la voluntad política<sup>39</sup>.

En un mundo en el que los gobiernos deben tomar decisiones complejas sobre el gasto público y conciliar diversas exigencias contrapuestas, la inmunización es un método rentable para proteger la salud de los niños y niñas, sus familias y comunidades.

NICARAGUA

# La Red Comunitaria de Salud: prestar servicio a los niños y niñas indígenas en el hogar

Una mañana de octubre, tres enfermeras comunitarias, con sus uniformes blancos, caminaban entre las tradicionales casas de *tambo* de la comunidad indígena

misquita de Sisín, una pequeña aldea situada a unos 50 kilómetros de la costa de Nicaragua.



Florencia Mena y Rihana, de 3 años, esperan en su casa la visita de las enfermeras comunitarias del Ministerio de Salud de Nicaragua. Las enfermeras son de la misma comunidad y hablan el idioma misquito.

© UNICEF/UN0719298/Rivas  
AFP-Services/Factstory

Una de las mujeres portaba un termo de alta tecnología lleno de vacunas; otra de ellas, una escala; y la tercera, una bolsa con vitaminas y medicinas.

Conforme subían las escaleras de la casa de Florencia Mena saludaban a la mujer y a su hija de tres años, Rihana, en lengua misquita. Estas enfermeras del Ministerio de Salud de Nicaragua visitan regularmente el hogar de la señora Mena desde antes que naciera su hija.

“El médico y las enfermeras han venido todos los meses para seguir de cerca el desarrollo de mi hija”, contó la señora Mena.

Y velar por que Rihana recibiera todas sus vacunas era parte de ese seguimiento.

Las enfermeras itinerantes son el nexo vital que permite inmunizar a esta comunidad, pobre y remota, de la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte, donde la gente vive en casas construidas sobre pilares para protegerse del clima a menudo violento.

“Los niños y niñas reciben sus vacunas conforme al plan de inmunización sistemática que corresponda y según el peso y la altura”, explicó Reynilda Cramer, una de las enfermeras que regularmente visitan a Florencia y Rihana. “Medimos la altura de los niños y, si es necesario, les administramos vitaminas y vermífugos. Y si algún otro miembro de la familia tiene problemas de salud, también le atendemos”.

Cramer y sus colegas forman parte de la Red Comunitaria de Salud, un programa de ámbito nacional que recibe el apoyo conjunto de UNICEF y el Ministerio de Salud de Nicaragua. Las enfermeras itinerantes son voluntarias a las que se elige en reuniones de toda la comunidad. El Ministerio de Salud les ofrece formación para que puedan prestar asistencia sanitaria básica, como, por ejemplo, servicios de inmunización. Al ser miembros activos de la comunidad, estas enfermeras constituyen un vínculo fundamental entre los servicios nacionales de atención primaria de salud y las poblaciones de difícil acceso. En primera línea

de actuación, se encargan de llevar los servicios a las zonas más remotas de Nicaragua, coordinando las intervenciones de atención primaria de salud y alentando la participación de la comunidad.

Del éxito de la Red Comunitaria de Salud dan fe los altos índices de vacunación registrados en la Región Autónoma de la Costa Caribe Norte –de la que Sisin es parte–, que se mantuvieron en un 98% en 2020 a pesar de la pandemia de COVID-19 y a dos desastrosos huracanes, el Eta y el Iota.

Otro factor de este éxito fue el hecho de que la Red Comunitaria incorporara el Modelo Intercultural de Atención de Salud, un programa destinado a las comunidades indígenas cuya finalidad es implicar a los líderes religiosos en las actividades de atención primaria de salud.

“Esta cercanía entre la comunidad y el sistema de salud es una de las razones de que Nicaragua tenga esos índices de vacunación tan extraordinarios”, explicó la Dra. Jazmina Umaña, coordinadora nacional del Programa Ampliado de Inmunización del Ministerio de Salud.

La clave está en colaborar con enfermeras como Cramer, por ejemplo, que forma parte de la comunidad misquita, porque pueden seguir de cerca la salud de los niños y niñas de las comunidades vulnerables, explicó Umaña.

“Todos cumplen una función importante a la hora de promover las vacunas y otros servicios de salud, pues la población también confía [en las enfermeras de la comunidad]”, afirmó.

En cuanto a Florencia Mena, según dijo ella misma, la Red Comunitaria de Salud la ayudó a convencerse de que era importante vacunar a Rihana.

“Rihana recibió su primera vacuna al nacer, y aunque en ese momento temí que pudiera tener fiebre y dolores, hoy la veo sana y llena de vida”, dijo la señora Mena. “Estoy orgullosa de haber escuchado los consejos de mi familia y del personal de salud” ■



Kadijatu fue una de los cientos de trabajadores sanitarios movilizados en Gambia para una campaña de visitas puerta a puerta en respuesta a los brotes de una variante de poliovirus no salvaje conocida como vVDPV2.

Ella y los colegas de su equipo trabajaron afanosamente para distribuir la nueva vacuna oral tipo 2 (nOPV2) contra la poliomielitis



# La inmunización y la atención primaria de salud

Frenar el notorio retroceso en la vacunación –y llegar a los niños y niñas que habitualmente quedan desatendidos– requiere examinar las estructuras que vertebran la inmunización, así como reforzar los servicios de atención primaria de salud que se dispensan en los establecimientos sanitarios, las campañas de divulgación y los entornos humanitarios. También implica fortalecer al personal sanitario y alentar la participación de las comunidades.

Establecimientos de salud, campañas de vacunación, situaciones humanitarias...

Por lo general, con las variaciones propias de cada lugar, estos son los contextos en que se vacuna a la infancia. Sin embargo, por desgracia, hay millones de niños y niñas que nunca llegan a acudir a un establecimiento de salud. Que no se benefician de ninguna campaña de vacunación. Que no pueden acceder a los servicios porque viven inmersos en una crisis humanitaria. Y que, en consecuencia, se quedan sin vacunar.

## Estructuras y dificultades

Como se señala a lo largo de este informe, hay millones de niños y niñas que no reciben sus vacunas, y otros millones más quedaron desatendidos durante el período crítico de la pandemia de COVID-19.

Con todo, la vacunación ha sido durante décadas una intervención de salud extraordinaria en muchos sentidos. Gracias a una buena coordinación, las alianzas establecidas a nivel mundial entre gobiernos, comunidades y donantes han permitido llegar a millones de niños y niñas de países de ingresos bajos y medios con vacunas de importancia vital.

En la mayoría de los países, los gobiernos son los responsables de prestar los servicios –es decir, se encargan de los recursos humanos, del transporte de suministros y de la interacción con la infancia y las familias–, y en ocasiones también han invertido en la infraestructura de salud. No obstante, sobre todo en países de ingresos bajos, los donantes, las organizaciones internacionales y otros aliados han proporcionado fondos y servicios de coordinación considerables. A escala mundial, donantes y aliados han coordinado mecanismos de financiación y aportado directrices y marcos normativos.

## La fragilidad de la atención primaria de salud

Si bien las estructuras y los procesos varían en cada país, los servicios de vacunación suelen formar parte de las intervenciones sistemáticas de salud materna e infantil, y los dispensan profesionales sanitarios capacitados en los centros de atención primaria de salud.

No obstante, en muchos países de ingresos medios-bajos –y a menudo también en vecindarios pobres y desatendidos de los países de ingresos altos– existen pocos centros de atención primaria de salud que sean fiables, estables y dispongan de los fondos suficientes. Cuando los hay, muchos operan con recursos limitados.

En general, los niños y niñas cero dosis se quedan sin vacunar porque viven en lugares donde no disponen de servicios adecuados de atención primaria de salud. El hecho de que en los lugares donde sí hay servicios estos no lleguen a los niños cero dosis da cuenta de la ineficacia con que operan en entornos de bajos recursos. Por su parte, los niños y niñas subvacunados entraron en contacto con una estructura de atención de la salud en algún momento de su vida, pero los proveedores de salud que los atendieron les perdieron el rastro, desaprovechando así la oportunidad de protegerlos frente a las enfermedades.

### Recuadro 5

#### Gavi, la Alianza para las Vacunas

En las funciones normativas, de gobernanza, vigilancia, financiación y adquisición que se precisan para inmunizar a la infancia intervienen diversos donantes y aliados a nivel mundial. Entre ellos figuran organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, y diversas organizaciones no gubernamentales. Gavi, la Alianza para las Vacunas, fundada en 2000, ha ayudado a inmunizar a más de 981 millones de niños y niñas, contribuyendo así a las iniciativas que lograron reducir a la mitad la mortalidad infantil en 73 países de ingresos bajos. En cuanto que alianza público-privada, Gavi ha movilizado más de 40.000 millones de dólares para impulsar la vacunación sistemática; fortalecer los sistemas de salud; llevar a cabo campañas preventivas; almacenar reservas de emergencia; ayudar en campañas de respuesta a brotes de enfermedades; y apoyar la respuesta a la pandemia de COVID-19 (en especial mediante el mecanismo COVAX). En Gavi se congregan aliados como la OMS, UNICEF, el Banco Mundial y la Fundación Bill y Melinda Gates, gobiernos, la industria de las vacunas, organismos técnicos, la sociedad civil y otros aliados del sector privado.

## Las campañas de divulgación

En las comunidades que carecen de infraestructura básica de atención primaria es habitual complementar la inversión del gobierno con fondos de donantes, a menudo para financiar intervenciones destinadas a combatir enfermedades específicas en comunidades concretas. Tradicionalmente este enfoque ha consistido en campañas para llegar a los niños y niñas de entornos rurales remotos, contextos urbanos y situaciones de crisis.

Las campañas también se emplean para combatir brotes de enfermedades que son prevenibles mediante la vacunación. De hecho, muchas campañas han logrado inmunizar a los niños y niñas cero dosis y aumentar la cobertura por encima del nivel que se había alcanzado mediante los servicios de inmunización sistemática.

En lugares donde hay sistemas precarios de atención primaria de salud, estos servicios de divulgación son indispensables para llegar a los niños y niñas cero dosis y subvacunados. Además, es habitual que los centros de salud desplieguen periódicamente campañas temporales para atender a los niños y las familias que no pueden acudir al establecimiento local.

El problema es que las campañas son, por definición, iniciativas de corta duración.

## El personal sanitario

En la ejecución de los programas de vacunación intervienen diversos profesionales de la salud, entre ellos médicos, enfermeras, supervisores, trabajadores sanitarios comunitarios y analistas de datos. Aumentar las plantillas de trabajadores sanitarios constituye uno de los principales objetivos de desarrollo mundial, si bien en la práctica es una labor que recae mayormente sobre los gobiernos nacionales y locales, que son los responsables de formar, incentivar y retener al personal de salud<sup>2</sup>. A muchos gobiernos les cuesta mantener la fuerza laboral necesaria para proveer cuidados de salud (entre ellos la inmunización) a la infancia y las familias. En todo el mundo hay escasez de personal sanitario y, por desgracia, estas carencias plantean dificultades importantes en la disponibilidad, el acceso y la asequibilidad de servicios como la vacunación<sup>3</sup>.

En cierto modo, las dificultades para la vacunación vinculadas con el personal sanitario radican en un problema de género. Las mujeres llevan a cabo la mayor parte del trabajo de vacunación sobre el terreno<sup>4</sup>, y en casi todos los lugares del mundo confrontan diversos problemas: salarios bajos, empleo irregular, falta de oportunidades profesionales y amenazas a su seguridad<sup>5</sup>. En efecto, las mujeres constituyen el 63,8% del personal sanitario en los países de ingresos bajos y medios y el 75,3% en los países de ingresos altos, y ganan en promedio un 20% menos que los hombres<sup>6</sup>.

La enorme desigualdad de salarios se debe en parte a que las mujeres suelen desempeñar los trabajos peor pagados del sector sanitario, mientras que los hombres ocupan con frecuencia los puestos mejor remunerados<sup>7</sup>. Además, esta diferencia salarial entre hombres y mujeres se acentúa en las categorías superiores de empleo, de suerte que las mujeres que ocupan puestos de alto nivel suelen percibir salarios muy inferiores a los de los hombres que desempeñan puestos similares<sup>8</sup>.

### Recuadro 6

## La iniciativa de erradicación mundial de la poliomielitis

La Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis (IEMP) es un ejemplo de estructura de alcance mundial en la que colaboran aliados nacionales y locales<sup>1</sup>.

Fundada en 1988, la IEMP opera como una alianza público-privada que dirigen gobiernos nacionales y seis aliados mundiales: la Organización Mundial de la Salud (OMS), Rotary International, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), UNICEF, la Fundación Bill y Melinda Gates, y Gavi, la Alianza para las Vacunas.

Pese a que la incidencia de la poliomielitis ha descendido en más de un 99,9% desde que se fundó la IEMP, esta enfermedad aún no ha pasado a la historia. En su empeño de erradicar la poliomielitis, la IEMP aprovecha cada oportunidad para llegar a todos los niños y niñas centrandose sus estrategias en fomentar la voluntad política de los gobiernos; fortalecer las alianzas con las comunidades; mejorar el sistema de vigilancia de la enfermedad; aplicar una perspectiva de género a los programas; y en integrar la vacunación en los servicios básicos de salud en las zonas donde hay riesgo de poliomielitis siempre que sea posible.

YEMEN

# Trabajos de mujeres: aliviar el sufrimiento es la motivación de una vacunadora y partera

Para Ghada Ali Obaid, vacunar a los niños no es un trabajo. Es una vocación.

En un día normal, Ghada recorre deprisa los pasillos del Complejo Médico Dar Saad para explicar a las madres

los beneficios de la inmunización y de vacunar a sus hijos.

Pero en la vida de Ghada hay pocos días normales.



Cuando no está corriendo por los pasillos del complejo hospitalario de Dar Sa'ad en Yemen, Ghada Ali Obaid, de 53 años, participa en iniciativas de inmunización para la infancia. Durante una de ellas inmunizó a Aswar Saddiq Othman, de 9 años.

© UNICEF/UN0679318/Hayyan

Como jefa de inmunización del centro de salud del distrito de Dar Saad, en Adén, Ghada también sale a las calles para llegar hasta niños que, sin su intervención, quedarían sin vacunar contra enfermedades que es posible prevenir. En junio, por ejemplo, Ghada participó en la respuesta a un brote de sarampión en el Yemen. La campaña de inmunización benefició a más de 1,2 millones de niños y niñas de entre 6 meses y 10 años de edad, a quienes se les administraron las vacunas contra el sarampión y la rubéola.

“La esencia de nuestra labor es salvar vidas y aliviar el sufrimiento de las mujeres y los niños”, dijo Ghada. “Este es el indicador de éxito más importante en mi vida laboral y personal”.

En el Yemen, Ghada forma parte de un grupo de mujeres cuya misión es trabajar en primera línea contra las enfermedades que se pueden prevenir mediante la vacunación. En efecto, las mujeres son la columna que vertebra la atención médica en el Yemen, un país con más de 4.500 centros de salud.

Según Saadia Farrukh, Directora de Salud de UNICEF en el Yemen, todo el personal sanitario de la comunidad y quienes atienden los embarazos y los partos son mujeres. Esto se debe a que lo aceptable desde el punto de vista cultural y social es que los controles prenatales y los servicios obstétricos estén a cargo de mujeres. En las zonas rurales, que no reciben la cobertura del sistema nacional de salud, las mujeres prestan los cuidados esenciales de salud materna y neonatal en las comunidades.

“Las trabajadoras comunitarias de la salud son más aceptadas por las comunidades a las que sirven, y acceden más fácilmente a los hogares para prestar servicios de salud primaria que pueden salvar vidas. Aunque concentran sus esfuerzos en los niños y sus madres, no excluyen a otros sectores de la comunidad”, dijo Saadia.

Como partera cualificada, Ghada ha sido testigo del sufrimiento innecesario que provoca la falta de vacunación en los niños.

“Uno de los peores momentos de mi vida fue cuando conocí a una bebé que había quedado ciega a causa del sarampión”, dijo Ghada. “El hecho de que se hubiera podido evitar y de que se debiera, en parte, al deterioro del sistema de salud del Yemen, fue lo que me motivó a convertirme en vacunadora”.

En el complejo médico de Dar Saad vacunan diariamente a 35 niños, aunque el número puede llegar incluso a 100, dijo la Dra. Jamilah Saeed, supervisora de inmunización del distrito. Su equipo también presta servicios de salud reproductiva y educación sobre salud y nutrición infantil.

A pesar de que el centro de salud afirma haber cosechado numerosos éxitos, “hasta ahora, el logro más significativo de nuestra organización es poder suministrar vacunas gratuitamente y con regularidad, gracias a UNICEF”, dijo la Dra. Jamilah.

Para Ghada, suministrar vacunas gratuitas significa mucho más que pinchar brazos.

“Durante los últimos 11 años, una parte importante de mi trabajo ha sido ayudar a que la gente del Yemen entienda que muchas enfermedades y epidemias podrían eliminarse, y que las tasas de mortalidad y morbilidad podrían reducirse”, dijo.

Hay diversos obstáculos que dificultan el trabajo. El centro de salud carece de personal médico, especialmente de parteras, lo que ella atribuye a la falta de recompensas, ascensos e incentivos laborales. Cuando se jubila un miembro del personal formado, a menudo lo sustituyen voluntarios que requieren capacitación. En su labor puerta a puerta, Ghada se enfrenta al calor, la inestabilidad del suministro eléctrico y las grandes distancias para llevar a cabo su trabajo.

Ghada también se esfuerza para encontrar un equilibrio entre su trabajo y su familia. Trabaja en el centro de salud de las 8:00 de la mañana hasta las 14:00 de la tarde. Cuando hay una campaña de vacunación en marcha, se desplaza hasta zonas remotas por las tardes.

Encontrar ese equilibrio es posible con el apoyo de su esposo, Ehab Faisal.

Durante las campañas de vacunación, Ehab saca tiempo de su trabajo como taxista para llevar a Ghada a las zonas más remotas. Él ha aprendido a valerse por sí mismo y a cuidar de su hijo de 5 años cuando Ghada tiene que trabajar hasta tarde. Pero más importante aún es el apoyo que le brinda para que pueda cumplir su deseo de ayudar a los niños y sus familias.

“El trabajo de Ghada es más una vocación”, aseguró Ehab. “Yo la animo a presentarse todos los días porque es una apasionada de lo que hace y merece todo mi respeto” ■

Las trabajadoras comunitarias son en muchas partes del mundo las más indicadas para dirigirse a otras mujeres y a los niños y niñas, puesto que en razón de normas sociales, de género y culturales los hombres no pueden hacerlo.

## Faltan mujeres en puestos directivos

Aunque desde comienzos de 2000 se constata un ligero aumento en el número de mujeres que ocupan altos cargos en el sector sanitario, sigue habiendo una presencia excesiva de mujeres en los empleos peor pagados y menos cualificados, lo que parece indicar que subsisten prácticas de segregación de género que perjudican a las mujeres<sup>9</sup>. Así, las mujeres tienen más probabilidades de desempeñar los trabajos más técnicos de la atención sanitaria (enfermeras, parteras y técnicos de laboratorio), en tanto que los hombres suelen ocupar los puestos considerados más “profesionales”: como médicos, enfermeros especializados, administradores y directivos<sup>10</sup>.

Según un informe de la OMS publicado en 2019, el 69% de las organizaciones dedicadas a la salud mundial están encabezadas por hombres, y solo en un 25% hay paridad de género entre el personal directivo, pese a que las mujeres constituyen el 70% de la fuerza laboral<sup>11</sup>. En consecuencia, el informe manifestaba que los servicios de salud mundial los prestan las mujeres, pero los dirigen los hombres<sup>12</sup>.

Esta falta de mujeres en puestos directivos apunta a que hay enormes desigualdades en la promoción profesional de los hombres y las mujeres. En cualquier caso, sería interesante examinar un posible vínculo entre el liderazgo femenino y los resultados en materia de salud o inmunización. Ese vínculo se ha advertido en el sector educativo: hay estudios que asocian el liderazgo de las mujeres en las escuelas con unos mejores resultados de aprendizaje, lo que parecería indicar que las mujeres dirigentes adoptan prácticas y conductas que favorecen el éxito de los estudiantes<sup>13</sup>.

## Las trabajadoras sanitarias comunitarias

La desigualdad salarial en el sector sanitario se debe en parte a que muchas mujeres prestan servicios no remunerados o mal pagados, por lo general como trabajadoras sanitarias comunitarias (un colectivo integrado por 6 millones de mujeres, según Women in Global Health)<sup>14</sup>. Los trabajadores sanitarios comunitarios son los que habitualmente se encargan de recopilar información sobre el hogar, mantener la comunicación con las familias y vacunar a los niños<sup>15</sup>.

Los servicios de vacunación, en particular, recaen sobre las trabajadoras sanitarias comunitarias<sup>16</sup>. Estas trabajadoras comunitarias son en muchas partes del mundo las más indicadas para dirigirse a otras mujeres y a los niños, puesto que en razón de normas sociales, de género y culturales los hombres no pueden hacerlo<sup>17</sup>. Con frecuencia trabajan en zonas remotas y desatendidas, y constituyen el nexo de unión entre los sistemas de salud y las familias y comunidades.

Así y todo, a causa de las inequidades de género, las trabajadoras sanitarias comunitarias desempeñan trabajos poco cualificados, carecen de reconocimiento oficial, trabajan en condiciones precarias y se exponen a amenazas como la violencia de género, el maltrato verbal y la discriminación<sup>18</sup>. Casi siempre están mal pagadas y soportan, además, la carga de las tareas domésticas y el cuidado de los hijos<sup>19</sup>.

# Soluciones

---

Llegar a los niños y niñas que desde hace muchos años no reciben una vacunación sistemática total o parcial resultará más costoso que los procedimientos de vacunación corrientes. Requerirá soluciones –que las comunidades deben establecer y acoger – centradas en las personas y que respondan a la complejidad del contexto en que viven esos niños. Asimismo, exigirá disponer de sistemas sólidos de atención primaria de salud e información sanitaria, a fin de que el personal de salud pueda mantener el contacto con las familias, sobre todo las que llevan vidas complicadas y se desplazan con frecuencia.

En definitiva, para asegurar el acceso de toda la infancia a la vacunación se necesitan los esfuerzos coordinados de gobiernos, donantes, aliados y comunidades. Será preciso fomentar unos sistemas de atención primaria de salud centrados en la familia con el fin de mejorar y mantener el acceso de los niños a la atención sanitaria, impulsando al mismo tiempo las actividades de divulgación destinadas a las poblaciones cero dosis y subvacunadas.

## Fortalecer la atención primaria de salud

Durante al menos los últimos 45 años, las iniciativas para promover la salud mundial se han centrado en la importancia de la atención primaria de salud<sup>20</sup>. Con la aprobación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la atención sanitaria universal se convirtió en un objetivo fundamental de la actual agenda de desarrollo mundial y se reconoció que la atención primaria de salud era un elemento clave para alcanzarlo<sup>21</sup>. Mediante la Declaración de Astaná, firmada en 2018, los jefes de gobierno y los ministros de salud se comprometieron a lograr una atención primaria de salud de calidad, evaluable, disponible y asequible para todos<sup>22</sup>.

La atención primaria de salud se centra en atender las necesidades de las personas a lo largo de su ciclo vital por medio de intervenciones que previenen, curan, rehabilitan y proporcionan cuidados paliativos<sup>23</sup>. La atención primaria de salud también aborda los factores sociales que determinan la salud (como la pobreza, las crisis y el nivel de estudios y empoderamiento de la madre), y tiene por objeto movilizar a las personas, familias y comunidades para que defiendan políticas eficaces que promuevan y protejan la salud.

Para fortalecer la atención primaria de salud es indispensable dedicar más empeño a mejorar los sistemas de información sanitaria, la prestación de los servicios y el acceso a productos médicos, vacunas y tecnologías. Será preciso también disponer de financiación respaldada por un compromiso político firme y reforzar los recursos humanos (sobre todo en lo que respecta a los servicios comunitarios). Para que estos esfuerzos resulten provechosos, es esencial que las comunidades participen en el diseño y la prestación de la atención primaria de salud.

## Integrar la inmunización en la atención primaria de salud

Vincular la inmunización con la atención primaria de salud es fundamental, ya que la mayoría de los niños y niñas cero dosis y subvacunados sufren otras muchas privaciones en materia de salud<sup>24</sup>. En efecto, las madres de estos niños por lo general no realizan visitas de control prenatal y dan a luz fuera de los establecimientos de salud; además, tienen menos probabilidades de procurarle atención médica a su bebé si enferma, y

**El vínculo entre la inmunización y la atención primaria de salud es fundamental.**

El compendio de las investigaciones realizado por UNICEF indica que no existe un modelo de integración que ofrezca mejores resultados que otro. De hecho, el éxito de la integración dependía en gran medida del contexto.

son muy pocas las que disponen de instalaciones para lavarse las manos. Por ejemplo, las madres de los niños y niñas cero dosis tenían un 46% menos de probabilidades de haber realizado cuatro visitas prenatales como mínimo; un 43% menos de probabilidades de haber dado a luz a su bebé en un establecimiento de salud; y un 36% menos de probabilidades de contar con instalaciones para lavarse las manos en el hogar. En cambio, las madres de los niños completamente vacunados tenían más probabilidades de haber recibido también otras intervenciones importantes<sup>25</sup>.

La inmunización puede desempeñar un papel decisivo en la atención primaria de salud. Así, la *Agenda de Inmunización 2030* destaca la importancia de incorporar los servicios nacionales de inmunización en la atención primaria de salud como fundamento para lograr tanto una cobertura de vacunación elevada como una atención sanitaria universal<sup>26</sup>.

Al ser un medio ya establecido para contactar con los niños y niñas, las familias y las comunidades, los servicios de vacunación pueden ser un punto de entrada inmejorable para prestar otro tipo de servicios sanitarios esenciales y contribuir a mejorar el acceso<sup>27</sup>. Del mismo modo, los sistemas de atención primaria de salud pueden ayudar a frenar el retroceso en la cobertura de vacunación llegando a los más rezagados.

Integrar la vacunación en los servicios de atención primaria de salud y otros servicios forma parte de las siete prioridades estratégicas previstas en la *Agenda de Inmunización 2030*<sup>28</sup>. La integración constituye un método rentable para llegar a los niños, niñas y madres que se han quedado sin vacunar o no han recibido otros servicios básicos<sup>29</sup>. También es importantísimo integrar la inmunización en la atención primaria de salud en las comunidades donde hay malnutrición.

Un compendio de pruebas sobre la integración de servicios realizado por UNICEF establecía las dos vías principales para efectuarla: incorporar los servicios de atención primaria de salud en las iniciativas de vacunación, e integrar la inmunización en otros servicios de atención primaria de salud. En la mayoría de los casos, la integración se realizaba en los establecimientos de salud y en el contexto de programas de divulgación y de plataformas comunitarias.

Por lo general, la integración de servicios de vacunación de alto rendimiento con los servicios de planificación familiar en los establecimientos de salud daba lugar a un aumento de la cobertura de planificación familiar sin menoscabo de la cobertura de inmunización. En Sudán del Sur, una iniciativa para integrar la inmunización en un servicio de nutrición derivó en una mejor observancia de los calendarios de vacunación.

Las iniciativas móviles de divulgación también son una vía eficaz para integrar los servicios. Por ejemplo, la combinación de servicios de atención de la salud materna, neonatal e infantil con actividades de inmunización llevó a una mejora en la cobertura de vacunación en diversos lugares como el norte de Nigeria y partes del Afganistán.

La integración de servicios de vacunación en las intervenciones de atención de la salud materna, neonatal e infantil también beneficia a las madres y los niños en los entornos humanitarios. Los estudios demuestran que estas iniciativas son más eficaces cuando hay una cierta continuidad (por ejemplo, si se llevan a cabo en una localidad durante uno o dos días y se repiten cada dos meses). En el caso del Afganistán, un equipo móvil de atención sanitaria logró aumentar la proporción de mujeres que recibían visitas prenatales –desde el 61% al 84%– en los lugares donde prestaban servicio<sup>30</sup>.

Para concluir, el compendio de UNICEF indicaba que ningún modelo da mejores resultados que otro: el éxito de la integración depende en muy gran medida del contexto.



## Optimizar las campañas de divulgación

Como mostraba el compendio sobre la integración de servicios, las clínicas móviles y las campañas de divulgación destinadas a poblaciones concretas, además de ser eficaces por sí mismas pueden ser medios muy útiles para vacunar a la infancia (en especial a los niños y niñas cero dosis), y en muchos casos han logrado aumentar la cobertura de vacunación. En Kenya y Uganda, por ejemplo, las visitas puerta a puerta de trabajadores de salud comunitarios propiciaron un aumento en la cobertura de vacunación, así como una reducción en la cantidad de niños y niñas que no recibían las dosis de refuerzo de las vacunas contra la difteria, el tétanos y la tosferina.

Pero las iniciativas de integración no son baratas, al menos al principio. Los donantes mundiales y los aliados nacionales y locales deben tener presente que estos servicios resultarán caros, y que para lograr la meta de reducir las cifras de niños y niñas cero dosis y subvacunados en todo el mundo será necesario mantener una continuidad; es decir, repetirlos.

## Colaborar con las comunidades

Además de concentrar el interés en integrar la inmunización en los servicios de atención primaria de salud, la *Agenda de Inmunización 2030* insiste –y con razón– en la importancia de colaborar con las comunidades<sup>31</sup>.



Mahainue Marma (derecha), trabajadora voluntaria de la salud, ofrece servicios de vacunación sistemática en Thanchi, una zona rural remota de Bangladesh. Llevar las vacunas a las comunidades puede contribuir a llegar hasta los niños y niñas cero dosis.  
© UNICEF/U.S. CDC/  
UN0723022/Fabeha Monir

PAKISTÁN

## La confianza se gana: la prestación de servicios integrados cambia la mentalidad sobre las vacunas contra la poliomielitis

Hubo un tiempo en que Halima habría despedido sin miramientos a cualquier trabajador dedicado a la lucha contra la poliomielitis que hubiera llegado a su puerta con la intención de vacunar a sus nietos.

Pero Saima Gul no formaba parte del personal dedicado a luchar contra esta enfermedad.



La persistencia de una trabajadora de la salud logró que Halima comprendiera la importancia de la vacuna contra la poliomielitis. Una vez convencida, permitió que vacunaran a sus nietas, Iman, de cuatro años, y Ayd, de 18 meses.

© UNICEF/UN0756301/Bukhari

Durante dos años, Saima visitó a Halima en su hogar para regalarle mosquiteros y medicamentos. Halima vivía en Gujro, en las afueras de Karachi. Cuando estaban juntas hablaban en pastún, el idioma de muchas familias de Gujro.

Durante una de esas visitas, Saima se percató de que Halima, una abuela de 50 años, tenía una alergia en la piel y decidió llevarla al centro médico de Jannat Gul. Allá la ayudaron con su problema cutáneo y, además, le brindaron tratamiento para la molestia que tenía en las rodillas. La atención que recibió Halima la convenció de confiar en Saima y en el centro médico, hasta el punto de permitir que vacunaran contra la poliomielitis a sus nietas, Imán, de 4 años, y Ayd, de 18 meses.

“Entre iguales nos entendemos mejor”, afirmó Halima. “No aceptamos forasteros aquí. Saima también pertenece al pueblo pastún; por eso ha logrado convencerme”.

Como trabajadora de primera línea contra la poliomielitis de la localidad gubernamental –el consejo de aldeas–, Saima participa en un programa de prestación de servicios integrados que vincula la vacunación contra la poliomielitis con numerosos servicios, como la atención de la salud, la nutrición, el agua, el saneamiento, la higiene y el registro de los nacimientos.

El programa surgió como resultado de la insatisfacción de numerosos progenitores y cuidadores de comunidades pobres cuyas demandas de servicios mejorados de agua y saneamiento, así como de servicios básicos de salud, solían ser ignoradas. También surgió del reconocimiento de que los casos de poliomielitis eran mucho más frecuentes en las comunidades que carecían de lo necesario para vivir.

En el Pakistán, el programa de erradicación de la poliomielitis presta servicios integrados en los 43 consejos de aldeas con mayor riesgo de presentar brotes de la enfermedad. Gujro, un barrio de aproximadamente 650.000 habitantes en Karachi, provincia de Sindh, fue elegido para participar en el programa debido a su historia de resistencia política, religiosa y cultural a la vacunación contra la poliomielitis, una enfermedad que solía infundir temor en todo el mundo, pero que actualmente está a punto de ser erradicada.

En Gujro, la iniciativa de prestación de servicios integrados contribuyó a reducir significativamente el número de personas que se negaban a vacunar a sus hijos contra la enfermedad: de 4.254 en 2019 a 1.209 en 2022, lo que representa una disminución del 72%. Además, Gujro y la zona de Karachi no han registrado nuevos casos de la enfermedad, ni tan siquiera cuando surgieron nuevos brotes en el Pakistán luego de 15 meses (en este país se registraron 20 casos de poliomielitis entre abril y diciembre de 2022).

La prestación de servicios integrados en el Centro de Salud Materna e Infantil de Jannat Gul comenzó en 2019, con apoyo de la Fundación Bill & Melinda Gates, Rotary International, UNICEF y la Organización Mundial de la Salud. En la actualidad incluye servicios como pediatría, nutrición, planificación familiar, servicios prenatales, obstetricia, registro de los nacimientos, vacunación básica y el método “madre canguro” para bebés con bajo peso al nacer. La iniciativa también cuenta con seis dispensarios, plantas de filtración de agua y campamentos de salud externos vinculados a las campañas contra la poliomielitis.

“El servicio ambulatorio comenzó con 25 pacientes diarios”, dijo el Dr. Quratulain Janjua, el pediatra que forma parte de la iniciativa de prestación de servicios integrados. “Hoy en día, el número de pacientes diarios oscila entre 500 y 600. Las sesiones de sensibilización comunitaria que hemos llevado a cabo han creado conciencia entre la gente, lo que se ha traducido en un incremento importante en el número de pacientes”.

Gulmina, una madre que llegó a la zona desde el Afganistán, dijo que no había aceptado que vacunaran a su hijo mayor contra la poliomielitis. No obstante, un trabajador de la salud asignado a la lucha contra esta enfermedad logró que acudiera al centro de salud, donde dio a luz a su cuarto hijo. Desde entonces, Gulmina lleva a sus hijos al centro de salud para las citas de control, y ha hecho vacunar a todos contra la poliomielitis y otras enfermedades prevenibles mediante la vacunación. También ha hablado con sus familiares sobre el Centro de Salud Materna e Infantil de Jannat Gul.

“Estoy muy contenta con el tratamiento”, dijo Gulmina. “Mi cuñada y otras mujeres de nuestras familias también han dado a luz aquí” ■

Hay indicios suficientes de que las intervenciones de vacunación diseñadas, aplicadas y evaluadas por miembros de las comunidades a las que sirven resultan más equitativas y eficaces.

Hay indicios suficientes de que las intervenciones de vacunación diseñadas, aplicadas y evaluadas por miembros de las comunidades a las que sirven resultan más equitativas y eficaces<sup>32</sup>. La colaboración con las comunidades y los líderes religiosos permite conocer de primera mano los impedimentos para la vacunación propios del lugar y asegurar la adecuación de los servicios a la cultura local; también es útil para frenar la influencia de los rumores y la desinformación y reforzar el apoyo generalizado a la inmunización<sup>33</sup>.

Los trabajadores de la salud y otros voluntarios a nivel local también cumplen una función esencial como nexo de unión entre los proveedores de servicios de inmunización y la infancia y las familias<sup>34</sup>. Sería muy conveniente apoyar esta función. Por ejemplo, sistematizar la labor del personal sanitario comunitario permitiría obtener información de primera mano sobre la ubicación de los niños y niñas más inaccesibles; y las tecnologías de bajo coste, como los teléfonos móviles, ayudarían a estos trabajadores a comunicarse con los niños, las familias y otros agentes de salud<sup>35</sup>.

## Apoyar al personal sanitario

En todos los rincones del mundo, los agentes sanitarios son el componente clave para el éxito de los programas de vacunación: en realidad, son imprescindibles para la salud de la infancia y las comunidades. Apoyarlos es fundamental en toda iniciativa que pretenda aumentar la cobertura de vacunación y reforzar la atención primaria de salud.

Aumentar las plantillas de trabajadores sanitarios en los países de ingresos bajos y medios es una medida prioritaria de la Estrategia Mundial de la OMS de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030<sup>36</sup>. Pero reforzar estas cifras es solo una parte de la solución: también la formación es muy importante, y las pruebas indican que cuando los trabajadores sanitarios reciben formación sobre gestión integrada de las enfermedades infantiles, mejoran sus competencias en inmunización, nutrición y otros aspectos decisivos para la salud y el bienestar de la infancia<sup>37</sup>.

Los trabajadores sanitarios deben recibir una remuneración adecuada y puntual, trabajar en condiciones dignas y gozar de oportunidades de desarrollo profesional. También hay pruebas que indican que la supervisión de apoyo y la rendición de cuentas por parte de los cargos directivos son estrategias cruciales para apoyar al personal sanitario en las zonas desatendidas de países de ingresos bajos y medios<sup>38</sup>.

Abordar las inequidades de género entre el personal sanitario significa modificar las estructuras de retribución, reducir la contratación a corto plazo y según las necesidades y aumentar las oportunidades de empleo reconocido y a tiempo completo<sup>39</sup>. Asimismo, exige establecer métodos de formación que proporcionen oportunidades de desarrollo profesional y capacitación al personal sanitario femenino, en especial las trabajadoras sanitarias comunitarias. Eliminar las inequidades de género en el sector de la salud implica empoderar a las mujeres en su trabajo y su desarrollo profesional. Para hacerlo será necesario comprender mejor esas inequidades e invertir en oportunidades de educación y capacitación para las mujeres, con el fin de que puedan acceder a los puestos directivos de la atención sanitaria<sup>40</sup>. Se requiere asimismo transparencia respecto a la remuneración y el salario que perciben los hombres y las mujeres<sup>41</sup>.

Abordar las inequidades de género entre el personal sanitario significa modificar las estructuras de retribución, reducir la contratación a corto plazo y según las necesidades y aumentar las oportunidades de empleo reconocido y a tiempo completo.

Como parte de este empeño, será fundamental poner el foco en la función que cumplen las trabajadoras sanitarias comunitarias; porque pese a reconocerse su trabajo como indispensable, rara vez se las equipa para poder rendir al máximo de su capacidad. Con demasiada frecuencia se les paga mal o no se les paga, y al carecer de acreditación oficial no disfrutan ni de la protección ni de las oportunidades de formación que corresponden al reconocimiento formal de su profesión<sup>42</sup>.

Para aprovechar mejor la labor de los trabajadores sanitarios comunitarios se necesita más información sobre cuántos hay, cómo incide su labor en los servicios de inmunización y cuánto se les paga –o no– por su trabajo<sup>43</sup>. El rendimiento de las inversiones en programas de salud comunitaria se multiplica por diez, y se mide por la mejora de la salud, las muertes evitadas y el aumento de la productividad; no obstante, es preciso, reconocer y regularizar a los trabajadores de salud comunitarios en los sistemas que dispensan los servicios de vacunación y de atención primaria de salud<sup>44</sup>. Se debe remunerar a estos trabajadores con arreglo a su formación, a las funciones que desempeñan y al grado de complejidad del trabajo que realizan.

## Las siguientes etapas

Durante las últimas décadas, las estructuras empleadas para inmunizar a la infancia se han beneficiado de una colaboración estrecha con los gobiernos nacionales y locales y los aliados mundiales; y la unificación de objetivos también ha beneficiado a la vacunación. Pese a que esas estructuras han logrado llegar a muchos millones de niños y niñas y protegerlos de la muerte y las enfermedades, siempre había demasiados que se quedaban sin vacunar. Y ahora, debido a la pandemia de COVID-19 hay todavía muchos más.

Ponerse al día con la vacunación y acelerar el progreso hacia las metas mundiales de inmunización requerirá distintos tipos de soluciones que respondan a las necesidades específicas de las familias y comunidades. Pero lo más importante es integrar por completo las iniciativas de inmunización en los servicios de atención primaria de salud; y que cuando los servicios de atención primaria de salud sean limitados, las iniciativas de vacunación sirvan para reforzarlos.

Para que esta tarea tenga éxito, las iniciativas de inmunización y atención sanitaria deberán guiarse por los conocimientos y la experiencia locales. Y sobre todo será necesario contar con un personal de salud –en especial trabajadoras sanitarias comunitarias– remunerado, profesional y equipado para llegar a la población infantil de las comunidades de difícil acceso.

INDIA

# Hacia la cumbre: trabajadores de la salud sortean las dificultades del terreno para distribuir vacunas en zonas remotas

En las montañas orientales de la India, donde despunta el alba, Dematso Khamblai comienza su jornada de vacunación mucho antes del amanecer.

A las 3:30 de la mañana, Dematso sale de su casa en Yatong y se dirige al centro de salud local para

abastecerse de vacunas, que guarda en un recipiente hermético gris. A las 4:30 ya está en la carretera, montado en su motocicleta, transitando en dirección al distrito de Anjaw, una remota región del estado de Arunachal Pradesh a la que no hay acceso directo por carretera.



Atravesando montañas y ríos, Dematso Khamblai provee vacunas a una zona rural remota de la India. Él y su equipo alternativo de administración de vacunas han contribuido a que los programas de inmunización sean un éxito.

© UNICEF/UN0732860/  
Bannerjee VII Photo

Cuando se acaban las carreteras, Dematso inicia una travesía a través de colinas, valles y puentes colgantes desvencijados. Su misión es suministrar vacunas a las aldeas que se ocultan entre las montañas de este enclave nororiental de la India.

“Son montañas escarpadas, así que hay que tener mucho cuidado al transitar por aquí”, explica Dematso. “Durante la temporada de monzones es muy peligroso, porque el terreno está resbaladizo a causa de la lluvia. También hay avalanchas frecuentes durante el monzón que dificultan mucho la travesía.”

Dematso es miembro del sistema alternativo de distribución de vacunas para esta zona, un grupo de trabajadores de la salud que llevan servicios de vacunación a una de las regiones rurales más remotas del mundo. De las 56 aldeas del distrito de Anjaw que dependen del equipo de Dematso para la inmunización, 33 carecen de acceso por carretera. Por ejemplo, para llegar a Kaho, la última aldea que hay antes de la frontera entre la India y China, Dematso y los equipos deben atravesar el turbulento río Lohit sobre un puente colgante de madera muy estrecho.

“Aquí antes no teníamos servicios de salud”, dice Kheti Meyor, un Gaon Burha (anciano) de Kaho. “Pero ahora, Dematso Khambilai y los miembros de su equipo nos visitan regularmente para inmunizar a los niños y niñas.”

Sushma Meyor, de Kaho, está muy agradecida a Dematso y su equipo por haberla ayudado a vacunar a su hijo de 8 meses.

“Ellos vienen y nos lo explican todo”, dice. “También nos informan sobre la fecha de la próxima vacuna. No nos tenemos que preocupar de nada. El equipo llega en la fecha programada, y administran las vacunas.”

Pero además de las largas distancias sin carreteras, hay otras dificultades que impiden vacunar a los niños y niñas del distrito de Anjaw.

A causa de la ubicación remota de este lugar, pocos niños nacen en centros de atención de salud y pocas familias registran el nacimiento de sus hijos, explica el

Dr. S. Nayil, un oficial de salud del distrito, especializado en salud reproductiva e infantil. Además hay poca conexión a internet, lo que dificulta la llevanza de registros. Y la planificación a nivel comunitario es difícil, debido a la falta de acceso a las vacunas y a que no hay conciencia sobre la importancia de la inmunización.

En consecuencia, el equipo alternativo de distribución de vacunas y sus trabajadores deben también encargarse de inscribir los nacimientos en las aldeas a las que sirven. Con esta información, los oficiales de salud del distrito pueden seguir la historia de vacunación de los niños y planificar servicios ambulantes de vacunación a la medida de cada comunidad; y el equipo alternativo de distribución de vacunas informa directamente a los progenitores y los cuidadores sobre las próximas oportunidades de vacunación. El resultado de toda esta labor es que hemos logrado una cobertura de vacunación universal para los niños y niñas del distrito, añade el Dr. Nayil.

El punto álgido de la pandemia de COVID-19 supuso un estrés enorme para el equipo alternativo de distribución de vacunas, que de pronto debía pasar, como mínimo, 20 días al mes transitando por las montañas de esta remota región, en lugar de los 7 u 8 días acostumbrados.

Además, las poblaciones se encuentran desperdigadas por todo el abrupto territorio.

“Se tardan entre 7 y 8 horas a pie para llegar a algunas de las aldeas del distrito de Anjaw”, explica el Dr. Nayil. “El equipo de distribución de vacunas está formado por gente muy motivada, y gracias a su motivación hemos podido obtener tan buenos resultados.”

Dematso suministra las vacunas a esta zona desde 2015, y además colabora con el Gobierno de Arunachal Pradesh como asesor técnico en materia de paludismo. Pese a las larguísimas caminatas y al peligro del monzón y las avalanchas, Dematso afirma que esta misión ha dado sentido a su trabajo.

“Antes me parecía que mi trabajo consistía en obedecer instrucciones. Ahora, en cambio, lo siento como una responsabilidad propia”, explica. ■



En Polonia, Mykyta, de 6 años, muestra la parte del brazo donde se le ha vacunado de distintas enfermedades. Mykyta y su familia tuvieron que abandonar la región ucraniana de Kyiv para escapar del conflicto en curso.

© UNICEF/U.S. CDC/  
UN0715423 /Kasia Streck



# ¿Cómo podemos generar confianza en las vacunas?

La decisión de vacunar a los niños depende en parte de la confianza que tengan los progenitores y los cuidadores en los gobiernos, los sistemas de salud, los trabajadores sanitarios, los productores de vacunas y las propias vacunas. Hay indicios preocupantes de que la confianza en las vacunas ha disminuido en muchos países. Por lo tanto, se requieren medidas más eficaces para infundir confianza en los progenitores y los cuidadores; por ejemplo, mediante el compromiso y la participación de las comunidades, la escucha social, la educación acerca de las vacunas y el empoderamiento de las mujeres y las niñas.

La decisión de vacunar a los niños depende de numerosos factores, como el acceso a los servicios, su disponibilidad y su asequibilidad, especialmente para las comunidades más marginadas (véase el capítulo 2). Pero incluso si los progenitores y los cuidadores pueden vacunar a los niños, no siempre están dispuestos a hacerlo. También deben estar motivados. A pesar de que existen pruebas irrefutables de los beneficios que reporta la vacunación, en las familias y las comunidades a menudo hay temor, ambivalencia o rotunda oposición a las vacunas.

Datos recopilados antes y después del inicio de la pandemia de COVID-19 sugieren que la percepción de la importancia que tienen las vacunas para la infancia se ha reducido en muchos países, lo que constituye una señal de alarma. Si decae la confianza en las vacunas, será más difícil cumplir los objetivos mundiales en materia de inmunización infantil.

La confianza en las vacunas puede fluctuar no solo por la influencia de factores como los rumores, la información engañosa y las noticias en las redes sociales, sino también de cuestiones como la credibilidad de las autoridades y los gobiernos y la polarización política<sup>1</sup>. Generar confianza y mantenerla no solo requiere un contacto estrecho con las comunidades para conocer la opinión de la gente acerca de las vacunas y comprender sus preocupaciones, sino también interactuar con los miembros de la comunidad para infundir el tipo de confianza que los progenitores y los cuidadores necesitan a fin de tomar la decisión de vacunar a sus niños.



Como parte de un sondeo activo de vacunación, unos agentes de salud visitaron los barrios de Campina Grande, en el Brasil, a fin de localizar a los menores de 5 años cero dosis y subvacunados para remitirlos a los servicios de inmunización.  
© UNICEF/UN0760834/  
Coutinho

# Cuando la confianza flaquea

Además del acceso a las vacunas, su disponibilidad y su asequibilidad, la confianza es un factor decisivo para que los progenitores y los cuidadores tomen la decisión de vacunar o no a sus niños y niñas. Es preciso que conozcan las ventajas de la vacunación para que comprendan que es un aspecto esencial del cuidado de la infancia. Las investigaciones indican que un alto nivel de confianza en la vacunación se relaciona de manera significativa con la aceptación de las vacunas<sup>2</sup>. Por el contrario, la ambivalencia o la renuencia en torno a la vacunación pueden impedir que los niños reciban las vacunas que podrían salvarles la vida.

La falta de confianza en las vacunas es tan antigua como la misma práctica de la inmunización, y las razones son muchas, además de cambiantes<sup>3</sup>. La confianza en las vacunas también es notoriamente volátil, y cualquier tendencia corresponde específicamente al momento y el lugar donde se produce<sup>4</sup>.

Sin embargo, hay indicios preocupantes de que la confianza en las vacunas ha disminuido en numerosos países (véase la Figura 4.1). De acuerdo con información suministrada para el presente informe por el Proyecto de Confianza en las Vacunas de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, excepto en 3 de los 55 países sobre los que se dispone de datos, la confianza en la importancia de la vacunación infantil ha disminuido<sup>5</sup>. En cambio, en países con poblaciones muy extensas, principalmente China y la India, la percepción de la importancia de la vacunación infantil ha aumentado.

Otros indicadores de confianza en las vacunas que evaluó el Proyecto de Confianza en las Vacunas –percepciones sobre su seguridad y eficacia (véase el Recuadro 4.1)– también mostraron una disminución, aunque no tan pronunciada como la que correspondía a la pregunta sobre la importancia de las vacunas para los niños.

En todos los países de África sobre los que se disponía de datos se registraron descensos en los resultados correspondientes a las tres preguntas. En América del Sur el panorama era un poco más variado; de hecho, en algunos países no se observaron reducciones importantes en las preguntas sobre la seguridad de las vacunas y su importancia para los niños. En Europa se observó una disminución en la pregunta sobre la importancia de la vacunación infantil, pero el panorama en torno a las preguntas sobre la seguridad y la eficacia de las vacunas era más matizado, y en algunos países no se registraron cambios ni mejoras.

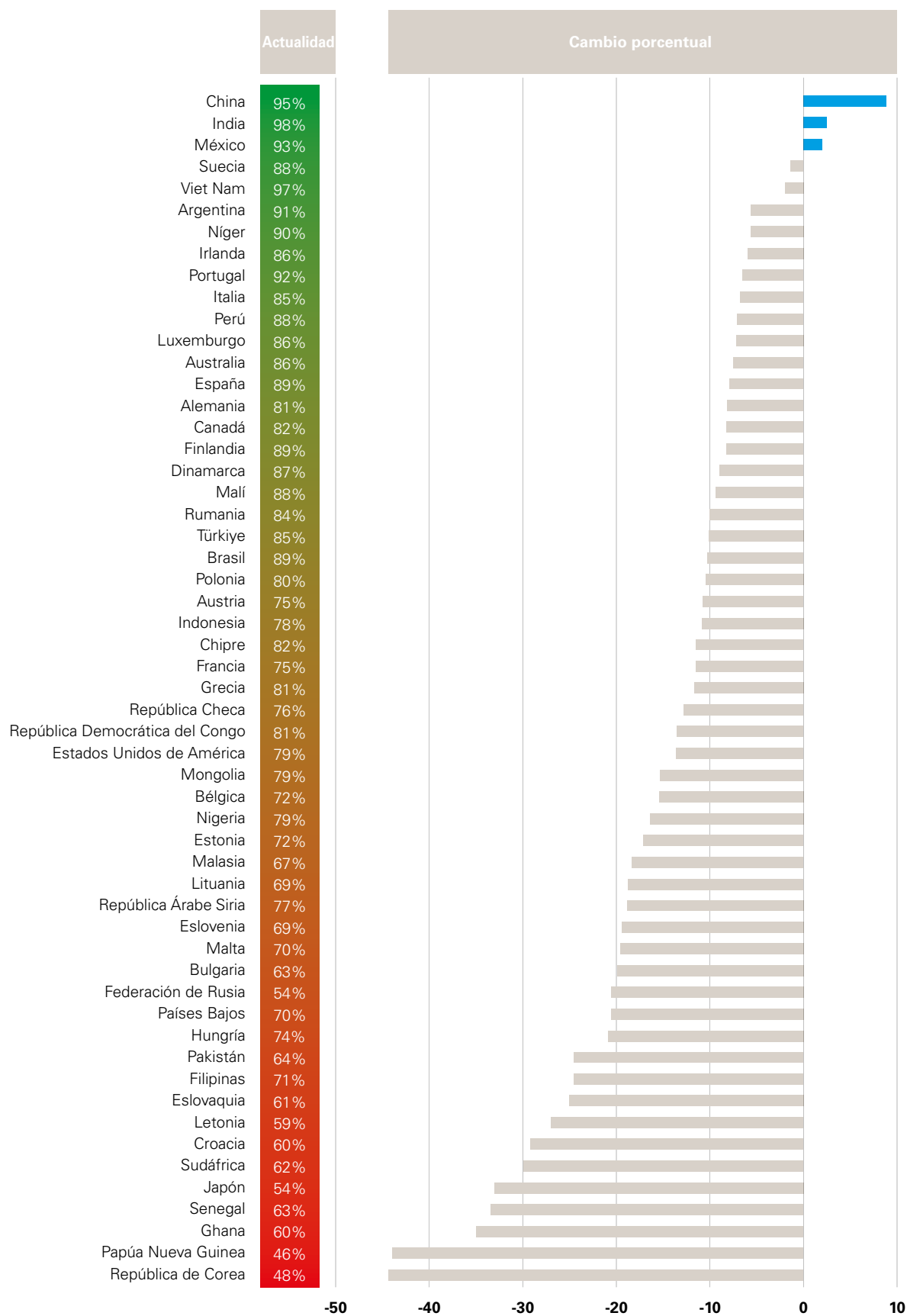
Con respecto a la percepción de la importancia de la vacunación infantil, también se observaron diferencias basadas en el género y la edad (véanse las Figuras 4.2 y 4.3). Por ejemplo, el descenso en la percepción de la importancia de las vacunas fue más evidente entre las mujeres y los menores de 35 años. A pesar de que se observaron variaciones entre los países, los datos reflejan la necesidad de que las iniciativas de vacunación se centren en el comportamiento humano como parte de los esfuerzos encaminados a beneficiar a todos los niños y niñas.

En términos generales, es necesario seguir trabajando y recopilando datos para evaluar mejor la confianza en las vacunas, incluso en tiempo real, de modo que se tomen medidas adaptadas a la naturaleza volátil y a menudo altamente específica de los lugares donde se registran cambios.

Además del acceso a las vacunas, su disponibilidad y su asequibilidad, la confianza es un factor decisivo para que los progenitores y los cuidadores tomen la decisión de vacunar o no a sus niños y niñas.

**Figura 4.1. La confianza en la importancia de las vacunas para la infancia disminuyó después del inicio de la pandemia**

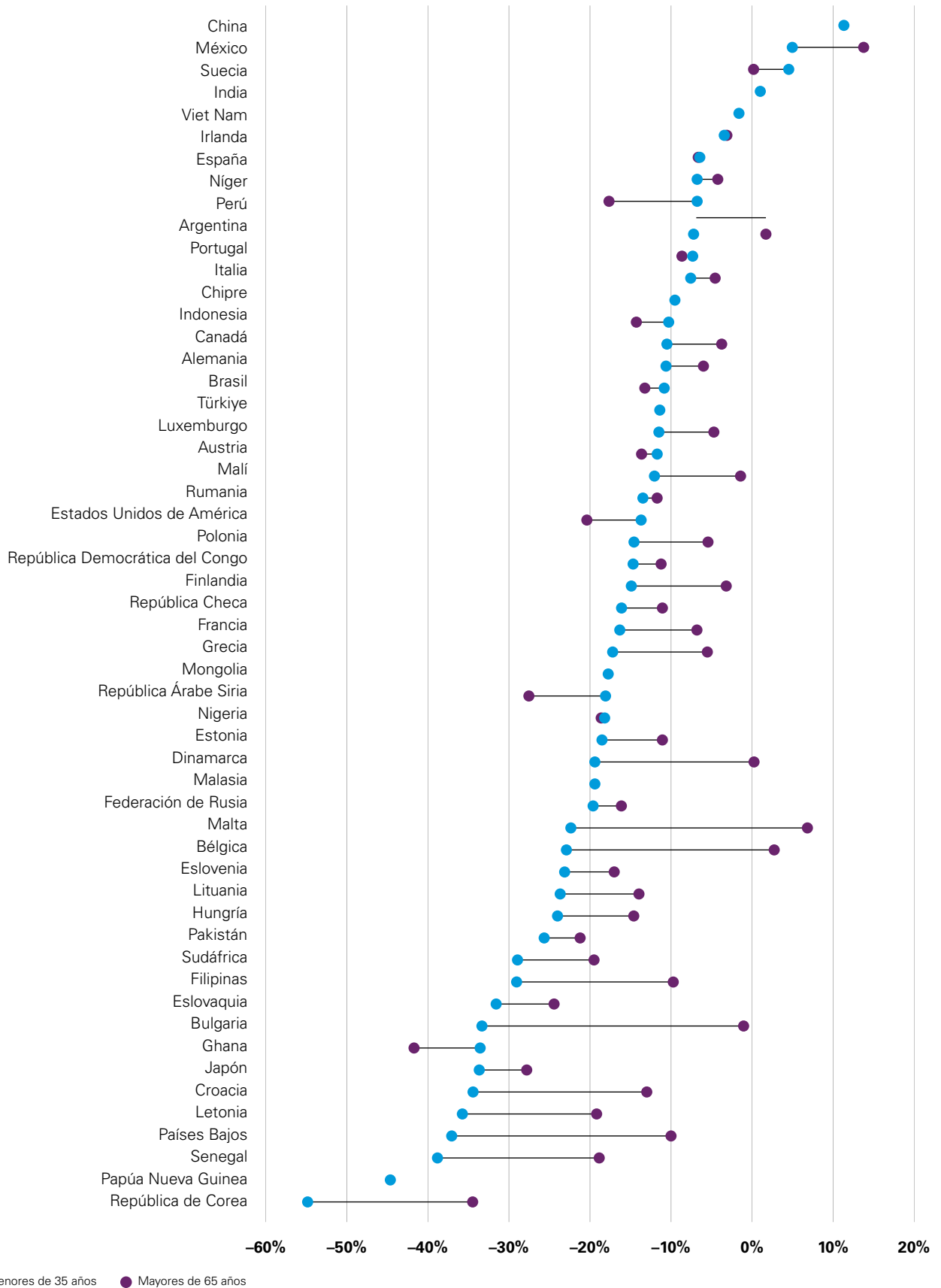
Cambio porcentual con respecto a la percepción de la importancia de las vacunas para la infancia, antes y después del inicio de la pandemia



Fuente: Análisis de UNICEF basado en datos de *The Vaccine Confidence Project*, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2022.

**Figura 4.2. Tras el inicio de la pandemia, las personas menores de 35 años tenían más probabilidades que las mayores de 65 años de perder la confianza en la importancia de las vacunas para la infancia**

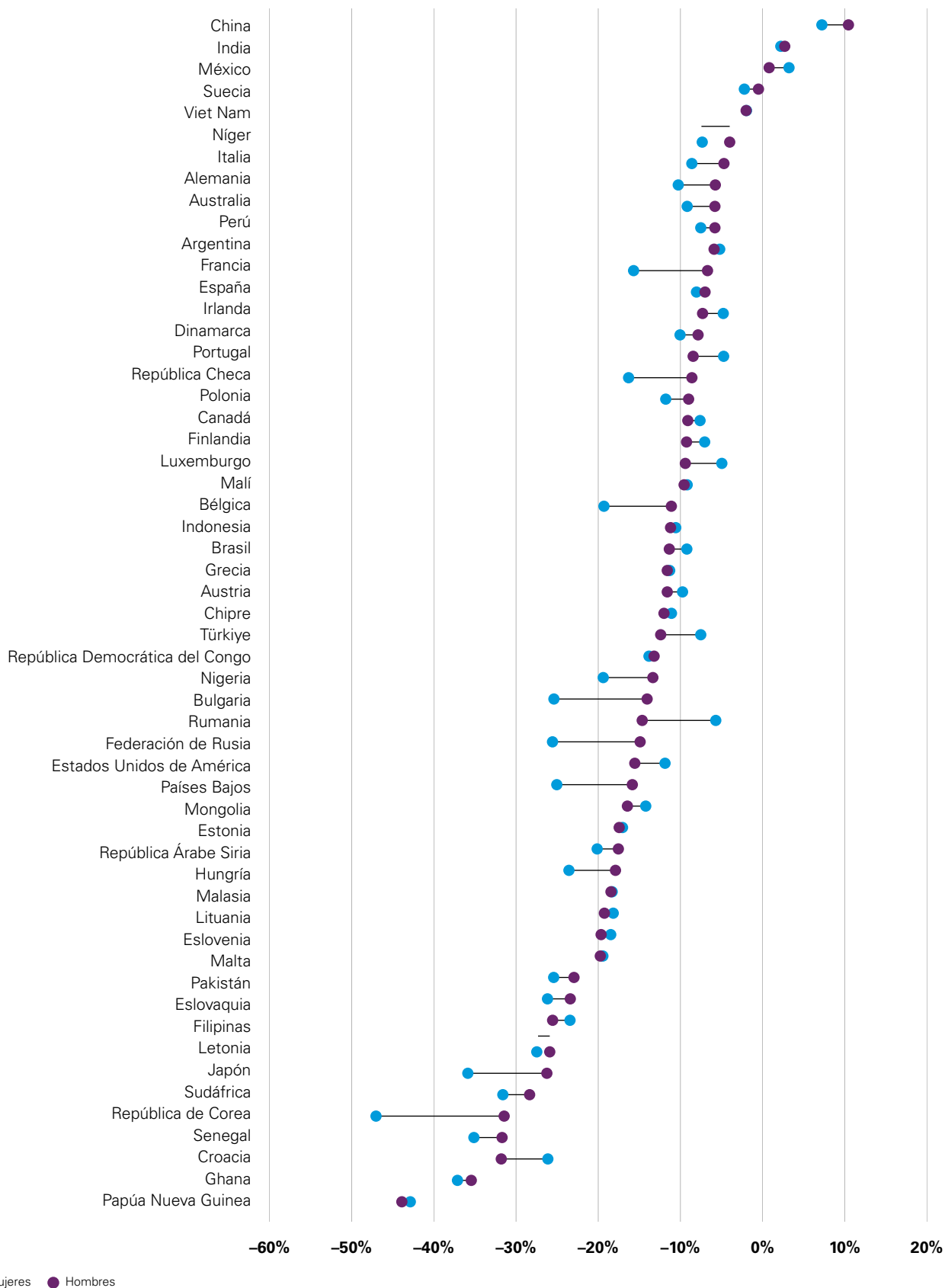
Cambio porcentual con respecto a los encuestados que estuvieron de acuerdo con la importancia de las vacunas para los niños, por grupos de edad



Fuente: Análisis de UNICEF basado en datos de *The Vaccine Confidence Project*, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2022.

**Figura 4.3. Tras el inicio de la pandemia, en la mayoría de los países era más probable que las mujeres confiaran menos en la vacunación infantil que los hombres**

Cambio porcentual con respecto a los encuestados que estuvieron de acuerdo con la importancia de las vacunas para los niños, por género



Fuente: Análisis de UNICEF basado en datos de *The Vaccine Confidence Project*, London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2022.

## El impacto de la COVID-19

¿Cuál fue la causa de estos descensos? Las dudas con respecto a las vacunas son muy anteriores a la pandemia, y la Organización Mundial de la Salud ya las consideraba un motivo de preocupación<sup>6</sup>. Sin embargo, la COVID-19 añadió al problema nuevas dimensiones a una escala mundial.

Es muy probable que la incertidumbre sobre el curso de la pandemia y la respuesta mundial, junto con la rápida introducción de las nuevas vacunas, contribuyeran a erosionar la confianza<sup>7</sup>. La incertidumbre acerca de las vacunas impulsó a muchos a buscar respuestas en línea, donde la información rigurosa desde el punto de vista científico a menudo se presenta mezclada con informaciones erróneas o falsas<sup>8</sup>. A más largo plazo, es posible que la creciente polarización política en muchas sociedades y la desconfianza en la autoridad también hayan contribuido a erosionar la confianza<sup>9</sup>.

Aunque los peores efectos de la pandemia parecen estar atenuándose en la mayor parte del mundo, es poco probable que los factores que socavan la confianza en la vacunación desaparezcan pronto. En las conclusiones del Proyecto de Confianza en las Vacunas se hace hincapié en la necesidad de abordar estos desafíos de manera urgente.

## Motivación e indecisión

Abordar la cuestión de la confianza exige entender qué motiva a los progenitores y a los cuidadores a dar prioridad a la vacunación de sus niños y niñas o, por el contrario, qué los disuade de considerarla vital para ellos. Algunos factores que pueden explicarlo son la facilidad o la dificultad para acceder a los servicios de vacunación, su coste y el coste de oportunidad. Sin embargo, hay factores más complejos que influyen en la decisión de los progenitores y los cuidadores a la hora de destinar tiempo y recursos para hacer vacunar a sus niños.

**Confianza:** La confianza en la importancia, la seguridad y la eficacia de las vacunas, así como en los sistemas que las desarrollan, suministran, adquieren y administran, desempeña un papel clave en la disposición de los progenitores y los cuidadores para hacer vacunar o no a sus niños.

**Conocimiento y acceso a la información:** La información engañosa y las teorías conspirativas se han convertido en un reto que incide cada vez más en la actitud de la gente hacia las vacunas. Los progenitores y los cuidadores que tienen en cuenta la información objetiva, pertinente para sus preguntas y preocupaciones y fundamentada en pruebas empíricas tienen más probabilidades de confiar en las vacunas.

**Dejadez:** Es la tendencia a ignorar o a demorar la vacunación cuando el riesgo percibido de enfermedad o muerte es bajo. En este caso, suele darse más importancia a las prioridades y las responsabilidades que a la vacunación. Las investigaciones indican que la dejadez en torno a la vacunación disminuye cuando las personas reconocen que existe el riesgo de enfermedad o muerte.

**Cálculo de las ventajas y los riesgos:** La madre, el padre o el cuidador determina si las ventajas superan los costos (incluyendo el viaje) o los riesgos de vacunar a los niños.

### Recuadro 7 Investigar la confianza en las vacunas

El Proyecto de Confianza en las Vacunas de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres hace seguimiento a la confianza en las vacunas desde hace más de una década, a través de encuestas representativas a nivel nacional. Los datos de las encuestas se han recopilado en colaboración con ORB International, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África, la Comisión Europea, el Survey and Research Center de Filipinas, UNICEF, Wellcome Global Monitor y la OMS.

Los datos que se publican en el presente informe provienen de un estudio retrospectivo a gran escala sobre los cambios en la confianza en las vacunas entre 2015 y noviembre de 2019 y a partir de 2021. La confianza en las vacunas se analizó con base en las percepciones individuales respecto de tres aspectos principales –importancia, seguridad y eficacia– y se midió utilizando cuestionarios con la escala de Likert (desde “muy en desacuerdo” hasta “muy de acuerdo”). En este informe solo se presentan datos pormenorizados sobre la medida relativa a la importancia. Las variaciones en la confianza a nivel nacional se evaluaron en las poblaciones de muestra y en subgrupos demográficos mediante pruebas estadísticas (pruebas Wilcoxon-Mann-Whitney con valores “p” ajustados por medio de la corrección de Bonferroni).

Los datos que se presentan aquí constituyen un subconjunto de datos reunidos por el Proyecto de Confianza en las Vacunas. Para lograr un análisis sólido de los cambios a lo largo del tiempo se utilizaron datos similares entre sí, lo que llevó a excluir algunos que ese proyecto había obtenido (especialmente cuando las respuestas en la escala de Likert no eran comparables directamente). A diferencia de otros resultados basados en datos del mencionado proyecto, los datos del presente informe no se modelizaron. Tampoco se ponderaron los datos. (En la Figura 4.1, por ejemplo, la ponderación produce resultados con una diferencia media de 0,4 puntos porcentuales; para cuatro países, la diferencia oscila entre 2 y 4,7 puntos). →

→ Estos factores pueden explicar pequeñas variaciones en los resultados entre lo que se presenta aquí y en otros informes basados en datos del Proyecto de Confianza en las Vacunas.

Los datos y las conclusiones que se publican en el presente informe fueron suministrados por el Proyecto de Confianza en las Vacunas y próximamente se darán a conocer en un documento titulado *Global Declines in Vaccine Confidence from 2015 to 2022: A large-scale retrospective analysis* (“Descensos mundiales en la confianza en las vacunas desde 2015 hasta 2022: un análisis retrospectivo a gran escala”).

**Conveniencia:** La facilidad o la dificultad para acceder a los servicios de vacunación también determinan si se vacuna o no a los niños. De acuerdo con un estudio realizado en Nigeria en 2021, vivir a más de 30 minutos del centro de vacunación incidía en que los niños contarán –o no– con la pauta completa de vacunación.<sup>10</sup>

**Responsabilidad colectiva:** Se refiere al hecho de ir en la misma dirección en la comunidad, al colectivismo y a la empatía que motiva a las personas a hacerse vacunar para proteger a las demás y contribuir a la inmunidad colectiva. La falta de responsabilidad frente a la comunidad se relaciona con un menor uso de las vacunas.

**Limitaciones:** Algunas creencias de índole cultural o religiosa, así como el lenguaje y la capacidad para desenvolverse en los sistemas de salud, pueden menoscabar la confianza en las vacunas e influir desfavorablemente en la decisión de vacunar a los niños y las niñas.

**Obligatoriedad:** Hay ocasiones en que las decisiones de los progenitores y los cuidadores no dependen de su actitud hacia las vacunas, sino de las políticas sobre vacunación. Entre estas políticas se cuentan las normas de las escuelas, las guarderías y los lugares de trabajo.



En Somalia, Kowther Abdikadir, una trabajadora de servicios clínicos de 24 años, vacuna a Muniish Cadan Ismail, en el regazo de su madre Zeynab Mohamed Farah. Las campañas de divulgación son esenciales para atender a las madres que no pueden acudir a un centro de salud.  
© UNICEF/UN0758717/Ekpu VII Photo



## Las repercusiones

Aunque las razones por las que los progenitores o los cuidadores rehúsan vacunar a los niños pueden ser complejas, la consecuencia es evidente: un mayor riesgo de enfermedad y muerte<sup>11</sup>.

Uno de los ejemplos más conocidos de pérdida de confianza en las vacunas se originó en un artículo de 1998 que vinculaba la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola con el autismo<sup>12</sup>. Aunque el artículo fue desmentido y posteriormente retirado, la resonancia que le dieron los medios de comunicación mantuvo viva esa información falsa. En el Reino Unido, donde se publicó originalmente el artículo, la tasa de vacunación era del 92% en 1998. En 2003, había disminuido al 79% en Inglaterra<sup>13</sup>.

En Samoa, un error mortal se volvió incluso más letal debido a que erosionó la confianza en la vacuna contra el sarampión. En 2019-2020, una epidemia de sarampión se cobró la vida de 83 personas, en su mayoría niños de corta edad<sup>14</sup>. La epidemia siguió a la muerte de dos niños a los que administraron por error la vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola mezclada con un diluyente equivocado. La consecuencia fue que la tasa de vacunación infantil contra el sarampión descendió a un catastrófico 31%.

En Filipinas, un rumor sobre los riesgos de una nueva vacuna contra el dengue provocó una caída vertiginosa de la confianza en la importancia de todo tipo de vacunas: del 93% en 2015 al 32% en 2018<sup>15</sup>. Como resultado, los progenitores y los cuidadores no vacunaron a sus niños contra ninguna enfermedad y en 2019 se dispararon los casos de sarampión en varias partes del país<sup>16</sup>.

La capacidad de las redes sociales para difundir información errónea se evidenció en el Pakistán en 2019<sup>17</sup>. En un vídeo falsificado se afirmaba que una vacuna contra la poliomielitis había causado la hospitalización de varios niños, e incluso mostraba imágenes de niños inmóviles en sus camas. Según un estudio de First Draft, el vídeo provocó 24.000 interacciones en Twitter en el transcurso de 24 horas<sup>18</sup>. En Peshawar, los progenitores de cerca de 45.000 niños y niñas llevaron asustados a sus hijos al hospital durante la semana en que el vídeo se difundió en las redes sociales. Esa misma semana, una muchedumbre prendió fuego a un centro médico en Peshawar: como resultado, murieron dos oficiales de policía y un trabajador de la salud. Cinco días después de que la información falsa empezara a circular, las autoridades suspendieron la campaña contra la poliomielitis<sup>19</sup>.

En una época de información –y desinformación– instantánea, es difícil ganar confianza en la vacunación, y muy fácil perderla. No cabe duda de que la vacunación debe estar disponible y ser accesible y asequible para que se convierta en una prioridad para los progenitores y los cuidadores. Pero como indican algunas investigaciones recientes, el elemento humano de la confianza –la confianza en las vacunas y en quienes las adquieren, las suministran y las distribuyen– desempeña un papel cada vez más destacado en las decisiones de los progenitores y los cuidadores con respecto a la inmunización de sus hijos.

Aunque las razones por las que los progenitores o los cuidadores rehúsan vacunar a los niños pueden ser complejas, la consecuencia es evidente: un mayor riesgo de enfermedad y muerte.

KIRGUISTÁN

# Influencia social: líderes religiosos, voluntarios y trabajadores de la salud promueven la confianza en las vacunas en zonas rurales

Aunque Alia había recibido su primera vacuna al poco de nacer, cuando llegó el momento de continuar con el programa de vacunación, su madre, Meerim Omurkanova, sintió miedo.

“Había leído en internet que las vacunas pueden causar parálisis cerebral y autismo”, contó Omurkanova. “Y por eso al principio no quería vacunar a mi hija”.



Mirlan Dezhyusubekov, imán de la aldea de Kaiyrma, en Kirguistán, habla a los progenitores sobre la importancia de la vacunación. Sin juzgar las decisiones de otros desde el punto de vista religioso, les cuenta a las familias que él y sus hijos están vacunados.

© UNICEF/UN0758726/  
Babajanyan VII Photo

Por fortuna, esos bulos de internet –tantas veces desmentidos– acabaron disipándose gracias a la influencia de una fuente mucho más respetada: Mirlan Dezhyusubekov, el imán de la mezquita de Kaiyrma, la aldea donde viven Omurkanova y su familia.

“Desde el punto de vista religioso, no podemos juzgar la decisión de los progenitores que rehúsan vacunar a sus hijos”, dijo Dezhyusubekov. “Pero yo les digo a las familias que tanto mis hijos como yo nos hemos vacunado, y todos estamos bien”.

La falta de conocimientos y la desconfianza en torno a la vacunación son motivo de preocupación en Kirguistán desde hace tiempo. Desde 2016, cada vez son más las negativas a la inmunización que recibe el Centro de Inmunoprofilaxis de la República de Kirguistán. En 2021 fueron más de 10.000.

Por si esto fuera poco, el número de bebés kirguís que recibieron la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tosferina (conocida como DPT 3) descendió a un 87% en 2020, desde el 95% en 2019 y el 94% en 2018.

En 2019, con el fin de abordar el problema de la reticencia a las vacunas, el Centro de la República de Kirguistán para la Promoción de la Salud y la Comunicación de Masas –que recibe apoyo de UNICEF y la Alianza para las Vacunas (GAVI)– puso en marcha una iniciativa de alcance nacional destinada a ampliar la cobertura de la inmunización y fomentar la confianza en las vacunas. La iniciativa consistía en la creación de unos Comités de Salud de la Aldea compuestos por voluntarios que recibían formación para poder colaborar con los progenitores, los cuidadores, los profesionales de la salud y los líderes religiosos.

“Cuando empezamos a informar a los [progenitores reticentes] de que las vacunas protegen frente a 12 tipos de infecciones y que la inmunidad crece en el interior del niño y lo protege a modo de un diminuto ejército, entendieron lo que significa la inmunidad”, explicó Kulyash Beyshenbaeva, un especialista del Comité de Promoción de la Salud para el distrito de Jayyl (en el norte de Kirguistán), que coordina las actividades de 31 comités de promoción de la salud en la aldea, entre ellos el de Kaiyrma.

Esta iniciativa de comunicación ha propiciado el cambio de mentalidad de muchos kirguís. En el distrito de Jayyl,

164 de las 486 familias que en 2022 eran reacias a la vacunación cambiaron de idea antes de finalizar el año.

También contribuyeron a cambiar la mentalidad de miles de progenitores y cuidadores las actividades de movilización social que UNICEF llevó a cabo en cuatro de las siete provincias de Kirguistán. Más de 2.000 niños y niñas fueron vacunados e inscritos en los registros médicos y nacionales de resultados de estas iniciativas.

Gracias a estos empeños, Kirguistán presenta hoy en día un modelo vibrante de colaboración a nivel comunitario entre progenitores, cuidadores, trabajadores de la salud, voluntarios y líderes religiosos que trabajan mano a mano para promover y mantener la confianza en la vacunación.

En Kaiyrma, la comunicación sobre las vacunas suele correr a cargo de Rysbuby Uturova, enfermera, que además es la única trabajadora de la salud en esta aldea compuesta por casi 90 familias. Uturova recibió formación en técnicas de comunicación interpersonal y movilización social. Esta formación es, de hecho, similar a la que recibe una tercera parte del personal médico de los servicios de inmunización.

La clínica de Uturova está situada cerca de la mezquita de la que Dezhyusubekov es imán. La proximidad física facilita la colaboración entre ambos.

“[Uturova] y yo somos vecinos, así que a veces comparto conmigo los problemas y me propone participar en la solución por medio de actividades informativas”, contó Dezhyusubekov.

Pero además de la enfermera y el imán, también el Comité de Salud de la Aldea cumple una función fundamental a la hora de fomentar la confianza en las vacunas en Kaiyrma. Muestra de ello es que fue Susar Abdraeva, que participa en el comité de forma voluntaria, quien convenció a Omurkanova de vacunar a Aila.

“Le hablamos sobre la utilidad de las vacunas y le explicamos que mediante la inmunización se pueden prevenir enfermedades”, dijo Abdraeva.

Y esta información influyó en la decisión de Omurkanova, que al final inmunizó a su hija y ahora lleva al día todas sus vacunas. ■

# Generar confianza en las vacunas

La manera más efectiva de fomentar la confianza en las vacunas es emplear diversas estrategias que formen parte de un enfoque amplio.

La manera más efectiva de fomentar la confianza en las vacunas es emplear diversas estrategias que formen parte de un enfoque amplio<sup>20</sup>. La voluntad política y el compromiso de los países con la inmunización son prerequisites para la aceptación de las vacunas<sup>21</sup>. Y entender lo que determina la confianza de las comunidades en las vacunas es crucial para diseñar intervenciones efectivas<sup>22</sup>. Los funcionarios encargados de gestionar los programas nacionales y locales de inmunización deben entender qué factores o combinación de factores (por ejemplo, la preocupación por la seguridad de las vacunas y las dudas sobre su eficacia y/o sobre su rentabilidad) pueden disuadir a los progenitores y los cuidadores a la hora de vacunar a sus niños. Para esto es decisiva la participación de representantes de la comunidad, científicos del comportamiento, administradores de programas y otras partes interesadas, al igual que la recopilación, el análisis y la utilización de datos en materia social y de comportamiento. Las autoridades sanitarias también deben asumir la responsabilidad por los resultados de los programas, medidos por las tasas de vacunación con respecto a los objetivos fijados.

## Participación, diálogo y responsabilidad de la comunidad

Un principio básico de la *Agenda de Inmunización 2030* es garantizar que las iniciativas concernientes a la vacunación se centren en las personas. Innumerables pruebas demuestran que las intervenciones de vacunación diseñadas, aplicadas y evaluadas por miembros de las comunidades a las que van dirigidas pueden aumentar su equidad y su eficacia<sup>23</sup>. Colaborar con los líderes comunitarios y religiosos aporta información sobre los obstáculos que existen en los distintos lugares y garantiza que los servicios de vacunación sean culturalmente apropiados<sup>24</sup>. También puede servir para frenar los rumores y la información errónea, y para reforzar el apoyo a la vacunación.

Las intervenciones de vacunación orientadas, diseñadas y ejecutadas por las comunidades locales pueden ser sumamente efectivas. Esto se puso de manifiesto en una investigación que se llevó a cabo en Remo North, Nigeria. Como parte del proyecto, la comunidad –miembros de la comunidad, personal sanitario de primera línea y funcionarios de los gobiernos locales– participó en el desarrollo de las intervenciones de vacunación<sup>25</sup>. A continuación se reunió a las partes interesadas para realizar conjuntamente la planificación, la ejecución y la evaluación<sup>26</sup>. Los resultados fueron espectaculares: la cobertura completa de vacunación de los niños y niñas mayores de 9 meses aumentó en 30 puntos porcentuales<sup>27</sup>.

Las investigaciones demuestran que la capacitación informal de los líderes tradicionales y religiosos también puede mejorar la cobertura de vacunación. En un estudio que se realizó en el estado de Cross River, Nigeria, los líderes tradicionales y religiosos recibieron inicialmente capacitación en liderazgo, técnicas de comunicación efectiva, vacunación y movilización comunitaria<sup>28</sup>. Posteriormente, impartieron educación sobre la vacunación en asambleas comunitarias, utilizando resúmenes elaborados por trabajadores de la salud cualificados. Gracias a la intervención aumentó la proporción de niños que recibieron al menos una vacuna, así como la proporción de los que completaron la vacunación pentavalente<sup>29</sup>.

Para promover el uso de las vacunas, la confianza es fundamental: tanto en las propias vacunas como en los profesionales de la salud y en instituciones como las autoridades sanitarias y los gobiernos<sup>30</sup>. El diálogo favorece la confianza, ya que abre la puerta a que la gente comparta sus sentimientos y preocupaciones y sienta las bases para que los miembros de las comunidades comprendan que las vacunas son importantes porque tienen la capacidad de salvar vidas. Una medida que ha resultado efectiva cuando

Para promover el uso de las vacunas, la confianza es fundamental: tanto en las propias vacunas como en los profesionales de la salud y en instituciones como las autoridades sanitarias y los gobiernos.

se ha comprobado que la falta de conocimiento sobre las vacunas ha dificultado su aceptación es que una persona digna de confianza hable con la población sobre sus riesgos y beneficios<sup>31</sup>. Los profesionales de la salud son, invariablemente, la mayor fuente de confianza, y sus recomendaciones son decisivas para la aceptación y el uso de las vacunas<sup>32</sup>. Por consiguiente, reviste suma importancia que los proveedores de inmunización –y los trabajadores sanitarios de la comunidad que los apoyan– estén motivados y cuenten con los recursos necesarios para mantener conversaciones convincentes acerca de este tema.

Se ha constatado que, en diferentes contextos de países de ingresos bajos y medios, las intervenciones basadas en estrategias de participación comunitaria no solo contribuyen a superar los obstáculos a la vacunación, sino que lo hacen de una manera rentable. Un análisis de 61 estudios sobre estrategias de participación comunitaria mostró que, en conjunto, esas estrategias elevaron en 14 puntos porcentuales la proporción de niños que recibieron la vacunación completa<sup>33</sup>. Esto fue posible con un coste modesto; en efecto, por cada punto porcentual de aumento en la cobertura absoluta de vacunación entre las poblaciones estudiadas, el coste de cada dosis de vacuna fue de 3,68 dólares por niño<sup>34</sup>.

De acuerdo con un análisis de intervenciones efectuadas en Etiopía, Myanmar, Nigeria y el Pakistán, el compromiso de los trabajadores sanitarios de primera línea con la comunidad es imprescindible para lograr un aumento en las tasas de vacunación<sup>35</sup>. Las intervenciones obtuvieron la aceptación de la comunidad, ya que se centraron en sus miembros y particularmente en los líderes; consiguieron que estos participaran en las labores de vigilancia; y convirtieron la vacunación en uno de los puntos de los programas de las plataformas comunitarias<sup>36</sup>.



Jeremiah Conteh es movilizador comunitario en Sierra Leona. Gracias a que habla la lengua local, el limba, puede convencer a los miembros de esta comunidad a la que sirve, donde hay una gran cantidad de niños y niñas cero dosis, de que se vacunen.

© UNICEF/UN0766673/Duff

Al vincular a las comunidades de diferentes maneras, con las intervenciones que se llevaron a cabo en estos cuatro países se aspiraba a abordar los problemas relacionados con la vacunación, al igual que las dificultades sociales, logísticas y de comportamiento que afrontaban los cuidadores. Casi todas las intervenciones incluían un componente de sensibilización y formación del personal de salud y asignaban a los líderes comunitarios funciones clave en las actividades de concienciación y supervisión del sistema de salud, con miras a mejorar la cobertura de vacunación. La mayoría de las intervenciones aprovechaban las instituciones comunitarias existentes, o establecían sus propias plataformas, para crear oportunidades de diálogo entre los proveedores de los servicios y la comunidad, propiciando así la responsabilidad y la acción colectivas.

En Uttar Pradesh, India, se realizó otro estudio que ilustra el impacto de la participación de la comunidad. Durante el proyecto se celebraron reuniones en la aldea con vistas a brindar información sobre los derechos a los servicios de salud y educación, y sobre los requisitos para una buena gobernanza local. Al final del estudio, cuya duración fue de un año, la vacunación de lactantes había aumentado un 25% en comparación con el grupo de referencia, con resultados similares en los hogares de castas bajas y medianas a altas.<sup>37</sup>

Mejorar las habilidades de comunicación de los proveedores de servicios puede repercutir en un aumento de la confianza y una mejor conexión con los pacientes. La capacitación dota a los proveedores de servicios de conocimientos y métodos que los hacen sentir más seguros al conversar sobre la vacunación. Un programa de capacitación en línea que puso en marcha la Asociación Internacional de Pediatras a escala mundial ofrece orientación para estas conversaciones entre los profesionales de la salud y los pacientes<sup>38</sup>.

## Datos sociales y escucha social

Invertir en entender las actitudes de la gente hacia las vacunas en tiempo real –es decir, invertir en la escucha social– es clave para el éxito de cualquier programa de vacunación. Dar seguimiento a la aceptación de las vacunas por medio de encuestas periódicas que incluyan preguntas sobre las actitudes, las intenciones y los comportamientos permitiría a los directores de los programas y a los especialistas en comunicación detectar señales de inseguridad en torno a las vacunas, ajustar las estrategias con el propósito de fomentar la confianza y medir el impacto de las intervenciones. Actualmente se dispone de herramientas validadas que miden la aceptación de las vacunas destinadas a la infancia<sup>39</sup>.

UNICEF publicó directrices detalladas para establecer o reforzar un programa nacional de escucha social sobre las vacunas<sup>40</sup>. Estas directrices coadyuvan a formular planes de acción estratégicos, bien coordinados y de alcance nacional que contrarresten sin demora la información falsa y generen demanda de vacunación basada en la escucha social.

Además, por medio de un tablero desarrollado por UNICEF, Public Good Projects y el Instituto para la Salud Mundial de Yale se supervisa la información errónea y se prepara a los usuarios para responder con estrategias efectivas. El tablero del Observatorio de la Demanda de Vacunación (Vaccine Demand Observatory) da seguimiento a las tendencias de la información engañosa sobre las vacunas y verifica los datos<sup>41</sup>. Asimismo, indica el nivel de riesgo de la nueva información y hace recomendaciones sobre el momento oportuno para refutarla<sup>42</sup>. El sitio web ofrece material de capacitación sobre cómo responder a la información falsa y, cuando un país se vincula al Observatorio de la Demanda de Vacunación, obtiene acceso a su propio tablero<sup>43</sup>.

## Mensajes públicas y educación a favor de las vacunas

Se ha demostrado que las intervenciones de carácter educativo también son efectivas cuando los rumores, la información engañosa, la falta de conocimientos y la preocupación de los progenitores por la seguridad de las vacunas han disuadido su uso<sup>44</sup>. El uso de las vacunas se ha incrementado cuando las intervenciones educativas se han basado en datos sobre las actitudes de la comunidad hacia la vacunación por medio de vídeos, carteles y charlas<sup>45</sup>. Existen pruebas de que, para ser efectivas, las campañas de comunicación pública sobre las vacunas deben adaptarse a cada contexto, ser culturalmente apropiadas y apoyarse en el comportamiento y los conocimientos locales<sup>46</sup>.

Subsanar las deficiencias en materia de información con datos fiables, resonantes y pertinentes debe ser un objetivo central de cualquier estrategia de comunicación pública<sup>47</sup>. Por ejemplo, un estudio que se llevó a cabo en algunas zonas rurales del estado de Carolina del Norte, en los Estados Unidos, y para el cual se realizaron campañas de mercadeo social, contribuyó a concienciar a los progenitores sobre la importancia de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) y a reducir los obstáculos para acceder a ella<sup>48</sup>. Las tasas de vacunación contra el VPH aumentaron entre las niñas de 9 a 13 años en los seis meses siguientes al inicio de la campaña<sup>49</sup>. En el norte de Nigeria se observó un incremento relativo de la vacunación contra la poliomielitis de aproximadamente un 310%, gracias a una intervención educativa en la que se utilizó un vídeo con mensajes orientados a crear conciencia sobre la vacunación contra esta enfermedad<sup>50</sup>.

Subsanar las deficiencias en materia de información con datos fiables, resonantes y pertinentes debe ser un objetivo central de cualquier estrategia de comunicación pública.



En Bolivia, Sonia, de 2 años, observa atenta cómo vacunan a su hermano Ciro, de 7 meses, en brazos de su madre, Nicole Flores. Mercedes Parada es la trabajadora sanitaria.  
© UNICEF/U.S. CDC/  
UN0773619/Radoslaw Czajkowskito

## Aplicar una perspectiva de género

Una comprensión más profunda de cómo incide el género en el uso de las vacunas puede ser sumamente útil a la hora de diseñar programas más efectivos. Sobre todo en contextos de emergencia y de ingresos bajos, las mujeres suelen tener un acceso limitado y un menor control sobre los recursos que pueden influir en los resultados de la vacunación (por ejemplo, tiempo, dinero, información y transporte). Esto es particularmente cierto en el caso de las madres solteras y de las madres que viven en zonas rurales de ingresos bajos<sup>51</sup>. En un estudio practicado en Nigeria, el obstáculo para acceder a la vacunación que se mencionó con mayor frecuencia fue la falta de medios económicos para costearse el transporte y los servicios<sup>52</sup>.

Según algunas investigaciones, las actividades de divulgación comunitaria dirigidas a las mujeres pueden mejorar las tasas de vacunación. Por ejemplo, en Bihar, India, la educación en materia de salud se incluyó en las sesiones de los grupos de autoayuda para mujeres a través de historias, canciones y rompecabezas sobre diversos temas, entre ellos la vacunación sistemática<sup>53</sup>. Las mujeres que participaron en las sesiones tuvieron un 9% más de probabilidades de hacer vacunar a sus hijos de acuerdo con su edad<sup>54</sup>. Otro estudio que se realizó en el noroeste de Etiopía recurrió a ejércitos de desarrollo de la salud encabezados por mujeres, que visitaron los hogares con el objeto de brindar educación, promover la vacunación y recordar a las familias sus citas<sup>55</sup>. Gracias al proyecto aumentó la cobertura de la vacuna pentavalente-3 y de la vacuna contra el sarampión, y se identificó y vacunó al 84% de los niños y las niñas que no estaban al día con sus vacunas<sup>56</sup>. Además, las investigaciones indican que las mujeres a cargo de la divulgación y la educación –conocidas como “movilizadoras sociales” – también han ayudado a mejorar la actitud hacia la vacunación contra la poliomielitis tanto en la India como en el Pakistán<sup>57</sup>.

Se ha encontrado una estrecha relación entre el poder de decisión de las mujeres y el estado de vacunación de los hijos. El empoderamiento de las mujeres puede mejorar la cobertura de vacunación, mientras que restringir su autonomía puede perjudicarla.

Esas estrategias también son relevantes para las niñas en edad escolar en lo que respecta a la vacunación contra el VPH. Es urgente establecer una forma sostenible de llegar a los niños y niñas en edad escolar con una gama más amplia de cuidados preventivos que sean aceptables tanto para ellos como para sus progenitores. Por ejemplo, las comunicaciones entre madres e hijas en las que se integran las pruebas de detección de cáncer de cuello uterino con charlas acerca de la importancia de la vacuna contra el VPH proveen la motivación necesaria para completar la vacunación contra este virus<sup>58</sup>. Un estudio realizado en Malawi demostró que leer revistas dirigidas a niñas que contenían mensajes referentes a la vacuna contra el VPH se asociaba con un mayor uso de esta vacuna<sup>59</sup>. En suma, captar el interés de las niñas en edad escolar y de sus familias mejora el diseño y la aceptación de los programas<sup>60</sup>.

### Empoderar a las mujeres y las niñas

Se ha encontrado una estrecha relación entre el poder de decisión de las mujeres y el estado de vacunación de los hijos<sup>61</sup>. Según varias investigaciones, el empoderamiento de las mujeres puede mejorar la cobertura de vacunación, mientras que restringir su autonomía puede perjudicarla<sup>62</sup>. Así, una mayor igualdad entre los géneros permite que las mujeres accedan a los servicios vitales, incluyendo la vacunación para sus hijos<sup>63</sup>.

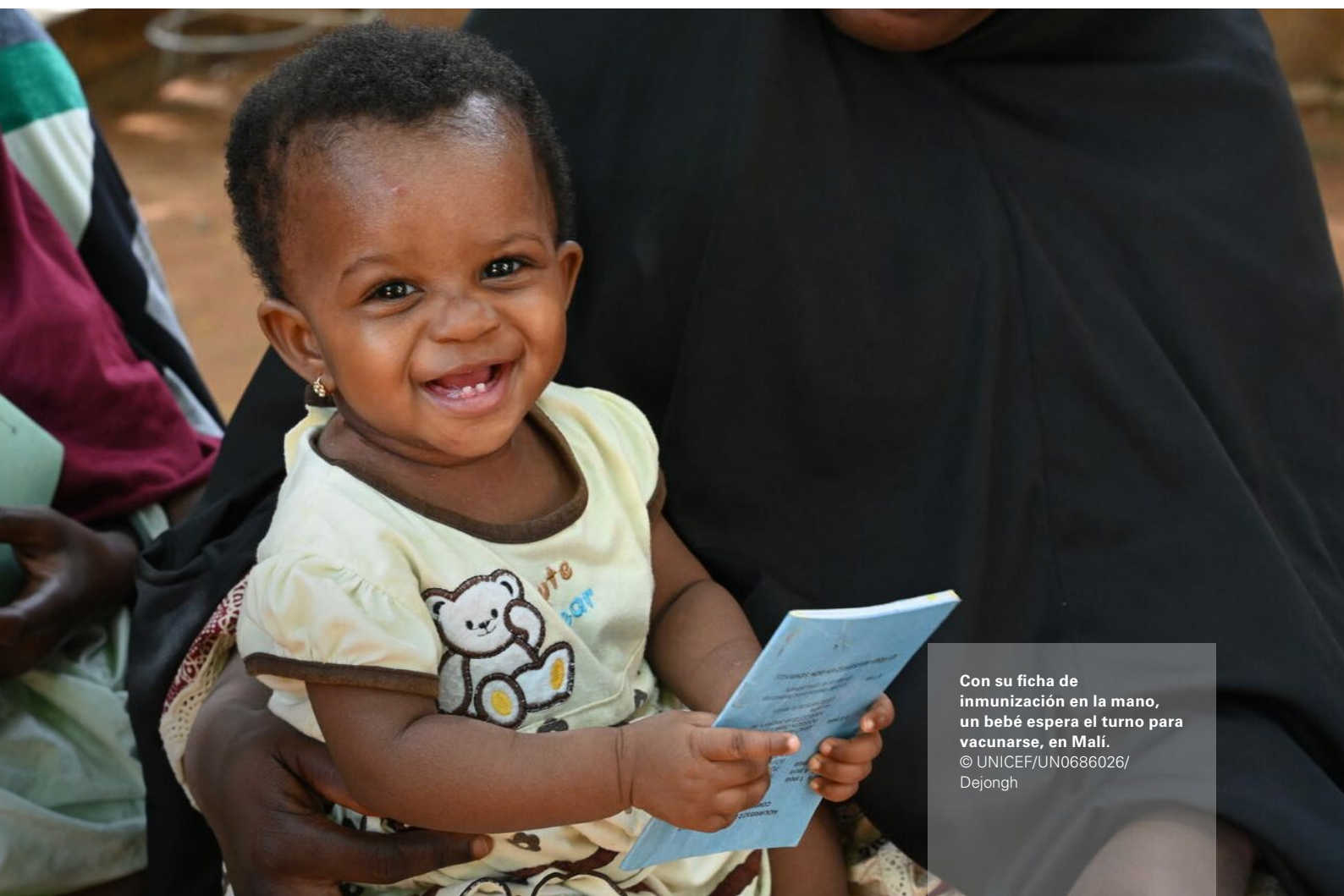
Por ejemplo, un estudio realizado en Nigeria evidenció que cuanto mayor era la autonomía de las mujeres y su capacidad para tomar decisiones, más probable era que hicieran vacunar a sus hijos<sup>64</sup>. Varias investigaciones efectuadas a lo largo y ancho de Asia Meridional han revelado que cuanto mayor es la autonomía de las mujeres en la toma de decisiones, mayor es la utilización de los servicios de salud materna e infantil y mejores son los resultados en el ámbito de la salud<sup>65</sup>.



Otra investigación que se llevó a cabo en Etiopía reveló que los hijos de mujeres que podían tomar decisiones sobre el uso de los recursos económicos tenían más probabilidades de estar vacunados parcial o totalmente que los hijos de mujeres que no podían intervenir en este tipo de decisiones<sup>66</sup>. El estudio también concluyó que las mujeres que tomaban las decisiones financieras junto con sus maridos tenían incluso más probabilidades de hacer vacunar a sus hijos que las mujeres que lo hacían independientemente<sup>67</sup>. Esta conclusión indica que la colaboración de los hombres con sus parejas mejora los resultados en materia de vacunación<sup>68</sup>.

Las normas religiosas o culturales también afectan a la movilidad de las mujeres y a su capacidad para solicitar la vacunación. Por ejemplo, en la tradición hausa de Nigeria, un hombre no emparentado con una mujer no puede dirigirse a ella sin permiso de su marido<sup>69</sup>. En las labores de erradicación de la poliomielitis, la presencia de mujeres trabajadoras en primera línea ha contribuido a mejorar las tasas de vacunación debido a que en muchos contextos solamente las mujeres tienen permitido acceder a los hogares para vacunar a los niños<sup>70</sup>. En cambio, según un estudio efectuado en tres estados de Nigeria, los equipos de vacunadores formados exclusivamente por hombres no obtuvieron los resultados esperados, y encargarles esta labor supuso un revés para los esfuerzos tendientes a erradicar la poliomielitis<sup>71</sup>. Un análisis de la vacunación contra la poliomielitis en el Afganistán a lo largo de 16 años también reveló que la negativa de las madres a hacer vacunar a sus hijos se relacionaba con el hecho de tener que interactuar con equipos de vacunación formados únicamente por hombres<sup>72</sup>.

Los diferentes roles que desempeñan las mujeres en la sociedad y la familia repercuten en la vacunación de los niños. Por esta razón, es necesario comprender sus necesidades y tenerlas en cuenta a la hora de diseñar los programas de vacunación. Ya sea mediante un apoyo logístico más amplio, la concienciación sobre las vacunas entre los hombres o la promoción de la igualdad entre los géneros, aplicar una perspectiva de género puede mejorar las tasas de inmunización sistemática.



Con su ficha de  
inmunización en la mano,  
un bebé espera el turno para  
vacunarse, en Malí.  
© UNICEF/UN0686026/  
Dejongh

ECUADOR

## El poder de la comunidad: trabajadores voluntarios velan por la vacunación de los niños

Luego de pasar una mañana atendiendo su granja lechera y entregando pedidos de leche, María Ortencia Catucuago cambia de actividad: se pone un chaleco, toma su mochila y comienza su recorrido diario por

los hogares de la vecindad para cumplir su labor como voluntaria en actividades de salud comunitaria.

“Me encanta ayudar a los demás,” dice Catucuago.

Además de atender su granja lechera, María Ortencia Catucuago trabaja como voluntaria de la comunidad en iniciativas de salud y ayuda a promover el bienestar de las familias: por ejemplo, consiguió que Aysel Yanez, de dos años, reciba las dosis de refuerzo de la vacuna combinada DTP.

© UNICEF/UN0692735/Arcos



“Llevo muchos años participando en actividades comunitarias que promueven el bienestar y la salud de las familias.”

Catucuago se preocupa por la comunidad de Turucucho, asentada en las estribaciones del altiplano nororiental del Ecuador. Forma parte de un grupo de indígenas que, de manera voluntaria, velan por la salud y el bienestar de los niños y niñas menores de 5 años y de las madres gestantes.

Hace poco, Catucuago inició su recorrido matinal como voluntaria de salud comunitaria en el hogar de Fernanda Valdivieso y su hija de 2 años, Aysel Yanez. La pequeña, que nació prematuramente y sufrió de desnutrición crónica, no recibió la vacuna de refuerzo combinada contra la difteria, la tos ferina y el tétanos (DPT) ni asistió a la cita de control del peso y la estatura.

“Una de mis responsabilidades es informar a los colegas del centro de salud a fin de que puedan responder sin demora”, dijo Catucuago. “Llamé al personal de salud, ellos vinieron y le administraron a la niña la vacuna que le faltaba.”

Para Valdivieso, la visita de Catucuago fue un recordatorio de suma importancia.

“No volveré a olvidar sus exámenes de control”, dijo Valdivieso.

El trabajo voluntario de Catucuago forma parte de una estrategia comunitaria de vigilancia de la salud en 137 comunidades de pueblos y nacionalidades indígenas de las provincias de Imbabura y Pichincha, y en la parte del Monte Sinaí de Guayaquil, la ciudad más grande del Ecuador. El Ministerio de Salud Pública y UNICEF coordinan el funcionamiento de la estrategia, que se puso en marcha con el propósito de empoderar a las comunidades para prevenir activamente la propagación de la COVID-19. Debido a que la estrategia fue efectiva durante la pandemia, se amplió para impulsar la vacunación sistemática y hacer seguimiento de la salud de las madres gestantes y los niños menores de 5 años.

Una parte del objetivo de la estrategia comunitaria de vigilancia de la salud es combatir la desnutrición

crónica, que afecta a 4 de cada 10 niños indígenas menores de dos años. Las vacunas contra el rotavirus y el neumococo, entre otras, son esenciales para combatir la desnutrición. Sin embargo, en 2020 y 2021, la escasez de vacunas y la baja asistencia a los centros de salud llevaron a una disminución de la cobertura. En 2021, las tasas de vacunación completa contra el rotavirus y el neumococo en el Ecuador fueron del 60,5% y del 62,2%, respectivamente. En vista de que ya no hay escasez de vacunas, el Ministerio de Salud aspira a lograr una cobertura superior al 95%.

Gracias a la estrategia de vigilancia, la comunidad puede notificar a los funcionarios de salud pública cuando se presentan dificultades con los servicios, explica Pacha Cabascango, coordinadora técnica del Programa de Vigilancia Comunitaria Epidemiológica de la Sociedad Ecuatoriana de Salud Pública.

Los voluntarios como Catucuago, que suman alrededor de 500, trabajan con un promedio de 25 familias de sus comunidades. Han atendido a cerca de 8.200 niños menores de cinco años desde 2020, cuando se inició este programa que, según Cabascango, constituye uno de los modelos de divulgación comunitaria más exitosos a nivel nacional.

“La labor de los voluntarios nos ha permitido observar que las familias, especialmente las de las nuevas generaciones, son menos reacias a la vacunación y reconocen su importancia para la salud y el desarrollo de los niños”, dijo.

Catucuago recibió la invitación para convertirse en voluntaria de salud comunitaria durante una reunión de toda la comunidad que se llevó a cabo en 2020.

Después de un largo día de visitas, llamadas y conversaciones con vecinos de la comunidad, Catucuago regresa a la granja que es su hogar. La cita de control de Aysel y la administración de la vacuna DPT le produjeron una gran satisfacción, dijo.

“Deseo que todos los niños y las niñas de mi comunidad crezcan sanos, felices y con las mismas oportunidades”, agregó Catucuago. ■



En la escuela islámica Darul Zikri, en Indonesia, Hafis Wahab muestra el dedo que le han punzado para vacunarse durante una campaña nacional de inmunización contra la poliomielitis.

© UNICEF/U.S. CDC/  
UN0760341/Ulit Ifansasti

# Financiación e innovación para el futuro

Vacunar a todos los niños y niñas implica invertir en nuevos enfoques que garanticen una financiación sostenible y equitativa y un suministro constante de vacunas revolucionarias y tecnologías de vanguardia.

El término “innovación” se utiliza a menudo en el ámbito de la tecnología. Pero su verdadera definición no solo abarca los nuevos dispositivos y productos, sino también las nuevas ideas y maneras de hacer las cosas.

Para vacunar a todos los niños y niñas es preciso innovar en todos los campos, pero especialmente en la financiación de las actividades de inmunización y de las investigaciones sobre este ámbito; el desarrollo de los productos y la distribución de las vacunas. Lograr una financiación sostenible y equitativa, así como un desarrollo constante de vacunas, reforzará nuestra labor en favor de toda la infancia ahora y en el futuro.

## Financiación: la situación actual

Las diferencias entre la asignación presupuestaria y los gastos representan una oportunidad para fortalecer los sistemas financieros y de salud e incrementar así el gasto en inmunización. Dar prioridad a estas inversiones es especialmente primordial en épocas de crisis económica y limitación presupuestaria.

Unas inversiones importantes son fundamentales para el éxito de la vacunación. Entre 2000 y 2017 se invirtieron 112.400 millones de dólares en vacunación en los países de ingresos bajos y medios<sup>1</sup>. En 2017, la inversión en vacunación fue de aproximadamente 40 dólares por cada lactante superviviente en los países de ingresos bajos, y de 42 dólares por cada lactante superviviente en los países de ingresos medios bajos.

Si bien los gobiernos son los mayores contribuyentes a la inmunización, los donantes aportan otros fondos esenciales. La composición de la financiación de cada país depende de varios factores, entre ellos su nivel de ingresos<sup>2</sup>. En 2017, por ejemplo, la asistencia para el desarrollo aportó la mayor proporción del gasto en inmunización en los países de ingresos bajos<sup>3</sup>. Teniendo en cuenta las graves restricciones fiscales que afrontan muchos países, los aportes de los donantes para la vacunación seguirán siendo indispensables.

Desde su creación, Gavi, la Alianza para las Vacunas ha contribuido de forma importante a la financiación de las vacunas en los países de ingresos bajos y medios. Entre 2000 y 2017 canalizó unos 13.300 millones de dólares de los 31.700 millones de dólares que, según se ha estimado, se recibieron como ayuda al desarrollo en los países de ingresos bajos y medios<sup>4</sup>. Alrededor de 18.300 millones de dólares se repartieron por medio de otros organismos de desarrollo.

## Inestabilidad económica

Las diferencias entre la asignación presupuestaria y los gastos representan una oportunidad para fortalecer los sistemas financieros y de salud e incrementar así el gasto en inmunización. Dar prioridad a estas inversiones es especialmente primordial en épocas de crisis económica y limitación presupuestaria. Ante la pandemia de COVID-19, la inestabilidad mundial, los conflictos y una posible recesión a escala mundial, la inseguridad económica es prácticamente inevitable<sup>5</sup>. Según estimaciones del Banco Mundial, es posible que 41 países no recuperen los niveles de gasto público anteriores a la COVID-19 hasta 2027, lo cual supondría una “década perdida” para la inversión pública y se traduciría en menor inversión estatal en la salud de la población<sup>6</sup>.

Lamentablemente, esta presión económica mundial se presenta justamente en un momento en que es imperativo recuperar el terreno perdido en lo que concierne a la vacunación infantil. Las vacunas que se dejaron de recibir durante la pandemia constituyen un claro recordatorio de que debe otorgarse prioridad a las vacunas que salvan vidas. Llegar a los niños y niñas cero dosis o subvacunados es decisivo tanto para su salud como para la salud del mundo.

## Presupuestos gubernamentales

A pesar de los grandes progresos realizados a lo largo de muchas décadas en beneficio de la infancia, queda mucho por hacer para mejorar la eficacia y la eficiencia en los procedimientos de planificación, presupuestación y gastos relativos a la vacunación<sup>7</sup>. Y al tiempo que los gobiernos y los donantes se esfuerzan para dar prioridad a la vacunación en medio de circunstancias financieras difíciles, también es crucial encontrar distintas maneras de gastar más eficaz y eficientemente.

Los gobiernos se enfrentan a numerosos desafíos para financiar, asignar y gastar los recursos destinados a la vacunación, especialmente en los países de ingresos bajos y medios. Entre esos desafíos cabe destacar los siguientes:

1. En muchos países se asignan muy pocos fondos a la inmunización: en algunos casos, ni siquiera se fija una partida presupuestaria para las vacunas.
2. La cantidad de dinero que los gobiernos asignan a la salud no siempre es equivalente a lo que se gasta<sup>8</sup>.
3. El presupuesto asignado se infrautiliza debido a problemas en la adquisición y la coordinación.
4. Los fondos que se gastan están expuestos a pérdidas, malversación e ineficiencias.

Un estudio de los presupuestos nacionales reveló que, en 22 países de ingresos bajos y medios, el promedio de infrautilización de los presupuestos era del 30%<sup>9</sup>. En uno de los países estudiados, el promedio de infrautilización llegaba al 76%. El uso insuficiente de los presupuestos puede llevar a la pérdida de eficiencia y a dificultar la adquisición de los productos esenciales para la vacunación. Por ejemplo, en 20 de los países estudiados hubo escasez de vacunas y las tasas de vacunación en 12 países fueron inferiores al promedio mundial<sup>10</sup>.

En conjunto, se calcula que los países desperdician entre un 20% y un 40% de los recursos destinados a la salud<sup>11</sup>. Este desperdicio se podría reducir mediante una adecuada gestión de las finanzas públicas que favorezca la transparencia presupuestaria. Es posible conseguir la eficiencia técnica recurriendo a buenas prácticas de ejecución presupuestaria; por ejemplo, prestando especial atención a los controles centrales y a la autonomía local, analizando los desembolsos de capital y velando por la aplicación de los procedimientos estándar relacionados con el compromiso del personal<sup>12</sup>. Con respecto a los programas, existe la posibilidad de incrementar la rentabilidad por medio de adquisiciones más eficaces, innovaciones en la prestación de los servicios y el uso de nuevas tecnologías en el ámbito de las vacunas y los equipos de las cadenas de frío<sup>13</sup>.

Es mucho lo que se puede conseguir mejorando la eficiencia. Sin embargo, esto solo contribuirá a optimizar los gastos, pero no sustituirá el compromiso de invertir en vacunación y en atención primaria de salud<sup>14</sup>.

A pesar de los grandes progresos realizados a lo largo de muchas décadas en beneficio de la infancia, queda mucho por hacer para mejorar la eficacia y la eficiencia en los procedimientos de planificación, presupuestación y gastos relativos a la vacunación.

## Financiar el futuro de la inmunización

Alcanzar los objetivos de vacunación exigirá otros esfuerzos más allá del dinero. Requerirá una compleja combinación de fondos, alianzas y voluntad política; en otras palabras, una combinación de inversión y compromiso.

Las intervenciones para beneficiar a los niños y niñas cero dosis o subvacunados –a los que es más difícil llegar– exigirán importantes inversiones. Abordar esta tarea –y, al mismo tiempo, frenar el descenso de las tasas de vacunación en una época de pandemia– puede requerir una inversión histórica.

No cabe duda de que una parte de esta inversión se centrará en el dinero. Sin embargo, alcanzar los objetivos de vacunación exigirá mayores esfuerzos. Requerirá una compleja combinación de fondos, alianzas y voluntad política; en otras palabras, una combinación de inversión y compromiso. Esto significará que los gobiernos, los donantes y los aliados tendrán que priorizar la inversión en vacunación y trabajar de consuno para planificar, presupuestar y prestar los servicios de una manera más eficaz y eficiente. Además, los donantes tendrán que adaptar el apoyo que prestan a los países y centrar sus esfuerzos en fortalecer la atención primaria de salud.



**Halimatou Diallo,** trabajadora sanitaria de una clínica móvil, carga los suministros necesarios para llevar servicios de extensión a los niños y niñas desplazados en Mali. Esta clínica presta diversos servicios a las madres y sus hijos, sobre todo de inmunización, salud, nutrición e inscripción del nacimiento.

© UNICEF/UN0701240/N'Daou



## Financiación

Como se señala en la Agenda de Inmunización 2030 –y en el *Estado Mundial de la Infancia 2023*–, integrar la vacunación en la atención primaria de salud es beneficioso para la cobertura de vacunación y para alcanzar el objetivo de la cobertura sanitaria universal<sup>15</sup>. No obstante, la financiación para la atención primaria de salud es muy insuficiente, sobre todo en los países de ingresos bajos. Estos países gastaron en promedio 26 dólares per cápita en atención primaria de salud. En cambio, los países de ingresos medios bajos gastaron 61 dólares; los de ingresos medios altos, 193 dólares; y los de ingresos altos, 1.333 dólares<sup>16</sup>.

En los países de ingresos bajos y medios, casi la mitad los fondos destinados a la atención primaria de salud proviene de fuentes privadas; por ejemplo, de las personas que pagan por los servicios, de los seguros privados y de otras fuentes privadas internas<sup>17</sup>. En los países de ingresos bajos, el 18% de la financiación proviene de los gobiernos; en los países de ingresos medios-bajos, el 35% tiene el mismo origen<sup>18</sup>.

## Alianzas

Aunque la inversión de los países en vacunación y atención primaria de salud constituye una de las bases de la sostenibilidad, las contribuciones de los donantes siguen siendo imprescindibles para el éxito de las actividades de vacunación, particularmente en los países de ingresos bajos<sup>19</sup>. Con unas previsiones económicas que auguran futuras dificultades, sería poco realista esperar que los gobiernos incrementaran el gasto en vacunación y atención primaria de salud<sup>20</sup>. En una actualización de 2022 del documento del Banco Mundial *From Double Shock to Double Recovery – Implications and options for health financing in the time of COVID-19*, los autores señalan que: “Los esfuerzos colaborativos actuales, tales como los incrementos en la asistencia al desarrollo destinados a la salud y el alivio de la deuda de los países en situación de endeudamiento grave, pueden permitir a los países curar heridas recientes, reparar viejas cicatrices y crear conjuntamente las condiciones necesarias para disfrutar de un futuro más saludable, seguro y próspero”<sup>21</sup>.

## Desafíos

Incrementar el gasto en vacunación y atención primaria de salud no es sencillo para los donantes ni para los gobiernos<sup>22</sup>. Algunos desafíos son los siguientes<sup>23</sup>:

- ✓ La disponibilidad de ingresos fiscales
- ✓ La fiabilidad de las aportaciones al seguro médico en los países que dependen de la fuerza de trabajo informal
- ✓ La fragmentación y disminución de la financiación de los donantes
- ✓ La reducción de las asignaciones presupuestarias para la salud
- ✓ La dificultad para proveer recursos mancomunados; esto es, recursos provenientes de múltiples fuentes para pagar los servicios, lo que disminuye el riesgo individual y propicia la igualdad.

## Soluciones

Para superar estos desafíos es indispensable hacer inversiones eficaces y eficientes. Una de las principales causas del aumento en el gasto es el crecimiento económico, todo un reto en tiempos de incertidumbre económica<sup>24</sup>. Pero existen otras estrategias para incrementar los ingresos y utilizarlos de manera más eficaz y eficiente, como por ejemplo.

### Incrementar los ingresos públicos

- ✓ Aliviar la deuda para que los países en dificultades puedan destinar más fondos a la salud y la vacunación<sup>25</sup>.
- ✓ Gravar los productos perjudiciales para la salud, como el tabaco, el alcohol y las bebidas azucaradas<sup>26</sup>.
- ✓ Movilizar fondos a través de planes de seguro médico, tarifas cobradas a los usuarios, donaciones, etc.<sup>27</sup>.

### Mejorar la eficiencia y la eficacia en el gasto

- ✓ Realizar una gestión financiera sólida y con procesos transparentes que vinculen las asignaciones presupuestarias específicas con prácticas cuidadosas de planificación, suministro y previsión<sup>28</sup>.
- ✓ Reducir los costos mediante procesos más eficientes y efectivos de planificación, adquisición y prestación de servicios<sup>29</sup>.
- ✓ Aplicar un enfoque gubernamental amplio que implique a los ministerios de salud y finanzas, a la sociedad civil y a las comunidades locales<sup>30</sup>.
- ✓ Recurrir a la adquisición mancomunada, como la que utilizan la División de Suministros de UNICEF y el fondo rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a fin de ahorrar costos<sup>31</sup>.
- ✓ Contraer compromisos anticipados de mercado, como el que se estableció para asegurar un mercado para las vacunas antineumocócicas, puede ayudar a configurar los mercados y reducir los precios.

### Optimizar la financiación de los donantes

- ✓ Diseñar estrategias adaptadas a las necesidades nacionales y locales, y ajustar la financiación de los donantes a los planes y los objetivos propios de cada contexto.
- ✓ Procurar que los donantes estén atentos a las necesidades de los gobiernos y las comunidades, y que ejecuten la financiación a través de sistemas gubernamentales<sup>32</sup>.
- ✓ Instar a los donantes a ser flexibles a medida que los países avanzan hacia una mayor autonomía<sup>33</sup>.

## Compromiso

Financiar la vacunación como parte de la atención primaria de salud es básicamente una cuestión de compromiso; es un asunto político. En un mundo donde la demanda de recursos financieros es tan alta, invertir en vacunación y en atención primaria de salud debe considerarse un tema de interés público, ya que beneficia a la infancia, las familias, las comunidades y los países.

Mientras el mundo se esfuerza para recuperarse de la pandemia de COVID-19, vacunar a todos los niños exige una inversión sin precedentes. No obstante, la historia registra notables éxitos en materia de vacunación; de hecho, muestra que con un compromiso mundial, nacional y local es posible vacunar a todos los niños y las niñas.

Financiar la vacunación como parte de la atención primaria de salud es básicamente una cuestión de compromiso; es un asunto político.



Miram Kegne, trabajadora de servicios sanitarios de divulgación, prepara una vacuna durante una campaña combinada de vacunación y nutrición en un campamento para desplazados internos en Etiopía.  
© UNICEF/UN0640012/Ayene

UZBEKISTÁN

# Vacunar para prevenir: introducción de la vacuna contra el VPH

A sus 14 años, Shakhrizoda Alanazarova conoce muy bien los beneficios de la vacunación.

Hace cinco años, ella y su familia atravesaron una época angustiosa cuando una pariente cercana fue diagnosticada con cáncer de mama y de cuello uterino. A pesar del tratamiento, la pariente de Shakhrizoda murió a la edad de 43 años.



Shakhrizoda Alanazarova, de 14 años, quería protegerse del cáncer de cuello uterino, una enfermedad que, como dice, "acaba mal". Acudió a Umida Djuraeva, una enfermera de la aldea de Kibray, Uzbekistán, para ponerse la vacuna contra el VPH.

© UNICEF/UN0687614/  
Babajanyan VII Photo

Así pues, cuando la clínica familiar introdujo la nueva vacuna contra el virus que produce el cáncer de cuello uterino, Shakhrizoda y su familia decidieron aprovechar la oportunidad.

“El cáncer es una enfermedad grave y acaba mal”, afirmó Shakhrizoda. “Deseo estar sana y no quiero que mi madre ni mi padre se preocupen”.

Como Shakhrizoda y su familia saben por experiencia, el cáncer de cuello uterino puede causar mucha preocupación. También constituye un problema para el Gobierno de Uzbekistán.

Todos los años se diagnostican más de 1.600 nuevos casos de cáncer de cuello uterino y alrededor de 850 mujeres mueren por esta enfermedad. En consecuencia, el Gobierno de Uzbekistán incorporó la vacuna contra el virus del papiloma humano en el calendario nacional de inmunización en 2015 y empezó a aplicarla en 2019, alcanzando una cobertura del 98,6% entre las niñas que reunían las condiciones exigidas. La vacuna requiere dos dosis, pero la segunda fase llegó en medio del confinamiento por la pandemia de COVID-19. Esto representó un obstáculo para los planes de inmunización con la nueva vacuna, dijo Dilorom Tursunova, jefa del Departamento de Inmunización y del Programa Ampliado de Inmunización del Servicio de Salud Pública y Bienestar Sanitario y Epidemiológico del Ministerio de Salud.

Pese a las dificultades, el país perseveró y cuando se distribuyó la segunda dosis en junio de 2020, la cobertura llegó al 97,8%.

La Alianza Gavi para las vacunas, UNICEF y la Organización Mundial de la Salud respaldaron la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano en Uzbekistán. Las organizaciones brindaron apoyo técnico y financiero y colaboraron en las labores de supervisión y evaluación. Además, participaron en las iniciativas de comunicación y en la capacitación

de los maestros y los trabajadores de salud a nivel escolar.

Según explicó Tursunova, uno de los mayores retos fue lograr que el público confiara en la vacuna, ya que circulaban rumores de que podía producir infertilidad. El ministerio y sus aliados abordaron este inconveniente poniendo en marcha, en varias plataformas mediáticas, una campaña que incluía mensajes dirigidos específicamente a los progenitores y a los líderes religiosos, así como mensajes de personas influyentes en los que manifestaban su respaldo a la vacuna.

“Después de todo, convencimos a nuestra población”, dijo Tursunova.

En Uzbekistán, la vacuna contra el virus del papiloma humano solo se administra a las niñas de 9 a 14 años de edad. Muchas escuelas y clínicas locales se encargaron de ponerse en contacto con numerosas niñas y sus familias para invitarlas a vacunarse. Ese fue el caso de Shakhrizoda.

“En la actualidad, la gente viene voluntariamente”, dijo Umida Djuraeva, la enfermera que vacunó a Shakhrizoda en la Policlínica Multidisciplinaria Central de Kibray, en la región de Tashkent. “Se han dado cuenta de que la vacuna es segura y se tolera bien”.

La madre de Shakhrizoda, Sabokhat Alanazarova, nunca dudó de que vacunar a su hija era lo correcto.

“Es más fácil prevenir una enfermedad que curarla más tarde”, dijo.

Después de recibir una dosis de la vacuna mediante una inyección en el brazo, Shakhrizoda dijo que regresaría seis meses después para completar el proceso de vacunación.

“Las inyecciones me dan miedo y pensaba que me dolería”, dijo. “Pero no me dolió y me siento muy bien.” ■

# Vacunas y productos nuevos

A pesar de las interrupciones que hubo al inicio de la pandemia, en los últimos años se han registrado grandes progresos con respecto a las vacunas contra algunas de las enfermedades más mortíferas, como la neumonía, el rotavirus, el paludismo, el virus sincitial respiratorio y la poliomielitis.

Más allá de la financiación, la innovación en vacunas y productos para su fabricación es crucial para garantizar que todos los niños y las niñas puedan recibir las vacunas que salvan vidas. Como se expuso en el capítulo 1, la pandemia transformó drásticamente el panorama de la vacunación. En efecto, aumentó la inversión pública y de la industria farmacéutica en investigación y desarrollo; agilizó la creación de nuevas plataformas de vacunas, como la del ARN mensajero (ARNm); y aceleró el desarrollo y el cumplimiento de los plazos reglamentarios. Este nuevo panorama brinda oportunidades para avanzar en la innovación relacionada con las vacunas que salvan vidas.

A pesar de las interrupciones que hubo al inicio de la pandemia, en los últimos años se han registrado grandes progresos con respecto a las vacunas contra algunas de las enfermedades más mortíferas, como la neumonía, el rotavirus, el paludismo, el virus sincitial respiratorio y la poliomielitis. También están en desarrollo vacunas de amplia protección contra la gripe, nuevas vacunas orales contra la poliomielitis y vacunas que pueden combatir la resistencia antimicrobiana. Las vacunas mucosas en forma de gotas líquidas, aerosoles o comprimidos pueden mejorar la inmunogenicidad y facilitar tanto la administración a los niños como su utilización en contextos de bajos recursos.

Por otro lado, se está extendiendo el uso de las plataformas de vacunas no tradicionales, como las de ácido nucleico (por ejemplo, las vacunas de ARNm), al igual que el uso de la ciencia de materiales (por ejemplo, las nanopartículas lipídicas), que resultan útiles para desarrollar vacunas cuando esto no es posible con los métodos tradicionales. La rapidez con la que se fabricaron las vacunas contra la COVID-19 demostró que es posible desarrollar vacunas y aprobarlas con mayor celeridad<sup>34</sup>. La comunidad mundial debe aprovechar estos resultados de la pandemia para impulsar la investigación, el desarrollo, la aprobación, la producción y la distribución de las vacunas contra las enfermedades infecciosas que cobran vidas infantiles.

## Avances recientes en materia de vacunas

Los altos precios y el limitado suministro de vacunas neumocócicas conjugadas –que protegen contra la bacteria del neumococo, la principal causa de muerte por neumonía en la infancia– han obstaculizado el acceso y la utilización, sobre todo en los países de ingresos medios que se autofinancian<sup>35</sup>. La neumonía se cobra la vida de más de 700.000 niños y niñas menores de 5 años al año, es decir, más muertes infantiles que las que ocasiona cualquier otra enfermedad infecciosa<sup>36</sup>. En 2019, la disponibilidad de una vacuna neumocócica conjugada nueva y más asequible fue un avance clave que permitió abaratar costes, solucionar parte de los problemas de suministro y beneficiar a los 55 millones de niños y niñas que no habían tenido acceso a estas vacunas.

Además, están apareciendo nuevas vacunas contra el paludismo, que ocasiona la muerte de medio millón de niños todos los años<sup>37</sup>. En 2021, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó por primera vez en la historia una vacuna contra esta enfermedad, Mosquirix (RTS,S/AS01), para los niños en riesgo de contraer la enfermedad en África Central y Meridional, así como en otras regiones con una transmisión de moderada a alta<sup>38</sup>. La Alianza Gavi puso en marcha un programa de vacunación contra el paludismo con el objeto de apoyar la distribución de la vacuna en los países a los que respalda, y la OMS precalificó la vacuna en 2022. Desafortunadamente, la capacidad de producción actual de Mosquirix es limitada, lo que restringe el número de niños que pueden beneficiarse de esta protección. Una segunda vacuna candidata, la R21, se encuentra en etapas avanzadas de los ensayos clínicos<sup>39</sup>.

Las vacunas contra el rotavirus, que ocasiona alrededor de 200.000 muertes infantiles todos los años<sup>40</sup>, han avanzado significativamente desde 2018. Durante más de una década solo hubo dos vacunas orales vivas contra el rotavirus. Otras cuatro vacunas contra este virus, de menor coste y precalificadas por la OMS, están disponibles actualmente gracias a la Alianza Gavi.

Las vacunas contra el rotavirus de nueva generación, que se encuentran en fase de desarrollo clínico avanzado, son bastante prometedoras: podrían ser más económicas y ofrecer a los niños mayor protección contra la enfermedad que las vacunas orales vivas de las que se dispone actualmente. Otra posibilidad es administrar vacunas orales vivas contra el rotavirus a los recién nacidos para brindarles una protección temprana y mejorar la cobertura de la vacuna, que podría ser más eficaz en las zonas con las tasas más altas de la enfermedad. Una vacuna de estas características se encuentra en desarrollo.

Aunque todavía no existe una vacuna contra el virus respiratorio sincitial –una causa importante de muerte entre los lactantes menores de 6 meses–, en la actualidad hay varias en desarrollo. Este virus ocasiona anualmente 3,2 millones de hospitalizaciones y hasta 120.000 muertes de niños menores de 5 años, sobre todo en los países de ingresos bajos y medios<sup>41</sup>. Muchas de estas vacunas experimentales se administran durante el embarazo y protegen a los niños en los primeros meses de vida, cuando son más vulnerables<sup>42</sup>.

En 2021 se empezó a usar la nOPV2, una vacuna contra la poliomielitis de nueva generación, que tiene la capacidad de interrumpir los brotes de poliomielitis tipo 2 (cVDPV2)<sup>43</sup>. La vacuna nOPV2 está mostrando resultados esperanzadores en la lucha contra la cVDPV2, y desde octubre de 2022 se han administrado 500 millones de dosis en 23 países<sup>44</sup>.



En Guatemala, instalación de paneles solares para alimentar un refrigerador que ayudará a mantener la cadena de frío, tan fundamental en la provisión de vacunas para la infancia.  
© UNICEF/UN0618673/Billy/ AFP-Services

## Avances en productos de vacunación

Las innovaciones en productos vacunales y en su elaboración son primordiales para maximizar la repercusión de las vacunas. Pueden simplificar la logística y la administración de las vacunas, mejorar la seguridad, aumentar la confianza y facilitar el acceso a las zonas a las que es difícil llegar.

Las innovaciones en productos vacunales y en su elaboración son primordiales para maximizar la repercusión de las vacunas. Estas innovaciones pueden simplificar la logística y la administración de las vacunas, mejorar la seguridad, aumentar la confianza y facilitar el acceso a las zonas a las que es difícil llegar. A fin de acelerar el desarrollo de las innovaciones en los productos vacunales y responder mejor a las necesidades de los países de ingresos bajos y medios, en 2017 se creó la Estrategia para Priorizar la Innovación de las Vacunas (VIPS, por sus siglas en inglés)<sup>45</sup>. Se trata de una alianza entre Gavi, la OMS, la Fundación Bill y Melinda Gates, UNICEF y PATH que identifica las innovaciones más prometedoras y les otorga prioridad para el ámbito del desarrollo. Esta alianza eligió priorizar la tecnología sin agujas, el uso sistemático de códigos de barras y las vacunas termoestables.

- ✓ **Parches de micromatrices sin agujas.** También llamados parches con microagujas, son agujas microscópicas que introducen la vacuna seca en la piel. Se prevé que los parches de micromatrices tendrán una buena aceptación entre los pacientes y los cuidadores, ya que son más fáciles de administrar y pueden evitar los errores de reconstitución y las heridas por pinchazos de agujas<sup>46</sup>. Dado que son secas, estas vacunas pueden ser menos susceptibles a los daños y la pérdida de eficacia por las temperaturas excesivamente altas o bajas. Los avances más relevantes en lo que concierne a los parches de micromatrices –para las vacunas contra la gripe estacional, la hepatitis B, el sarampión y la rubéola– se hallan en proceso de desarrollo clínico.
- ✓ **Códigos de barras en los empaques de las vacunas.** Codificar la información –como el número de la vacuna, el número de serie, los datos del proveedor, el número de lote y la fecha de vencimiento– permite escanearla para obtenerla instantáneamente. En sus diversas formas –por ejemplo, los códigos QR–, los códigos de barras facilitan la elaboración de los inventarios de las vacunas y la gestión de las cadenas de suministro. También mejoran la trazabilidad y la autenticación (por ejemplo, la detección de productos falsificados). La OMS recomienda los códigos de barras que cumplen los estándares GS1 (una norma internacional reconocida en más de 100 países) y tanto la Alianza Gavi como UNICEF los exigen desde 2021. Sin embargo, en los países de ingresos bajos y medios no se suelen incluir en los empaques primarios; por ejemplo, en los viales. Incluirlos podría mejorar el seguimiento de los eventos adversos posteriores a la vacunación. Asimismo, integrarlos en los registros electrónicos de vacunación reforzaría la precisión de los datos y ahorraría tiempo al personal de salud a la hora de prestar los servicios.
- ✓ **Vacunas calificadas como termoestables o con cadena de temperatura controlada.** Son vacunas cuya resistencia al calor las protege contra la pérdida de eficacia y el desperdicio por la exposición a altas temperaturas. Este tipo de vacunas favorecen la eficacia, facilitan el acceso a las vacunas en las comunidades a las que es difícil llegar y mitigan las limitaciones de la cadena de frío. Varias vacunas, entre ellas las que protegen contra la meningitis A, el virus del papiloma humano (VPH), el cólera y la neumonía son termoestables. Se está estudiando la conservación en una cadena de temperatura controlada de la dosis de la vacuna contra la hepatitis B que se administra al nacer.



## Innovaciones relacionadas con la logística y las cadenas de suministro

Las innovaciones de los últimos cinco años en materia de cadenas de suministro de vacunas que están llegando al mercado se traducirán en una mayor eficacia y un acceso más fácil a las zonas pobres y aisladas. Un ejemplo son los monitores de viales de vacunas, pequeños indicadores sensibles a la temperatura que se colocan en las vacunas y permiten que los trabajadores de la salud verifiquen si han estado expuestas al calor. Los modelos más recientes indican si las vacunas han estado expuestas a temperaturas superiores a los límites establecidos.

Hay otras innovaciones destacables en el ámbito de la logística: en primer lugar, un nuevo conjunto de contenedores de vacunas que evitan la congelación accidental y la pérdida de eficacia durante el transporte; en segundo lugar, el uso de drones para la distribución de productos básicos de salud está teniendo éxito en varios países de África. La distribución por vía aérea permite llegar a zonas de difícil acceso. Por último, los sistemas de refrigeración de transmisión solar directa han resultado sumamente útiles para la distribución de las vacunas, ya que mantienen las vacunas a una temperatura apropiada sin necesidad de pilas o de electricidad de una red nacional<sup>47</sup>.

Desde 2017, UNICEF y sus aliados han distribuido más de 140.000 frigoríficos en 113 países, de los cuales el 46% eran Solar Direct Drive.

## Herramientas digitales

La transición en la última década a la tecnología digital en el sector de la salud fue la respuesta al objetivo de mejorar la calidad y la puntualidad en la entrega de los datos. Las herramientas digitales se introdujeron inicialmente en los programas de vacunación mediante sistemas como los registros electrónicos de vacunación, que sustituyen a los documentos en papel. Estos registros de vacunación son sistemas confidenciales de información en los que se registran los datos de la población relativos a las dosis de las vacunas. Garantizan que la persona adecuada reciba la vacuna correcta en el momento oportuno, gracias a que permiten identificar a los pacientes, registrar los historiales de vacunación y hacer seguimiento de quienes no están al día con su calendario de vacunación.

Un creciente número de países han adoptado los registros electrónicos de vacunación para mejorar la calidad de los datos y la ejecución de los programas. En América Latina se han utilizado durante más de tres décadas, empezando por México en 1987. Su utilización ha cobrado impulso desde los primeros años de la década de 2010 y están muy extendidos en África y Asia. Hoy en día se usan en 50 países de ingresos bajos y medios. En la República Unida de Tanzania y en Zambia han contribuido significativamente a la precisión de los datos, la identificación de las zonas con baja cobertura de vacunación y la detección de los niños que no están al día con sus vacunas; en Gambia generan datos oportunos, coherentes y de alta calidad<sup>48</sup>. Se ha comprobado que los registros electrónicos de vacunación son eficientes y económicos; de hecho, agilizan la gestión y la elaboración de los informes sobre vacunación y eliminan los costes de impresión<sup>49</sup>.

Las herramientas digitales se introdujeron inicialmente en los programas de vacunación mediante sistemas como los registros electrónicos de vacunación, que sustituyen a los documentos en papel.

Otra importante herramienta digital son los sistemas de registro civil y estadísticas vitales, y los sistemas de identificación nacional. Estos sistemas recogen los acontecimientos vitales de la población, como el nacimiento, la defunción y la causa de la defunción, y ayudan a identificar servicios de apoyo para individuos.

Los “macrodatos” derivados de los registros electrónicos de vacunación constituyen una herramienta valiosa para supervisar las actividades de vacunación en tiempo real y localizar a las comunidades que necesitan ser atendidas, como muestra un estudio realizado en el Pakistán<sup>50</sup>. Tras el registro digital de los vacunadores que dejaron constancia de su trabajo por medio del sistema telefónico Android, el promedio de dosis diarias de la vacuna contra el sarampión y de la tercera dosis de la vacuna pentavalente que se administraron en zonas de alto riesgo aumentó de forma considerable<sup>51</sup>. Las herramientas de cartografía de los sistemas de información geográfica, con las que se elaboran mapas para analizar y presentar la información, también se están utilizando para localizar a los niños que no han sido vacunados. Estas herramientas están ayudando en las actividades de vacunación sistemática<sup>52</sup> y en la lucha contra la poliomielitis<sup>53</sup>. Según un estudio efectuado en el norte de Nigeria, la planificación con sistemas de información geográfica fue más económica que con los métodos estándar<sup>54</sup>. Otro estudio realizado en Nigeria concluyó que los sistemas de información geográfica ubicaban con mayor precisión a la población que debía recibir la vacuna contra el sarampión, además de mejorar la cobertura<sup>55</sup>.

Otra importante herramienta digital son los sistemas de registro civil y estadísticas vitales, y los sistemas de identificación nacional. Estos sistemas recogen los acontecimientos vitales de la población –como el nacimiento, la defunción y la causa de la defunción– y ayudan a identificar los servicios de apoyo que se requieren. Integrar estos sistemas con los registros electrónicos de vacunación facilita el seguimiento de la vacunación de todos los niños y contribuye a la asignación de recursos. Otros sistemas digitales, entre ellos los sistemas electrónicos de información sobre la gestión logística, pueden reducir la escasez de vacunas, mejorar la eficiencia de las cadenas de suministro y aumentar la disponibilidad de las vacunas.

Otras plataformas digitales han resultado exitosas. En Indonesia, la plataforma RapidPro se utilizó para hacer seguimiento de los avances de una campaña nacional de vacunación contra el sarampión y la rubéola. Gracias a la tecnología, los vacunadores enviaban informes a través de mensajes de texto sobre el número de niños vacunados cada día; la información se cargaba automáticamente a una base de datos y luego se representaba en un tablero en línea<sup>56</sup>. El mayor uso de la plataforma se tradujo en un aumento de la cobertura y en el logro de los objetivos de vacunación con más prontitud. Los efectos fueron incluso mejores en los distritos donde se había observado más indecisión frente a las vacunas. En la India, la plataforma digital de salud TeCHO+ y la red electrónica de información sobre vacunas (eVIN) elevaron las tasas de vacunación y mejoró la gestión de los casos y la eficiencia en la entrada de los datos<sup>57</sup>.

Se ha comprobado que las iniciativas que funcionan con teléfonos móviles (conocidas como mHealth), y que incluyen recordatorios por medio de mensajes de texto, mejoran la cobertura y el cumplimiento de los plazos de vacunación en diversos países de ingresos bajos y medios. Por ejemplo, un análisis de seis estudios realizados en países de ingresos bajos y medios reveló que las mujeres embarazadas tenían un 63% más probabilidades de recibir la vacuna contra el tétanos cuando las intervenciones incluían el uso de la telefonía móvil<sup>58</sup>. También se ha recurrido a intervenciones digitales para mejorar la cadena de suministro de vacunas en la India<sup>59</sup>, Kenya<sup>60</sup> y Zambia<sup>61</sup>. La mejora de la cobertura de vacunación y la disponibilidad de dosis se ha atribuido a la red eVIN de la India, que monitorizaba la temperatura de los equipos de la cadena de frío<sup>62</sup>.

## Reforzar la producción local

Los países de ingresos altos desarrollaron, adquirieron y distribuyeron rápidamente las vacunas contra la COVID-19 en las primeras etapas de la pandemia, mientras que los países de ingresos bajos y medios tuvieron que esperar. Esta desigualdad puso de manifiesto la necesidad de fomentar la capacidad de los países de ingresos bajos y medios para investigar y fabricar vacunas por sí mismos. Menos del 1% de todas las vacunas que se utilizan en el continente africano se producen localmente, lo que pone de relieve la gran vulnerabilidad de la región y su excesiva dependencia de los suministros del exterior. La Unión Africana se fijó el objetivo de desarrollar, producir y suministrar más del 60% de las dosis de vacunas que necesita el continente para 2040, e instó a la Alianza Gavi y a otros asociados internacionales a apoyarla. El objetivo es diversificar la fabricación a nivel regional y gestionarla adecuadamente para garantizar un acceso equitativo a las vacunas durante las pandemias, y ampliar el acceso a la vacunación sistemática, manteniendo, al mismo tiempo, precios asequibles<sup>63</sup>.

La pandemia dio origen a otras iniciativas en este campo. Por una parte, la Red de Fabricantes de Vacunas de los Países en Desarrollo, establecida en 2000, aspira a que los países de ingresos bajos y medios avancen hacia un mayor autoabastecimiento de vacunas. Se trata de una alianza internacional de fabricantes que, de forma coordinada, proveen a los países en desarrollo de un suministro sostenible de vacunas a precios bajos, mientras promueven la investigación y el desarrollo en esos países. Por otra parte, hay planes para instalar plantas de vacunas de ARNm en África, América Latina y Asia, con capacidad para producir no solo vacunas contra la COVID-19, sino también futuras vacunas de ARNm contra otras enfermedades<sup>64</sup>.



En la cámara frigorífica de las dependencias del Programa Expandido de Inmunización del Estado de Kassala, el Sudán, Bakhari Jafar carga bandejas de hielo seco en una nevera portátil.  
© UNICEF/UN0795963/  
Mojtba Moawia Mahmoud

HAITÍ

# Soluciones solares: conservación de las vacunas y protección de la salud infantil

Cada vez que hay que vacunar a Jamesly, de 6 meses, su madre, Rosemirlande, tiene que caminar 6 kilómetros desde su aldea hasta el centro de salud Sacré Coeur.

En una de las visitas, esta mujer de 27 años, vendedora en un comercio, tomó asiento

tranquilamente en la sala de espera junto a unas 20 madres y cuidadores más, también con los niños en su regazo. Todas esperaban impacientes a que llegara el turno de vacunar a sus hijos para protegerlos de enfermedades como la difteria, la diarrea, la tuberculosis y la neumonía.



Rosemirlande recorre 6 kilómetros desde su aldea hasta el centro de salud Sacré Coeur con su hijo Jamesly, pues, como dice: "Si una madre quiere a su hijo, debe vacunarlo".  
© UNICEF/UN0677700/

Para Rosemirlande, el esfuerzo y la espera merecían la pena.

“Si una madre quiere a su hijo, debe vacunarlos”, afirmó.

Rosemirlande puede poner en práctica su amor de madre gracias, en parte, a que el centro de salud Sacré Coeur ahora dispone de energía solar, que ha permitido resolver el persistente problema de la escasez de electricidad.

A lo largo de los últimos años, UNICEF y el Ministerio de Salud Pública y Población han invertido en la instalación de soluciones de energía solar en los centros de salud. En este país tropical, la refrigeración es fundamental para conservar los suministros de salud perecederos, en particular las vacunas.

“En otros tiempos empleábamos bombonas de propano, pero siempre había escasez y, cuando se acababa el gas, peligraba la cadena de refrigeración y la calidad de las vacunas”, contó Mona Yvrose Jean Claude, que trabaja como enfermera en el centro de salud Sacré Coeur desde hace más de 10 años. “Ahora hay menos casos de sarampión, poliomielitis, gripe o diarrea”.

“La energía solar es una bendición”, añadió.

El 96% de los establecimientos de salud de Haití utilizan energía solar. En todo el país hay más de 960 refrigeradores y dos cámaras frigoríficas –almacenes de gran dimensión para guardar vacunas– que funcionan con energía solar. El departamento Sur cuenta con más de 150 refrigeradores solares.

A pesar del deterioro registrado en la cobertura de inmunización como consecuencia de la COVID-19, el departamento Sur alcanzó una cobertura del 88% en la vacuna Pentavalente 3 infantil.

“El problema de la electricidad se soluciona instalando paneles solares para las neveras”, dijo Pierre Jean Gardy, un técnico de sistemas de frío que trabaja en el centro de Suministro de Insumos del departamento Sur. “Ahora, los establecimientos de salud están permanentemente bien equipados para almacenar las vacunas infantiles”.

Pero hay otras dificultades.

Para Rosemirlande no supuso un problema caminar hasta el centro de salud, pero algunas familias viven demasiado lejos. Siempre que es posible, Mona y sus colegas envían clínicas ambulantes a las comunidades alejadas. En algunas de ellas han atendido a adolescentes que jamás habían recibido una vacuna.

“Hay personas que nunca han tenido oportunidad de venir a un centro de salud, así que nuestra obligación es llevarles los servicios”, dijo Mona.

El centro de salud Sacré Coeur ofrece diversos servicios, y dispone de una clínica bien equipada para atender a los enfermos de VIH. Además, gracias a las mejoras realizadas en la clínica de atención prenatal, han aumentado las visitas relacionadas con la vacunación infantil.

“Antes venían muy pocos niños a ponerse la vacuna BCG [contra la tuberculosis]”, contó Mona. “Pero después de las obras de mejora que se han hecho en nuestra clínica prenatal, hay más personas que traen a sus hijos a vacunar”.

Cuando disminuyeron las visitas al centro de salud debido a la pandemia de COVID-19, sobre todo entre las mujeres embarazadas, se comenzó a impartir formación multidisciplinaria a los trabajadores de la salud comunitaria –los Agent de Santé Communautaire Polyvalent– para después enviarlos a las comunidades.

Pero mantener estas actividades ambulantes resulta muy costoso, en particular para una plantilla que envejece. Según explicó Mona, si fuera posible emplear a una plantilla de trabajadores de la salud comunitaria más flexible y establecer espacios de reunión, ella y sus colegas podrían continuar con esta iniciativa y llegar a más niños y niñas.

El día que Rosemirlande llevó a Jamesly a vacunar, las enfermeras asesoraban también a los adultos sobre la importancia de la higiene y los alimentos en la prevención de enfermedades.

“Para mí lo importante no es tanto el salario como los sentimientos del paciente”, dijo Mona. “Cada mañana, sé que voy a poder aliviar el sufrimiento físico o psicológico de alguna persona. Y esto es lo que me impulsa a levantarme cada día y venir a trabajar” ■



# Para cada infancia, vacunación: un plan de acción para la igualdad

La inmunización salva vidas. Es fundamental para proteger la salud y el bienestar de la infancia, así como para promover nuestros objetivos colectivos de desarrollo. Ampliar la cobertura de vacunación es una cuestión de vida o muerte. Este capítulo propone un marco para la acción que ofrece recomendaciones imprescindibles que las partes interesadas a nivel mundial deberían priorizar a fin de llegar a todos los niños y las niñas y proporcionarles las vacunas que les pueden salvar la vida.

## Introducción

A pesar de los innegables progresos alcanzados a lo largo de muchas décadas, seguimos enfrentándonos a problemas fundamentales en materia de inmunización. En demasiados lugares, la cobertura de inmunización ha retrocedido o se ha estancado. Alrededor de uno de cada cinco niños y niñas sigue sin recibir las vacunas que le pueden salvar la vida, especialmente los más pobres y aquellos que están marginados socialmente, y la situación no ha hecho más que empeorar durante la pandemia de COVID-19. La incapacidad de los sistemas sanitarios para vacunar a todos los niños y niñas refleja la escasa inversión nacional en atención primaria, la insuficiencia de recursos humanos para la salud y las carencias en la capacidad de liderazgo de los distintos niveles y ámbitos de gobierno.

El descenso de la inmunización a lo largo de la pandemia debería servir de alarma: la inmunización sistemática ha de ser una prioridad en los próximos años. Debemos tomar medidas concertadas para ponernos al día con los niños que no fueron vacunados durante la pandemia, reconstruir los sistemas y abordar las principales deficiencias de los sistemas de salud. No actuar sería devastador para las vidas de los niños y adolescentes de hoy y de los adultos de mañana, y supondría retrasar el progreso hacia la consecución de los ODS.



Un niño vacunado posa para una fotografía en un centro de atención sanitaria en la India.

© UNICEF/UN0622108/Soni



# Para cada infancia, vacunación: un plan de acción para la igualdad

A lo largo de los últimos años, numerosas partes interesadas –como las instituciones de gobernanza mundial, los organismos de desarrollo y el sector académico– han hecho un llamamiento para impulsar los servicios de inmunización.

Sobre la base de las estrategias mundiales esbozadas en la *Agenda de Inmunización 2030* y la Estrategia 5.0 de Gavi para promover la equidad y ampliar de forma sostenible la cobertura de inmunización, este informe presenta un plan de acción para dar prioridad a la vacunación infantil: se trata de un conjunto de recomendaciones concretas y viables para llegar a todos los niños y niñas con las vacunas y garantizar que los sistemas de inmunización y de atención primaria de salud estén preparados para hacer frente a los problemas futuros.

La puesta en práctica de esta agenda requerirá una sólida voluntad política por parte de los gobiernos y otros agentes importantes en el panorama de la inmunización. La pandemia de COVID-19 ha demostrado la importancia de una acción colectiva y concertada para garantizar que las vacunas lleguen a todos. Se nos recuerda constantemente que “la existencia de las vacunas no salva vidas, sino que es la vacunación la que salva vidas”. Para llevar a cabo la vacunación, la voluntad política debe ser la prioridad número uno en todos los países.

## 1. Vacunar a todos los niños y niñas, en todas partes

Equidad significa esto: las vacunas deben llegar a todos los niños, independientemente de dónde hayan nacido, quiénes sean o dónde vivan<sup>1</sup>. Esto significa que debemos poner al día en el calendario de la vacunación a los niños que no fueron vacunados durante la pandemia y que están superando la edad a la que normalmente deberían ser vacunados. Significa llegar a los niños y las niñas de las tres zonas que se considera que enfrentan mayores obstáculos para la inmunización: las aldeas rurales remotas, los asentamientos urbanos informales y las zonas de conflicto. También significa llegar a los niños y niñas cero dosis que viven en lugares donde las barreras a la vacunación no siempre son evidentes, y que suelen encontrarse a una hora como máximo del centro de salud más cercano<sup>2</sup>.

### Prioridades clave

- ✓ **Poner al día en el calendario de vacunación a los niños y niñas que no fueron vacunados durante la pandemia:** La respuesta a la pandemia de COVID-19 generó un enorme impulso en favor de la inmunización, que ahora puede aprovecharse para centrarse en las necesidades de los niños y niñas que no recibieron vacunas durante los últimos tres años. Es necesario adaptar las respuestas en los países más afectados, y respaldarlas mediante apoyo financiero y de otro tipo procedente de los donantes más importantes y los aliados internacionales.
- ✓ **Identificar a los niños y niñas cero dosis o subvacunados y abordar las principales desigualdades:** Utilizar datos de alta calidad y adaptados a los objetivos para identificar a los niños y niñas cero dosis o subvacunados y para dotar de contenido y orientar la acción, e invertir en nuevas tecnologías y enfoques para conseguir que los datos sean más oportunos y precisos. Elaborar un sistema de registro individual de la salud infantil a fin de monitorear los resultados, incluido el estado de vacunación de una comunidad, y supervisar el progreso y las necesidades con tableros de acceso público. Diseñar servicios de inmunización que reflejen las principales desigualdades socioeconómicas y los obstáculos para acceder a la inmunización.

- ✓ **Identificar a los niños y niñas de las zonas urbanas y acceder a los de las zonas rurales:** En las zonas urbanas, reforzar el compromiso de la comunidad para animar a la población a participar en los servicios sanitarios; mejorar la seguridad de los progenitores y los trabajadores sanitarios; y ofrecer servicios de vacunación con horarios flexibles. En las zonas rurales, centrarse en motivar y retener a los trabajadores sanitarios con complementos salariales y otros incentivos; considerar el uso de operadores privados para reducir el elevado coste marginal de la prestación de servicios de vacunación; e integrar mejor los servicios sanitarios en todos los sectores.
- ✓ **Hacer frente a los problemas en situaciones de emergencia y fragilidad:** Invertir en la preparación a fin de garantizar que los países estén equipados para ofrecer una respuesta, entre otras cosas mediante la creación de reservas de contingencia, el fomento de la resiliencia y la participación de la sociedad civil. Apoyar a los niños y niñas y a las familias en tránsito garantizando que las vacunas y los servicios sanitarios estén disponibles y sean accesibles. Dar prioridad e invertir en soluciones innovadoras, como el uso de dinero móvil y sistemas digitales para remunerar a los trabajadores sanitarios, o el desarrollo de vacunas con una vida útil más larga.

## 2. Reforzar la demanda de vacunación y la confianza en las vacunas

Son muchos los factores que influyen en la disposición de las familias a vacunar a sus hijos, una actitud que varía considerablemente en función de los contextos locales, la cultura y las normas sociales. Algunas cuestiones relacionadas con la seguridad y la efectividad de las vacunas pueden ser importantes, al igual que las percepciones acerca de los beneficios y los costes de la vacunación (*véase el capítulo 4*). Las relaciones y las experiencias de las comunidades con los sistemas sanitarios y los funcionarios públicos también pueden determinar las actitudes hacia el uso de la inmunización y los servicios de salud. En este sentido, la escucha social resulta imprescindible a la hora de comprender todas estas cuestiones, ya que puede ayudar a identificar y desarrollar intervenciones y estrategias específicas que contribuyan a promover la demanda de vacunas.

### Prioridades fundamentales

- ✓ **Hablar con las comunidades:** Reforzar el compromiso con las comunidades para comprender mejor sus actitudes con respecto a la seguridad de las vacunas y el valor de la vacunación; sus experiencias –positivas y negativas– en su relación con los sistemas sanitarios y los funcionarios públicos; y el apoyo que necesitan para poder dedicar tiempo a la vacunación de sus hijos.
- ✓ **Abordar las diferencias de género:** Utilizar enfoques innovadores para informar y educar a los cuidadores, especialmente a las madres; implicar y comprometer a padres y hombres; y adaptar los servicios para satisfacer las necesidades de los cuidadores con poco tiempo disponible.
- ✓ **Equipar al personal sanitario para abordar las preocupaciones de la población:** Los trabajadores sanitarios gozan de altos niveles de confianza. Es preciso apoyarlos para que se conviertan en poderosos aliados a la hora de convencer a los progenitores de vacunar a los niños y niñas, contrarrestar la desinformación en la comunidad y fundamentar el diseño de respuestas que satisfagan las necesidades de las familias.
- ✓ **Replantear la rendición de cuentas en los sistemas sanitarios para fomentar la confianza:** Los gobiernos deben considerar la creación de órganos de gobierno bien diseñados, como los comités de los centros de salud, para ofrecer a los dirigentes comunitarios un mecanismo formal que les permita expresar sus preocupaciones y abordar las cuestiones relacionadas con la inmunización y los servicios de atención primaria en su zona.

### 3. Gastar más y mejor en inmunización y sanidad

La pandemia de COVID-19 demostró que, a pesar de la importante inversión mundial en la inmunización y el fortalecimiento de los sistemas de salud durante la última década, estos sistemas siguen siendo frágiles en numerosos países. Muchos de ellos adolecen de falta de inversión y financiación previsible, un problema especialmente grave para los países que dependen en gran medida de los donantes externos. En un momento en que muchos países se enfrentan a la perspectiva de una década perdida para la inversión pública, nunca ha sido tan importante garantizar que los fondos se gastan adecuadamente y se destinan de forma eficiente. A fin de promover la equidad, los gobiernos nacionales deben dar prioridad a la financiación de los servicios de inmunización y la atención primaria de salud. Además, deberían tratar de reforzar aún más la capacidad de liderazgo y la rendición de cuentas para garantizar un gasto eficiente y eficaz. Por su parte, los donantes internacionales deben esforzarse más para adaptar su apoyo y centrarlo en el fortalecimiento de la atención primaria de salud.

#### Prioridades fundamentales

- ✓ **Invertir en atención primaria a escala nacional:** Los gobiernos deben dar prioridad a la financiación de la atención primaria de salud para garantizar que satisface mejor las necesidades de sus usuarios y asegura un acceso equitativo, especialmente a las comunidades desatendidas.
- ✓ **Adaptar mejor el apoyo de los donantes:** Los donantes deben esforzarse por armonizar su apoyo con las prioridades y los sistemas nacionales, y pasar de las iniciativas específicas centradas en cada enfermedad al refuerzo de los sistemas. Una mejor armonización del apoyo puede ayudar a reducir la fragmentación y eliminar superposiciones inútiles, como por ejemplo la duplicación de las infraestructuras, de los sistemas de prestación de servicios y de las plataformas de información, entre otras.
- ✓ **Reforzar la capacidad de liderazgo y promover la rendición de cuentas:** Mejorar los mecanismos de responsabilidad social para garantizar la transparencia, la idoneidad de las asignaciones presupuestarias, la calidad del servicio y la participación de la comunidad. Estos enfoques deben formar parte de un impulso general para maximizar el rendimiento de la inversión actual mediante la mejora de la planificación y la presupuestación, la identificación de los retos presupuestarios, la mejora de los sistemas de gestión de la financiación pública y el fortalecimiento de la coordinación entre los ministerios a nivel nacional, y entre los niveles de gobierno nacionales y subnacionales.
- ✓ **Explorar una financiación innovadora:** Las partes interesadas a todos los niveles deben aprovechar los éxitos recientes y explorar la manera en que los mecanismos de financiación innovadores pueden maximizar el rendimiento de las inversiones actuales y aprovechar nuevas fuentes de financiación. Estos enfoques deben basarse en una clara comprensión de los riesgos potenciales que entrañan estos mecanismos, así como de la necesidad de incluir la gobernanza y la supervisión en el proceso.

## 4. Establecer sistemas resilientes y a prueba de las perturbaciones que depare el futuro

Todas las comunidades tienen derecho a contar con una atención primaria de salud centrada en las personas, y a que la inmunización forme una parte fundamental de la prestación de esos servicios. A su vez, la inmunización puede servir de base para fortalecer la atención primaria de salud y mejorar la prestación de servicios, especialmente en entornos difíciles. Los servicios de atención primaria de salud deberían otorgar prioridad a la equidad y centrarse en las personas que más los necesitan. Además, deberían estar más centrados en las personas que en las enfermedades. Los trabajadores sanitarios en general y los de las comunidades en particular ocupan el centro de los sistemas de salud primaria, y es imprescindible reforzar su presencia, sus competencias y su motivación. Los sistemas resistentes son capaces de responder a brotes, epidemias o pandemias, sin dejar de prestar servicios esenciales. Construir estos sistemas también significa proporcionar una atención primaria de calidad con un personal motivado y cualificado cerca de las comunidades; desarrollar sistemas de datos e información para controlar las necesidades de inmunización; y fortalecer la vigilancia, especialmente frente a los brotes de enfermedades. Asimismo, es esencial garantizar un suministro fiable de vacunas y aprovechar al máximo las innovaciones que puedan ayudar a los trabajadores sanitarios a llegar a los niños más aislados.

### Prioridades fundamentales

- ✓ **Centrarse en el personal sanitario, especialmente en las mujeres:** Mejorar la remuneración y las condiciones laborales para motivar y retener al personal sanitario, especialmente a las numerosas mujeres que trabajan en los sistemas sanitarios. Deben estar mejor representadas en los puestos directivos; tener acceso a formación y promoción profesional; estar protegidas frente a la discriminación y la violencia de género en el lugar de trabajo; y disponer de modalidades de trabajo flexibles que las ayuden a gestionar mejor sus compromisos familiares y profesionales.
- ✓ **Mejorar la recopilación de datos y la vigilancia de las enfermedades:** En el marco de unos sistemas de información más amplios para la atención primaria de salud, es esencial mejorar la recopilación de datos sobre inmunización y garantizar su interpretación. Los países también deben crear y reforzar sistemas integrales de vigilancia de las enfermedades prevenibles mediante vacunación como parte de un sistema nacional de monitoreo de la salud pública, todo ello apoyado por redes de laboratorios sólidas y fiables.
- ✓ **Asegurar las vacunas y otros suministros:** Garantizar un suministro seguro de vacunas de alta calidad y de otros productos relacionados. Hacer un mejor uso de los procesos y estrategias de adquisición conjunta puede garantizar que los precios sean asequibles y consolidar las reservas estratégicas. También es necesario explorar y apoyar plenamente los beneficios que puede reportar la fabricación regional, con miras a acelerar y diversificar el suministro de vacunas.
- ✓ **Desarrollar y promover innovaciones que merezcan la pena:** Invertir en tecnologías de administración novedosas –como las cadenas de frío alimentadas por energía solar, las vacunas resistentes al calor y los parches de micromatrices– para garantizar que las comunidades que se encuentran en los entornos más difíciles de llegar puedan tener acceso a las vacunas.



En el Centro de Salud de Catambor, en Luanda (Angola), Wilson Abreu consuela a su hija Kailane, de dos meses, tras recibir una vacuna que la protege de la difteria, la tos ferina, el tétanos, la hepatitis B y una forma de gripe. Es un buen comienzo en la vida.  
© UNICEF/U.S. CDC/  
UN0828193 /Karel Prinsloo

## Introducción

- UN News, 'Nearly 40 Million Children Susceptible to Measles Due to COVID-19 Disruptions', 23 de noviembre de 2022, <<https://news.un.org/en/story/2022/11/1131002>>, consultado el 23 de febrero de 2023. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 'Global Measles and Rubella', 23 de noviembre de 2022, <[www.cdc.gov/globalhealth/measles/index.html](http://www.cdc.gov/globalhealth/measles/index.html)>, consultado el 23 de febrero de 2023.
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, "Complicaciones del sarampión", 5 de noviembre de 2020, <[www.cdc.gov/measles/symptoms/complications.html](http://www.cdc.gov/measles/symptoms/complications.html)>, consultado el 27 de febrero de 2023. Leal, I., et al. (2015), 'An Old "New" Friend: Postmeasles blindness in the 21st century', *BMJ Case Reports*, 2015, art. bcr2015211766, <<http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2015-211766>>. Organización Mundial de la Salud, "Sarampión", 5 de diciembre de 2019, <[www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles)>, consultado el 27 de febrero de 2023.
- Semba, Richard D., y Martin W. Bloem, 'Measles Blindness', *Public Health and the Eye*, vol. 49, núm. 2, marzo de 2004, págs. 243–255, <<https://doi.org/10.1016/j.survophthal.2003.12.005>>. 'Measles'.
- Dixon, Meredith G., et al., 'Progress Toward Regional Measles Elimination – Worldwide, 2000–2020', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 70, núm. 45, 10 de noviembre 2021, págs. 1563–1569, <<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7045a1>>.
- Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progress and Challenges with Achieving Universal Immunization Coverage: 2021 WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage (WUENIC)*, 15 de julio de 2022, <[https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/07/progress-challenges\\_wuenic2021.pdf](https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/07/progress-challenges_wuenic2021.pdf)>, consultado el 26 de julio de 2022.
- Ibid.
- Ibid.
- Agenda de inmunización 2030: Una estrategia mundial para no dejar a nadie atrás (IA2030), s.f., <[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/strategy/ia2030/ia2030-draft-4-who\\_b8850379-1fce-4847-bfd1-5d2c9d9e32f8.pdf?sfvrsn=5389656e\\_69&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/strategy/ia2030/ia2030-draft-4-who_b8850379-1fce-4847-bfd1-5d2c9d9e32f8.pdf?sfvrsn=5389656e_69&download=true)>, consultado el 27 de febrero de 2023.
- Henderson, Donald A., 'The Eradication of Smallpox – An overview of the past, present, and future', *Vaccine*, vol. 29, suplemento 4, 2011, págs. D7–D9, <[www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X11009546](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X11009546)>, consultado el 27 de febrero de 2023.
- Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomiéltis, *Investment Case 2022-2026: Investing in the promise of a polio-free world*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2022, pág. v, <<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/04/GPEI-Investment-Case-2022-2026-Web-EN.pdf>>, consultado el 27 de febrero de 2023.
- Organización Mundial de la Salud, 'Global Excess Deaths Associated with COVID-19, January 2020 – December 2021', mayo de 2022, <[www.who.int/data/stories/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-january-2020-december-2021](http://www.who.int/data/stories/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-january-2020-december-2021)>, consultado el 27 de febrero de 2023.
- Mattieu, E., et al., 'Coronavirus Pandemic (COVID-19) Vaccinations', *Our World in Data*, 2020, <<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>>, consultado el 26 de julio de 2022.
- Watson, Oliver J., et al., 'Global Impact of the First Year of COVID-19 Vaccination: A mathematical modelling study', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 22, no. 9, September 2022, pp. 1293–1302, <[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00320-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00320-6)>.
- Solis-Moreira, Jocelyn, 'How Did We Develop a COVID-19 Vaccine So Quickly?', *MedicalNewsToday*, 13 de noviembre de 2021, <[www.medicalnewstoday.com/articles/how-did-we-develop-a-covid-19-vaccine-so-quickly](http://www.medicalnewstoday.com/articles/how-did-we-develop-a-covid-19-vaccine-so-quickly)>, consultado el 27 de febrero de 2023.
- Watson, et al., 'Global Impact of the First Year of COVID-19 Vaccination'.
- Organización Mundial de la Salud, *Implementing the Immunization Agenda 2030: A framework for action through coordinated planning, monitoring & evaluation, ownership & accountability, and communications & advocacy*, WHO, Ginebra, 2021, <[www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030](http://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/strategies/ia2030)>, consultado el 27 de febrero de 2023.
- Grupo de expertos en asesoramiento estratégico sobre inmunización, *The Global Vaccine Action Plan 2011-2020. Review and lessons learned*, WHO/IVB/19.07, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2019, <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329097/WHO-IVB-19.07-eng.pdf>>, consultado el 27 de febrero de 2023.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Organización Mundial de la Salud, *Immunization Coverage: Are we losing ground?*, OMS y UNICEF, Ginebra y Nueva York, julio de 2020, <<https://data.unicef.org/resources/immunization-coverage-are-we-losing-ground/>>, consultado el 6 de julio de 2022.
- Estimaciones de la cobertura nacional de inmunización de la OMS y UNICEF, 2021. <<https://unicef.shinyapps.io/wuenic-analytics-2022/>>, consultado el 28 de febrero de 2023.
- Ejecución de la Agenda de Inmunización 2030*.
- Lindstrand, Ann, et al., 'The World of Immunization: Achievements, challenges, and strategic vision for the next decade', *The Journal of Infectious Diseases*, vol. 224, suppl. 4, 1 October 2021, pp. S452–S467, <<https://doi.org/10.1093/infdis/jiab284>>.
- Larson, Heidi J., Emmanuela Gakidou y Christopher J.L. Murray, 'The Vaccine-Hesitant Moment', *New England Journal of Medicine*, vol. 387, núm. 1, 2022, págs. 58–65, <<https://doi.org/10.1056/NEJMra2106441>>.
- Organización Mundial de la Salud, "Diez cuestiones de salud que la OMS abordará este año", s.f., <[www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019](http://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019)>, consultado el 27 de febrero de 2023.
- Larson, et al., 'The Vaccine-Hesitant Moment'.
- Organización Mundial de la Salud, 'Measles and Rubella Global Update January 2023', OMS, Ginebra, <[www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/monitoring/provisional-monthly-measles-and-rubella-data](http://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/monitoring/provisional-monthly-measles-and-rubella-data)>, consultado el 23 de enero de 2023.
- Clarke, Ed, y Beate Kampmann, 'No One is Safe Until Everyone is Safe – From polio too', *BMJ*, vol. 377, 2022, art. o1625, <<https://doi.org/10.1136/bmj.o1625>>.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *La crisis climática es una crisis de los derechos de la infancia: Presentación del Índice de Riesgo Climático de la Infancia*, UNICEF, Nueva York, agosto de 2021, <[www.unicef.org/reports/climate-crisis-child-rights-crisis](http://www.unicef.org/reports/climate-crisis-child-rights-crisis)>, consultado el 28 de febrero de 2023.
- Agenda de Inmunización 2030*.
- Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos del Niño, Naciones Unidas, Nueva York, 20 de noviembre de 1989, Art. 24, <[www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child](http://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child)>.
- Agenda de inmunización 2030*.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Costs of Vaccinating a Child*, UNICEF, Nueva York, agosto de 2020.
- Immunization Economics Community of Practice, 'Return on Investment', 2019, <<https://immunizationeconomics.org/dove-roi>>, consultado el 27 de febrero de 2023.
- Kurovski, Christoph, et al., *From Double Shock to Double Recovery: Implications and options for health financing in the time of COVID-19. Technical update: Old scars, new wounds*, Banco Mundial, Washington, D.C., septiembre de 2022, <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35298/September%202022.pdf>>, consultado el 27 de febrero de 2023.
- Kurovski, Christoph, et al., 'From Double Shock to Double Recovery: Implications and options for health financing in the time of COVID-19', Documento de debate sobre salud, nutrición y población, Banco Mundial, Washington, D.C., marzo de 2021, págs. 45–46, <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35298>>, consultado el 6 de marzo de 2023.

## Capítulo 1

- MacMillan, Carrie, 'Herd Immunity: Will we ever get there?', *Yale Medicine*, 21 de mayo de 2021, <[www.yalemedicine.org/news/herd-immunity](http://www.yalemedicine.org/news/herd-immunity)>, consultado el 28 de febrero de 2023.
- Organización Mundial de la Salud, 'Immunization Analysis and Insights', <[www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/monitoring/provisional-monthly-measles-and-rubella-data](http://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/monitoring/provisional-monthly-measles-and-rubella-data)>, consultado el 7 de febrero de 2023.
- OMS África, 'Vaccine-Preventable Disease Outbreaks on the Rise in Africa', 28 de abril de 2022, <[www.afro.who.int/news/vaccine-preventable-disease-outbreaks-rise-africa](http://www.afro.who.int/news/vaccine-preventable-disease-outbreaks-rise-africa)>, consultado el 3 de mayo de 2022. Organización Mundial de la Salud y UNICEF, "UNICEF y la OMS advierten que se dan las condiciones propicias para que aumenten los brotes de sarampión entre la población infantil"; Comunicado de prensa, 27 de abril de 2022, <[www.unicef.org/press-releases/unicef-and-who-warn-perfect-storm-conditions-measles-outbreaks-affecting-children](http://www.unicef.org/press-releases/unicef-and-who-warn-perfect-storm-conditions-measles-outbreaks-affecting-children)>, consultado el 27 de febrero de 2023.

- consultado el 3 de mayo de 2022.
- 4 Jerving, Sara, 'Is a Measles Spike a Bellwether for Other Vaccine-Preventable Outbreaks?', DEVEX, Inside Development, Global Health, 5 de mayo de 2022, <[www.devex.com/news/is-a-measles-spike-a-bellwether-for-other-vaccine-preventable-outbreaks-103147](http://www.devex.com/news/is-a-measles-spike-a-bellwether-for-other-vaccine-preventable-outbreaks-103147)>, consultado el 6 de mayo de 2022.
  - 5 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *La emaciación grave: Una emergencia olvidada de la supervivencia infantil*, UNICEF, La Infancia en Peligro, mayo de 2022, pág. 5, <[www.unicef.org/media/120346/file/Wasting%20child%20alert.pdf](http://www.unicef.org/media/120346/file/Wasting%20child%20alert.pdf)>, consultado el 26 de octubre de 2022.
  - 6 FAO, et al., *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022: Adaptación de las políticas alimentarias y agrícolas para hacer las dietas saludables más asequibles*, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Roma, 2022, pág. 10, <<https://doi.org/10.4060/cc0639en>>.
  - 7 Toh, Zheng Quan, et al., 'Human Papillomavirus Vaccination After COVID-19', *JNCI Cancer Spectrum*, vol. 5, núm. 2, 2 de marzo de 2021, art. pkab011, pág. 5, <<https://doi.org/10.1093/jncics/pkab011>>.
  - 8 Bray, Freddie, et al., 'Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries', *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 68, núm. 6, 12 de septiembre de 2018, págs. 394–424, pág. 401, <<https://doi.org/10.3322/caac.21492>>. Errata en: *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 70, núm. 4, julio de 2020, pág. 313.
  - 9 Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progress and Challenges with Achieving Universal Immunization Coverage: 2021 WHO/UNICEF estimates of national immunization coverage (WUENIC)*, 15 de julio de 2022, pág. 23, <[https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/07/progress-challenges\\_wuenic2021.pdf](https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/07/progress-challenges_wuenic2021.pdf)>, consultado el 26 de julio de 2022.
  - 10 *Ibid.*, pág. 21.
  - 11 Masresha, Balcha Girma, et al., 'The Performance of Routine Immunization in Selected African Countries During the First Six Months of the COVID-19 Pandemic', *Pan African Medical Journal*, vol. 37, suplemento 1, 18 de septiembre de 2020, artículo 12.
  - 12 Grundy, John, y Beverley-Ann Biggs, 'The Impact of Conflict on Immunization Coverage in 16 Countries', *International Journal of Health Policy and Management*, vol. 8, núm. 4, abril de 2019, págs. 211–221, <<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.127>>.
  - 13 Nelson, Roxanne, 'COVID-19 Disrupts Vaccine Delivery', *The Lancet Infectious Diseases*, vol. 20, núm. 5, 17 de abril de 2020, pág. 546, <[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30304-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30304-2)>.
  - 14 Kurowski, Christoph, et al., 'From Double Shock to Double Recovery: Implications and options for health financing in the time of COVID-19'; Documento de debate sobre salud, nutrición y población, Banco Mundial, Washington, D.C., marzo de 2021, <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35298>>, consultado el 6 de marzo de 2023.
  - 15 Organización Mundial de la Salud, *Third Round of the Global Pulse Survey on Continuity of Essential Health Services During the COVID-19 Pandemic: November–December 2021 Interim report*, WHO, Ginebra, 7 de febrero de 2022, pág. 16, <[www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS\\_continuity-survey-2022.1](http://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1)>, consultado el 23 de febrero de 2023.
  - 16 Lee Ho, et al., 'Impact of the SARS-CoV-2 Pandemic on Vaccine-Preventable Disease Campaigns', *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 119, junio de 2022, págs. 201–209, <<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2022.04.005>>.
  - 17 Organización Mundial de la Salud, 'Wild Poliovirus Type 1 (WPV1) – Malawi', noticia, 3 de marzo de 2022, <[www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/wild-poliovirus-type-1\(WPV1\)-malawi](http://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/wild-poliovirus-type-1(WPV1)-malawi)>, consultado el 11 de enero de 2023.
  - 18 Zeitouny, Seraphine, et al., 'Mapping Global Trends in Vaccine Sales Before and During the First Wave of the COVID-19 Pandemic: A cross-sectional time-series analysis', *BMJ Global Health*, vol. 6, núm. 12, 2 de diciembre de 2022, art. e006874, pág. 7, <<https://gh.bmj.com/content/6/12/e006874#block-system-main>>, consultado el 23 de febrero de 2023.
  - 19 *Ibid.*, pág. 1.
  - 20 Dubé, Eve, y Noni E. MacDonald, 'How Can a Global Pandemic Affect Vaccine Hesitancy?', *Expert Review of Vaccines*, vol. 19, núm. 10, 18 de septiembre de 2020, págs. 899–901, <<https://doi.org/10.1080/14760584.2020.1825944>>.
  - 21 Ota, Martin O.C., et al., 'Impact of COVID-19 Pandemic on Routine Immunization', *Annals of Medicine*, vol. 53, núm. 1, 2 de diciembre de 2021, págs. 2286–2297, <<https://doi.org/10.1080/07853890.2021.2009128>>.
  - 22 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Tablero de información sobre el Mercado de la vacuna contra la COVID-19', <<https://www.unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard>>, consultado el 20 de diciembre de 2022.
  - 23 Kurowski, Christoph, et al., *From Double Shock to Double Recovery: Implications and options for health financing in the time of COVID-19. Technical update: Old scars, new wounds*, El Banco Mundial, Washington, D.C., septiembre de 2022, pág. 13, <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35298/September%202022.pdf>>, consultado el 27 de febrero de 2023.
  - 24 *Ibid.*, pág. 48.
  - 25 Organización Mundial de la Salud, *Políticas y gestión en materia de personal sanitario en el contexto de la respuesta a la pandemia de COVID-19: Orientaciones provisionales*, OMS, Ginebra, 3 de diciembre de 2020, <[www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-health-workforce-2020.1](http://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-health-workforce-2020.1)>, consultado el 23 de febrero de 2023.
  - 26 *Ibid.*
  - 27 Gavi, la Alianza para las Vacunas, 'Evaluation Studies', 20 de diciembre de 2021, <[www.gavi.org/programmes-impact/our-impact/evaluation-studies](http://www.gavi.org/programmes-impact/our-impact/evaluation-studies)>, consultado el 23 de febrero de 2023.

## Capítulo 2

- 1 Cesar Victoria y Aluisio Barros, del Centro Internacional para la Equidad en Salud de la Universidad Federal de Pelotas, Brasil, analizaron para el informe sobre *El Estado Mundial de la Infancia 2023* encuestas representativas de 74 países practicadas entre 2015 y 2020 (sobre todo encuestas demográficas y de salud y encuestas de indicadores múltiples por conglomerados, o MICS). En el análisis se empleó como variable de resultado la ausencia total de dosis de la vacuna DTP (difteria, tétanos y tosferina), lo que se conoce como prevalencia cero de la vacuna DTP, que es una forma aproximada de medir la cantidad de niños cero dosis. El análisis comprendía 161.922 niños y niñas de entre 12 y 23 meses (el grupo de edad en el que se mide la cobertura de inmunización). Se estudiaron nueve variables de estratificación: los quintiles y deciles de riqueza (obtenidos de los índices de ingresos del hogar); la ubicación en entorno rural o urbano; la doble estratificación por nivel riqueza y lugar de residencia, género del niño, nivel educativo y grado de empoderamiento de la madre (según el índice mundial sobre el empoderamiento de la mujer, o SWPER); grupo étnico; y región subnacional. En todos los análisis se tuvo en cuenta el diseño de la encuesta modelo. Las estimaciones agrupadas por regiones del mundo y grupos de nivel ingresos se calcularon basándose en la población infantil de cada país.
- 2 Feletto, Marta, et al., 'A Gender Lens to Advance Equity in Immunization', documento de debate 05, Grupo de Referencia sobre Equidad en la Inmunización, diciembre de 2018, pág. 4.
- 3 *Ibid.*, pág. 4.
- 4 Ewerling, Fernanda, et al., 'SWPER Global: A survey-based women's empowerment index expanded from Africa to all low- and middle-income countries', *Journal of Global Health*, vol. 10, núm. 2, diciembre de 2022, art. 020434, <<https://doi.org/10.7189/jogh.10.020434>>.
- 5 Okwo-Bele, Jean-Marie, et al., 'Tackling Inequities in Immunization Outcomes in Conflict Contexts', documento de debate 06, Grupo de Referencia sobre Equidad en la Inmunización, diciembre de 2018, pág. vi.
- 6 *Ibid.*, pág. 4.
- 7 *Ibid.*
- 8 *Ibid.*, pág. 2.
- 9 *Ibid.*, pág. 4.
- 10 *Ibid.*
- 11 Singh et al., 'Strategies to Overcome Vaccine Hesitancy: A systematic review', *Systematic Reviews*, vol. 11, art. 78, abril de 2022, <<https://doi.org/10.1186/s13643-022-01941-4>>.
- 12 Gibson, Dustin G., et al., 'Mobile phone-delivered Reminders and Incentives to Improve Childhood Immunization Coverage and Timeliness in Kenya (M-SIMU): A cluster randomised controlled trial', *The Lancet Global Health*, vol. 5, núm. 4, abril de 2017, págs. E428–E438, <[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30072-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30072-4)>.
- 13 Jarrett, Caitlin, et al., 'Strategies for Addressing Vaccine Hesitancy – A systematic review', *Vaccine*, vol. 33, núm. 34, 2015, págs. 4180–4190, <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.040>>.
- 14 Carter, Austin, et al., 'Modeling the Impact of Vaccination for the Immunization Agenda 2030: Deaths averted due to vaccination against 14 pathogens in 194 countries from 2021–2030', *SSRN*, 26 de abril de 2021, <<http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3830781>>.
- 15 Piot, Peter, et al., 'Immunization: Vital progress, unfinished agenda', *Nature*, vol. 575, 6 de noviembre de 2019, págs. 119–129, <<https://doi.org/10.1038/s41586-019-1656-7>>.
- 16 Naciones Unidas, 'Nearly 40 Million Children Susceptible to Measles Due to COVID-19 Disruptions', Noticias ONU, 23 de noviembre de 2022, <<https://news.un.org/en/story/2022/11/1131002>>, consultado el 10 de diciembre de 2022.
- 17 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Pneumonia', diciembre de 2022, <<https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/>>, consultado el 7 de febrero de 2023.
- 18 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Diarrhoea', diciembre de 2022, <<https://data.unicef.org/topic/child-health/diarrhoeal-disease/>>, consultado el 7 de febrero de 2023.
- 19 *Agenda de inmunización 2030: Una estrategia mundial para no dejar a nadie atrás (IA2030)*, <[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/strategy/ia2030/ia2030-draft-4-wha\\_b8850379-1fce-4847-](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/strategy/ia2030/ia2030-draft-4-wha_b8850379-1fce-4847-)

- bfd1-5d2c9d9e32f8.pdf>, consultado el 27 de febrero de 2023.
- Organización Mundial de la Salud, 'La OMS recomienda una innovadora vacuna antipalúdica para los niños en riesgo', Comunicado de prensa, 6 de octubre de 2021, <[www.who.int/news/item/06-10-2021-who-recommends-groundbreaking-malaria-vaccine-for-children-at-risk](http://www.who.int/news/item/06-10-2021-who-recommends-groundbreaking-malaria-vaccine-for-children-at-risk)>, consultado el 7 de febrero de 2023.
- 20 The Lancet, 'Malaria Vaccine Approval: A step change for global health', Editorial, *The Lancet*, vol. 398, núm. 10309, pág. 1381, <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02235-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02235-2)>.
  - 21 *Agenda de inmunización 2030*, pág. 6. Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomieltis, 'cVDPV2 Outbreaks and the Type 2 Novel Oral Polio Vaccine (nOPV2)', Hoja informativa, IEMP, Ginebra, octubre de 2022, <<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/10/GPEI-nOPV2-Factsheet-EN-20221011.pdf>>, consultado el 14 de febrero de 2023.
  - 22 Rodrigues, Charlene M.C., y Stanley A. Plotkin, 'Impact of Vaccines; Health, Economic and Social Perspectives', *Frontiers in Microbiology*, vol 11, núm. 1526, julio de 2020, pág. 1, <<https://doi.org/10.3389/fmicb.2020.01526>>.
  - 23 Riumallo-Herl, Carlos, et al., 'Poverty Reduction and Equity Benefits of Introducing or Scaling up Measles, Rotavirus, and Pneumococcal Vaccines in Low-income and Middle-income Countries: A modelling study', *BMJ Global Health*, vol. 3, núm. 2, marzo de 2018, art. e000613, <<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000613>>.
  - Johansson, Kjell Arne, et al., 'Health Gains and Financial Protection from Pneumococcal Vaccination and Pneumonia Treatment in Ethiopia: Results from an extended cost-effectiveness analysis', *PLoS ONE*, vol 10, núm. 12, diciembre de 2015, <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142691>>.
  - de Broucker, Gastien, et al., 'Cost of Nine Pediatric Infectious Illnesses in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review of cost-of-illness studies', *PharmacoEconomics*, vol. 38, agosto de 2020, págs. 1071–1094, <<https://doi.org/10.1007/s40273-020-00940-4>>.
  - Chang, Angela, Y., et al., 'The Equity Impact Vaccines May Have on Averting Deaths and Medical Impoverishment in Developing Countries', *Health Affairs*, vol. 37, núm. 2, febrero de 2018, págs. 316–324, <<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2017.0861>>.
  - 24 Riumallo-Herl, et al., 'Poverty Reduction and Equity Benefits of Introducing or Scaling up Measles, Rotavirus, and Pneumococcal Vaccines in Low-income and Middle-income Countries'. Johansson, et al., 'Health Gains and Financial Protection from Pneumococcal Vaccination and Pneumonia Treatment in Ethiopia'. Chang, et al., 'The Equity Impact Vaccines May Have on Averting Deaths and Medical Impoverishment in Developing Countries'.
  - 25 Adamu, Aishatu Lawal, et al., 'The Cost of Illness for Childhood Clinical Pneumonia and Invasive Pneumococcal Disease in Nigeria', *BMJ Global Health*, vol. 7, núm. 1, enero de 2022, art. e007080, <<http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007080>>.
  - 26 Power, Kate, 'The COVID-19 Pandemic Has Increased the Care Burden of Women and Families', *Sustainability: Science, Practice and Policy*, vol. 16, núm. 1, 21 de junio de 2020, págs. 67–73, <<https://doi.org/10.1080/15487733.2020.1776561>>.
  - da Silva, Jorge Moreira, 'Why You Should Care about Unpaid Care Work', OECD Development Matters, 18 de marzo de 2019, <<https://oecd-development-matters.org/2019/03/18/why-you-should-care-about-unpaid-care-work/>>, consultado el 10 de diciembre de 2022.
  - 27 Power, 'The COVID-19 Pandemic has Increased the Care Burden of Women and Families'. da Silva, 'Why You Should Care about Unpaid Care Work'.
  - 28 Postma, Maarten J., Stuart Carroll y Alexandra Brandão, 'The Societal Role of Lifelong Vaccination', *Journal of Market Access & Health Policy*, vol. 3, núm. 1, art. 26962, 12 de agosto de 2015, pág. 1, <<https://doi.org/10.3402/jmahp.v3.26962>>.
  - 29 Arsenault, Catherine, Sam Harper y Arijit Nandi, 'Effect of Vaccination on Children's Learning Achievements: Findings from the India Human Development Survey', *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 74, núm. 10, junio de 2020, págs. 778–784, <<http://dx.doi.org/10.1136/jech-2019-213483>>.
  - 30 Nandi, Arindam, et al., 'Anthropometric, Cognitive, and Schooling Benefits of Measles Vaccination: Longitudinal cohort analysis in Ethiopia, India, and Vietnam', *Vaccine*, vol. 37, núm. 31, junio de 2019, págs. 4336–4343, <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.06.025>>.
  - 31 Andre, F.E., et al., 'Vaccination Greatly Reduces Disease, Disability, Death and Inequity Worldwide', *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 86, núm. 2, 27 de noviembre de 2007, págs. 140–106, <<https://doi.org/10.2471/BLT.07.040089>>.
  - Rodrigues and Plotkin, 'Impact of Vaccines; Health, Economic and Social Perspectives'.
  - 32 Organización Mundial de la Salud, *Bacterial Vaccines in Clinical and Preclinical Development 2001: An overview and analysis*, WHO, Ginebra, 2022, pág. 1, <[www.who.int/publications/item/9789240052451](http://www.who.int/publications/item/9789240052451)>, consultado el 14 de febrero de 2023.
  - 33 Murray, Christopher J.L., et al., 'Global Burden of Bacterial Antimicrobial Resistance in 2019: A systematic analysis', *The Lancet*, vol. 399, no. 10325, 12 de febrero de 2022, págs. 629–655, <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02724-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02724-0)>.
  - McDonnell, Anthony, y Katherine Klemperer, 'Drug-resistant Infections are One of the World's Biggest Killers, Especially for Children in Poorer Countries. We must act now', Centro para el Desarrollo Mundial, 20 de enero de 2022, <[www.cgdev.org/blog/drug-resistant-infections-are-one-worlds-biggest-killers-especially-children-poorer-countries#:~:text=Particularly%20striking%20from%20the%20new,AMR%20nearly%20every%20two%20minutes](http://www.cgdev.org/blog/drug-resistant-infections-are-one-worlds-biggest-killers-especially-children-poorer-countries#:~:text=Particularly%20striking%20from%20the%20new,AMR%20nearly%20every%20two%20minutes)>, consultado el 11 de diciembre de 2022.
  - 34 Decade of Vaccine Economics, 'Return on Investment', DOVE/ThinkWell, <<https://immunizationeconomics.org/dove-roi>>, consultado el 11 de diciembre de 2022.
  - 35 Sim, So Yoon, et al., 'Return on Investment from Immunization against 10 Pathogens in 94 Low- and Middle-Income Countries, 2011–30', *Health Affairs*, vol. 39, núm. 8, agosto de 2020, págs. 1343–1353, <<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.00103>>.
  - 36 Ibid.
  - 37 Decade of Vaccine Economics, 'Return on Investment'.
  - 38 Bärnighausen, Till, et al., 'Valuing Vaccination', *PNAS*, vol. 111, núm. 34, 18 de agosto de 2014, págs. 12313–12319, <<https://doi.org/10.1073/pnas.1400475111>>.
  - 39 Según aportaciones de los participantes en "Para cada infancia, vacunación: Reunión de UNICEF sobre la Inmunización", UNICEF Innocenti, Centro Mundial de Investigaciones y Estudios Prospectivos, Florencia, 9–10 de junio de 2022.

## Capítulo 3

- 1 Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomieltis, 'Who We Are' n.d., <<https://polioeradication.org/who-we-are/>>, consultado el 7 de febrero de 2023.
- 2 Micah, Angela E., et al., 'Development Assistance for Human Resources for Health, 1990–2020', *Human Resources for Health*, vol. 20, art. 51, 10 de junio de 2022, pág. 2, <<https://doi.org/10.1186/s12960-022-00744-x>>.
- 3 GDB 2019 Human Resources for Health Collaborators, 'Measuring the Availability of Human Resources for Health and Its Relationship to Universal Health Coverage for 204 Countries and Territories from 1990 to 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019', *The Lancet*, vol. 399, núm. 10341, junio de 2022, págs. 2129–2154, <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00532-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00532-3)>.
- 4 Bliss, Katherine E., y Alicia Carbaugh, 'Gender Equity to Improve Immunization Services', CSIS Brief, Center for Strategic & International Studies, Washington, D.C., septiembre de 2022, <[www.csis.org/analysis/gender-equity-improve-immunization-services](http://www.csis.org/analysis/gender-equity-improve-immunization-services)>, consultado el 8 de marzo de 2023.
- 5 Ibid.
- 6 Organización Mundial de la Salud y Organización Internacional del Trabajo, *La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial: un análisis mundial en tiempos de COVID-19*, OMS y OIT, Ginebra, 2022, pág. viii, <[www.who.int/publications/item/9789240052895](http://www.who.int/publications/item/9789240052895)>, consultado el 8 de marzo 2023.
- 7 Ibid.
- 8 Ibid., pág. x.
- 9 Ibid.
- 10 Ibid., pág. 36.
- 11 Organización Mundial de la Salud, *Delivered by Women, Led by Men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*, Human Resources for Health Observer Series Núm. 24, OMS, Ginebra, 14 de marzo de 2019, <[www.who.int/publications/item/978-92-4-151546-7](http://www.who.int/publications/item/978-92-4-151546-7)>, consultado el 8 de marzo de 2023.
- 12 Ibid.
- 13 Bergmann, Jessica, Maria Carolina Alban Conto y Mattheu Brossard, 'Increasing Women's Representation in School Leadership: A promising path towards improving learning', Innocenti Research Brief', UNICEF Innocenti – Centro Mundial de Investigaciones y Estudios Prospectivos, Florencia, 2022, <[www.unicef-irc.org/publications/1399-increasing-womens-representation-in-school-leadership-a-promising-path-towards-improving-learning.html](http://www.unicef-irc.org/publications/1399-increasing-womens-representation-in-school-leadership-a-promising-path-towards-improving-learning.html)>, consultado el 15 de febrero de 2023.
- 14 Women in Global Health, 'Subsidizing Global Health: Women's unpaid work in global health systems', Informe de Políticas, WGH, Washington, D.C., junio de 2022, <<https://womensin.org/our-advocacy/paywomen/>>, consultado el 15 de febrero de 2023.
- 15 Bliss y Carbaugh, 'Gender Equity to Improve Immunization Services'.
- 16 Ibid.
- 17 Ibid.
- 'Subsidizing Global Health'.
- 18 Bliss y Carbaugh, 'Gender Equity to Improve Immunization Services'.



- 19 Ibid.
- 20 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, "Declaración de Alma-Ata", septiembre de 1978, <<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf>>, consultado el 15 de febrero de 2023.
- 21 Organización Mundial de la Salud, "Atención Primaria de salud", Hoja Informativa, 1 de abril de 2021, <[www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care)>, consultado el 14 de diciembre de 2022.
- 22 Conferencia Internacional sobre Atención Primaria, *Declaración de Astana*, Astana, 26 de octubre de 2018, <[www.who.int/publications/item/WHO-HIS-SDS-2018.61](http://www.who.int/publications/item/WHO-HIS-SDS-2018.61)>, consultado el 8 de marzo de 2023.
- 23 Organización Mundial de la Salud y UNICEF, *A Vision for Primary Health Care in the 21st Century: Towards UHC and the SDGs*, WHO, UNICEF, Ginebra y Nueva York, 2018, págs. xvii. 'Atención Primaria de Salud'.
- 24 Santos, Thiago M., et al., 'Assessing the Overlap between Immunisation and Other Essential Health Interventions in 92 Low- and Middle-income Countries Using Household Surveys: Opportunities for expanding immunization and primary health care', *The Lancet*, vol. 42, art. 101196, diciembre de 2021, <<https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101196>>.
- 25 Ibid.
- 26 *Agenda de Inmunización 2030: Una estrategia mundial para no dejar a nadie atrás*, n.d., <[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/strategy/ia2030/ia2030-draft-4-wha\\_b8850379-1fce-4847-bfd1-5d2c9d9e32f8.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/strategy/ia2030/ia2030-draft-4-wha_b8850379-1fce-4847-bfd1-5d2c9d9e32f8.pdf)>, consultado el 27 de febrero de 2023.
- 27 Ibid., pág. 12.
- 28 Ibid., pág. 30.
- 29 Organización Mundial de la Salud, *Working Together: An integration resource guide for immunization services throughout the life course*, WHO, Ginebra, 2018, págs. 33–39, <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276546>>, consultado el 8 de marzo de 2023.
- 30 Edmond, Karen, et al., 'Mobile Outreach Health Services for Mothers and Children in Conflict-affected and Remote Areas: A population based study', *Archives of Disease in Childhood*, vol. 105, núm. 1, 2020, págs. 18–25, citado por Crocker-Buque, Tim, et al., 'Immunization, Urbanization and Slums: A systematic review of factors and interventions', *BMC Public Health*, vol. 17, art. 556, junio de 2017, pág. 7, <<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4473-7>>.
- 31 *Agenda de Inmunización 2030*, pág. 22.
- 32 Crocker-Buque, Tim, et al., 'Immunization, Urbanization and Slums – A systematic review of factors and interventions', *BMC Public Health*, vol. 17, art. 556, junio de 2017, <<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4473-7>>.
- 33 Ibid.
- 34 Organización Mundial de la Salud, *Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios*, OMS, Ginebra, 2018, págs. 25, 92–93, <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275474>>, consultado el 8 de marzo de 2023.
- 35 Ibid., págs. 63, 92–93.
- 36 Organización Mundial de la Salud, *Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030*, OMS, Ginebra, 2016, <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>>, consultado el 8 de marzo de 2023.
- 37 Nguyen, Duen Thi Kim, et al., 'Does Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) Training Improve the Skills of Health Workers? A systematic review and meta-analysis', *PLoS ONE*, vol. 8, núm. 6, 12 de junio de 2013, <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0066030>>.
- 38 Equity Reference Group for Immunization, 'Brief on Published Evidence on Human Resources for Health Strategies in Underserved Areas of Low- and Middle-income Countries', Informe de Reunión, octubre de 2022.
- 39 Bliss y Carbaugh, 'Gender Equity to Improve Immunization Services'.
- 40 Ibid.
- 41 *La brecha salarial de género en el sector de la salud y asistencial: un análisis mundial en tiempos de COVID-19*, pág. 125.
- 42 Bliss y Carbaugh, 'Gender Equity to Improve Immunization Services'.
- 43 Ibid.
- 44 Masis, Lizah, et al., 'Community Health Workers at the Dawn of a New Era: 4. Programme financing', *Health Research Policy and Systems*, vol. 19, suppl. 3, 12 October 2021, art. 107, <<https://doi.org/10.1186/s12961-021-00751-9>>.

## Capítulo 4

- 1 Larson, Heidi J., Emmanuela Gakidou y Christopher J.L. Murray, 'The Vaccine-Hesitant Moment', *New England Journal of Medicine*, vol. 387, 2022, págs. 58–65, <<https://doi.org/10.1056/NEJMra2106441>>.
- 2 de Figueiredo, Alexandre, et al., 'Mapping Global Trends in Vaccine Confidence and Investigating Barriers to Vaccine Uptake: A large-scale retrospective temporal modelling study', *The Lancet*, vol. 396, núm. 10255, 26 de septiembre de 2020, págs. 898–908, <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31558-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31558-0)> (véanse el extracto y la pág. 905).
- 3 Larson, Heidi J., y David A. Broniatowski, 'Volatility of Vaccine Confidence', *Science*, vol. 371, núm. 6356, 26 de marzo de 2021, pág. 1289, <<https://doi.org/10.1126/science.abi6488>>.
- 4 Ibid.
- 5 El Proyecto de Confianza en las Vacunas realizó un estudio retrospectivo de modelización a gran escala para investigar en qué medida había cambiado la confianza en las vacunas en 54 países entre 2015 y noviembre de 2019 (prepandemia). Se reunieron datos de encuestas representativas a nivel nacional en las que participaron 100.000 personas. Los datos recopilados en 2020 se omitieron en aras de una distinción relativamente clara entre los grupos anteriores y posteriores a la pandemia. La confianza en las vacunas se midió con base en un cuestionario de cuatro preguntas en la escala de Likert para conocer las percepciones individuales sobre la importancia, la seguridad y la eficacia de las vacunas. Las variaciones en la confianza a nivel nacional se evaluaron en las poblaciones de muestra y en subgrupos demográficos mediante pruebas Wilcoxon–Mann–Whitney con valores p ajustados por medio de la corrección de Bonferroni, a fin de explicar las múltiples hipótesis.
- 6 Organización Mundial de la Salud, "Diez cuestiones de salud que la OMS abordará este año", s.f., <[www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019](http://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019)>, consultado el 15 de febrero de 2023.
- 7 Larson, et al., 'The Vaccine-Hesitant Moment'.
- 8 Ibid.
- 9 Ibid.
- 10 Eze, Paul, et al., 'Factors Associated with Incomplete Immunization in Children Aged 12–23 Months at Subnational Level, Nigeria: A cross-sectional study', *BMJ Open*, vol. 11, núm. 6, art. e047445, 2021, <<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047445>>.
- 11 Larson, Heidi J., Leesa Lin y Rob Goble, 'Vaccines and the Social Amplification of Risk', *Risk Analysis*, vol. 42, 14 de mayo de 2022, págs. 1409–1422, <<https://doi.org/10.1111/risa.13942>> (véase el ejemplo sobre las tasas de mortalidad materna, pág. 1413).
- 12 Ibid.
- Elliman, David, y Helen Bedford, 'MMR: Where are we now?', *Archives of Diseases in Children*, vol. 92, núm. 2, págs. 1055–1057, <<http://dx.doi.org/10.1136/adc.2006.103531>>.
- 13 Ibid., pág. 1055. La fuente original especifica Inglaterra.
- 14 The Sabin-Aspen Vaccine Science & Policy Group, *Meeting the Challenge of Vaccination Hesitancy*, Instituto Sabin Vaccine, Washington, D.C., mayo de 2020, pág. 16, <[www.sabin.org/resources/meeting-the-challenge-of-vaccination-hesitancy/](http://www.sabin.org/resources/meeting-the-challenge-of-vaccination-hesitancy/)>, consultado el 8 de marzo de 2023.
- 15 Larson, Heidi J., Kenneth Hartigan-Go y Alexandre de Figueiredo, 'Vaccine Confidence Plummets in Philippines Following a Dengue Vaccine Scare: Why it matters to pandemic preparedness', *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, vol. 15, núm. 3, 12 de octubre de 2018, págs. 625–627, <<https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1522468>>.
- Mendoza, Ronald U., Sheena A. Valenzuela and Manuel M. Dayrit, 'A Crisis of Confidence: The case of Dengvaxia in the Philippines', Documento de trabajo, Escuela de Gobierno Ateneo, Quezon City, enero de 2020, pág. 17.
- 16 Mendoza, Valenzuela y Dayrit, 'A Crisis of Confidence: The case of Dengvaxia in the Philippines', pág. 17.
- 17 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, et al., *Guía práctica para gestionar las informaciones erróneas sobre las vacunas: Orientaciones para abordar la infodemia mundial y fomentar la demanda de inmunización*, UNICEF, Nueva York, diciembre de 2020, pág. 35, <<https://vaccinemisinformation.guide/>>, consultado el 21 de febrero de 2023.
- 18 Sarika Bhattacharjee y Carlotta Dotto, 'Vaccine Case Study: Understanding the impact of polio vaccine disinformation in Pakistan', First Draft, 19 de febrero de 2020, <<https://firstdraftnews.org/long-form-article/first-draft-case-study-understanding-the-impact-of-polio-vaccine-disinformation-in-pakistan/>>, consultado el 7 de marzo de 2023.
- 19 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, et al., *Guía práctica para gestionar las informaciones erróneas sobre las vacunas*, pág.35.
- 20 Jarrett, Caitlin, et al., 'Strategies For Addressing Vaccine Hesitancy – A systematic review', *Vaccine*, vol. 33, núm. 34, 14 de agosto de 2015, págs. 4180–4190, <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.040>>.
- 21 Tripathi Stuti, et al., 'Designing Appropriate, Acceptable and Feasible Community-Engagement Approaches to Improve Routine Immunisation Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A synthesis of 3ie-supported formative evaluations', *PLoS ONE*, vol. 17, núm. 10, art. e0275278, 2022, pág. 11, <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275278>>.

- 22 Jarrett, et al., 'Strategies For Addressing Vaccine Hesitancy – A systematic review', pág. 4185.
- 23 Crocker-Buque, Tim, et al., 'Immunization, Urbanization and Slums: A systematic review of factors and interventions', *BMC Public Health*, vol. 17, art. 556, junio de 2017, pág. 12, <<https://doi.org/10.1186/s12889-017-4473-7>>.
- 24 Ibid., pág. 6.
- 25 Akwataghibe, Ngozi N., et al., 'Using Participatory Action Research to Improve Immunization Utilization in Areas with Pockets of Unimmunized Children in Nigeria', *Health Research Policy and Systems*, vol. 19, suplemento 2, art. 88, 11 de agosto de 2021, <<https://doi.org/10.1186/s12961-021-00719-9>>.
- 26 Ibid., págs. 1, 8, 12.
- 27 Ibid., págs. 1, 8, 12.
- 28 Oyo-Ita, A., et al., 'Effects of Engaging Communities in Decision-Making and Action Through Traditional and Religious Leaders on Vaccination Coverage in Cross River State, Nigeria: A cluster-randomised control trial', *PLoS ONE*, vol. 16, núm. 4, 16 de abril de 2021, art. e0248236, <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248236>>.
- 29 Ibid.
- 30 Larson, Heidi J., et al., 'Measuring Trust in Vaccination: A systematic review', *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, vol. 14, núm. 7, 10 de mayo de 2018, págs. 1599–1609, <<https://doi.org/10.1080/21645515.2018.1459252>>.
- 31 Singh, Prem, et al., 'Strategies to Overcome Vaccine Hesitancy: A systematic review', *Systematic Reviews*, vol. 11, art. 78, 26 de abril de 2022, pág. 10, <<https://doi.org/10.1186/s13643-022-01941-4>>.
- 32 Tuckerman, Jane, Jessica Kaufman y Margie Danchin, 'Effective Approaches to Combat Vaccine Hesitancy', *The Pediatric Infectious Disease Journal*, vol. 41, núm. 5, mayo de 2022, págs. e243–e245, <<https://doi.org/10.1097/INF.0000000000003499>>.
- 33 Jain, Monica., et al., 'Use of Community Engagement Interventions to Improve Child Immunisation in Low- and Middle-Income Countries: A systematic review and meta-analysis', *Campbell Systematic Reviews*, vol. 18, núm. 3, 2022, art. e1253.
- 34 Ibid., pág. 13.
- 35 Tripathi, et al., 'Designing Appropriate, Acceptable and Feasible Community-Engagement Approaches to Improve Routine Immunisation Outcomes in Low- and Middle-Income Countries: A synthesis of 3ie-supported formative evaluations', pág. 1.
- 36 Ibid., pág. 1.
- 37 Pandey, P., et al., 'Informing Resource-Poor Populations and the Delivery of Entitled Health and Social Services in Rural India: A cluster randomized controlled trial', *JAMA*, vol. 298, núm. 16, 24 de octubre de 2007, art. 1872, <<https://doi.org/10.1001/jama.298.16.1867>>.
- 38 Véase el Proyecto de Confianza en las Vacunas de la Asociación Pediátrica Internacional, <[www.ipa-world.org/ipa-vaccine-trust-project.php](http://www.ipa-world.org/ipa-vaccine-trust-project.php)>, consultado el 8 de marzo de 2023.
- 39 Opel, Douglas J., et al., 'The Relationship Between Parent Attitudes About Childhood Vaccines Survey Scores and Future Child Immunization Status: A validation study', *JAMA Pediatrics*, vol. 167, noviembre de 2013, págs. 1065–1071, <<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.2483>>.
- Organización Mundial de la Salud, *Behavioural and Social Drivers of Vaccination: Tools and practical guidance for achieving high uptake*, OMS, Ginebra, 2022, <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/354459>>.
- 40 Véase la *Guía práctica para gestionar las informaciones erróneas sobre las vacunas*.
- 41 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, The Public Good Projects y Yale Institute for Global Health, 'Introducing the VDO Dashboard', Observatorio de la Demanda de Vacunación, <<https://www.thevdo.org/>>, consultado el 21 febrero de 2023.
- 42 Ibid.
- 43 Ibid.
- 44 Singh, et al., 'Strategies to Overcome Vaccine Hesitancy: A systematic review'.
- 45 Ahlers-Schmidt, Carolyn R., et al., 'Text Messaging Immunization Reminders: Feasibility of implementation with low-income parents', *Preventive Medicine*, vol. 50, núms. 5–6, mayo-junio de 2010, págs. 306–307, <<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2010.02.008>>. Cates, Joan R., et al., 'Evaluating a County-Sponsored Social Marketing Campaign to Increase Mothers' Initiation of HPV Vaccine for Their Preteen Daughters in a Primarily Rural Area', *Social Marketing Quarterly*, vol. 17, núm. 1, 2011, págs. 4–26, <<https://doi.org/10.1080/15245004.2010.546943>>.
- Pandey, Deeksha, et al., 'Awareness and Attitude Towards Human Papillomavirus (HPV) Vaccine Among Medical Students in a Premier Medical School in India', *PLoS ONE*, vol. 7, núm. 7, julio de 2012, art. e40619, <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0040619>>.
- Nasiru, Sani-Gwarzo, et al., 'Breaking Community Barriers to Polio Vaccination in Northern Nigeria: The impact of a grass roots mobilization campaign (Majigi)', *Pathogens and Global Health*, vol. 106, núm. 3, 2012, págs. 166–171, <<https://doi.org/10.1179/204773212Y.0000000018>>.
- 46 Thomson, Angus, Gaëlle Vallée-Tourangeau y L. Suzanne Suggs, 'Strategies to Increase Vaccine Acceptance and Uptake: From behavioral insights to context-specific, culturally-appropriate, evidence-based communications and interventions', *Vaccine*, vol. 36, núm. 44, 22 de octubre de 2018, págs. 6457–6458, <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2018.08.031>>.
- 47 *Guía práctica para gestionar las informaciones erróneas sobre las vacunas*.
- 48 Cates, et al., 'Evaluating a County-Sponsored Social Marketing Campaign to Increase Mothers' Initiation of HPV Vaccine for Their Preteen Daughters in a Primarily Rural Area'.
- 49 Ibid., pág. 9.
- 50 Nasiru, et al., 'Breaking Community Barriers to Polio Vaccination in Northern Nigeria: The impact of a grass roots mobilization campaign (Majigi)'.
- 51 Feletto, M., et al., 'A Gender Lens to Advance Equity in Immunization', Documento de debate 05, Grupo de Consulta sobre la Igualdad en Materia de Inmunización, Nueva York, 2018.
- 52 Olorunsaiye, Comfort Z., y Hannah Degge, 'Variations in the Uptake of Routine Immunization in Nigeria: Examining determinants of inequitable access', *Global Health Communication*, vol. 2, no. 1, 22 de julio de 2016, págs. 19–29, <<http://dx.doi.org/10.1080/23762004.2016.1206780>>.
- 53 Saggurti, Niranjani, et al., 'Effect of Health Intervention Integration Within Women's Self-Help Groups on Collectivization and Healthy Practices Around Reproductive, Maternal, Neonatal and Child Health in Rural India', *PLoS ONE*, vol. 13, núm. 8, 23 de agosto de 2018, art. e0202562, <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202562>>.
- 54 Ibid.
- 55 Demissie, Shiferaw Dechasa, et al., 'Community Engagement Strategy for Increased Uptake of Routine Immunization and Select Perinatal Services in North-West Ethiopia: A descriptive analysis', *PLoS ONE*, vol. 15, núm. 10, 29 de octubre de 2020, art. e0237319, pág. 1, <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237319>>.
- 56 Ibid.
- 57 Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomieltis, *Gender Equality Strategy 2019–2023*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2019.
- Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomieltis, *Technical Brief: Gender*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2018, pág. 12.
- 58 Organización Mundial de la Salud, *Why Gender Matters: Immunization Agenda 2030*, OMS, Ginebra, 2021, pág. 35, <[www.gavi.org/sites/default/files/2021-12/why-gender-matters-ia2030.pdf](http://www.gavi.org/sites/default/files/2021-12/why-gender-matters-ia2030.pdf)>, consultado el 21 de febrero de 2023.
- 59 Jones, Amy, y Natalie Kawesa-Newell, 'Using Branded Behaviour Change Communication to Create Demand for the HPV Vaccine Among Girls in Malawi: An evaluation of Girl Effect's Zathu mini magazine', *Vaccine*, vol. 40, suplemento 1, 31 de marzo de 2022, págs. A107–A115, <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.07.011>>, págs. A110, A112.
- 60 Fisher, Harriet, et al., 'Young Women's Autonomy and Information Needs in the Schools-Based HPV Vaccination Programme: A qualitative study', *BMC Public Health*, vol. 20, art. 1680, 2020, <<https://doi.org/10.1186/s12889-020-09815-x>>.
- Feletto, et al., 'A Gender Lens to Advance Equity in Immunization', págs. 6–11, 15.
- 61 *Why Gender Matters: Immunization Agenda 2030*, pág. 17.
- 62 Goodman, Tracey, et al., 'Why Does Gender Matter for Immunization?', *Vaccine*, 10 de diciembre de 2022, pág. 4, <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.11.071>>.
- Why Gender Matters: Immunization Agenda 2030*, pág. 18.
- 63 Singh, Kavita, Erica Haney y Comfort Olorunsaiye, 'Maternal Autonomy and Attitudes Towards Gender Norms: Associations with Childhood Immunization In Nigeria', *Maternal and Child Health Journal*, vol. 17, núm. 5, julio de 2013, págs. 837–841, <<https://doi.org/10.17615/ah06-0141>>, págs. 4–5.
- 64 *Why Gender Matters: Immunization Agenda 2030*, pág. 17.
- Antai, Diddy, 'Gender Inequities, Relationship Power, and Childhood Immunization Uptake in Nigeria: A population-based cross-sectional study', *International Journal of Infectious Diseases*, vol. 16, núm. 2, febrero de 2012, págs. E140–E143, <<https://doi.org/10.1016/j.ijid.2011.11.004>>.
- 65 Muralidharan, Arundati, et al., 'Transforming Gender Norms, Roles, and Power Dynamics for Better Health: Evidence from a systematic review of gender-integrated health programs in low- and middle-income countries', 'Futures Group, Health Policy Project, Washington, D.C., septiembre de 2015, pág. 2, <[www.healthpolicyproject.com/pubs/381-GPMIndiaSummaryReport.pdf](http://www.healthpolicyproject.com/pubs/381-GPMIndiaSummaryReport.pdf)>, consultado el 8 de marzo de 2023.
- 66 Ebot, J.O., "'Girl Power!': The relationship between women's autonomy and children's immunization coverage in Ethiopia", *Journal of Health, Population and Nutrition*, vol. 33, 2015, art. 18, pág. 6, <<https://doi.org/10.1186/s41043-015-0028-7>>.
- 67 Ibid.
- 68 *Why Gender Matters: Immunization Agenda 2030*, págs. 18, 35.

69 *Gender Equality Strategy 2019–2023*, pág. 12.

70 *Technical Brief: Gender*, pág. 12.

71 *Ibid.*, págs. 12–13.

72 *Ibid.*, pág. 13.

## Capítulo 5

- 1 Ikilezi, Gloria, et al., 'Estimating Total Spending by Source of Funding on Routine and Supplementary Immunization Activities in Low-income and Middle-income Countries, 2000–17: A financial modelling study', *The Lancet*, vol. 398, núm. 10314, noviembre de 2021, págs. 1875–1893, <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01591-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01591-9)>.
- 2 *Ibid.*
- 3 *Ibid.*
- 4 *Ibid.*
- 5 *Immunization Agenda 2030: Sustainable financing for immunization*, septiembre de 2020, <[www.immunizationagenda2030.org/images/documents/BL\\_S20116\\_IA\\_Global\\_strategy\\_document\\_SP\\_6\\_001.pdf](http://www.immunizationagenda2030.org/images/documents/BL_S20116_IA_Global_strategy_document_SP_6_001.pdf)>, consultado el 6 de marzo de 2023.
- 6 Kurowski, Christoph, et al., 'From Double Shock to Double Recovery: Implications and options for health financing in the time of COVID-19', Documento de debate sobre salud, nutrición y población, Banco Mundial, Washington, D.C., marzo de 2021, <<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35298>>, consultado el 6 de marzo de 2023.
- 7 *Ibid.*
- 8 Piatti-Fünfkirchen, Moritz, et al., *Budget Execution in Health: Concepts, trends and policy issues*, Banco Mundial, Washington, D.C., 2021, <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/36583/Budget-Execution-in-Health-Concepts-Trends-and-Policy-Issues.pdf?sequence=5&isAllowed=y>>, consultado el 16 de febrero de 2023.
- 9 Cho, Chloe, Jason Lakin and Ulla Griffiths, 'Underspent Immunization Budgets: A budget credibility analysis of 22 countries', Budget Brief, International Budget Partnership, Washington, D.C., 17 de diciembre de 2019, <<https://internationalbudget.org/publications/underspent-immunization-budgets-a-budget-credibility-analysis-of-22-countries/>>, consultado el 16 de febrero de 2023.
- 10 *Ibid.*
- 11 Kurowski, et al., 'From Double Shock to Double Recovery'.
- 12 *Ibid.*
- 13 Saxenian, Helen, et al., 'Sustainable Financing for Immunization Agenda 2030', *Vaccine*, [publicación anticipada en línea], 2 de diciembre de 2022, <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2022.11.037>>.
- 14 Kurowski, et al., 'From Double Shock to Double Recovery'.
- 15 *Immunization Agenda 2030: Sustainable financing for immunization*, pág. 1.
- 16 Organización Mundial de la Salud, *Global Expenditure on Health: Public spending on the rise?*, OMS, Ginebra, 2021, pág. 18, <[www.who.int/publications/i/item/9789240041219](http://www.who.int/publications/i/item/9789240041219)>, consultado el 6 de marzo de 2023.
- 17 *Ibid.*, pág. 2.
- 18 *Ibid.*, pág. 18.
- 19 Ikilezi, et al., 'Estimating Total Spending by Source of Funding on Routine and Supplementary Immunization Activities in Low-income and Middle-income Countries'.
- 20 Kurowski, Christoph, et al., *From Double Shock to Double Recovery: Implications and options for health financing in the time of COVID-19. Technical update: Old scars, new wounds*, Banco Mundial, Washington, D.C., septiembre de 2022, <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/35298/September%202022.pdf>>, consultado el 27 de febrero de 2023.
- 21 *Ibid.*
- 22 Saxenian, et al., 'Sustainable Financing for Immunization Agenda 2030'.
- 23 Hanson, Kara, et al., 'The Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care: Putting people at the centre', *The Lancet Global Health Commissions*, vol. 10, núm. 5, mayo de 2022, <[https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00005-5)>.
- 24 *Ibid.*
- 25 Kurowski, et al., 'From Double Shock to Double Recovery – Technical update 2'.
- 26 Hanson, et al., 'The Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care'.
- 27 *Ibid.*
- 28 Saxenian, et al., 'Sustainable Financing for Immunization Agenda 2030'.
- 29 *Immunization Agenda 2030: Sustainable financing for immunization*, pág. 4.
- 30 Hanson, et al., 'The Lancet Global Health Commission on Financing Primary Health Care'.
- 31 Saxenian, et al., 'Sustainable Financing for Immunization Agenda 2030'.
- 32 *Ibid.*
- 33 *Ibid.*
- 34 Saville, Melanie, et al., 'Delivering Pandemic Vaccines in 100 days – What will it take?', *The New England Journal of Medicine*, vol. 387, núm. 3, 14 de julio de 2022, art. e3, <<https://doi.org/10.1056/NEJMp2202669>>.
- 35 Alderson, Mark R., et al., 'Development Strategy and Lessons Learned for a 10-Valent Pneumococcal Conjugate Vaccine (PNEUMOSIL®)', *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, vol. 17, núm. 8, 24 de febrero de 2021, págs. 2670–2677, <<https://doi.org/10.1080/21645515.2021.1874219>>.
- 36 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Pneumonia', diciembre de 2022, <<https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/#:~:text=A%20child%20dies%20of%20pneumonia%20every%2039%20seconds&text=Pneumonia%20kills%20more%20children%20than,of%20these%20deaths%20are%20preventable>>, consultado el 7 de febrero de 2023.
- 37 Roser, Max, 'Malaria: One of the leading causes of child deaths, but progress is possible and you can contribute to it', Our World in Data, 22 de marzo de 2022, <<https://ourworldindata.org/malaria-introduction>>, consultado el 7 de febrero de 2023.
- 38 Organización Mundial de la Salud, 'La OMS recomienda una innovadora vacuna antipalúdica para los niños en riesgo', Comunicado de prensa, 6 de octubre de 2021, <[www.who.int/news/item/06-10-2021-who-recommends-groundbreaking-malaria-vaccine-for-children-at-risk](http://www.who.int/news/item/06-10-2021-who-recommends-groundbreaking-malaria-vaccine-for-children-at-risk)>, consultado el 7 de febrero de 2023.
- 39 Moorthy, Vasee, y Fred Binka, 'R21/Matrix-M: A second malaria vaccine?', *The Lancet*, vol. 397, núm. 10287, 15 de mayo de 2021, págs. 1782–1783, <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01065-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01065-5)>.
- 40 Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud, 'Global Burden of Disease Study 2017 Results', <<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>>, consultado el 20 de enero de 2023.
- 41 Shi, Ting, et al., 'Global, Regional, and National Disease Burden Estimates of Acute Lower Respiratory Infections Due to Respiratory Syncytial Virus in Young Children in 2015: A systematic review and modelling study', *The Lancet*, vol. 390, núm. 10098, 6 de julio de 2017, págs. 946–958, <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30938-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30938-8)>.
- 42 PATH, 'A Roadmap for Advancing RSV Maternal Immunization', <[www.path.org/resources/roadmap-advancing-rsv-maternal-immunization/](http://www.path.org/resources/roadmap-advancing-rsv-maternal-immunization/)>, consultado el 7 de febrero de 2023.
- 43 Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomielitis, 'nOPV2', <<https://polioeradication.org/nopv2/>>, consultado el 7 de febrero de 2023.
- 44 Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomielitis, 'cVDPV2 Outbreaks and the Type 2 Novel Oral Polio Vaccine (nOPV2)', Hoja informativa, GPEI, Ginebra, octubre de 2022, <<https://polioeradication.org/wp-content/uploads/2022/10/GPEI-nOPV2-Factsheet-EN-20221011.pdf>>, consultado el 16 de febrero de 2023.
- 45 Gavi, la Alianza para las Vacunas, 'The Vaccine Innovation Prioritisation Strategy (VIPS)', <[www.gavi.org/our-alliance/market-shaping/vaccine-innovation-prioritisation-strategy](http://www.gavi.org/our-alliance/market-shaping/vaccine-innovation-prioritisation-strategy)>, consultado el 16 de febrero de 2023.
- 46 Peyraud, Nicolas, et al., 'Potential Use of Microarray Patches for Vaccine Delivery in Low- and Middle income Countries', *Vaccine*, vol. 37, núm. 32, 26 de julio de 2019, págs. 4427–4434, <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.03.035>>.
- 47 División de Suministros de UNICEF, *Cold Chain Support Package: Procurement guidelines – Solar direct drive refrigerators and freezers*, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Copenhague, 21 de diciembre de 2020, <[www.unicef.org/supply/media/6276/file/E003-solar-direct-drive-refrigerators-freezers.pdf](http://www.unicef.org/supply/media/6276/file/E003-solar-direct-drive-refrigerators-freezers.pdf)>, consultado el 16 de febrero de 2023.
- 48 Sowe, Aley, and Maria Isabella Gariboldi, 'An Assessment of the Quality of Vaccination Data Produced Through Smart Paper Technology in The Gambia', *Vaccine*, vol. 38, no. 42, 29 September 2020, pp. 6618–6126, <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2020.07.074>>.
- 49 Bello, Isah Mohammed, et al., 'Real-time Monitoring of a Circulating Vaccine-Derived Poliovirus Outbreak Immunization Campaign Using Digital Health Technologies in South Sudan', *Pan African Medical Journal*, vol. 40, art. 200, 4 de diciembre de 2021, <<https://doi.org/10.11604/pamj.2021.40.200.31525>>.
- 50 Mvundura, Mercy, et al., 'Assessing the Incremental Costs and Savings of Introducing Electronic Immunization Registries and Stock Management Systems: Evidence from the Better Immunization Data Initiative in Tanzania and Zambia', *Pan African Medical Journal*, vol. 35, núm. 1, art. 11, 12 de febrero de 2020, <<https://doi.org/10.11604/pamj.supp.2020.35.1.17804>>.
- 51 Chandir, Subhash, et al., 'Zindagi Mehfooz (Safe Life) Digital Immunization Registry: Leveraging low-cost technology to improve immunization coverage and timeliness in Pakistan', *Iproceedings*, vol. 4, núm. 2, 17 de septiembre de 2018, art. e11770, <<https://doi.org/10.2196/11770>>.
- 52 *Ibid.*
- 53 Ali, Disha, et al., 'A Cost-Effectiveness Analysis of Traditional and Geographic Information System-Supported Microplanning Approaches

- for Routine Immunization Program Management in Northern Nigeria', *Vaccine*, vol. 38, núm. 6, 5 de febrero de 2020, págs. 1408–1415, <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2019.12.002>>.
- 53 Iniciativa Mundial de Erradicación de la Poliomielitis, 'Innovative Digital Technologies Bridge Gaps in the Polio Response and Beyond', reportaje, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, agosto de 2022, <<https://polioeradication.org/news-post/innovative-digital-technologies-bridge-gaps-in-the-polio-response-and-beyond/>>, consultado el 16 de febrero de 2023.
- 54 Ali, et al., 'A Cost-Effectiveness Analysis of Traditional and Geographic Information System-Supported Microplanning Approaches for Routine Immunization Program Management in Northern Nigeria'.
- 55 Oteri, Joseph, et al., 'Application of the Geographic Information System (GIS) in Immunisation Service Delivery; Its use in the 2017/2018 measles vaccination campaign in Nigeria', *Vaccine*, vol. 39, suplemento. 3, 17 de noviembre de 2021, págs. C29–C37, <<https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2021.01.021>>.
- 56 Jusril, Hafizah, et al., 'Digital Health for Real-Time Monitoring of a National Immunisation Campaign in Indonesia: A large-scale effectiveness evaluation', *BMJ Open*, vol. 10, núm. 12, diciembre de 2020, art. e038282, <<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038282>>.
- 57 Saha, Somen, y Zahiruddin Syed Quazi,, 'Does Digitally Enabling Frontline Health Workers Improve Coverage and Quality of Maternal and Child Health Services? Findings from a mixed methods evaluation of TECHO+ in Gujarat', *Frontiers in Public Health*, vol. 10, 22 de julio de 2022, art. 856561, <<https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.856561>>.
- 58 Yadav, Poonam, et al., 'The Impact of Mobile Health Interventions on Antenatal and Postnatal Care Utilization in Low- and Middle-Income Countries: A meta-analysis', *Cureus*, vol. 14, núm. 1, art. e21256, 14 de enero de 2022, págs. 4, 7, <<https://doi.org/10.7759/cureus.21256>>.
- 59 Mahanubhav, Damini S., et al., 'Impact of Electronic Vaccine Intelligence Network Application Used in Immunization Sessions in Pune City', *International Journal of Community Medicine and Public Health*, vol. 9, núm. 1, 27 de diciembre de 2021, art. 130, <<https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20214857>>.
- 60 Lutukai, Mercy, et al., 'Using Data to Keep Vaccines Cold in Kenya: Remote temperature monitoring with data review teams for vaccine management', *Global Health: Science and Practice*, vol. 7, núm. 4, 23 de diciembre de 2019, págs. 585–597, <<https://doi.org/10.9745/GHSP-D-19-00157>>.
- 61 Lamanna, Camillo, y Lauren Byrne, 'A Pilot Study of a Novel, Incentivised mHealth Technology to Monitor the Vaccine Supply Chain in Rural Zambia', *Pan African Medical Journal*, vol. 33, 2019, art. 50, <<https://doi.org/10.11604/pamj.2019.33.50.16318>>.
- 62 Mahanubhav, et al., 'Impact of Electronic Vaccine Intelligence Network Application Used in Immunization Sessions in Pune City'.
- 63 Gavi, la Alianza para las Vacunas, 'Gavi Sets Course to Support Sustainable Vaccine Manufacturing in Africa with New Action Plan in Support of the African Union's 2040 Vision', noticia, 3 de noviembre de 2022, <[www.gavi.org/news/media-room/gavi-sets-course-support-sustainable-vaccine-manufacturing-africa-new-action-plan](http://www.gavi.org/news/media-room/gavi-sets-course-support-sustainable-vaccine-manufacturing-africa-new-action-plan)>, accessed 16 February 2023.
- 64 Organización Panamericana de la Salud, "Productores latinoamericanos completan primera capacitación en tecnología de ARNm para mejorar la producción regional de vacunas", noticia, 24 de marzo de 2022, <[www.paho.org/en/news/24-3-2022-latin-american-manufacturers-complete-first-training-mrna-technology-bid-improve](http://www.paho.org/en/news/24-3-2022-latin-american-manufacturers-complete-first-training-mrna-technology-bid-improve)>, consultado el 16 de febrero de 2023.
- Anon., 'mRNA Made in Africa', noticias breves, *Nature Biotechnology*, vol. 40, art. 284, 16 de marzo de 2022, <<https://doi.org/10.1038/s41587-022-01268-4>>.

## Capítulo 6

- Equity Reference Group for Immunization, *ERG: Equity Reference Group for Immunization* [informe de promoción], n.d., <[https://drive.google.com/file/d/1VpuVX85RWd\\_vg6FJ4lcmCnPOYJp1AhuM/view](https://drive.google.com/file/d/1VpuVX85RWd_vg6FJ4lcmCnPOYJp1AhuM/view)>, consultado el 23 de febrero de 2023.
- Wigley, Adelle, et al., 'Estimates of the Number and Distribution of Zero-Dose and Under-Immunised Children Across Remote-Rural, Urban, and Conflict-Affected Settings in Low and Middle-Income Countries', *PLoS Global Public Health*, vol. 2, núm. 10, 26 de octubre de 2022, art. e0001126, pág. 4, <<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001126>>.

# Tablas estadísticas

Las tablas estadísticas de este informe presentan las estadísticas fundamentales más recientes sobre la supervivencia, el desarrollo y la protección de la infancia en los países, zonas y regiones del mundo. Sirven de apoyo al enfoque de UNICEF en torno a los progresos y los resultados de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente y los pactos sobre los derechos y el desarrollo de la infancia y las mujeres.

# Notas generales a los datos

## Fuentes de los datos

Los datos que figuran en las siguientes tablas estadísticas se derivan de las bases de datos mundiales de UNICEF y están acompañados de definiciones, fuentes y notas a pie de página adicionales cuando se considera necesario. Los datos de los indicadores se basan en estimaciones interinstitucionales y encuestas nacionales representativas en los hogares como las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y las Encuestas de Demografía y Salud (DHS). Además, se han utilizado datos de fuentes administrativas y de otras organizaciones de las Naciones Unidas. Al final de cada tabla se proporciona más información sobre las fuentes de los datos.

Los indicadores demográficos y muchos de los indicadores relacionados con la población que aparecen en estas tablas se basan en las últimas estimaciones y predicciones de la revisión de 2022 de *Perspectivas de la población mundial* y *Perspectivas de la urbanización mundial: revisión de 2018*, publicados por la División de Población de las Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Estos datos se ajustaron sobre la base de la revisión de 2022 de *Perspectivas de la población mundial*. Es posible que en los países que hayan sufrido hace poco desastres naturales o conflictos, especialmente allí donde se haya producido una fragmentación en las infraestructuras básicas o se hayan registrado importantes movimientos demográficos, este hecho haya afectado negativamente la calidad de los datos.

UNICEF apoya a los países en la recopilación y el análisis de los datos para supervisar la situación de los niños y las mujeres por medio de MICS, su iniciativa internacional de encuestas en los hogares. Desde 1995 se han realizado alrededor de 349 encuestas en más de 118 países y zonas. Las encuestas MICS son la principal fuente de datos para medir los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y configurar las políticas gubernamentales, así como los programas en todo el mundo. Hay más información disponible en [mics.unicef.org](http://mics.unicef.org).

## Agregados regionales y mundiales

A menos que se indique lo contrario, los agregados regionales y mundiales de los indicadores se generaron como promedios ponderados de población utilizando datos de la revisión de 2022 de *Perspectivas de la población mundial*. Se ajustan a los grupos de edad y sexo pertinentes para cada indicador. Por ejemplo, el indicador del número total de nacidos vivos se basa en promedios de población no ponderados y el indicador del número de mujeres de 15 a 49 años de edad con anemia materna se basa en promedios de población ponderados. A menos que se indique lo contrario, las estimaciones mundiales y regionales solo se comunican para los indicadores con una cobertura de datos a nivel de población de al menos el 50%.

## Datos desagregados

La crisis de la COVID-19 ha destacado la importancia de los datos desagregados para comprender los efectos sanitarios y socioeconómicos diferenciales de la pandemia en las mujeres y los niños, que han exacerbado las disparidades y la discriminación arraigadas a escala estructural. Más allá de la crisis, los datos desagregados de alta calidad, comparables y oportunos, así como los datos desagregados

simultáneamente en más de una dimensión, son esenciales a fin de identificar los grupos prioritarios para diversos tipos de intervenciones y para cumplir el mandato de la Agenda de Desarrollo Sostenible para 2030 de no dejar a nadie atrás.

Para recopilar y analizar los datos desagregados se utilizan diferentes fuentes de datos, como las encuestas de hogares, los registros vitales y los registros administrativos. Aunque las limitaciones de espacio no permiten presentar estos datos de manera completa en las siguientes tablas estadísticas, se han hecho esfuerzos para presentar datos desagregados de acuerdo con dimensiones clave, como el sexo, la edad, la residencia y la situación económica. Dado el compromiso fundamental de UNICEF con la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas, en las tablas estadísticas se da prioridad a la presentación de datos desagregados por sexo, cuando están disponibles, excepto en los casos en que no se observan diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas para un indicador determinado en la mayoría de los países. En estos casos, los datos desagregados por sexo están disponibles en línea en [data.unicef.org](http://data.unicef.org). Para más información sobre el desglose de los indicadores individuales, consulte las notas a pie de página que aparecen debajo de las tablas estadísticas.

## Comparabilidad de los datos

Se han realizado esfuerzos para maximizar la comparabilidad de las estadísticas entre países y a lo largo del tiempo. No obstante, los datos utilizados a nivel de país pueden diferir en cuanto a los métodos utilizados para recopilar los datos o para llegar a las estimaciones, y en cuanto a las poblaciones que se incluyen. Además, los datos que aquí se presentan están sujetos a la evolución de las metodologías, las revisiones de los datos de las series cronológicas (por ejemplo, la inmunización y las tasas de mortalidad materna) y los cambios en las clasificaciones regionales. Además, no se dispone de datos comparables de un año a otro para algunos indicadores. Por lo tanto, no es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la Infancia*.

## Más información metodológica

Los datos presentados en las siguientes tablas estadísticas reflejan generalmente la información recopilada y actualizada de enero a julio de 2022, con una hora límite específica asociada con los indicadores individuales descritos en la sección "principales fuentes de datos" que se encuentran debajo de cada tabla. El sello de la fecha de la "última actualización" refleja cuándo se recopilaron y actualizaron los datos como parte de las consultas nacionales o de los procesos interinstitucionales que son específicos para cada tema.

Se invita a los lectores interesados a visitar [data.unicef.org](http://data.unicef.org) para conocer los detalles metodológicos de los indicadores y estadísticas.

Los datos presentados en las tablas están disponibles en línea en <https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children> y en [www.data.unicef.org](http://www.data.unicef.org). Sírvase consultar estos sitios web para obtener los datos más recientes y las actualizaciones o correcciones posteriores a la impresión.

## Estimaciones de mortalidad en la infancia

La mortalidad de menores de cinco años se utiliza como indicador principal del progreso en materia de bienestar infantil. A continuación se muestran las tasas de mortalidad y las muertes de menores de cinco años por región de UNICEF.

### Tasa de mortalidad de menores de cinco años (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)

Región de UNICEF	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2021
África Subsahariana	201	190	179	170	151	124	102	87	73
África Occidental y Central	217	205	197	187	168	142	121	107	91
África Oriental y Meridional	187	176	163	154	135	106	81	65	53
América del Norte	15	12	11	9	8	8	7	7	6
América Latina y Caribe	85	68	55	43	33	26	23	18	16
Asia Meridional	173	151	130	112	93	77	62	49	37
Asia Oriental y Pacífico	73	62	57	49	39	29	22	17	15
Europa y Asia Central	43	37	31	28	21	16	12	10	8
Europa del Este y Asia Central	65	54	47	45	35	25	18	14	11
Europa Occidental	16	13	10	8	6	5	4	4	4
Oriente Medio y Norte de África	125	87	66	54	43	34	27	25	22
Países menos desarrollados	213	195	176	158	136	109	89	74	63
<b>Mundo</b>	<b>118</b>	<b>104</b>	<b>93</b>	<b>87</b>	<b>76</b>	<b>63</b>	<b>51</b>	<b>43</b>	<b>38</b>

### Muertes de menores de cinco años (miles)

Región de UNICEF	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2021
África Subsahariana	3.473	3.734	3.925	4.112	4.032	3.700	3.379	3.136	2.904
África Oriental y Meridional	1.679	1.822	1.885	1.923	1.827	1.586	1.336	1.135	1.010
África Occidental y Central	1.794	1.912	2.040	2.188	2.205	2.114	2.042	2.001	1.894
América del Norte	56	50	49	40	36	35	32	29	25
América Latina y el Caribe	957	794	650	507	382	288	244	195	155
Asia Meridional	5.702	5.384	4.875	4.299	3.667	3.011	2.367	1.794	1.287
Asia Oriental y Pacífico	2.613	2.372	2.379	1.685	1.228	880	695	544	370
Europa y Asia Central	565	486	394	310	218	159	132	108	78
Europa del Este y Asia Central	468	413	337	270	188	134	109	89	61
Europa Occidental	97	73	58	40	30	26	23	20	17
Oriente Medio y Norte de África	927	725	560	440	340	285	259	265	214
Países menos desarrollados	3.725	3.787	3.703	3.605	3.345	2.898	2.527	2.251	2.079
<b>Mundo</b>	<b>14.295</b>	<b>13.545</b>	<b>12.832</b>	<b>11.393</b>	<b>9.903</b>	<b>8.357</b>	<b>7.109</b>	<b>6.070</b>	<b>5.034</b>

Fuente: Grupo Interinstitucional para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez (IGME) 2023.

## Clasificaciones regionales

Los agregados presentados al final de cada una de las 18 tablas estadísticas se calculan utilizando datos de países y zonas tal como se clasifican a continuación.

### Asia Oriental y el Pacífico

Australia; Brunei Darussalam; Camboya; China; Estados Federados de Micronesia; Fiji; Filipinas; Indonesia; Islas Cook; Islas Marshall; Islas Salomón; Japón; Kiribati; Malasia; Mongolia; Myanmar; Nauru; Niue; Nueva Zelanda; Palau; Papua Nueva Guinea; República de Corea; República Democrática Popular de Corea; República Democrática Popular Lao; Samoa; Singapur; Tailandia; Timor-Leste; Tokelau; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam.

### Europa y Asia Central

Europa Oriental y Asia Central; Europa Occidental.

### Europa Oriental y Asia Central

Albania; Armenia; Azerbaiyán; Belarús; Bosnia y Herzegovina; Bulgaria; Croacia; Federación de Rusia; Georgia; Kazajstán; Kirguistán; Montenegro; República de Moldova; Rumania; Serbia; Tayikistán; Türkiye; Turkmenistán; Ucrania; Uzbekistán.

### Europa Occidental

Alemania; Andorra; Austria; Bélgica; Chipre; Chequia; Dinamarca; Eslovaquia; Eslovenia; España; Estonia; Finlandia; Francia; Grecia; Hungría; Islandia; Irlanda; Italia; Letonia; Liechtenstein; Lituania; Luxemburgo; Malta; Mónaco; Países Bajos; Noruega; Polonia; Portugal; Reino Unido; San Marino; Santa Sede; Suecia; Suiza.

### América Latina y el Caribe

Anguilla; Antigua y Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Belice; Bolivia (Estado Plurinacional de); Brasil; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Dominica; Ecuador; El Salvador; Granada; Guatemala; Guyana; Haití; Honduras; Islas Turcos y Caicos; Islas Vírgenes Británicas; Jamaica; México; Nicaragua; Panamá; Paraguay; Perú; República Dominicana; San Kitts y Nevis; Santa Lucía; San Vicente y las Granadinas; Suriname; Trinidad y Tabago; Uruguay; Venezuela (República Bolivariana de).

### Oriente Medio y Norte de África

Arabia Saudita; Argelia; Bahrein; Egipto; Emiratos Árabes Unidos; Estado de Palestina; Irán (República Islámica del); Iraq; Israel; Jordania; Kuwait; Líbano; Libia; Marruecos; Omán; Qatar; República Árabe Siria; Sudán; Túnez; Yemen.

### América del Norte

Canadá; Estados Unidos de América.

### Asia Meridional

Afganistán; Bangladesh; Bhután; India; Maldivas; Nepal; Pakistán; Sri Lanka.

### África Subsahariana

África oriental y meridional; África occidental y central.

### África Oriental y Meridional

Angola; Botswana; Burundi; Comoras; Djibouti; Eritrea; Eswatini; Etiopía; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauricio; Mozambique; Namibia; República Unida de Tanzania; Rwanda; Seychelles; Somalia; Sudáfrica; Sudán; Sudán del Sur; Uganda; Zambia; Zimbabwe.

### África Occidental y Central

Benin; Burkina Faso; Camerún; Cabo Verde; Chad; Congo; Côte d'Ivoire; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Gabón; Gambia; Ghana; Liberia; Malí; Mauritania; Níger; Nigeria; República Centroafricana; República Democrática del Congo; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Sierra Leona; Togo.

### Países y zonas menos adelantados

[Clasificados como tales por el Alto Representante de las Naciones Unidas para los Países Menos Adelantados, los Países en Desarrollo sin Litoral y los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo]. Afganistán; Angola; Bangladesh; Benin; Bhután; Burkina Faso; Burundi; Camboya; Cabo Verde; Chad; Comoras; Djibouti; Eritrea; Etiopía; Gambia; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Haití; Islas Salomón; Kiribati; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Maldivas; Malí; Mauritania; Mozambique; Myanmar; Nepal; Níger; República Centroafricana; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República Unida de Tanzania; Rwanda; Samoa; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Sierra Leona; Somalia; Sudán; Sudán del Sur; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Yemen; Zambia.



# Notas sobre tablas específicas

## **TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS**

En la tabla de datos demográficos figuran indicadores seleccionados sobre alguna de la información demográfica más importante de cada población, incluida la población total y el total de la población desagregada por edad, así como las tasas de crecimiento demográfico anual. El número anual de nacimientos depende tanto del tamaño de la población como de la fecundidad actual. La tasa total de fecundidad permite comparar los niveles de fecundidad a nivel internacional. Un nivel total de fecundidad de 2,1 se denomina “nivel de reemplazo” y representa un nivel en el que la población seguiría siendo la misma a largo plazo. La esperanza de vida al nacer es una medida del estado de salud y del desarrollo de una población y sigue aumentando en casi todos los países. La relación de dependencia es la relación entre la población que no se encuentra en edad de trabajar (es decir, la población económicamente “dependiente”) y la población en edad de trabajar (con edades comprendidas entre los 15 y los 64 años). Esta relación puede dividirse en una relación de dependencia infantil (relación entre los niños menores de 15 años y la población en edad de trabajar) y una relación de dependencia de la tercera edad (relación entre la población de 65 años y más, y la población en edad de trabajar). La relación de dependencia total suele tener forma de U a lo largo del tiempo, lo que refleja una estructura de edad cambiante como resultado de la transición demográfica. Esto puede entenderse como la combinación de tendencias opuestas en las relaciones de dependencia infantil y de tercera edad. Por ejemplo, la disminución de la fecundidad conduce a una disminución de la proporción de niños en la población y, por tanto, a una disminución de la relación de dependencia infantil. El aumento de la esperanza de vida (como una consecuencia de la disminución de la mortalidad) conducirá a que haya una mayor proporción de personas mayores y, por tanto, a un aumento de la relación de dependencia de la tercera edad.

La proporción de la población urbana y la tasa anual de crecimiento de la población urbana describen el estado y las dinámicas del proceso de urbanización. La tasa neta de migración se refiere a la diferencia entre el número de inmigrantes y el número de emigrantes; un país/zona con más inmigrantes que emigrantes muestra un valor positivo, mientras que un país con menos inmigrantes que emigrantes muestra un valor negativo. Todos los indicadores demográficos se basan en la revisión de 2022 de *Perspectivas de la población mundial*. Los agregados regionales se basan en todos los países y zonas asociados a la región respectiva, incluso aunque no estén incluidos entre los 202 países informantes. Por lo tanto, la población mundial de menores de 18 años notificada, por ejemplo, es mayor que la suma de los valores de los países presentados.

## **TABLA 2. MORTALIDAD EN LA INFANCIA**

Todos los años, UNICEF presenta en el *Estado Mundial de la Infancia* una serie de estimaciones de la mortalidad en la infancia. Estas cifras representan las mejores estimaciones disponibles en el momento de la impresión y se basan en la labor del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (IGME), que incluye a UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Grupo Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Las estimaciones de mortalidad

del IGME se actualizan anualmente mediante un examen detallado de todos los datos recientemente disponibles, lo que da lugar a cambios en las estimaciones comunicadas anteriormente. En consecuencia, las ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la Infancia* no deben utilizarse para analizar las tendencias de la mortalidad a lo largo del tiempo. Los indicadores de mortalidad específicos de cada país, basados en las estimaciones más recientes del IGME, se presentan en la Tabla 2 y están disponibles en <[data.unicef.org/child-mortality/under-five](https://data.unicef.org/child-mortality/under-five)> y <[www.childmortality.org](http://www.childmortality.org)>, junto con otras notas metodológicas.

## **TABLA 3. SALUD MATERNA Y NEONATAL**

La tabla de salud materna y neonatal incluye una combinación de indicadores demográficos y de la cobertura de las intervenciones. Los indicadores demográficos consisten en la esperanza de vida de las mujeres, la tasa de natalidad de las adolescentes y las estimaciones de la mortalidad materna, incluidos el número de defunciones maternas, la tasa de mortalidad materna y el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida.

El indicador de la esperanza de vida proviene de la División de Población de las Naciones Unidas. Los datos de mortalidad materna son estimaciones generadas por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (IGME), que incluye la OMS, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Las estimaciones de mortalidad del IGME se actualizan periódicamente mediante un examen detallado de todos los nuevos datos disponibles. Este proceso da lugar a menudo a que se produzcan ajustes en las estimaciones comunicadas anteriormente. En consecuencia, las ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la Infancia* no deben utilizarse para analizar las tendencias de la mortalidad materna a lo largo del tiempo.

La cobertura abarca indicadores de planificación familiar, atención prenatal, atención durante el parto y atención postnatal para la madre y el bebé. Los datos para estos indicadores provienen de los programas nacionales de encuestas de hogares, como las DHS y las MICS, y otras encuestas centradas en la salud reproductiva. Las estimaciones regionales y mundiales se calculan utilizando un método de media ponderada. Las variables utilizadas para la ponderación son específicas de cada indicador y se aplican a cada país. Se ajustan a la población objetivo que resulta apropiada para cada indicador (el denominador) y se derivan de la última edición de *Perspectivas de la población mundial*. Para el cálculo de los agregados regionales y mundiales solo se utilizaron los datos más recientes de 2016-2021 para cada país.

En esta tabla se ha incorporado el subíndice de cobertura de servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, que es un componente del Índice de Cobertura Sanitaria Universal. Se define como la cobertura media de servicios esenciales basada en ocho indicadores de seguimiento relacionados con intervenciones en las esferas de la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. El índice se calcula como una media ponderada de los indicadores incluidos y se presenta en una escala de 0 a 100.

## TABLA 4. SALUD INFANTIL

La tabla de salud infantil incluye un conjunto de indicadores que reflejan la información sobre la cobertura de las intervenciones eficaces realizadas a los niños menores de 5 años y a nivel de los hogares. Estos incluyen una serie de indicadores de inmunización (que se describen a continuación) e indicadores sobre las intervenciones para la prevención o el tratamiento de la neumonía, la diarrea y el paludismo (las tres principales causas de muerte de los niños de corta edad). Las principales fuentes de datos para los indicadores de prevención y tratamiento de las enfermedades infantiles son las encuestas de hogares representativas a nivel nacional, como las DHS, las MICS y la Encuesta de indicadores del paludismo. Las estimaciones regionales y mundiales se calculan utilizando un método de media ponderada. Las variables utilizadas para la ponderación son específicas de cada indicador y se aplican a cada país. Se ajustan a la población objetivo que resulta apropiada para cada indicador (el denominador) y se derivan de la última edición de las *Perspectivas de la población mundial*. Para calcular las estimaciones regionales y mundiales solo se utilizaron los datos más recientes de 2016 a 2021 para cada país. Para los indicadores que capturan información sobre los hogares, se utilizó la población total.

### Inmunización

La tabla de salud infantil presenta las estimaciones de la OMS y UNICEF sobre la cobertura nacional de inmunización. Desde el año 2000, estas estimaciones se han actualizado anualmente en julio, tras un proceso de consulta durante el cual se proporciona a los países borradores de informes para que los examinen y formulen observaciones. A medida que se incorporan nuevos datos empíricos al proceso de generación de las estimaciones, las estimaciones revisadas sustituyen a las anteriores. Los niveles de cobertura de revisiones anteriores no son comparables. En [data.unicef.org/child-health/immunization](https://data.unicef.org/child-health/immunization) es posible encontrar una explicación más detallada del proceso. Los promedios regionales para los seis antígenos registrados se calculan de la siguiente manera: para la vacuna antituberculosa (BCG), los promedios regionales incluyen solo aquellos países donde la BCG está incluida en el calendario sistemático de vacunación nacional. Para las vacunas DPT y VPC y las vacunas contra la poliomielitis, el sarampión, la hepatitis B, el Hib y el rotavirus, los promedios regionales incluyen todos los países, ya que estas vacunas están universalmente recomendadas por la OMS. Para la protección al nacer contra el tétanos, los promedios regionales incluyen solo los países donde el tétanos materno y neonatal es endémico.

## TABLA 5. SALUD DE LOS ADOLESCENTES

En esta tabla figura un conjunto de indicadores clave relacionados con la mortalidad de los adolescentes, la salud de los adolescentes y su bienestar. Los indicadores de mortalidad incluyen la tasa de mortalidad de adolescentes de 10 a 19 años, el número de muertes de adolescentes, así como la tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de adolescentes para el período de 2000-2020. Los indicadores de salud de la reproducción presentados en esta tabla incluyen la tasa de natalidad de adolescentes (para grupos de edad de 10 a 14 años y de 15 a 19 años), la maternidad temprana (que se refiere a las mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18 años) y la demanda de planificación familiar satisfecha con

métodos modernos entre las adolescentes de 15 a 19 años. Para las adolescentes de 15 a 19 años se presentan los siguientes indicadores de salud materna: Atención prenatal de al menos cuatro visitas e indicadores de atención obstétrica que incluyan asistencia cualificada en el parto, partos en instituciones y nacimientos por cesárea. Para las enfermedades no transmisibles se presentan los siguientes factores de riesgo: consumo de alcohol entre los adolescentes de 15 a 19 años, consumo de tabaco entre los adolescentes de 13 a 15 años y actividad física insuficiente entre los adolescentes escolarizados de 11 a 17 años. Aunque la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) puede beneficiar a niños y niñas por igual, normalmente se presenta para las niñas que recibieron la última dosis de la vacuna contra el VPH según el calendario nacional. La OMS/ UNICEF elaboran dos indicadores principales de cobertura para la vacunación contra el VPH. Uno es la cobertura de rendimiento del programa de vacunación contra el VPH, que describe la cobertura de vacunación según el calendario nacional y los criterios de elegibilidad del programa para cada año civil (población objetivo del programa hasta los 14 años de edad). La segunda describe la cobertura de vacunación contra el VPH antes de los 15 años de edad, y representa la proporción de la población que cumple 15 años en el año del informe y que ha sido vacunada contra el VPH en cualquier momento entre los 9 y los 14 años, así como en cualquier momento hasta el año civil en cuestión. Los datos se comunican siempre a nivel nacional y no necesariamente muestran diferencias a nivel subnacional. Ambos indicadores se calculan para la primera dosis (VPH1) y el calendario completo recomendado (VPHc), y también por sexo. En el caso de las vacunas actualmente comercializadas, el calendario depende de la edad. La recomendación general es un esquema de 2 dosis, con las dosis espaciadas un mínimo de seis meses para los individuos menores de 15 años desde el momento de la primera dosis. Mientras tanto, se recomienda un esquema de tres dosis (a los 0, 1-2 y 6 meses) para individuos de 15 años o más, o que estén inmunocomprometidos o tengan una infección por VIH. Para establecer los denominadores, la metodología utiliza por defecto las estimaciones por países de la División de Población de las Naciones Unidas. Para hacer frente a las diferentes formas en que los países establecen y cambian los criterios de elegibilidad a lo largo del tiempo, se utiliza un proceso de normalización para convertir la elegibilidad en denominadores. Esto incluye convertir la elegibilidad del grado escolar en cohortes de población y abordar la elegibilidad de múltiples cohortes (cambios) a lo largo del tiempo. Para obtener más detalles, véase: Laia Bruni et al., *Preventive Medicine*, [doi.org/10.1016/j.jpmed.2020.106399](https://doi.org/10.1016/j.jpmed.2020.106399).

En la edición actual de esta tabla se han añadido dos nuevos indicadores: la tasa de natalidad entre las adolescentes de 10 a 14 años, procedente de la División de Población de las Naciones Unidas, y el porcentaje de adolescentes y mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) que toman sus propias decisiones con conocimiento de causa en lo que respecta a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención a la salud reproductiva, procedente de encuestas en los hogares. Este último indicador se define como el porcentaje de adolescentes y mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) que toman sus propias decisiones en las tres esferas seleccionadas. Es decir, (1) deciden por sí mismas en materia de atención sanitaria, ya sea solas o conjuntamente con sus esposos o compañeros, (2) deciden si deben utilizar métodos anticonceptivos o no, ya sea solas o conjuntamente con sus esposos o compañeros, y (3) pueden negarse a mantener relaciones sexuales con su

esposo o compañero. Cuando se cumplen los tres criterios, se considera que una niña adolescente o una mujer joven tiene autonomía en la toma de decisiones sobre salud reproductiva y está capacitada para ejercer sus derechos reproductivos.

## **TABLAS 6 y 7. VIH/Sida**

En 2022, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) presentó nuevas estimaciones sobre el VIH y el sida a escala mundial para 2021 que reflejaban las estimaciones epidemiológicas más actualizadas. Las estimaciones reflejaban también los datos de cobertura con la terapia antirretroviral (ART), la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo y el diagnóstico infantil temprano para el VIH. Las estimaciones se basan en las informaciones científicas disponibles más actuales y en las directrices del programa de la OMS. Estas directrices han mejorado las suposiciones sobre la probabilidad de transmisión del VIH de la madre al niño, la fertilidad entre las mujeres por edad y el estado serológico del VIH, las tasas netas de supervivencia de los niños infectados por el VIH y más. Sobre la base de esta metodología refinada, ONUSIDA ha generado retrospectivamente nuevas estimaciones para la prevalencia de VIH, el número de personas que viven con VIH y aquellas que requieren tratamiento, las muertes relacionadas con el sida, las nuevas infecciones, y otras tendencias importantes de la epidemia del VIH.

Los indicadores más importantes sobre la respuesta al VIH entre los niños se dividen en dos tablas:

Tabla 6. Epidemiología del VIH/sida y Tabla 7. Cobertura de las intervenciones en materia de VIH/sida.

### **Epidemiología**

La Tabla 6 incluye indicadores clave que se utilizan para medir las tendencias de la epidemia del VIH. Los datos están desagregados por grupos de edad de 10 años, ya que se supone que todos los niños que viven con el VIH menores de 10 años están infectados por la transmisión de madre a hijo. Además, la categoría de los niños de 10 a 19 años que viven con el VIH incluye las nuevas infecciones por el VIH que se producen por transmisión sexual y consumo de drogas inyectables, dependiendo del contexto del país. Debido a la considerable disparidad de género entre los adolescentes, evidente en las tendencias de la epidemia del VIH y en la respuesta programática, ahora se incluyen datos desagregados por sexo para todos los indicadores epidemiológicos del VIH/sida. Para que sea posible realizar una mejor comparación entre países y regiones, el indicador sobre el número de nuevas infecciones por el VIH ha sido sustituido por la incidencia del VIH por cada 1.000 personas no infectadas. Del mismo modo, el número de muertes relacionadas con el sida se ha sustituido por la mortalidad relacionada con el sida por cada 100.000 habitantes. Estos dos indicadores proporcionan medidas relativas de las nuevas infecciones por el VIH y de las muertes relacionadas con el sida y demuestran con mayor precisión el impacto de la respuesta al VIH.

### **Intervenciones**

La Tabla 7 incluye indicadores sobre intervenciones esenciales en la respuesta al VIH para los niños. Estos indicadores de la cobertura han sido revisados en ediciones anteriores del *Estado Mundial de la Infancia* para reflejar mejor los

avances en los programas y políticas actuales sobre el VIH/sida. Por ejemplo, el indicador para el diagnóstico temprano del VIH en los lactantes recopila información sobre el porcentaje de lactantes expuestos al VIH que fueron sometidos a la prueba del VIH en los dos meses siguientes al nacimiento. Todos los indicadores de la cobertura se calculan a partir de los datos más recientes y fiables disponibles de las encuestas basadas en la población y las estadísticas de los servicios de los programas.

Cada indicador de la cobertura se agrega a nivel regional o mundial utilizando un promedio ponderado por población. Debido a la escasez de datos, los indicadores de las encuestas basadas en la población solo se agregan si los datos en esa esfera representan por lo menos el 50% de la población adolescente.

## **TABLAS 8 Y 9. NUTRICIÓN**

La tabla 8 incluye estimaciones de la malnutrición al nacer entre los niños en edad preescolar, la malnutrición entre los niños en edad escolar y las mujeres en edad reproductiva, así como la cobertura de los programas de pesaje al nacer y de micronutrientes esenciales. La tabla 9 incluye las prácticas de alimentación de los lactantes y los niños pequeños.

Las estimaciones sobre el bajo peso al nacer, el retraso del crecimiento y el sobrepeso entre los niños en edad preescolar, la delgadez y el sobrepeso entre los niños en edad escolar, y la insuficiencia ponderal y la anemia de las madres proceden de modelos nacionales. Por esta razón, pueden ser diferentes de las estimaciones comunicadas por las encuestas o de los datos administrativos agregados. Para todos los demás indicadores, cuando se disponía de datos brutos, las estimaciones a nivel de país se volvieron a analizar para que se ajustaran a las definiciones y los métodos de análisis estándar y, por lo tanto, pueden diferir de los valores comunicados por la encuesta.

### **Bajo peso al nacer**

Las estimaciones se basan en métodos actualizados hasta 2019. Por lo tanto, es posible que las estimaciones nacionales, regionales y mundiales no sean comparables con las publicadas en ediciones del *Estado Mundial de la Infancia* anteriores a 2019.

### **Sin pesar al nacer**

Este indicador representa el porcentaje de nacimientos para los que no se dispone de datos sobre el peso al nacer. Para obtener más información, sírvase visitar: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/low-birthweight/>.

### **Retraso del crecimiento y sobrepeso**

UNICEF, la OMS y el Banco Mundial han seguido armonizando el conjunto de datos nacionales de las estimaciones de retraso del crecimiento y sobrepeso procedentes de las encuestas de hogares. A partir de 2021, estos datos se han utilizado para generar estimaciones modeladas por países. UNICEF, la OMS y el Banco Mundial han pasado de utilizar las estimaciones de las encuestas para representar la prevalencia de los países a utilizar estimaciones modeladas a nivel de país para el retraso del crecimiento y el sobrepeso. La metodología se basa en el enfoque actualizado descrito en una publicación de la OMS, UNICEF y el Banco Mundial

titulada *Levels and Trends in Child Malnutrition: Key findings*, de la edición de 2021 de las estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil. Las notas técnicas del documento de referencia para las consultas nacionales se encuentran en: <<https://data.unicef.org/resources/jme-2021-country-consultations/>>. Las cifras regionales y mundiales de retraso del crecimiento y sobrepeso son promedios ponderados por población de las estimaciones modeladas del país.

### **Emaciación y emaciación grave**

Las estimaciones basadas en las encuestas de hogares se utilizan para informar sobre la prevalencia en los países. UNICEF, la OMS y el Banco Mundial han seguido armonizando el conjunto de datos de los países sobre las estimaciones de la emaciación y la emaciación grave procedentes de las encuestas de hogares, que se utilizan para generar promedios regionales y mundiales, utilizando un modelo descrito por M. de Onis et al., en "Methodology for Estimating Regional and Global Trends of Child Malnutrition", *International Journal of Epidemiology*, 33, 2004, págs. 1260-1270. Para el retraso del crecimiento, el sobrepeso, la emaciación y la emaciación grave, cada dos años se publican nuevas estimaciones de series temporales, que sustituyen a todas las anteriores y no deben compararse.

### **Suplementos de vitamina A**

Al hacer hincapié en la importancia de que los niños reciban dos dosis elevadas de suplementos de vitamina A anualmente (espaciadas entre 4 y 6 meses), este informe solo presenta una estimación de la cobertura completa de los suplementos de vitamina A. En ausencia de un método directo para medir este indicador, la cobertura completa se presenta como la estimación de la cobertura más baja del semestre 1 (enero-junio) y del semestre 2 (julio-diciembre), en un año determinado. Las estimaciones sobre cada semestre se pueden encontrar en <<https://data.unicef.org/topic/nutrition/vitamin-a-deficiency/>>. Los agregados regionales y mundiales están compuestos por los 62 países indicados como prioritarios para los programas nacionales. Por lo tanto, los agregados regionales se publican en forma de casos cuando se ha cumplido al menos el 50% de la cobertura de población para los países prioritarios de cada región y cuando hay por los menos cinco países prioritarios en la región. En otras palabras, no se muestran las estimaciones para América Latina y el Caribe o Europa del Este y Asia Central porque cada una de estas regiones tiene solo dos países prioritarios.

### **Malnutrición entre los niños en edad escolar**

Los indicadores que figuran en este título reflejan la importancia de poner fin a la malnutrición entre los niños de todas las edades. Las estimaciones nacionales de malnutrición entre los niños en edad escolar se basan en la NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), "Worldwide Trends in Body-Mass Index, Underweight, Overweight, and Obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2,416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults", *The Lancet*, vol. 390, no. 10113, 2017, págs. 2627-2642.

### **Mujeres de 18 años o más con insuficiencia ponderal**

Este indicador refleja la importancia de la malnutrición materna si se quiere eliminar la malnutrición entre los niños. Las estimaciones de los países para las mujeres

con insuficiencia ponderal se basan en la NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), "Worldwide Trends in Body-Mass Index, Underweight, Overweight, and Obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2,416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults", *The Lancet*, vol. 390, no. 10113, 2017, págs. 2627 a 2642.

### **Mujeres de 15 a 49 años con anemia**

Este indicador refleja también la importancia de la malnutrición materna si se quiere eliminar la malnutrición entre los niños. Las estimaciones nacionales de anemia se basan en: Organización Mundial de la Salud (2021), "WHO Global Anaemia Estimates: Prevalence of anaemia in women of reproductive age (%)", datos del Observatorio Mundial de la Salud, OMS, Ginebra, 2021, <[www.who.int/data/gho](http://www.who.int/data/gho)>.

### **Sal yodada**

La definición del indicador presentado en este informe cambió en 2016. El indicador se refería con anterioridad a hogares que consumían sal adecuadamente yodada. Desde 2016, el indicador mide el consumo de sal con algo de yodo. Por lo tanto, las estimaciones nacionales, regionales y mundiales de la prevalencia no son comparables a las que se publicaron en ediciones anteriores del *Estado Mundial de la Infancia*.

### **Alimentación de lactantes y niños pequeños**

Se presentan un total de 10 indicadores, entre ellos los siguientes, que incluyen cambios recientes en las definiciones o que son nuevos, tal y como se describe en la guía actualizada de indicadores disponible en: <<https://data.unicef.org/resources/indicators-for-assessing-infant-and-young-child-feeding-practices/>>:

- La continuación de la lactancia materna (12 a 23 meses) sustituye a dos indicadores anteriores sobre la continuación de la lactancia materna al año (12 a 15 meses) y a los dos años (20 a 23 meses).
- La diversidad dietética mínima (6 a 23 meses) se define ahora como el porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos durante el día anterior de al menos cinco de los ocho grupos de alimentos definidos (la versión anterior de este indicador reflejaba el consumo de al menos cuatro de los siete grupos de alimentos definidos durante el día anterior).
- La frecuencia mínima de las comidas (6 a 23 meses) es una definición revisada del indicador para los niños no amamantados.
- La alimentación mínima aceptable (6 a 23 meses) se ha revisado para alinearla con el cambio en la definición de la diversidad dietética mínima y la frecuencia mínima de las comidas.
- El consumo cero de verduras o frutas (6 a 23 meses) es un nuevo indicador.

Además, esta tabla refleja dos nuevos indicadores definidos por UNICEF para evaluar la pobreza alimentaria infantil. Más información en: <<https://data.unicef.org/resources/child-food-poverty/>>.

## TABLA 10. DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

La primera infancia, que abarca el período de hasta 8 años de edad, es fundamental para el desarrollo cognitivo, social, emocional y físico. El desarrollo óptimo del cerebro requiere un ambiente estimulante, nutrientes adecuados e interacción social con cuidadores atentos. La tabla de desarrollo en la primera infancia presenta datos sobre algunos indicadores específicos con datos comparables y representativos a nivel nacional sobre la situación del desarrollo del niño, la calidad de la atención y la disponibilidad de materiales de aprendizaje en el hogar y el acceso a la atención y educación en la primera infancia. La información de esta tabla se interpreta mejor junto con los datos sobre otras cuestiones vitales para el desarrollo en la primera infancia, como la nutrición y la protección.

### **Estimulación temprana y atención receptiva por parte de los adultos**

Los datos de este indicador procedentes de las encuestas DHS se volvieron a calcular de acuerdo con la metodología de las encuestas MICS para poder compararlos. Por lo tanto, los datos recalculados presentados aquí diferirán de las estimaciones en los informes nacionales de las encuestas DHS.

### **Materiales de aprendizaje en el hogar: juguetes**

Los cambios en la definición de este indicador se realizaron entre la tercera y la cuarta ronda de MICS (MICS3 y MICS4). Para facilitar la comparabilidad con la MICS4 y las rondas subsiguientes de MICS, los datos de la MICS3 se volvieron a calcular de acuerdo con la definición del indicador MICS4. Por lo tanto, los datos recalculados que aquí se presentan diferirán de las estimaciones que figuran en los informes nacionales de la MICS3.

## TABLA 11: EDUCACIÓN

En esta tabla se presenta un conjunto de indicadores sobre la educación de los niños: acceso equitativo, finalización de los estudios y resultados del aprendizaje.

Esta tabla proporciona en primer lugar información sobre el acceso equitativo, medido por la tasa de niños sin escolarizar (ODS 4.1.4). Las estimaciones que figuran en esta tabla proceden de la base de datos del Instituto de Estadística (IEU) de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). La tasa de niños sin escolarizar identifica al segmento de la población en la escala de la edad oficial para un determinado nivel de educación que no asiste a la escuela. Se puede utilizar con el fin de formular políticas específicas para garantizar el acceso equitativo a la educación.

En septiembre de 2019, el IEU cambió la metodología para recopilar los datos de los niños no escolarizados en el nivel primario. Los niños en edad de asistir a la escuela primaria que asisten a la educación preescolar se consideran ahora como niños escolarizados.

La tasa de finalización (ODS 4.1.2) mide el porcentaje de una cohorte de niños o jóvenes de 3 a 5 años mayores de la edad prevista para el último grado de cada nivel educativo que han

terminado ese grado. Las estimaciones proceden de la base de datos mundial de UNICEF, y se calcularon utilizando las encuestas MICS y DHS, así como otras encuestas de hogares. Al elegir un grupo de edad ligeramente superior al grupo de edad teórico para completar cada nivel educativo, el indicador proporciona medidas más sólidas sobre la proporción de niños y adolescentes que completan cada ciclo educativo.

Esta tabla también incluye un conjunto de indicadores para monitorear los resultados equitativos del aprendizaje, incluida la proporción de niños y jóvenes que alcanzan al menos un mínimo de competencia en lectura y matemáticas (ODS 4.1.1), así como la tasa de alfabetización de los jóvenes (ODS 4.6.2). El nivel mínimo de competencia es el punto de referencia de los conocimientos básicos en un dominio (por ejemplo, matemáticas y lectura) medido a través de evaluaciones de aprendizaje. Las estimaciones se basaron en la base de datos de la División de Estadística de las Naciones Unidas, una fuente de datos oficial de los ODS. La tasa de alfabetización que aparece en la tabla procede de la base de datos del IEU. Mide las capacidades básicas de alfabetización que la población debería tener por medio de la educación primaria. Se utiliza para conocer la proporción de jóvenes de 15 a 24 años con un nivel mínimo de competencia en lectura y escritura; también mide la eficacia de la educación primaria en cada país.

En la publicación de julio de 2017 del Instituto de Estadística de la UNESCO titulada *Metadatos para los indicadores globales y temáticos para el seguimiento y revisión del ODS4 y Educación 2030*, julio de 2017, se puede encontrar información detallada sobre los indicadores incluidos en esta tabla.

## TABLA 12. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

La protección de la infancia se refiere a la prevención de la violencia, la explotación y el abuso de los niños en todos los contextos, y la respuesta a estos problemas. Hay muchas violaciones a las que se puede someter a los niños, pero la falta de datos comparables limita la presentación de informes sobre todo el espectro. En vista de ello, en la tabla de protección de la infancia se presentan datos sobre unas cuantas cuestiones sobre las que se dispone de datos comparables y representativos a nivel nacional.

### **Registro del nacimiento**

Se realizaron cambios en la definición de registro de nacimientos desde la segunda y tercera rondas de las encuestas MICS (MICS2 y MICS3) hasta la cuarta ronda (MICS4). Para facilitar la comparación con rondas posteriores, los datos de MICS2 y MICS3 sobre el registro de nacimientos se recalcularon según la definición del indicador de MICS4. Por lo tanto, los datos recalculados que se presentan aquí pueden diferir de las estimaciones incluidas en los informes nacionales de MICS2 y MICS3.

### **Trabajo infantil**

Este indicador ha sido reemplazado por el que se utiliza para los informes de los ODS sobre el indicador 8.7.1. Refleja la proporción de niños que se dedican a actividades económicas y/o tareas domésticas que se encuentran en los umbrales por

horas específicos para cada edad o por encima de ellos (base de la línea divisoria de la producción en general). Para el grupo de edad de 5 a 11 años, el umbral se refiere a los niños que trabajan al menos una hora a la semana en una actividad económica y/o participan en servicios domésticos no remunerados durante más de 21 horas a la semana. Para el grupo de edad de 12 a 14 años, el umbral se refiere a los niños que trabajan al menos 14 horas a la semana en una actividad económica y/o participan en servicios domésticos no remunerados durante más de 21 horas a la semana. Para el grupo de edad de 15 a 17 años, se refiere a los niños que trabajan más de 43 horas a la semana en una actividad económica (no se establece un umbral por horas para los servicios domésticos no remunerados de este grupo de edad). Las estimaciones de los países compiladas y presentadas en la base de datos mundial de los ODS y reproducidas en el *Estado Mundial de la Infancia* han sido reevaluadas por UNICEF y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de acuerdo con las definiciones y los criterios detallados anteriormente. Esto significa que los valores de los datos de los países serán diferentes de los publicados en los informes de las encuestas nacionales.

### **Matrimonio infantil**

Esta tabla estadística presenta la proporción de individuos que se casaron por primera vez o se unieron antes de los 18 años. Si bien la práctica está más extendida entre las niñas, el matrimonio en la infancia es una violación de los derechos de ambos sexos. Por lo tanto, la prevalencia del matrimonio infantil se muestra tanto para hombres como para mujeres. En ediciones anteriores del *Estado Mundial de la Infancia* aparecía un indicador secundario sobre el matrimonio infantil, que mostraba la proporción de mujeres casadas antes de los 15 años. A partir de esta edición, el indicador se ha eliminado para dejar espacio a datos sobre otros temas. El indicador sigue siendo monitoreado por UNICEF, y los datos pertinentes se pueden encontrar en <[data.unicef.org](http://data.unicef.org)>.

### **Mutilación genital femenina**

Los datos sobre la prevalencia de la mutilación genital femenina entre las niñas de 0 a 14 años se volvieron a calcular por razones técnicas y pueden diferir de los presentados en los informes nacionales originales de las encuestas DHS y MICS. A partir de la edición de 2019 del *Estado Mundial de la Infancia*, las actitudes hacia la práctica se muestran como la proporción de la población que se opone a la mutilación genital femenina (en lugar de apoyarla). Esta medida se mostraba tanto para hombres como para mujeres en ediciones anteriores del informe, pero los datos relativos a los hombres se han eliminado a partir de esta edición para dejar espacio a los datos sobre otros temas. El indicador sigue siendo monitoreado por UNICEF, y los datos pertinentes pueden encontrarse en <[data.unicef.org](http://data.unicef.org)>.

Las estimaciones regionales sobre la prevalencia de la mutilación genital femenina y las actitudes hacia esta práctica se basan en los datos disponibles solo de los países donde se da la práctica con datos representativos a nivel nacional. Dado que cada región incluye algunos países en los que no se practica la mutilación genital femenina, los datos reflejan la situación entre quienes viven en los países específicos donde se sigue practicando.

### **Disciplina violenta**

El grupo de edad de referencia para este indicador se ha revisado, comenzando por la MICS5 para los niños de 1 a 14 años. Por lo tanto, las estimaciones de la MICS3 y la MICS4 no son directamente comparables, ya que se refieren a niños de 2 a 14 años.

### **Niños en acogimiento residencial y niños detenidos**

Las cifras de estos indicadores se basan en datos subyacentes que dependen de la solidez del sistema de datos de un país y del grado de coordinación entre los organismos e instituciones que recopilan estos datos. En general, hay varias limitaciones que afectan la disponibilidad, la coherencia y la cobertura de los datos nacionales subyacentes basados en registros administrativos. Por lo tanto, la mejor forma de interpretar los datos sobre estos indicadores es que proporcionan una indicación, aunque aproximada, de si el sistema de datos de un país es capaz de generar y poner a disposición un recuento de estas poblaciones infantiles, y en qué medida puede hacerlo. En consecuencia, las cifras más elevadas pueden reflejar en realidad un sistema más completo de identificación y monitoreo de estos niños y una mayor capacidad para la recopilación sistemática de estos datos, en lugar de indicar una población mayor. Las estimaciones regionales deben interpretarse teniendo en cuenta la gran variación en el número de niños y la capacidad de los sistemas de registro y notificación entre los países de una misma región.

## **TABLA 13. PROTECCIÓN SOCIAL Y EQUIDAD**

Esta tabla proporciona información sobre la cobertura de la protección social y la magnitud de la desigualdad de ingresos, que influyen en el contexto en el que viven los niños. Los indicadores de protección social incluyen las madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo, la proporción de niños atendidos por los servicios de protección social y la distribución de las prestaciones de protección social (entre el primer quintil, el quinto quintil, y el último 40% de los hogares en términos de ingresos). Mientras que los dos primeros indicadores reflejan la cobertura de la protección social, el tercero refleja tanto la incidencia como la distribución entre los quintiles. La tabla ofrece una visión general de la red de seguridad social a la que tienen acceso los hogares –en particular los niños– dentro de cada país.

Los indicadores sobre la desigualdad incluyen la proporción de los ingresos de los hogares (primer quintil, quinto quintil, 40% inferior), el índice de Gini, el índice de Palma, el coeficiente de ingreso de la gran mayoría y el producto interior bruto (PIB) per cápita. El primer indicador capta la parte del ingreso nacional que cada quintil gana dentro de un país. Ilustra la estructura de la distribución del ingreso por país, mientras que el *coeficiente de Gini* expresa el alcance de la desigualdad y cómo se desvía de una distribución del ingreso perfectamente igualitaria. En contraste, el índice de Palma se concentra en la diferencia de ingresos entre el 10% más rico y el 40% más pobre de la población. Este indicador es más sensible a los puntos débiles de la distribución y a las desigualdades extremas. Debido a que los cambios en la desigualdad de ingresos están impulsados principalmente por los cambios en los ingresos del 10% más rico y el 40%

más pobre, el índice de Palma ofrece información sobre los cambios distributivos de la desigualdad de ingresos. El coeficiente de ingreso de la gran mayoría mide el coeficiente de ingresos del primer 80% (gran mayoría) en la clasificación de los ingresos. El PIB per cápita complementa estos indicadores, ya que mide el nivel de vida medio en cada país.

Los datos sobre los indicadores de protección social y equidad no tienen una frecuencia anual y se extraen de los *Indicadores de Desarrollo Mundial* del Banco Mundial, el *Atlas de Protección Social – Indicadores de Resiliencia y Equidad* y el *Informe sobre Protección Social en el Mundo*, de la OIT.

## **TABLA 14. AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE**

En esta tabla se presenta un conjunto de indicadores sobre el acceso a los servicios básicos de agua, saneamiento e higiene en los hogares, las escuelas y los centros de salud. Las estimaciones de agua potable, saneamiento e higiene de este informe provienen del Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, Saneamiento e Higiene (JMP). Los detalles completos de las definiciones de los indicadores del JMP, las fuentes de datos y los métodos utilizados para producir estimaciones nacionales, regionales y mundiales se pueden encontrar en <[www.washdata.org](http://www.washdata.org)>. Cada dos años se publican nuevas estimaciones para cada serie. Estas estimaciones sustituyen a todas las anteriores y no deben compararse.

## **TABLA 15. ADOLESCENTES**

La tabla sobre los adolescentes presenta una selección de indicadores relativos al bienestar de los adolescentes en diversos ámbitos de sus vidas: protección, educación y aprendizaje, así como la transición al trabajo. Si bien el bienestar de los adolescentes es un concepto amplio y no puede ser capturado exhaustivamente en una pequeña selección de indicadores, las mediciones de la Tabla 15 pretenden servir como una muestra ilustrativa y complementar los indicadores pertinentes para los adolescentes que aparecen a lo largo de las demás tablas estadísticas de esta publicación. Los indicadores sobre la salud de los adolescentes se presentan ahora en la Tabla 5.

### ***NEET y desempleo***

Los datos sobre el grado en que los adolescentes pueden hacer una transición efectiva al trabajo, ilustrado por las medidas adoptadas por quienes no tienen empleo, educación o formación (NEET, por sus siglas en inglés) y la tasa de desempleo entre los adolescentes de 15 a 19 años de edad, proceden de la OIT. Los metadatos y otras notas sobre la interpretación de estos indicadores están disponibles en la sección “Metadatos” de la publicación <[ilo.org/ilostat](http://ilo.org/ilostat)>.

La interpretación de estos datos debe hacerse con cierta cautela, ya que las normas de medición de las estadísticas del trabajo están siendo objeto de un examen que afecta a la comparabilidad del conjunto de datos actual con las versiones anteriores. Los datos que figuran en esta publicación proceden de las series de datos basadas en la 13ª Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo. Para más detalles, véase la nota técnica sobre este tema preparada por la OIT, que se encarga del mantenimiento de estos conjuntos de

datos: *Guía rápida para entender el impacto de las nuevas normas estadísticas en las bases de datos de ILOSTAT*.

## **TABLA 16. NIÑOS CON DISCAPACIDAD**

Esta tabla presenta una selección de indicadores sobre el bienestar infantil en varios ámbitos: protección de la infancia, desarrollo en la primera infancia, educación, nutrición, protección social y equidad, así como agua, saneamiento e higiene. Para cada indicador se presentan datos de niños con y sin discapacidad. Aunque la medición del bienestar es amplia y no puede recopilarse exhaustivamente en una pequeña selección de indicadores, los datos de la Tabla 16 pretenden ilustrar si existen disparidades entre estos dos grupos de población. Algunos de los datos de esta tabla deben interpretarse con cautela debido a las salvedades de las herramientas utilizadas para recopilar la información, como se explica a continuación.

### ***Retraso del crecimiento y sobrepeso***

La recopilación de datos sobre el crecimiento de los niños con discapacidad presenta dificultades. Las mediciones antropométricas en las encuestas las suelen realizar medidores capacitados y en condiciones uniformes, que incluyen el uso de básculas digitales y tableros de medición estandarizados. Es posible que los niños con ciertos tipos de discapacidad no crezcan de la misma manera que los niños con un desarrollo más típico. Esto puede significar que su salud y desarrollo no puedan medirse adecuadamente con las herramientas habituales utilizadas en el contexto de las encuestas domiciliarias. Además, medir y pesar a los niños con determinados tipos de discapacidad puede dar lugar a que se produzcan mayores errores de medición. Por último, cabe señalar que los Patrones de Crecimiento Infantil de la OMS se calcularon sobre la base de niños sin discapacidades físicas. Por lo tanto, incluso cuando es posible recopilar la altura y el peso de un niño, los indicadores de nutrición estandarizados (utilizados para medir el retraso del crecimiento y el sobrepeso) pueden ser inadecuados para evaluar el crecimiento de niños con ciertas discapacidades, lo que dificulta la interpretación de los resultados.

### ***Educación de la primera infancia y ausencia de escolarización***

Una consideración pertinente es la limitación de los datos a la hora de proporcionar una descripción exhaustiva de todos los factores que afectan a la experiencia de aprendizaje de un niño. Aunque los indicadores utilizados aquí miden la aceptación de la educación, se quedan cortos a la hora de captar plenamente las experiencias de los niños con discapacidades en la obtención de una educación y los obstáculos a los que se enfrentan.

Otra limitación de los datos es la incapacidad de distinguir entre los niños que reciben una enseñanza general y los que están en entornos educativos específicos para su discapacidad. Esto es importante, ya que en muchos países los sistemas escolares están muy segregados para los niños con discapacidad. Por ejemplo, lo que se considera progresión en una escuela de educación especial puede ser muy diferente de lo que se considera progresión en una escuela ordinaria, lo que altera fundamentalmente las respuestas a lo que se considera “en el nivel” para el niño. Si se pudiera captar esta distinción, las desigualdades señaladas entre los niños con y sin discapacidad serían probablemente aún mayores.

### **Competencias básicas de aprendizaje**

Los datos sobre las competencias básicas de lectura y aritmética solo se generan para los niños que pueden completar tres tareas de lectura y cuatro de aritmética. Las observaciones de no finalización incluyen a los niños que empezaron, pero no pudieron terminar las tareas de evaluación, que se negaron a realizar la evaluación (o cuyas madres no les permitieron realizarla) o que no pudieron participar en la evaluación debido a una enfermedad o una discapacidad. Así pues, la inaccesibilidad podría ser un obstáculo para la participación de algunos niños (por ejemplo, si un niño es ciego o necesita tecnología de apoyo o adaptaciones razonables para participar y no se le pudieron proporcionar). Por lo tanto, los resultados que muestran diferencias en las competencias básicas de aprendizaje de los niños con y sin discapacidad deben interpretarse teniendo en cuenta que los niños con ciertas dificultades tienen menos probabilidades de haber participado en una evaluación de este tipo.

### **Servicios básicos de saneamiento en la vivienda**

El indicador proporciona información sobre el porcentaje de niños de 2 a 17 años que viven en un hogar con servicios de saneamiento mejorados no compartidos con otros hogares y situados en su propia vivienda o en su propio patio/parcela. Las definiciones utilizadas para los niveles de servicio y el tipo de instalaciones las establece el Programa Conjunto de Monitoreo.

Al evaluar y medir los servicios de saneamiento, es importante tener en cuenta no solo los tipos de instalaciones de que disponen los hogares, sino también si se puede acceder a ellas fácilmente y/o si se comparten con otros hogares. La distinción entre disponibilidad y acceso es especialmente significativa para los niños con discapacidad, ya que a menudo se enfrentan a obstáculos de acceso específicos y desproporcionados, incluso cuando los servicios están disponibles. Sin embargo, para los indicadores sobre los servicios, la métrica clave evaluada es el tipo de instalación utilizada y si se encuentra en el hogar, está compartida con otros hogares o se halla a cierta distancia del hogar. Por lo tanto, aunque los datos pueden demostrar la disponibilidad de servicios WASH para los hogares con niños discapacitados, a partir de los datos actuales no es posible evaluar si eso se refleja en una instalación utilizable y plenamente accesible para los propios niños. Es necesario seguir trabajando para desarrollar una norma internacional que permita medir la accesibilidad de las instalaciones de agua, saneamiento e higiene para los niños con discapacidad.

Además, los datos no ofrecen información sobre los entornos no domésticos en los que pueden encontrarse los niños con discapacidad (como escuelas, residencias o centros de salud y otros edificios públicos).

### **Transferencias sociales**

Aunque la protección social abarca una serie de intervenciones que van más allá de las transferencias sociales, hay una escasez de datos comparables internacionalmente sobre muchas, si no la mayoría, de las intervenciones que no son en efectivo. Además, en gran parte de los países

no es posible saber si la transferencia social estaba relacionada de algún modo con la discapacidad o si se proporcionó al hogar en función de otros factores.

## **TABLA 17. EMPODERAMIENTO ECONÓMICO DE LAS MUJERES**

Esta tabla se incorporó en 2019 debido a los efectos beneficiosos del empoderamiento económico de la mujer sobre el bienestar de los niños, así como para reflejar la importancia intrínseca del empoderamiento económico de la mujer, tal como se articula en el ODS 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

### **Índice de instituciones sociales y género (SIGI)**

Las leyes, actitudes y prácticas discriminatorias afectan al curso de la vida de las mujeres y las niñas, restringiendo su capacidad de acumular activos humanos, sociales y productivos y de ejercer su capacidad de acción y expresar sus opiniones sobre las decisiones que afectan a su bienestar. El SIGI, una medida compuesta de la discriminación de género en las instituciones sociales producida por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, combina datos cualitativos y cuantitativos sobre las instituciones sociales discriminatorias en cuatro ámbitos: discriminación en la familia, restricción de la integridad física, restricción del acceso a los recursos productivos y financieros, y restricción de las libertades civiles.

### **Marcos jurídicos que promueven, hacen cumplir y supervisan la igualdad de género en el empleo y los beneficios económicos**

La igualdad y la no discriminación por razón de género son principios fundamentales consagrados en los marcos jurídicos y normativos internacionales, incluida la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. La eliminación de las leyes discriminatorias y el establecimiento de marcos jurídicos que promuevan la igualdad de género en el empleo son requisitos previos para aumentar el trabajo remunerado y decente de la mujer y, a su vez, su empoderamiento económico. El término "marcos jurídicos" se define en términos generales para abarcar las leyes, los mecanismos y las políticas/planes dirigidos a promover, hacer cumplir y supervisar la igualdad de género. Los datos obtenidos para este indicador, el 5.1.1 de los ODS, provienen de una evaluación de los marcos jurídicos de un país realizada por las oficinas nacionales de estadística y/o los mecanismos nacionales para la mujer, y por profesionales/investigadores jurídicos sobre la igualdad de género.

### **Prestaciones por licencia de maternidad/paternidad**

Las prestaciones de la licencia parental son fundamentales para apoyar la salud y el bienestar de los niños y el empoderamiento económico de las mujeres, incluida la supervivencia y el desarrollo saludable de los lactantes, así como el aumento de la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo y de sus ingresos. El Convenio No. 183 de la OIT prevé 14 semanas de prestaciones de maternidad remuneradas para aquellas mujeres a las que se aplica el instrumento. Si bien no existe ninguna norma de la OIT específica sobre la licencia de paternidad, las prestaciones de paternidad permiten a los padres que trabajan participar



más activamente en el cuidado de sus hijos y en el reparto de las responsabilidades domésticas. Es importante señalar, sin embargo, que incluso en los países con derechos legales de permiso parental no todos los trabajadores tienen acceso a los mismos, entre ellos los que trabajan a tiempo parcial o los que trabajan en el sector no estructurado de la economía.

### **Nivel de estudios**

Mientras que la educación primaria proporciona a los niños los cimientos para toda una vida de aprendizaje, la educación secundaria los dota de los conocimientos y habilidades necesarios para convertirse en adultos económicamente empoderados. En comparación con las niñas que solo han cursado la enseñanza primaria, las niñas que han cursado la enseñanza secundaria tienen menos probabilidades de casarse cuando son niñas y de quedar embarazadas cuando son adolescentes. Y mientras que las mujeres con educación primaria ganan solo marginalmente más que las mujeres sin instrucción, las mujeres con educación secundaria ganan el doble, como promedio, que las mujeres que no han ido a la escuela (véase Wodon et al, "Missed Opportunities: The high cost of not educating girls", *The Cost of Not Educating Girls Notes Series*. Banco Mundial, Washington D.C., 2018).

### **Tasas de participación en la fuerza laboral y de desempleo**

La igualdad de acceso al mercado laboral es fundamental para el empoderamiento económico de la mujer. La tasa de actividad se calcula expresando el número de personas que forman parte de la población activa durante un período de referencia dado como porcentaje de la población en edad de trabajar (generalmente de 15 años o más) en el mismo período de referencia. La tasa de desempleo refleja el porcentaje de personas (por lo general de 15 años o más) en la fuerza laboral que están desempleadas. Esto refleja la incapacidad de una economía de generar empleo para aquellos que quieren trabajar, pero que no trabajan a pesar de que están disponibles para el empleo y buscan activamente un empleo. La información sobre el desempleo por sexo pone de relieve la mayor dificultad, en muchos casos, que tienen las mujeres para incorporarse al mercado laboral, que puede estar directa o indirectamente vinculada a las normas de género de un país.

### **Propiedad de teléfonos móviles**

La posesión de teléfonos móviles proporciona a las personas acceso a la información, los servicios financieros, las oportunidades de empleo y las redes sociales y es un activo importante para fomentar el empoderamiento económico de la mujer, como se reconoce en el ODS 5. En el ODS 5.b.1 se considera que una persona posee un teléfono celular móvil si tiene un dispositivo de teléfono móvil con al menos una tarjeta SIM activa para uso personal. Se incluyen los teléfonos móviles suministrados por los empleadores que pueden utilizarse por razones personales (para hacer llamadas personales, acceder a Internet, etc.). Se excluyen las personas que solo tienen una tarjeta(s) SIM activa y no un teléfono móvil. También se incluyen las personas que tienen un teléfono móvil para uso personal que no está registrado a su nombre. Una tarjeta SIM activa es una tarjeta SIM que se ha utilizado en los últimos tres meses.

### **Inclusión financiera**

Medir el acceso de las mujeres a los servicios financieros, como el ahorro, los seguros, los pagos, el crédito y las remesas,

es esencial para entender su empoderamiento económico. El acceso a los servicios financieros también puede aumentar el poder de negociación de las mujeres en el hogar, con beneficios potenciales para el bienestar de los niños. Según lo medido por el ODS 8.10.2, tener una cuenta en una institución financiera incluye encuestados que informan tener una cuenta en un banco; que tienen una cuenta en otro tipo de institución financiera, como una caja de ahorros, una institución microfinanciera, una cooperativa o una oficina de correos (de ser aplicable); o que tienen una tarjeta de débito en su propio nombre. También incluye a los encuestados que informan haber recibido salarios, transferencias gubernamentales o pagos por productos agrícolas en una cuenta de una institución financiera en los últimos 12 meses. Además, esto incluye a encuestados que informan haber pagado facturas de servicios públicos o cuotas escolares a través de una cuenta de una institución financiera en los últimos 12 meses, o que han recibido salarios o transferencias gubernamentales en una tarjeta en los últimos 12 meses. Los usuarios de cuentas de dinero móvil incluyen encuestados que informan haber utilizado personalmente en los últimos 12 meses los servicios de transferencias de dinero para las personas sin cuenta corriente en un banco que proporciona *Mobile Money for the Unbanked* (MMU) de la *GSM Association* (GSMA) con el fin de pagar facturas o enviar o recibir dinero. Además, incluye a los encuestados que informan haber recibido salarios, transferencias gubernamentales o pagos por productos agrícolas a través de un teléfono móvil en los últimos 12 meses.

### **Uso del tiempo**

Se ha añadido a esta tabla un nuevo indicador, la proporción de tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado, para poner de relieve las discrepancias en la cantidad de tiempo que las mujeres y los hombres dedican al trabajo no remunerado, lo que repercute en su participación en la fuerza laboral y en su bienestar general. Los datos presentados para este indicador se expresan como proporción de tiempo en un día, y la proporción de tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado se calcula dividiendo el promedio diario de horas dedicadas al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado por 24 horas para el total de la población pertinente. Aunque el trabajo de producción para uso propio puede diferenciarse en función de si se producen bienes o servicios, el indicador solo tiene en cuenta el trabajo de producción para uso propio de los servicios o, en otras palabras, las actividades relacionadas con los servicios domésticos no remunerados y los servicios de cuidados no remunerados realizados en los hogares para su propio uso. Algunos ejemplos son la preparación de alimentos, el lavado de vajilla, la limpieza y el mantenimiento de la vivienda, la colada, la compra, el cuidado de niños y de enfermos, ancianos o discapacitados del hogar y de los miembros de la familia, entre otros. Las comparaciones entre países deben hacerse con cautela, dado que la comparabilidad internacional de las estadísticas sobre el empleo del tiempo está limitada por una serie de consideraciones metodológicas, incluidas las diferentes poblaciones de edades específicas.

### **TABLA 18. MIGRACIÓN**

Esta tabla se añadió en 2021 debido a la importancia de la migración y el desplazamiento para el bienestar de los niños y la atención que han recibido estos temas en los últimos tiempos. Esta atención culminó con el Pacto Mundial para la Migración y el Pacto Mundial para los Refugiados, ambos aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2018.

Los datos sobre la migración internacional se basan en el *International Migrant Stock* publicado por la División de Población de las Naciones Unidas. Los datos proporcionan el número de personas que residen fuera de su país de nacimiento (para algunos países se utilizó la ciudadanía en lugar del país de nacimiento, según la disponibilidad de datos) a mediados del año de referencia. Los refugiados y los solicitantes de asilo están incluidos en esta población. El número de niños menores de 18 años se estima sobre la base de los grupos de cinco años de la población migrante publicados por la División de Población de las Naciones Unidas. Para obtener más detalles sobre la definición y los métodos de estimación de la población migrante internacional, véase la publicación de la División de Población de las Naciones Unidas titulado *International Migrant Stock 2020*.

Los datos sobre refugiados (incluidos tanto los refugiados como las personas que viven en situaciones similares a la de los refugiados) y solicitantes de asilo se basan en la Base de Datos Estadísticos sobre Población Refugiada del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (véase: <[www.unhcr.org/refugee-statistics/](http://www.unhcr.org/refugee-statistics/)>). El término "refugiado" se define en la Convención de 1951 modificada por el Protocolo de 1967. Estas cifras son números procesados y se refieren al final del año de referencia. Los datos de los niños refugiados se estiman conjuntamente con el ACNUR y tienen en cuenta la falta de cobertura completa por edades que hay en muchos países. No se muestran los valores de los países con grandes incertidumbres en torno a la estimación puntual, pero se incluyen en los agregados regionales relacionados con la edad.

Los datos sobre desplazados internos proceden de la Base de Datos Global de Desplazamientos Internos (GIDD) mantenida por el Centro de Monitoreo de Desplazamientos Internos (IDMC). Se refieren al número de desplazados internos al final del año de referencia y al número de nuevos desplazamientos internos durante el año de referencia (véase: <https://www.internal-displacement.org/database>). Las cifras de desplazados internos son datos procesados que cuentan el número de personas que viven en situación de desplazamiento interno. El número de nuevos desplazamientos se refiere al número agregado de eventos de desplazamiento independientes durante el año; también puede incluir desplazamientos posteriores de las mismas personas (durante eventos distintos). Por esta razón, el número de "nuevos" desplazamientos no puede equipararse al número de personas desplazadas. Debido a la falta de datos desagregados por edad, el número de niños desplazados internos y de nuevos desplazamientos de niños se estima utilizando la estructura de edad de la población nacional. Esto lleva implícito el supuesto de que los desplazamientos internos se producen de forma aleatoria en términos de edad y sexo. Por el contrario, los estudios de caso han revelado que las mujeres y los niños tienden a estar sobrerrepresentados en la población desplazada. Como consecuencia de ello, los datos presentados sobre los desplazamientos internos relacionados con los niños están probablemente subestimados. Teniendo en cuenta estas cuestiones, los datos desglosados por edad sobre desplazamiento interno se redondean teniendo en cuenta la segunda cifra significativa. Las cifras no redondeadas se utilizan para calcular los agregados regionales.



At the health centre of the Darfur refugee camp in eastern Chad, Latifa sits on the lap of her mother, Hawa Ahmad, as she receives routine immunizations.  
© UNICEF/UN0594557/Dejongh

# Número de muertes de menores de 5 años y tasa de mortalidad de menores de 5 años por país en 2021

Tabla ordenada por el número sin redondear de muertes de menores de 5 años en 2021. Los límites inferior y superior se refieren a los límites inferior y superior de los intervalos de incertidumbre del 90%.

## MAYOR CARGA DE MUERTES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Países y zonas	Número anual de muertes de menores de 5 años (miles) en 2021	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos) en 2021			Países y zonas	Número anual de muertes de menores de 5 años (miles) en 2021	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos) en 2021		
		Mediana	Límite inferior	Límite superior			Mediana	Límite inferior	Límite superior
Nigeria	852	111	82	152	Colombia	9	13	8	20
India	709	31	28	34	República Árabe Siria	9	22	12	31
Pakistán	399	63	51	79	Guatemala	9	23	16	32
República Democrática del Congo	308	79	47	132	Perú	8	14	11	18
Etiopía	178	47	36	60	Tayikistán	8	31	18	54
Níger	124	115	93	144	Camboya	8	25	12	51
República Unida de Tanzania	106	47	32	70	Congo	8	43	24	77
Indonesia	100	22	17	28	Federación de Rusia	7	5	5	5
Angola	90	69	29	137	República Democrática Popular Lao	7	43	29	61
China	88	7	6	8	República Dominicana	7	33	24	44
Malí	85	97	78	121	Bolivia (Estado Plurinacional de)	6	25	17	35
Sudán	83	55	37	81	Mauritania	6	40	31	53
Bangladesh	82	27	25	30	Turkmenistán	6	41	27	63
Somalia	80	112	51	248	Tailandia	5	8	7	11
Mozambique	79	70	45	110	República Popular Democrática de Corea	5	15	12	20
Afganistán	78	56	41	74	Guinea-Bissau	5	74	43	122
Chad	76	107	75	151	Argentina	4	7	7	7
Uganda	69	42	29	60	Arabia Saudí	4	7	5	9
Côte d'Ivoire	68	75	56	100	Lesoto	4	73	51	108
Camerún	65	70	54	89	Kazajistán	4	10	10	11
Burkina Faso	63	83	56	122	Gambia	4	48	37	62
Filipinas	63	26	18	36	Eritrea	4	38	21	69
Yemen	62	62	28	132	Malasia	4	8	7	8
Madagascar	58	66	56	80	Guinea Ecuatorial	4	77	42	137
Kenya	54	37	30	46	Ecuador	4	12	11	14
Egipto	47	19	12	29	Honduras	4	17	13	22
Guinea	45	99	80	123	Jordania	4	15	10	21
Brasil	40	14	12	17	Túnez	3	16	14	19
Ghana	39	44	33	59	Francia	3	4	4	5
Sudáfrica	39	33	30	36	Reino Unido	3	4	4	4
Benin	39	84	68	103	Ucrania	3	8	8	9
Myanmar	39	42	27	63	Kirguistán	3	17	17	18
Zambia	38	58	41	80	Alemania	3	4	3	4
Sudán del Sur	31	99	35	229	Namibia	3	39	21	76
Viet Nam	30	21	18	23	Gabón	3	40	24	67
Iraq	29	25	18	33	Paraguay	3	18	9	38
Sierra Leona	27	105	85	128	Azerbaiyán	2	19	11	32
Malawi	27	42	26	66	Estado de Palestina	2	15	11	21
México	26	13	11	16	Botswana	2	35	10	116
Zimbabwe	24	50	34	72	Sri Lanka	2	7	5	9
Estados Unidos	23	6	6	7	Japón	2	2	2	2
Burundi	23	53	32	85	Canadá	2	5	5	5
República Centrafricana	22	100	79	126	Nicaragua	2	13	11	15
Argelia	22	22	20	25	Timor Oriental	2	51	33	76
Senegal	21	39	29	51	Polonia	2	4	4	5
Togo	17	63	47	83	Eswatini	2	53	32	86
Nepal	16	27	21	36	Chile	1	7	5	8
Irán (República Islámica del)	16	13	7	22	Djibuti	1	54	30	96
Haití	16	59	41	85	Libia	1	11	6	19
Ruanda	16	39	24	66	Rumania	1	6	6	7
Liberia	12	76	56	104	El Salvador	1	12	7	21
Marruecos	12	18	12	25	Comoras	1	50	37	67
Uzbekistán	11	14	13	16	Australia	1	4	4	4
Türkiye	11	9	8	11	España	1	3	3	3
Venezuela (República Bolivariana de)	11	24	18	33	Italia	1	3	2	3
Papúa Nueva Guinea	11	43	29	63					

**MENOR CARGA DE MUERTES DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS**

Países y zonas	Número anual de muertes de menores de 5 años (miles) en 2021	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos) en 2021		
		Mediana	Límite inferior	Límite superior
Mongolia	1	15	14	16
Panamá	1	14	7	28
Omán	1	10	9	11
República de Corea	1	3	3	3
Líbano	1	8	7	10
Países Bajos	1	4	4	4
Emiratos Árabes Unidos	1	6	5	7
Israel	1	3	3	4
República de Moldova	1	14	10	20
Cuba	1	5	4	6
Fiyi	1	28	25	31
Côte d'Ivoire	0	8	7	8
Bélgica	0	4	4	5
Georgia	0	9	8	11
Guyana	0	28	16	48
Kuwait	0	9	8	10
Jamaica	0	12	6	24
Islas Salomón	0	19	12	30
Bulgaria	0	6	6	7
Serbia	0	5	5	6
Armenia	0	11	8	13
Hungría	0	4	4	5
Suiza	0	4	4	4
Eslovaquia	0	6	5	6
Austria	0	4	3	4
Grecia	0	4	3	4
Nueva Zelanda	0	5	4	5
Trinidad y Tabago	0	16	7	42
Chequia	0	3	3	3
Albania	0	9	9	10
Suecia	0	2	2	3
Bhután	0	27	16	44
Portugal	0	3	3	3
Belarús	0	3	2	3
Mauricio	0	17	14	20
Dinamarca	0	4	3	4
Vanuatu	0	23	13	42
Uruguay	0	6	5	6
Suriname	0	17	11	28
Irlanda	0	3	3	4
Kiribati	0	48	26	90
Croacia	0	5	4	5
Bosnia y Herzegovina	0	6	4	7
Qatar	0	5	5	6

Países y zonas	Número anual de muertes de menores de 5 años (miles) en 2021	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos) en 2021		
		Mediana	Límite inferior	Límite superior
Cabo Verde	0	14	10	18
Bahrein	0	7	6	8
Noruega	0	2	2	2
Macedonia del Norte	0	5	4	7
Finlandia	0	2	2	2
Samoa	0	17	12	24
Santo Tomé y Príncipe	0	15	9	27
Lituania	0	3	3	4
Singapur	0	2	2	3
Belice	0	11	9	14
Brunei Darussalam	0	11	10	14
Letonia	0	4	3	4
Bahamas	0	13	11	15
Micronesia (Estados Federados de)	0	25	11	54
Santa Lucía	0	25	21	29
Maldivas	0	6	5	7
Eslovenia	0	2	2	3
Barbados	0	12	8	18
Chipre	0	3	2	4
Dominica	0	36	31	42
Granada	0	16	13	20
Estonia	0	2	2	2
Malta	0	6	5	7
Tonga	0	11	6	19
Islas Marshall	0	30	18	51
Seychelles	0	14	11	18
San Vicente y las Granadinas	0	14	10	19
Luxemburgo	0	3	2	4
Montenegro	0	2	2	3
Islandia	0	3	2	3
Nauru	0	28	14	53
Saint Kitts y Nevis	0	15	10	22
Antigua y Barbuda	0	6	4	10
Tuvalu	0	21	12	37
Palau	0	16	8	34
Andorra	0	3	1	10
Islas Cook	0	7	4	13
Islas Turcas y Caicos	0	4	3	8
Islas Vírgenes Británicas	0	10	5	23
Anguila	0	4	2	9
Mónaco	0	3	2	5
Niue	0	24	10	57
Montserrat	0	5	2	14
San Marino	0	2	1	4

*Chipre:* Algunos indicadores del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (IGME) se calculan utilizando las cifras de población y nacidos vivos de la revisión de 2022 de *Perspectivas de la población mundial*. Las cifras de esta publicación para Chipre se refieren a todo el país. Sin embargo, los datos subyacentes enviados por la Unidad de Monitoreo Sanitario del Ministerio de Sanidad de Chipre abarcan solo la zona controlada por el Gobierno, mientras que, según Eurostat, la población a 1 de enero de 2022 era de 904.705 habitantes (<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00001>).

*Kosovo:* Todas las referencias a Kosovo en las estimaciones del IGME deben entenderse en el contexto de la resolución 1244 (1999) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

*Mozambique:* Las estimaciones de ONUSIDA para Mozambique no estaban disponibles en el momento de la publicación.

*Nicaragua:* Las estimaciones del IGME no son las estadísticas oficiales de Nicaragua. Las estimaciones oficiales nacionales más recientes de las tasas de mortalidad de menores de 5 años de que dispone el IGME proceden del sistema de registro civil para 2020, con una tasa de 12,6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, respectivamente. A raíz de una solicitud del Gobierno de Nicaragua, y de acuerdo con los objetivos del IGME, este último seguirá evaluando todas las fuentes de datos del país pertinentes para la estimación de la mortalidad infantil.

*Uzbekistán:* Las estimaciones nacionales oficiales más recientes de las tasas de mortalidad de menores de 5 años en Uzbekistán proceden del sistema de registro vital, con una tasa de 12,3 muertes por cada 1.000 nacidos vivos para ambos sexos, respectivamente, en 2021.

# TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Países y zonas	Población (miles) 2021			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Número anual de nacimientos (miles)	Fecundidad total (nacidos vivos por mujer)	Esperanza de vida al nacer (años)			Tasa de dependencia (%) 2021			Proporción de población urbana (%) 2021	Tasa de crecimiento anual de la población urbana (%)		Tasa neta de migración (por 1.000 habitantes) 2021
	Total	Menos de 18	Menos de 5	2000–2020	2020–2030 <sup>A</sup>			1970	2000	2021	Tasa total de dependencia	Tasa de dependencia infantil	Tasa de dependencia en la tercera edad		2000–2020	2020–2030 <sup>A</sup>	
Afganistán	40.099	20.298	6.491	3,3	2,3	1.441	4,6	37	55	62	85	80	4	26	4,1	3,5	-4,6
Albania	2.855	574	141	-0,5	-0,2	29	1,4	65	75	76	48	24	24	63	1,4	0,8	-3,7
Alemania	83.409	13.836	3.971	0,1	-0,1	763	1,5	71	78	81	56	22	35	78	0,3	0,1	3,8
Andorra	79	13	3	0,8	0,4	1	1,1	74	81	80	38	18	20	88	0,5	0,4	17,6
Angola	34.504	17.833	5.983	3,4	2,7	1.339	5,3	40	46	62	91	87	5	67	4,8	3,4	0,8
Anguila	16	3	1	1,6	0,3	0	1,3	65	76	77	39	24	14	100	1,6	0,3	7,1
Antigua y Barbuda	93	21	5	1	0,5	1	1,6	70	75	78	41	27	14	24	-0,3	0,6	0
Arabia Saudita	35.950	11.026	3.187	2,4	1,1	629	2,4	53	72	77	40	37	4	85	2,7	1,3	-4,3
Argelia	44.178	15.526	4.871	1,6	1,2	951	2,9	43	70	76	58	49	10	74	2,6	1,8	-0,4
Argentina	45.277	12.669	3.333	0,9	0,5	629	1,9	66	74	75	54	36	18	92	1,1	0,6	0,1
Armenia	2.791	669	183	-0,6	-0,2	34	1,6	64	71	72	50	31	19	63	-0,7	0,2	-4,6
Australia	25.921	5.667	1.537	1,4	0,9	298	1,6	71	80	85	54	28	25	86	1,5	1	4,6
Austria	8.922	1.542	431	0,5	0,1	85	1,5	70	78	82	51	22	29	59	0,4	0,6	2,3
Azerbaiyán	10.313	2.896	705	1,1	0,4	127	1,7	59	65	69	44	34	10	57	1,5	1	0,1
Bahamas	408	100	23	1,1	0,5	5	1,4	66	72	72	39	27	12	83	1,1	0,7	1,2
Bahrein	1.463	348	98	3,5	0,6	18	1,8	64	75	79	31	27	5	90	3,5	0,7	-6,2
Bangladesh	169.356	54.801	14.663	1,2	0,9	3.020	2	43	66	72	48	39	9	39	3,5	2,5	-1
Barbados	281	59	15	0,3	0,1	3	1,6	68	74	78	49	26	23	31	-0,1	0,5	-0,1
Belarús	9.578	1.901	474	-0,3	-0,4	89	1,5	71	69	72	51	25	25	80	0,3	0	1,4
Bélgica	11.611	2.329	599	0,6	0,2	116	1,6	71	78	82	57	26	30	98	0,6	0,3	4,5
Belice	400	136	37	2,4	1,2	7	2	63	69	70	50	42	7	46	2,4	1,7	1,4
Benin	12.997	6.376	2.137	2,8	2,4	476	5	42	57	60	84	78	6	49	3,9	3,4	0,1
Bhután	777	220	51	1,3	0,6	10	1,4	40	62	72	41	32	9	43	3,7	1,8	0,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)	12.079	4.470	1.272	1,6	1,2	264	2,6	47	62	64	56	49	8	70	2,2	1,7	-0,4
Bosnia y Herzegovina	3.271	588	154	-1,1	-0,6	28	1,3	67	74	75	49	22	27	49	-0,4	0,2	-7,9
Botswana	2.588	1.000	297	1,8	1,4	61	2,8	55	51	61	57	52	6	72	3,2	2,1	0,7
Brasil	214.326	53.465	14.241	0,9	0,4	2.761	1,6	57	70	73	43	29	14	87	1,2	0,7	0,1
Brunei Darussalam	445	119	32	1,3	0,6	6	1,8	64	74	75	39	31	8	79	1,8	1	-0,4
Bulgaria	6.886	1.156	306	-0,7	-0,9	58	1,6	71	72	72	57	22	35	76	-0,3	-0,6	-1,3
Burkina Faso	22.101	11.244	3.568	2,8	2,2	786	4,8	39	51	59	87	83	5	31	5,4	4	-0,6
Burundi	12.551	6.655	2.054	3,1	2,3	438	5,1	43	48	62	95	90	5	14	5,6	4,6	-1,1
Cabo Verde	588	188	50	1,1	0,8	10	1,9	54	69	74	47	39	8	67	2,2	1,4	-2,2
Camboya	16.589	5.756	1.613	1,4	0,9	321	2,3	39	59	70	53	45	8	25	2,7	2,5	-1,5
Camerún	27.199	13.339	4.346	2,7	2,3	951	4,5	48	53	60	82	77	5	58	3,8	3,1	-0,4
Canadá	38.155	7.215	1.901	1	0,7	374	1,5	73	79	83	52	24	28	82	1,1	0,9	5,1
Chad	17.180	9.343	3.218	3,3	2,7	745	6,3	41	47	53	99	95	4	24	3,7	4	0,5
Chequia	10.511	1.983	551	0,1	0	104	1,7	69	75	78	57	25	32	74	0,1	0,2	0,3
Chile	19.493	4.313	1.151	1,1	0,3	229	1,5	62	77	79	45	27	18	88	1,2	0,4	5,9
China	1.425.893	300.092	74.790	0,6	-0,1	10.882	1,2	57	72	78	45	26	19	63	3,1	1,2	-0,1
Chipre	1.244	236	67	1,3	0,5	13	1,3	69	77	81	44	23	21	67	1,1	0,7	1,6
Colombia	51.517	13.536	3.670	1,2	0,6	730	1,7	62	71	73	44	31	13	82	1,7	0,9	4,1
Comoras	822	363	114	1,9	1,6	24	4	45	59	63	74	67	7	30	2,2	2,5	-2,2
Congo	5.836	2.786	847	2,9	2	179	4,2	54	54	64	79	74	5	68	3,5	2,6	-0,8
Costa Rica	5.154	1.278	329	1,2	0,5	61	1,5	65	78	77	45	30	15	81	2,7	1,1	0,4
Côte d'Ivoire	27.478	13.379	4.202	2,2	2,2	933	4,4	44	51	59	79	75	4	52	3,1	3,1	-0,8
Croacia	4.060	691	180	-0,5	-0,6	35	1,5	69	75	78	57	22	34	58	-0,1	0	-2,6
Cuba	11.256	2.142	553	0,1	-0,2	100	1,4	68	76	74	46	23	23	77	0,2	-0,1	-0,6
Dinamarca	5.854	1.152	310	0,4	0,4	63	1,7	73	77	81	57	25	32	88	0,6	0,6	3,9
Djibouti	1.106	409	116	1,8	1,2	25	2,8	48	57	62	54	48	7	78	1,9	1,4	0,7
Dominica	72	18	5	0,2	0,4	1	1,6	65	73	73	41	28	13	71	0,7	0,8	0,8
Ecuador	17.798	5.584	1.492	1,6	0,9	299	2	57	73	74	51	39	12	64	1,9	1,3	2
Egipto	109.262	41.988	12.368	1,9	1,4	2.465	2,9	50	68	70	61	53	8	43	1,9	1,8	-0,3
El Salvador	6.314	1.967	508	0,3	0,4	101	1,8	51	70	71	51	39	12	74	1,3	1,1	-4,3
Emiratos Árabes Unidos	9.365	1.599	482	5	0,7	97	1,5	60	74	79	20	18	2	87	5,4	0,9	-0,3
Eritrea	3.620	1.712	486	1,9	1,7	104	3,9	41	56	67	78	71	7	42	4	3	-4,1
Eslovaquia	5.448	1.026	289	0,1	0,2	54	1,6	70	73	75	49	24	26	54	-0,1	0,5	0,3
Eslovenia	2.119	380	101	0,3	-0,1	19	1,6	68	76	81	55	24	32	55	0,7	0,5	2,2
España	47.487	8.198	1.897	0,7	-0,1	358	1,3	72	79	83	52	21	30	81	1	0,2	5,8
Estado de Palestina	5.133	2.339	712	2,2	2	145	3,5	55	70	73	74	68	6	77	2,5	2,4	-2,4
Estados Unidos de América	336.998	74.735	19.164	0,8	0,4	3.723	1,7	71	77	77	54	28	26	83	1	0,7	1,7
Estonia	1.329	260	71	-0,2	-0,3	14	1,7	70	71	77	58	26	32	69	-0,2	0	2,3
Eswatini	1.192	493	140	0,6	0,9	29	2,8	51	47	57	64	57	7	24	0,9	1,8	-4,1
Etiopía	120.283	56.315	17.798	2,7	2,2	3.896	4,2	43	51	65	76	70	6	22	4,5	4,1	0

**TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS**

Países y zonas	Población (miles) 2021			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Número anual de nacimientos (miles)	Fecundidad total (nacidos vivos por mujer)	Esperanza de vida al nacer (años)			Tasa de dependencia (%) 2021			Proporción de población urbana (%) 2021	Tasa de crecimiento anual de la población urbana (%)		Tasa neta de migración (por 1.000 habitantes) 2021
	Total	Menos de 18	Menos de 5	2000-2020	2020-2030 <sup>A</sup>			1970	2000	2021	Tasa total de dependencia	Tasa de dependencia infantil	Tasa de dependencia en la tercera edad		2000-2020	2020-2030 <sup>A</sup>	
Federación de Rusia	145.103	30.178	7.890	0	-0,3	1.397	1,5	68	65	69	50	27	23	75	0,1	0	2,2
Fiji	925	316	90	0,5	0,6	18	2,5	62	66	67	53	44	9	58	1,3	1,3	-6,5
Filipinas	113.880	41.441	11.923	1,7	1,3	2.485	2,7	62	69	69	56	48	8	48	1,9	2	-0,7
Finlandia	5.536	1.036	244	0,3	0,1	47	1,4	70	78	82	62	25	37	86	0,5	0,2	2,7
Francia	64.531	13.568	3.408	0,5	0,1	677	1,8	72	79	82	63	28	35	81	0,8	0,4	0,3
Gabón	2.341	985	307	2,8	1,7	64	3,5	53	61	66	68	61	7	90	3,4	2	0,6
Gambia	2.640	1.331	412	2,8	2,2	88	4,7	40	57	62	85	80	5	63	4,1	3	-0,7
Georgia	3.758	920	261	-0,6	-0,3	50	2,1	64	70	72	55	33	23	60	0	0,4	-0,7
Ghana	32.833	14.291	4.306	2,3	1,7	905	3,6	48	58	64	69	63	6	58	3,6	2,6	-0,3
Granada	125	35	10	0,7	0,5	2	2	66	73	75	51	36	15	37	0,8	1	-0,7
Grecia	10.445	1.794	433	-0,2	-0,4	79	1,4	73	78	80	58	22	35	80	0,2	-0,1	-1,4
Guatemala	17.608	6.930	1.927	1,9	1,3	372	2,4	49	67	69	61	53	8	52	2,5	2,1	-1,7
Guinea	13.532	6.562	2.097	2,2	2,1	466	4,4	39	52	59	82	76	6	37	3	3,1	-0,3
Guinea-Bissau	2.061	975	295	2,3	1,9	64	4	38	50	60	77	72	5	45	3,3	2,7	-0,7
Guinea Ecuatorial	1.634	722	230	4	2	50	4,3	30	53	61	72	67	5	74	5,9	2,5	4
Guyana	805	275	79	0,2	0,6	16	2,4	60	64	66	54	44	9	27	-0,1	1,1	-5,4
Haití	11.448	4.397	1.277	1,4	1,1	269	2,8	47	58	63	58	51	7	58	3,7	2,2	-2,9
Honduras	10.278	3.784	1.056	2	1,3	217	2,4	54	69	70	53	47	6	59	3,2	2,2	-0,6
Hungría	9.710	1.707	468	-0,2	-0,1	92	1,6	69	72	75	54	22	31	72	0,3	0,3	2
India	1.407.564	438.164	115.307	1,3	0,7	23.114	2	48	63	67	48	38	10	35	2,4	2	-0,2
Indonesia	273.753	83.188	22.414	1,1	0,7	4.496	2,2	53	66	68	48	38	10	57	2,6	1,6	-0,1
Irán (República Islámica del)	87.923	24.425	6.896	1,4	0,6	1.204	1,7	50	70	74	45	35	11	76	2,2	1,1	0,3
Iraq	43.534	19.352	5.691	2,6	2	1.192	3,5	60	67	70	71	65	6	71	2,8	2,3	-1,4
Irlanda	4.987	1.189	305	1,3	0,6	59	1,8	71	77	82	53	31	23	64	1,6	1	3,1
Islandia	370	83	22	1,3	0,6	5	1,7	74	80	83	50	28	22	94	1,3	0,6	1,7
Islas Cook	17	5	1	0,3	0,1	0	2,2	64	70	75	54	36	17	76	1	0,4	-9,4
Islas Marshall	42	16	4	-1,1	0,3	1	2,7	59	63	65	60	53	7	78	-0,5	0,6	-44,2
Islas Salomón	708	323	101	2,3	1,9	21	4	56	67	70	75	69	6	25	4,4	3,5	-1,1
Islas Turcas y Caicos	45	9	3	4,1	0,8	1	1,7	56	74	75	37	23	14	94	4,6	1	15,2
Islas Vírgenes Británicas	31	6	1	2	0,6	0	1	67	74	74	33	20	13	49	2,8	1,4	4,1
Israel	8.900	2.930	890	1,7	1,3	174	3	71	79	82	67	47	20	93	1,8	1,4	1,9
Italia	59.240	9.203	2.161	0,2	-0,3	410	1,3	72	80	83	57	20	37	71	0,5	0,1	0,5
Jamaica	2.828	712	169	0,4	-0,1	33	1,4	67	71	71	38	28	10	57	0,8	0,6	-2
Japón	124.613	17.962	4.286	-0,1	-0,5	819	1,3	72	81	85	71	20	51	92	0,7	-0,4	0,7
Jordania	11.148	4.289	1.195	3,7	0,8	245	2,8	60	72	74	57	51	6	92	4,4	1	1,3
Kazajstán	19.196	6.498	2.009	1	1	413	3,1	61	64	69	60	47	13	58	1,2	1,3	-1
Kenya	53.006	24.050	6.913	2,5	1,8	1.468	3,3	54	54	61	70	65	5	28	4,1	3,4	-1
Kirguistán	6.528	2.574	805	1,3	1,3	158	3	58	65	70	64	56	7	37	1,5	2,3	-2,5
Kiribati	129	53	17	1,7	1,5	4	3,3	55	64	67	66	60	6	56	2,9	2,5	-2,3
Kuwait	4.250	1.043	259	3,9	0,4	44	2,1	67	77	79	34	28	6	100	3,9	0,4	-8,6
Lesotho	2.281	916	275	0,6	0,9	60	3	51	48	53	62	55	7	29	2,5	2,4	-0,7
Letonia	1.874	348	93	-1,1	-1	17	1,6	70	70	74	59	25	34	68	-1,1	-0,8	-3,6
Líbano	5.593	1.847	445	1,3	-1,7	84	2,1	67	74	75	59	44	15	89	1,4	-1,5	-20,4
Liberia	5.193	2.492	745	2,7	1,9	163	4,1	41	51	61	80	74	6	53	3,5	2,8	-2,3
Libia	6.735	2.332	614	1,2	1	120	2,5	55	71	72	51	44	7	81	1,5	1,3	-0,1
Liechtenstein	39	7	2	0,8	0,5	0	1,5	65	77	83	50	22	28	14	0,5	1,2	5,9
Lituania	2.787	499	140	-1,2	-0,9	27	1,6	71	72	74	56	24	32	68	-1,1	-0,5	-4,2
Luxemburgo	639	122	33	1,8	0,9	7	1,4	70	78	83	44	23	21	92	2,2	1,1	10,9
Macedonia del Norte	2.103	408	105	0,2	-0,2	20	1,4	64	73	74	45	23	21	59	0,2	0,5	-0,2
Madagascar	28.916	13.292	4.151	2,6	2,1	895	3,9	48	58	64	75	69	6	39	4,3	3,6	0
Malasia	33.574	9.311	2.572	1,8	0,9	511	1,8	63	73	75	43	33	10	78	2,8	1,4	1,4
Malawi	19.890	10.052	3.034	2,6	2,3	654	3,9	37	45	63	85	80	5	18	3,4	3,9	-0,1
Maldivas	521	132	38	2,9	0	7	1,7	45	71	80	36	29	6	41	4,7	0,9	2,3
Malí	21.905	11.904	4.004	3	2,7	913	6	33	51	59	99	94	5	45	5,1	4,1	-1
Malta	527	82	24	1,2	0,5	5	1,2	69	78	84	47	19	28	95	1,3	0,5	20
Marruecos	37.077	11.779	3.285	1,2	0,8	651	2,3	49	67	74	52	41	11	64	2	1,5	-1,2
Mauricio	1.299	272	66	0,3	0,1	13	1,4	61	72	74	41	23	17	41	0,1	0,3	-0,4
Mauritania	4.615	2.252	695	2,4	2,4	153	4,4	51	61	64	83	77	6	56	4,2	3,5	-0,3
México	126.705	38.144	9.893	1,2	0,6	1.882	1,8	61	74	70	49	37	12	81	1,6	0,9	-0,4
Micronesia (Estados Federados de)	113	42	11	0	0,8	2	2,7	61	70	71	58	48	9	23	0,1	1,6	-5,6
Mónaco	37	6	2	0,6	-0,3	0	2,1	73	82	86	95	25	70	100	0,6	-0,3	5,6
Mongolia	3.348	1.220	380	1,4	1,1	72	2,8	53	63	71	58	51	7	69	2,3	1,4	0
Montenegro	628	136	37	0	-0,1	7	1,7	69	74	76	53	28	25	68	0,6	0,3	-0,2

**TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS**

Países y zonas	Población (miles) 2021			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Número anual de nacimientos (miles)	Fecundidad total (nacidos vivos por mujer)	Esperanza de vida al nacer (años)			Tasa de dependencia (%) 2021			Proporción de población urbana (%) 2021	Tasa de crecimiento anual de la población urbana (%)		Tasa neta de migración (por 1.000 habitantes) 2021
	Total	Menos de 18	Menos de 5	2000–2020	2020–2030 <sup>A</sup>			1970	2000	2021	Tasa total de dependencia	Tasa de dependencia infantil	Tasa de dependencia en la tercera edad		2000–2020	2020–2030 <sup>A</sup>	
Montserrat	4	1	0	-0,6	-0,4	0	1,6	64	75	76	44	19	25	9	6,4	0,3	-9
Mozambique	32.077	16.168	5.260	2,7	2,5	1.174	4,6	42	49	59	86	81	5	38	3,8	3,8	-0,3
Myanmar	53.798	16.125	4.491	0,8	0,6	920	2,2	51	60	66	46	36	10	31	1,4	1,6	-0,7
Namibia	2.530	1.060	333	1,5	1,4	69	3,3	54	52	59	67	61	7	53	3,8	2,8	-1,7
Nauru	13	6	2	0,8	0,7	0	3,5	60	59	64	70	66	4	100	0,8	0,7	-5,3
Nepal	30.035	10.742	2.952	0,8	1,1	610	2	43	63	68	55	46	9	21	2,9	3	9,9
Nicaragua	6.851	2.451	698	1,3	1,2	141	2,3	55	67	74	54	46	8	59	1,6	1,7	-1,5
Níger	25.253	14.056	4.972	3,5	3,4	1.144	6,8	36	49	62	105	100	5	17	3,6	4,4	-0,2
Nigeria	213.401	106.611	34.831	2,5	2,1	7.923	5,2	40	47	53	86	81	6	53	4,4	3,3	-0,4
Niue	2	1	0	-0,3	0	0	2,4	64	67	71	70	45	25	47	1,3	1,2	-2
Noruega	5.403	1.108	280	0,9	0,6	54	1,5	74	79	83	54	26	28	83	1,3	0,9	2
Nueva Zelandia	5.130	1.159	310	1,3	0,7	64	1,8	71	79	82	53	29	24	87	1,3	0,9	7,5
Omán	4.520	1.369	443	3,2	1	83	2,6	48	73	73	42	38	4	87	4	1,6	-4,6
Países Bajos	17.502	3.309	866	0,4	0,3	180	1,6	74	78	82	55	24	31	93	1,3	0,5	3,3
Pakistán	231.402	100.538	29.604	1,8	1,7	6.375	3,5	55	62	66	70	63	7	37	2,4	2,5	-2
Palau	18	5	1	-0,4	0	0	2,4	56	66	66	44	30	14	81	0,2	0,4	0,2
Panamá	4.351	1.366	385	1,7	1,1	77	2,3	65	74	76	54	41	13	69	2,2	1,6	1,3
Papua Nueva Guinea	9.949	4.057	1.207	2,7	1,6	254	3,2	52	62	65	60	55	5	13	2,8	2,8	1,1
Paraguay	6.704	2.305	682	1,2	1	138	2,5	63	70	70	54	45	10	62	1,8	1,5	-1,2
Perú	33.715	10.639	2.917	1,1	0,9	594	2,2	47	70	72	53	40	13	79	1,4	1,1	2
Polonia	38.308	6.982	1.908	0	0,1	363	1,5	70	74	76	52	23	29	60	-0,1	0,3	-0,1
Portugal	10.290	1.690	433	0	-0,2	80	1,4	67	77	81	56	21	35	67	0,9	0,5	2,7
Qatar	2.688	475	145	6,9	0,3	27	1,8	67	75	79	21	19	2	99	7,1	0,3	-11,4
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	67.281	14.169	3.652	0,6	0,3	677	1,6	72	78	81	58	28	30	84	0,9	0,5	3
República Árabe Siria	21.324	8.679	1.892	1,2	3,3	427	2,7	61	71	72	60	53	7	56	1,5	4,3	10
República Centroafricana	5.457	3.045	985	1,7	2,6	235	6	45	45	54	103	98	5	43	2,2	3,7	-15,6
República de Corea	51.830	7.517	1.651	0,5	-0,1	289	0,9	62	76	84	40	17	23	81	0,6	0	0,8
República de Moldova	3.062	709	202	-1,5	0,3	38	1,8	64	66	69	50	30	20	43	-1,7	0,8	-4,7
República Democrática del Congo	95.894	50.791	17.698	3,1	2,9	4.035	6,2	43	52	59	98	92	6	46	4,3	4	-0,7
República Democrática Popular Lao	7.425	2.739	790	1,4	1,2	163	2,5	44	58	68	55	48	7	37	3,8	2,7	-1,4
República Dominicana	11.118	3.626	1.015	1,2	0,8	205	2,3	56	69	73	53	42	11	83	2,6	1,3	-1,3
República Popular Democrática de Corea	25.972	5.940	1.700	0,5	0,2	344	1,8	61	61	73	43	27	16	63	0,7	0,7	-0,1
República Unida de Tanzania	63.588	32.079	10.537	2,8	2,6	2.303	4,7	46	52	66	88	82	6	36	4,9	4,3	-0,1
Rumania	19.329	3.722	1.029	-0,6	-0,2	195	1,7	68	71	74	54	25	29	54	-0,5	0,2	-0,7
Rwanda	13.462	6.162	1.889	2,3	2	404	3,8	47	47	66	73	67	5	18	3	3,1	-0,5
Saint Kitts y Nevis	48	11	3	0,2	0,1	1	1,5	61	70	72	42	28	14	31	-0,1	0,6	-1,9
Samoa	219	96	29	0,7	1,3	6	3,9	60	71	73	75	66	9	18	-0,2	1	-4
San Marino	34	5	1	1,1	-0,1	0	1,1	74	80	81	50	20	30	98	1,3	-0,1	1,2
San Vicente y las Granadinas	104	27	7	-0,4	0	1	1,8	69	71	70	49	33	16	53	0,4	0,7	-3,6
Santa Lucía	180	40	10	0,6	0,2	2	1,4	64	71	71	38	25	13	19	-1,3	0,9	0
Santa Sede	1	-	-	-1,1	0,7	0	1	71	79	82	-	-	-	-	-	-	0
Santo Tomé y Príncipe	223	105	30	2	1,7	6	3,8	57	62	68	78	71	7	75	3,6	2,4	-3,5
Senegal	16.877	8.168	2.571	2,5	2,3	550	4,4	41	57	67	82	76	6	49	3,4	3,2	-0,6
Serbia	7.297	1.253	345	-0,4	-0,7	68	1,5	66	71	74	54	22	32	57	0	-0,2	0
Seychelles	106	29	9	1,3	0,5	2	2,3	58	70	71	45	34	11	58	1,9	1,1	1,4
Sierra Leona	8.421	3.880	1.188	2,8	1,9	264	4	39	45	60	74	69	5	43	3,7	2,8	-0,2
Singapur	5.941	860	246	1,8	0,5	42	1	69	79	83	35	16	19	100	1,8	0,5	3,3
Somalia	17.066	9.212	3.200	3	2,7	744	6,3	46	51	55	99	94	5	47	4,6	3,8	-1
Sri Lanka	21.773	6.120	1.562	0,7	0,2	306	2	65	70	76	52	35	17	19	0,8	1,3	-4,2
Sudáfrica	59.392	19.961	5.813	1,1	0,9	1.177	2,4	56	58	62	53	44	9	68	1,9	1,5	0,2
Sudán	45.657	21.570	7.084	2,5	2,3	1.534	4,5	46	58	65	80	74	6	36	2,9	3,3	-0,3
Sudán del Sur	10.748	5.621	1.486	2,6	1,5	313	4,5	26	46	55	91	85	5	21	3,6	3,2	-3
Suecia	10.467	2.215	595	0,7	0,5	113	1,7	75	80	83	61	28	32	88	1	0,8	7,7
Suiza	8.691	1.560	436	0,9	0,5	87	1,5	73	80	84	52	23	29	74	0,9	0,7	2,8
Suriname	613	195	54	1,1	0,8	11	2,3	60	66	70	51	40	11	66	1,1	1	-0,8
Tailandia	71.601	13.764	3.379	0,6	0,1	644	1,3	58	72	79	43	23	21	52	2,9	1,2	0
Tayikistán	9.750	4.093	1.269	2	1,6	261	3,2	57	63	72	66	60	6	28	2,2	2,7	-0,4
Timor-Leste	1.321	562	157	1,9	1,3	33	3,1	37	59	68	68	59	9	32	3,1	2,3	-1,5
Togo	8.645	4.035	1.270	2,5	2	275	4,3	46	55	62	77	71	5	43	3,7	3,2	-0,1
Tokelau	2	1	0	0,4	1	0	2,7	62	72	75	60	47	13	0	-	-	0
Tonga	106	44	12	0,1	0,7	2	3,2	63	69	71	69	59	10	23	0,1	1	-8,9
Trinidad y Tabago	1.526	353	92	0,6	0,2	18	1,6	65	69	73	44	28	16	53	0,4	0,4	1,7



**TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS**

Países y zonas	Población (miles) 2021			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Número anual de nacimientos (miles)	Fecundidad total (nacidos vivos por mujer)	Esperanza de vida al nacer (años)			Tasa de dependencia (%) 2021			Proporción de población urbana (%) 2021	Tasa de crecimiento anual de la población urbana (%)		Tasa neta de migración (por 1.000 habitantes) 2021
	Total	Menos de 18	Menos de 5	2000–2020	2020–2030 <sup>A</sup>			1970	2000	2021	Tasa total de dependencia	Tasa de dependencia infantil	Tasa de dependencia en la tercera edad		2000–2020	2020–2030 <sup>A</sup>	
Túnez	12.263	3.574	1.035	1	0,7	197	2,1	54	74	74	51	38	13	70	1,4	1,1	-0,7
Türkiye	84.775	23.673	6.610	1,3	0,5	1.245	1,9	57	72	76	47	34	12	77	2,1	1	-0,8
Turkmenistán	6.342	2.282	688	1,5	1,1	137	2,7	58	65	69	57	49	8	53	2,1	2	-0,7
Tuvalu	11	4	1	0,7	0,7	0	3,2	55	63	65	61	51	10	65	2,2	1,5	-1,3
Ucrania	43.531	7.898	1.798	-0,5	-1,2	336	1,3	69	68	72	48	23	26	70	-0,3	-1	0
Uganda	45.854	24.092	7.690	2,9	2,5	1.687	4,6	50	48	63	88	85	3	26	5,4	4,5	0,9
Uruguay	3.426	811	195	0,2	0	36	1,5	69	75	75	54	30	24	96	0,4	0,1	-0,4
Uzbekistán	34.081	11.809	3.847	1,4	1,2	803	2,9	61	66	71	54	46	8	50	1,8	1,5	-1,2
Vanuatu	319	145	45	2,3	2,1	9	3,7	55	69	70	76	70	7	26	3,1	2,7	-0,6
Venezuela (República Bolivariana de)	28.200	9.560	2.396	0,7	1,1	452	2,2	64	72	71	58	44	13	88	0,8	1,1	-18,5
Viet Nam	97.468	26.183	7.368	1	0,6	1.463	1,9	56	72	74	46	33	13	38	3	2,1	0
Yemen	32.982	15.348	4.714	2,6	1,9	1.009	3,8	41	63	64	74	69	5	39	4,4	3,4	-3,1
Zambia	19.473	9.768	3.073	3,1	2,4	672	4,3	51	45	61	82	79	3	45	4,3	3,5	0,5
Zimbabwe	15.994	7.622	2.300	1,3	1,8	489	3,5	57	45	59	79	73	6	32	1,1	2,4	-1,6
<b>DATOS CONSOLIDADOS</b>																	
África Subsahariana	1.182.308	575.568	185.103	2,6	2,2	40.950	4,6	44	51	60	82	77	6	42	3,9	3,4	-0,4
África Occidental y Central	574.303	288.861	95.003	2,7	2,3	21.377	5,2	41	50	57	87	82	5	48	4,1	3,4	-0,6
África Oriental y Meridional	608.005	286.706	90.099	2,5	2,1	19.573	4,1	47	51	63	78	72	6	36	3,6	3,3	-0,2
América del Norte	375.153	81.950	21.066	0,8	0,5	4.097	1,6	71	77	78	54	28	26	83	1,0	0,7	2,0
América Latina y Caribe	651.297	185.463	49.512	1,1	0,6	9.662	1,9	58	71	72	48	35	13	81	1,4	0,9	-0,4
Asia Meridional	1.901.529	631.014	170.669	1,4	0,9	34.882	2,2	48	63	67	51	42	10	35	2,5	2,2	-0,5
Asia Oriental y Pacífico	2.351.075	544.718	141.163	0,7	0,2	24.171	1,5	57	72	76	47	28	18	61	2,5	1,1	0,0
Europa del Este y Asia Central	425.237	104.630	29.039	0,3	0,1	5.528	1,9	64	67	71	51	32	19	67	0,6	0,4	0,2
Europa y Asia Central	921.948	196.265	52.835	0,3	0,1	10.098	1,7	68	72	76	54	28	26	73	0,6	0,4	1,4
Europa Occidental	496.711	91.635	23.795	0,3	0,0	4.570	1,5	71	78	81	56	24	32	77	0,6	0,3	2,4
Oriente Medio y Norte de África	484.290	170.267	49.223	1,9	1,3	9.763	2,7	51	69	73	55	47	8	66	2,5	1,6	-0,8
Países menos desarrollados	1.099.569	500.147	157.433	2,3	2,0	34.449	4,0	43	55	64	74	68	6	35	3,9	3,4	-0,5
<b>Mundo</b>	<b>7.909.295</b>	<b>2.392.419</b>	<b>671.477</b>	<b>1,2</b>	<b>0,8</b>	<b>133.975</b>	<b>2,3</b>	<b>56</b>	<b>66</b>	<b>71</b>	<b>54</b>	<b>39</b>	<b>15</b>	<b>57</b>	<b>2,0</b>	<b>1,4</b>	<b>0,0</b>

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de Clasificaciones Regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

Los datos desglosados por género están disponibles en Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). Perspectivas de la Población Mundial 2019, Rev. 1.

**NOTAS**

- Datos no disponibles.

Los valores regionales y mundiales se basan en más países y zonas de los que aparecen aquí. Por lo tanto, los valores de los países no suman los valores regionales ni el valor mundial correspondientes.

<sup>A</sup> Basado en proyecciones de variantes de fecundidad medias.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Todos los datos demográficos** – Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2022). Perspectivas de la población mundial 2022. Rev. 1.

**Datos urbanos** – Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población, Perspectivas de la urbanización mundial: Revisión de 2018. Ajustado sobre la base de la revisión de 2022 de las Perspectivas de la Población Mundial.

**Última actualización** – Diciembre de 2022.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Población (miles)** – Población total

**Tasa de crecimiento anual de la población** – Tasa exponencial media de crecimiento de la población a lo largo de un año. Se calcula como  $\ln(P_t/P_0)/T$  donde  $P_0$  es la población al principio del período de tiempo,  $P_t$  la población al final del período de tiempo y  $T$  la duración del período. Se expresa en porcentaje.

**Número anual de nacimientos** – Número anual de nacimientos para el año de referencia. Los datos se presentan en miles.

**Total de fecundidad** – El número promedio de nacimientos vivos que tendría una cohorte hipotética de mujeres al final de su período reproductivo si estuvieran sujetas durante toda su vida a las tasas de fecundidad de un período determinado y si no estuvieran sujetas a la mortalidad. Se expresa como niños nacidos vivos por mujer.

**Relaciones de dependencia** – La relación de dependencia total es la relación entre la suma de la población de 0 a 14 años y la de 65 años o más y la población de 15 a 64 años. La relación de dependencia infantil es la relación entre la población de 0 a 14 años

y la población de 15 a 64 años. La relación de dependencia de las personas de edad es la relación entre la población de 65 años o más y la población de 15 a 64 años. Todas las relaciones se presentan como número de personas dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar (15-64).

**Esperanza de vida al nacer** – Número de años de vida de un recién nacido si está sujeto a los riesgos de mortalidad que prevalecen en la sección transversal de la población en el momento de su nacimiento.

**Proporción de población urbana** – Población urbana como porcentaje de la población total.

**Tasa de crecimiento anual de la población urbana** – Tasa media anual exponencial de crecimiento de la población urbana durante un período determinado, expresada en porcentaje.

**Tasa neta de migración** – El número de inmigrantes menos el número de emigrantes en un período, dividido por los años que ha vivido la población del país de acogida durante ese período. Se expresa como el número neto de migrantes por cada 1.000 habitantes.

## TABLA 2. MORTALIDAD EN LA INFANCIA

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años	Tasa de mortalidad de menores de 5 años 2021		Tasa de mortalidad infantil		Tasa de mortalidad neonatal			Tasa de mortalidad entre los niños de 5 a 14 años		Tasa de mortinatalidad		Tasa anual de reducción de la tasa de mortinatalidad	Muertes de menores de 5 años	Muertes neonatales	Muertes neonatales como proporción del total de muertes de menores de cinco años	Muertes de niños de 5 a 14 años	Nacidos muertos
	1990	2000	2021	2000-2021	Hombre	Mujer	1990	2021	1990	2000	2021	1990	2021	2000	2021	2000-2021	2021	2021	2021	2021	2021
Afganistán	178	129	56	4	59	52	121	43	74	61	34	19	4	35	26	1,5	77.811	49.061	63	4.396	37.980
Albania	41	27	9	5	10	9	35	8	13	12	7	6	2	7	4	2,3	279	209	75	59	128
Alemania	9	5	4	1,9	4	3	7	3	3	3	2	2	1	3	3	0,3	2.723	1.673	61	569	2.115
Andorra	13	8	3	4,8	3	2	9	3	7	4	1	2	1	4	2	2,3	2	1	50	0	1
Angola	224	205	69	5,2	75	63	132	47	54	50	27	55	16	28	19	1,8	89.896	35.644	40	15.451	26.351
Anguila	17	10	4	4,1	4	4	14	4	9	5	2	3	1	-	-	-	1	0	0	0	-
Antigua y Barbuda	14	16	6	4,4	7	6	11	5	8	10	3	3	2	9	5	2,6	7	4	57	2	6
Arabia Saudita	44	22	7	5,7	7	7	35	6	22	12	3	8	2	9	4	3,3	4.350	2.060	47	1.018	2.680
Argelia	52	42	22	3	24	21	44	19	24	22	16	9	3	20	10	3,5	21.567	14.888	69	2.475	9.429
Argentina	29	20	7	5	8	6	25	6	15	11	5	3	1	8	4	2,8	4.410	3.232	73	1.064	2.719
Armenia	49	31	11	5	12	10	42	10	23	16	6	3	2	20	11	3	372	190	51	74	369
Australia	9	6	4	2,4	4	3	8	3	5	4	2	2	1	4	2	2,1	1.111	706	64	239	714
Austria	10	6	4	1,9	4	3	8	3	5	3	2	2	1	3	2	0,7	308	198	64	64	207
Azerbaiyán	95	75	19	6,6	20	17	76	17	31	34	10	6	3	19	9	3,7	2.435	1.210	50	553	1.117
Bahamas	23	16	13	1	14	12	20	11	14	8	7	4	2	12	11	0,4	61	33	54	13	53
Bahrein	23	12	7	2,8	7	7	20	6	15	5	3	4	2	8	6	1,7	128	52	41	36	102
Bangladesh	146	86	27	5,5	29	25	101	23	66	44	16	24	5	41	21	3,3	82.081	48.319	59	13.637	63.199
Barbados	18	15	12	1,1	13	11	16	11	12	9	8	3	2	8	8	0,5	36	24	67	5	23
Belarus	15	13	3	7,4	3	2	12	2	10	5	1	4	1	5	2	4,1	251	78	31	122	195
Bélgica	10	6	4	1,7	5	4	8	3	5	3	2	2	1	3	3	0,7	476	283	59	102	342
Belice	38	24	11	3,6	12	10	31	10	19	12	7	5	3	10	7	1,9	80	53	66	21	50
Benin	173	137	84	2,3	89	77	104	55	45	39	29	42	19	28	20	1,6	38.680	13.907	36	6.514	9.713
Bhután	127	77	27	5,1	29	24	89	22	42	32	15	17	7	17	9	3	263	144	55	95	88
Bolivia (Estado Plurinacional de)	121	76	25	5,3	27	22	84	20	41	29	13	12	4	16	9	2,7	6.484	3.477	54	988	2.333
Bosnia y Herzegovina	18	10	6	2,7	6	5	16	5	11	7	4	3	1	4	3	2	159	113	71	40	74
Botswana	45	74	35	3,6	38	31	34	28	18	8	18	19	7	11	15	-1,5	2.131	1.098	52	383	912
Brasil	63	35	14	4,2	16	13	53	13	26	19	8	4	2	10	7	1,8	40.107	23.391	58	6.566	19.411
Brunei Darussalam	13	10	11	-0,5	12	10	10	10	6	5	6	4	2	5	5	0,2	72	38	53	13	30
Bulgaria	18	17	6	4,8	7	6	15	5	8	8	3	4	2	8	5	1,6	377	175	46	106	317
Burkina Faso	199	179	83	3,7	87	78	99	52	46	41	25	38	17	29	20	1,7	63.466	19.832	31	10.688	16.351
Burundi	170	155	53	5,1	57	48	103	38	39	37	20	59	19	29	18	2,2	22.715	8.943	39	7.263	8.130
Cabo Verde	60	38	14	4,9	15	12	47	12	20	19	8	6	2	15	9	2,2	136	84	62	20	92
Camboya	116	106	25	6,9	28	22	85	21	40	35	13	32	4	25	11	3,7	8.013	4.119	51	1.431	3.705
Camerún	136	144	70	3,5	75	64	85	47	40	35	26	32	21	24	19	1,1	64.977	24.360	37	15.529	18.288
Canadá	8	6	5	1	5	5	7	4	4	4	3	2	1	3	3	0,7	1.873	1.274	68	368	1.041
Chad	212	184	107	2,6	114	100	112	66	52	44	32	49	23	32	25	1,2	76.471	24.070	31	11.491	19.317
Chequia	12	5	3	3,3	3	2	10	2	7	3	1	2	1	3	3	0,2	293	150	51	97	285
Chile	19	11	7	2,4	7	6	16	6	9	6	4	3	1	4	3	2,2	1.492	981	66	308	609
China	54	37	7	7,9	7	7	43	5	30	21	3	7	2	15	5	5,3	88.271	34.850	39	31.781	53.551
Chipre	11	7	3	4,1	3	3	10	2	6	4	2	2	1	4	3	2,5	36	21	58	15	33
Colombia	36	25	13	3,2	14	11	29	11	18	14	7	5	2	9	7	1,2	9.382	5.106	54	1.748	5.255
Comoras	126	96	50	3,2	52	47	89	39	50	40	26	16	5	30	24	0,9	1.192	622	52	109	600
Congo	91	114	43	4,6	47	39	60	32	27	30	18	31	7	21	16	1,4	7.604	3.297	43	1.050	2.868
Costa Rica	17	13	8	2,6	8	7	14	6	9	8	5	3	2	5	4	0,8	479	328	68	121	260
Côte d'Ivoire	153	143	75	3,1	83	67	104	56	49	46	32	28	24	30	22	1,4	68.056	30.095	44	17.524	21.042
Croacia	13	8	5	2,8	5	4	11	4	8	6	3	3	1	5	3	2,5	165	97	59	50	105
Cuba	14	9	5	2,7	5	4	11	4	7	4	2	4	2	11	7	2,2	526	239	45	222	703
Dinamarca	9	6	4	2,2	4	3	7	3	4	3	2	2	1	3	2	2,4	222	156	70	41	121
Djibouti	118	101	54	2,9	59	49	92	46	49	44	30	26	12	36	27	1,4	1.316	725	55	279	674
Dominica	16	17	36	-3,6	39	33	13	32	10	13	28	4	3	11	15	-1,5	34	27	79	3	15
Ecuador	54	30	12	4,1	14	11	42	11	22	14	7	7	2	16	9	2,7	3.722	1.989	53	755	2.670
Egipto	86	47	19	4,3	20	18	63	16	33	22	10	11	4	17	9	3	46.892	24.704	53	9.740	22.876
El Salvador	60	33	12	4,7	14	11	46	11	23	15	6	6	4	20	9	3,9	1.268	618	49	422	906
Emiratos Árabes Unidos	17	11	6	2,7	7	6	14	5	8	6	3	4	2	8	5	2,8	618	337	55	148	454
Eritrea	153	85	38	3,8	43	33	94	29	35	27	17	41	7	21	16	1,4	3.892	1.799	46	674	1.704
Eslovaquia	15	10	6	2,6	6	5	13	5	9	5	3	3	1	4	3	1,2	312	152	49	69	168
Eslovenia	10	5	2	4,4	2	2	9	2	6	3	1	2	1	4	3	1,6	42	24	57	15	49
España	9	5	3	2,7	3	3	7	3	5	3	2	2	1	3	2	2	1.089	637	58	322	776
Estado de Palestina	45	30	15	3,4	16	13	36	13	23	17	9	5	3	14	9	1,8	2.147	1.350	63	449	1.377
Estados Unidos de América	11	8	6	1,4	7	6	9	5	6	5	3	2	1	3	3	0,9	23.162	12.169	53	5.703	10.196
Estonia	18	11	2	8,1	2	2	14	2	10	5	1	5	1	5	2	4,1	28	12	43	15	26
Eswatini	68	112	53	3,6	57	48	52	41	23	29	23	11	11	16	14	0,6	1.526	670	44	314	416

**TABLA 2. MORTALIDAD EN LA INFANCIA**

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años	Tasa de mortalidad de menores de 5 años 2021		Tasa de mortalidad infantil		Tasa de mortalidad neonatal			Tasa de mortalidad entre los niños de 5 a 14 años		Tasa de mortinatalidad		Tasa anual de reducción de la tasa de mortinatalidad	Muertes de menores de 5 años	Muertes neonatales	Muertes neonatales como proporción del total de muertes de menores de cinco años	Muertes de niños de 5 a 14 años	Nacidos muertos
	1990	2000	2021	2000-2021	Hombre	Mujer	1990	2021	1990	2000	2021	1990	2021	2000	2021	2000-2021	2021	2021	2021	2021	2021
Etiopía	201	140	47	5,2	52	41	120	34	59	48	26	74	7	33	21	2,2	177.737	101.951	57	21.616	81.798
Federación de Rusia	22	19	5	6,4	6	5	17	4	11	9	2	5	2	7	3	3,4	7.347	2.857	39	3.103	4.616
Fiji	29	23	28	-1	30	25	24	23	13	10	14	12	5	10	9	0,6	501	247	49	88	165
Filipinas	57	38	26	1,8	28	23	40	20	19	17	12	8	5	14	10	1,5	63.392	30.500	48	10.575	25.531
Finlandia	7	4	2	3,2	2	2	6	2	4	2	1	2	1	3	2	1,5	102	60	59	44	91
Francia	9	5	4	1	5	4	7	3	4	3	3	2	1	5	3	2,3	2.985	1.713	57	564	2.083
Gabón	92	84	40	3,6	44	36	60	29	31	28	19	18	12	18	14	1,1	2.512	1.203	48	629	908
Gambia	167	114	48	4,1	53	43	81	34	50	40	25	33	10	27	21	1,3	4.138	2.221	54	730	1.887
Georgia	48	37	9	6,5	11	8	41	8	25	23	5	4	2	16	6	4,9	474	272	57	96	288
Ghana	128	100	44	3,9	48	39	80	33	42	36	23	25	10	28	21	1,3	39.423	20.641	52	8.049	19.787
Granada	22	15	16	-0,2	17	15	18	14	12	8	10	5	4	9	9	-0,2	32	20	63	8	18
Grecia	10	6	4	2,6	4	3	9	3	6	4	2	2	1	5	3	1,8	299	178	60	78	245
Guatemala	80	52	23	3,9	25	21	60	20	28	21	11	13	3	20	13	1,9	8.704	4.021	46	1.311	5.030
Guinea	233	166	99	2,5	106	91	138	64	62	46	31	43	18	30	23	1,2	44.995	14.486	32	6.529	11.089
Guinea-Bissau	223	174	74	4,1	80	68	132	50	64	55	34	45	13	46	31	1,8	4.693	2.197	47	722	2.064
Guinea Ecuatorial	179	156	77	3,4	83	70	121	57	50	46	28	35	15	19	15	1,1	3.768	1.416	38	634	758
Guyana	61	47	28	2,5	31	24	47	23	31	27	17	5	5	19	13	1,7	450	276	61	71	217
Haití	145	104	59	2,7	64	53	100	45	39	30	24	28	12	21	18	0,8	15.748	6.540	42	2.904	4.859
Honduras	58	37	17	3,9	18	15	45	14	22	18	10	9	5	14	8	2,7	3.570	2.059	58	1.012	1.797
Hungría	17	10	4	4,4	4	4	15	3	11	6	2	3	1	4	4	0,8	369	191	52	88	330
India	127	92	31	5,2	30	31	89	25	57	45	19	21	4	30	12	4,2	709.366	441.801	62	100.307	286.482
Indonesia	84	52	22	4,1	24	20	62	19	31	23	11	13	5	15	9	2,5	100.012	50.931	51	22.469	41.163
Irán (República Islámica del)	57	36	13	5	13	12	45	11	25	19	8	14	3	12	7	2,6	15.806	9.719	61	4.456	8.746
Iraq	54	44	25	2,8	27	22	42	21	26	24	14	11	5	17	12	1,9	28.890	16.772	58	5.673	14.091
Irlanda	9	7	3	3,9	3	3	8	3	5	4	2	2	1	5	3	3,2	187	121	65	41	148
Islandia	6	4	3	2	3	2	5	2	3	2	1	2	1	3	2	2	12	6	50	3	8
Islas Cook	24	18	7	4,4	7	7	20	6	13	10	4	5	2	10	5	3,4	2	1	50	0	1
Islas Marshall	47	42	30	1,7	33	26	38	25	18	19	14	9	6	14	11	0,9	26	11	42	6	9
Islas Salomón	38	31	19	2,3	20	17	31	16	15	13	8	7	4	12	9	1,4	393	160	41	73	196
Islas Turcas y Caicos	14	9	4	3,1	5	4	11	4	8	5	2	3	1	-	-	-	2	1	50	0	-
Islas Vírgenes Británicas	19	16	10	1,9	11	9	17	10	10	8	5	3	2	-	-	-	2	1	50	1	-
Israel	12	7	3	3,4	4	3	10	3	6	4	2	2	1	4	3	2,1	589	302	51	126	480
Italia	10	6	3	3,6	3	2	8	2	6	3	1	2	1	3	2	1,1	1.081	604	56	333	915
Jamaica	28	21	12	2,5	14	11	23	11	18	17	10	4	3	18	14	1,2	414	342	83	103	483
Japón	6	5	2	3,2	2	2	5	2	3	2	1	2	1	3	2	2,3	1.930	667	35	758	1.292
Jordania	36	27	15	2,9	16	13	30	13	20	16	9	5	2	12	9	1,5	3.545	2.087	59	580	2.221
Kazajstán	52	43	10	6,8	12	9	44	9	23	24	5	6	3	11	8	1,5	4.295	2.081	48	938	3.384
Kenya	102	99	37	4,7	40	34	65	28	27	27	18	16	9	20	19	0,3	54.038	27.040	50	12.259	27.720
Kirguistán	65	50	17	5	19	15	54	16	24	20	12	6	3	11	6	2,5	2.774	1.881	68	390	1.018
Kiribati	92	68	48	1,6	52	44	67	38	35	28	21	15	9	18	14	1,1	168	73	43	28	50
Kuwait	18	13	9	1,8	10	8	15	7	10	7	5	5	2	7	5	1	434	217	50	114	242
Lesotho	84	107	73	1,8	79	66	68	57	39	36	35	16	8	37	27	1,5	4.312	2.100	49	423	1.632
Letonia	17	14	4	6,4	4	3	13	3	8	7	2	5	1	6	3	2,7	65	35	54	19	58
Líbano	32	20	8	4,2	9	8	27	7	20	12	5	6	2	11	6	2,9	724	404	56	216	505
Liberia	264	189	76	4,3	82	70	176	57	60	48	30	32	17	30	23	1,3	12.187	4.866	40	2.377	3.806
Libia	42	28	11	4,6	12	10	36	9	21	15	6	8	3	12	7	2,5	1.306	692	53	357	827
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	15	11	3	5,6	4	3	12	3	8	5	2	4	1	5	3	3	91	51	56	37	69
Luxemburgo	9	5	3	2,4	3	2	7	2	4	2	2	2	0	4	4	-0,1	18	11	61	2	24
Macedonia del Norte	37	16	5	5,2	6	5	33	5	17	9	3	3	2	11	4	5	108	69	64	35	77
Madagascar	156	105	66	2,2	71	61	95	45	39	31	24	36	21	20	18	0,5	57.839	21.571	37	15.623	16.743
Malasia	17	10	8	1,4	8	7	14	6	8	5	4	5	2	5	5	-0,3	3.866	2.153	56	908	2.590
Malawi	245	174	42	6,8	46	37	142	31	51	39	19	38	12	22	16	1,5	26.800	12.608	47	6.771	10.668
Maldivas	86	39	6	9	6	5	63	5	39	22	4	9	1	15	5	5,4	44	30	68	11	36
Malí	231	188	97	3,1	102	92	120	62	67	51	33	40	21	32	23	1,5	85.222	30.484	36	13.891	21.858
Malta	11	8	6	1,3	6	5	10	5	8	5	4	1	1	4	3	1,3	27	18	67	4	14
Marruecos	81	52	18	5,1	20	16	64	15	37	28	11	9	2	21	13	2,1	11.788	7.239	61	1.626	8.722
Mauricio	23	19	17	0,6	18	15	20	15	15	12	11	3	2	13	10	0,9	223	142	64	26	140
Mauritania	117	99	40	4,2	45	36	71	32	45	39	23	20	8	25	17	1,9	6.070	3.463	57	1.014	2.604
México	45	28	13	3,6	14	12	36	11	22	14	8	5	2	10	7	1,8	25.592	15.274	60	5.372	12.531
Micronesia (Estados Federados de)	49	38	25	2,1	28	22	39	21	24	20	13	9	5	14	11	1,2	58	31	53	12	27
Mónaco	8	5	3	2,7	3	3	4	1	4	3	2	2	1	3	2	2,8	1	0	0	0	1

**TABLA 2. MORTALIDAD EN LA INFANCIA**

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años	Tasa de mortalidad de menores de 5 años 2021		Tasa de mortalidad infantil		Tasa de mortalidad neonatal			Tasa de mortalidad entre los niños de 5 a 14 años		Tasa de mortinatalidad		Tasa anual de reducción de la tasa de mortinatalidad	Muertes de menores de 5 años	Muertes neonatales	Muertes neonatales como proporción del total de muertes de menores de cinco años	Muertes de niños de 5 a 14 años	Nacidos muertos
	1990	2000	2021	2000-2021	Hombre	Mujer	1990	2021	1990	2000	2021	1990	2021	2000	2021	2000-2021	2021	2021	2021	2021	2021
Mongolia	107	64	15	7	16	13	77	13	30	23	8	11	3	12	4	4,8	1.074	541	50	222	316
Montenegro	16	14	2	8,7	2	2	15	2	11	8	1	2	1	5	3	2	16	7	44	7	24
Montserrat	17	11	5	3,5	5	5	15	5	9	6	3	2	1	-	-	-	0	0	0	0	-
Mozambique	246	171	70	4,3	74	65	163	51	62	47	28	61	13	25	17	1,8	79.353	32.279	41	11.828	20.723
Myanmar	115	89	42	3,6	46	38	82	34	48	37	22	29	4	20	15	1,6	38.581	19.939	52	3.763	13.579
Namibia	73	77	39	3,2	43	35	49	29	28	24	19	14	13	18	17	0,2	2.703	1.352	50	756	1.222
Nauru	67	43	28	2,1	30	25	51	23	32	26	18	12	6	14	12	0,9	10	6	60	2	4
Nepal	139	79	27	5,1	29	25	96	23	58	39	16	26	5	30	16	3,1	16.392	9.853	60	2.775	9.739
Nicaragua	67	39	13	5,1	15	12	51	11	23	17	7	7	3	15	10	2,1	1.868	1.036	55	447	1.396
Níger	332	229	115	3,3	119	111	134	60	55	44	34	64	33	26	21	0,9	124.291	38.501	31	25.100	25.078
Nigeria	209	182	111	2,4	117	104	124	71	50	46	35	38	20	29	22	1,2	852.298	276.463	32	116.311	182.307
Niue	25	32	24	1,4	27	22	21	20	13	17	13	5	5	13	10	1,2	1	0	0	0	0
Noruega	9	5	2	3,8	2	2	7	2	4	3	1	2	1	4	2	2,7	117	69	59	41	113
Nueva Zelandia	11	7	5	2,1	5	4	9	4	4	4	3	3	1	4	3	1,6	297	162	55	67	167
Omán	39	16	10	2,3	11	9	32	9	17	7	5	8	2	8	6	1,4	870	380	44	180	474
Países Bajos	8	6	4	2	4	4	7	4	5	4	3	2	1	5	2	4	713	482	68	133	402
Pakistán	140	108	63	2,5	68	59	107	53	64	57	39	14	8	38	31	1	399.429	251.307	63	42.924	203.374
Palau	35	28	16	2,7	18	14	30	15	19	15	9	7	4	10	7	1,6	4	2	50	0	2
Panamá	31	26	14	3	15	12	26	12	18	15	8	5	3	12	8	2,1	1.067	596	56	232	582
Papua Nueva Guinea	85	71	43	2,4	46	39	62	34	32	30	21	14	8	18	15	0,9	10.765	5.382	50	1.839	3.811
Paraguay	46	34	18	3	20	16	36	16	22	18	10	7	3	17	10	2,4	2.512	1.335	53	332	1.400
Perú	80	38	14	4,7	15	13	57	11	28	16	7	10	2	14	7	3,5	8.333	4.235	51	1.475	3.962
Polonia	17	9	4	3,6	5	4	15	4	11	6	3	3	1	4	3	2,4	1.614	1.005	62	376	941
Portugal	15	7	3	4	3	3	12	3	7	3	2	4	1	4	2	2,8	255	137	54	78	180
Qatar	21	12	5	4,1	6	5	18	5	11	7	3	4	1	7	3	4,1	152	88	58	37	73
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	9	7	4	2,1	5	4	8	4	4	4	3	2	1	4	3	2,4	2.864	1.893	66	585	1.836
República Árabe Siria	37	23	22	0,2	24	20	30	18	17	12	11	10	5	12	11	0,4	9.057	4.621	51	2.432	4.615
República Centroafricana	177	166	100	2,4	107	93	115	75	51	43	32	30	23	31	26	0,8	22.387	7.483	33	3.924	6.337
República de Corea	16	8	3	4,6	3	3	13	2	7	3	1	4	1	3	2	2,8	860	400	47	341	505
República de Moldova	33	31	14	3,8	16	13	28	12	19	21	11	5	2	12	7	2,6	552	402	73	98	268
República Democrática del Congo	186	160	79	3,4	85	72	120	62	42	39	26	37	20	32	28	0,6	307.593	106.733	35	54.698	114.852
República Democrática Popular Lao	154	107	43	4,4	47	38	106	34	47	38	21	42	7	23	16	1,7	6.939	3.434	49	1.031	2.666
República Dominicana	60	40	33	0,9	36	30	46	27	24	23	23	7	3	15	13	0,8	6.799	4.705	69	641	2.640
República Popular Democrática de Corea	43	60	15	6,5	17	14	33	10	22	27	8	8	3	15	8	2,9	5.297	2.835	54	1.122	2.878
República Unida de Tanzania	167	130	47	4,8	51	43	100	34	40	34	20	27	13	26	18	1,7	105.694	46.050	44	22.341	42.873
Rumania	31	21	6	5,7	7	6	24	5	16	10	3	5	2	6	3	2,7	1.281	632	49	341	665
Rwanda	150	185	39	7,4	43	36	92	30	41	44	18	62	15	28	17	2,5	15.638	7.070	45	5.184	6.876
Saint Kitts y Nevis	30	24	15	2,3	16	13	25	12	19	17	10	5	3	11	8	1,7	9	6	67	2	5
Samoa	30	21	17	1,1	18	15	25	14	13	9	7	5	2	9	8	1	99	39	39	13	46
San Marino	14	6	2	5,6	2	2	12	2	7	3	1	3	1	3	2	2,8	0	0	0	0	0
San Vicente y las Granadinas	24	22	14	2,3	15	12	20	13	13	13	8	4	5	10	12	-0,7	19	11	58	7	16
Santa Lucía	22	18	25	-1,4	27	22	18	22	12	12	13	5	3	14	11	0,9	52	27	52	7	23
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	109	82	15	8	17	14	69	12	26	22	8	22	3	16	9	2,8	97	48	49	19	56
Senegal	139	130	39	5,8	42	35	71	29	40	38	21	34	8	26	19	1,4	20.831	11.590	56	3.608	10.713
Serbia	28	13	5	4	6	5	24	5	17	8	4	3	1	5	5	0,4	374	240	64	80	327
Seychelles	16	14	14	0	15	13	14	12	11	9	9	4	2	9	9	-0,3	23	14	61	4	15
Sierra Leona	261	226	105	3,7	111	98	155	78	52	48	31	42	25	33	23	1,7	27.155	8.166	30	5.444	6.254
Singapur	8	4	2	2,9	2	2	6	2	4	2	1	2	1	3	2	2,2	87	32	37	29	79
Somalia	180	173	112	2,1	117	105	109	71	45	45	36	39	25	33	28	0,7	79.723	26.719	34	12.490	21.450
Sri Lanka	23	17	7	4,3	7	6	19	6	14	10	4	6	2	11	6	2,7	2.088	1.179	56	527	1.849
Sudáfrica	62	71	33	3,7	35	30	48	26	22	17	11	7	6	21	16	1,2	38.868	12.979	33	6.240	19.337
Sudán	132	104	55	3,1	60	50	82	39	43	37	27	26	8	28	22	1,1	82.570	40.883	50	9.027	34.499
Sudán del Sur	251	182	99	2,9	104	94	149	64	64	56	40	54	22	31	26	0,9	31.312	12.408	40	7.502	8.312
Suecia	7	4	2	2,4	3	2	6	2	4	2	1	1	1	4	2	2	279	153	55	85	278
Suiza	8	6	4	1,8	4	4	7	3	4	3	3	2	1	3	2	0,6	332	235	71	60	211
Suriname	45	31	17	2,9	19	15	39	15	21	17	11	5	4	14	11	1,2	190	119	63	42	123
Tailandia	37	22	8	4,6	9	7	30	7	21	12	5	6	4	10	5	2,7	5.429	3.035	56	3.357	3.531
Tayikistán	103	84	31	4,7	35	27	81	28	31	28	14	8	2	14	9	2	8.189	3.540	43	469	2.403
Timor-Leste	176	111	51	3,8	55	46	132	43	57	39	22	26	9	22	14	2	1.653	733	44	290	481
Togo	148	120	63	3,1	68	57	91	43	44	37	24	33	12	27	21	1,3	16.919	6.618	39	2.600	5.872

**TABLA 2. MORTALIDAD EN LA INFANCIA**

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años			Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años	Tasa de mortalidad de menores de 5 años 2021		Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad neonatal	Tasa de mortalidad entre los niños de 5 a 14 años	Tasa de mortinatalidad	Tasa anual de reducción de la tasa de mortinatalidad	Muertes de menores de 5 años	Muertes neonatales	Muertes neonatales como proporción del total de muertes de menores de cinco años	Muertes de niños de 5 a 14 años	Nacidos muertos					
	1990	2000	2021	2000-2021	Hombre	Mujer	1990	2021	1990	2000	2021	1990	2000	2021	2000-2021	2021	2021	2021	2021	2021	
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	22	17	11	2	12	10	19	10	10	7	5	3	2	8	6	1,3	27	12	44	5	16
Trinidad y Tabago	30	28	16	2,6	18	15	27	15	20	18	10	4	2	12	9	1,5	294	184	63	44	157
Túnez	55	30	16	2,9	18	15	43	14	28	18	12	7	3	15	11	1,7	3.281	2.278	69	636	2.097
Türkiye	74	38	9	6,9	10	8	56	8	32	19	5	9	2	11	4	4,7	11.390	5.883	52	2.341	5.280
Turkmenistán	79	70	41	2,5	47	35	65	36	27	30	23	7	4	11	9	0,8	5.728	3.217	56	473	1.309
Tuvalu	53	42	21	3,3	23	19	41	18	28	24	10	10	5	15	9	2,4	6	3	50	1	2
Ucrania	19	18	8	3,8	9	7	16	7	12	11	5	4	2	7	5	1,7	2.834	1.622	57	802	1.669
Uganda	183	146	42	5,9	47	37	107	31	40	33	19	29	13	23	15	2	69.025	32.037	46	17.089	25.855
Uruguay	23	17	6	5,1	6	5	20	5	12	8	4	3	1	7	5	2	211	143	68	70	173
Uzbekistán	70	61	14	6,9	16	12	58	13	30	28	8	7	3	12	6	3,4	11.404	6.172	54	2.043	4.740
Vanuatu	36	29	23	1	25	21	30	20	17	12	10	7	5	12	11	0,5	216	93	43	40	101
Venezuela (República Bolivariana de)	30	22	24	-0,6	26	22	25	21	13	11	15	4	4	10	11	-0,5	11.322	6.779	60	2.006	4.882
Viet Nam	52	30	21	1,8	24	17	37	16	24	15	11	10	3	11	8	1,6	30.455	15.404	51	3.982	11.822
Yemen	126	95	62	2	66	58	89	47	44	37	28	18	7	24	23	0,1	61.914	28.554	46	5.902	24.195
Zambia	182	156	58	4,7	62	53	108	40	37	35	25	27	10	22	14	2,1	37.822	16.492	44	5.558	9.703
Zimbabwe	80	96	50	3,2	54	45	51	36	23	28	25	13	11	23	19	0,8	23.960	12.211	51	4.684	9.711

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	179	151	73	3,5	78	67	107	50	45	40	27	37	15	28	21	1,3	2.904.277	1.107.631	38	492.989	881.965
África Occidental y Central	197	168	91	2,9	97	85	114	61	48	43	31	37	19	29	23	1,1	1.893.969	652.224	34	309.095	503.901
África Oriental y Meridional	163	135	53	4,5	57	48	100	38	43	38	23	37	12	26	19	1,5	1.010.308	455.407	45	183.894	378.064
América del Norte	11	8	6	1,4	7	6	9	5	6	5	3	2	1	3	3	0,9	25.035	13.443	54	6.071	11.237
América Latina y Caribe	55	33	16	3,5	17	14	44	14	23	16	9	6	3	11	8	1,8	155.279	87.212	56	28.325	75.307
Asia Meridional	130	93	37	4,4	38	36	92	31	59	46	23	20	5	32	17	3	1.287.474	801.694	62	164.672	602.747
Asia Oriental y Pacífico	57	39	15	4,7	16	13	44	12	28	20	7	9	3	14	7	3,3	369.615	176.539	48	84.485	169.030
Europa del Este y Asia Central	47	35	11	5,7	12	10	37	9	20	17	6	6	2	10	5	3,1	60.992	31.086	51	12.277	28.373
Europa Occidental	10	6	4	2,5	4	3	9	3	6	3	2	2	1	4	3	1,8	16.942	10.269	61	3.880	12.070
Europa y Asia Central	31	21	8	4,9	8	7	25	7	14	10	4	4	1	7	4	2,6	77.934	41.355	53	16.158	40.443
Oriente Medio y Norte de África	66	43	22	3,3	24	20	50	18	28	21	12	11	4	16	11	2	214.058	116.744	55	36.201	104.206
Países menos desarrollados	176	136	61	3,8	66	56	109	44	52	42	25	37	13	30	21	1,7	2.051.993	865.498	42	344.903	737.181
<b>Mundo</b>	<b>93</b>	<b>76</b>	<b>38</b>	<b>3,3</b>	<b>40</b>	<b>36</b>	<b>65</b>	<b>28</b>	<b>37</b>	<b>31</b>	<b>18</b>	<b>14</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>14</b>	<b>2,0</b>	<b>5.033.672</b>	<b>2.344.618</b>	<b>47</b>	<b>828.902</b>	<b>1.884.935</b>

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de Clasificaciones Regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

- Datos no disponibles.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y Grupo del Banco Mundial). Última actualización: 2023.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Tasa de mortalidad de menores de 5 años** – Probabilidad de morir desde el nacimiento hasta la edad de 5 años, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

**Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años** – Porcentaje anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) definida como  $ARR=100 \cdot (\ln(TMM5_{t2}/TMM5_{t1})/(t1-t2))$ , donde  $t1=2000$  y  $t2=2021$ .

**Tasa de mortalidad infantil** – Probabilidad de morir entre el nacimiento y exactamente 1 año de edad, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

**Tasa de mortalidad neonatal** – Probabilidad de morir durante los primeros 28 días de vida, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

**Tasa de mortalidad (niños de 5 a 14 años)** – Probabilidad de morir entre los 5 y los 14 años, expresada por cada 1.000 niños de 5 a 14 años.

**Muertes de menores de 5 años** – Número de muertes de niños menores de 5 años.

**Muertes neonatales** – Número de muertes ocurridas en los primeros 28 días de vida.

**Muertes neonatales como porcentaje de las muertes de menores de 5 años** – Porcentaje de muertes de menores de 5 años que se producen en los primeros 28 días de vida.

**Muertes entre niños de 5 a 14 años** – Número de muertes entre niños de 5 a 14 años.

**Tasa de mortinatalidad** – La tasa de mortinatalidad se define como el número de bebés nacidos sin signos de vida a las 28 semanas o más de gestación por cada 1.000 nacimientos totales.

**Tasa anual de reducción de la tasa de mortinatalidad** – El porcentaje anual de reducción de la tasa de mortinatalidad (SBR) se define como  $ARR=100 \cdot (\ln(SBR_{t2}/SBR_{t1})/(t1-t2))$ , donde  $t1=2000$  y  $t2=2021$ .

**Nacidos muertos** – Número de nacidos muertos.

**TABLA 3. SALUD MATERNA Y NEONATAL**

Países y zonas	Esperanza de vida al nacer (años): mujeres 2021	Cobertura universal de salud 2019	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2016–2021 <sup>R</sup>	Atención prenatal (%) 2016–2021 <sup>R</sup>		Atención obstétrica (%) 2016–2021 <sup>R</sup>			Control posnatal de la salud (%) 2016–2021 <sup>R</sup>		Mortalidad materna 2020 <sup>C</sup>		
		Subíndice de cobertura de servicios de salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño		Por lo menos 1 visita	Por lo menos 4 visitas	Personal obstetra capacitado	Partos en instituciones	Cesárea	Para recién nacidos	Para madres	Número de muertes maternas	Tasa de mortalidad materna	Riesgo de mortalidad materna a lo largo de su vida: (1 de cada X)
Afganistán	65	37	42	65	28	62	63	7	19	37	8.700	620	32
Albania	79	62	6	88	78	100	99	31	86	88	2	8	8.700
Alemania	83	86	-	100 x	99 x	96	99 x	29 x	-	-	34	4	13.000
Andorra	84	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-
Angola	64	39	30	82	61	50	46	4	21	23	2.900	222	79
Anguila	80	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	81	72	-	100 x	100 x	99	-	-	-	-	0	21	2.700
Arabia Saudita	79	73	-	97 x	-	99	-	-	-	-	110	16	2.500
Argelia	78	75	77 x	95	70	99	99	25	92	88	760	78	410
Argentina	79	73	-	95	90	99	100	47	98	97	290	45	1.100
Armenia	77	69	40	100	96	100	99	18	98	97	10	27	2.100
Australia	86	87	-	98 x	92 x	99	99 x	31 x	-	-	9	3	19.000
Austria	84	82	-	-	-	98	99 x	24 x	-	-	4	5	14.000
Azerbaiyán	73	65	22 x	92 x	96 x	100	96 x	26 x	-	83 x	54	41	1.400
Bahamas	75	70	-	98 x	85 x	99	-	-	-	-	4	77	940
Bahrein	80	71	-	100 x	100 x	100	98 x	-	-	-	3	16	3.000
Bangladesh	74	51	77	75	37	59	53	36	67	65	3.700	123	390
Barbados	79	74	70 x	93 x	88 x	98	100 x	21 x	98 x	97 x	1	39	1.900
Belarús	78	74	73 x	100	100	100	100	31	100	99	1	1	65.000
Bélgica	84	85	-	-	-	-	-	18 x	-	-	5	5	12.000
Belice	74	67	65	97	93	95	96	34	96	96	9	130	380
Benin	61	38	28	83	52	78	84	5	64	66	2.500	523	36
Bhután	74	62	85 x	98 x	85 x	96	94	12 x	30 x	41 x	6	60	970
Bolivia (Estado Plurinacional de)	67	67	50	96	86	81	80	33	-	56	420	161	230
Bosnia y Herzegovina	78	65	22 x	87 x	84 x	100	100 x	14 x	-	-	2	6	13.000
Botswana	64	54	-	94 x	73 x	100	100 x	-	-	-	120	186	180
Brasil	76	75	89 x	97 x	93	99	99	56	-	-	2.000	72	800
Brunei Darussalam	77	77	-	99 x	93 x	100	100 x	-	-	-	3	44	1.300
Bulgaria	76	70	-	-	-	100 x	100	47	-	-	4	7	10.000
Burkina Faso	61	43	53	93 x	47 x	80 x	82 x	4 x	33 x	74 x	2.000	264	77
Burundi	64	44	40	99	49	85	84	4 x	49	51	2.200	494	38
Cabo Verde	79	69	73 x	99	86	97	97	11 x	-	87	4	42	1.100
Camboya	72	61	57 x	95 x	76 x	89 x	83 x	6 x	79 x	90 x	710	218	170
Camerún	62	44	45	87	65	69	67	4	60	59	4.100	438	46
Canadá	85	89	-	100 x	99 x	98	98 x	26 x	-	-	41	11	6.500
Chad	54	28	18	55 x	31 x	39	27	1	27	26	7.800	1.063	15
Chequia	81	78	86 x	-	-	100	100 x	20 x	-	-	4	3	17.000
Chile	81	80	-	-	-	100	100 x	50 x	-	-	34	15	3.800
China	81	82	97 x	100	93	100	100	41 x	-	-	2.800	23	3.100
Chipre	83	79	-	99 x	-	99	97 x	-	-	-	9	68	1.000
Colombia	76	78	87	97	90	99	97	43	-	-	550	75	780
Comoras	66	44	29 x	92 x	49 x	82 x	76 x	10 x	14 x	49 x	52	217	110
Congo	65	40	43 x	94 x	79 x	91 x	92 x	5 x	86 x	80 x	500	282	82
Costa Rica	80	78	81	98	94	99	98	28	97	92	14	22	2.600
Côte d'Ivoire	60	45	44	93	51	74	70	3	83	80	4.400	480	46
Croacia	81	73	-	-	98	100	-	24	-	-	2	5	15.000
Cuba	76	80	87	99	79	100	100	31	100	100	42	39	1.800
Dinamarca	83	85	-	-	-	95	-	21 x	-	-	3	5	12.000
Djibouti	65	48	-	88 x	23 x	87 x	87 x	11 x	-	-	56	234	160
Dominica	76	-	-	100 x	-	100	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	78	80	79 x	84 x	58 x	97	93 x	46 x	-	-	200	66	740
Egipto	73	70	80 x	90 x	83 x	92 x	87 x	52 x	14 x	82 x	420	17	1.900
El Salvador	75	76	80 x	96 x	90 x	100	98 x	32 x	97 x	94 x	44	43	1.100
Emiratos Árabes Unidos	81	78	-	100 x	-	99	100 x	-	-	-	9	9	6.100
Eritrea	69	50	21 x	89 x	57 x	34 x	34 x	3 x	-	5 x	330	322	77
Eslovaquia	78	77	-	97 x	-	98	-	24 x	-	-	3	5	15.000
Eslovenia	84	80	-	100 x	-	100 x	100 x	-	-	-	1	5	16.000
España	86	86	-	-	-	100	-	26 x	-	-	12	3	28.000
Estado de Palestina	76	-	61	99	95	100	99	26	92	89	30	20	1.200
Estados Unidos de América	80	83	78	-	97 x	99	-	31 x	-	-	770	21	2.700
Estonia	81	78	-	-	97 x	100	99	-	-	-	1	5	11.000
Eswatini	61	58	83 x	99 x	76 x	88 x	88 x	12 x	90 x	88 x	69	240	130
Etiopía	68	38	64	74	43	50	48	2	35	34	10.000	267	86

**TABLA 3. SALUD MATERNA Y NEONATAL**

Países y zonas	Esperanza de vida al nacer (años): mujeres 2021	Cobertura universal de salud 2019	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2016–2021 <sup>R</sup>	Atención prenatal (%) 2016–2021 <sup>R</sup>		Atención obstétrica (%) 2016–2021 <sup>R</sup>			Control posnatal de la salud (%) 2016–2021 <sup>R</sup>		Mortalidad materna 2020 <sup>C</sup>		
		Subíndice de cobertura de servicios de salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño		Por lo menos 1 visita	Por lo menos 4 visitas	Personal obstetra capacitado	Partos en instituciones	Cesárea	Para recién nacidos	Para madres	Número de muertes maternas	Tasa de mortalidad materna	Riesgo de mortalidad materna a lo largo de su vida: (1 de cada X)
Federación de Rusia	75	75	72 x	-	-	100	99 x	13 x	-	-	200	14	5.300
Fiji	69	61	-	98	89	100	100	20	98	94	7	38	960
Filipinas	72	55	56	94	87	84	78	13	86	86	1.900	78	410
Finlandia	85	83	-	100 x	-	100	100 x	16 x	-	-	4	8	8.600
Francia	86	84	96 x	100 x	99 x	98	98 x	21 x	-	-	54	8	7.300
Gabón	69	49	44 x	95 x	78 x	89 x	90 x	10 x	25 x	60 x	140	227	120
Gambia	64	48	40	98	79	84	84	4	83	88	400	458	47
Georgia	77	65	51	98 x	85	100	99	41	-	-	14	28	1.700
Ghana	66	45	40	97	85	79	78	13	91	85	2.400	263	100
Granada	78	70	-	100 x	-	100	-	-	-	-	0	21	2.300
Grecia	83	78	-	-	-	100	-	-	-	-	6	8	9.400
Guatemala	73	57	66 x	91 x	86 x	70	65 x	26 x	8 x	78 x	360	96	380
Guinea	60	37	38	81	35	55	53	3	43	49	2.600	553	37
Guinea-Bissau	62	37	60	97	81	54	50	3	57	53	460	725	32
Guinea Ecuatorial	63	43	21 x	91 x	67 x	68 x	67 x	7 x	-	-	110	212	100
Guyana	69	74	52 x	91 x	87 x	95	93 x	17 x	95 x	93 x	18	112	330
Haití	66	47	45	91	67	42	39	5	38	31	950	350	94
Honduras	73	63	76 x	96	88	94	92	25	94	92	160	72	510
Hungría	78	73	-	-	-	100	-	31 x	-	-	14	15	4.800
India	69	61	73	85	59	89	89	22	82	61	24.000	103	470
Indonesia	70	59	77	98	77	95	79	17	76	87	7.800	173	280
Irán (República Islámica del)	77	77	69 x	97 x	94 x	99 x	95 x	55 x	-	-	270	22	2.600
Iraq	72	55	54	88	68	96	87	33	78	83	900	76	350
Irlanda	84	83	-	100 x	-	100	100 x	25 x	-	-	3	5	12.000
Islandia	84	87	-	-	-	97	-	17 x	-	-	0	3	18.000
Islas Cook	79	-	-	100 x	-	100 x	100 x	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	67	-	81 x	81 x	77 x	92	85 x	9 x	-	-	-	-	-
Islas Salomón	72	50	38 x	89 x	69 x	86 x	85 x	6 x	16 x	69 x	26	122	200
Islas Turcas y Caicos	78	-	-	97	93	100	97	55	99	95	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	78	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	84	84	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3	11.000
Italia	85	83	-	99 x	68 x	100	100 x	40 x	-	-	19	5	21.000
Jamaica	73	70	83 x	98 x	86 x	100	99	21 x	-	-	33	99	730
Japón	88	85	-	-	-	100	100 x	-	-	-	36	4	22.000
Jordania	77	60	57	98	92	100	98	26	86	83	100	41	780
Kazajstán	73	76	73	99 x	95 x	100	99 x	15 x	99 x	98 x	57	13	2.400
Kenya	64	56	74	93	59	70	61 x	9 x	36 x	53 x	7.700	530	52
Kirguistán	74	70	65	100	94	100	100	8	98	96	81	50	580
Kiribati	69	51	53	89	67	92	86	9	91	86	3	76	390
Kuwait	82	70	-	100 x	-	100	99 x	-	-	-	4	7	8.000
Lesoto	56	48	83	91	77	87	89	10 x	82	84	330	566	55
Letonia	78	72	-	92 x	-	100	98 x	-	-	-	3	18	3.900
Líbano	77	72	-	96 x	-	98 x	100 x	-	-	-	18	21	2.300
Liberia	62	42	41	98	87	84	80	5	76	80	1.100	652	35
Libia	74	60	24 x	93 x	-	100 x	100 x	-	-	-	88	72	580
Liechtenstein	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	79	70	-	100 x	-	100	-	-	-	-	2	9	6.700
Luxemburgo	85	86	-	-	97 x	100 x	100 x	29 x	-	-	0	6	11.000
Macedonia del Norte	76	68	30	97	96	100	99	38	99	94	1	3	24.000
Madagascar	67	35	66	85	51	46	39	2	78	72	3.500	392	59
Malasia	77	76	-	97 x	97	100	99 x	21	-	-	110	21	2.300
Malawi	67	48	74	97	51	96	97	8	88	84	2.500	381	60
Maldivas	81	69	29	99	82	100	95	40	82	80	4	57	840
Malí	60	42	41	80	43	67	67	3	54	56	3.900	440	37
Malta	86	81	-	100 x	-	100	100 x	31	-	-	0	3	25.000
Marruecos	76	73	72	89	54	87	86	21	-	-	470	71	580
Mauricio	77	65	41 x	-	-	100	98 x	-	-	-	11	84	860
Mauritania	66	40	30 x	87 x	63 x	69 x	69 x	5 x	58 x	57 x	700	464	45
México	75	74	80 x	99 x	94 x	97	97 x	41 x	95 x	95 x	1.200	59	820
Micronesia (Estados Federados de)	75	48	-	80 x	-	100 x	87 x	11 x	-	-	1	74	490
Mónaco	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	76	63	64	99	89	99	98	26	98	94	29	39	820
Montenegro	80	67	33	97	94	99	99	24	96	86	0	6	9.300

**TABLA 3. SALUD MATERNA Y NEONATAL**

Países y zonas	Esperanza de vida al nacer (años): mujeres 2021	Cobertura universal de salud 2019	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2016–2021 <sup>R</sup>	Atención prenatal (%) 2016–2021 <sup>R</sup>		Atención obstétrica (%) 2016–2021 <sup>R</sup>			Control posnatal de la salud (%) 2016–2021 <sup>R</sup>		Mortalidad materna 2020 <sup>C</sup>		
		Subíndice de cobertura de servicios de salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño		Por lo menos 1 visita	Por lo menos 4 visitas	Personal obstetra capacitado	Partos en instituciones	Cesárea	Para recién nacidos	Para madres	Número de muertes maternas	Tasa de mortalidad materna	Riesgo de mortalidad materna a lo largo de su vida: (1 de cada X)
Montserrat	77	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	62	47	56 x	94	51	73 x	55 x	4 x	28 x	-	1.500	127	160
Myanmar	69	61	75	81	59	60	37	17	36	71	1.700	179	270
Namibia	63	62	80 x	97 x	63 x	88 x	87 x	14 x	20 x	69 x	150	215	130
Nauru	67	-	43 x	95 x	40 x	97 x	99 x	8 x	-	-	-	-	-
Nepal	70	53	62	89	78	77	78	15	69	68	1.100	174	240
Nicaragua	77	70	90 x	95 x	88 x	94	71 x	30 x	-	-	110	78	470
Níger	63	37	46	84	37	44	44	1 x	13 x	34	4.900	441	31
Nigeria	53	44	36	67	57	43	39	3	38	42	82.000	1.047	19
Niue	73	-	-	100 x	-	100 x	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	85	86	-	-	-	99	99 x	16 x	-	-	1	2	43.000
Nueva Zelanda	84	86	-	-	-	96	97 x	23 x	-	-	4	7	8.200
Omán	75	69	40 x	99 x	74	100	99 x	19 x	98 x	95 x	15	17	1.900
Países Bajos	83	86	-	-	-	-	-	14 x	-	-	7	4	13.000
Pakistán	69	45	49	91	52	68	70	23	64	69	9.800	154	170
Palau	71	-	-	90 x	81 x	97	100 x	-	-	-	-	-	-
Panamá	80	77	65 x	99 x	88 x	95	96 x	32 x	93 x	92 x	38	50	840
Papua Nueva Guinea	68	33	49	76	49	56	55	3	45	46	490	192	150
Paraguay	73	61	79	99	86	98	93	46	96	94	99	71	510
Perú	75	78	67	98	96	96	95	36	96 x	97	410	69	600
Polonia	80	74	-	-	-	100	100 x	21 x	-	-	7	2	37.000
Portugal	84	84	-	100 x	-	99	99 x	31 x	-	-	10	12	6.100
Qatar	81	74	69 x	91 x	85 x	100	99 x	20 x	-	-	2	8	6.300
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	83	88	87 x	-	-	-	-	26 x	-	-	67	10	5.800
República Árabe Siria	75	56	53 x	88 x	64 x	96 x	78 x	26 x	-	-	120	30	1.200
República Centroafricana	56	32	28	52	41	40	58	2	59	57	1.900	835	19
República de Corea	87	87	-	-	97 x	100 x	100 x	32 x	-	-	24	8	18.000
República de Moldova	74	67	64	99 x	95 x	100	99 x	16 x	-	-	5	12	4.700
República Democrática del Congo	62	39	33	82	43	85	82	5	57	50	22.000	547	29
República Democrática Popular Lao	70	50	72	78	62	64	65	6	47	47	220	132	280
República Dominicana	76	66	82 x	98	93	99	98	63	94	90	220	107	390
República Popular Democrática de Corea	76	68	90	100	94	100	92	13	99	98	370	107	550
República Unida de Tanzania	68	46	55	98	62	64	63	6	43	34	5.400	238	83
Rumania	78	71	47 x	72	76 x	93	95 x	34 x	-	-	20	10	5.700
Rwanda	68	54	63 x	98	47	94	93	13 x	19 x	70	1.000	259	95
Saint Kitts y Nevis	75	-	-	100 x	-	100	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	76	53	39 x	94	97	89	89	8	85	83	4	59	380
San Marino	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	72	73	-	100 x	100 x	99	-	-	-	-	1	62	940
Santa Lucía	75	72	72 x	97 x	90 x	100	100 x	19 x	100 x	90 x	1	73	790
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	70	60	58	98	84 x	97	95	10	92	84	9	146	170
Senegal	69	49	53	98	56	75	80	7	81	80	1.400	261	80
Serbia	77	71	38	99	97	100	100	32	-	-	7	10	7.100
Seychelles	76	70	-	-	-	100	-	-	-	-	0	3	15.000
Sierra Leona	61	39	53	98	79	87	83	4	83	86	1.200	443	52
Singapur	85	86	-	-	-	100	100	-	-	-	3	7	13.000
Somalia	57	27	-	26 x	6 x	9 x	9 x	-	-	-	4.500	621	25
Sri Lanka	80	67	74	99	93 x	100	100	32 x	-	99	89	29	1.700
Sudáfrica	65	67	80	94	76	97	96	26	86	84	1.500	127	300
Sudán	68	44	30 x	79 x	51 x	78 x	28 x	9 x	28 x	27 x	4.100	270	78
Sudán del Sur	57	32	4 x	62 x	17 x	19 x	12 x	1 x	-	-	3.800	1.223	20
Suecia	85	87	87	100 x	-	-	-	-	-	-	5	5	13.000
Suiza	86	87	-	-	-	-	-	30 x	-	-	6	7	7.800
Suriname	74	67	58	85	68	98	93	16	94	91	11	96	430
Tailandia	83	83	88	99	90	99	99	35	-	-	190	29	2.500
Tayikistán	74	66	52	92	64	95	88	5	90	92	44	17	1.600
Timor-Leste	70	53	46	84	77	57	49	4	31	35	67	204	140
Togo	62	44	40	78	55	69	80	9	80	81	1.100	399	59
Tokelau	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	74	56	50	98	89	98	98	14	98	95	3	126	230
Trinidad y Tabago	76	73	58 x	95 x	100 x	100	98 x	22 x	96 x	92 x	5	27	2.200



**TABLA 3. SALUD MATERNA Y NEONATAL**

Países y zonas	Esperanza de vida al nacer (años): mujeres 2021	Cobertura universal de salud 2019	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2016–2021 <sup>R</sup>	Atención prenatal (%) 2016–2021 <sup>R</sup>		Atención obstétrica (%) 2016–2021 <sup>R</sup>			Control posnatal de la salud (%) 2016–2021 <sup>R</sup>		Mortalidad materna 2020 <sup>C</sup>		
				Por lo menos 1 visita	Por lo menos 4 visitas	Personal obstetra capacitado	Partos en instituciones	Cesárea	Para recién nacidos	Para madres	Número de muertes maternas	Tasa de mortalidad materna	Riesgo de mortalidad materna a lo largo de su vida: (1 de cada X)
Túnez	77	70	63	95	84	100	100	43	97	89	74	37	1.300
Türkiye	79	79	60	96	90	97	99	52	68	79	220	17	2.800
Turkmenistán	73	73	80	100	98	100	100	8	100	100	7	5	6.300
Tuvalu	69	-	41 x	94	60	100	99	20	97	89	-	-	-
Ucrania	77	73	68 x	99 x	87 x	100 x	99 x	12 x	99 x	96 x	56	17	5.800
Uganda	65	50	55	95	57	74	73	6	56	54	4.700	284	66
Uruguay	79	79	-	97 x	77 x	100	100 x	30 x	-	-	7	19	3.900
Uzbekistán	73	71	-	99 x	-	100	100	17	-	-	250	30	1.100
Vanuatu	73	52	51 x	76 x	52 x	89 x	89 x	12 x	-	-	8	94	260
Venezuela (República Bolivariana de)	75	70	-	98 x	84 x	99	99 x	52 x	-	-	1.200	259	160
Viet Nam	78	70	70 x	97	88	96	96	34	89	88	1.800	124	390
Yemen	67	44	41 x	60 x	25 x	45 x	30 x	5 x	11 x	20 x	1.900	183	130
Zambia	64	55	66	97	64	80	84	5	72	70	890	135	160
Zimbabwe	62	55	85 x	93	72	86	86	9	91	82	1.700	357	71

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	62	36	53	83	54	62	60	5	52	50	206.000	536	41
África Occidental y Central	58	42	38	78	53	60	58	4	52	51	147.000	724	27
África Oriental y Meridional	65	47	63	89	56	66	64	6	52	50	59.000	324	71
América del Norte	81	84	83	-	-	99	-	-	-	-	810	20	2.900
América Latina y Caribe	76	74	83	96 j	90	95	94	47	-	84 j	8.400	88	570
Asia Meridional	69	58	73	85	55	81	81	22	74	62	47.000	138	320
Asia Oriental y Pacífico	80	77	88	97	87	95	89	-	-	-	18.000	74	840
Europa del Este y Asia Central	76	74	67	-	-	99	98	32	-	-	1.000	19	2.900
Europa Occidental	84	84	82	-	-	98	-	-	-	-	290	6	11.000
Europa y Asia Central	80	73	74	-	-	98	-	-	-	-	1.300	13	4.500
Oriente Medio y Norte de África	75	69	70	-	-	-	-	-	-	-	5.200	56	660
Países menos desarrollados	66	45	59	84	49	66	62	9	51	50	-	-	-
<b>Mundo</b>	<b>74</b>	<b>67</b>	<b>78</b>	<b>88</b>	<b>65</b>	<b>82</b>	<b>78</b>	<b>18</b>	<b>67</b>	<b>62</b>	<b>287.000</b>	<b>223</b>	<b>210</b>

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de Clasificaciones Regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

- Datos no disponibles.

<sup>1</sup> Excluye a Brasil y México.

<sup>R</sup> Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el periodo especificado en el titular de la columna.

<sup>x</sup> Los datos se refieren a años o periodos distintos de los especificados en el titular de la columna. Dichos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años de datos anteriores a 2000.

<sup>C</sup> Las estimaciones de mortalidad materna proceden de las estimaciones interinstitucionales de mortalidad materna de las Naciones Unidas para 2023. Periódicamente, el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (OMS, UNICEF, UNFPA, el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas) elabora conjuntos de datos sobre mortalidad materna comparables a escala internacional que tienen en cuenta los problemas bien documentados de notificación insuficiente y clasificación errónea de las muertes maternas, incluyendo también estimaciones para los países sin datos. Tenga en cuenta que, debido a la evolución de la metodología, estos valores no son comparables con los valores "ajustados" de la tasa de mortalidad materna comunicados anteriormente.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Esperanza de vida** – División de Población de las Naciones Unidas, *Perspectivas de la población mundial*. Última actualización: julio de 2022.

**Subíndice de cobertura de servicios de salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño** – OMS, basado en EDS, MICS y otras encuestas nacionales por hogares. Última actualización: febrero de 2022.

**Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos** – Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), basado en Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), Encuestas de Salud Reproductiva, otras encuestas nacionales y Sistemas Nacionales de Información Sanitaria (HIS). Última actualización: agosto de 2022.

**Atención prenatal (al menos una visita)** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: septiembre de 2022.

**Atención prenatal (al menos cuatro visitas)** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: septiembre de 2022.

**Partera calificada** – Base de datos conjunta UNICEF/OMS SAB, basada en EDS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares, así como en datos administrativos nacionales. Última actualización: septiembre de 2022.

**Parto institucional** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: septiembre de 2022.

**Cesárea** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: septiembre de 2022.

**Control de salud posnatal para el recién nacido y la madre** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: septiembre de 2022.

**Número de muertes maternas** – Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas). Última actualización: febrero de 2023.

**Tasa de mortalidad materna** – Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas). Última actualización: febrero de 2023.

**Riesgo de mortalidad materna a lo largo de su vida** – Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Materna (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas). Última actualización: febrero de 2023.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Esperanza de vida al nacer** – Número de años que vivirán las niñas recién nacidas si estuvieran sujetas a los riesgos de mortalidad existentes para la sección transversal de la población en el momento de su nacimiento.

**Subíndice de cobertura de servicios de salud reproductiva, de la madre, del recién nacido y del niño** – Cobertura media de los servicios esenciales basada en ocho indicadores de seguimiento relacionados con las intervenciones en las áreas de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. El índice se calcula como una media ponderada de los indicadores incluidos y se presenta en una escala de 0 a 100.

**Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos** – Porcentaje de niñas adolescentes y mujeres (de 15 a 49 años de edad) que tienen sus necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos.

**Atención prenatal (al menos una visita)** – Porcentaje de niñas adolescentes y mujeres (de 15 a 49 años de edad) atendidas al menos una vez durante el embarazo por personal sanitario capacitado (por lo general, un médico, una enfermera o una partera).

**Atención prenatal (por lo menos cuatro visitas)** – Porcentaje de niñas adolescentes y mujeres (de 15 a 49 años de edad) atendidas por cualquier proveedor al menos cuatro veces.

**Personal obstetra capacitado** – Porcentaje de partos de niñas adolescentes y mujeres (de 15 a 49 años de edad) atendidos por personal sanitario cualificado (normalmente un médico, una enfermera o una partera).

**Partos en instituciones** – Proporción de niñas adolescentes y mujeres (de 15 a 49 años) que dieron a luz en un centro de salud.

**Cesárea** – Porcentaje de partos realizados mediante cesárea. Nota: una tasa de cesárea del 10% al 15% es una cifra previsible con niveles adecuados de atención obstétrica de emergencia.

**Control posnatal de la salud para el recién nacido** – Porcentaje de los últimos nacidos vivos en los dos últimos años que recibieron un control sanitario en los dos días siguientes al parto. Nota: Para las MICS, el examen de salud se refiere a un examen de salud en el centro o en el hogar después del parto o de una visita posnatal.

**Control posnatal de la salud para la madre** – Porcentaje de niñas adolescentes y mujeres (de 15 a 49 años de edad) que recibieron un control de salud dentro de los 2 días posteriores al parto de su hijo más reciente nacido vivo en los últimos 2 años. Nota: En el caso de las MICS, el control de la salud se refiere a un control de la salud en el establecimiento o en el hogar después del parto o de una visita posnatal.

**Número de muertes maternas** – Número de muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo (estimaciones de modelos).

**Tasa de mortalidad materna** – Número de muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período de tiempo (estimaciones de modelos).

**Riesgo de mortalidad de la madre en su vida** – El riesgo de mortalidad de la madre a lo largo de su vida considera la probabilidad que tiene de quedar embarazada y la probabilidad de que muera como resultado del embarazo, acumuladas a lo largo de su ciclo reproductivo (estimaciones de modelos).

**TABLA 4. SALUD INFANTIL**

Países y zonas	Cobertura de intervención																				
	Inmunización para enfermedades que se pueden evitar con vacunas (%) 2021 <sup>J</sup>											2016–2021 <sup>R</sup>									
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 <sup>F</sup>	HepB3	Hib3	Rotavirus	PCV3	Protección al nacer contra el tétanos <sup>S</sup>	Neumonía	Diarrea	Paludismo							
												Búsqueda de atención para niños con síntomas de infección respiratoria aguda (%)	Tratamiento con sales de rehidratación oral (%)	Búsqueda de atención para niños con fiebre (%)	Niños que duermen bajo un MTI (%)	Hogares con por lo menos un MTI (%)					
Afganistán	84	74	66	71	63	44	66	66	59	65	65	68	40	62	5	x	26	x			
Albania	99	98	98	98	87	92	98	98	98	89	96	82	35	60	-	-	-	-			
Alemania	-	98	91	91	97	93	87	90	68	82	-	-	-	-	-	-	-	-			
Andorra	-	99	99	98	99	97	98	98	-	95	-	-	-	-	-	-	-	-			
Angola	56	57	45	43	36	32	41	41	36	34	68	49	43	51	22	-	31	-			
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Antigua y Barbuda	-	93	92	92	85	76	92	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Arabia Saudita	94	97	97	97	98	97	97	97	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-			
Argelia	99	96	91	91	80	77	91	91	-	91	98	47	27	-	-	-	-	-			
Argentina	81	82	76	74	81	79	76	76	74	74	-	94	15	71	-	-	-	-			
Armenia	98	96	93	93	94	94	93	93	92	93	-	92	37	71	-	-	-	-			
Australia	-	98	95	95	93	94	95	95	95	96	-	-	-	-	-	-	-	-			
Austria	-	95	85	85	95	88	85	85	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Azerbaiyán	95	92	89	93	93	90	89	89	-	90	-	33	x	8	x	1	x	-			
Bahamas	-	79	75	75	82	82	75	75	75	82	100	-	-	-	-	-	-	-			
Bahrein	-	99	98	99	99	99	98	98	99	99	100	-	-	-	-	-	-	-			
Bangladesh	99	99	98	98	97	93	98	98	-	99	98	46	72	56	-	-	-	-			
Barbados	-	83	82	84	77	70	82	82	-	83	-	-	-	-	-	-	-	-			
Belarús	98	98	98	97	98	98	98	98	-	-	-	93	53	84	-	-	-	-			
Bélgica	-	98	98	98	96	85	97	97	86	94	-	-	-	-	-	-	-	-			
Belice	84	83	83	83	79	77	83	83	-	-	93	67	55	71	-	-	-	-			
Benin	88	84	76	75	68	-	76	76	76	73	81	29	22	53	70	-	85	-			
Bhután	99	99	98	98	97	91	98	98	-	95	90	74	x	61	x	-	-	-			
Bolivia (Estado Plurinacional de)	78	75	70	70	75	56	70	70	71	70	89	81	40	-	-	-	-	-			
Bosnia y Herzegovina	95	89	73	73	68	76	80	62	-	-	-	87	x	36	x	-	-	-			
Botswana	98	98	95	96	97	70	95	95	85	90	91	14	x	43	x	75	x	31	x	53	x
Brasil	63	74	68	68	73	46	68	68	69	69	96	50	x	-	-	-	-	-	-		
Brunei Darussalam	99	99	99	99	99	99	99	99	-	-	97	-	-	-	-	-	-	-	-		
Bulgaria	97	92	89	89	89	86	89	89	45	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Burkina Faso	98	95	91	91	88	71	91	91	91	66	95	56	x	40	x	74	54	75	-		
Burundi	95	96	94	94	90	85	94	94	94	94	87	59	36	70	40	46	-	-			
Cabo Verde	98	93	93	94	95	86	94	94	-	-	95	-	-	-	-	-	-	-	-		
Camboya	95	94	92	93	84	71	92	92	-	90	93	69	x	35	x	61	x	4	x	5	x
Camerún	77	76	69	70	62	35	69	69	65	67	83	30	18	61	60	73	-	-	-		
Canadá	-	94	92	92	90	83	84	92	84	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Chad	67	73	58	58	55	-	58	58	-	-	75	18	17	32	54	66	-	-	-		
Chequia	-	98	94	94	97	90	94	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Chile	98	99	95	95	92	58	98	95	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
China	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Chipre	-	98	96	96	86	88	94	92	-	81	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Colombia	87	90	86	86	86	86	86	86	86	84	97	64	x	54	x	54	x	-	3	x	
Comoras	96	95	85	89	82	19	85	85	-	-	83	38	x	38	x	45	x	41	x	59	x
Congo	81	81	77	75	68	31	77	77	23	75	87	28	x	27	x	51	x	61	x	66	x
Costa Rica	88	99	99	99	89	69	94	99	91	92	-	80	56	74	-	-	-	-	-		
Côte d'Ivoire	93	85	76	73	68	1	76	76	58	57	86	44	17	45	60	76	-	-	-		
Croacia	97	98	92	92	89	90	90	92	-	75	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Cuba	99	99	99	98	99	99	99	99	-	-	-	90	35	85	-	-	-	-	-		
Dinamarca	-	98	97	97	95	94	-	97	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Djibouti	61	70	59	59	50	48	59	59	66	59	98	94	x	94	x	20	x	32	x	-	-
Dominica	89	96	92	92	92	88	92	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	75	78	72	62	65	58	68	68	60	62	90	-	46	x	-	-	-	-	-	-	-
Egipto	97	97	96	96	96	96	96	96	-	-	88	68	x	28	x	68	x	-	-	-	-
El Salvador	78	72	79	79	86	71	79	80	78	94	92	80	x	70	x	-	-	-	-	-	-
Emiratos Árabes Unidos	99	96	96	96	99	96	95	96	91	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	97	97	95	95	93	85	95	95	96	95	99	45	x	43	x	20	x	71	x	-	-
Eslovaquia	-	97	97	97	95	96	97	97	-	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	-	92	86	86	95	91	86	86	-	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	-	96	92	92	95	91	92	91	58	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado de Palestina	99	99	95	95	98	99	95	95	87	95	-	77	35	-	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos de América	-	97	93	92	91	95	91	90	75	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonia	90	91	90	89	89	84	84	89	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	97	86	77	61	80	69	77	77	85	63	90	60	x	84	x	63	x	2	x	10	x
Etiopía	68	70	65	68	54	46	65	65	65	61	90	30	30	35	45	x	64	x	-	-	-
Federación de Rusia	95	97	97	97	97	96	97	-	-	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**TABLA 4. SALUD INFANTIL**

Países y zonas	Cobertura de intervención																				
	Inmunización para enfermedades que se pueden evitar con vacunas (%) 2021 <sup>J</sup>											2016-2021 <sup>R</sup>									
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 <sup>F</sup>	HepB3	Hib3	Rotavirus	PCV3	Protección al nacer contra el tétanos <sup>S</sup>	Neumonía		Diarrea	Paludismo						
												Búsqueda de atención para niños con síntomas de infección respiratoria aguda (%)	Tratamiento con sales de rehidratación oral (%)	Búsqueda de atención para niños con fiebre (%)	Niños que duermen bajo un MTI (%)	Hogares con por lo menos un MTI (%)					
Fiji	99	99	99	99	96	94	99	99	99	96	-	54	68	-	-						
Filipinas	47	57	57	56	57	55	57	57	-	51	91	66	45	55	-	-					
Finlandia	-	98	89	89	93	93	-	89	80	82	-	-	-	-	-	-					
Francia	-	99	96	96	92	86	91	95	-	92	-	-	-	-	-	-					
Gabón	86	76	75	69	64	-	75	75	-	-	83	68	x	26	x	67	x	39	x	36	x
Gambia	81	82	82	89	79	67	82	82	79	78	95	70	44	64	44	64	44	64	44	64	77
Georgia	96	97	85	85	90	81	85	85	76	82	-	74	x	42	67	-	-	-	-	-	
Ghana	99	99	98	98	94	83	98	98	96	98	90	56	48	69	54	74	-	-	-	-	
Granada	-	79	72	72	83	79	72	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Grecia	-	99	99	99	97	83	96	99	20	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guatemala	84	89	79	67	81	72	79	79	64	72	91	52	x	49	x	50	x	-	-	-	
Guinea	72	62	47	48	47	-	47	47	-	-	83	69	55	61	38	63	-	-	-	-	
Guinea-Bissau	34	81	67	23	63	-	67	67	72	67	80	48	30	52	94	97	-	-	-	-	
Guinea Ecuatorial	85	77	53	55	53	17	53	53	-	-	60	54	x	40	x	62	x	23	x	38	x
Guyana	89	98	91	80	94	83	91	91	93	99	99	84	x	43	x	71	x	7	x	5	x
Haití	73	75	51	51	65	41	51	51	48	51	80	37	39	40	18	31	-	-	-	-	
Honduras	82	82	77	77	81	75	77	77	80	77	99	70	53	61	-	-	-	-	-	-	
Hungría	99	99	99	99	99	-	99	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
India	84	88	85	85	89	82	85	85	83	25	90	56	61	80	4	8	-	-	-	-	
Indonesia	81	74	67	68	72	50	67	67	-	1	83	75	36	90	3	x	3	x	-	-	
Irán (República Islámica del)	99	98	98	98	99	98	98	98	-	-	97	76	x	61	x	-	-	-	-	-	
Iraq	94	89	78	78	75	84	78	78	41	0	73	44	25	75	-	-	-	-	-	-	
Irlanda	0	98	94	94	90	-	93	93	91	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islandia	-	97	92	92	92	10	-	92	-	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Cook	99	99	98	98	99	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Marshall	83	97	86	85	85	58	89	72	53	61	-	-	38	x	63	x	-	-	-	-	
Islas Salomón	83	95	87	84	67	40	87	87	75	86	90	79	x	37	x	62	x	70	x	86	x
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	75	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	-	99	98	98	99	93	96	98	80	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	-	94	94	94	92	86	94	94	63	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	97	93	90	90	88	85	89	89	-	-	91	82	x	64	x	-	-	-	-	-	-
Japón	95	98	96	96	98	95	92	95	-	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	76	78	77	76	76	90	77	77	75	-	92	61	44	68	-	-	-	-	-	-	-
Kazajstán	94	98	95	95	97	96	95	95	-	93	-	81	x	62	x	-	-	-	-	-	-
Kenya	97	99	91	91	89	57	91	91	91	92	85	66	x	54	x	64	42	49	-	-	-
Kirguistán	97	89	89	90	93	97	89	88	90	90	-	60	x	36	48	-	-	-	-	-	-
Kiribati	96	99	92	91	80	58	94	95	80	99	93	87	61	27	x	69	86	-	-	-	-
Kuwait	99	99	94	94	94	94	94	94	75	96	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	96	92	87	87	90	82	87	87	74	87	85	58	40	61	x	-	-	-	-	-	-
Letonia	96	96	94	94	97	85	94	93	84	92	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	-	88	67	64	67	59	67	67	-	70	-	74	x	44	x	-	-	-	-	-	-
Liberia	81	81	66	64	58	35	66	66	68	65	90	78	54	81	44	55	-	-	-	-	-
Libia	74	74	73	73	73	72	73	73	73	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	93	93	90	90	88	88	90	90	48	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	-	99	99	99	99	90	96	99	89	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macedonia del Norte	93	89	81	81	70	80	79	81	65	53	-	93	x	62	x	-	-	-	-	-	-
Madagascar	52	65	55	52	39	24	55	55	48	54	75	40	19	48	62	78	-	-	-	-	-
Malasia	99	98	95	95	96	84	94	94	-	-	95	92	45	-	-	-	-	-	-	-	-
Malawi	89	95	93	89	90	74	93	93	92	93	90	71	51	64	68	74	-	-	-	-	-
Maldivas	99	97	96	97	99	96	96	96	-	-	99	74	x	75	86	-	-	-	-	-	-
Malí	83	82	77	72	70	33	77	77	70	77	87	35	21	53	79	85	-	-	-	-	-
Malta	-	99	99	99	90	93	99	99	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	99	99	99	99	99	99	99	99	98	98	90	70	22	x	-	-	-	-	-	-	-
Mauricio	95	93	92	93	77	64	92	92	86	94	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	79	75	68	66	63	-	68	68	53	65	83	34	x	25	x	35	x	32	x	49	x
México	99	83	78	78	99	97	80	78	77	83	98	73	x	61	x	-	-	-	-	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	59	95	72	72	64	38	79	56	42	70	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	99	99	99	88	80	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	99	97	95	97	95	94	95	95	-	95	-	76	58	-	-	-	-	-	-	-	-
Montenegro	76	94	83	83	18	79	51	83	-	-	-	89	x	16	x	74	x	-	-	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	79	67	61	67	84	70	61	61	73	70	84	57	x	46	x	69	73	82	-	-	-

**TABLA 4. SALUD INFANTIL**

Países y zonas	Cobertura de intervención																				
	Inmunización para enfermedades que se pueden evitar con vacunas (%) 2021 <sup>J</sup>											2016–2021 <sup>R</sup>									
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 <sup>F</sup>	HepB3	Hib3	Rotavirus	PCV3	Protección al nacer contra el tétanos <sup>S</sup>	Neumonía	Diarrea	Paludismo							
												Búsqueda de atención para niños con síntomas de infección respiratoria aguda (%)	Tratamiento con sales de rehidratación oral (%)	Búsqueda de atención para niños con fiebre (%)	Niños que duermen bajo un MTI (%)	Hogares con por lo menos un MTI (%)					
Myanmar	48	45	37	43	44	42	37	37	33	40	88	58		62	65	19	27				
Namibia	99	97	93	92	90	63	93	93	90	78	90	68	x	72	x	63	x	6	x	24	x
Nauru	99	99	98	98	98	97	98	98	60	59	-	69	x	23	x	51	x	-	-	-	-
Nepal	95	92	91	91	90	87	91	91	76	84	91	82		60	73	-	-	-	-	-	-
Nicaragua	86	88	87	88	83	83	87	87	87	87	92	67	x	95	x	-	-	-	-	-	-
Níger	95	94	82	82	80	66	82	82	85	82	83	59	x	41	x	75	x	96	x	87	x
Nigeria	75	70	56	53	59	36	56	56	-	52	65	40		40	73	52		61			
Niue	88	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	98	97	97	97	95	96	97	96	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelanda	-	93	90	90	91	82	90	90	90	95	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	99	99	99	99	99	99	99	99	-	99	99	56	x	59	x	-	-	-	-	-	-
Países Bajos	-	98	95	95	93	90	93	94	-	93	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	93	90	83	83	81	79	83	83	87	83	86	71		37	81	0		4			
Palau	-	99	95	95	93	84	96	89	82	77	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	99	93	74	74	80	97	74	74	86	74	-	82	x	52	x	-	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	42	39	31	32	38	20	31	31	-	32	67	63		30	50	52		69			
Paraguay	79	79	70	66	68	67	70	70	68	62	96	89		28	86	-	-	-	-	-	-
Perú	87	90	82	79	78	60	82	82	82	75	95	50		22	46	-	-	-	-	-	-
Polonia	91	99	90	91	80	95	90	90	-	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	99	99	99	98	95	99	99	-	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	99	99	98	98	99	99	98	98	98	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	-	97	93	93	91	87	93	93	91	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	76	65	48	52	59	53	48	48	-	-	90	77	x	50	x	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	61	54	42	46	41	-	42	42	-	40	65	35		23	32	51		61			
República de Corea	98	98	98	98	98	96	98	98	-	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	98	87	87	88	83	92	87	87	60	78	-	79	x	42	x	-	-	-	-	-	-
República Democrática del Congo	67	81	65	65	55	-	65	65	52	63	80	34		24	46	51		63			
República Democrática Popular Lao	80	85	75	74	73	50	75	75	-	74	93	40		56	58	50		61			
República Dominicana	99	99	84	83	88	60	83	83	80	71	99	85		53	79	-	-	-	-	-	-
República Popular Democrática de Corea	95	42	41	0	42	41	41	41	-	-	98	86		74	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	75	82	81	70	76	62	81	81	77	80	90	55		45	75	55		78			
Rumania	97	95	86	86	86	75	86	86	-	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	89	90	88	88	87	85	88	88	89	88	97	54	x	34	62	56		66			
Saint Kitts y Nevis	96	97	96	96	96	94	96	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	92	96	85	80	62	50	85	85	30	3	-	72		59	63	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	91	90	90	89	81	90	90	-	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	99	99	97	99	99	99	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	81	89	80	75	77	66	80	80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	93	97	97	93	77	69	97	97	78	97	99	82		42	62	63		78			
Senegal	87	87	85	78	87	75	86	86	84	86	96	48		26	63	46		75			
Serbia	98	97	92	92	78	84	87	92	-	87	-	90	x	36	x	-	-	-	-	-	-
Seychelles	99	99	94	94	94	86	94	94	98	95	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	74	94	92	90	87	67	92	92	75	90	93	76		85	75	59		68			
Singapur	98	98	96	96	95	84	96	96	-	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	37	52	42	47	46	4	42	42	-	-	60	13	x	13	x	-	-	11	x	19	x
Sri Lanka	99	96	96	96	97	97	96	96	-	-	99	52		54	92	4		6			
Sudáfrica	86	91	86	86	87	82	86	86	85	87	88	66		51	68	-	-	-	-	-	-
Sudán	80	94	84	85	81	63	84	84	84	85	81	48	x	20	x	-	-	30	x	25	x
Sudán del Sur	52	51	49	50	49	-	49	49	-	-	65	48	x	39	x	57	x	42		63	
Suecia	24	98	98	98	97	91	98	98	84	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suiza	-	97	96	96	95	94	73	95	-	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	-	81	72	72	58	43	72	72	-	-	95	89		46	52	43	x	61	x		
Tailandia	99	99	97	97	96	87	97	76	71	-	99	80		73	76	-	-	-	-	-	-
Tayikistán	98	97	97	97	97	96	97	97	97	-	-	69		62	44	1	x	2	x		
Timor-Leste	88	87	86	86	79	78	86	86	80	-	85	70		70	58	55		64			
Togo	98	88	83	81	70	50	83	83	80	83	85	39		14	54	61		71			
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	99	99	99	99	99	99	99	99	-	67	-	-	-	-	82	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	-	95	94	94	93	88	94	94	-	95	-	74	x	45	x	-	-	-	-	-	-
Túnez	85	99	97	97	95	98	95	97	-	96	97	98		40	74	-	-	-	-	-	-
Türkiye	95	95	95	95	96	93	96	95	-	96	97	45	x	-	-	-	-	-	-	-	-
Turkmenistán	98	99	97	97	97	98	97	97	97	-	-	51	x	47	59	-	-	-	-	-	-

**TABLA 4. SALUD INFANTIL**

Países y zonas	Cobertura de intervención																				
	Inmunización para enfermedades que se pueden evitar con vacunas (%) 2021 <sup>j</sup>											2016–2021 <sup>k</sup>									
	BCG	DTP1	DTP3	Polio3	MCV1	MCV2 <sup>f</sup>	HepB3	Hib3	Rotavirus	PCV3	Protección al nacer contra el tétanos <sup>g</sup>	Búsqueda de atención para niños con síntomas de infección respiratoria aguda (%)	Neumonía		Paludismo						
Tratamiento con sales de rehidratación oral (%)													Búsqueda de atención para niños con fiebre (%)	Niños que duermen bajo un MTI (%)	Hogares con por lo menos un MTI (%)						
Tuvalu	99	99	94	87	93	84	94	94	59	-	-	-	46	76	-	-					
Ucrania	86	91	78	78	88	86	77	87	-	-	-	x	59	x	-	-					
Uganda	83	97	91	91	90	-	91	91	87	91	83	71	47	87	60	83					
Uruguay	99	95	89	89	96	84	89	89	-	94	-	91	x	-	-	-					
Uzbekistán	99	99	98	99	99	99	98	98	80	98	-	68	x	28	x	-					
Vanuatu	76	71	62	62	50	-	62	62	9	2	78	72	x	48	x	57	x	51	x	83	x
Venezuela (República Bolivariana de)	68	73	56	50	68	37	56	56	0	0	67	72	x	38	x	-	-	-	-		
Viet Nam	88	87	83	81	89	85	83	83	-	-	96	73	58	-	9	x	10	x			
Yemen	70	82	72	66	71	52	72	72	73	72	73	34	x	25	x	33	x	-	-		
Zambia	92	94	91	87	90	81	91	91	87	89	83	75	67	77	52	78					
Zimbabwe	88	93	86	86	85	74	86	86	88	86	87	48	33	50	x	15	37				

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	77	79	71	69	68	40	71	71	54	65	80	45	36	61	53	66
África Occidental y Central	78	78	67	65	64	31	67	67	38	60	76	40	33	61	54	67
África Oriental y Meridional	76	81	75	74	71	51	74	74	71	71	84	51	40	60	51	66
América del Norte	-	97	93	92	91	94	90	90	76	82	-	-	-	-	-	-
América Latina y Caribe	81	82	75	73	81	68	75	75	67	70	94	73	j	31	j	-
Asia Meridional	87	89	85	85	87	81	85	85	75	44	89	59	57	77	4	7
Asia Oriental y Pacífico	86	86	83	83	85	82	83	38	5	15	88	h	-	-	-	-
Europa del Este y Asia Central	95	96	94	94	95	94	94	70	24	80	-	-	-	-	-	-
Europa Occidental	68	97	94	94	93	89	87	93	45	84	-	-	-	-	-	-
Europa y Asia Central	92	97	94	94	94	91	91	80	33	82	-	-	-	-	-	-
Oriente Medio y Norte de África	92	93	88	88	88	87	88	88	32	38	87	-	-	-	-	-
Países menos desarrollados	77	81	73	73	69	45	73	73	57	68	84	48	41	57	52	65
<b>Mundo</b>	<b>84</b>	<b>86</b>	<b>81</b>	<b>80</b>	<b>81</b>	<b>71</b>	<b>80</b>	<b>71</b>	<b>49</b>	<b>51</b>	<b>86</b>	<b>h</b>	<b>56</b>	<b>46</b>	<b>70</b>	<b>-</b>

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de Clasificaciones Regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. Los datos desglosados por género para indicadores específicos de salud infantil están disponibles en <https://data.unicef.org/topic/child-health/>. No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

- Datos no disponibles.

<sup>i</sup> Excluye a Brasil y México.

<sup>h</sup> Excluye a China.

<sup>k</sup> Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el titular de la columna.

<sup>l</sup> Los datos se refieren a años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años anteriores a 2000.

<sup>f</sup> En general, se recomienda la administración de la segunda dosis de la vacuna que contiene sarampión (MCV2) durante el segundo año de vida; sin embargo, en muchos países, la MCV2 se programa después del segundo año. Se utilizaron las estimaciones de la revisión de 2022 de *Perspectivas de la población mundial* de la población objetivo del segundo año de vida para calcular los agregados regionales y mundiales.

<sup>g</sup> La OMS y UNICEF utilizan un complejo proceso en el que se emplean datos administrativos, encuestas (ordinarias y complementarias), seroencuestas e información sobre otras vacunas para calcular el porcentaje de nacimientos que pueden considerarse protegidos contra el tétanos porque las mujeres embarazadas recibieron dos dosis o más de la vacuna del toxoide tetánico (TT).

<sup>j</sup> Para el cálculo de la cobertura de vacunación regional y mundial, se considera que la cobertura nacional es del 0% para los países que no introdujeron la vacuna en su calendario nacional o no informaron de la cobertura, con la excepción de la BCG, que solo se recomienda en países o entornos con una alta incidencia de tuberculosis o una elevada carga de lepra. En el cálculo de los agregados mundiales y regionales se utilizaron las estimaciones de las poblaciones objetivo de la revisión de 2022 de *Perspectivas de la población mundial*.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Inmunización** – Estimaciones de la cobertura de inmunización nacional de UNICEF y la OMS, revisión de 2022. Última actualización: julio de 2022.

**Búsqueda de atención para niños con síntomas de infecciones respiratorias agudas (IRA)** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales por hogares. Última actualización: septiembre de 2022.

**Tratamiento contra la diarrea con sales de rehidratación oral** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares. Última actualización: septiembre de 2022.

**Búsqueda de atención para niños con fiebre** – EDS, MICS, MIS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: septiembre de 2022.

**Niños que duermen bajo mosquiteros tratados con insecticida** – EDS, MICS, MIS y otras encuestas nacionales por hogares. Última actualización: septiembre de 2022.

**Hogares con al menos un mosquitero tratado con insecticida** – EDS, MICS, MIS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: septiembre de 2022.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**BCG** – Porcentaje de nacidos vivos que recibieron el bacilo Calmette–Guérin (vacuna contra la tuberculosis).

**DTP1** – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron su primera dosis de la vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos.

**DTP3** – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron tres dosis de la vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos

**Polio3** – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron tres dosis de la vacuna contra la poliomielitis.

**MCV1** – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que reciben la primera dosis de la vacuna que contiene el sarampión.

**MCV2** – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que reciben la segunda dosis de la vacuna que contiene el sarampión siguiendo el calendario nacional.

**HepB3** – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron tres dosis de la vacuna contra la hepatitis B.

**Hib3** – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron tres dosis de la vacuna contra la Haemophilus influenzae tipo B.

**Rotavirus** – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron la última dosis de la vacuna contra el rotavirus tal como se recomienda.

**PCV3** – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron la última dosis de la vacuna neumocócica conjugada.

**Protección al nacer** – Porcentaje de lactantes protegidos al nacer contra el tétanos con el antitoxoide tetánico.

**Búsqueda de atención para niños con síntomas de infecciones respiratorias agudas** – Porcentaje de niños menores de 5 años con síntomas de neumonía (tos y respiración rápida o difícil debido a un problema en el pecho) en las dos semanas anteriores a la encuesta para los que se buscó asesoramiento o tratamiento en un centro o proveedor de salud.

**Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral** – Porcentaje de niños menores de 5 años con diarrea durante las dos semanas que precedieron a la encuesta y que recibieron sales de rehidratación oral (sobres de SRO o fluidos pre empacquetados de SRO).

**Búsqueda de atención para niños con fiebre** – Porcentaje de niños menores de 5 años con fiebre para los que se buscó consejo o tratamiento en un centro o proveedor de salud. Excluye a los vendedores de medicamentos, las tiendas, los comercios y los curanderos tradicionales. En algunos países, en particular los que no son endémicos de paludismo, también se han excluido del cálculo las farmacias.

**Niños que duermen bajo un MTI** – Porcentaje de niños menores de 5 años que habían dormido bajo un mosquitero tratado con insecticida la noche anterior a la encuesta.

**Hogares con por lo menos un MTI** – Porcentaje de hogares que disponen por lo menos un mosquitero tratado con insecticida.

**TABLA 5. SALUD DE LOS ADOLESCENTES**

Países y zonas	Tasa de mortalidad de los adolescentes 2021	Muertes de adolescentes 2021	Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de los adolescentes 2000-2021	Tasa de partos entre las adolescentes 2016-2021 <sup>R</sup>		Nacimientos antes de los 18 años (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Decisiones con conocimiento de causa sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención a la salud reproductiva (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Atención prenatal (%) (Por lo menos 4 visitas) 2016-2021 <sup>R</sup>	Personal obstetra capacitado (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Niñas vacunadas contra el VPH (%) 2021	Factores de riesgo (%)					
	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años	Mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18 años	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años		Consumo de alcohol 2016		Consumo de tabaco 2015-2020 <sup>R</sup>		Insuficiente actividad física entre los adolescentes escolarizados (de 11 a 17 años) 2016	
	Total	Total	Total	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Afganistán	14	13.833	-0,4	0	x 62	20	x 21	-	19	58	-	1	0	10	x 6	x 88	88
Albania	3	91	3,3	0	14	3	6	47	72	100	-	51	24	-	-	68	81
Alemania	1	1.141	3,2	0	7	-	-	-	-	-	47	82	58	-	-	80	88
Andorra	2	1	3,4	0	3	-	-	-	-	-	83	77	51	-	-	-	-
Angola	18	14.283	3,7	11	x 163	x 38	15	29	56	50	-	46	21	-	-	-	-
Anguila	3	0	2,2	3	x 40	x -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	3	4	2,6	0	30	-	-	-	-	-	2	48	22	8	7	74	85
Arabia Saudita	5	2.786	2,5	0	x 8	x -	-	-	-	-	-	3	2	21	x 9	x -	-
Argelia	4	2.651	2,6	0	12	1	57	-	69	97	-	2	1	17	x 3	x 76	91
Argentina	3	2.421	2,2	1	41	14	76	-	85	97	53	68	40	19	21	80	90
Armenia	3	103	-0,2	0	19	1	7	x 56	93	100	8	24	9	-	-	73	83
Australia	2	622	2,3	0	9	-	-	-	-	-	66	81	57	-	-	87	91
Austria	2	147	3,3	0	5	-	-	-	-	-	-	80	56	-	-	71	85
Azerbaiyán	5	798	0,1	0	42	4	x 13	x -	40	x 99	x -	18	7	-	-	-	-
Bahamas	4	29	2	0	x 29	x -	-	-	-	-	-	41	18	16	x 8	x 81	88
Bahrein	3	45	2,2	0	13	-	-	-	-	-	-	5	2	27	10	75	87
Bangladesh	5	14.869	3,2	1	74	24	71	47	35	62	-	2	1	13	x 2	x 63	69
Barbados	3	12	1,8	1	x 50	x 7	x 56	x -	-	-	28	50	24	17	x 11	x 77	87
Belarús	2	209	4,7	0	12	3	x 66	x -	99	100	-	66	49	10	10	-	-
Bélgica	1	184	4	0	5	-	-	-	-	-	70	79	53	-	-	79	88
Belice	5	43	2	1	55	17	47	-	92	97	4	38	16	17	x 8	x 76	84
Benin	18	5.110	0,7	2	108	19	13	12	47	78	-	22	8	7	2	71	81
Bhután	10	137	1,5	0	8	15	x 52	x -	66	x 40	x 88	24	9	31	14	83	85
Bolivia (Estado Plurinacional de)	6	1.508	3	3	x 71	x 20	x 34	x -	81	90	36	43	19	14	8	82	89
Bosnia y Herzegovina	2	78	1,1	0	10	-	-	-	-	100	x -	47	22	23	17	-	-
Botswana	7	374	3	0	53	-	-	-	-	-	22	28	11	27	x 21	x 86	89
Brasil	6	19.031	0,9	3	49	-	-	-	89	-	67	37	16	7	7	78	89
Brunei Darussalam	2	13	4	-	10	-	-	-	-	-	89	30	19	14	4	81	94
Bulgaria	3	209	1,6	2	39	5	x -	-	-	-	3	68	40	-	-	67	80
Burkina Faso	13	6.611	2,8	3	124	28	x 42	-	52	x 83	x -	35	13	-	-	-	-
Burundi	16	4.980	5,1	1	x 58	x 13	55	34	52	91	-	28	11	21	x 17	x -	-
Cabo Verde	3	30	3,8	1	57	22	x 68	x -	-	87	x -	30	12	-	-	-	-
Camboya	5	1.533	4,7	0	x 30	x 7	x 46	x -	71	x 91	x -	28	11	3	2	90	93
Camerún	20	12.254	0,8	3	122	28	24	19	58	67	5	38	15	14	x 6	x -	-
Canadá	2	930	1,7	0	7	-	-	-	-	-	87	65	37	-	-	70	82
Chad	25	10.289	1,3	4	139	44	11	-	34	x 42	-	19	7	21	x 14	x -	-
Chequia	2	182	3	0	10	-	-	-	-	-	-	77	51	-	-	73	82
Chile	3	725	1,1	1	23	-	-	-	-	-	57	68	40	-	-	84	91
China	2	36.785	3,8	-	6	-	-	-	-	-	-	53	28	-	-	80	89
Chipre	2	21	4,4	0	7	-	-	-	-	-	-	69	41	-	-	-	-
Colombia	5	4.304	3,2	2	53	20	72	-	86	99	11	35	15	21	20	81	87
Comoras	5	90	3,8	2	x 38	17	x 20	x -	38	x 82	x -	3	1	16	8	-	-
Congo	8	1.023	4,6	3	x 111	x 26	x 28	x -	77	x 92	x -	50	24	28	x 20	x -	-
Costa Rica	3	249	1,3	1	33	13	78	-	92	98	59	33	14	10	x 8	x 76	88
Côte d'Ivoire	20	13.547	0,5	5	x 119	25	18	-	47	76	41	36	14	-	-	-	-
Croacia	3	102	1,4	0	9	-	-	-	-	-	-	61	33	-	-	70	84
Cuba	3	374	1,8	1	51	10	76	-	76	100	-	44	20	13	10	-	-
Dinamarca	1	87	3,7	0	2	-	-	-	-	-	80	77	51	-	-	82	87
Djibouti	15	349	2,1	0	x 21	x -	-	-	19	x 83	x -	16	6	18	x 11	x 81	89
Dominica	3	4	1,9	1	x 47	x -	-	-	-	-	68	43	19	30	x 20	x 82	86

**TABLA 5. SALUD DE LOS ADOLESCENTES**

Países y zonas	Tasa de mortalidad de los adolescentes 2021	Muertes de adolescentes 2021	Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de los adolescentes 2000-2021	Tasa de partos entre las adolescentes 2016-2021 <sup>R</sup>		Nacimientos antes de los 18 años (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Decisiones con conocimiento de causa sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención a la salud reproductiva (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Atención prenatal (%) (Por lo menos 4 visitas) 2016-2021 <sup>R</sup>	Personal obstetra capacitado (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Niñas vacunadas contra el VPH (%) 2021	Factores de riesgo (%)					
	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años	Mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18 años	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años	Consumo de alcohol 2016	Consumo de tabaco 2015-2020 <sup>R</sup>		Insuficiente actividad física entre los adolescentes escolarizados (de 11 a 17 años) 2016			
	Total	Total	Total	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Ecuador	4	1.392	2,9	2	58	-	81	-	-	-	3	44	20	15	11	83	90
Egipto	6	11.468	0,9	1	x 47	7	x 64	-	87	x 93	-	2	1	18	x 8	82	93
El Salvador	7	779	1,4	2	52	18	x 70	-	90	x 99	24	27	11	15	11	83	90
Emiratos Árabes Unidos	3	200	1,5	0	4	-	-	-	-	-	-	11	4	18	8	78	87
Eritrea	12	1.040	2,9	1	x 76	x 19	x 6	-	40	x 30	-	17	6	8	x 5	-	-
Eslovaquia	2	128	1,7	0	27	-	-	-	-	-	-	70	42	-	-	66	78
Eslovenia	2	30	4,1	0	4	-	-	-	-	-	50	73	46	-	-	75	86
España	1	560	4,8	0	6	-	-	-	-	-	77	70	42	-	-	70	84
Estado de Palestina	5	579	1	0	43	6	37	-	96	99	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos de América	4	16.379	0,8	0	17	-	82	-	-	-	48	73	46	-	-	64	80
Estonia	2	30	4,5	0	9	-	-	-	-	-	57	75	49	-	-	81	88
Eswatini	11	280	1	1	x 87	x 17	x 34	-	68	x 89	-	25	10	16	x 9	-	-
Etiopía	11	29.171	5,6	1	74	21	75	36	36	55	75	20	7	-	-	-	-
Federación de Rusia	4	5.942	4,2	0	16	-	-	-	-	-	-	45	34	-	-	81	88
Fiji	7	113	1,7	0	23	4	-	44	-	-	-	14	5	12	7	81	86
Filipinas	6	13.297	0,5	1	36	11	47	74	80	86	0	30	12	22	10	93	94
Finlandia	2	134	1,7	0	4	-	-	-	-	-	-	75	48	-	-	69	82
Francia	1	1.081	3,7	0	8	-	-	-	-	-	37	78	52	-	-	82	92
Gabón	13	617	1,8	7	x 91	x 28	x 24	-	76	x 91	-	66	38	9	x 9	-	-
Gambia	12	777	2,9	1	65	14	13	13	76	86	30	23	9	18	5	-	-
Georgia	4	177	-0,2	0	27	6	27	66	-	100	x 12	33	13	-	-	-	-
Ghana	11	8.053	1,8	1	78	18	29	-	78	75	-	22	8	9	8	87	88
Granada	4	8	0,7	1	x 36	x -	-	-	-	-	-	47	22	13	7	82	87
Grecia	1	157	3,8	0	9	-	-	-	-	-	-	67	39	-	-	80	89
Guatemala	8	3.048	1	2	63	20	x 50	x -	85	x 70	15	24	9	20	14	84	89
Guinea	19	5.808	2	4	120	39	33	16	36	59	-	18	7	31	x 20	-	-
Guinea-Bissau	16	769	2,2	2	84	27	24	-	81	62	-	25	10	-	-	-	-
Guinea Ecuatorial	17	552	2,3	-	176	x 42	x 20	-	-	70	x -	73	46	25	x 17	-	-
Guyana	8	122	-0,2	0	x 74	x 16	x 17	-	86	x 94	2	37	15	19	10	82	86
Haití	11	2.689	2,5	1	x 55	x 14	31	47	55	37	-	32	13	20	x 19	-	-
Honduras	7	1.500	1,1	3	97	22	x 74	-	85	94	53	26	10	10	6	80	88
Hungría	2	178	2,6	0	21	-	-	-	-	-	82	68	40	16	15	73	86
India	6	149.611	4,2	0	x 12	8	27	-	59	90	-	35	14	-	-	72	76
Indonesia	7	29.806	1,7	0	36	7	82	-	65	87	5	19	7	-	-	85	87
Irán (República Islámica del)	6	7.300	1	1	28	5	x -	-	-	-	-	3	1	13	8	-	-
Iraq	7	6.234	1,1	2	70	14	44	-	76	97	-	2	1	20	11	80	90
Irlanda	1	78	5,3	0	6	-	-	-	-	-	71	83	60	-	-	64	81
Islandia	2	8	3,1	0	4	-	-	-	-	-	90	73	45	-	-	75	85
Islas Cook	6	1	2,5	0	42	-	-	-	-	-	-	49	23	30	14	78	88
Islas Marshall	8	7	1	0	x 85	x 21	x 40	-	-	94	x 27	-	-	37	21	-	-
Islas Salomón	6	92	1,4	-	78	x 15	x 13	-	-	88	x -	11	4	30	x 24	82	85
Islas Turcas y Caicos	3	1	1,7	0	21	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	4	2	1,1	-	14	x -	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	2	217	2,9	0	8	-	-	-	-	-	55	55	27	-	-	80	90
Italia	1	661	4,3	0	4	-	-	-	-	-	-	65	36	-	-	86	91
Jamaica	5	220	1,3	0	52	15	x -	-	85	x 97	2	32	13	16	15	-	-
Japón	1	1.661	1,9	0	3	-	-	-	-	-	-	59	31	-	-	-	-
Jordania	4	910	1,5	0	27	5	31	43	93	100	-	2	1	34	x 14	81	88
Kazajstán	4	1.240	3	0	25	2	x 64	x -	98	x 99	-	37	16	-	-	-	-
Kenya	10	12.823	2,3	1	81	23	x 75	-	58	65	x 44	20	7	13	x 7	85	89
Kirguistán	5	554	0,9	0	34	3	29	-	82	100	-	22	8	10	2	-	-

**TABLA 5. SALUD DE LOS ADOLESCENTES**

Países y zonas	Tasa de mortalidad de los adolescentes 2021	Muertes de adolescentes 2021	Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de los adolescentes 2000-2021	Tasa de partos entre las adolescentes 2016-2021 <sup>R</sup>		Nacimientos antes de los 18 años (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Decisiones con conocimiento de causa sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención a la salud reproductiva (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Atención prenatal (%) (Por lo menos 4 visitas) 2016-2021 <sup>R</sup>	Personal obstetra capacitado (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Niñas vacunadas contra el VPH (%) 2021	Factores de riesgo (%)												
	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años	Mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18 años	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años		Consumo de alcohol 2016		Consumo de tabaco 2015-2020 <sup>R</sup>		Insuficiente actividad física entre los adolescentes escolarizados (de 11 a 17 años) 2016								
	Total	Total	Total	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer							
Kiribati	11	27	1	2	51	8	30	-	66	96	-	10	3	53	43	79	86							
Kuwait	3	148	1,9	0	6	-	-	-	-	-	-	0	0	24	10	79	90							
Lesotho	14	636	1,9	0	91	14	x	60	-	71	90	-	15	5	26	x	22	x	-	-				
Letonia	3	49	4	0	11	-	-	-	-	-	42	78	52	25	21	76	84							
Líbano	3	349	2,5	0	x	12	-	-	-	-	-	5	2	35	28	76	88							
Liberia	20	2.508	1,1	4	128	34	16	45	86	84	30	27	10	9	11	-	-							
Libia	4	548	1,8	0	x	11	x	-	-	-	-	0	0	11	x	5	x	78	89					
Liechtenstein	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
Lituania	3	72	3,5	0	10	-	-	-	-	-	66	82	59	-	-	76	85							
Luxemburgo	1	9	2,5	0	4	-	-	-	-	-	-	93	80	-	-	73	85							
Macedonia del Norte	2	54	2,1	0	16	4	-	-	-	100	x	21	53	26	-	74	84							
Madagascar	18	12.027	0,9	7	151	36	68	65	45	42	-	18	6	17	7	-	-							
Malasia	3	1.684	2,9	0	9	-	-	-	94	98	14	26	10	32	10	81	91							
Malawi	12	5.970	4,2	3	x	102	29	69	36	50	97	12	21	8	17	x	11	x	-	-				
Maldivas	3	19	2,2	0	6	1	10	45	87	99	41	6	2	16	x	7	x	78	86					
Malí	18	9.639	1,5	7	164	37	31	3	42	71	-	19	7	23	x	9	x	-	-					
Malta	2	6	2,6	0	12	-	-	-	-	-	99	64	36	-	-	77	86							
Marruecos	3	1.866	3,2	0	23	8	x	75	-	45	92	-	2	1	7	4	85	90						
Mauricio	4	74	0,4	1	24	-	-	-	-	-	55	28	11	23	14	76	88							
Mauritania	10	1.094	0,9	8	x	84	x	22	x	20	20	56	x	67	x	-	1	0	20	19	83	91		
México	6	12.749	-0,3	1	71	21	x	63	-	94	x	99	x	1	40	17	22	x	18	x	79	88		
Micronesia (Estados Federados de)	7	17	1,3	1	x	44	x	-	-	-	-	32	13	4	34	25	-	-						
Mónaco	2	0	1,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
Mongolia	5	254	2,2	0	27	4	53	-	90	100	-	29	12	21	7	74	83							
Montenegro	2	16	2,2	0	10	3	-	-	-	-	-	54	27	-	-	-	-							
Montserrat	3	0	2,4	0	81	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
Mozambique	15	11.103	3,4	6	180	40	x	34	x	-	55	x	75	x	-	18	7	5	6	83	91			
Myanmar	6	5.232	5,2	0	21	5	73	53	47	61	-	24	9	26	4	84	90							
Namibia	13	688	1,2	4	x	64	15	x	47	x	-	58	x	88	x	-	27	10	14	x	9	x	86	88
Nauru	8	2	1,3	0	x	94	x	22	x	-	-	19	7	26	x	27	x	84	90					
Nepal	6	3.964	2,7	0	63	14	30	24	80	81	-	25	9	10	5	82	85							
Nicaragua	6	740	2,3	5	x	103	28	x	87	x	-	84	x	88	x	-	29	11	16	12	-	-		
Níger	22	13.663	1,9	4	154	48	x	22	-	35	43	-	17	6	12	x	6	x	-	-				
Nigeria	15	73.790	2,1	2	106	28	15	9	47	31	-	52	22	-	-	-	-							
Niue	7	0	0,8	-	20	x	-	-	-	-	76	30	12	23	19	86	88							
Noruega	2	105	3,2	0	2	-	-	-	-	-	93	81	57	-	-	79	89							
Nueva Zelanda	3	165	2,7	0	13	-	-	-	-	-	48	76	51	-	-	85	93							
Omán	4	215	1,4	0	8	2	x	17	x	-	-	99	x	-	5	2	9	4	78	90				
Países Bajos	1	273	2,9	0	3	-	-	-	-	-	66	74	47	-	-	77	84							
Pakistán	9	45.440	1,2	0	54	7	23	11	44	76	-	1	0	13	x	7	x	85	89					
Palau	9	2	0,5	0	34	-	-	-	-	-	21	-	-	48	37	76	82							
Panamá	5	380	0,7	3	68	-	72	x	-	84	x	99	x	-	45	21	8	7	-	-				
Papua Nueva Guinea	10	2.079	1,5	1	68	14	x	33	37	54	61	-	11	4	40	28	-	-						
Paraguay	6	737	1,6	1	72	x	-	83	-	92	97	17	33	13	9	7	79	88						
Perú	3	2.033	3,8	1	50	11	63	-	93	94	53	51	25	8	6	83	87							
Polonia	2	905	2	0	9	-	-	-	-	-	-	69	41	-	-	74	84							
Portugal	2	166	4,8	0	8	-	-	-	-	-	76	72	44	-	-	78	91							
Qatar	2	45	3,5	0	7	-	-	-	-	-	-	32	13	16	9	86	91							
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	2	1.236	2,7	0	11	-	-	-	-	-	59	75	49	-	-	75	85							
República Árabe Siria	6	3.242	0,2	-	54	x	9	x	31	x	-	-	2	0	32	x	17	x	84	91				
República Centroafricana	22	3.284	1,3	8	184	43	14	-	45	43	-	35	14	-	-	-	-							



**TABLA 5. SALUD DE LOS ADOLESCENTES**

Países y zonas	Tasa de mortalidad de los adolescentes 2021	Muertes de adolescentes 2021	Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de los adolescentes 2000-2021	Tasa de partos entre las adolescentes 2016-2021 <sup>R</sup>		Nacimientos antes de los 18 años (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Decisiones con conocimiento de causa sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención a la salud reproductiva (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Atención prenatal (%) (Por lo menos 4 visitas) 2016-2021 <sup>R</sup>	Personal obstetra capacitado (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Niñas vacunadas contra el VPH (%) 2021	Factores de riesgo (%)														
	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años	Mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18 años	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años	Consumo de alcohol 2016	Consumo de tabaco 2015-2020 <sup>R</sup>		Insuficiente actividad física entre los adolescentes escolarizados (de 11 a 17 años) 2016											
	Total	Total	Total	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer									
República de Corea	2	718	3,8	0	1	-	-	-	-	-	-	64	36	-	-	91	97									
República de Moldova	4	149	1,2	0	18	4	x	52	x	-	96	x	100	x	35	67	39	-	-	73	78					
República Democrática del Congo	26	56.702	0,4	3	109	25		19		-	46	x	87		-	34	14	-	-	-	-					
República Democrática Popular Lao	9	1.289	4,6	3	83	18		60		-	52		56		42	37	16	16	6	6	78	91				
República Dominicana	6	1.101	2,6	1	51	20		71		-	90		98		8	40	18	8	6	-	-					
República Popular Democrática de Corea	5	1.817	3,9	0	x	1		-		-	-		-		-	38	17	-	-	-	-					
República Unida de Tanzania	11	16.773	2,5	2	139	22		35		-	48		68		57	34	14	7	2	2	78	86				
Rumania	3	612	3,3	1	37	-		-		-	-		-		-	69	41	-	-	-	73	87				
Rwanda	10	3.289	6,9	0	32	6	x	87		53	44		98		73	32	13	13	x	10	x	-	-			
Saint Kitts y Nevis	7	5	0,3	1	x	46	x	-		-	-		-		84	54	27	10	x	8	x	78	86			
Samoa	5	20	1,8	0	55	7		8		-	70		94		-	13	5	23	8	-	87	87				
San Marino	1	0	4	0	x	1	x	-		-	-		-		23	-	-	7	7	-	-	-	-			
San Vicente y las Granadinas	9	14	-2,7	1	47	-		-		-	-		-		-	44	20	10	9	-	83	89				
Santa Lucía	5	13	0,2	1	x	25		-	53	x	-		-		62	48	23	12	8	-	83	86				
Santa Sede	-	-	-	-	-	-		-		-	-		-		-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Santo Tomé y Príncipe	8	39	3	0	86	22		54		-	81	x	98		-	30	12	31	x	23	x	-	-			
Senegal	10	3.792	3,7	1	71	16		25		2	50		77		21	18	7	15	x	6	x	85	92			
Serbia	2	168	2,6	0	12	3		21	x	-	95	x	98	x	-	61	33	-	-	-	-	-	-			
Seychelles	6	8	-0,1	1	68	-		-		-	-		-		39	52	26	27	16	-	79	87				
Sierra Leona	26	5.072	1	4	102	31		34		22	82		90		-	27	11	15	10	-	-	-	-			
Singapur	1	63	3,1	0	2	-		-		-	-		-		-	71	43	-	-	-	70	83				
Somalia	26	10.376	1,5	87	x	123	x	-		-	4	x	31	x	-	1	0	-	-	-	-	-	-			
Sri Lanka	2	858	5,6	0	x	21	x	3		58	-		99		46	26	10	13	3	-	82	89				
Sudáfrica	10	10.356	1,2	1	44	15	x	-	46		77		97		34	27	11	-	-	-	-	-	-			
Sudán	13	12.616	2,4	2	x	87	x	22	x	19	x		-	49	x	77	x	-	-	-	-	-	-			
Sudán del Sur	24	6.688	2,1	6	x	158	x	28	x	4	x		-	21	x	25	x	-	-	-	-	-	-			
Suecia	2	188	1,8	0	3	-		-		-	-		-		-	83	75	48	-	-	82	87				
Suiza	2	129	2,8	0	2	-		-		-	-		-		71	83	60	-	-	-	83	89				
Suriname	7	76	-0,2	2	56	-		28		-	66		99		2	39	17	17	7	-	78	85				
Tailandia	8	6.849	0,7	0	32	9		80		-	81		98		-	38	16	22	8	-	70	85				
Tayikistán	3	530	3,7	0	46	1		18		6	67		96		-	17	6	3	3	-	-	-	-			
Timor-Leste	19	604	-0,9	0	x	42	x	7		22	38		74		58	-	19	7	42	21	-	86	93			
Togo	12	2.318	2,4	2	79	17		25		-	47		64		-	22	8	11	x	4	x	-	-			
Tokelau	-	-	-	-	-	-		-		-	-		-		-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Tonga	4	9	2	0	24	x	3	-		-	90		100		-	12	4	28	8	-	87	85				
Trinidad y Tabago	6	123	-0,1	1	x	32	x	6	x	61	x		-	81	x	99	x	8	58	30	17	11	79	86		
Túnez	5	820	0,6	0	6	1		-		-	-		-		-	4	1	19	5	-	75	88				
Türkiye	3	3.499	4,7	0	15	5		40		-	83	x	99		-	6	2	23	12	-	77	86				
Turkmenistán	6	657	1,5	0	22	1		11		10	96		100		99	26	10	0	0	-	-	-	-			
Tuvalu	7	1	2	0	44	5		-		-	-		100	x	27	12	4	30	14	-	85	89				
Ucrania	3	1.490	2,9	0	15	4	x	59	x	-	87	x	99	x	-	53	37	-	-	-	71	83				
Uganda	18	20.789	1,5	1	128	28		46		44	59		80		44	34	14	12	9	-	84	87				
Uruguay	4	207	0,8	1	33	-		-		-	44	x	100	x	17	71	43	10	14	-	75	89				
Uzbekistán	5	2.808	1,3	0	19	2	x	-	26	x	-		99	x	87	17	6	14	x	14	x	-	-			
Vanuatu	7	45	0,6	-	81	x	13	x	-		-		93	x	-	11	4	20	15	-	86	89				
Venezuela (República Bolivariana de)	13	7.150	-2,1	3	84	24	x	-		-	-		-		-	35	14	16	12	-	85	93				
Viet Nam	4	6.184	1,8	0	x	29		60	x	-	55	x	87	x	-	33	13	-	-	-	82	91				
Yemen	11	8.001	0,1	1	x	67	x	17	x	23	x		-	30	x	52	x	-	1	0	24	x	10	x	83	90
Zambia	12	5.620	3,1	3	135	31		63		37	59		84		33	24	9	25	x	26	x	89	89			
Zimbabwe	16	5.996	0,4	1	108	24		77	x	48	x		71		89	15	5	22	x	16	x	85	89			

**TABLA 5. SALUD DE LOS ADOLESCENTES**

Países y zonas	Tasa de mortalidad de los adolescentes 2021	Muertes de adolescentes 2021	Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de los adolescentes 2000-2021	Tasa de partos entre las adolescentes 2016-2021 <sup>R</sup>		Nacimientos antes de los 18 años (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Decisiones con conocimiento de causa sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención a la salud reproductiva (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Atención prenatal (%) (Por lo menos 4 visitas) 2016-2021 <sup>R</sup>	Personal obstetra capacitado (%) 2016-2021 <sup>R</sup>	Niñas vacunadas contra el VPH (%) 2021	Factores de riesgo (%)						
	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 19 años	10 a 14 años	15 a 19 años	Mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18 años	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años	15 a 19 años	Consumo de alcohol 2016	Consumo de tabaco 2015-2020 <sup>R</sup>		Insuficiente actividad física entre los adolescentes escolarizados (de 11 a 17 años) 2016			
	Total	Total	Total	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
<b>DATOS CONSOLIDADOS</b>																		
África Subsahariana	16	423.740	2,2	5	100	27	41	26	86	92	j	-	41	18	12	11	80	88
África Occidental y Central	18	237.341	1,4	-	107	27	24	10	50	61	-	29	12	-	-	-	-	-
África Oriental y Meridional	14	186.399	3	-	94	26	53	41	48	55	-	37	15	-	-	-	-	-
América del Norte	4	17.309	0,9	0	15	-	83	-	47	77	-	27	11	-	-	-	74	79
América Latina y Caribe	6	63.793	1	2	53	15	j	71	-	-	-	31	19	-	-	-	74	84
Asia Meridional	6	228.731	3,5	1	29	10	43	25	-	-	-	75	49	-	-	-	76	86
Asia Oriental y Pacífico	4	110.991	2,5	0	20	-	69	-	-	-	-	53	34	-	-	-	76	86
Europa y Asia Central	3	27.539	3,6	0	14	-	63	-	-	-	-	3	1	-	-	-	80	90
Europa del Este y Asia Central	4	19.592	3,4	-	19	-	56	-	52	69	-	23	9	-	-	-	-	-
Europa Occidental	2	7.946	3,4	-	8	-	79	-	-	-	-	72	45	-	-	-	65	81
Oriente Medio y Norte de África	6	47.624	1,1	1	35	-	53	-	45	66	-	19	7	-	-	-	-	-
<b>Mundo</b>	<b>7</b>	<b>919.729</b>	<b>1,8</b>	<b>2</b>	<b>43</b>	<b>14</b>	<b>52</b>	<b>-</b>	<b>54</b>	<b>70</b>	<b>-</b>	<b>36</b>	<b>17</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>78</b>	<b>86</b>

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de Clasificaciones Regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

- Datos no disponibles.

<sup>i</sup> Excluye Brasil y México.

<sup>k</sup> Excluye India.

<sup>R</sup> Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el titular de la columna.

<sup>x</sup> Los datos se refieren a años o períodos distintos de los especificados en el titular de la columna. Dichos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años de datos anteriores a 2000.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Tasa de mortalidad de adolescentes** – Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y Grupo del Banco Mundial). Última actualización: enero de 2023.

**Muertes de adolescentes** – Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y Grupo del Banco Mundial). Última actualización: enero de 2023.

**Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de los adolescentes** – Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y Grupo del Banco Mundial). Última actualización: enero de 2023.

**Tasa de partos entre las adolescentes** – Base de datos mundial de indicadores de los ODS, 2022. Última actualización: agosto de 2022.

**Nacimientos antes de los 18 años** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: septiembre de 2022.

**Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (niñas adolescentes y mujeres jóvenes de 15 a 19 años)** – Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2022). Uso mundial de anticonceptivos 2022. Nueva York: Naciones Unidas; basado en Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), Encuestas de

Salud Reproductiva, otras encuestas nacionales y Sistemas Nacionales de Información Sanitaria (HIS). Última actualización: julio de 2022.

**Decisiones con conocimiento de causa** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales en hogares. Última actualización: septiembre de 2022.

**Atención prenatal (al menos cuatro visitas) (niñas adolescentes y mujeres jóvenes de 15 a 19 años)** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: septiembre de 2022.

**Personal obstetra capacitado (niñas adolescentes y mujeres jóvenes de 15 a 19 años)** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: septiembre de 2022.

**Niñas vacunadas contra el VPH** – Estimaciones de la OMS/UNICEF sobre la cobertura de inmunización contra el virus del papiloma humano (VPH), revisión de 2022. Última actualización: julio de 2022.

**Consumo de alcohol** – Estimaciones de la OMS basadas en encuestas internacionales (WHIS, STEPS, GENACIS y ECAS), así como en encuestas nacionales. Última actualización: enero de 2022.

**Consumo de tabaco** – Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, basado en encuestas escolares, otras encuestas nacionales y censos. Última actualización: enero de 2022.

**Actividad física insuficiente** – Las principales fuentes de datos incluyen la Encuesta Mundial sobre la Salud de los Alumnos en Edad Escolar (GSHS), la Encuesta sobre el Comportamiento Sanitario de los Niños en Edad Escolar (HBSC) y algunas otras encuestas nacionales; fuente de datos: Informe de la OMS sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles (ENT). Última actualización: enero de 2022.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Tasa de mortalidad de los adolescentes** – Probabilidad de morir entre los adolescentes de 10 a 19 años expresada por cada 1.000 adolescentes de 10 años.

**Muertes de adolescentes** – Número de muertes entre los 10 y los 19 años.

**Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de los adolescentes** – La tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de los adolescentes (AMR) definida como  $AMR=100 \cdot \ln(\frac{AMR_{t2}}{AMR_{t1}}) / (t_1 - t_2)$ , donde  $t_1=2000$  y  $t_2=2021$ .

**Tasa de partos entre las adolescentes** – Número de nacimientos por cada 1.000 niñas adolescentes y mujeres jóvenes de 10 a 14 años y de 15 a 19 años.

**Nacimientos antes de los 18 años** – Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18 años. El indicador se refiere a las mujeres que tuvieron un hijo nacido vivo en un período de tiempo reciente, por lo general dos años para las encuestas MICS y cinco años para las encuestas demográficas y de salud.

**Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos** – Porcentaje de niñas adolescentes y mujeres (de 15 a 19 años) que tienen su necesidad de planificación familiar satisfecha con métodos modernos.

**Decisiones con conocimiento de causa** – Porcentaje de niñas adolescentes y mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) que toman sus propias decisiones con conocimiento de causa respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva.

**Atención prenatal (al menos cuatro visitas)** – Porcentaje de niñas adolescentes y mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) atendidas por cualquier proveedor al menos cuatro veces.

**Personal obstetra capacitado** – Porcentaje de partos de niñas adolescentes y mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) atendidos por personal sanitario cualificado (por lo general, un médico, una enfermera o una partera).

**Niñas vacunadas contra el VPH (%)** – Porcentaje de niñas que recibieron la última dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) según el calendario nacional.

**Consumo de alcohol** – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que tomaron al menos una bebida alcohólica en cualquier momento de los últimos 12 meses.

**Consumo de tabaco** – Porcentaje de adolescentes de 13 a 15 años que han fumado cigarrillos o consumido productos de tabaco con humo o sin humo en cualquier momento durante el último mes.

**Actividad física insuficiente** – Porcentaje de adolescentes de 11 a 17 años que asisten a la escuela y que no cumplen las recomendaciones de la OMS sobre la actividad física para la salud, es decir, que realizan menos de 60 minutos diarios de actividad física de intensidad moderada a vigorosa.

# TABLA 6. EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA

Países y zonas	Incidencia del VIH por cada 1.000 personas no infectadas				Mortalidad relacionada con el sida por cada 100.000 habitantes				Número de niños que viven con VIH			
	Niños y niñas 0-14	Adolescentes 10-19	Niñas adolescentes 10-19	Niños adolescentes 10-19	Niños y niñas 0-14	Adolescentes 10-19	Niñas adolescentes 10-19	Niños adolescentes 10-19	Niños y niñas 0-14	Adolescentes 10-19	Niñas adolescentes 10-19	Niños adolescentes 10-19
Afganistán	0,02	0,02	0,02	0,02	0,41	0,08	0,08	0,08	<500	<500	<200	<200
Albania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alemania	<0,01	0,04	0,02	0,06	0,03	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<500	<100	<500
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	0,64	0,59	1,03	0,15	23,15	10,7	10,56	10,86	25.000	23.000	14.000	9.100
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	0,06	0,01	<0,01	0,01	0,99	0,01	0,03	0,03	1.200	<500	<200	<200
Argentina	0,02	0,21	0,17	0,25	0,19	0,2	0,18	0,23	-	-	-	-
Armenia	0,03	0,06	0,09	0,05	0,31	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Australia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	0,02	0,01	0,02	0,01	0,41	0,21	0,15	0,13	<200	<200	<100	<100
Bahamas	0,55	0,24	0,24	0,23	10,2	1,97	4,04	3,86	<100	<100	<100	<100
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	0,06	<0,01	<0,01	<0,01	<500	<200	<200	<100
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belarús	0,12	0,06	0,08	0,05	2,91	<0,01	<0,01	<0,01	<500	<200	<100	<100
Bélgica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice	0,27	0,4	0,51	0,3	5,81	1,27	<0,01	<0,01	<100	<200	<100	<100
Benin	0,22	0,14	0,25	0,04	7,69	5,72	5,44	5,92	3.900	5.300	2.800	2.400
Bhután	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,06	0,04	0,05	0,03	1,29	0,56	0,62	0,51	<500	590	<500	<500
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	0,9	3,37	5,78	1,03	21,93	33,07	33,78	32,37	3.000	10.000	5.700	4.400
Brasil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	0,13	0,11	0,17	0,05	3,73	4,2	4,04	4,35	3.400	7.000	3.700	3.300
Burundi	0,42	0,09	0,15	0,02	9,48	6,03	5,66	6,32	4.500	7.500	3.900	3.600
Cabo Verde	0,13	0,07	0,11	0,04	1,82	0,92	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Camboya	0,05	0,18	0,12	0,23	0,87	0,77	0,72	0,82	780	3.900	1.900	2.100
Camerún	1,04	0,64	1,13	0,16	30,79	14,45	14,15	14,75	20.000	31.000	18.000	13.000
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chad	0,32	0,27	0,44	0,11	10,07	5,7	5,58	5,81	6.200	9.000	5.000	3.900
Chequia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	0,05	0,27	0,06	0,46	-	-	-	-	<200	1.100	<500	890
China	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	0,08	0,21	0,05	0,36	1,87	0,56	0,51	0,61	1.600	4.100	1.200	2.900
Comoras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	2,93	3,11	5,84	0,45	76,46	18,86	21,25	16,5	9.100	9.400	6.800	2.600
Costa Rica	0,05	0,22	0,1	0,34	1,15	0,42	0,29	0,55	<100	<500	<100	<500
Côte d'Ivoire	0,19	0,16	0,3	0,02	5,68	9,49	8,7	10,25	9.300	23.000	12.000	11.000
Croacia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	0,03	0,49	0,2	0,77	0,54	0,39	0,16	0,46	<100	940	<500	730
Dinamarca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	0,17	0,08	0,11	0,06	5,48	4,23	4,28	4,19	<200	<500	<200	<100
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	0,08	0,08	0,09	0,07	1,99	0,29	0,26	0,25	790	930	<500	<500
Egipto	-	-	-	-	0,45	0,05	0,06	0,04	930	710	<500	<500
El Salvador	0,09	0,05	0,07	0,03	2,25	0,42	0,51	0,33	<500	<500	<500	<200
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	0,06	0,05	0,08	0,02	1,14	1,07	1,1	1,26	<500	620	<500	<500
Eslovaquia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado de Palestina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estados Unidos de América	<0,01	0,05	0,02	0,09	0,14	0,04	0,03	0,05	1.000	5.400	2.000	3.400
Estonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	2,11	7,83	15,15	0,85	35,84	50,47	58,98	42,01	3.600	11.000	6.500	4.000
Etiopía	0,21	0,12	0,22	0,02	4,57	3,65	3,58	3,71	23.000	45.000	24.000	21.000
Federación de Rusia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	0,12	0,06	0,1	0,02	1,45	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100

**TABLA 6. EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA**

Países y zonas	Incidencia del VIH por cada 1.000 personas no infectadas				Mortalidad relacionada con el sida por cada 100.000 habitantes				Número de niños que viven con VIH			
	Niños y niñas 0-14	Adolescentes 10-19	Niñas adolescentes 10-19	Niños adolescentes 10-19	Niños y niñas 0-14	Adolescentes 10-19	Niñas adolescentes 10-19	Niños adolescentes 10-19	Niños y niñas 0-14	Adolescentes 10-19	Niñas adolescentes 10-19	Niños adolescentes 10-19
Filipinas	0,02	0,33	0,07	0,58	0,25	0,16	0,05	0,25	690	8.000	860	7.100
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	<0,01	0,05	0,06	0,05	0,07	0,01	0,02	<0,01	<500	680	<500	<500
Gabón	1,13	0,99	1,86	0,14	34,42	17,06	17,64	16,49	1.600	2.200	1.300	880
Gambia	0,42	0,22	0,39	0,04	11,72	5,24	5,26	5,55	910	950	520	<500
Georgia	0,02	0,03	0,02	0,04	0,37	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Ghana	0,71	0,58	1,06	0,09	22,09	10,77	10,68	10,82	18.000	23.000	14.000	9.000
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinea	0,58	0,89	1,46	0,32	16,26	8,29	8,33	8,19	7.600	10.000	6.300	3.800
Guinea-Bissau	2,03	0,75	1,15	0,35	47,23	20,83	20,45	21,64	2.500	2.500	1.400	1.100
Guinea Ecuatorial	3,67	2,84	4,46	1,28	89,97	20,61	20,19	21,01	2.800	2.100	1.300	790
Guyana	0,53	0,2	0,3	0,1	13,3	3,03	2,48	2,38	<500	<500	<200	<200
Haití	0,46	0,47	0,81	0,14	6,93	2,09	2,12	2,06	3.700	6.100	3.700	2.400
Honduras	0,08	0,01	0,01	0,02	2,41	1,21	1,34	1,19	<500	1.100	530	550
Hungría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indonesia	0,14	0,15	0,12	0,17	3,34	0,51	0,5	0,53	15.000	13.000	5.800	7.700
Irán (República Islámica del)	0,02	0,01	0,01	0,01	0,49	0,26	0,25	0,26	900	1.000	520	520
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	0,19	0,96	0,99	0,93	5,75	1,13	0,93	1,33	<500	1.100	530	530
Japón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazajstán	0,02	0,03	0,03	0,03	0,33	0,03	0,07	0,06	<500	<500	<500	<500
Kenya	0,74	1,01	1,78	0,24	16,3	13,33	12,84	13,85	48.000	100.000	56.000	44.000
Kirguistán	0,03	0,04	0,05	0,03	0,8	0,17	0,17	0,17	<500	<500	<500	<500
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	3,57	4,69	8,24	1,25	91,46	48,64	48,73	48,56	5.000	13.000	7.600	5.600
Letonia	0,09	0,09	0,12	0,07	1,63	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Libano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liberia	-	-	-	-	8,49	7,24	6,85	7,61	1.500	2.800	1.600	1.200
Libia	0,06	0,05	0,04	0,07	1,18	0,26	0,18	0,33	<500	<200	<100	<200
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macedonia del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	0,25	0,13	0,22	0,05	5,48	0,44	0,5	0,37	3.200	1.200	900	<500
Malasia	<0,01	0,07	0,03	0,1	0,04	0,04	0,04	0,04	<200	650	<500	<500
Malawi	1,03	1,14	2,05	0,17	18,99	21,62	21,97	21,2	30.000	68.000	38.000	30.000
Maldivas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malí	0,33	0,08	0,12	0,04	9,04	3,91	3,58	4,23	6.400	6.000	3.100	2.900
Malta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	0,03	<0,01	0,01	<0,01	0,45	0,06	0,07	0,06	690	540	<500	<500
Mauricio	0,09	0,31	0,44	0,21	-	-	-	-	<100	<200	<100	<100
Mauritania	0,18	0,04	0,05	0,02	3,92	1,63	1,54	1,72	530	<500	<500	<200
México	0,05	0,2	0,11	0,3	1,04	0,19	0,15	0,23	2.400	8.400	2.700	5.800
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Montenegro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Myanmar	0,35	0,43	0,46	0,39	4,58	0,97	1,16	0,79	6.600	12.000	6.300	5.300
Namibia	1,33	4,3	7,64	1	26,72	29,36	31,73	26,97	3.400	12.000	7.000	4.700
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**TABLA 6. EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA**

Países y zonas	Incidencia del VIH por cada 1.000 personas no infectadas				Mortalidad relacionada con el sida por cada 100.000 habitantes				Número de niños que viven con VIH			
	Niños y niñas 0-14	Adolescentes 10-19	Niñas adolescentes 10-19	Niños adolescentes 10-19	Niños y niñas 0-14	Adolescentes 10-19	Niñas adolescentes 10-19	Niños adolescentes 10-19	Niños y niñas 0-14	Adolescentes 10-19	Niñas adolescentes 10-19	Niños adolescentes 10-19
Nepal	0,02	<0,01	<0,01	<0,01	0,18	0,03	0,03	0,03	660	1.100	540	540
Nicaragua	0,04	0,22	0,15	0,28	0,61	0,32	0,32	0,31	<200	520	<500	<500
Níger	0,08	0,01	0,02	<0,01	1,95	1,1	1	1,19	1.900	2.100	1.100	1.100
Nigeria	0,71	0,32	0,58	0,06	17,94	6,45	6,64	6,28	130.000	120.000	71.000	50.000
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	0,03	0,08	0,06	0,1	0,51	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	-	-	-	-	0,66	0,06	0,05	0,06	4.100	3.000	1.300	1.700
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	0,55	0,31	0,49	0,15	9,32	1,13	1,17	1,2	2.500	2.500	1.400	1.100
Paraguay	0,11	0,2	0,15	0,24	2,42	0,37	0,46	0,29	<500	590	<500	<500
Perú	0,07	0,04	0,05	0,03	1,04	0,25	0,22	0,23	1.100	1.000	540	<500
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	0,68	1,09	1,48	0,71	20,08	17,22	16,22	18,36	3.500	7.500	4.100	3.400
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	0,12	0,16	0,17	0,16	2,86	<0,01	<0,01	<0,01	<200	<200	<100	<100
República Democrática del Congo	0,32	0,13	0,19	0,06	8,05	4,52	4,36	4,68	42.000	43.000	23.000	21.000
República Democrática Popular Lao	0,04	0,11	0,11	0,11	1,17	0,27	0,28	0,27	<500	<500	<500	<500
República Dominicana	0,17	0,11	0,14	0,08	4,76	1,5	1,53	1,57	1.300	1.600	820	740
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	0,96	1	1,6	0,41	23,52	11,99	12,4	11,58	61.000	96.000	54.000	42.000
Rumania	0,02	0,01	0,01	<0,01	0,27	<0,01	<0,01	<0,01	<200	<200	<100	<100
Rwanda	0,42	0,3	0,54	0,05	7,19	6,71	6,43	7	5.300	14.000	7.400	6.400
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	0,14	0,03	0,04	0,01	3,77	2,44	2,26	2,62	2.400	3.300	1.700	1.600
Serbia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	1,43	0,75	1,2	0,31	38,72	15,21	14,39	16,02	7.600	8.000	4.600	3.400
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	0,02	<0,01	<0,01	<0,01	0,87	0,74	0,72	0,76	500	700	<500	<500
Sri Lanka	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudáfrica	1,85	7,19	12,66	1,95	16,82	26,98	30,77	23,23	130.000	320.000	200.000	120.000
Sudán	0,08	0,04	0,05	0,03	1,96	0,59	0,59	0,58	2.400	2.100	1.100	950
Sudán del Sur	1,37	0,99	1,53	0,47	32,15	10,61	10,76	10,47	11.000	10.000	6.000	4.200
Suecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suiza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	0,28	0,21	0,32	0,11	3,96	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<200	<100	<100
Tailandia	0,01	0,21	0,14	0,29	0,84	0,98	0,96	1	640	6.100	2.700	3.400
Tayikistán	0,06	0,04	0,06	0,02	1,21	0,05	0,1	0,1	640	<500	<500	<200
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Togo	0,83	0,32	0,58	0,07	20,2	10,66	10,08	11,34	5.300	8.300	4.500	3.800
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Túnez	0,02	0,01	0,02	<0,01	0,54	0,06	0,12	0,11	<200	<100	<100	<100
Türkiye	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turkmenistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	0,06	0,05	0,06	0,04	0,89	0,24	0,22	0,25	1.300	2.700	1.400	1.400
Uganda	0,82	1,64	3,02	0,29	19,92	13,99	14	13,98	49.000	98.000	59.000	40.000
Uruguay	0,16	0,09	0,13	0,05	1,53	0,22	<0,01	<0,01	<200	<200	<100	<100
Uzbekistán	0,06	0,05	0,05	0,05	1,91	0,55	0,52	0,53	3.700	4.500	2.300	2.200

**TABLA 6. EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA**

Países y zonas	Incidencia del VIH por cada 1.000 personas no infectadas				Mortalidad relacionada con el sida por cada 100.000 habitantes				Número de niños que viven con VIH			
	Niños y niñas 0-14	Adolescentes 10-19	Niñas adolescentes 10-19	Niños adolescentes 10-19	Niños y niñas 0-14	Adolescentes 10-19	Niñas adolescentes 10-19	Niños adolescentes 10-19	Niños y niñas 0-14	Adolescentes 10-19	Niñas adolescentes 10-19	Niños adolescentes 10-19
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	-	5,21	1,58	1,67	1,46	2.700	4.800	2.000	2.800
Viet Nam	0,05	0,03	0,03	0,02	0,6	0,04	0,05	0,03	3.000	3.700	1.800	1.900
Yemen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambia	1,25	2,94	5,09	0,84	28,31	26,96	28,73	25,21	40.000	72.000	44.000	28.000
Zimbabwe	1,92	1,77	3,12	0,43	41,3	38,13	37,53	38,79	36.000	77.000	42.000	35.000

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	0,73	0,94	1,62	0,27	16,98	9,92	10,14	9,71	880.000	1.470.000	860.000	610.000
África Occidental y Central	0,54	0,32	0,55	0,08	14,55	6,72	6,66	6,77	280.000	330.000	190.000	140.000
África Oriental y Meridional	0,93	1,6	2,74	0,47	19,69	13,34	13,81	12,86	600.000	1.140.000	670.000	470.000
América del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América Latina y Caribe	0,1	0,18	0,12	0,23	1,98	0,59	0,58	0,59	27.000	55.000	24.000	31.000
Asia Meridional	0,04	0,05	0,04	0,05	0,62	0,14	0,13	0,15	44.000	91.000	42.000	49.000
Asia Oriental y Pacífico	0,05	0,09	0,07	0,11	0,9	0,19	0,19	0,18	36.000	59.000	26.000	34.000
Europa y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa del Este y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa Occidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oriente Medio y Norte de África	0,02	0,02	0,02	0,02	0,44	0,09	0,09	0,08	4.800	4.100	2.100	2.000
Países menos desarrollados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Mundo</b>	<b>0,23</b>	<b>0,26</b>	<b>0,39</b>	<b>0,13</b>	<b>4,93</b>	<b>2,30</b>	<b>2,39</b>	<b>2,21</b>	<b>1.020.000</b>	<b>1.710.000</b>	<b>970.000</b>	<b>740.000</b>

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de las Clasificaciones Regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

- Datos no disponibles.

Debido al redondeo de las estimaciones, es posible que los datos desagregados no sumen el total.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Incidencia del VIH por cada 1.000 personas no infectadas** – Estimaciones de ONUSIDA para 2022. Última actualización: julio de 2022.

**Mortalidad relacionada con el sida por cada 100.000 habitantes** – Estimaciones de ONUSIDA para 2022. Última actualización: julio de 2022.

**Número de niños que viven con el VIH** – Estimaciones de ONUSIDA 2022. Última actualización: julio de 2022.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Incidencia del VIH por cada 1.000 personas no infectadas** – Número estimado de nuevas infecciones por el VIH por cada

1.000 personas no infectadas en riesgo de contraer la infección por el VIH.

**Mortalidad relacionada con el sida por cada 100.000 habitantes** – Número estimado de muertes relacionadas con el sida por cada 100.000 habitantes.

**Número de niños que viven con VIH** – Número estimado de niños que vivían con VIH.

**TABLA 7. COBERTURA DE LAS INTERVENCIONES EN MATERIA DE VIH/SIDA**

Países y zonas	Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y reciben terapia antirretroviral (ART) para la transmisión de madre a hijo (%)	Diagnóstico precoz del VIH en los lactantes (%)	Niños que viven con VIH y reciben terapia antirretroviral (ART) (%)		Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes de 15 a 19 años (%) 2012-2020 <sup>R</sup>		Uso de preservativo entre adolescentes de 15 a 19 años con compañeros múltiples (%) 2012-2020 <sup>R</sup>		Adolescentes de 15 a 19 años que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que han recibido los resultados (%) 2012-2020 <sup>R</sup>		
			Niños 0 a 14	Adolescentes 10 a 19	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	
Afganistán	16	6	12	10	4	1	-	-	-	-	
Albania	-	-	-	-	20	35	-	-	-	-	
Alemania	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-	
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	76	3	19	19	-	-	-	-	-	-	
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	55	x 40	x 100	x 54	x	-	
Arabia Saudita	-	-	-	38	-	-	-	-	-	-	
Argelia	16	14	82	87	-	8	-	-	-	1	
Argentina	-	-	-	-	-	36	-	-	-	-	
Armenia	81	86	>95	31	9	15	-	-	-	-	
Australia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Austria	-	-	-	56	-	-	-	-	-	-	
Azerbaiyán	59	54	54	39	2	x 3	-	-	-	-	
Bahamas	68	68	40	48	-	-	-	-	-	-	
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bangladesh	36	16	48	50	-	11	-	-	-	-	
Barbados	-	-	-	-	-	66	-	-	-	10	
Belarús	40	41	53	67	53	51	-	-	15	15	
Bélgica	-	-	-	48	-	-	-	-	-	-	
Belice	80	38	41	57	44	40	69	-	7	13	
Benin	>95	46	37	57	14	14	43	38	6	7	
Bhután	-	-	-	-	-	22	x	-	-	3	x
Bolivia (Estado Plurinacional de)	88	-	46	38	24	x 20	-	-	-	-	
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	45	41	42	-	-	0	0	
Botswana	>95	83	69	75	-	-	-	-	-	-	
Brasil	-	-	-	49	-	-	-	-	-	-	
Brunei Darussalam	-	-	-	36	-	-	-	-	-	-	
Bulgaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Burkina Faso	>95	23	41	64	31	x 29	-	-	-	-	
Burundi	50	45	36	69	50	46	-	-	-	-	
Cabo Verde	>95	>95	>95	85	-	-	-	-	-	-	
Camboya	80	14	56	75	42	33	-	-	-	-	
Camerún	67	48	35	50	33	37	-	-	-	-	
Canadá	-	-	-	61	-	-	-	-	-	-	
Chad	89	17	35	55	26	17	40	39	7	7	
Chequia	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-	
Chile	-	70	43	28	-	-	-	-	-	-	
China	-	-	-	59	-	-	-	-	-	-	
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Colombia	46	35	28	37	26	28	-	-	-	-	
Comoras	-	-	-	-	21	18	-	-	-	-	
Congo	21	<1	12	13	42	26	55	49	4	7	
Costa Rica	78	36	22	29	-	23	-	49	-	3	
Côte d'Ivoire	>95	61	54	58	32	24	73	30	8	16	
Croacia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cuba	87	87	25	20	46	47	80	75	15	25	
Dinamarca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Djibouti	44	5	33	25	-	-	-	-	-	-	
Dominica	-	-	-	-	39	x 49	x 74	x 86	-	-	
Ecuador	66	58	60	52	-	-	-	-	-	-	
Egipto	18	11	18	21	5	3	-	-	-	-	
El Salvador	59	47	25	58	25	25	-	31	-	8	
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	57	-	-	-	-	-	-	
Eritrea	81	46	56	64	32	x 22	-	-	-	-	
Eslovaquia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Eslovenia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
España	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Estado de Palestina	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	
Estados Unidos de América	-	-	92	62	-	-	-	-	-	-	
Estonia	-	-	-	71	-	-	-	-	-	-	
Eswatini	>95	45	>95	88	44	45	92	x	33	48	
Etiopía	78	38	36	68	38	24	-	-	-	-	

**TABLA 7. COBERTURA DE LAS INTERVENCIONES EN MATERIA DE VIH/SIDA**

Países y zonas	Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y reciben terapia antirretroviral (ART) para la transmisión de madre a hijo (%)	Diagnóstico precoz del VIH en los lactantes (%)	Niños que viven con VIH y reciben terapia antirretroviral (ART) (%)		Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes de 15 a 19 años (%) 2012-2020 <sup>R</sup>		Uso de preservativo entre adolescentes de 15 a 19 años con compañeros múltiples (%) 2012-2020 <sup>R</sup>		Adolescentes de 15 a 19 años que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que han recibido los resultados (%) 2012-2020 <sup>R</sup>				
			Niños 0 a 14	Adolescentes 10 a 19	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer			
Federación de Rusia	-	-	-	37	-	-	-	-	-	-			
Fiji	59	70	72	47	-	-	-	-	-	-			
Filipinas	15	7	19	16	15	x	16	-	-	-			
Finlandia	-	-	-	60	-	-	-	-	-	-			
Francia	-	-	-	37	-	-	-	-	-	-			
Gabón	71	12	23	32	35	-	29	-	-	-			
Gambia	89	15	41	40	15	-	19	41	0	2	4		
Georgia	>95	91	60	73	-	-	-	-	-	-	2	x	
Ghana	87	25	43	45	17	-	14	50	35	1	7		
Granada	-	-	-	-	67	x	59	x	80	x	92	x	
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guatemala	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guinea	82	36	22	26	22	-	17	-	18	-	-	5	
Guinea-Bissau	39	16	25	24	25	-	11	53	29	1	4		
Guinea Ecuatorial	43	5	39	21	-	-	-	-	-	-	-	-	
Guyana	69	94	19	58	33	-	48	83	-	10	16		
Haití	87	55	63	69	34	-	36	-	-	-	-	-	
Honduras	41	55	36	53	35	-	29	-	-	-	-	-	
Hungría	-	-	-	25	-	-	-	-	-	-	-	-	
India	64	-	95	-	26	x	18	x	30	35	-	-	
Indonesia	15	5	25	18	4	-	12	-	-	-	-	-	
Irán (República Islámica del)	36	25	33	30	-	-	-	-	-	-	-	-	
Iraq	-	-	-	7	-	-	5	-	-	-	-	1	
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Israel	-	-	-	56	-	-	-	-	-	-	-	-	
Italia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jamaica	66	22	33	39	34	-	39	75	56	20	35		
Japón	-	-	-	17	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jordania	-	-	-	15	8	-	2	-	-	-	-	-	
Kazajstán	94	>95	68	74	30	x	20	94	x	-	14	x	11
Kenya	91	65	59	68	58	-	49	-	-	-	-	-	
Kirguistán	80	74	50	71	-	-	17	-	-	-	-	11	
Kiribati	-	-	-	-	19	-	31	26	-	4	1		
Kuwait	-	-	-	36	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lesotho	86	63	65	73	26	-	28	-	-	44	54		
Letonia	78	75	93	56	-	-	-	-	-	-	-	-	
Libano	-	-	-	-	22	-	26	-	-	-	-	-	
Liberia	>95	20	32	38	-	-	-	-	-	-	-	-	
Libia	64	49	30	34	-	-	-	-	-	-	-	-	
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lituania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Macedonia del Norte	-	-	-	25	-	-	-	-	-	-	-	-	
Madagascar	15	<1	7	6	26	-	20	2	7	1	2		
Malasia	>95	>95	>95	53	-	-	-	-	-	-	-	-	
Malawi	93	79	74	84	43	-	39	49	38	17	47		
Maldivas	-	-	-	-	21	-	27	-	-	-	-	-	
Malí	49	24	42	39	14	-	13	47	26	2	5		
Malta	-	-	-	30	-	-	-	-	-	-	-	-	
Marruecos	44	33	91	86	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mauricio	>95	58	82	24	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mauritania	6	8	21	28	7	x	5	x	-	1	2		
México	-	-	49	27	-	-	28	-	36	-	7		
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mongolia	-	-	-	-	17	-	18	78	-	5	7		
Montenegro	-	-	-	-	35	-	42	64	-	0	0		



**TABLA 7. COBERTURA DE LAS INTERVENCIONES EN MATERIA DE VIH/SIDA**

Países y zonas	Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y reciben terapia antirretroviral (ART) para la transmisión de madre a hijo (%)	Diagnóstico precoz del VIH en los lactantes (%)	Niños que viven con VIH y reciben terapia antirretroviral (ART) (%)		Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes de 15 a 19 años (%) 2012-2020 <sup>R</sup>		Uso de preservativo entre adolescentes de 15 a 19 años con compañeros múltiples (%) 2012-2020 <sup>R</sup>		Adolescentes de 15 a 19 años que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que han recibido los resultados (%) 2012-2020 <sup>R</sup>	
			Niños 0 a 14	Adolescentes 10 a 19	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	-	-	-	48	28	27	x	-	-	-
Myanmar	18	47	68	56	14	13	-	-	-	-
Namibia	>95	>95	82	80	61	56	-	-	14	28
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	83	6	95	89	23	26	-	-	1	2
Nicaragua	73	64	40	30	20	11	-	-	-	-
Niger	40	21	53	54	-	-	-	-	-	-
Nigeria	34	15	31	60	29	38	62	43	7	8
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	61	44	57	41	-	-	-	-	-	-
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	23	4	53	14	0	1	-	-	-	-
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	-	19	-	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	-	-	58	51	21	21	-	-	-	-
Paraguay	54	47	-	42	-	25	-	61	-	9
Perú	-	47	-	48	-	21	x	-	-	-
Polonia	-	-	-	62	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	-	23	10	-	-	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	-	-	-	61	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	94	25	65	41	16	12	50	32	2	12
República de Corea	-	-	-	22	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	>95	>95	77	56	26	35	-	-	6	10
República Democrática del Congo	61	12	38	46	23	18	35	26	5	6
República Democrática Popular Lao	>95	65	57	48	25	23	57	27	1	1
República Dominicana	72	16	31	35	39	27	-	49	-	16
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	80	48	60	76	32	33	-	-	11	24
Rumania	84	77	>95	88	-	-	-	-	-	-
Rwanda	87	80	59	78	55	54	-	-	-	-
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	55	x	54	x	54	x
Samoa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	-	-	-	-	58	-	-	-	12
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	-	-	-	28	32	76	63	10	18
Senegal	68	35	37	59	26	20	-	-	-	-
Serbia	-	-	-	-	43	x	53	x	63	x
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	78	3	13	32	22	27	9	12	3	7
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	42	20	15	21	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudáfrica	>95	94	48	54	-	-	-	-	-	-
Sudán	4	-	26	29	10	x	8	-	-	1
Sudán del Sur	44	15	15	16	-	8	x	6	x	3
Suecia	-	-	-	78	-	-	-	-	-	-
Suiza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	79	42	44	71	-	40	x	-	-	11
Tailandia	>95	92	75	59	46	49	-	-	1	3
Tayikistán	77	68	89	85	9	x	4	-	-	-
Timor-Leste	-	-	-	-	13	6	-	-	-	-
Togo	68	26	49	56	32	25	34	49	7	15
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-	-	8	4	0	-	1	1
Trinidad y Tabago	-	-	-	-	-	55	x	-	-	10

**TABLA 7. COBERTURA DE LAS INTERVENCIONES EN MATERIA DE VIH/SIDA**

Países y zonas	Porcentaje de mujeres embarazadas que viven con el VIH y reciben terapia antirretroviral (ART) para la transmisión de madre a hijo (%)	Diagnóstico precoz del VIH en los lactantes (%)	Niños que viven con VIH y reciben terapia antirretroviral (ART) (%)		Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes de 15 a 19 años (%) 2012–2020 <sup>a</sup>		Uso de preservativo entre adolescentes de 15 a 19 años con compañeros múltiples (%) 2012–2020 <sup>a</sup>		Adolescentes de 15 a 19 años que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que han recibido los resultados (%) 2012–2020 <sup>a</sup>	
			Niños 0 a 14	Adolescentes 10 a 19	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Túnez	41	33	33	39	12	13	-	-	-	-
Türkiye	-	-	-	37	-	-	-	-	-	-
Turkmenistán	-	-	-	<0,01	-	19	-	-	-	5
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	>95	61	>95	86	37	43	90	-	10	7
Uganda	>95	75	68	68	40	41	-	-	19	34
Uruguay	-	75	>95	66	-	36	-	67	-	7
Uzbekistán	51	43	31	74	-	-	-	-	-	-
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	22	14	28	30	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	75	28	82	88	-	51	-	-	-	4
Yemen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zambia	>95	32	67	72	39	41	-	-	15	29
Zimbabwe	88	>95	73	83	41	41	62	-	26	39

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	83	62	50	60	-	-	-	-	-	-
África Occidental y Central	60	25	35	51	-	-	-	-	-	-
África Oriental y Meridional	89	71	56	63	-	-	-	-	-	-
América del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América Latina y Caribe	68	46	42	42	-	-	-	-	-	-
Asia Meridional	59	-	92	64	-	-	-	-	-	-
Asia Oriental y Pacífico	41	38	53	45	-	-	-	-	-	-
Europa del Este y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa Occidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oriente Medio y Norte de África	28	15	49	42	-	-	-	-	-	-
Países menos desarrollados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Mundo</b>	<b>81</b>	<b>62</b>	<b>52</b>	<b>59</b>	-	-	-	-	-	-

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de Clasificaciones Regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

- Datos no disponibles.

<sup>a</sup> Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el titular de la columna.

<sup>x</sup> Los datos se refieren a años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años anteriores a 2000.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Mujeres embarazadas que viven con el VIH y reciben terapia antirretroviral (ART) para prevenir la transmisión de madre a hijo** – Vigilancia Mundial del Sida y estimaciones de ONUSIDA para 2022. Última actualización: julio de 2022.

**Diagnóstico precoz del VIH en los lactantes** – Vigilancia Mundial del Sida y estimaciones de ONUSIDA 2022. Última actualización: julio de 2022.

**Niños que viven con el VIH y reciben ART** – Vigilancia Mundial del Sida y estimaciones de ONUSIDA 2022. Última actualización: julio de 2022.

**Conocimiento amplio del VIH entre adolescentes de 15 a 19 años** – Encuestas representativas a nivel nacional basadas en la población, incluidas MICS, EDS, AIS y otras encuestas de hogares 2012–2021. Última actualización: junio de 2022.

**Uso del preservativo entre adolescentes de 15 a 19 años con compañeros múltiples** – Encuestas basadas en la población representativas a nivel nacional, incluidas MICS, EDS, AIS y otras encuestas por hogares 2012–2021. Última actualización: junio de 2022.

**Adolescentes de 15 a 19 años que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que han recibido los resultados** – Encuestas basadas en la población representativas a nivel nacional, incluidas MICS, EDS, AIS y otras encuestas por hogares 2012–2021. Última actualización: junio de 2022.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Mujeres embarazadas que viven con el VIH y que reciben terapia antirretroviral (ART) para prevenir la transmisión de madre a hijo** – Porcentaje del número estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH y que recibieron regímenes eficaces (excluida la dosis única de nevirapina) de medicamentos antirretrovirales (ARV) para la prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH.

**Diagnóstico precoz del VIH en los lactantes** – Porcentaje de lactantes expuestos al VIH sometidos a una prueba virológica del VIH en los dos meses siguientes al nacimiento.

**Niños que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral (ART)** – Porcentaje de niños que viven con el VIH que recibieron terapia antirretroviral (ART).

**Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes de 15 a 19 años** – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que identifican correctamente las dos formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, que saben que una persona de aspecto saludable puede estar infectada con el VIH y que rechazan las dos ideas erróneas más comunes acerca de la transmisión del VIH.

**Uso del preservativo entre adolescentes de 15 a 19 años con compañeros sexuales múltiples** – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que han tenido más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y que informaron haber usado un preservativo durante su última relación sexual.

**Adolescentes de 15 a 19 años que se han sometido a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que han recibido los resultados** – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que recibieron el resultado de la última prueba.

**TABLA 8. NUTRICIÓN: RECIÉN NACIDOS, NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR, MUJERES Y HOGARES**

Países y zonas	Peso al nacer		Malnutrición entre los niños en edad preescolar (0 a 4 años)				Suplementos de vitamina A, cobertura completa (6 a 59 meses de edad) (%) 2021 <sup>m, a</sup>	Malnutrición entre los niños en edad escolar (5 a 19 años) 2016		Malnutrición entre las mujeres		Porcentaje de hogares que consumen sal yodada 2015–2021 <sup>a</sup>
	Bajo peso al nacer (%) 2015 <sup>m</sup>	Sin pesar al nacer (%) 2015–2021 <sup>m, b</sup>	Retraso del crecimiento (%) (2020)	Emaciación (%) (2015–2022) <sup>c, b</sup>		Sobrepeso (%) (2020)		Delgadez (%)	Sobrepeso (%)	Insuficiencia ponderal 18+ años (%) (2016)	Anemia 15 a 49 años (%) (2019)	
			Moderado y grave <sup>s, m</sup>	Grave	Moderado y grave <sup>^</sup>	Moderado y grave <sup>s, m</sup>						
								Delgado y gravemente delgado <sup>^</sup>	Sobrepeso y obesidad <sup>^</sup>	BMI <18.5 kg/m2	Leve, moderada y severa	
Afganistán	- z	86	35	2	5 k	4	58 f	17	9	16	43	57
Albania	5	3	10	1	2	15	-	1	25	2	25	65
Alemania	7	<1	2	<1 w	<1 kw	4	-	1	26	2	12	-
Andorra	7	-	- z	-	-	- z	-	1	36	2	12	-
Angola	15	46	38	1	5	3	- f, aa	8	11	11	45	82
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	9	-	- z	-	-	- z	-	3	27	4	17	-
Arabia Saudita	- z	-	4	5 x	12 x	8	-	8	36	2	28	70 xy
Argelia	7	10	9	1	3	13	-	6	31	4	33	89
Argentina	7	6	8	<1	2	13	-	1	37	1	12	-
Armenia	9	1	9	2	4	11	-	2	19	4	17	99
Australia	7	1	2	<1 wx	<1 lwx	19	-	1	34	2	9	-
Austria	7	<1	- z	-	-	- z	-	2	26	3	13	-
Azerbaiyán	7	1 x	16	1 x	3 x	9	-	3	19	3	35	93 x
Bahamas	13	-	- z	-	-	- z	-	3	36	3	15	-
Bahrein	12	-	5 e	-	-	6 e	-	6	35	4	35	-
Bangladesh	28	49	30	2	10	2	96 f	18	9	23	37	76
Barbados	- z	-	7	2 x	7 x	11	-	4	28	3	17	37 x
Belarús	5	6	4	1 x	2 x	7	-	2	23	2	21	-
Bélgica	7	1	2	<1 wx	<1 lwx	5	-	1	24	2	14	-
Belice	9	2	13	1	2	8	-	3	29	3	21	85
Benin	17	40	31	1	5 k	2	80 f	7	11	9	55	85
Bhután	12	28 x	22	2 x	6 x	5	-	16	10	11	39	98 xy
Bolivia (Estado Plurinacional de)	7	8	13	1	2	9	- f	1	28	2	24	86
Bosnia y Herzegovina	3	2 x	9	2 x	2 x	13	-	2	21	3	24	-
Botswana	16	54 x	23	3 x	7 x	11	64 f	6	18	7	33	83 x
Brasil	8	2	6	<1 x	2 x	7	-	3	28	4	16	98 x
Brunei Darussalam	11	-	13	<1 x	3 x	9	-	6	27	6	17	-
Bulgaria	10	-	6	3 wx	6 wx	6	-	2	29	2	24	92 xy
Burkina Faso	13	36 x	26	1 m	10 m	3	99 f	8	8	13	53	89
Burundi	15	20	58	1 k	6 k	3	81 f	7	10	11	39	89
Cabo Verde	- z	-	10 e	-	-	- z	-	7	12	7	24	92 bx
Camboya	12	9 x	30	2	10	2	61 f	11	11	14	47	68 x
Camerún	12	36	27	2	4	10	85 f	6	13	6	41	91
Canadá	6	3	- z	-	-	12	-	1	32	2	10	-
Chad	- z	88 x	35	2	10 k	3	<1 f	8	9	13	45	65
Chequia	8	<1	3	1 x	5 kx	7	-	2	28	2	21	-
Chile	6	6	2	-	<1 x	10	-	1	35	1	9	-
China	5	<1 x	5	1 x	2 m	8	-	3	29 k	6	16	97 y
Chipre	- z	-	- z	-	-	- z	-	1	33	2	14	-
Colombia	10	18	11	<1	2	6	-	2	24	3	21	-
Comoras	24	32 x	23	4 x	11 x	10	- f	7	12	9	34	82 x
Congo	12	10	18	3 x	8 x	5	- f	7	11	11	49	91 x
Costa Rica	7	2	9	<1	2	8	-	2	32	2	14	-
Côte d'Ivoire	15	27	18	1	6	3	85 f	6	13	8	51	80
Croacia	5	<1	- z	-	-	- z	-	1	28	2	21	-
Cuba	5	2	7	1	2	10	-	3	30	5	19	90
Dinamarca	5	<1	- z	-	-	- z	-	1	25	3	12	-
Djibouti	- z	15 x	34	3 w	10 w	7	- f	6	17	7	32	4 x
Dominica	- z	-	- z	-	-	- z	-	3	33	3	21	-
Ecuador	11	-	23	1 k	4	10	-	1	28	1	17	-

**TABLA 8. NUTRICIÓN: RECIÉN NACIDOS, NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR, MUJERES Y HOGARES**

Países y zonas	Peso al nacer		Malnutrición entre los niños en edad preescolar (0 a 4 años)				Suplementos de vitamina A, cobertura completa (6 a 59 meses de edad) (%) 2021 <sup>m, &amp;</sup>	Malnutrición entre los niños en edad escolar (5 a 19 años) 2016		Malnutrición entre las mujeres		Porcentaje de hogares que consumen sal yodada 2015–2021 <sup>h</sup>
	Bajo peso al nacer (%) 2015 <sup>m</sup>	Sin pesar al nacer (%) 2015–2021 <sup>m, h</sup>	Retraso del crecimiento (%) (2020)	Emaciación (%) (2015–2022) <sup>c, h</sup>		Sobrepeso (%) (2020)		Delgadez (%)	Sobrepeso (%)	Insuficiencia ponderal 18+ años (%) (2016)	Anemia 15 a 49 años (%) (2019)	
			Moderado y grave <sup>g, m</sup>	Grave	Moderado y grave <sup>^</sup>	Moderado y grave <sup>g, m</sup>						
								Delgado y gravemente delgado <sup>^</sup>	Sobrepeso y obesidad <sup>^</sup>	BMI <18.5 kg/m2	Leve, moderada y severa	
Egipto	- z	39 x	22	5 x	9 x	18	-	3	37	1	28	93 xy
El Salvador	10	7 x	11	<1 x	2 x	7	-	2	30	2	11	-
Emiratos Árabes Unidos	13	-	- z	-	-	- z	-	5	36	2	24	-
Eritrea	- z	65 x	49	4 x	15 x	2	78 f	8	11	17	37	86 x
Eslovaquia	8	<1	- z	-	-	- z	-	1	23	3	24	-
Eslovenia	6	3	- z	-	-	- z	-	1	27	3	22	-
España	8	-	- z	-	-	- z	-	1	34	2	13	-
Estado de Palestina	8	1	8	1	1	9	-	-	-	-	-	96
Estados Unidos de América	8	2	3	<1	<1	9	-	1	42	2	12	-
Estonia	4	6	1	<1 x	2 x	6	-	2	21	2	22	-
Eswatini	10	9 x	23	<1 x	2 x	10	33 f	4	17 l	5	31	90 x
Etiopía	- z	87	35	1	7 k	3	73 f	10	9	15	24	86
Federación de Rusia	6	-	- z	-	-	- z	-	2	21	2	21	-
Fiji	- z	1	7	1	5	5	-	4	34	2	32	-
Filipinas	20	17	29	1	6 m	4	- f	10	13	14	12	57 y
Finlandia	4	<1	- z	-	-	- z	-	1	27	2	11	-
Francia	7	<1 x	- z	-	-	- z	-	1	30	3	11	-
Gabón	14	9 x	14	1 x	3 x	7	<1 f	6	16	7	52	89 x
Gambia	17	29	16	1	5	2	27 f	7	12	10	50	67
Georgia	6	<1 x	6	<1 l	1	8	-	3	20	4	28	98 xy
Ghana	14	36	14	1	7	3	35 f	6	11	7	35	69
Granada	- z	-	- z	-	-	- z	-	4	26	4	19	-
Grecia	9	-	2	<1 lwx	1 wx	14	-	1	37	1	15	-
Guatemala	11	6	43	<1	1 k	5	-	1	29	2	7	88 x
Guinea	- z	52	29	4	9	6	96 f	7	10	10	48	53
Guinea-Bissau	21	49	28	2	8	3	<1 f	7	11	9	48	33
Guinea Ecuatorial	- z	30 x	20	2 x	3 x	9	8 f	8	11	10	45	57 x
Guyana	16	12 x	9	2 x	6 x	7	-	5	25	5	32	43 x
Haití	- z	68	20	1	4	4	20 f	4	28	5	48	8
Honduras	11	12	20	<1	2	6	-	2	27	3	18	88
Hungría	9	<1	- z	-	-	- z	-	2	28	3	20	-
India	- z	9	31	8 k	19 k	2	- f, aa	27	7	24	53	94
Indonesia	10	6	32	4 k	10	11	-	10	15	13	31	92 bx
Irán (República Islámica del)	- z	-	6	1	4	9 e	-	9	26	4	24	94 bx
Iraq	- z	29	12	1	3	9	-	5	32	2	29	68
Irlanda	6	2	- z	-	-	- z	-	<1	31	1	12	-
Islandia	4	1	- z	-	-	- z	-	1	28	2	10	-
Islas Cook	3	-	- z	-	-	- z	-	<1	63	<1	27	-
Islas Marshall	- z	14	32	1	4	4	-	<1	59	1	31	-
Islas Salomón	- z	14	29	4	8	4	-	1	23	2	38	88
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	<1 k	1 k	-	-	-	-	-	-	70
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	8	-	- z	-	-	- z	-	1	35	2	13	-
Italia	7	2	- z	-	-	- z	-	1	37	2	14	-
Jamaica	15	4 x	8	1	3	7	-	2	30	3	20	-
Japón	9	<1	5	<1 x	2 x	2	-	2	14	10	19	-
Jordania	14	3	7	<1 l	1	7	-	4	31	1	38	88 bx
Kazajstán	5	1	7	1	3	9	-	2	20	4	29	94
Kenya	11	35	19	2 w	7 w	4	86 f	8	11	10	29	95 x
Kirguistán	6	1	11	1	2	6	-	3	16	4	36	99
Kiribati	- z	25	15	1	4	2	- f	<1	55	1	33	77
Kuwait	10	-	6	1 x	3 m	7	-	4	42	1	24	-

**TABLA 8. NUTRICIÓN: RECIÉN NACIDOS, NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR, MUJERES Y HOGARES**

Países y zonas	Peso al nacer		Malnutrición entre los niños en edad preescolar (0 a 4 años)				Suplemen- tos de vitamina A, cobertura completa (6 a 59 meses de edad) (%) 2021 <sup>m, s</sup>	Malnutrición entre los niños en edad escolar (5 a 19 años) 2016		Malnutrición entre las mujeres		Porcentaje de hogares que consumen sal yodada 2015–2021 <sup>a</sup>	
	Bajo peso al nacer (%) 2015 <sup>m</sup>	Sin pesar al nacer (%) 2015–2021 <sup>m, R</sup>	Retraso del crecimiento (%) (2020)	Emaciación (%) (2015–2022) <sup>c, R</sup>		Sobrepeso (%) (2020)		Delgadez (%)	Sobrepeso (%)	Insuficiencia ponderal 18+ años (%) (2016)	Anemia 15 a 49 años (%) (2019)		
			Moderado y grave <sup>s, m</sup>	Grave	Moderado y grave <sup>^</sup>	Moderado y grave <sup>s, m</sup>							Delgado y gravemente delgado <sup>^</sup>
Lesotho	15	8	32	1	2	7	- f	5	15	5	28	85	x
Letonia	5	<1	- z	-	-	- z	-	2	22	2	22	-	
Líbano	9	-	10	<1	1	20	-	5	33	3	28	95	x
Liberia	- z	71	28	1	3	5	- f	7	10	8	43	87	
Libia	- z	-	44	5 x	10 x	25	-	6	33	2	30	70	bx
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	5	15	- z	-	-	- z	-	3	21	2	20	-	
Luxemburgo	7	2	- z	-	-	- z	-	1	26	2	10	-	
Macedonia del Norte	9	<1	4	1	3	10	-	2	26	3	19	-	
Madagascar	17	63 x	40	1 k	7	1	24 f	7	11	15	38	68	x
Malasia	11	-	21	4 k	10	6	-	7	26	7	32	28	xy
Malawi	14	6	37	<1 kw	2 kw	5	77 f	6	11	9	31	80	
Maldivas	12	2	14	2	9	5	-	14	17	9	52	97	x
Malí	- z	65	26	2 k	9 k	2	85 f	8	11	10	59	76	y
Malta	6	2	- z	-	-	- z	-	1	37	1	14	-	
Marruecos	17	3	13	1	3	11	-	6	27	3	30	43	x
Mauricio	17	-	9 e	-	-	8 e	-	7	15	7	24	-	
Mauritania	- z	84	24	2	10 k	3	- f	8	13	8	43	25	y
México	8	2	12	<1	2	6	-	2	35	2	15	-	
Micronesia (Estados Federados de)	- z	-	- z	-	-	- z	-	<1	51	1	25	-	
Mónaco	5	-	- z	-	-	- z	-	-	-	-	12	-	
Mongolia	5	1	7	<1	1	10	-	2	18	3	15	75	
Montenegro	5	2	8	1	2	10	-	2	25	2	17	-	
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	14	49 x	38	1	4	6	83 f	4	13	10	48	42	x
Myanmar	12	55	25	1 w	7 w	2	- f, aa	13	12	14	42	85	y
Namibia	16	15 x	18	3 kx	7 kx	5	59 f	8	15	9	25	74	x
Nauru	- z	4 x	15	<1 x	1 x	4	-	<1	65	<1	30	-	
Nepal	22	22	30	3	12 k	2	90 f	16	8	17	36	94	
Nicaragua	11	30 x	14	1 x	2 x	7	-	2	29	2	16	-	
Níger	- z	64	47	2	11	2	93 f	10	8	13	50	59	x
Nigeria	- z	77	35	1 k	6 k	3	57 f	10	8	10	55	93	
Niue	- z	-	- z	-	-	- z	-	<1	59	1	27	-	
Noruega	4	<1	- z	-	-	- z	-	1	27	2	12	-	
Nueva Zelanda	6	8	- z	-	-	- z	-	<1	40	2	10	-	
Omán	11	-	12	3	9	5	-	7	32	5	29	88	x
Países Bajos	6	5	2	<1 x	1 x	5	-	1	25	2	13	-	
Pakistán	- z	89	37	2	7	3	92 f	19	10	15	41	80	
Palau	- z	-	- z	-	-	- z	-	<1	64	1	29	-	
Panamá	10	9 x	15	<1	1	11	-	2	29	3	21	-	
Papua Nueva Guinea	- z	51	48	6 x	14 x	9	- f	1	32	3	34	60	x
Paraguay	8	2	5	<1	1	12	-	2	28	2	23	92	
Perú	9	3	11	<1	<1	8	-	1	27	2	21	91	
Polonia	6	5	2	<1 lx	1 x	7	-	2	26	3	- z	-	
Portugal	9	<1	3	<1 w	1 w	9	-	1	32	2	13	-	
Qatar	7	-	5 e	-	-	14 e	-	5	39	2	28	99	xy
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	7	2	- z	-	-	- z	-	1	31	2	11	-	
República Árabe Siria	- z	52 x	30	5 x	12 x	18	-	6	28	3	33	72	y
República Centroafricana	15	37	40	1	5	3	- f	8	11	12	47	76	
República de Corea	6	8	2	<1	<1	9	-	1	27 k	6	14	-	
República de Moldova	5	1 x	5	<1 x	2 x	4	-	3	18	3	26	58	x
República Democrática del Congo	11	27	41	2	6	4	56 f	9	10	13	42	85	

**TABLA 8. NUTRICIÓN: RECIÉN NACIDOS, NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR, MUJERES Y HOGARES**

Países y zonas	Peso al nacer		Malnutrición entre los niños en edad preescolar (0 a 4 años)				Suplemen- tos de vitamina A, cobertura completa (6 a 59 meses de edad) (%) 2021 <sup>m, &amp;</sup>	Malnutrición entre los niños en edad escolar (5 a 19 años) 2016		Malnutrición entre las mujeres		Porcentaje de hogares que consumen sal yodada 2015–2021 <sup>h</sup>						
	Bajo peso al nacer (%) 2015 <sup>m</sup>	Sin pesar al nacer (%) 2015–2021 <sup>m, h</sup>	Retraso del crecimiento (%) (2020)	Emaciación (%) (2015–2022) <sup>c, h</sup>		Sobrepeso (%) (2020)		Delgadez (%)	Sobrepeso (%)	Insuficiencia ponderal 18+ años (%) (2016)	Anemia 15 a 49 años (%) (2019)							
			Moderado y grave <sup>g, m</sup>	Grave	Moderado y grave <sup>^</sup>	Moderado y grave <sup>g, m</sup>							Delgado y gravemente delgado <sup>^</sup>	Sobrepeso y obesidad <sup>^</sup>	BMI <18.5 kg/m2	Leve, moderada y severa		
República Democrática Popular Lao	17	33	30	3	9	3	-	f	9	14	11	40	94					
República Dominicana	11	4	6	1	2	8	-		3	33	3	26	32	x				
República Popular Democrática de Corea	-	z	<1	18	1	3	2	<1	f	5	23	8	34	38				
República Unida de Tanzania	10	37	32	1	lw	2	w	5	96	f	7	12	10	39	76			
Rumania	8	-	10	1	x	3	x	7	-		3	25	2	23	-			
Rwanda	8	6	33	<1	1	5		5	-	f, aa	6	11	l	8	17	90		
Saint Kitts y Nevis	-	z	-	-	z	-	-	z	-		4	28	3	15	-			
Samoa	-	z	54	7	1	3	7	7	-		<1	53	1	27	96			
San Marino	3	-	-	z	-	-	-	z	-		-	-	-	13	-			
San Vicente y las Granadinas	-	z	-	-	z	-	-	z	-		3	29	4	17	-			
Santa Lucía	-	z	1	x	3	1	x	4	x	7	-	4	23	4	14	75	x	
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-			
Santo Tomé y Príncipe	7	3	12	1	4	k	4	4	-	f	5	13	8	44	89			
Senegal	18	36	17	1	8	k	2	2	57	f	9	10	11	53	65			
Serbia	5	<1	5	1	3	11	11	-	-		2	27	3	23	-			
Seychelles	12	-	7	1	x	4	x	10	-		6	23	5	25	-			
Sierra Leona	14	35	27	2	6	5	66	f	7	11	10	48	82					
Singapur	10	-	3	<1	x	4	x	5	-		2	22	8	13	-			
Somalia	-	z	92	27	4	x	14	x	3	-	f	7	13	9	43	7	x	
Sri Lanka	16	4	16	3	15	1	-	-	15	13	13	35	92					
Sudáfrica	14	12	23	2	w	3	w	13	42	f	5	25	3	31	91			
Sudán	-	z	90	34	4	x	16	x	3	<1	f	-	-	-	37	34	x	
Sudán del Sur	-	z	-	31	10	kx	23	kx	6	90	f	-	-	-	36	60	x	
Suecia	2	<1	-	z	-	-	-	z	-		1	24	2	14	-			
Suiza	6	1	-	z	-	-	-	z	-		<1	22	4	11	-			
Suriname	15	16	8	1	6	4	-	-	4	31	3	21	-					
Tailandia	11	2	12	3	8	9	-	-	8	22	8	24	84					
Tayikistán	6	9	15	2	6	3	95	f	4	15	5	35	91					
Timor-Leste	-	z	47	49	1	8	k	3	-	f	11	13	18	30	83			
Togo	16	30	24	1	6	2	96	f	6	10	9	46	81					
Tokelau	-	-	-	z	-	-	-	z	-		-	-	-	-				
Tonga	-	z	17	3	<1	k	1	13	-		<1	58	<1	29	53			
Trinidad y Tabago	12	10	x	9	2	x	6	x	11	-	6	25	4	18	63	x		
Túnez	7	2	9	1	2	17	-	-	7	25	3	32	-					
Türkiye	11	4	-	z	1	2	-	z	-		5	29	2	-	z	85	x	
Turkmenistán	5	1	8	1	4	4	<1	f	3	18	4	27	>99					
Tuvalu	-	z	1	10	1	3	6	-	<1	58	1	28	85					
Ucrania	6	3	x	16	4	x	8	x	17	-	2	18	36	x				
Uganda	-	z	34	28	1	4	4	38	f	6	10	l	10	33	91			
Uruguay	8	<1	6	<1	1	10	-	-	2	33	1	15	-					
Uzbekistán	5	4	10	<1	2	5	-	-	3	17	4	25	82	x				
Vanuatu	11	10	x	29	1	x	5	x	5	-	2	29	63	x				
Venezuela (República Bolivariana de)	9	-	11	-	4	mx	7	-	2	34	2	24	-					
Viet Nam	8	3	22	1	m	5	m	6	-		14	10	18	21	61	x		
Yemen	-	z	92	x	37	5	x	16	kx	3	6	f	14	20	8	62	49	x
Zambia	12	20	32	2	4	6	95	f	6	13	9	32	88	x				
Zimbabue	13	12	23	<1	3	4	16	f	6	15	l	5	29	84				

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	14	52	32	1	6	4	61	7	10	10	41	84
África Occidental y Central	14	54	32	2	7	3	63	9	10	10	49	84

**TABLA 8. NUTRICIÓN: RECIÉN NACIDOS, NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR, MUJERES Y HOGARES**

Países y zonas	Peso al nacer		Malnutrición entre los niños en edad preescolar (0 a 4 años)				Suplementos de vitamina A, cobertura completa (6 a 59 meses de edad) (%) 2021 <sup>m, s</sup>	Malnutrición entre los niños en edad escolar (5 a 19 años) 2016		Malnutrición entre las mujeres		Porcentaje de hogares que consumen sal yodada 2015–2021 <sup>a</sup>
	Bajo peso al nacer (%) 2015 <sup>m</sup>	Sin pesar al nacer (%) 2015–2021 <sup>m, R</sup>	Retraso del crecimiento (%) (2020)	Emaciación (%) (2015–2022) <sup>c, R</sup>		Sobrepeso (%) (2020)		Delgadez (%)	Sobrepeso (%)	Insuficiencia ponderal 18+ años (%) (2016)	Anemia 15 a 49 años (%) (2019)	
			Moderado y grave <sup>s, m</sup>	Grave	Moderado y grave <sup>a</sup>							
África Oriental y Meridional	14	51	32	1	5	5	59	7	11	9	33	85
América del Norte	8	2	3	<1 d	<1 d	9	-	1	41	2	12	-
América Latina y Caribe	9	7	11	<1	1	7	-	2	30	3	17	-
Asia Meridional	27	31	32	5	15	2	71	25	8	23	49	90
Asia Oriental y Pacífico	8	7 v	14	1	4	8	-	6	23	8	19	92
Europa del Este y Asia Central	7	3	8	1 q	2 q	9	-	3	23	2	25	-
Europa Occidental	7	1	3	-	-	7	-	1	30	2	13	-
Europa y Asia Central	7	2	6	-	-	8	-	2	26	2	19	-
Oriente Medio y Norte de África	11	35	16	3	6	12	-	6	31	3	30	-
Países menos desarrollados	16	53	34	2	7	3	62	10	10	14	39	84
<b>Mundo</b>	<b>15</b>	<b>29 v</b>	<b>22</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>64</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>9</b>	<b>30</b>	<b>89</b>

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 182 o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

– Datos no disponibles.

<sup>a</sup> La cobertura total con suplementos de vitamina A se registra como el porcentaje inferior de 2 puntos de cobertura anual (es decir, el punto más bajo entre el semestre 1 (enero-junio) y el semestre 2 (julio-diciembre) de 2021. Los datos solo se presentan para los países prioritarios en la administración de suplementos de vitamina A; por lo tanto, los agregados solo se basan en estos países prioritarios y son representativos de estos países.

<sup>aa</sup> Los resultados de los países que no han dado permiso para compartir externamente sus estimaciones no se presentan en las líneas de cada país de esta tabla, pero se incluyen en las estimaciones mundiales y regionales.

<sup>b</sup> No se puede confirmar si el valor notificado incluye los hogares sin sal o no.

<sup>c</sup> Los promedios mundiales y regionales de la emaciación (moderada y grave) y la emaciación (grave) se calculan utilizando datos de modelos estadísticos de las Estimaciones conjuntas de la malnutrición infantil de UNICEF, la OMS y el Grupo del Banco Mundial, edición de mayo de 2021. Para más información, véase <data.unicef.org/malnutrition>.

<sup>d</sup> Para las estimaciones de emaciación y emaciación grave, la media regional de América del Norte se basa únicamente en los datos de los Estados Unidos.

<sup>e</sup> El punto de datos más reciente del país (por ejemplo, de las encuestas de hogares) utilizado para generar las estimaciones de retraso del crecimiento y sobrepeso modeladas es anterior al año 2000; es necesario interpretarlo con precaución.

<sup>f</sup> Identifica los países designados como "prioritarios". Los países prioritarios para los programas nacionales de administración de vitamina A son los que tienen altas tasas de mortalidad de menores de cinco años (más de 40 por cada 1.000 nacidos vivos), y/o pruebas de carencia de vitamina A entre este grupo de edad, y/o un historial de programas de suplementos de vitamina A.

<sup>g</sup> La recopilación de datos de encuestas de hogares sobre la altura y el peso de los niños fue limitada en 2020 debido a las medidas de distanciamiento físico necesarias para evitar la propagación de la COVID-19. En 2020 solo se llevaron a cabo cuatro encuestas nacionales incluidas en la base de datos (al menos parcialmente). Por lo tanto, las estimaciones de la EMC se basan casi por completo en los datos recopilados antes de 2020 y no tienen en cuenta el impacto de la pandemia de COVID-19.

<sup>h</sup> Se han observado diferencias de género estadísticamente significativas que perjudican a los niños varones.

<sup>i</sup> Se han observado diferencias de género estadísticamente significativas que perjudican a las niñas.

<sup>m</sup> No es posible realizar una evaluación de género.

<sup>n</sup> Basado en denominadores pequeños (normalmente 25-49 casos no ponderados). No se muestran datos basados en menos de 25 casos no ponderados.

<sup>o</sup> Las estimaciones regionales para Europa Oriental y Asia Central excluyen a la Federación de Rusia.

<sup>p</sup> Datos referidos al año más reciente disponible durante el período especificado en el titular de la columna

<sup>v</sup> Las estimaciones agregadas para Asia Oriental y el Pacífico y el Mundo incluyen estimaciones para China del año 2013, que está fuera del coeficiente de años 2015-2021.

<sup>w</sup> Reducción del rango de edad.

<sup>x</sup> Datos referidos a años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se presentan estimaciones de los años anteriores a 2000.

<sup>y</sup> Los datos difieren de la definición estándar; si están dentro del período de referencia señalado, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

<sup>z</sup> No se presentan estimaciones modeladas por países, pero se han utilizado para los agregados regionales y mundiales. Para más detalles, consulte las bases de datos en <https://data.unicef.org/topic/nutrition/child-nutrition/>

<sup>aa</sup> En la mayoría de los países no se observan diferencias de género estadísticamente significativas, por lo que no se presentan datos desglosados por sexo.

<sup>ab</sup> Las estimaciones de la cobertura de suplementos de vitamina A para 2020 no estaban finalizadas en el momento de la publicación para algunos países prioritarios y podrían estar disponibles en los próximos meses. Para obtener los datos más recientes, visite <data.unicef.org/topic/nutrition/vitamin-a-deficiency/>.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Bajo peso al nacer** – Estimaciones modeladas de UNICEF y la OMS. Última actualización: mayo de 2019.

**Sin pesar al nacer** – Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), otras encuestas nacionales en hogares, datos de sistemas de notificación rutinarios. Última actualización: diciembre de 2022.

**Retraso del crecimiento, sobrepeso (niños en edad preescolar)** – Estimaciones modeladas de UNICEF y la OMS. Última actualización: mayo de 2021.

**Emaciación y emaciación grave (niños en edad preescolar)** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: noviembre de 2022 para los datos nacionales y mayo de 2021 para los agregados regionales y mundiales.

**Suplementos de vitamina A** – UNICEF. Última actualización: enero de 2023.

**Delgadez y sobrepeso (niños en edad escolar), e insuficiencia ponderal (mujeres mayores de 18 años)** – NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), basado en Tendencias mundiales del índice de masa corporal, insuficiencia ponderal, sobrepeso y obesidad de 1975 a 2016; un análisis conjunto de 2.416 estudios de edición basados en la población en 128,9 millones de niños, adolescentes y adultos. The Lancet 2017, 390 (10113): 2627–2642. Última actualización: agosto de 2019.

**Anemia (mujeres de 15 a 49 años)** – Observatorio Mundial de la Salud, OMS. Última actualización: abril de 2021.

**Consumo de sal yodada** – EDS, MICS, otras encuestas nacionales en hogares y encuestas escolares. Última actualización: diciembre de 2022.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Bajo peso al nacer** – Porcentaje de recién nacidos que pesan menos de 2.500 gramos al nacer.

**Sin peso al nacer** – Porcentaje de nacimientos sin peso al nacer en la fuente de datos; obsérvese que (i) las estimaciones de las encuestas de hogares incluyen los nacidos vivos entre mujeres de 15 a 49 años en el período de referencia de la encuesta (por ejemplo, los últimos 2 años) para los que no se disponía de peso al nacer en un documento oficial (por ejemplo, la tarjeta sanitaria) o que el encuestado no podía recordar en el momento de la entrevista, y pueden haber sido recalculados para contar los pesos al nacer <250g y >5500g como ausentes y que (ii) las estimaciones de fuentes administrativas (por ejemplo, registros médicos de nacimientos) se calcularon utilizando los datos del numerador de la fuente administrativa del país y los datos del denominador fueron el número de nacimientos anuales según las Perspectivas de la población mundial de la División de Población de las Naciones Unidas, edición de 2022. Estas estimaciones incluyen los nacimientos sin peso y con peso no registrados en el sistema.

**Retraso del crecimiento (preescolares)** – Moderado y grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están –2 desviaciones estándar por debajo de la media de la altura por edad del Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS.

**Emaciación (preescolares)** – Moderada y grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están –2 desviaciones estándar por debajo de la media del peso por altura del Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS.

**Emaciación (preescolares)** – Grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están –3 desviaciones estándar por debajo de la media del peso para la altura del Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS.

**Sobrepeso (preescolares)** – Moderado y grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están dos desviaciones típicas por encima de la mediana del peso por altura del Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS (incluye el sobrepeso grave).

**Suplementos de vitamina A, cobertura completa** – Porcentaje estimado de niños de 6 a 59 meses que recibieron dos dosis de suplementos de vitamina A con un intervalo aproximado de 4 a 6 meses en un año civil determinado.

**Delgadez (niños en edad escolar)** – Porcentaje de niños de 5 a 19 años con un índice de masa corporal (IMC) < –2 DS de la mediana según la referencia de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar.

**Sobrepeso (niños en edad escolar)** – Porcentaje de niños de 5 a 19 años con un IMC > 1 DS de la mediana según la referencia de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar.

**Insuficiencia ponderal (mujeres mayores de 18 años)** – Porcentaje de mujeres mayores de 18 años con un IMC inferior a 18,5 kg/m2.

**Anemia (mujeres de 15 a 49 años)** – Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con una concentración de hemoglobina inferior a 120 g/L en el caso de las mujeres no embarazadas y las mujeres lactantes, e inferior a 110 g/L en el caso de mujeres embarazadas, ajustado en función de la altitud y el tabaquismo.

**Hogares que consumen sal yodada** – Porcentaje de hogares que consumen sal con algo de yodo (>0 ppm).

**TABLA 9. NUTRICIÓN: LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN**

Países y zonas	Alimentación de lactantes y niños pequeños (0 a 23 meses) 2015-2021 <sup>R, A</sup>											
	Inicio temprano de la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) (%)	Introducción a los alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6 a 8 meses)	Continuación de la lactancia materna (12 a 23 meses) (%)			Porcentaje de niños que consumen (6 a 23 meses) (%)			Frecuencia mínima de las comidas (6 a 23 meses) (%)	Alimentación mínima aceptable (6-23 meses) (%)	Cero consumo de verduras o frutas (6 a 23 meses) (%)
				Todos los niños	El 20% más pobre	El 20% más rico	<=2 grupos de alimentos (pobreza alimentaria extrema)	3 a 4 grupos de alimentos (pobreza alimentaria moderada)	por lo menos 5 grupos de alimentos (diversificación mínima de la alimentación)			
Afganistán	63 m	58 m	61							49	15	59
Albania	57	37	89	43	38	37	18	29	52	45	27	26
Alemania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	48	37	79 k	67	74	53	30	41	29	31	12	36
Anguila	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	33	29	88	37	36	43	17	44	39	46	19	26
Argentina	57 m	32 x	97 x	39 x	49 x	33 x	–	–	–	64 x	–	–
Armenia	41	44	90	29	32	24	14	49	36	62	22	22
Australia	–	–	–	20 m	–	–	–	–	–	–	–	–
Austria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaiyán	20 mx	12 mx	77 x	26 x	24 x	15 x	24 x	41 x	35 x	–	–	38 x
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	47	63	75	90	91	86	20	46	34	65	27	45
Barbados	40 mx	20 mx	90 mx	41 x	– px	– px	–	–	–	58 x	–	–
Belarús	24	22	96	17	10	20	1	29	70	93	57	3
Bélgica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belice	68 m	33	79	47	59	37	10	32	58	64 x	–	30
Benin	54	41	56	69	77	52	44	30	26	44	15	54
Bhután	77	53	93	77	91	– p	47	37	16	63 x	–	61
Bolivia (Estado Plurinacional de)	63	56	83	61	74 rx	53 rx	7	23	70	–	–	16
Bosnia y Herzegovina	42 mx	18 x	76 mx	12 x	16 x	10 x	–	–	–	71 x	–	–
Botswana	53	30	73	15	–	–	–	–	–	–	–	–
Brasil	62	46	86	44	50	32	–	–	57	–	–	21
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	59	58	61	92	93 rx	77 rx	23	42	36	65	27	26
Burundi	87 m	72 m	83 m	87	92 r	84 r	18	64	18	39	10	9
Cabo Verde	71 m	42 m	98 m	42 m	–	–	–	–	–	–	–	–
Camboya	54 m	51 m	82 x	58 x	65 x	39 x	16 x	44 x	51 m	72 x	30 x	35 x
Camerún	48	39	76	43	65	12	28	53	20	44	10	32
Canadá	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chad	16	16	71	73	73	64	40	36	23	34	11	48
Chequia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chile	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
China	29 mx	34 m	83 mx	–	–	–	–	–	37 x	63 x	25 x	29 x
Chipre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	69	37	90 l	42	49	36	7	24	69	60	42	15
Comoras	34 x	11 x	80 x	65 x	68 x	69 x	31 kx	47 x	22 x	28 x	5 x	52 kx
Congo	25 mx	33 x	84 x	32 x	54 x	20 x	35 lx	52 kx	14 x	29 x	4 x	51 x
Costa Rica	53 m	25	99	46	47	40	3	21	76	76 x	–	10
Côte d'Ivoire	43 m	34 m	65	63	76	36	29	48	28 m	48	14	44
Croacia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	64 m	41	94	25	35	23	9	33	58	76 x	54 x	22
Dinamarca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	52 mx	12 mx	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	72	40 mx	63	53	–	–	23	24	53	48	29	27
Egipto	27 x	40 x	75 x	50 x	58 x	43 x	26 x	39 x	35 x	56 x	23 x	45 x
El Salvador	42 mx	47 x	90 x	67 x	71 x	57 x	5 x	22 x	73 x	87 x	64 x	16 x
Emiratos Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	93 mxy	69 mx	44 mx	86 mx	–	–	–	–	–	–	–	–
Eslovaquia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eslovenia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
España	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estado de Palestina	41	39	90	29	29	28	13	42	45	71	31	28
Estados Unidos de América	–	26 m	–	12 m	–	–	–	–	–	–	–	–
Estonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eswatini	48 mx	64 x	90 x	28 x	29 x	19 x	11 x	41 x	48 x	81 x	37 x	21 x



**TABLA 9. NUTRICIÓN: LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN**

Países y zonas	Alimentación de lactantes y niños pequeños (0 a 23 meses) 2015-2021 <sup>R, A</sup>											
	Inicio temprano de la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) (%)	Introducción a los alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6 a 8 meses)	Continuación de la lactancia materna (12 a 23 meses) (%)			Porcentaje de niños que consumen (6 a 23 meses) (%)			Frecuencia mínima de las comidas (6 a 23 meses) (%)	Alimentación mínima aceptable (6-23 meses) (%)	Cero consumo de verduras o frutas (6 a 23 meses) (%)
				Todos los niños	El 20% más pobre	El 20% más rico	<=2 grupos de alimentos (pobreza alimentaria extrema)	3 a 4 grupos de alimentos (pobreza alimentaria moderada)	por lo menos 5 grupos de alimentos (diversificación mínima de la alimentación)			
Etiopía	72	59	69	81	69	77	46	40	13	55	11	69
Federación de Rusia	25 mx	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fiji	63	43	95	46	52	32	8	33	59	69	41	12
Filipinas	57	55 m	89 x	60	68	49	12 x	34 x	54 x	—	—	22 x
Finlandia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Francia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gabón	32 x	5 x	82 x	23 x	34 x	19 x	35 x	47 x	18 x	—	—	52 x
Gambia	35	54	76	74	76	68	33	44	23	51	15	57
Georgia	33 m	20	90	25	29	20	8	40	53	65	28	9
Ghana	52	43	79	66	79	58	31	43	26	41	13	43
Granada	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Grecia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	63	53	80	72	85	48	9	31	59	82	52	27
Guinea	43	33	52	78	84	57	54	32	14	22	4	63
Guinea-Bissau	46 m	59	64	75	80	55	53 k	39 l	8	35	3	69
Guinea Ecuatorial	—	7 mx	—	31 mx	47 rx	34 rx	—	—	—	—	—	—
Guyana	49 mx	21 x	81 x	46 x	64 x	25 x	11 x	36 x	52 x	61 x	36 x	17 x
Haití	47	40	91	52	59	43	32 k	49	19	39	11	55
Honduras	51	30	92	51	63	37	10	33	57	85 x	55 x	37
Hungría	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
India	41	64	49	80 l	87	71	40	36	24	35	11	52
Indonesia	58 m	51	86	67	74	56	12	34	54	71	40	18
Irán (República Islámica del)	81 m	47 m	76 mx	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Iraq	32	26	85	35	47	32	14	41	45	74	34	25
Irlanda	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islandia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islas Cook	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islas Marshall	61	43	64 m	36	25	— p	29	36	34	50	15	46
Islas Salomón	79 m	76 m	—	71 m	—	—	—	—	—	—	—	—
Islas Turcas y Caicos	49	— mp	— mp	16 m	—	—	21	22	56	68	29	35
Islas Vírgenes Británicas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Israel	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Italia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica	65 mx	24 x	64 x	38 x	39 x	29 x	—	—	—	37 x	—	—
Japón	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jordania	47	18	83 m	34	50	—	19	42	38	58	25	44
Kazajstán	83 m	38	66 l	41	40	45	11	40	49	73	37	21
Kenya	62 x	61 x	80 x	75 x	79 x	69 x	19 x	45 x	36 x	50 x	22 x	29 x
Kirguistán	81	46	91	47	53	36	9	31	60	75	43	14
Kiribati	46	64	90	61	70	53	34	56	9	74	8	51
Kuwait	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lesotho	56	59	91	34	55	14	28	55	17	68	10	35
Letonia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Líbano	41 mxy	—	—	14 mx	—	—	—	—	—	—	—	—
Liberia	66	55	45	68	73	52	43	49	9	22	3	56
Libia	29 mx	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituania	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Macedonia del Norte	10	28	96 k	30	37	33	11	35	54	80	43	13
Madagascar	60	54	90	79	79	81	24	50	26	65	20	29
Malasia	—	40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Malawi	60	64	88	83	88	67	26	57	17	37	9	26
Maldivas	66	63	97	73	79	— p	6	23	71	68	50	15
Malí	60	48	61	73	82 r	73 r	30	44	26	29	8	44
Malta	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Marruecos	43 m	35 m	84 x	35 x	45 x	19 x	—	—	—	—	—	—
Mauricio	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mauritania	56	41	55	67	74	64	38	42	20	23	8	55
México	39 m	36 m	93 m	48 m	52 r	16 r	9	32	59	57 m	48	18
Micronesia (Estados Federados de)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mónaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolia	70	58 m	88	64 k	65	51	10	51	45 m	66	28	45

**TABLA 9. NUTRICIÓN: LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN**

Países y zonas	Alimentación de lactantes y niños pequeños (0 a 23 meses) 2015-2021 <sup>R, A</sup>																							
	Inicio temprano de la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) (%)	Introducción a los alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6 a 8 meses)	Continuación de la lactancia materna (12 a 23 meses) (%)			Porcentaje de niños que consumen (6 a 23 meses) (%)			Frecuencia mínima de las comidas (6 a 23 meses) (%)	Alimentación mínima aceptable (6-23 meses) (%)	Cero consumo de verduras o frutas (6 a 23 meses) (%)												
				Todos los niños	El 20% más pobre	El 20% más rico	<=2 grupos de alimentos (pobreza alimentaria extrema)	3 a 4 grupos de alimentos (pobreza alimentaria moderada)	por lo menos 5 grupos de alimentos (diversificación mínima de la alimentación)															
Montenegro	24	m	20	87	25	55	20	8	26	66	76	48	11											
Montserrat	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—											
Mozambique	69	mx	41	mx	95	mx	75	x	80	x	53	x	29	x	43	x	28	x	41	x	13	x	36	x
Myanmar	67		51	k	75		78		84		66		35		44		21		57		16		56	
Namibia	71	x	48	x	80	x	47	x	55	x	27	x	40	x	35	x	25	x	38	x	12	x	52	x
Nauru	76	mxy	67	mx	—	—	67	mx	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Nepal	42		62		86		91		94		84		17		43		40		69		30		38	
Nicaragua	54	mxy	32	mx	89	x	52	x	64	x	28	x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Níger	57		26		88		72		85	rx	71	rx	26		57		17		71		15		43	
Nigeria	42		29		74		61		82		32		33		44		23		41		10		53	
Niue	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Noruega	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nueva Zelandia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Omán	82	m	23	m	95	m	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Países Bajos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pakistán	20		48		65		63		75		52		38		47		15		61		13		61	
Palau	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	55	y	21	x	83		41	x	57	x	18	x	—	—	—	—	—	60	x	—	—	—	—	—
Papua Nueva Guinea	55		60		79		79		79		64		26		42		32		44		18		13	
Paraguay	50	m	30		87		33		41		43		6		42		52		71		38		16	
Perú	49		64		94		72		75		67		3		13		84		—		—		6	
Polonia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Portugal	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Qatar	34	mx	29	x	74	x	47	x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	40	x	—	—	—	—	—
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
República Árabe Siria	36	m	29	m	75	m	45	x	57	x	42	x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
República Centroafricana	49		36		77		73		74	r	52	r	19	x	54	x	27	x	26		9	x	22	x
República de Corea	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
República de Moldova	61	mx	36	x	75	x	27	x	44	x	22	x	6	x	24	x	70	x	46	x	—	—	10	x
República Democrática del Congo	47		54		82		70		79		50		33		52		15		34		8		28	
República Democrática Popular Lao	50		44		87	l	43		66		19		21		43		36		69		26		36	
República Dominicana	42		16		90		22		30		14		8		26		66		77	x	42	x	19	
República Popular Democrática de Corea	43	m	71	m	78	m	—	—	—	—	—	—	—	—	—	47	m	—	—	—	—	—	—	—
República Unida de Tanzania	54	m	58	m	87	m	72		75		70		19		59		21		39		9		29	
Rumania	58	mx	16	mx	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Rwanda	85		81		81		90		95		81		12		53		34		45		21		16	
Saint Kitts y Nevis	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Samoa	53		52		83		50		58		36		23		57		20		46		12		25	
San Marino	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Vicente y las Granadinas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Lucía	50	mx	3	mx	—	mpx	29	mx	—	—	px	—	—	—	—	—	—	43	x	—	—	—	—	—
Santa Sede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santo Tomé y Príncipe	36		63		80		46		51		39		22		45		32		58	x	22	x	32	
Senegal	32		41		64		72		78		57		37		43		19		37		9		52	
Serbia	8		24		96		16		28		18		2		13		86		95		74		2	
Seychelles	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sierra Leona	88		51		99		54	k	67	r	51	r	46		29		24		32		9		54	
Singapur	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Somalia	60	m	34	m	41	m	45	m	61	rx	23	rx	63		24		13		—		—		65	
Sri Lanka	90		81		94		90	l	90		81		5		17		78		—		—		11	
Sudáfrica	67		32		83		34		47		25		23		37		40		43		19		37	
Sudán	69	mx	55	x	61	x	73	x	72	x	74	x	34	x	42	x	24	x	41	x	14	x	67	x
Sudán del Sur	50	x	45	x	42	x	62	x	67	x	58	x	—	—	—	—	—	10	x	—	—	—	—	—
Suecia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suiza	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suriname	52		9		81		23		27		21		23		48		28		52		16		29	
Tailandia	34	m	14		92		19		27		16		6		24		69		86		61		14	
Tayikistán	62		36		63		57		63		53		34		44		23		36		8		58	
Timor-Leste	47		65		73		49		61	r	44	r	30		30		40		56		25		34	
Togo	48		64		76		80		90		72		30		51		19		61		13		48	
Tokelau	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tonga	38		40		91		35		47		16		13		34		53		49		27		10	

**TABLA 9. NUTRICIÓN: LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN**

Países y zonas	Alimentación de lactantes y niños pequeños (0 a 23 meses) 2015-2021 <sup>R, A</sup>											
	Inicio temprano de la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) (%)	Introducción a los alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6 a 8 meses)	Continuación de la lactancia materna (12 a 23 meses) (%)			Porcentaje de niños que consumen (6 a 23 meses) (%)			Frecuencia mínima de las comidas (6 a 23 meses) (%)	Alimentación mínima aceptable (6-23 meses) (%)	Cero consumo de verduras o frutas (6 a 23 meses) (%)
				Todos los niños	El 20% más pobre	El 20% más rico	<=2 grupos de alimentos (pobreza alimentaria extrema)	3 a 4 grupos de alimentos (pobreza alimentaria moderada)	por lo menos 5 grupos de alimentos (diversificación mínima de la alimentación)			
Trinidad y Tabago	46 mx	21 x	56 x	34 x	45 x	— px	—	—	—	61 x	—	—
Túnez	32	14	97	30	39	28	8	28	63	85	54	20
Türkiye	71 m	41 m	85 m	53 m	—	—	—	—	—	—	—	—
Turkmenistán	68	56	91	45	49	38	4	27	69	97	64	12
Tuvalu	39	44	97 m	29	—	—	14	57	29	—	18	44
Ucrania	66 mx	20 x	75 x	31 x	31 x	30 x	—	—	—	55 x	—	—
Uganda	72 m	65	89 m	60 m	77 r	53 r	24 m	62 m	14 m	51 m	10 m	54 m
Uruguay	61	58	92	45	—	—	6	24	70	—	—	6
Uzbekistán	86	49	57	63	63	56	35	42	23	24	6	42
Vanuatu	85 mxy	73 mx	72 mx	58 mx	69 rx	40 rx	—	—	—	—	—	—
Venezuela (República Bolivariana de)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Viet Nam	23	45	86	44	44	43	9	36	56	77	46	17
Yemen	53 x	10 x	69 x	63 x	73 x	56 x	30 x	49 x	21 x	57 x	15 x	66 x
Zambia	75	70	94	63	74	51	24	53	23	41	12	29
Zimbabwe	59	42	90	50	61	33	25	58	17	68	11	28

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	54	45	76	67	76	52	32	47	21	44	11	44
África Occidental y Central	46	38	74	66	79	43	33	46	21	41	11	44
África Oriental y Meridional	65	55	79	68	72	63	31	48	21	47	12	45
América del Norte	—	26	—	12	—	—	—	—	—	—	—	—
América Latina y Caribe	55	43	88	48	54	32	10	29	60	59 q	43 q	20
Asia Meridional	39	61	56	78	85	69	37	39	24	43	13	53
Asia Oriental y Pacífico	41 v	42	84 v	59 q	66 q	50 q	14 q	35 q	42 v	66 v	30 v	27 v
Europa del Este y Asia Central	72	42	75	51	51	46	—	—	—	—	—	—
Europa Occidental	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Europa y Asia Central	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oriente Medio y Norte de África	47	32	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Países menos desarrollados	57	54	76	75	79	66	32	47	22	48	14	44
<b>Mundo</b>	<b>47 v</b>	<b>48</b>	<b>72 v</b>	<b>65</b>	<b>75</b>	<b>56</b>	<b>30</b>	<b>41</b>	<b>31 v</b>	<b>50 v</b>	<b>18 v</b>	<b>41 v</b>

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 182 o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

— Datos no disponibles.

<sup>k</sup> Se han observado diferencias de género estadísticamente significativas que perjudican a los niños varones.

<sup>l</sup> Se han observado diferencias de género estadísticamente significativas que perjudican a las niñas.

<sup>m</sup> No es posible realizar una evaluación de género.

<sup>n</sup> Basado en denominadores pequeños (normalmente 25-49 casos no ponderados). No se muestran datos basados en menos de 25 casos no ponderados.

<sup>o</sup> Las estimaciones regionales para Asia Oriental y el Pacífico excluyen a China; América Latina y el Caribe excluyen a Brasil; Europa Oriental y Asia Central excluyen a la Federación de Rusia.

<sup>p</sup> Los datos desglosados proceden de fuentes diferentes a los datos presentados para todos los niños para el mismo indicador.

<sup>q</sup> Datos referidos al año más reciente disponible durante el periodo especificado en el titular de la columna.

<sup>r</sup> Las estimaciones agregadas para Asia Oriental y el Pacífico y el Mundo incluyen estimaciones para China del año 2013, que está fuera del coeficiente de años 2015-2021.

<sup>s</sup> Datos referidos a años o periodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años anteriores a 2000.

<sup>v</sup> Los datos difieren de la definición estándar o se refieren solo a una parte de un país. Si se encuentran dentro del periodo de referencia señalado, dichos datos se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales.

<sup>A</sup> En la mayoría de los países no se observan diferencias de género estadísticamente significativas, por lo que no se presentan datos desglosados por sexo.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Iniciación temprana de la lactancia materna** – Porcentaje de niños nacidos en los últimos 24 meses que fueron amamantados en la primera hora de vida.

**Lactancia materna exclusiva (<6 meses)** – Porcentaje de lactantes de 0 a 5 meses de edad que recibieron exclusivamente leche materna durante el día anterior.

**Continuación de la lactancia materna (12 a 23 meses)** – Porcentaje de niños de 12 a 23 meses de edad que recibieron leche materna durante el día anterior.

**Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses)** – Porcentaje de lactantes de 6 a 8 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos durante el día anterior.

**Pobreza alimentaria extrema (6 a 23 meses)** – Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos de cero, uno o dos de los 8 grupos de alimentos definidos durante el día anterior.

**Pobreza alimentaria moderada (6 a 23 meses)** – Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos de tres o cuatro de los 8 grupos de alimentos definidos durante el día anterior.

**Diversificación mínima de la alimentación (6 a 23 meses)** – Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos de al menos 5 de los 8 grupos de alimentos definidos durante el día anterior.

**Frecuencia mínima de las comidas (6 a 23 meses)** – Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos (incluida la alimentación con leche para los niños no amamantados) el número mínimo de veces o más durante el día anterior.

**Alimentación mínima aceptable (6 a 23 meses)** – Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron una alimentación mínima aceptable durante el día anterior.

**Consumo cero de verduras o frutas (6 a 23 meses)** – Porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que no consumieron ninguna verdura o fruta durante el día anterior.

**TABLA 10. DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA**

Países y zonas	Asistencia a la educación en la primera infancia (%) 2013–2021 <sup>a</sup>					Estimulación temprana y atención receptiva por parte de los adultos (%) <sup>b</sup> 2013–2021 <sup>a</sup>					Materiales de aprendizaje en el hogar (%) 2013–2021 <sup>a</sup>		Niños que reciben una supervisión inadecuada (%) 2013–2021 <sup>a</sup>					Niños con un desarrollo adecuado (%) 2013–2021 <sup>a</sup>				
	Total	Hom-bre	Mu-jer	20% más pobres	20% más ricos	Total	Hom-bre	Mujer	20% más pobres	20% más ricos	Libros infantiles	Juque-tes <sup>c</sup>	Total	Hom-bre	Mujer	20% más pobres	20% más ricos	Total	Hom-bre	Mujer	20% más pobres	20% más ricos
											Total	Total										
Afganistán	1 x	1 x	1 x	0 x	4 x	73 x,y	74 x,y	73 x,y	72 x,y	80 x,y	2 x	53 x	40 x	42 x	39 x	43 x	27 x	-	-	-	-	-
Albania	73	73	73	62	88	78 y	75 y	80 y	57 y	88 y	32 x	53 x	7	7	6	9	3	-	-	-	-	-
Alemania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	11 y	10 y	11 y	7 y	20 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	14	14	15	6	26	61	60	62	48	77	8	49	13	13	12	13	13	77	74	79	70	85
Argentina	64 y	63 y	66 y	59 y	84 y	85 y	83 y	88 y	77 y	94 y	48 y	88 y	6 y	6 y	6 y	7 y	3 y	86 y	85 y	87 y	83 y	88 y
Armenia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Australia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	11 x	12 x	11 x	5 x	20 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	19	19	19	15	26	63	63	63	47	79	6	67	11	11	11	17	6	75	71	78	68	84
Barbados	90 x	88 x	91 x	90 x,p	97 x,p	97 x,y	97 x,y	97 x,y	100 x,p,y	100 x,p,y	85 x	76 x	1 x	2 x	1 x	0 x	3 x	97 x	95 x	99 x	100 x,p	100 x,p
Belarús	91	91	91	80	95	97	96	98	92	99	91	81	2	2	2	3	3	87	84	89	82	87
Bélgica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice	55	52	58	29	72	88 y	89 y	86 y	80 y	94 y	44	68	13	15	11	15	11	83	80	85	76	91
Benin	19 y	18 y	20 y	5 y	49 y	39 y	39 y	39 y	32 y	56 y	2 y	55 y	29 y	28 y	30 y	36 y	22 y	54 y	52 y	56 y	45 y	65 y
Bhután	10 x	10 x	10 x	3 x	27 x	54 x,y	52 x,y	57 x,y	40 x,y	73 x,y	6 x	52 x	14 x	13 x	15 x	17 x	7 x	72 x	68 x	75 x	67 x	80 x
Bolivia (Estado Plurinacional de)	21	19	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bosnia y Herzegovina	13 x	12 x	14 x	2 x	31 x	95 x,y	95 x,y	96 x,y	87 x,y	100 x,y	56 x	56 x	2 x	2 x	2 x	3 x	1 x	96 x	95 x	98 x	95 x	94 x
Botswana	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	93 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	3 y	3 y	3 y	-	-	14 x,y	14 x,y	14 x,y	12 x,y	26 x,y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burundi	7 y	7 y	7 y	1 y	31 y	58 y	58 y	59 y	56 y	67 y	0 y	35 y	42 y	42 y	42 y	43 y	30 y	40 y	34 y	46 y	33 y	54 y
Cabo Verde	88 y	87 y	88 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Camboya	15 y	12 y	17 y	7 y	38 y	45 y	42 y	48 y	33 y	60 y	4 y	34 y	10 y	10 y	16 y	4 y	73 y	74 y	73 y	67 y	82 y	
Camerún	28	27	29	2	66	44 y	45 y	44 y	50 y	52 y	4	53	34	34	35	52	23	61	59	63	56	73
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chad	1	1	1	0	4	55	54	55	53	56	1	58	64	64	64	63	63	45	43	47	42	48
Chequia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	-	-	-	-	-	93 y	93 y	94 y	91 y	96 y	-	98 y	1	1	1	1	0	-	-	-	-	-
China	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	36 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comoras	14 x	13 x	15 x	10 x	28 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	36	36	37	7	77	59 y	59 y	58 y	47 y	77 y	3	51	42	42	41	54	30	61	57	65	46	72
Costa Rica	44	41	47	41	52	76	75	77	66	87	39	82	7	7	7	6	86	82	90	79	94	
Côte d'Ivoire	14	14	15	2	51	29 y	29 y	29 y	18 y	61 y	1	45	20	20	19	20	18	63	61	65	63	72
Croacia	82 y	81 y	82 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	50	47	53	-	-	90	89	91	-	-	42	86	2	2	2	-	-	95	94	95	-	-
Dinamarca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	14 x	12 x	16 x	-	-	37 x,y	38 x,y	35 x,y	-	-	15 x	24 x	8 x	8 x	8 x	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	-	-	-	-	-	78 y	76 y	81 y	-	-	28 y	48 y	5 y	5 y	5 y	-	-	-	-	-	-	-
Egipto	47 y	48 y	47 y	34 y	50 y	-	-	-	-	-	-	-	4	4	4	7	2	-	-	-	-	-
El Salvador	25	24	26	19	44	59 y	57 y	62 y	45 y	78 y	18	62	4	4	3	4	4	81	79	83	79	86
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovaquia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado de Palestina	34	36	33	26	45	76	75	77	66	87	12	73	14	14	14	17	12	84	82	86	81	90
Estados Unidos de América	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-



**TABLA 10. DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA**

Países y zonas	Asistencia a la educación en la primera infancia (%) 2013–2021 <sup>R</sup>					Estimulación temprana y atención receptiva por parte de los adultos (%) <sup>H</sup> 2013–2021 <sup>R</sup>					Materiales de aprendizaje en el hogar (%) 2013–2021 <sup>R</sup>		Niños que reciben una supervisión inadecuada (%) 2013–2021 <sup>R</sup>					Niños con un desarrollo adecuado (%) 2013–2021 <sup>R</sup>				
	Total	Hom-bre	Mu-jer	20% más pobres	20% más ricos	Total	Hom-bre	Mujer	20% más pobres	20% más ricos	Libros infantiles	Juque-tes <sup>H</sup>	Total	Hom-bre	Mujer	20% más pobres	20% más ricos	Total	Hom-bre	Mujer	20% más pobres	20% más ricos
											Total	Total										
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	74	72	76	34	89	58	57	59	39	76	29	65	13	12	13	16	9	76	72	80	78	76
Montenegro	53	51	56	18	65	91	91	91	69	100	58	64	5	4	5	5	2	90	90	91	76	92
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	-	-	-	-	-	47 x,y	45 x,y	48 x,y	48 x,y	50 x,y	3 x	-	33 x	33 x	32 x	-	-	-	-	-	-	-
Myanmar	23 y	22 y	25 y	11 y	42 y	52 y	51 y	53 y	41 y	73 y	5 y	72 y	13 y	14 y	13 y	21 y	5 y	-	-	-	-	-
Namibia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	62	64	60	52	87	73	74	73	61	91	3	66	25	26	24	40	13	65	65	66	53	82
Nicaragua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Niger	3 x	3 x	2 x	0 x	9 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nigeria	36	36	35	8	78	63 y	62 y	63 y	46 y	87 y	6	46	32	32	31	31	30	61	60	62	47	85
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	29	28	31	-	-	81 y	78 y	84 y	-	-	25	75	45	44	45	-	-	68	65	72	-	-
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	37	38	35	28	67	74 y	73 y	74 y	55 y	89 y	26	69	3	3	2	6	1	80	80	81	77	95
Papua Nueva Guinea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	31	30	32	10	61	64 y	62 y	65 y	40 y	90 y	23	60	3	2	3	4	2	82	80	84	76	91
Perú	77 y	76 y	79 y	70 y	90 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	41 x	41 x	41 x	-	-	88 x,y	89 x,y	88 x,y	-	-	40 x	55 x	12 x	12 x	11 x	-	-	84 x	83 x	85 x	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	8 x	8 x	7 x	4 x	18 x	70 x,y	70 x,y	69 x,y	52 x,y	84 x,y	30 x	52 x	17 x	17 x	17 x	22 x	15 x	-	-	-	-	-
República Centroafricana	6	6	7	2	27	27	28	26	24	39	0	56	49	49	49	50	47	36	34	39	35	46
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	71 x	74 x	67 x	50 x	88 x	89 x,y	86 x,y	92 x,y	81 x,y	95 x,y	68 x	68 x	6 x	6 x	6 x	9 x	5 x	84 x	83 x	84 x	75 x	87 x
República Democrática del Congo	5	6	5	1	20	44	44	44	39	58	1	39	47	47	46	53	29	57	56	57	44	72
República Democrática Popular Lao	32	30	34	13	69	30	29	30	21	49	4	61	12	13	12	17	6	89	88	91	85	94
República Dominicana	48	46	50	33	63	63	61	65	47	82	9	68	8	8	7	9	5	87	85	89	81	90
República Popular Democrática de Corea	73	73	73	-	-	95	94	95	-	-	50	59	16	17	16	-	-	88	86	89	-	-
República Unida de Tanzania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rumania	81 y	80 y	81 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	34 y	33 y	36 y	24 y	64 y	47 y	46 y	49 y	35 y	62 y	2 y	37 y	28 y	30 y	26 y	35 y	13 y	82 y	80 y	84 y	76 y	91 y
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	26	23	29	18	36	87	86	88	83	92	9	51	16	18	13	16	16	73	70	77	65	75
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	85 x	87 x	84 x	-	-	93 x,y	89 x,y	96 x,y	-	-	68 x	59 x	5 x	5 x	5 x	-	-	91 x	91 x	92 x	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	35	36	34	19	57	43	42	44	37	68	6	71	21	21	22	29	17	63	59	67	61	75
Senegal	21 y	21 y	21 y	6 y	51 y	20 y	18 y	21 y	15 y	33 y	1 y	29 y	39 y	39 y	38 y	30 y	54 y	67 y	66 y	68 y	59 y	71 y
Serbia	61	58	63	11	80	96	95	97	93	97	78	83	4	3	4	7	2	97	96	99	99	97
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	12	11	12	1	41	19	19	19	13	31	2	41	30	30	30	32	25	51	48	55	43	72
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	2 x	2 x	2 x	1 x	6 x	79 x,y	80 x,y	79 x,y	76 x,y	85 x,y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	60	-	-	52	73	95 y	94 y	96 y	-	-	47	85	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudáfrica	48 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudán	22	22	23	7	59	-	-	-	-	-	2	46	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudán del Sur	6 x	6 x	6 x	2 x	13 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suiza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	46	43	49	32	67	66	63	70	46	80	26	65	6	6	6	8	3	77	72	83	65	94

**TABLA 10. DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA**

Países y zonas	Asistencia a la educación en la primera infancia (%) 2013–2021 <sup>a</sup>					Estimulación temprana y atención receptiva por parte de los adultos (%) <sup>b</sup> 2013–2021 <sup>a</sup>					Materiales de aprendizaje en el hogar (%) <sup>c</sup> 2013–2021 <sup>a</sup>		Niños que reciben una supervisión inadecuada (%) <sup>d</sup> 2013–2021 <sup>a</sup>					Niños con un desarrollo adecuado (%) <sup>e</sup> 2013–2021 <sup>a</sup>																													
	Total	Hom-bre	Mu-jer	20% más pobres	20% más ricos	Total	Hom-bre	Mu-jer	20% más pobres	20% más ricos	Libros infantiles	Ju-gue-tes <sup>h</sup>	Total	Hom-bre	Mu-jer	20% más pobres	20% más ricos	Total	Hom-bre	Mu-jer	20% más pobres	20% más ricos																									
											Total	Total																																			
Tailandia	86	85	88	85	88	92	90	94	85	98	34	80	5	6	4	5	3	93	91	95	90	96																									
Tayikistán	6	x	-	-	-	74	x,y	73	x,y	74	x,y	56	x,y	86	x,y	17	x	46	x	13	x	13	x	12	x	15	x	11	x	-	-	-	-	-	-												
Timor-Leste	14	y	13	y	16	y	16	y	9	y	16	y	81	y	83	y	79	y	72	y	89	y	4	y	40	y	29	y	29	y	30	y	33	y	26	y	53	y	51	y	56	y	34	y	74	y	
Togo	20		21		20		10		10		40		19		18		19		16		26		1		38		29		29		33		21		52		50		55		48		61				
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Tonga	35		30		41		29		37		88		87		88		86		92		24		63		9		10		7		14		6		79		79		79		75		82				
Trinidad y Tabago	85	x	85	x	84	x	72	x	93	x	96	x,y	95	x,y	96	x,y	94	x,y	100	x,y	76	x	76	x	2	x	2	x	1	x	3	x	1	x	91	x	89	x	93	x	90	x	93	x			
Túnez	51		52		49		17		71		73		73		74		44		91		24		62		13		13		12		18		8		82		83		82		75		91				
Türkiye	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	65		66		65		42		88		29		76		6		7		9		5		74		70		78		78		62		85				
Turkmenistán	41		40		42		17		77		90		90		90		88		93		32		75		2		3		2		2		2		95		95		95		90		97				
Tuvalu	73		75		70		70		79		87		87		88		83		91		24		66		17		19		14		31		7		69		70		67		65		76		76		
Ucrania	52	x	54	x	50	x	30	x	68	x	98	x,y	97	x,y	98	x,y	95	x,y	99	x,y	91	x	52	x	7	x	6	x	7	x	11	x	5	x	89	x	89	x	89	x	88	x	91	x			
Uganda	37	y	34	y	39	y	15	y	66	y	53	y	51	y	55	y	38	y	74	y	2	y	50	y	37	y	37	y	37	y	49	y	21	y	65	y	64	y	66	y	56	y	82	y			
Uruguay	85		84		85		-		-		93		94		91		88		98		59		75		3		3		3		3		4		87		89		84		79		97				
Uzbekistán	51	y	51	y	51	y	-		-		91	x,y	91	x,y	90	x,y	83	x,y	95	x,y	43	x	67	x	5	x	5	x	5	x	6	x	7	x	-		-		-		-		-		-		
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Venezuela (República Bolivariana de)	66	x,y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Viet Nam	71		74		69		53		86		76		76		76		52		96		27		46		7		7		6		13		4		89		88		89		81		92				
Yemen	3	x	3	x	3	x	0	x	8	x	33	x,y	34	x,y	32	x,y	16	x,y	57	x,y	10	x	49	x	34	x	36	x	33	x	46	x	22	x	-		-		-		-		-		-		
Zambia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zimbabwe	28		28		29		16		53		37		37		37		29		54		3		69		20		21		20		28		12		71		68		74		66		77				

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	25	24	24	8	54	48	48	48	38	67	3	46	36	36	35	39	29	60	59	62	50	77
África Occidental y Central	24	24	24	7	55	49	49	49	39	69	3	45	36	36	36	38	30	59	58	61	48	76
África Oriental y Meridional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América Latina y Caribe	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Meridional	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Oriental y Pacífico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa del Este y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa Occidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oriente Medio y Norte de África	27	30	30	19	36	-	-	-	-	-	-	-	9	9	9	10	8	-	-	-	-	-
Países menos desarrollados	18	18	19	10	38	48	47	48	38	63	2	50	32	32	32	37	23	-	-	-	-	-
<b>Mundo</b>	<b>29</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de las Clasificaciones Regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

- Datos no disponibles.

<sup>y</sup> Los datos difieren de la definición estándar o se refieren solo a una parte de un país. Si se encuentran dentro del periodo de referencia señalado, dichos datos se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales.

<sup>p</sup> Basados en denominadores pequeños (normalmente 25-49 casos no ponderados). No se muestran datos basados en menos de 25 casos no ponderados.

<sup>x</sup> Los datos se refieren a años o periodos distintos de los especificados en el titular de la columna. Dichos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años de datos anteriores a 2000.

<sup>h</sup> Una explicación más detallada de la metodología y los cambios en el cálculo de estas estimaciones se encuentra en la sección titulada Nota general sobre los datos.

<sup>h</sup> Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el periodo especificado en el titular de la columna.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Asistencia a la educación en la primera infancia** – Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), Encuestas de Indicadores

Múltiples por Conglomerados (MICS) y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2022.

**Estimulación temprana y atención receptiva por parte de los adultos** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2022.

**Materiales de aprendizaje en el hogar: libros infantiles** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2022.

**Materiales de aprendizaje en el hogar: juguetes** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2022.

**Niños con supervisión inadecuada** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2022.

**Niños con un desarrollo adecuado** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2022.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Asistencia a la educación en la primera infancia** – Porcentaje de niños de 36 a 59 meses que asisten a un programa de educación en la primera infancia.

**Estimulación temprana y atención receptiva por parte de los adultos** – Porcentaje de niños de 24 a 59 meses con los que

un adulto ha realizado cuatro o más de las siguientes actividades para promover el aprendizaje y la preparación para la escuela en los últimos tres días: a) leerle libros al niño, b) contarle cuentos, c) cantarle canciones, d) llevar al niño fuera de casa, e) jugar con el niño, y f) pasar tiempo con el niño nombrando, contando o dibujando cosas.

**Materiales de aprendizaje en el hogar: libros infantiles** – Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que tienen tres o más libros infantiles en el hogar.

**Materiales de aprendizaje en el hogar: juguetes** – Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que tienen dos o más de los siguientes juguetes en el hogar: objetos del hogar u objetos encontrados en el exterior (palos, piedras, animales, conchas, hojas, etc.), juguetes hechos en el hogar o juguetes que provienen de una tienda.

**Niños que reciben una supervisión inadecuada** – Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que se han quedado solos o al cuidado de otro niño menor de 10 años durante más de una hora por lo menos una vez en la última semana.

**Niños con un desarrollo adecuado** – Niños de 36 a 59 meses que están en el buen camino desde el punto de vista del desarrollo en al menos tres de los siguientes ámbitos: alfabetización–aritmética, desarrollo físico, desarrollo socioemocional y aprendizaje.

# TABLA 11. EDUCACIÓN

Países y zonas	Acceso equitativo								Finalización								Aprendizaje							
	Tasa de niños sin escolarizar 2013–2022 <sup>R</sup>								Tasa de finalización 2013–2022 <sup>R</sup>								Resultados del aprendizaje 2013–2022 <sup>R</sup>						Tasa de alfabetización 2013–2022	
	Un año antes de la edad de ingreso a la escuela primaria		Educación primaria		Primer ciclo de enseñanza secundaria		Enseñanza secundaria superior		Educación primaria		Primer ciclo de enseñanza secundaria		Enseñanza secundaria superior		Proporción de niños en los grados 2 o 3 que logran un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños al final de la primaria que alcanzan un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños que al final del primer ciclo de secundaria alcanzan un nivel mínimo de competencia		Tasa de alfabetización de jóvenes (15 a 24 años (%))			
	Hom-bre	Muj-er	Hom-bre	Muj-er	Hom-bre	Muj-er	Hom-bre	Muj-er	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Lectu-ra	Mate-máticas	Lectu-ra	Mate-máticas	Lectu-ra	Mate-máticas	Hom-bre	Mujer		
Afganistán	-	-	-	-	-	-	44	69	67	40	49	26	32	14	-	-	-	-	-	-	71	42		
Albania	4	2	6	2	5	1	22	15	94	96	98	97	76	80	-	-	-	62	48	58	99	100		
Alemania	3	3	2	0	5	3	14	15	-	-	-	-	-	-	-	-	95	75	79	79	-	-		
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Angola	31	39	-	-	-	-	-	-	63	57	42	32	24	15	-	-	-	-	-	-	-	-		
Anguila	14	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Antigua y Barbuda	14	4	2	2	2	3	12	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Arabia Saudita	49	45	5	5	0	3	3	9	-	-	-	-	-	-	-	-	63	23	48	15	100	99		
Argelia	-	-	-	-	-	-	-	-	93	96	60	78	35	59	-	-	-	-	21	19	98	97		
Argentina	1	0	-	-	1	1	15	7	96	98	74	85	54	66	-	-	-	-	48	31	99	100		
Armenia	36	38	11	10	11	9	13	1	99	99	95	99	69	79	-	-	-	64	-	50	100	100		
Australia	18	18	1	2	2	2	9	6	-	-	-	-	-	-	94	70	-	68	80	78	-	-		
Austria	2	1	0	0	1	0	11	9	-	-	-	-	-	-	-	-	98	84	76	79	-	-		
Azerbaiyán	16	17	12	9	1	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	81	72	-	-	100	100		
Bahamas	64	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Bahrein	31	28	2	3	7	0	18	6	-	-	-	-	-	-	-	-	69	54	-	55	-	-		
Bangladesh	-	-	-	-	40	25	40	33	76	89	59	71	32	27	-	-	-	-	-	-	93	96		
Barbados	13	12	2	3	4	4	8	4	99	x	99	x	98	x	98	x	91	x	97	x	-	-		
Belarús	0	4	5	6	1	1	8	5	100	100	99	99	98	98	82	73	-	-	77	71	100	100		
Bélgica	4	3	1	0	0	0	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	97	80	79	80	-	-		
Belice	15	16	1	2	14	16	35	28	95	96	55	66	48	51	-	-	-	-	-	-	-	-		
Benin	15	16	4	10	38	46	59	69	51	44	25	13	12	5	38	62	46	19	-	-	70	52		
Bhután	58	59	5	2	18	6	33	22	67	x	71	x	41	x	38	x	25	x	18	x	-	-		
Bolivia (Estado Plurinacional de)	7	7	5	5	12	11	22	22	91	93	84	82	66	65	48	38	15	8	-	-	100	100		
Bosnia y Herzegovina	70	71	13	13	5	7	20	17	99	x	100	x	97	x	92	x	92	x	40	46	-	-		
Botswana	79	78	10	8	11	9	21	18	95	98	92	92	55	66	-	-	-	-	-	-	-	-		
Brasil	0	1	1	1	3	1	16	14	95	97	81	89	65	75	-	-	-	-	50	32	99	99		
Brunei Darussalam	5	6	2	2	-	-	19	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	48	52	100	100		
Bulgaria	16	17	15	15	14	15	14	18	-	-	-	-	-	-	-	-	95	71	53	56	-	-		
Burkina Faso	79	79	24	25	49	44	68	66	32	x	29	x	13	x	6	x	6	x	2	x	34	61		
Burundi	52	50	12	8	33	26	65	59	46	54	26	19	4	3	79	99	5	18	-	-	-	-		
Cabo Verde	19	18	7	8	12	13	29	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Camboya	30	29	11	11	17	12	54	56	68	79	41	39	20	20	-	-	11	19	8	10	-	-		
Camerún	56	57	4	13	33	40	50	58	75	74	52	43	26	21	39	58	30	11	-	-	88	82		
Canadá	2	2	-	-	0	0	12	12	-	-	-	-	-	-	-	-	96	69	86	84	-	-		
Chad	85	87	17	35	55	70	71	85	30	23	18	9	7	3	34	65	8	2	-	-	-	-		
Chequia	7	8	1	0	0	0	4	4	-	-	-	-	-	-	-	-	97	78	79	80	-	-		
Chile	4	5	0	1	3	4	5	5	96	97	94	97	83	88	-	-	-	-	68	33	-	-		
China	-	-	-	-	-	-	-	-	97	97	93	93	63	67	82	85	-	-	80	79	100	100		
Chipre	0	3	0	1	2	2	6	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77	56	63	-	-		
Colombia	1	0	2	1	2	0	18	16	91	95	74	81	69	78	-	-	-	-	50	35	99	99		
Comoras	71	70	18	18	20	18	52	48	75	x	77	x	47	x	45	x	24	x	32	x	-	-		
Congo	71	70	15	16	-	-	-	-	78	82	56	45	28	19	63	86	34	8	-	-	85	79		
Costa Rica	2	1	3	3	4	4	9	7	98	99	70	76	56	60	-	-	-	-	58	40	99	100		
Côte d'Ivoire	78	72	0	7	40	44	53	63	60	53	36	22	17	15	33	68	22	3	-	-	93	76		
Croacia	4	5	-	-	-	-	14	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	70	78	69	-	-		
Cuba	6	3	1	1	13	12	16	12	100	100	93	95	54	63	97	97	100	100	100	100	-	-		
Dinamarca	4	3	1	0	0	1	10	9	-	-	-	-	-	-	97	75	-	-	84	85	-	-		
Djibouti	84	87	31	36	40	39	52	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		



**TABLA 11. EDUCACIÓN**

Países y zonas	Acceso equitativo								Finalización						Aprendizaje							
	Tasa de niños sin escolarizar 2013–2022 <sup>R</sup>								Tasa de finalización 2013–2022 <sup>R</sup>						Resultados del aprendizaje 2013–2022 <sup>R</sup>				Tasa de alfabetización 2013–2022			
	Un año antes de la edad de ingreso a la escuela primaria		Educación primaria		Primer ciclo de enseñanza secundaria		Enseñanza secundaria superior		Educación primaria		Primer ciclo de enseñanza secundaria		Enseñanza secundaria superior		Proporción de niños en los grados 2 o 3 que logran un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños al final de la primaria que alcanzan un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños que al final del primer ciclo de secundaria alcanzan un nivel mínimo de competencia		Tasa de alfabetización de jóvenes (15 a 24 años (%))	
	Hom-bre	Muj-er	Hom-bre	Muj-er	Hom-bre	Muj-er	Hom-bre	Muj-er	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Lectu-ra	Mate-máticas	Lectu-ra	Mate-máticas	Lectu-ra	Mate-máticas	Hom-bre	Mujer
Dominica	7	0	1	1	3	1	14	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	18	15	-	-	5	2	22	20	98	98	89	92	78	79	-	-	-	-	49	29	98	99
Egipto	63	63	-	-	3	2	23	24	91	92	79	81	43	41	-	-	-	27	-	21	-	-
El Salvador	15	12	7	7	-	-	42	41	84	89	73	74	34	36	-	-	-	-	-	-	98	99
Emiratos Árabes Unidos	0	0	-	-	2	3	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	68	53	57	50	95	98
Eritrea	73	73	45	50	32	40	45	53	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	93
Eslovaquia	15	15	3	3	4	5	11	11	-	-	-	-	-	-	-	-	93	71	69	75	-	-
Eslovenia	9	8	1	0	2	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	96	75	82	84	-	-
España	5	5	3	3	1	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	97	65	84	75	99	100
Estado de Palestina	33	30	5	5	5	1	31	16	99	100	78	94	51	74	-	-	-	-	-	-	99	99
Estados Unidos de América	10	10	1	1	-	-	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	96	77	81	73	-	-
Estonia	7	7	3	2	2	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	90	-	-
Eswatini	-	-	15	16	3	3	14	18	64	77	47	54	31	33	-	-	-	-	-	-	94	97
Etiopía	55	59	9	17	45	49	73	75	47	48	19	22	11	14	-	-	55	73	29	18	-	-
Federación de Rusia	7	7	1	0	2	1	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	99	91	78	78	100	100
Fiji	11	15	1	1	-	-	24	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Filipinas	36	33	3	4	12	7	24	17	89	95	75	88	74	83	-	-	10	17	19	-	98	99
Finlandia	0	2	2	2	1	0	3	5	-	-	-	-	-	-	-	-	98	78	86	85	-	-
Francia	0	0	0	0	0	1	5	4	-	-	-	-	-	-	-	-	94	57	79	79	-	-
Gabón	-	-	24	23	32	29	44	40	66	x	75	x	32	x	33	x	14	x	14	x	66	89
Gambia	42	37	19	8	22	7	48	37	64	60	50	48	33	28	5	4	-	-	-	-	-	-
Georgia	-	-	1	0	2	1	6	4	100	100	98	98	79	83	-	-	86	56	36	39	100	100
Ghana	8	6	7	5	9	6	25	25	69	73	45	50	12	9	6	8	-	-	-	-	93	92
Granada	15	16	4	3	-	-	12	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	4	3	1	1	3	4	4	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69	64	99	99
Guatemala	18	17	11	10	33	37	62	64	80	76	52	45	27	25	-	-	-	-	30	11	95	94
Guinea	51	55	8	21	46	62	63	78	52	39	33	20	22	13	23	60	22	7	-	-	70	43
Guinea-Bissau	-	-	-	-	-	-	-	-	29	25	18	16	14	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinea Ecuatorial	57	55	56	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haití	-	-	-	-	-	-	-	-	49	58	32	38	17	16	-	-	-	-	-	-	-	-
Honduras	25	23	16	15	41	38	60	55	85	89	50	58	29	37	-	-	-	-	30	15	95	97
Hungría	6	8	5	6	3	3	13	11	-	-	-	-	-	-	-	-	97	74	75	68	-	-
India	15	14	6	4	17	13	43	41	92	91	82	79	46	40	47	53	46	44	38	40	93	90
Indonesia	8	0	3	8	19	14	23	22	96	98	86	90	64	63	-	-	-	18	30	28	100	100
Irán (República Islámica del)	37	35	-	-	1	3	17	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	78	73	46	47	45	43	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	0	0	-	-	-	-	2	1	-	-	-	-	-	-	98	84	-	-	88	84	-	-
Islandia	8	2	0	1	1	0	17	14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74	79	-	-
Islas Cook	14	0	2	2	1	1	34	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	38	41	29	30	30	26	46	41	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	36	33	9	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Turcas y Caicos	8	0	9	9	9	15	48	41	98	100	98	100	100	96	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	6	0	-	-	-	-	24	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	-	69	66	-	-
Italia	8	9	3	4	2	3	6	5	-	-	-	-	-	-	-	-	98	73	77	62	100	100
Jamaica	-	-	37	29	-	-	57	33	99	x	100	x	97	x	97	x	80	x	83	x	-	-
Japón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	51	50	20	21	28	28	46	41	96	97	86	88	49	63	-	-	-	-	59	41	99	99

**TABLA 11. EDUCACIÓN**

Países y zonas	Acceso equitativo								Finalización						Aprendizaje							
	Tasa de niños sin escolarizar 2013–2022 <sup>R</sup>								Tasa de finalización 2013–2022 <sup>R</sup>						Resultados del aprendizaje 2013–2022 <sup>R</sup>						Tasa de alfabetización 2013–2022	
	Un año antes de la edad de ingreso a la escuela primaria		Educación primaria		Primer ciclo de enseñanza secundaria		Enseñanza secundaria superior		Educación primaria		Primer ciclo de enseñanza secundaria		Enseñanza secundaria superior		Proporción de niños en los grados 2 o 3 que logran un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños al final de la primaria que alcanzan un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños que al final del primer ciclo de secundaria alcanzan un nivel mínimo de competencia		Tasa de alfabetización de jóvenes (15 a 24 años (%))	
	Hom-bre	Mu-jer	Hom-bre	Mu-jer	Hom-bre	Mu-jer	Hom-bre	Mu-jer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Lectu-ra	Mate-máticas	Lectu-ra	Mate-máticas	Lectu-ra	Mate-máticas	Hom-bre	Mujer
Kazajstán	22	23	10	9	-	-	-	-	100	100	100	100	95	96	-	-	98	71	36	51	100	100
Kenya	-	-	-	-	-	-	-	-	77	82	61	69	44	38	53	42	44	29	-	-	88	88
Kirguistán	14	12	-	-	0	1	30	25	99	100	99	99	89	85	39	30	40	40	49	35	100	100
Kiribati	4	0	-	-	-	-	-	-	92	96	69	88	13	20	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	33	28	4	1	9	4	20	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	-	21	99	100
Lesotho	58	57	8	6	18	11	38	29	69	92	33	55	27	37	13	1	-	-	-	-	-	-
Letonia	3	1	2	1	2	1	6	4	-	-	-	-	-	-	-	-	99	85	78	83	100	100
Líbano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	32	35	100	100
Liberia	21	21	22	21	17	26	20	31	36	33	29	23	18	9	-	-	-	-	-	-	-	-
Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	0	6	3	2	1	7	2	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	4	4	-	-	-	-	4	2	-	-	-	-	-	-	-	-	97	81	76	74	-	-
Luxemburgo	0	0	1	1	1	4	21	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	73	-	-
Macedonia del Norte	51	51	1	1	-	-	-	-	97	100	93	95	86	79	-	-	-	52	45	39	-	-
Madagascar	43	38	-	-	31	29	63	64	52	60	26	27	16	15	13	4	6	6	-	-	81	79
Malasia	10	9	2	1	13	10	42	37	-	-	-	-	-	-	-	-	58	64	54	59	97	97
Malawi	-	-	-	-	19	18	62	76	43	52	23	21	15	13	-	-	-	-	-	-	-	-
Maldivas	8	5	3	1	3	15	55	44	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malí	53	57	38	44	49	56	71	79	50	41	36	25	23	12	-	-	-	-	-	-	55	38
Malta	0	5	-	-	2	1	10	7	-	-	-	-	-	-	-	-	73	69	64	62	99	100
Marruecos	24	30	2	3	6	9	24	27	-	-	-	-	-	-	-	-	36	18	27	12	98	97
Mauricio	7	12	-	-	5	2	26	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	-	-	25	21	31	25	63	59	68	58	53	40	31	23	-	-	-	-	-	-	-	-
México	2	0	-	-	9	6	29	25	98	98	87	90	56	60	-	-	-	-	55	44	99	99
Micronesia (Estados Federados de)	30	34	17	16	15	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	3	5	2	3	8	7	15	9	96	98	87	93	60	73	44	-	-	-	-	-	99	99
Montenegro	15	17	3	3	6	6	13	10	95	98	93	97	83	90	-	-	-	43	56	54	99	99
Montserrat	19	0	15	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	-	-	1	4	35	41	57	66	44	x	39	x	15	x	11	x	8	x	5	x	-	-
Myanmar	88	88	-	-	22	20	47	38	82	84	45	45	14	19	-	-	11	12	-	-	95	96
Namibia	33	30	-	-	3	0	22	23	75	86	48	62	33	39	-	-	-	-	-	-	94	96
Nauru	8	0	6	3	12	4	52	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	6	15	-	-	7	3	26	13	81	83	71	75	27	28	-	-	-	-	-	-	94	91
Nicaragua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Níger	76	76	37	45	61	69	84	89	35	x	24	x	10	x	4	x	4	x	1	x	44	67
Nigeria	-	-	-	-	-	-	-	-	71	71	66	59	57	44	17	11	-	-	-	-	82	68
Niue	0	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	4	4	0	0	0	1	8	8	-	-	-	-	-	-	99	82	-	65	81	81	-	-
Nueva Zelandia	8	9	1	1	0	0	4	1	-	-	-	-	-	-	-	-	90	56	81	78	-	-
Omán	13	14	-	-	2	3	8	17	-	-	-	-	-	-	-	-	59	33	-	27	98	99
Países Bajos	3	2	1	1	3	2	1	0	-	-	-	-	-	-	-	-	99	84	76	84	-	-
Pakistán	0	12	-	-	-	-	-	-	64	55	55	45	24	23	-	-	-	-	-	-	80	65
Palau	20	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	88	88	10	11	13	12	35	31	95	96	75	81	57	68	-	-	-	-	36	19	99	99
Papua Nueva Guinea	28	29	4	10	24	32	50	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	23	23	-	-	-	-	32	28	93	96	81	79	60	67	-	-	-	-	32	8	99	99
Perú	0	1	-	-	3	3	15	21	95	x	95	x	83	x	83	x	78	x	72	x	100	99
Polonia	1	2	1	1	2	4	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	98	73	85	85	-	-

**TABLA 11. EDUCACIÓN**

Países y zonas	Acceso equitativo								Finalización						Aprendizaje							
	Tasa de niños sin escolarizar 2013–2022 <sup>R</sup>								Tasa de finalización 2013–2022 <sup>R</sup>						Resultados del aprendizaje 2013–2022 <sup>R</sup>				Tasa de alfabetización 2013–2022			
	Un año antes de la edad de ingreso a la escuela primaria		Educación primaria		Primer ciclo de enseñanza secundaria		Enseñanza secundaria superior		Educación primaria		Primer ciclo de enseñanza secundaria		Enseñanza secundaria superior		Proporción de niños en los grados 2 o 3 que logran un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños al final de la primaria que alcanzan un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños que al final del primer ciclo de secundaria alcanzan un nivel mínimo de competencia		Tasa de alfabetización de jóvenes (15 a 24 años (%))	
	Hom-bre	Muj-er	Hom-bre	Muj-er	Hom-bre	Muj-er	Hom-bre	Muj-er	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Lectu-ra	Mate-máticas	Lectu-ra	Mate-máticas	Lectu-ra	Mate-máticas	Hom-bre	Mujer
Portugal	8	6	0	1	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	74	80	77	100	100
Qatar	6	5	3	0	4	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	66	40	49	37	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	0	0	1	1	2	2	4	3	-	-	-	-	-	-	-	-	97	83	83	81	-	-
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	-	-	-	-	43	61	76	86	30	24	15	10	8	5	-	-	-	-	-	-	48	29
República de Corea	11	10	1	1	5	5	7	8	-	-	-	-	-	-	-	-	95	85	85	-	-	-
República de Moldova	0	1	-	-	-	-	13	12	99 x	99 x	95 x	98 x	63 x	71 x	-	-	-	-	57	50	-	-
República Democrática del Congo	-	-	-	-	-	-	-	-	67	66	58	52	36	27	42	77	9	3	-	-	-	-
República Democrática Popular Lao	30	29	8	9	30	31	45	49	84	83	54	53	32	31	-	-	2	8	-	-	-	-
República Dominicana	2	1	5	4	10	8	28	25	88	93	70	83	51	71	-	-	-	-	21	9	-	-
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	94	83	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	45	42	18	15	66	64	84	88	75	84	31	27	32	27	56	35	-	-	-	-	-	-
Rumania	15	16	13	13	11	12	21	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	59	53	99	99
Rwanda	48	47	6	6	6	2	50	49	48	61	25	30	19	16	-	-	-	-	-	-	84	89
Saint Kitts y Nevis	0	21	-	-	-	-	4	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	65	65	-	-	-	-	21	11	96	99	95	99	48	66	-	-	-	-	-	-	99	99
San Marino	16	0	2	5	9	8	53	62	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	1	42	-	-	6	0	18	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	2	0	6	1	9	10	14	19	99 x	99 x	85 x	98 x	70 x	90 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	49	46	6	6	12	7	19	16	82	92	60	60	26	31	-	-	-	-	-	-	98	98
Senegal	85	83	30	19	64	57	81	79	44	50	27	30	11	10	48	79	41	27	9	8	-	-
Serbia	8	7	3	3	3	3	16	13	100	100	100	99	96	92	-	-	-	68	62	60	100	100
Seychelles	4	2	2	14	9	7	20	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100
Sierra Leona	60	57	2	2	49	49	64	67	63	65	47	42	27	18	6	6	-	-	-	-	71	63
Singapur	-	-	0	0	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	97	96	89	92	100	100
Somalia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	-	-	2	3	0	0	18	13	99	99	94	96	32	43	-	-	-	-	-	-	99	99
Sudáfrica	29	27	12	10	11	10	21	20	95	98	85	91	45	52	22	16	-	-	-	-	98	99
Sudán	60	60	31	35	33	35	53	50	66	64	49	52	33	28	-	-	-	-	-	-	73	73
Sudán del Sur	78	81	58	67	49	63	57	72	31 x	18 x	22 x	10 x	12 x	4 x	-	-	-	-	-	-	48	47
Suecia	0	0	-	-	-	-	1	3	-	-	-	-	-	-	-	-	98	74	82	81	-	-
Suiza	0	1	-	-	0	1	17	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	83	-	-
Suriname	10	6	13	10	19	11	42	34	80	90	41	58	18	26	30	12	-	-	-	-	99	98
Tailandia	0	0	-	-	-	-	21	21	98	99	81	92	59	72	-	-	-	-	40	47	98	99
Tayikistán	87	88	1	2	-	-	19	27	99	98	95	93	80	63	-	-	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	51	48	7	3	12	9	27	22	77	85	63	70	49	55	-	-	-	-	-	-	82	85
Togo	1	0	2	4	15	28	47	66	83	76	55	39	31	12	25	47	19	16	-	-	92	84
Tokelau	0	6	-	-	-	-	31	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	0	11	-	-	17	4	49	33	98	99	65	76	45	56	-	-	-	-	-	-	99	100
Trinidad y Tabago	21	20	-	-	-	-	27	25	-	-	-	-	-	-	-	-	80	-	58	48	-	-
Túnez	-	-	-	-	-	-	-	-	94	97	68	80	40	57	47	-	-	-	28	25	-	-
Türkiye	23	25	5	5	3	4	17	19	99	98	96	92	51	44	-	-	-	70	74	56	100	100
Turkmenistán	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	99	99	97	97	71	53	-	-	-	-	-	-
Tuvalu	10	0	18	16	31	36	68	61	98	100	74	91	45	60	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	-	-	9	7	4	3	7	4	100 x	99 x	100 x	100 x	97 x	97 x	-	-	-	-	74	-	-	-
Uganda	-	-	16	12	49	49	72	78	39	43	27	23	18	15	33	21	52	53	49	42	89	90
Uruguay	9	0	1	0	1	0	13	8	96	98	66	73	48	29	-	-	-	-	58	49	99	99

**TABLA 11. EDUCACIÓN**

Países y zonas	Acceso equitativo								Finalización						Aprendizaje							
	Tasa de niños sin escolarizar 2013–2022 <sup>R</sup>								Tasa de finalización 2013–2022 <sup>R</sup>						Resultados del aprendizaje 2013–2022 <sup>R</sup>				Tasa de alfabetización 2013–2022			
	Un año antes de la edad de ingreso a la escuela primaria		Educación primaria		Primer ciclo de enseñanza secundaria		Enseñanza secundaria superior		Educación primaria		Primer ciclo de enseñanza secundaria		Enseñanza secundaria superior		Proporción de niños en los grados 2 o 3 que logran un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños al final de la primaria que alcanzan un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños que al final del primer ciclo de secundaria alcanzan un nivel mínimo de competencia		Tasa de alfabetización de jóvenes (15 a 24 años (%))	
	Hom-bre	Mu-jer	Hom-bre	Mu-jer	Hom-bre	Mu-jer	Hom-bre	Mu-jer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Lectu-ra	Mate-máticas	Lectu-ra	Mate-máticas	Lectu-ra	Mate-máticas	Hom-bre	Mujer
Uzbekistán	37	38	0	2	0	2	14	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	
Vanuatu	4	0	3	4	27	24	58	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	96	97	
Venezuela (República Bolivariana de)	14	14	10	10	15	13	28	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Viet Nam	0	0	-	-	-	-	-	-	96	97	81	87	50	61	-	-	82	92	86	81	99	99
Yemen	96	96	10	21	23	34	46	68	70	55	39	37	23	-	-	-	-	-	-	-	-	
Zambia	-	-	17	13	-	-	-	-	71	73	54	50	33	27	-	-	-	-	5	2	93	92
Zimbabwe	-	-	15	13	-	-	40	45	86	92	45	53	17	14	20	5	-	-	-	-	-	

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	51	51	18	22	35	38	55	61	61	62	40	37	31	25	-	-	-	-	-	-	79	74
África Occidental y Central	53	53	21	27	37	39	54	62	62	60	47	40	35	25	-	-	-	-	-	-	78	68
África Oriental y Meridional	49	49	16	18	34	37	56	60	61	63	33	33	26	23	-	-	-	-	-	-	80	80
América del Norte	9	8	1	0	0	0	3	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América Latina y Caribe	5	5	3	2	7	6	23	20	93	95	79	84	59	66	-	-	-	-	-	-	98	99
Asia Meridional	12	13	9	9	18	15	43	42	85	84	76	72	41	36	-	-	-	-	-	-	92	89
Asia Oriental y Pacífico	17	15	3	4	10	8	23	15	95	96	86	89	62	66	-	-	-	-	-	-	99	99
Europa y Asia Central	13	13	2	2	2	2	9	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100
Europa del Este y Asia Central	20	21	4	4	2	2	13	14	99	99	97	96	66	60	-	-	-	-	-	-	100	100
Europa Occidental	4	4	1	1	2	2	6	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oriente Medio y Norte de África	51	51	4	6	8	12	28	33	86	84	66	70	42	44	-	-	-	-	-	-	92	88
Países menos desarrollados	48	47	15	19	33	35	54	58	58	58	36	34	24	19	-	-	-	-	-	-	81	77
<b>Mundo</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>8</b>	<b>10</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>82</b>	<b>82</b>	<b>70</b>	<b>69</b>	<b>46</b>	<b>44</b>	-	-	-	-	-	-	<b>93</b>	<b>91</b>

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de las Clasificaciones Regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

La base de datos sobre competencias básicas para el aprendizaje basada en la encuesta MICS6 ofrece un desglose por sexo, lugar de residencia, riqueza y grupo de edad. Para más información, pulse aquí <https://data.unicef.org/resources/dataset/learning-and-skills/>.

**NOTAS**

- Datos no disponibles.

<sup>R</sup> Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el periodo especificado en el titular de la columna.

<sup>X</sup> Los datos se refieren a años o periodos distintos de los especificados en el titular de la columna. Dichos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años de datos anteriores a 2000.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Tasa de niños sin escolarizar** – Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Última actualización: junio de 2022.

**Tasa de finalización de estudios** – Base de datos mundial de UNICEF basada en las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y otras encuestas nacionales por hogares. Última actualización: junio de 2022.

**Proporción de niños y jóvenes: a) en el segundo o tercer grado; b) al final de la enseñanza primaria; y c) al final del primer ciclo de la enseñanza secundaria que alcanzan por lo menos un nivel mínimo de competencia en i) lectura y ii) matemáticas** – Base de datos de la División de Estadística de las Naciones Unidas. Última actualización: junio de 2022.

**Tasa de alfabetización de jóvenes** – Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Última actualización: junio de 2022.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Tasa de niños sin escolarizar un año antes de la edad oficial de ingreso en la escuela primaria** – Número de niños de un año menos que la edad oficial de ingreso en la escuela primaria que no están matriculados en escuelas preescolares o primarias, expresado como porcentaje de la población de un año antes de la edad oficial de acceso a la enseñanza primaria.

**Tasa de niños sin escolarizar en edad de ingresar en la escuela primaria** – Número de niños en edad oficial de cursar la enseñanza primaria que no están matriculados en la enseñanza preescolar, primaria o secundaria, expresado como porcentaje de la población en edad oficial de cursar la enseñanza primaria.

**Tasa de niños sin escolarizar en primer ciclo de enseñanza secundaria** – Número de niños en edad de asistir al primer ciclo de enseñanza secundaria que no están matriculados en la escuela primaria o secundaria, expresado como porcentaje de la población en edad oficial de asistir al primer ciclo de enseñanza secundaria.

**Tasa de niños sin escolarizar en la educación secundaria superior** – Número de niños en edad de asistir a la escuela secundaria superior que no están matriculados en la enseñanza primaria o secundaria o superior, expresado como porcentaje de la población en edad oficial de asistir a la escuela secundaria superior.

**Tasa de finalización de la educación primaria** – Número de niños o jóvenes de 3 a 5 años por encima de la edad prevista para el último grado de la educación primaria que han completado el último grado de la escuela primaria.

**Tasa de finalización en la educación en el primer ciclo de la enseñanza secundaria** – Número de niños o jóvenes de 3 a 5 años por encima de la edad prevista para el último grado del primer ciclo de la enseñanza secundaria que han completado el último grado del primer ciclo de secundaria.

**Tasa de finalización en la enseñanza secundaria superior** – Número de niños o jóvenes de 3 a 5 años por encima de la edad prevista para el último grado de la enseñanza secundaria superior que han completado el último grado de la enseñanza secundaria superior.

**Proporción de niños y jóvenes (a) en el segundo o tercer grado; (b) al final de la enseñanza primaria; y (c) al final del primer ciclo de la enseñanza secundaria que alcanzan por lo menos un nivel mínimo de competencia en (i) lectura y (ii) matemáticas** – Porcentaje de niños y jóvenes en el segundo o tercer grado de la enseñanza primaria, al final de la enseñanza primaria y al final del primer ciclo de la enseñanza secundaria que alcanzan por lo menos un nivel mínimo de competencia en (a) lectura y (b) matemáticas. Este indicador es el indicador global 4.1.1 de los ODS.

**Tasa de alfabetización de los jóvenes** – Número de personas alfabetizadas de 15 a 24 años, expresado como porcentaje de la población total de ese grupo.

**TABLA 12. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA**

Países y zonas	Trabajo infantil (%) <sup>H</sup> 2013–2021 <sup>R</sup>			Matrimonio infantil (%) <sup>H</sup> 2015–2021 <sup>R</sup>		Registro del nacimiento (%) <sup>H</sup> 2012–2021 <sup>R</sup>			Mutilación genital femenina (%) <sup>H</sup> 2012–2020 <sup>R</sup>			Justificación del maltrato a la esposa entre los adolescentes (%) 2015–2021 <sup>R</sup>		Disciplina violenta (%) <sup>H</sup> 2013–2021 <sup>R</sup>			Violencia sexual en la infancia (%) 2013–2020 <sup>R</sup>		Niños en acogimiento residencial <sup>H</sup> 2010–2021 <sup>R</sup>	Niños detenidos <sup>H</sup> 2008–2021 <sup>R</sup>																				
	Total	Hom-bre	Mujer	Casados antes de los 18		Niños menores de 1 año	Niños menores de 5 años			Prevalencia		Acti-tudes	Hom-bre	Mujer	Total	Hom-bre	Mujer	Hom-bre	Mujer	Total por 100.000	Total por 100.000																			
				Mujer	Hom-bre		Total	Total	Hom-bre	Mujer	Mujer (Fa)											Niñas (Fb)	Quiéren que la práctica se termine (Fc)																	
Afganistán	13	14	12	28	7	51	42	43	42	-	-	-	71	y	78	y	74	x,y	75	x,y	74	x,y	-	1	y	15	40	y												
Albania	3	x,y	4	x,y	3	x,y	12	1	98	98	99	98	-	-	-	11	5	48	y	49	y	45	y	-	-	-	95	14												
Alemania	-	-	-	-	-	-	100	y	100	y	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	429	16												
Andorra	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-											
Angola	19	17	20	30	6	12	25	25	25	-	-	-	24	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-												
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	140	156	-												
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	35	49	-												
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	99	y	100	y	99	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-											
Argelia	3	3	2	4	-	99	100	100	100	-	-	-	-	25	84	85	83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18												
Argentina	-	-	-	15	y	-	99	y	100	y	100	y	99	y	-	4	y	59	y	60	y	58	y	-	-	-	74	y	41											
Armenia	4	5	3	5	0	100	99	99	99	-	-	-	25	9	69	71	67	-	-	-	-	-	-	-	-	128	7	-												
Australia	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	55	25	y											
Austria	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	409	42	-											
Azerbaiján	-	-	-	11	x	0	x	88	x	94	x	93	x	94	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	x	478	12	-											
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	67	-											
Bahrein	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-											
Bangladesh	7	9	5	51	4	x	40	56	56	56	-	-	-	-	17	89	89	89	-	-	-	-	3	y	26	4	-													
Barbados	1	x,y	2	x,y	1	x,y	29	x,y	-	94	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	168	y	71												
Belarús	4	5	3	5	2	-	100	y	100	y	100	y	100	y	-	0	1	57	59	55	-	-	-	-	-	309	25	-												
Bélgica	-	-	-	0	y	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-											
Belice	3	4	3	34	y	22	y	90	96	95	96	-	-	-	8	6	65	67	63	-	-	-	-	-	86	y	77	y												
Benin	25	24	26	31	5	87	86	85	86	9	0	86	17	29	91	91	91	-	-	-	-	-	5	-	-	-	9	-												
Bhután	4	x,y	3	x,y	4	x,y	26	x	-	100	x	100	x	100	x	100	x	100	x	100	x	-	-	-	-	-	1.249	91	-											
Bolivia (Estado Plurinacional de)	14	14	13	20	5	-	92	y	-	-	-	-	-	-	34	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	135	256	-												
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	3	x	0	x	98	x	100	x	100	x	99	x	-	5	x	1	x	55	x,y	60	x,y	50	x,y	-	136	y	43										
Botswana	-	-	-	-	-	79	y	88	y	87	y	88	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	214	264	-												
Brasil	5	5	5	26	x	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	63	61	y												
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-											
Bulgaria	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	192	11	-											
Burkina Faso	42	x,y	44	x,y	40	x,y	52	x	4	x	73	x	77	x	77	x	77	x	77	x	76	x	13	x	90	x	40	x	39	x	83	x,y	84	x,y	82	x,y	-	-	33	33
Burundi	31	30	32	19	1	73	84	84	83	-	-	-	-	48	63	90	91	89	0	4	118	25	-	-	-	-	-	-	-											
Cabo Verde	-	-	-	8	2	-	91	x	-	-	-	-	-	6	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	204	97	-												
Camboya	13	x	12	x	14	x	19	x	4	x	64	73	74	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	158	110	-												
Camerún	39	40	38	30	3	56	62	62	62	1	x	84	x	34	28	85	85	85	2	7	36	19	-	-	-	-	-	-												
Canadá	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31	y	-											
Chad	39	39	40	61	8	22	26	26	26	34	7	53	54	74	85	85	86	-	-	-	-	-	2	-	-	-	20	-												
Chequia	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	411	-											
Chile	6	x	7	x	5	x	-	99	x,y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	159	183	-												
China	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	20	-											
Chipre	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	-											
Colombia	7	7	7	23	7	94	97	97	97	-	-	-	5	4	-	-	-	-	0	2	y	73	112	-	-	-	-	-												
Comoras	28	x,y	25	x,y	32	x,y	32	x	12	x	87	87	87	87	-	-	-	-	-	-	-	-	3	x	-	-	-	-	-											
Congo	14	13	15	27	6	x	94	96	96	96	-	-	-	45	56	83	83	82	-	-	-	-	-	-	-	-	19	-												
Costa Rica	4	4	3	17	-	-	100	y	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	316	17	-												
Côte d'Ivoire	22	22	23	27	4	66	72	75	71	37	10	79	29	43	87	88	85	-	-	-	-	-	-	-	29	16	-													
Croacia	-	-	-	-	-	100	y	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	177	4	-												
Cuba	-	-	-	29	6	99	100	100	100	-	-	-	1	3	42	43	40	-	-	-	-	-	-	-	-	19	0	-												
Dinamarca	-	-	-	1	y	-	100	y	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	556	y	96	-											
Djibouti	-	-	-	5	x	-	91	x	92	x	93	x	91	x	94	43	51	x	-	-	72	x,y	73	x,y	71	x,y	-	-	-											
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	117	0	-												
Ecuador	-	-	-	22	-	-	87	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	9	-												
Egipto	5	6	4	17	x,y	0	x	98	99	100	99	87	14	y	38	-	-	-	-	-	46	x,y	93	93	93	-	-	31	-											
El Salvador	7	6	7	26	x	-	91	y	91	y	91	y	91	y	-	-	-	-	-	-	10	x	52	55	50	-	-	28	77	y										
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	100	y	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	-											
Eritrea	-	-	-	41	x	2	x	-	-	-	-	-	83	x	33	x	82	x	60	x	51	x	-	-	-	-	23	-	-											
Eslovaquia	-	-	-	-	-	100	y	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	40	-												
Eslovenia	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	37	-												
España	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	-											
Estado de Palestina	7	10	5	13	-	97	99	99	99	-	-	-	-	18	90	92	88	4	y	2	y	163	150	-	-	-	-	-												
Estados Unidos de América	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77	144	-											
Estonia	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	28	-												
Eswatini	8	x,y	8	x,y	7	x,y	5	x	1	x	38	54	51	50	-	-	-	-	-	-	29	x	32	x	88	89	88	-	-	343	188	-								
Etiopía	45	y	51	y	39	y	40	5	2	3	3	3	65	16	79	33	60	-	-	-	-	-	-	5	-	-	-	-												

**TABLA 12. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA**

Países y zonas	Trabajo infantil (%) <sup>H</sup> 2013–2021 <sup>R</sup>			Matrimonio infantil (%) <sup>H</sup> 2015–2021 <sup>R</sup>		Registro del nacimiento (%) <sup>H</sup> 2012–2021 <sup>R</sup>				Mutilación genital femenina (%) <sup>H</sup> 2012–2020 <sup>R</sup>			Justificación del maltrato a la esposa entre los adolescentes (%) 2015–2021 <sup>R</sup>		Disciplina violenta (%) <sup>H</sup> 2013–2021 <sup>R</sup>			Violencia sexual en la infancia (%) 2013–2020 <sup>R</sup>		Niños en acogimiento residencial <sup>H</sup> 2010–2021 <sup>R</sup>	Niños detenidos <sup>H</sup> 2008–2021 <sup>R</sup>												
	Total	Hom-bre	Mujer	Casados antes de los 18		Niños menores de 1 año	Niños menores de 5 años			Prevalencia		Acti-tudes	Hom-bre	Mujer	Total	Hom-bre	Mujer	Hom-bre	Mujer	Total por 100.000	Total por 100.000												
				Mujer	Hom-bre		Total	Hom-bre	Mujer	Mujer (Fa)	Niñas (Fb)											Quiéren que la práctica se termine (Fc)											
Federación de Rusia	-	-	-	6	-	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.410	85											
Fiji	17	20	13	4	2	71	87	87	86	-	-	-	19	20	81	82	79	-	-	44	-												
Filipinas	-	-	-	17	3	88	92	92	91	-	-	-	-	12	-	-	-	-	2	11	1												
Finlandia	-	-	-	0	y	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41												
Francia	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20												
Gabón	20	x,y	19	x,y	17	x,y	22	x	5	x	88	90	91	88	-	-	-	-	-	9	x	50	1.373										
Gambia	17	17	17	23	0	41	59	60	58	73	46	46	50	57	89	90	88	-	5	-	4												
Georgia	2	2	1	14	1	98	99	99	99	-	-	-	-	5	x	69	71	67	-	-	53	y	31										
Ghana	20	19	22	19	4	57	71	72	69	2	0	94	22	37	94	94	94	-	10	x	27	5											
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	y	283	265											
Grecia	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	10											
Guatemala	-	-	-	29	10	89	y	96	y	-	-	-	12	14	-	-	-	1	4	71	251												
Guinea	24	24	25	47	2	57	62	62	62	95	39	26	57	65	89	90	89	-	-	18	10												
Guinea-Bissau	17	18	16	26	2	36	46	47	45	52	30	76	30	34	76	75	76	-	-	42	0	y											
Guinea Ecuatorial	-	-	-	30	x	4	x	-	54	x	53	x	54	x	-	-	-	-	-	-	14	-											
Guyana	11	10	12	30	x,y	9	x,y	68	89	88	89	-	-	14	x	10	x	70	74	65	-	305	18										
Haití	36	x,y	44	x,y	26	x,y	15	2	57	85	84	85	-	-	15	23	83	84	82	-	5	589	20										
Honduras	15	18	13	34	10	87	97	97	97	-	-	-	7	7	63	64	61	-	5	178	10	y											
Hungría	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	383	166											
India	-	-	-	27	4	79	80	79	80	-	-	-	35	41	-	-	-	-	1	83	29												
Indonesia	-	-	-	16	5	x,y	-	77	y	-	-	-	49	y	32	y,p	40	-	-	-	604	14											
Irán (República Islámica del)	-	-	-	17	x	-	-	99	x,y	99	x,y	99	x,y	-	-	-	-	-	-	-	44	-											
Iraq	5	5	4	28	-	98	99	99	99	7	1	94	-	31	81	82	80	-	-	3	26												
Irlanda	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	52	4											
Islandia	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	0											
Islas Cook	-	-	-	-	-	100	y	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	6.592	y										
Islas Marshall	-	-	-	26	x	12	x	80	84	85	82	-	-	71	x	47	x	-	-	-	-	-	-										
Islas Salomón	18	y	17	y	19	y	21	4	-	88	87	89	-	-	60	78	86	y	86	y	85	y	-	-									
Islas Turcas y Caicos	6	9	3	23	5	p	97	p	99	99	99	-	-	4	p	0	79	81	78	-	1	108	0										
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	y	0										
Israel	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	52	-										
Italia	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	64	-										
Jamaica	3	3	2	8	x	97	98	-	-	-	-	-	28	x,y	17	85	x,y	87	x,y	82	x,y	2	y	159	73								
Japón	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	166	128										
Jordania	2	2	1	10	0	97	98	98	98	-	-	-	64	y	63	y	82	83	80	-	-	21	107	y									
Kazajstán	-	-	-	7	0	99	100	100	100	-	-	-	14	x	8	53	55	50	-	-	93	12											
Kenya	-	-	-	23	x	3	x	68	67	67	66	21	3	93	37	x	45	x	-	-	2	4	220	5									
Kirguistán	22	25	19	13	0	97	99	100	98	-	-	-	40	x	24	74	76	73	-	-	874	81											
Kiribati	17	19	15	18	9	85	92	93	90	-	-	-	63	64	92	92	92	-	6	-	-	181	-										
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	-											
Lesoto	14	15	13	16	2	28	45	46	44	-	-	-	27	30	76	77	75	-	-	-	7	y	-										
Letonia	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	50	-										
Libano	-	-	-	6	y	98	y	99	y	100	y	98	y	-	-	7	y	57	y	60	y	54	y	-	15								
Liberia	32	29	34	25	8	64	66	67	65	32	-	64	39	45	85	y	85	y	85	y	6	184	2										
Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-									
Liechtenstein	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-									
Lituania	-	-	-	0	y	100	y	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	753	99										
Luxemburgo	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-										
Macedonia del Norte	3	4	2	8	-	99	100	100	100	-	-	-	-	-	11	73	76	70	-	-	26	16											
Madagascar	37	38	35	40	12	74	79	79	78	-	-	-	30	41	86	87	85	-	-	-	-	26	-										
Malasia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	y	74	y	67	y	-	80	27	y									
Malawi	14	14	14	42	7	7	y	6	y	6	y	5	y	-	-	19	24	72	73	72	-	4	71	-									
Maldivas	-	-	-	2	2	96	99	99	99	13	1	66	33	y	35	y	-	-	-	0	180	-											
Malí	13	y	15	y	12	y	54	y	2	y	87	y	87	y	88	y	86	y	89	y	73	y	18	y	50	74	73	73	-	7	y	7	10
Malta	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	283	118										
Marruecos	-	-	-	14	-	-	97	y	97	y	97	y	-	-	-	64	x	-	-	-	-	965	y	79									
Mauricio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	101	-										
Mauritania	14	15	13	37	2	45	y	66	y	66	y	66	y	67	51	50	18	26	80	80	80	-	-	8	-								
México	6	3	5	21	-	89	y	97	y	97	y	97	y	-	-	-	6	53	y	55	y	51	y	-	55	16							
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-								
Mónaco	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-								
Mongolia	15	16	13	12	2	98	100	100	100	-	-	-	3	8	49	53	45	-	-	-	93	y	114										
Montenegro	8	9	7	6	3	98	99	100	99	-	-	-	14	2	66	66	66	-	-	-	103	y	32										

**TABLA 12. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA**

Países y zonas	Trabajo infantil (%) <sup>H</sup> 2013–2021 <sup>R</sup>			Matrimonio infantil (%) <sup>H</sup> 2015–2021 <sup>R</sup>		Registro del nacimiento (%) <sup>H</sup> 2012–2021 <sup>R</sup>			Mutilación genital femenina (%) <sup>H</sup> 2012–2020 <sup>R</sup>			Justificación del maltrato a la esposa entre los adolescentes (%) 2015–2021 <sup>R</sup>		Disciplina violenta (%) <sup>H</sup> 2013–2021 <sup>R</sup>			Violencia sexual en la infancia (%) 2013–2020 <sup>R</sup>		Niños en acogimiento residencial <sup>H</sup> 2010–2021 <sup>R</sup>	Niños detenidos <sup>H</sup> 2008–2021 <sup>R</sup>												
	Total	Hom-bre	Mujer	Casados antes de los 18		Niños menores de 1 año	Niños menores de 5 años			Prevalencia		Acti-tudes	Hom-bre	Mujer	Total	Hom-bre	Mujer	Hom-bre	Mujer	Total por 100.000	Total por 100.000											
				Mujer	Hom-bre		Total	Hom-bre	Mujer	Mujer (Fa)	Niñas (Fb)											Quiéren que la práctica se termine (Fc)										
Montserrat	-	-	-	-	-	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0											
Mozambique	-	-	-	53	10	46	55	54	56	-	-	-	21	14	-	-	-	0	2	65	508											
Myanmar	10	10	10	16	5	78	81	82	81	-	-	-	57	53	77	y	80	y	75	y	2	19										
Namibia	-	-	-	7	x	1	65	y	78	y	-	-	-	30	x	28	x	-	-	1	90	7										
Nauru	-	-	-	27	x	12	x	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-										
Nepal	22	20	23	33	9	59	77	76	78	-	-	-	25	22	82	-	83	81	-	3	112	14										
Nicaragua	-	-	-	35	x	19	x	-	85	-	-	-	-	8	x,y	-	-	-	-	-	105	-										
Niger	34	x,y	34	x,y	76	x	6	x	67	64	65	62	2	-	82	41	x	54	x	82	x,y	82	x,y	81	x,y	-	-	17	-			
Nigeria	31	32	31	43	3	35	43	43	42	20	19	67	26	30	85	-	86	84	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Noruega	-	-	-	0	y	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
Nueva Zelanda	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	92	10	
Omán	-	-	-	4	x	-	100	y	100	y	100	y	-	-	-	10	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	-		
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	36	
Pakistán	11	y	13	y	10	y	18	y	5	y	35	y	42	y	43	y	42	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	2	3	1	26	x	-	97	97	97	-	-	-	23	y	23	y	45	47	43	-	3	79	86									
Papua Nueva Guinea	-	-	-	27	4	13	13	13	14	-	-	-	72	69	-	-	-	-	-	7	-	12										
Paraguay	18	20	13	22	-	57	71	71	71	-	-	-	-	7	52	55	49	-	-	-	68	28										
Perú	15	14	15	14	-	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	85	101										
Polonia	-	-	-	-	-	-	100	y	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	179		
Portugal	-	-	-	-	-	-	100	y	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	145	
Qatar	-	-	-	4	x	1	x	-	100	y	100	y	100	y	-	-	-	22	x	5	x	50	x,y	53	x,y	46	x,y	-	-	-	-	
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	-	-	-	0	y	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	1	y	7	y	66	17						
República Árabe Siria	-	-	-	13	x	-	89	x	96	x	96	x	96	x	-	-	-	-	-	-	89	x,y	90	x,y	88	x,y	-	-	-	-	-	
República Centroafricana	27	25	29	61	17	41	45	46	44	22	1	69	38	61	90	90	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	20		
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	393	
República de Moldova	-	-	-	12	x	1	x	98	100	99	100	-	-	-	14	x	13	x	76	x,y	77	x,y	74	x,y	-	5	x	118	34			
República Democrática del Congo	15	13	17	29	6	38	40	40	40	-	-	-	52	60	89	90	88	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
República Democrática Popular Lao	28	27	29	33	11	60	y	73	y	73	y	73	y	-	-	-	17	30	69	70	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
República Dominicana	4	5	3	31	8	x	89	92	93	-	-	-	14	x	3	63	65	62	-	1	85	59										
República Popular Democrática de Corea	4	5	4	0	0	100	x	100	x	100	x	100	x	-	-	-	4	4	59	63	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
República Unida de Tanzania	25	26	24	31	4	23	26	28	25	10	0	95	50	59	-	-	-	-	-	7	49	-										
Rumania	-	-	-	-	-	-	100	y	100	y	100	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	325	31	
Rwanda	19	y	17	y	21	y	6	0	77	86	86	85	-	-	24	53	-	-	-	3	12	47	36									
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	137	
Samoa	14	16	11	7	2	41	67	67	67	-	-	-	22	26	91	92	89	-	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
San Marino	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	120	20	
Santa Lucía	3	x,y	5	x,y	2	x,y	24	x,y	-	78	92	91	93	-	-	-	15	x	68	x,y	71	x,y	64	x,y	-	-	-	-	78	65		
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santo Tomé y Príncipe	11	9	12	28	3	99	99	99	98	-	-	-	10	17	84	84	82	-	3	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Senegal	23	27	19	31	1	77	79	80	77	25	16	79	40	42	-	-	-	-	-	0	114	10										
Serbia	10	11	8	6	1	x	100	100	100	-	-	-	6	x,y	2	45	46	43	-	-	39	22										
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0		
Sierra Leona	25	26	25	30	4	93	90	90	91	83	8	34	29	44	87	87	86	0	3	59	10											
Singapur	-	-	-	0	y	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Somalia	-	-	-	45	x	-	3	x	3	x	3	x	99	y	-	-	-	-	-	-	75	x,y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sri Lanka	1	1	1	10	-	-	97	x	97	x	97	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	165	132		
Sudáfrica	4	y	4	y	3	y	4	1	-	89	y	-	-	-	14	7	-	-	-	-	1	y	72	4								
Sudán	18	20	16	34	x	-	62	67	69	66	87	30	53	-	36	x	64	65	63	-	-	3	3									
Sudán del Sur	-	-	-	52	x	-	34	x	35	x	35	x	36	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Suecia	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	4	y	13	x,y	-	-	-	-	-	7		
Suiza	-	-	-	-	-	-	100	v	100	v	100	v	100	v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2		
Suriname	4	5	4	36	y	20	y	98	y	98	y	99	y	-	-	-	8	6	87	89	86	-	-	-	-	-	-	861	83	y		
Tailandia	-	-	-	20	10	100	100	100	100	-	-	-	8	8	58	61	55	-	-	-	189	48	y									
Tayikistán	-	-	-	9	-	90	96	96	96	-	-	-	-	-	44	69	70	68	-	0	200	9										
Timor-Leste	9	9	10	15	1	38	60	60	61	-	-	-	48	69	-	-	-	-	3	255	-											
Togo	39	38	39	25	3	79	83	84	82	3	0	95	22	25	92	92	91	-	4	120	y	5										
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Tonga	26	33	19	10	3	93	98	97	98	-	-	-	22	31	87	89	84	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Trinidad y Tabago	1	x,y	1	x,y	1	x,y	11	x,y	-	85	x	97	x	97	x	97	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	164	12	

**TABLA 12. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA**

Países y zonas	Trabajo infantil (%) <sup>H</sup> 2013–2021 <sup>R</sup>			Matrimonio infantil (%) <sup>H</sup> 2015–2021 <sup>R</sup>		Registro del nacimiento (%) <sup>H</sup> 2012–2021 <sup>R</sup>				Mutilación genital femenina (%) <sup>H</sup> 2012–2020 <sup>R</sup>			Justificación del maltrato a la esposa entre los adolescentes (%) 2015–2021 <sup>R</sup>		Disciplina violenta (%) <sup>H</sup> 2013–2021 <sup>R</sup>			Violencia sexual en la infancia (%) 2013–2020 <sup>R</sup>		Niños en acogimiento residencial <sup>H</sup> 2010–2021 <sup>R</sup>	Niños detenidos <sup>H</sup> 2008–2021 <sup>R</sup>
	Total	Hom-bre	Mujer	Casados antes de los 18		Niños menores de 1 año	Niños menores de 5 años			Prevalencia		Acti-tudes	Hom-bre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Hom-bre	Mujer	Total por 100.000	Total por 100.000
				Mujer	Hom-bre		Total	Hom-bre	Mujer	Mujer (Fa)	Niñas (Fb)										
Túnez	2 x,y	3 x,y	1 x,y	1	0	100	100	100	100	-	-	-	22	14	88	89	87	-	-	101	53 y
Türkiye	4	4	4	15	-	-	98 y	98 y	99 y	-	-	-	-	6	-	-	-	-	-	56 y	21 y
Turkmenistán	0	0	0	6	-	99	100	100	100	-	-	-	-	46	69	70	67	-	-	241	19
Tuvalu	4	3	5	2	2	81	87	85	89	-	-	-	51	37	80	81	78	-	0	-	-
Ucrania	3 x,y	3 x,y	3 x,y	9 x	4 x	99	100	100	100	-	-	-	2 x	2 x	61 x,y	68 x,y	55 x,y	-	2 x	632	16
Uganda	18	17	19	34	6	26	32	32	32	0	1 x	83 x	53	58	85	85	85	1	5	227	21
Uruguay	4 x	5 x	3 x	25 x	-	99	100	100	100	-	-	-	-	3 x	55 y	58 y	51 y	-	-	352	95
Uzbekistán	-	-	-	7 x	1 x	100 x	100 x	100 x	100 x	-	-	-	-	63 x	-	-	-	-	-	281	-
Vanuatu	16 y	15 y	16 y	21 x	5 x	-	43 y	44 y	43 y	-	-	-	63 x	56 x	84 y	83 y	84 y	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	-	-	-	81 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31	404
Viet Nam	7	6	8	11 x	3 x	88	96	96	96	-	-	-	-	28 x	68	72	65	-	-	-	13
Yemen	-	-	-	32 x	-	27	31	31	30	19	15	75	-	49 x	79 y	81 y	77 y	-	-	-	1
Zambia	23 x	23 x	23 x	29	3	13	14	14	14	-	-	-	32	47	-	-	-	-	3	66	237
Zimbabue	28	33	22	34	2	30	49	48	49	-	-	-	49	54	64	65	63	-	2	-	6

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	26	27	25	35	4	41	47	46	45	35	16	72	34	43	84	84	83	-	5	-	-	
África Occidental y Central	26	26	26	37	4	48	53	54	52	27	19	67	35	42	86	87	85	-	7	-	-	
África Oriental y Meridional	26	28	24	32	5	32	40	37	36	44	-	34	44	-	-	-	-	-	4	104	-	
América del Norte	-	-	-	-	-	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	77	133
América Latina y Caribe	7	6	6	21	-	95	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-	-	-	85	75	
Asia Meridional	-	-	-	28	4	67	70	70	70	-	-	-	39	40	-	-	-	-	2	77	24	
Asia Oriental y Pacífico	-	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	131	32	
Europa y Asia Central	-	-	-	-	-	99	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	503	36	
Europa del Este y Asia Central	-	-	-	10	-	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	585	30	
Europa Occidental	-	-	-	-	-	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	41	
Oriente Medio y Norte de África	-	-	-	-	-	89	92	92	92	-	-	-	-	-	86	87	85	-	-	136	-	
Países menos desarrollados	22	23	21	37	6	41	46	46	45	-	-	-	41	46	83	84	83	-	5	68	30	
<b>Mundo</b>	-	-	-	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>72</b>	<b>76</b>	<b>76</b>	<b>75</b>	-	-	-	<b>35</b>	<b>36</b>	-	-	-	-	-	<b>123</b>	<b>36</b>	

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de Clasificaciones Regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

- Datos no disponibles.

Los datos en cursiva proceden de fuentes más antiguas que los datos presentados para otros indicadores sobre el mismo tema dentro de esta tabla. Estas discrepancias pueden deberse a que un indicador no esté disponible en la última fuente de datos, o a que las bases de datos de cada indicador se hayan actualizado en fechas diferentes.

<sup>Y</sup> Los datos difieren de la definición estándar o se refieren solo a una parte de un país. Si se encuentran dentro del periodo de referencia señalado, dichos datos se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales.

<sup>R</sup> Basados en denominadores pequeños (normalmente 25-49 casos no ponderados). No se muestran datos basados en menos de 25 casos no ponderados.

<sup>A</sup> Los datos se refieren a años o periodos distintos de los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años de datos anteriores a 2000.

<sup>S</sup> Se asumieron estimaciones del 100% dado que los sistemas de registro civil en estos países son completos y todos los eventos vitales (incluidos los nacimientos) están registrados. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Estadística, última actualización enero de 2021.

<sup>H</sup> Una explicación más detallada de la metodología y los cambios en el cálculo de estas estimaciones se encuentra en la sección titulada Nota general sobre los datos.

<sup>R</sup> Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el periodo especificado en el titular de la columna.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Trabajo infantil** – Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2022.

**Matrimonio infantil** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2022.

**Registro de nacimientos** – EDS, MICS, otras encuestas nacionales, censos y sistemas de registro vital. Última actualización: marzo de 2022.

**Mutilación genital femenina** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2022.

**Justificación del maltrato a la esposa entre los adolescentes** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2022.

**Disciplina violenta** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2022.

**Violencia sexual en la infancia** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2022.

**Niños en acogimiento residencial** – Registros administrativos. Última actualización: junio de 2022.

**Niños detenidos** – Registros administrativos. Última actualización: junio de 2022.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Trabajo infantil** – Porcentaje de niños de 5 a 17 años que trabajan en el momento de la encuesta. Se considera que un niño participa en el trabajo infantil en las siguientes condiciones: (a) niños de 5 a 11 años que, durante la semana de referencia, realizaron al menos una hora de actividad económica y/o más de 21 horas de tareas domésticas no remuneradas, (b) niños de 12 a 14 años que, durante la semana de referencia, realizaron al menos 14 horas de actividad económica y/o más de 21 horas de tareas domésticas no remuneradas, (c) niños de 15 a 17 años que, durante la semana de referencia, realizaron al menos 43 horas de actividad económica.

**Matrimonio infantil** – Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que contrajeron matrimonio por primera vez o vivieron en pareja antes de los 18 años; porcentaje de hombres de 20 a 24 años que contrajeron matrimonio por primera vez o vivieron en pareja antes de los 18 años.

**Registro de nacimientos** – Porcentaje de niños menores de 5 años y

menores de 1 año que estaban registrados en el momento de la encuesta. El numerador de este indicador incluye a los niños que declaran tener un certificado de nacimiento, independientemente de que el entrevistador lo haya visto o no, y a aquellos sin certificado de nacimiento cuya madre o cuidador dice que el nacimiento ha sido registrado.

**Mutilación genital femenina** – (Fa) Mujeres: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que han sido sometidas a la mutilación genital femenina; (Fb) niñas: porcentaje de niñas de 0 a 14 años que han sido sometidas a la mutilación genital femenina (según informan sus madres); (Fc) quieren que cese la práctica: porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que han oído hablar de la mutilación genital femenina y piensan que la práctica debería cesar.

**Justificación del maltrato a la esposa entre los adolescentes** – Porcentaje de jóvenes de ambos sexos de 15 a 19 años que consideran que está justificado que el marido pegue o golpee a su mujer por al menos una de las razones especificadas, es decir, si la mujer quema la comida, discute con él, sale a la calle sin decirselo, descuida a los hijos o se niega a mantener relaciones sexuales.

**Disciplina violenta** – Porcentaje de niños de 1 a 14 años que han sufrido algún tipo de disciplina violenta (agresión psicológica y/o castigo físico) en el último mes.

**Violencia sexual en la infancia** – Porcentaje de mujeres y hombres de 18 a 29 años que han sufrido violencia sexual a los 18 años.

**Niños en acogimiento residencial** – Tasa de niños de 0 a 17 años institucionalizados por cada 100.000. La institucionalización se define en las Directrices sobre las modalidades alternativas de cuidado de los niños (párrafo 29 (c) iv) como: "acogimiento ejercido en cualquier entorno colectivo no familiar, como los lugares seguros para la atención de emergencia, los centros de tránsito en casos de emergencia y todos los demás centros de acogimiento residencial a plazo corto y largo, incluidos los hogares funcionales". Esto incluye los "orfanatos" y los hogares para grupos pequeños.

**Niños detenidos** – Tasa de niños menores de 18 años detenidos por cada 100.000. La definición de "detención" incluye a los niños detenidos antes del juicio, antes de la sentencia y después de la sentencia en cualquier tipo de instalación (incluida la custodia policial).



**TABLA 13. PROTECCIÓN SOCIAL Y EQUIDAD**

Países y zonas	Madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%) 2010-2019 <sup>R</sup>	Proporción de niños que reciben protección social 2010-2019 <sup>R</sup>	Distribución de las prestaciones de protección social (%) 2010-2019 <sup>R</sup>			Porcentaje de ingresos del hogar (%) 2010-2019 <sup>R</sup>			Coeficiente de Gini 2010-2019 <sup>R</sup>	Índice de desigualdad de ingresos de Palma 2010-2019 <sup>R</sup>	VMIR (índice de desigualdad de ingresos de la gran mayoría) 2010-2019 <sup>R</sup>	PIB per cápita (dólares actuales) 2010-2019 <sup>R</sup>
			40% inferior	20% superior	40% inferior	40% inferior	20% superior	40% inferior				
Afganistán	2	0	-	-	-	-	-	-	31	-	-	507
Albania	-	-	46	14	28	20	41	8	33	1	1	5.353
Alemania	100	100	-	-	-	20	40	8	30	1,1	0,8	46.468
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	28	1	-	40.886
Angola	-	-	-	-	-	12	56	4	51	3,5	0,6	2.791
Anguila	73	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17.113
Arabia Saudita	-	3	-	-	-	-	-	-	42	-	-	23.140
Argelia	11	-	-	-	-	23	37	9	28	1	1	3.974
Argentina	32	80	75	6	49	14	48	5	42	2,1	0,7	9.912
Armenia	62	30	58	9	36	22	39	9	34	1,4	0,7	4.623
Australia	100	100	-	-	-	20	42	7	33	1	1	55.057
Austria	100	100	-	-	-	21	39	8	28	1	0,8	50.122
Azerbaiyán	16	17	29	33	17	-	-	-	27	0,7	0,8	4.793
Bahamas	47	-	-	-	-	-	-	-	41	2	-	34.864
Bahrein	-	57	-	-	-	-	-	-	60	-	-	23.504
Bangladesh	21	29	44	18	24	21	41	9	48	3	0,7	1.856
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	32	3	-	18.148
Belarús	100	-	50	17	27	24	35	10	25	1	1	6.698
Bélgica	100	100	-	-	-	23	36	9	25	0,9	0,8	46.345
Belice	20	3	-	-	-	-	-	-	53	3,9	0,5	4.815
Benin	41	12	-	-	-	13	52	3	48	3	1	1.219
Bhután	10	14	-	-	-	18	44	7	37	2	1	3.316
Bolivia (Estado Plurinacional de)	59	66	43	24	25	15	47	5	43	2,2	0,6	3.552
Bosnia y Herzegovina	100	-	37	25	16	20	41	8	33	1	1	6.109
Botswana	24	4	22	36	7	11	59	4	53	3,8	0,5	7.961
Brasil	48	68	59	4	33	11	58	3	54	4,1	0,5	8.717
Brunei Darussalam	63	-	-	-	-	-	-	-	56	5	-	31.087
Bulgaria	100	49	-	-	-	17	48	6	41	2	0,7	9.828
Burkina Faso	0	-	3	68	2	20	44	8	35	1,5	0,7	787
Burundi	-	-	-	-	-	18	46	7	39	1,7	0,7	261
Cabo Verde	19	38	-	-	-	15	49	6	46	2,1	0,6	3.604
Camboya	2	5	-	-	-	-	-	-	31	1,2	0,7	1.643
Camerún	1	2	1	51	0	13	52	5	47	2,7	0,6	1.507
Canadá	100	40	-	-	-	20	41	7	30	1,1	0,7	46.190
Chad	-	-	3	65	1	15	49	5	43	2	1	710
Chequia	100	-	-	-	-	25	36	10	24	0,8	0,8	23.490
Chile	47	69	42	11	19	16	51	6	48	2,9	0,6	14.896
China	69	3	48	16	24	17	45	7	47	1,7	0,7	10.217
Chipre	100	60	-	-	-	21	41	8	31	1,2	0,7	27.858
Colombia	-	36	68	3	39	12	56	4	53	3,9	0,6	6.429
Comoras	-	-	-	-	-	14	50	5	45	3	1	1.370
Congo	-	-	-	-	-	12	54	4	49	3,1	0,6	2.280
Costa Rica	23	39	64	3	30	13	54	4	50	3,1	0,6	12.244
Côte d'Ivoire	-	-	4	57	1	16	48	6	61	6,4	0,7	2.276
Croacia	100	-	61	12	39	21	38	8	29	1	0,8	14.944
Cuba	43	0	-	-	-	-	-	-	27	1	-	8.822
Dinamarca	100	100	-	-	-	23	38	9	28	1	1	60.213
Djibouti	5	4	74	9	54	16	48	5	42	2	0,7	3.415
Dominica	39	-	-	-	-	-	-	-	44	2,5	-	8.111
Ecuador	7	9	60	6	32	14	51	5	46	2,5	0,6	6.184
Egipto	100	-	-	-	-	22	41	9	32	1,2	0,7	3.019
El Salvador	11	9	57	10	28	17	46	6	41	1,9	0,7	4.187
Emiratos Árabes Unidos	-	1	-	-	-	23	35	9	33	1	-	43.103
Eritrea	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	643
Eslovaquia	100	100	-	-	-	24	34	9	23	1	1	19.266
Eslovenia	96	79	-	-	-	25	35	10	24	1	1	25.941
España	100	100	-	-	-	18	41	6	33	1,3	0,7	29.565
Estado de Palestina	7	12	30	29	15	19	41	7	45	2,5	0,7	3.562
Estados Unidos de América	-	-	-	-	-	16	47	5	42	2	1	65.298
Estonia	100	100	-	-	-	21	38	8	31	1,1	0,7	23.718
Eswatini	14	-	47	13	23	11	60	4	55	4,1	0,5	3.895
Etiopía	-	5	39	27	17	19	43	7	33	1,5	0,7	856
Federación de Rusia	63	100	34	22	13	18	45	7	35	1,4	0,7	11.585

**TABLA 13. PROTECCIÓN SOCIAL Y EQUIDAD**

Países y zonas	Madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%) 2010–2019 <sup>R</sup>	Proporción de niños que reciben protección social 2010–2019 <sup>R</sup>	Distribución de las prestaciones de protección social (%) 2010–2019 <sup>R</sup>			Porcentaje de ingresos del hogar (%) 2010–2019 <sup>R</sup>			Coeficiente de Gini 2010–2019 <sup>R</sup>	Índice de desigualdad de ingresos de Palma 2010–2019 <sup>R</sup>	VMIR (índice de desigualdad de ingresos de la gran mayoría) 2010–2019 <sup>R</sup>	PIB per cápita (dólares actuales) 2010–2019 <sup>R</sup>
			40% inferior	20% superior	40% inferior	40% inferior	20% superior	40% inferior				
Fiji	25	3	35	24	17	19	45	8	37	1,6	0,7	6.176
Filipinas	12	31	55	13	28	16	49	6	44	2,3	0,6	3.485
Finlandia	100	100	-	-	-	23	37	9	26	0,9	0,8	48.771
Francia	100	100	-	-	-	21	41	8	29	1,1	0,7	40.496
Gabón	-	-	-	-	-	17	44	6	38	2	1	7.767
Gambia	-	-	87	8	4	19	44	7	36	1,5	0,7	778
Georgia	26	48	66	8	44	19	43	7	36	2	1	4.698
Ghana	42	26	82	4	58	14	49	5	44	2,3	0,6	2.202
Granada	85	-	-	-	-	-	-	-	37	1,6	-	10.809
Grecia	100	-	-	-	-	20	40	7	31	1	1	19.581
Guatemala	18	3	56	10	30	13	54	5	45	2,4	0,6	4.620
Guinea	-	-	-	-	-	20	42	8	34	1,3	0,7	963
Guinea-Bissau	-	-	-	-	-	-	-	-	51	3,3	0,5	697
Guinea Ecuatorial	-	-	-	-	-	-	-	-	50	-	-	8.132
Guyana	30	-	-	-	-	-	-	-	35	2	1	6.610
Haití	-	4	-	-	-	16	47	6	61	6,5	0,4	1.272
Honduras	-	19	55	16	28	12	52	4	49	3	1	2.575
Hungría	100	100	-	-	-	22	38	8	28	1	0,8	16.730
India	42	24	43	17	23	20	44	8	52	3,6	0,7	2.100
Indonesia	28	26	58	6	31	18	46	7	38	1,7	0,7	4.136
Irán (República Islámica del)	13	16	-	-	-	16	49	6	41	2	1	5.550
Iraq	-	-	27	35	12	22	39	9	41	2	0,8	5.955
Irlanda	100	100	-	-	-	21	40	8	28	1	1	78.779
Islandia	100	-	-	-	-	24	36	10	23	0,8	0,8	67.084
Islas Cook	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3.788
Islas Salomón	24	-	-	-	-	18	45	7	37	1,6	0,7	2.374
Islas Turcas y Caicos	58	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	31.353
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	100	-	-	-	-	16	44	5	35	1	1	43.589
Italia	100	-	-	-	-	18	42	6	33	1,3	0,7	33.226
Jamaica	7	27	52	2	32	16	48	6	37	1,7	0,6	5.582
Japón	-	85	-	-	-	21	41	8	34	1,3	0,8	40.247
Jordania	5	9	-	-	-	-	-	-	40	2	0,7	4.405
Kazajstán	44	57	39	20	19	23	38	10	27	1	0,8	9.813
Kenya	30	4	38	24	20	17	48	6	41	1,9	0,7	1.817
Kirguistán	24	17	62	7	35	23	40	10	28	1	1	1.310
Kiribati	-	1	-	-	-	-	-	-	37	1,6	0,7	1.655
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	36	2,4	-	32.000
Lesotho	-	10	48	10	23	14	50	5	45	2,4	0,5	1.118
Letonia	100	100	-	-	-	19	42	7	35	1,4	0,7	17.819
Líbano	-	-	-	-	-	21	40	8	32	1,2	0,8	7.584
Liberia	-	6	40	16	23	19	43	7	35	1,4	0,7	622
Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	-	7.686
Liechtenstein	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	181.403
Lituania	100	-	-	-	-	19	43	7	35	1,5	0,7	19.551
Luxemburgo	100	100	-	-	-	19	42	7	32	1	1	114.685
Macedonia del Norte	100	-	-	-	-	19	39	6	31	1,1	0,7	6.022
Madagascar	-	-	-	-	-	16	49	6	43	2,1	0,6	523
Malasia	47	3	48	12	25	16	47	6	41	2	1	11.414
Malawi	-	10	37	17	18	16	52	6	45	2,4	0,6	412
Maldivas	26	8	35	23	15	21	40	8	31	1	1	10.627
Malí	-	5	-	-	-	-	-	-	33	1	1	879
Malta	100	-	-	-	-	22	38	9	28	1	0,8	29.737
Marruecos	-	-	-	-	-	17	47	7	40	2	1	3.204
Mauricio	-	-	29	27	12	19	45	7	37	2	0,7	11.099
Mauritania	-	-	-	-	-	20	40	8	33	1	1	1.679
México	11	23	51	16	28	15	52	5	46	2,6	0,6	9.946
Micronesia (Estados Federados de)	-	7	-	-	-	16	46	6	40	1,8	0,7	3.568
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	185.829
Mongolia	100	85	45	18	24	20	41	8	33	1,3	0,7	4.340
Montenegro	100	-	61	11	43	16	44	5	34	1,3	0,7	8.910
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	0	0	-	-	-	12	60	4	47	3,8	0,5	504

**TABLA 13. PROTECCIÓN SOCIAL Y EQUIDAD**

Países y zonas	Madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%) 2010-2019 <sup>R</sup>	Proporción de niños que reciben protección social 2010-2019 <sup>R</sup>	Distribución de las prestaciones de protección social (%) 2010-2019 <sup>R</sup>			Porcentaje de ingresos del hogar (%) 2010-2019 <sup>R</sup>			Coeficiente de Gini 2010-2019 <sup>R</sup>	Índice de desigualdad de ingresos de Palma 2010-2019 <sup>R</sup>	VMIR (índice de desigualdad de ingresos de la gran mayoría) 2010-2019 <sup>R</sup>	PIB per cápita (dólares actuales) 2010-2019 <sup>R</sup>
			40% inferior	20% superior	40% inferior	40% inferior	20% superior	40% inferior				
Myanmar	2	2	50	13	33	22	40	9	31	1	0,7	1.408
Namibia	25	23	35	26	18	9	64	3	56	6	1	4.957
Nauru	-	-	-	-	-	19	43	8	-	1,9	-	9.397
Nepal	10	23	-	-	-	-	-	-	33	1,3	0,7	1.071
Nicaragua	18	3	-	-	-	14	52	5	46	2,6	0,6	1.913
Níger	-	4	29	17	13	20	42	8	34	1,4	0,7	554
Nigeria	0	12	45	16	21	19	42	7	35	1,4	0,6	2.230
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	100	100	-	-	-	23	37	9	25	1	1	75.420
Nueva Zelanda	100	67	-	-	-	-	-	-	34	1,4	-	41.558
Omán	-	-	-	-	-	-	-	-	40	-	-	15.343
Países Bajos	100	100	-	-	-	23	37	9	28	1	0,8	52.295
Pakistán	-	5	60	8	33	22	41	9	33	1,4	0,7	1.285
Palau	-	60	-	-	-	-	-	-	51	4	-	14.902
Panamá	19	22	51	12	25	12	54	4	51	3	0,6	15.731
Papua Nueva Guinea	-	-	-	-	-	-	-	-	42	2,1	0,7	2.829
Paraguay	8	19	58	4	28	14	51	5	47	2,8	0,6	5.415
Perú	9	16	81	2	51	15	47	5	43	2	0,6	6.978
Polonia	100	100	62	9	38	22	39	8	29	1	0,8	15.695
Portugal	100	93	-	-	-	20	41	7	32	1,2	0,7	23.214
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	40	-	-	62.088
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	100	66	-	-	-	19	42	7	35	1,3	0,7	42.329
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-	-	-	34	1,2	0,7	1.178
República Centroafricana	0	0	-	-	-	-	-	-	56	4,5	0,5	468
República de Corea	-	40	-	-	-	21	39	8	35	1,4	0,8	31.846
República de Moldova	100	-	51	13	30	24	36	10	26	1	1	4.494
República Democrática del Congo	-	1	8	64	3	16	48	6	42	2,1	0,6	581
República Democrática Popular Lao	13	-	-	-	-	18	46	7	36	1,6	0,7	2.535
República Dominicana	17	62	45	12	21	16	49	6	43	2,2	0,6	8.282
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	0	-	54	9	18	17	48	7	40	2	1	1.122
Rumania	100	100	52	15	32	17	41	5	35	1,4	0,8	12.913
Rwanda	1	5	31	34	14	16	51	6	44	2	1	820
Saint Kitts y Nevis	78	-	-	-	-	-	-	-	40	-	-	19.935
Samoa	29	0	-	-	-	18	46	7	39	2	1	4.324
San Marino	100	-	-	-	-	-	-	-	28	-	-	48.995
San Vicente y las Granadinas	29	-	-	-	-	-	-	-	40	-	-	7.458
Santa Lucía	39	-	-	-	-	11	55	3	51	4	1	11.611
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	2	-	-	-	-	12	61	4	56	4,2	0,8	1.947
Senegal	3	1	7	69	3	17	47	6	40	1,9	0,7	1.447
Serbia	-	-	51	18	35	17	42	5	33	1,3	0,7	7.412
Seychelles	-	-	-	-	-	20	39	7	47	2,6	0,6	17.448
Sierra Leona	-	1	-	-	-	20	44	8	36	2	1	528
Singapur	89	-	-	-	-	-	-	-	47	1,9	-	65.233
Somalia	-	-	-	-	-	-	-	-	41	2	-	127
Sri Lanka	29	32	59	7	33	18	47	7	45	2,5	0,7	3.853
Sudáfrica	8	77	50	10	25	7	68	2	67	10,1	0,4	6.001
Sudán	-	-	-	-	-	20	42	8	34	1	1	442
Sudán del Sur	-	18	-	-	-	-	-	-	46	3	1	1.120
Suecia	100	100	-	-	-	21	38	8	28	1	0,8	51.648
Suiza	100	100	-	-	-	20	41	8	31	1,2	0,7	81.989
Suriname	0	58	-	-	-	-	-	-	38	5,8	0,5	6.360
Tailandia	40	21	52	12	26	19	43	8	36	1,5	0,7	7.807
Tayikistán	67	14	15	43	8	19	42	7	34	1,4	0,7	871
Timor-Leste	-	38	42	25	14	23	38	9	29	1	1	1.561
Togo	-	49	-	-	-	15	49	5	43	2	1	679
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	26	3	-	-	-	18	45	7	38	1,6	0,7	4.903
Trinidad y Tabago	40	15	-	-	-	-	-	-	40	1,9	0,7	17.398
Túnez	25	29	-	-	-	20	41	8	33	1	1	3.317
Türkiye	-	-	64	6	38	16	48	5	42	2	0,6	9.127

**TABLA 13. PROTECCIÓN SOCIAL Y EQUIDAD**

Países y zonas	Madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%) 2010–2019 <sup>R</sup>	Proporción de niños que reciben protección social 2010–2019 <sup>R</sup>	Distribución de las prestaciones de protección social (%) 2010–2019 <sup>R</sup>			Porcentaje de ingresos del hogar (%) 2010–2019 <sup>R</sup>			Coeficiente de Gini 2010–2019 <sup>R</sup>	Índice de desigualdad de ingresos de Palma 2010–2019 <sup>R</sup>	VMIR (índice de desigualdad de ingresos de la gran mayoría) 2010–2019 <sup>R</sup>	PIB per cápita (dólares actuales) 2010–2019 <sup>R</sup>
			40% inferior	20% superior	40% inferior	40% inferior	20% superior	40% inferior				
Turkmenistán	-	-	-	-	-	-	-	-	27	2	0,7	6.967
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	39	1,8	0,7	4.059
Ucrania	100	100	46	16	22	24	37	10	26	1	1	3.659
Uganda	5	-	10	79	3	16	50	6	43	2,1	0,6	794
Uruguay	100	-	59	13	37	16	46	6	39	1,8	0,7	16.190
Uzbekistán	16	29	49	14	30	19	44	7	40	2	1	1.725
Vanuatu	-	13	-	-	-	-	-	-	38	1,6	0,7	3.115
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	-	-	-	-	-	38	2	1	16.054
Viet Nam	44	1	83	3	64	19	43	7	42	2	1	2.715
Yemen	-	-	-	-	-	19	45	7	37	1,6	0,7	774
Zambia	4	21	9	59	1	9	61	3	57	5	1	1.305
Zimbabwe	-	7	61	16	49	15	51	6	44	2	1	1.464

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	7	14	34	31	17	16	48	6	42	3	1	1.604
África Occidental y Central	6	10	31	35	15	17	45	6	40	2	0,7	1.578
África Oriental y Meridional	9	19	39	28	18	15	51	6	44	3	0,6	1.628
América del Norte	-	-	-	-	-	16	46	5	40	1,9	0,7	63.369
América Latina y Caribe	31	45	59	8	33	13	53	4	48	3,1	0,6	8.810
Asia Meridional	38	22	46	16	24	20	44	8	49	3,2	0,7	1.961
Asia Oriental y Pacífico	57	14	51	14	27	18	45	7	43	2	1	11.386
Europa del Este y Asia Central	66	81	45	17	24	19	43	7	34	1,4	0,7	8.437
Europa Occidental	100	100	-	-	-	20	40	7	30	1,1	0,8	38.421
Europa y Asia Central	85	91	47	16	25	20	42	7	32	1	1	24.694
Oriente Medio y Norte de África	49	-	-	-	-	20	43	8	36	1,5	0,7	7.756
Países menos desarrollados	9	12	33	33	16	18	46	7	40	2,2	0,7	1.078
<b>Mundo</b>	<b>48</b>	<b>27</b>	<b>47</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>18</b>	<b>45</b>	<b>7</b>	<b>43</b>	<b>2,2</b>	<b>0,7</b>	<b>11.562</b>

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de Clasificaciones regionales o visite <a href="http://data.unicef.org/regionalclassifications">data.unicef.org/regionalclassifications</a>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

- Datos no disponibles.

<sup>R</sup> Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el titular de la columna.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%)** – Informe Mundial sobre Protección Social de la OIT, 2017–2020. Última actualización: mayo de 2021.

**Proporción de niños que reciben protección social** – Informe Mundial sobre la Protección Social de la OIT, 2017–2020. Última actualización: mayo de 2021.

**Distribución de las prestaciones de protección social** – El Atlas de la Protección Social: Indicadores de resiliencia y equidad. Última actualización: mayo de 2021.

**Proporción de los ingresos de los hogares** – Indicadores del Desarrollo Mundial. Última actualización: febrero de 2021.

**Coeficiente de Gini** – Base de datos mundial sobre la desigualdad de ingresos. Última actualización: mayo de 2020.

**Índice de desigualdad de ingresos de Palma** – Base de datos mundial sobre la desigualdad de los ingresos. Última actualización: mayo de 2020.

**PIB per cápita (dólares actuales)** – Indicadores del Desarrollo Mundial. Última actualización: febrero de 2021.

**VMIR (índice de desigualdad de ingresos de la gran mayoría)** – Estimaciones de UNICEF basadas en los Indicadores del Desarrollo Mundial. Última actualización: febrero de 2021.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%)** – Proporción de mujeres que dan a luz que reciben prestaciones por maternidad en efectivo: relación entre las mujeres que reciben prestaciones por maternidad en metálico y las mujeres que dan a luz en el mismo año (estimación basada en las tasas de fecundidad por edad publicadas en las Perspectivas de la población mundial de las Naciones Unidas o en el número de nacidos vivos corregido para tener en cuenta la proporción de nacimientos de gemelos y trillizos).

**Proporción de niños que reciben protección social** – Proporción de niños cubiertos por las prestaciones de protección social: relación entre los niños/hogares que reciben prestaciones económicas por hijos o familiares y el número total de niños/hogares con hijos.

**Distribución de las prestaciones de protección social** – Porcentaje de prestaciones que van al primer quintil, al 40% inferior y al 5º quintil en relación con el total de prestaciones que van a la población. La cobertura de la protección social incluye: la prestación de asistencia social a través de transferencias monetarias a quienes las necesitan, especialmente los niños; las prestaciones y ayudas a las personas en edad de trabajar en caso de maternidad o discapacidad; y la cobertura de las pensiones para las personas mayores.

**Proporción de los ingresos de los hogares** – Porcentaje de los ingresos percibidos por el 20% de los hogares con mayores ingresos, por el 40% de los hogares con menores ingresos y por el 20% de los hogares con menores ingresos.

**Coeficiente de Gini** – El índice de Gini mide hasta qué punto la distribución de la renta (o, en algunos casos, del gasto de consumo)

entre los individuos o los hogares de una economía se desvía de una distribución perfectamente igualitaria. Una curva de Lorenz traza los porcentajes acumulativos de los ingresos totales recibidos en relación con el número acumulado de beneficiarios, comenzando por el individuo u hogar más pobre. El índice de Gini mide el área entre la curva de Lorenz y una línea hipotética de igualdad absoluta, expresada como porcentaje del área máxima bajo la línea. Así, un índice de Gini de 0 representa una igualdad perfecta, mientras que un índice de 100 implica una desigualdad perfecta.

**Índice de desigualdad de ingresos de Palma** – El índice de Palma se define como la relación del ingreso nacional bruto del 10% más rico de la población dividido por el del 40% más pobre.

**PIB per cápita (dólares actuales)** – El PIB per cápita es el producto interior bruto dividido por la población a mitad de año. El PIB es la suma del valor bruto añadido por todos los productores residentes en la economía más los impuestos sobre los productos y menos las subvenciones no incluidas en el valor de los productos. Se calcula sin hacer deducciones por depreciación de los activos fabricados o por agotamiento y degradación de los recursos naturales. Los datos se expresan en dólares actuales.

**VMIR (índice de desigualdad de ingresos de la gran mayoría)** – El índice de ingresos de la gran mayoría mide el índice de ingresos del primer 80% (gran mayoría) en la clasificación de ingresos.

**TABLA 14. AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE**

Países y zonas	Hogares 2020									Escuelas 2021						Centros de salud 2021						
	Al menos servicios básicos de agua potable (%)			Al menos servicios básicos de saneamiento (%)			Instalaciones básicas de higiene (%)			Servicios básicos de agua (%)			Servicios básicos de saneamiento (%)			Servicios básicos de higiene (%)			Servicios básicos de agua (%)	Servicios básicos de saneamiento (%)	Servicios básicos de higiene (%)	Servicios básicos de gestión de residuos (%)
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Pri- maria	Se- cun- daria	Total	Pri- maria	Se- cun- daria	Total	Pri- maria	Se- cun- daria				
Afganistán	75	100	66	50	67	45	38	64	29	66	58	75	38	26	65	8	5	11	-	-	-	-
Albania	95	96	94	99	99	99	-	-	-	64	56	73	89	79	92	84	69	90	-	-	-	-
Alemania	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Andorra	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	100
Angola	57	72	28	52	65	24	27	34	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	99	100	100	100	100	100	99	100	-	-	-	-
Arabia Saudita	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Argelia	94	96	90	86	88	79	85	88	75	90	85	92	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-
Argentina	-	100	-	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Armenia	100	100	100	94	100	83	95	97	91	98	99	97	-	-	-	98	98	97	97	41	69	97
Australia	100	100	100	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Austria	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	96	100	91	-	96	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	48	100	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	88
Bangladesh	98	97	98	54	53	55	58	66	54	81	80	95	57	48	58	56	85	28	64	31	38	34
Barbados	99	-	-	98	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Belarús	97	96	99	98	98	97	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Bélgica	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-
Belice	98	99	98	88	94	84	90	92	89	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Benin	65	73	58	17	27	8	12	17	8	43	43	-	-	-	73	49	51	47	-	-	-	-
Bhután	97	98	97	77	77	76	92	89	93	72	-	-	76	-	-	-	-	-	95	16	73	36
Bolivia (Estado Plurinacional de)	93	99	80	66	75	44	27	29	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bosnia y Herzegovina	96	95	97	-	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	92	98	79	80	91	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	99	100	96	90	94	63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	-	-
Brunei Darussalam	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	-	100	100	100	-	-	-	-
Bulgaria	99	100	97	86	87	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	47	80	33	22	40	13	9	17	5	61	62	46	52	58	56	32	33	16	74	-	-	21
Burundi	62	91	58	46	41	46	6	19	4	46	45	52	45	35	93	18	18	14	48	-	-	82
Cabo Verde	89	93	80	79	83	72	-	-	-	-	-	100	93	92	93	86	83	100	-	-	-	-
Camboya	71	90	65	69	93	61	74	83	71	76	83	82	32	41	47	68	73	67	-	-	-	-
Camerún	66	82	44	45	61	23	36	47	22	37	37	-	39	39	-	-	-	-	-	-	-	-
Canadá	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chad	46	74	38	12	40	4	25	35	22	37	30	-	-	-	-	20	20	-	-	-	-	75
Chequia	100	100	100	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	100	100
Chile	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
China	94	97	90	92	95	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	-	36	-
Chipre	100	100	100	99	100	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	97	100	87	94	96	84	68	76	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comoras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-
Congo	74	87	46	20	27	6	-	-	-	54	54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	100	100	100	98	98	97	86	87	83	84	86	76	81	77	94	81	79	89	100	-	-	-
Côte d'Ivoire	71	85	56	35	48	21	22	31	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	-	-	14
Croacia	-	100	-	97	98	95	-	-	-	95	-	-	95	-	-	99	-	-	-	-	-	-
Cuba	97	98	94	91	93	86	92	94	86	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Dinamarca	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Djibouti	76	84	47	67	79	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	94	91	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Ecuador	95	100	87	92	93	89	87	92	79	79	82	93	59	59	68	51	50	33	-	-	-	49
Egipto	99	100	99	97	100	96	90	93	88	-	-	-	100	100	100	100	100	100	84	68	60	-
El Salvador	98	100	93	82	87	70	-	-	-	82	80	84	88	87	92	-	-	-	-	-	-	-
Emiratos Árabes Unidos	100	-	-	99	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Eritrea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	33	26	46	5	3	8	-	-	-	-
Eslovaquia	100	100	100	98	99	96	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Eslovenia	100	-	-	98	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
España	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Estado de Palestina	98	98	99	99	99	98	92	92	92	100	100	100	96	99	99	21	-	-	93	4	87	57
Estados Unidos de América	100	100	100	100	100	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Estonia	100	100	-	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	100	100
Eswatini	71	97	62	64	52	68	24	48	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	73

**TABLA 14. AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE**

Países y zonas	Hogares 2020									Escuelas 2021						Centros de salud 2021						
	Al menos servicios básicos de agua potable (%)			Al menos servicios básicos de saneamiento (%)			Instalaciones básicas de higiene (%)			Servicios básicos de agua (%)			Servicios básicos de saneamiento (%)			Servicios básicos de higiene (%)			Servicios básicos de agua (%)	Servicios básicos de saneamiento (%)	Servicios básicos de higiene (%)	Servicios básicos de gestión de residuos (%)
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Pri- maria	Se- cun- daria	Total	Pri- maria	Se- cun- daria	Total	Pri- maria	Se- cun- daria				
Etiopía	50	84	40	9	21	5	8	20	5	15	15	22	40	39	61	20	16	29	-	-	-	64
Federación de Rusia	97	99	92	89	95	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	94	98	89	99	99	99	-	-	-	87	87	90	76	83	80	70	76	45	69	9	42	56
Filipinas	94	97	91	82	82	82	82	85	79	45	45	46	74	70	90	61	64	52	-	-	-	-
Finlandia	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Francia	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Gabón	85	90	45	50	51	40	-	-	-	60	59	57	-	-	-	59	57	69	-	-	-	-
Gambia	81	88	69	47	60	26	18	18	18	-	-	-	63	83	78	-	-	-	-	-	-	-
Georgia	97	99	94	86	95	72	92	95	87	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	86	96	72	24	28	17	42	47	35	78	78	79	59	62	65	54	52	52	67	-	62	51
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100	99	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-
Grecia	100	100	100	99	99	98	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	94	98	90	68	79	56	-	-	-	-	-	-	76	76	-	-	-	-	67	-	-	-
Guinea	64	87	51	30	46	21	20	33	13	-	37	-	52	52	-	-	-	-	-	-	-	45
Guinea-Bissau	59	71	50	18	35	5	18	23	14	63	-	-	37	-	-	75	-	-	74	17	47	2
Guinea Ecuatorial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	96	100	94	86	92	84	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Haití	67	85	43	37	46	25	22	28	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64	-	-	6
Honduras	96	100	90	84	86	80	-	-	-	100	76	71	-	-	-	-	-	-	55	4	30	28
Hungría	100	100	100	98	98	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
India	90	94	89	71	79	67	68	82	60	74	67	75	86	86	84	53	53	53	-	-	-	-
Indonesia	92	98	86	86	92	80	94	96	91	73	72	75	47	43	55	66	66	64	-	-	-	74
Irán (República Islámica del)	97	99	94	90	93	82	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	22	93	52
Iraq	98	100	95	100	100	100	97	98	97	60	-	-	57	-	-	66	-	-	67	-	49	21
Irlanda	97	97	98	91	90	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islandia	100	100	100	99	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	100	-	-	99	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	60	-	20
Islas Marshall	89	87	94	84	91	59	85	86	80	63	68	57	78	65	92	69	63	74	-	-	-	-
Islas Salomón	67	91	59	35	78	21	-	-	28	36	43	59	17	10	22	12	3	3	69	5	23	19
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	100	-	-	-	-	-	-	-	-	91	94	88	87	94	80	91	100	80	-	-	-	-
Israel	100	100	100	100	100	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Italia	100	-	-	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Jamaica	91	95	85	87	83	91	-	-	-	95	93	97	96	94	97	97	97	98	-	-	-	-
Japón	99	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	99	99	97	97	97	95	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	55	41	50	-
Kazajstán	95	98	92	98	97	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kenya	62	87	52	33	36	32	27	33	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	4	45	47
Kirguistán	92	99	87	98	95	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	-	-	-
Kiribati	78	92	61	46	51	39	56	59	51	76	67	86	66	72	60	-	-	-	65	-	-	17
Kuwait	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-
Lesotho	72	93	64	50	47	52	6	10	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letonia	99	99	99	92	96	84	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Líbano	93	-	-	99	-	-	-	-	-	59	60	61	93	92	95	36	34	46	61	16	-	64
Liberia	75	86	64	18	29	6	-	-	-	50	44	65	27	24	35	-	-	-	-	-	-	31
Libia	100	-	-	92	-	-	-	-	-	17	-	-	61	-	-	13	-	-	-	-	-	43
Liechtenstein	100	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	98	100	94	94	98	86	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	99	93
Luxemburgo	100	100	99	98	97	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macedonia del Norte	98	98	97	98	99	97	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	100
Madagascar	53	80	36	12	19	8	27	38	20	37	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malasia	97	99	90	-	100	-	-	-	-	97	95	99	99	99	100	98	97	99	-	-	-	-
Malawi	70	86	67	27	34	25	8	14	7	78	87	82	66	79	53	21	28	-	76	3	27	42
Maldivas	100	99	100	99	100	99	96	97	95	100	100	100	96	-	-	-	-	-	55	15	80	30
Malí	83	96	72	45	56	37	17	27	9	70	70	-	30	30	20	63	63	-	-	-	57	
Malta	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	90	98	77	87	96	71	-	-	-	85	75	94	82	81	96	88	81	96	-	-	-	-
Mauricio	100	100	100	-	96	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	93	94	91	-	-	-	-
Mauritania	72	89	50	50	75	19	-	-	-	51	51	-	31	27	32	-	-	-	-	-	-	44
México	100	100	98	92	94	86	-	-	-	-	-	-	74	74	80	-	-	-	82	-	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	39	18	42	35
Mónaco	100	100	-	100	100	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-

**TABLA 14. AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE**

Países y zonas	Hogares 2020									Escuelas 2021						Centros de salud 2021						
	Al menos servicios básicos de agua potable (%)			Al menos servicios básicos de saneamiento (%)			Instalaciones básicas de higiene (%)			Servicios básicos de agua (%)			Servicios básicos de saneamiento (%)			Servicios básicos de higiene (%)			Servicios básicos de agua (%)	Servicios básicos de saneamiento (%)	Servicios básicos de higiene (%)	Servicios básicos de gestión de residuos (%)
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Pri- maria	Se- cun- daria	Total	Pri- maria	Se- cun- daria	Total	Pri- maria	Se- cun- daria				
Mongolia	85	97	61	68	76	51	86	89	81	74	73	73	63	70	63	41	44	66	-	-	-	-
Montenegro	99	99	98	98	100	94	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	85	100	100
Montserrat	98	-	-	89	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Mozambique	63	88	49	37	61	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	43	-	-
Myanmar	84	95	78	74	79	71	75	83	71	77	74	82	74	72	71	59	54	62	-	-	-	-
Namibia	84	96	71	35	50	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nauru	100	100	-	-	-	-	-	-	-	100	100	100	93	100	83	80	75	86	-	-	-	-
Nepal	90	90	90	77	76	77	62	75	59	47	39	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nicaragua	82	97	59	73	81	61	-	-	-	54	-	-	12	-	-	40	-	-	58	-	-	31
Niger	47	86	39	15	52	7	23	39	20	-	-	48	25	26	-	15	15	16	25	0	4	36
Nigeria	78	92	62	43	52	33	33	41	25	35	31	49	38	35	41	19	18	20	52	14	35	35
Niue	97	-	-	96	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Noruega	100	100	100	98	98	98	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Nueva Zelandia	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	92	95	76	99	99	99	97	-	-	100	-	-	98	-	-	100	100	100	100	95	100	98
Países Bajos	100	100	100	98	98	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Pakistán	90	93	89	68	82	60	80	90	74	-	63	85	-	34	60	-	-	-	16	55	14	-
Palau	100	100	100	100	100	99	-	-	-	89	84	95	89	84	95	89	84	95	-	-	-	-
Panamá	94	98	86	85	93	65	-	-	-	34	27	41	-	-	-	55	53	56	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	45	86	39	19	49	15	30	62	25	47	46	65	46	46	69	12	11	16	-	-	-	-
Paraguay	100	100	99	93	95	88	80	85	72	72	-	-	-	-	-	-	-	85	26	-	6	
Perú	93	97	81	79	84	60	-	-	55	77	77	75	80	80	85	-	-	-	46	7	-	28
Polonia	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Portugal	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Qatar	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	100	100	100	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	94	95	92	90	90	90	83	85	80	49	49	49	49	51	47	21	22	23	68	-	-	-
República Centroafricana	37	50	28	14	25	6	22	34	12	16	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Corea	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
República de Moldova	91	97	85	79	87	73	-	-	-	92	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-
República Democrática del Congo	46	75	22	15	20	11	19	27	12	-	-	-	-	-	-	-	-	30	-	-	0	-
República Democrática Popular Lao	85	97	78	79	98	69	56	73	46	56	56	-	32	32	-	35	35	-	80	4	16	19
República Dominicana	97	98	90	87	89	77	47	50	33	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Popular Democrática de Corea	94	97	89	85	92	73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	61	89	45	32	47	23	48	63	40	56	50	70	44	31	66	15	15	18	55	6	42	28
Rumania	100	100	100	87	97	76	-	-	-	72	64	85	72	64	87	72	64	87	-	-	-	-
Rwanda	60	83	56	69	50	73	5	13	3	64	59	77	68	66	73	52	50	49	73	6	65	52
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-	100	-	-	-	-
Samoa	92	92	92	97	95	97	79	-	-	100	100	100	100	99	100	100	100	100	-	-	-	-
San Marino	100	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	100	100
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100	99	99	100	99	99	100	99	-	-	-	-
Santa Lucía	97	97	97	83	79	84	-	-	-	100	100	100	100	100	100	97	100	94	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	78	80	74	48	51	39	55	59	44	-	-	-	76	70	-	-	-	-	-	-	-	-
Senegal	85	95	75	57	68	46	22	35	10	-	-	-	16	9	40	22	25	9	82	-	-	25
Serbia	95	95	96	98	100	96	-	-	-	98	-	-	99	-	-	98	-	-	98	6	86	85
Seychelles	-	-	-	100	-	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	80
Sierra Leona	64	78	53	17	25	10	21	24	19	49	52	66	20	46	25	-	-	25	15	39	64	-
Singapur	100	100	-	100	100	-	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Somalia	56	79	37	39	56	25	25	32	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	92	100	91	94	93	94	-	-	-	85	82	87	92	91	93	-	-	-	99	-	-	27
Sudáfrica	94	99	83	78	77	81	44	53	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudán	60	74	53	37	60	24	13	-	-	43	43	-	-	-	-	8	8	-	27	7	17	3
Sudán del Sur	41	70	34	16	42	9	-	-	-	51	51	-	37	37	-	18	18	-	-	-	-	-
Suecia	100	100	100	99	99	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suiza	100	100	100	100	100	100	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Suriname	98	99	97	90	94	82	72	75	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tailandia	100	100	100	99	99	98	85	87	83	100	100	100	100	100	100	100	100	100	88	81	93	-
Tayikistán	82	96	77	97	94	98	73	87	68	79	-	-	47	-	-	26	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	85	96	80	57	74	49	28	43	22	70	71	62	-	-	-	60	61	52	-	-	-	9
Togo	69	91	52	19	33	8	17	27	10	38	33	54	79	78	68	18	19	16	-	-	-	-

**TABLA 14. AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE**

Países y zonas	Hogares 2020									Escuelas 2021						Centros de salud 2021						
	Al menos servicios básicos de agua potable (%)			Al menos servicios básicos de saneamiento (%)			Instalaciones básicas de higiene (%)			Servicios básicos de agua (%)			Servicios básicos de saneamiento (%)			Servicios básicos de higiene (%)			Servicios básicos de agua (%)	Servicios básicos de saneamiento (%)	Servicios básicos de higiene (%)	Servicios básicos de gestión de residuos (%)
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Pri- maria	Secun- daria	Total	Pri- maria	Secun- daria	Total	Pri- maria	Secun- daria				
Tokelau	100	-	100	97	-	97	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	67
Tonga	99	100	98	93	95	92	70	80	66	99	98	99	98	97	99	91	86	95	92	-	-	63
Trinidad y Tabago	99	-	-	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Túnez	98	99	94	97	98	97	84	91	67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Türkiye	97	97	96	99	100	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Turkmenistán	100	100	100	99	99	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Tuvalu	100	100	100	-	-	-	-	-	-	76	75	76	86	80	92	100	100	100	-	-	-	-
Ucrania	94	91	100	98	98	97	-	-	-	-	-	-	-	-	82	87	96	-	-	-	-	
Uganda	56	79	48	20	28	17	23	36	18	73	73	-	75	77	-	32	30	56	52	-	24	47
Uruguay	99	100	95	98	98	99	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Uzbekistán	98	100	96	100	100	100	-	-	-	79	90	89	75	80	71	87	87	87	-	-	-	-
Vanuatu	91	100	88	53	65	49	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72	9	27	13	
Venezuela (República Bolivariana de)	94	-	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	97	99	96	89	96	85	86	93	82	96	96	-	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-
Yemen	61	77	51	54	79	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13
Zambia	65	87	48	32	41	25	18	29	9	79	78	-	-	-	-	57	55	58	-	-	-	-
Zimbabwe	63	93	48	35	42	32	42	56	36	61	60	63	-	-	-	-	-	81	17	58	78	

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	64	86	49	33	47	23	28	39	21	45	44	50	44	42	52	25	24	28	51	12	36	37
África Occidental y Central	68	87	50	32	44	22	27	36	19	44	40	53	39	38	44	27	26	23	47	12	36	30
África Oriental y Meridional	62	86	48	33	50	24	30	43	22	47	47	47	51	48	64	23	22	33	56	13	36	47
América del Norte	100	100	100	100	100	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
América Latina y Caribe	97	99	90	89	93	73	-	-	-	-	-	-	74	75	81	-	-	-	-	-	-	-
Asia Meridional	91	94	89	69	77	65	68	81	60	74	67	79	81	72	78	52	54	49	-	-	-	-
Asia Oriental y Pacífico	94	98	89	91	95	85	-	-	-	76	74	76	69	66	73	70	70	68	90	-	38	-
Europa del Este y Asia Central	96	98	94	94	97	88	-	-	-	-	-	-	-	-	81	-	-	-	-	-	-	-
Europa Occidental	100	100	100	99	99	99	-	-	-	100	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	-	-
Europa y Asia Central	98	99	97	97	98	93	-	-	-	95	97	98	94	96	96	94	97	98	-	-	-	-
Oriente Medio y Norte de África	95	98	89	92	95	84	-	-	83	79	84	90	86	93	95	82	89	91	81	47	71	40
Países menos desarrollados	67	85	57	37	48	31	37	47	31	56	53	67	49	45	59	32	34	31	53	21	32	34
<b>Mundo</b>	<b>90</b>	<b>96</b>	<b>82</b>	<b>78</b>	<b>88</b>	<b>66</b>	<b>71</b>	<b>-</b>	<b>60</b>	<b>71</b>	<b>67</b>	<b>76</b>	<b>72</b>	<b>68</b>	<b>75</b>	<b>58</b>	<b>58</b>	<b>60</b>	<b>78</b>	<b>-</b>	<b>51</b>	<b>-</b>

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

- Datos no disponibles.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Servicios básicos de agua potable, saneamiento e higiene en los hogares** – Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, el Saneamiento y la Higiene. Última actualización: julio de 2021.

**Servicios básicos de agua, saneamiento e higiene en las escuelas** – Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, el Saneamiento y la Higiene. Última actualización: junio de 2022.

**Servicios básicos de agua, saneamiento e higiene en centros de salud** – Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, el Saneamiento y la Higiene. Última actualización: agosto de 2022.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Población que utiliza al menos servicios básicos de agua potable** – Porcentaje de la población que utiliza una fuente mejorada de agua potable, en la que el tiempo de recogida no supera los 30 minutos en un viaje de ida y vuelta, incluidas las filas de espera (entre las fuentes mejoradas figuran las siguientes: agua canalizada; pozos

de sondeo o pozos tubulares; pozos excavados protegidos; manantiales protegidos; agua de lluvia; y agua envasada o agua suministrada).

**Población que utiliza al menos servicios de saneamiento básico** – Porcentaje de la población que utiliza una instalación de saneamiento mejorada que no se comparte con otros hogares. Las instalaciones mejoradas incluyen: sistemas de alcantarillado con cisternas, fosas sépticas o letrinas de pozo; letrinas de pozo mejoradas y ventiladas; inodoros de compostaje o letrinas de pozo con losas.

**Población con instalaciones básicas de higiene** – Porcentaje de la población con una instalación para el lavado de manos con agua y jabón disponible en el hogar.

**Proporción de escuelas con servicios básicos de agua** – Porcentaje de escuelas con agua potable de una fuente mejorada disponible en la escuela en el momento de la encuesta.

**Proporción de escuelas con servicios básicos de saneamiento** – Porcentaje de escuelas con instalaciones de saneamiento mejoradas en la escuela que son de un solo sexo y utilizables (disponibles, funcionales y privadas) en el momento de la encuesta.

**Proporción de escuelas con servicios básicos de higiene** – Porcentaje de escuelas con instalaciones para lavarse las manos con

agua y jabón disponibles en la escuela en el momento de la encuesta.

**Proporción de centros de salud con servicios básicos de abastecimiento de agua** – Porcentaje de centros de salud con agua disponible de una fuente mejorada situada en las instalaciones.

**Proporción de centros de salud con servicios de saneamiento básico** – Porcentaje de centros de atención de salud con instalaciones de saneamiento mejoradas y utilizables con al menos un retrete dedicado al personal, al menos un retrete separado por sexo con instalaciones de higiene menstrual y al menos un retrete accesible para personas con movilidad limitada.

**Proporción de centros de salud con servicios básicos de higiene** – Porcentaje de centros de atención de salud con instalaciones funcionales para la higiene de las manos (con agua y jabón y/o desinfectante de manos a base de alcohol) disponibles en los puntos de atención, y a menos de cinco metros de los aseos.

**Proporción de centros sanitarios con servicios básicos de gestión de desechos** – Porcentaje de centros de atención de salud donde los desechos se separan de forma segura en por lo menos tres recipientes, y donde los objetos punzantes y los desechos infecciosos se tratan y eliminan de forma segura.



# TABLA 15. ADOLESCENTES

Países y zonas	Población adolescente 2021		Nutrición		Protección			Educación y aprendizaje				Transición al trabajo (%) 2013-2021 <sup>R</sup>					
	Población de 10 a 19 años (miles)	Proporción del total de la población (%)	Delgadez 2016	Sobrepeso	Violencia de pareja íntima (%) 2013-2020 <sup>R</sup>	Acoso (%) 2011-2018 <sup>R</sup>		Competencia en matemáticas		Competencia en lectura		No estudia, no trabaja ni recibe capacitación		Desempleo		Participación en las tareas domésticas	
						Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Afganistán	9.809	24	17	9	29	42	45	-	-	-	-	51	82	9	9	9	22
Albania	349	12	1	24	-	17	18	56	59	38	58	21	17	34	19	1	x 3 x
Alemania	7.602	9	1	25	-	21	21	79	79	76	84	-	-	8	9	-	-
Andorra	8	11	1	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	7.990	23	8	11	24	-	-	-	-	-	-	18	27	17	15	15	19
Anguila	2	12	-	-	-	22	30	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	13	14	3	25	-	24	x 27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	5.735	16	8	35	-	-	-	12	11	34	62	-	-	27	44	-	-
Argelia	7.107	16	6	29	-	48	55	18	21	15	28	-	-	32	38	1	1
Argentina	7.043	16	1	34	-	25	24	35	27	45	51	10 y	12 y	24 y	39 y	0 x	1 x
Armenia	341	12	2	18	0 p	19	15	48	52	-	-	26	11	27	24	0	1
Australia	3.105	12	1	33	-	-	-	78	77	76	85	-	-	18	13	-	-
Austria	856	10	2	26	-	20	21	79	78	71	82	14 y	8 y	17 y	16 y	-	-
Azerbaiján	1.533	15	3	18	12 x	25	26	-	-	-	-	-	-	12 y	17 y	-	-
Bahamas	64	16	3	34	-	25	22	-	-	-	-	-	-	38 x	46 x	-	-
Bahrein	173	12	6	34	-	36	23	36	43	-	-	-	-	10 x	21 x	-	-
Bangladesh	32.305	19	18	8	28 y	27	17	-	-	-	-	10	30	12	18	0	4
Barbados	36	13	4	26	-	15	11	-	-	-	-	26	23	50	29	0 x	0 x
Belarus	1.023	11	2	22	-	-	-	71	70	72	82	6	5	32	29	0	0
Bélgica	1.331	11	1	23	-	16	18	82	79	75	82	-	-	29	20	-	-
Belice	76	19	4	27	-	30	31	-	-	-	-	20	32	16	29	1	3
Benin	2.925	23	7	11	14	47	52	-	-	-	-	32	38	-	-	15	26
Bhután	137	18	15	9	-	31	29	-	-	-	-	3	2	22	-	2 x	5 x
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2.404	20	1	27	-	32	28	-	-	-	-	6	10	6	6	-	-
Bosnia y Herzegovina	338	10	2	21	-	-	-	-	-	38	55	10 y	7 y	48 y	53 y	-	-
Botswana	512	20	6	16	-	53 x	52 x	-	-	-	-	28	29	45	56	-	-
Brasil	30.986	14	3	26	-	-	-	34	30	44	56	13	18	34	46	1	1
Brunei Darussalam	67	15	6	25	-	25	22	50	54	42	55	17	14	22	35	-	-
Bulgaria	653	9	2	27	-	35	33	55	56	45	62	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	5.296	24	8	8	5 x	-	-	-	-	-	-	31	44	9	8	9 x	29 x
Burundi	3.072	24	7	10	38	-	-	-	-	-	-	13	11	2	1	21	30
Cabo Verde	107	18	7	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27 y	47 y	-	-
Camboya	3.058	18	11	10	7	23	22	11	9	6	9	12	11	3	2	2 x	6 x
Camerún	6.272	23	6	12	20	-	-	-	-	-	-	9	18	3	5	8	22
Canadá	4.128	11	1	31	-	36	40	84	84	82	90	12	10	16	15	-	-
Chad	4.101	24	9	8	15	-	-	-	-	-	-	27	44	3	-	20	40
Chequia	1.072	10	2	26	-	17	19	79	80	74	85	4	4	29	21	-	-
Chile	2.448	13	1	34	-	16	14	32	24	64	73	8	10	21	32	8 x	10 x
China	166.138	12	4	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chipre	127	10	1	32	-	-	-	-	-	46	67	9	10	28	34	-	-
Colombia	7.870	15	2	24	-	-	-	40	30	48	52	18	26	20	34	1	2
Comoras	174	21	7	12	4 x	-	-	-	-	-	-	18	24	22	-	15 x	28 x
Congo	1.336	23	8	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	9
Costa Rica	741	14	2	30	-	18 x	20 x	45	35	55	61	15	16	52	69	1	0
Côte d'Ivoire	6.553	24	6	12	20 x,y	-	-	-	-	-	-	11	23	4	-	11	22
Croacia	399	10	2	26	-	23	21	70	68	72	85	-	-	36	37	-	-
Cuba	1.244	11	4	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dinamarca	679	12	1	24	-	12	15	85	86	79	89	-	-	14	13	-	-
Djibouti	226	20	6	16	-	44 x	36 x	-	-	-	-	17	24	88	85	-	-
Dominica	11	15	3	31	-	29 x	26 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	3.164	18	1	27	-	-	-	34	24	47	52	10	20	5	10	-	-
Egipto	20.530	19	3	35	17	70	70	20	23	-	-	7	22	10	32	1	5
El Salvador	1.149	18	2	29	7 y	21	24	-	-	-	-	14	27	8	15	5	13
Emiratos Árabes Unidos	744	8	5	34	-	33	22	45	48	46	68	-	-	32	30	-	-
Eritrea	909	25	8	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovaquia	551	10	1	22	-	20	19	75	75	62	75	6 y	5 y	41 y	56 y	-	-
Eslovenia	208	10	1	25	-	26	23	83	84	75	89	3	4	17	21	-	-
España	4.998	11	1	32	-	10	9	75	75	80	87	-	-	50	52	-	-
Estado de Palestina	1.147	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	14	42	-	1	2
Estados Unidos de América	43.810	13	1	41	-	26 x,y	25 x,y	74	72	77	85	-	-	-	-	-	-
Estonia	143	11	2	19	-	30	30	90	90	86	92	5	3	37	33	-	-

**TABLA 15. ADOLESCENTES**

Países y zonas	Población adolescente 2021		Nutrición		Protección			Educación y aprendizaje				Transición al trabajo (%) 2013–2021 <sup>R</sup>							
	Población de 10 a 19 años (miles)	Proporción del total de la población (%)	Delgadez 2016	Sobrepeso	Violencia de pareja íntima (%) 2013–2020 <sup>R</sup>	Acoso (%) 2011–2018 <sup>R</sup>		Competencia en matemáticas		Competencia en lectura		No estudia, no trabaja ni recibe capacitación		Desempleo		Participación en las tareas domésticas			
						Mujer	Hombre	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer		
Eswatini	259	22	4	16	-	33	31	-	-	-	-	17	25	37	43	2	x	3	x
Etiopía	28.114	23	10	8	24	-	-	-	-	-	-	9	18	3	6	14	-	-	21
Federación de Rusia	15.631	11	2	19	-	31	35	78	78	73	83	-	-	26	32	-	-	-	-
Fiji	167	18	4	33	47	x,y	33	26	-	-	-	8	13	16	32	3	-	2	-
Filipinas	22.156	19	10	12	11	53	49	-	-	15	23	9	9	5	8	-	-	-	-
Finlandia	614	11	1	25	-	27	24	83	87	80	93	-	-	22	25	-	-	-	-
Francia	7.911	12	1	29	-	13	16	79	79	75	84	7	y	5	y	21	y	29	y
Gabón	468	20	6	15	40	x	-	-	-	-	-	-	-	27	x	38	x	6	x
Gambia	639	24	7	11	14	-	-	-	-	-	-	25	22	6	4	3	-	17	-
Georgia	462	12	3	19	-	17	20	38	40	28	44	17	14	31	32	0	-	0	-
Ghana	7.079	22	6	10	23	x,y	-	-	-	-	-	17	21	3	4	13	-	19	-
Granada	18	15	4	25	-	29	x	26	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	1.100	11	1	35	-	18	21	63	65	61	78	6	5	46	56	-	-	-	-
Guatemala	3.787	22	1	27	9	26	20	12	10	28	33	10	40	4	4	-	-	-	-
Guinea	3.146	23	7	9	-	-	-	-	-	-	-	27	40	-	-	11	-	18	-
Guinea-Bissau	483	23	7	10	-	-	-	-	-	-	-	13	22	2	-	4	-	9	-
Guinea Ecuatorial	331	20	8	10	56	x,p	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	148	18	6	24	-	40	x	37	x	-	-	40	49	30	47	2	-	3	-
Haití	2.336	20	4	26	28	-	-	-	-	-	-	8	x	17	x	-	-	19	x
Honduras	2.124	21	2	26	8	13	y	12	y	19	12	28	31	13	37	12	27	4	12
Hungría	973	10	2	27	-	27	28	69	65	70	79	6	6	29	30	-	-	-	-
India	253.718	18	27	6	18	-	-	-	-	-	-	13	28	26	15	-	-	-	-
Indonesia	45.844	17	10	14	-	24	19	26	30	24	36	14	15	16	15	-	-	-	-
Irán (República Islámica del)	12.194	14	9	25	-	-	-	-	-	-	-	12	24	17	21	-	-	-	-
Iraq	9.609	22	5	30	-	32	22	-	-	-	-	17	38	36	52	1	-	6	-
Irlanda	683	14	<1	29	-	32	32	84	84	85	91	-	-	18	23	-	-	-	-
Islandia	47	13	1	27	-	12	11	77	82	66	81	-	-	15	12	-	-	-	-
Islas Cook	3	15	<1	62	6	x,y	29	32	-	-	-	7	14	2	5	-	-	-	-
Islas Marshall	8	19	<1	58	27	y	-	-	-	-	-	31	23	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	155	22	1	24	-	64	68	-	-	-	-	5	y	6	y	-	-	6	9
Islas Turcas y Caicos	5	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	-	2	-
Islas Vírgenes Británicas	4	13	-	-	-	18	x	17	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	1.458	16	1	34	-	29	18	63	69	60	77	-	-	8	6	-	-	-	-
Italia	5.656	10	1	34	-	11	12	64	61	72	81	-	-	48	55	-	-	-	-
Jamaica	441	16	2	28	11	y	26	25	-	-	-	26	25	26	35	1	-	0	-
Japón	10.966	9	2	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	-	-	-	-
Jordania	2.288	21	4	30	15	47	x	37	x	40	41	46	71	22	21	54	41	0	2
Kazajstán	3.033	16	2	19	-	15	16	51	51	29	43	-	-	3	y	3	y	-	-
Kenya	12.725	24	8	11	23	57	x	57	x	-	-	9	13	8	7	-	-	-	-
Kirguistán	1.185	18	3	15	3	x	-	-	-	-	-	8	9	10	10	5	-	11	-
Kiribati	25	20	<1	54	67	p	42	32	-	-	-	43	26	29	-	17	-	19	-
Kuwait	536	13	4	43	-	36	28	20	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	470	21	6	15	-	-	-	-	-	-	-	22	30	10	35	11	-	16	-
Letonia	190	10	2	20	-	44	49	83	83	71	84	-	-	-	-	-	-	-	-
Libano	1.038	19	5	31	-	24	12	36	34	28	36	15	20	28	29	-	-	-	-
Liberia	1.250	24	7	10	58	43	51	-	-	-	-	37	36	9	5	18	-	21	-
Libia	1.309	19	6	31	-	40	x	31	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	4	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	264	9	3	19	-	51	51	73	76	68	83	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	67	11	1	25	-	21	23	74	72	66	76	-	-	37	29	-	-	-	-
Macedonia del Norte	240	11	2	25	-	18	18	37	41	34	57	9	8	40	62	1	-	1	-
Madagascar	6.583	23	7	10	19	-	-	-	-	-	-	3	x	3	x	3	2	17	26
Malasia	5.224	16	8	25	-	19	y	14	y	56	60	47	61	-	-	15	y	16	y
Malawi	5.044	25	6	10	28	43	x	47	x	-	-	10	16	-	-	5	-	12	-
Maldivas	67	13	14	16	4	30	30	-	-	-	-	30	26	29	16	-	-	-	-
Malí	5.366	24	8	10	21	y	-	-	-	-	-	16	36	7	11	2	-	8	-
Malta	44	8	1	35	-	29	21	61	63	55	74	17	22	22	17	-	-	-	-
Marruecos	6.255	17	6	26	-	44	32	14	15	22	32	-	-	17	x	11	x	-	-
Mauricio	175	13	7	14	-	29	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	1.105	24	8	13	-	48	x	46	x	-	-	29	44	18	23	13	-	23	-
México	21.813	17	2	34	-	-	-	47	41	52	58	9	19	7	9	2	-	3	-

**TABLA 15. ADOLESCENTES**

Países y zonas	Población adolescente 2021		Nutrición		Protección			Educación y aprendizaje				Transición al trabajo (%) 2013–2021 <sup>R</sup>												
	Población de 10 a 19 años (miles)	Proporción del total de la población (%)	Delgadez 2016	Sobrepeso	Violencia de pareja íntima (%) 2013–2020 <sup>R</sup>	Acoso (%) 2011–2018 <sup>R</sup>		Competencia en matemáticas		Competencia en lectura		No estudia, no trabaja ni recibe capacitación		Desempleo		Participación en las tareas domésticas								
						Mujer	Hombre	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer							
Micronesia (Estados Federados de)	24	21	<1	50	35	y	-	-	-	-	-	-	18	23	-	29	-	-						
Mónaco	3	8	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Mongolia	534	16	2	17	8	y	36	25	-	-	-	-	11	7	17	-	18	14						
Montenegro	78	12	2	24	-	-	-	-	55	52	48	63	12	10	44	-	0	0						
Montserrat	1	13	-	-	-	-	32	x	25	x	-	-	-	-	-	-	-	-						
Mozambique	7.583	24	4	12	10	y	45	46	-	-	-	-	-	-	7	5	-	-						
Myanmar	9.069	17	13	11	22	-	51	49	-	-	-	-	9	12	6	6	-	-						
Namibia	509	20	8	14	52	p	48	45	-	-	-	-	17	20	37	39	-	-						
Nauru	3	21	<1	64	-	-	40	38	-	-	-	-	22	y	39	y	33	y	61	y				
Nepal	6.171	21	16	7	17	-	56	45	-	-	-	-	16	30	22	24	7	17						
Nicaragua	1.319	19	2	28	-	-	-	-	-	-	-	-	7	32	6	11	-	-						
Níger	6.072	24	10	8	-	-	-	-	-	-	-	-	57	y	72	y	19	y	17	y	18	x	25	x
Nigeria	49.904	23	10	8	13	-	-	-	-	-	-	-	24	34	27	40	17	19						
Niue	0	16	<1	58	-	-	38	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Noruega	645	12	1	27	-	-	16	14	79	83	74	88	-	-	20	19	-	-						
Nueva Zelanda	654	13	<1	38	-	-	-	-	79	78	77	86	-	-	17	16	-	-						
Omán	590	13	7	30	-	-	45	39	20	27	-	-	-	-	50	y	40	y						
Países Bajos	1.974	11	1	24	-	-	12	12	84	85	71	81	-	-	12	13	-	-						
Pakistán	51.846	22	19	9	17	y	45	x	35	x	-	-	-	-	14	46	10	8						
Palau	2	14	<1	62	8	y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Panamá	731	17	2	28	-	-	-	-	21	17	33	39	12	12	17	26	0	1						
Papua Nueva Guinea	2.094	21	1	31	60	-	-	-	-	-	-	-	26	x	30	x	3	x	2	x				
Paraguay	1.214	18	2	27	-	-	19	15	11	6	30	34	11	23	13	27	4	9						
Perú	5.918	18	1	26	18	-	47	x	48	x	-	-	19	23	7	9	3	5						
Polonia	3.882	10	2	24	-	-	23	18	85	86	80	90	-	-	18	23	-	-						
Portugal	1.034	10	1	30	-	-	17	19	77	77	76	84	-	-	32	41	-	-						
Qatar	205	8	5	37	-	-	49	35	36	37	36	62	-	-	0	y	0	y						
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	7.876	12	1	30	-	-	38	37	82	80	79	86	-	-	19	13	-	-						
República Árabe Siria	5.576	26	6	27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	19	x	27	x						
República Centroafricana	1.453	27	8	10	32	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17	23						
República de Corea	4.658	9	2	25	-	-	-	-	84	86	81	89	-	-	7	8	-	-						
República de Moldova	354	12	3	17	15	x	43	44	49	50	49	66	5	4	-	-	-	-						
República Democrática del Congo	22.086	23	10	10	36	-	-	-	-	-	-	-	25	30	-	-	7	17						
República Democrática Popular Lao	1.472	20	9	13	14	y	15	11	-	-	-	-	20	21	4	4	5	11						
República Dominicana	1.975	18	3	31	22	-	26	22	10	9	16	26	25	29	12	29	1	2						
República Popular Democrática de Corea	3.330	13	5	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
República Unida de Tanzania	15.031	24	7	11	30	-	25	y	28	y	-	-	-	-	8	14	2	3	4	7				
Rumania	2.083	11	3	23	-	-	31	30	54	53	52	67	-	-	43	45	-	-						
Rwanda	3.120	23	6	11	-	-	-	-	-	-	-	-	25	23	24	23	0	0						
Saint Kitts y Nevis	6	14	4	27	-	-	25	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Samoa	46	21	<1	51	-	-	43	34	-	-	-	-	17	19	12	35	3	2						
San Marino	3	10	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
San Vicente y las Granadinas	15	15	4	28	-	-	31	x	29	x	-	-	-	-	-	-	-	-						
Santa Lucía	25	14	4	22	-	-	24	29	-	-	-	-	34	y	30	y	65	y	54	y	3	x	1	x
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Santo Tomé y Príncipe	53	24	6	13	28	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	11						
Senegal	3.915	23	10	9	3	-	-	-	8	7	8	9	21	37	-	5	6	23						
Serbia	714	10	2	26	-	-	17	19	60	61	55	70	11	10	28	38	1	2						
Seychelles	15	14	6	21	-	-	45	50	-	-	-	-	31	23	31	27	-	-						
Sierra Leona	1.950	23	7	10	43	-	60	57	-	-	-	-	24	28	-	-	12	20						
Singapur	498	8	2	21	-	-	-	-	92	95	86	92	4	2	2	11	-	-						
Somalia	4.051	24	7	12	-	-	-	-	-	-	-	-	34	40	40	37	-	-						
Sri Lanka	3.535	16	15	12	-	-	50	29	-	-	-	-	11	12	29	35	0	0						
Sudáfrica	10.222	17	4	26	12	y	-	-	-	-	-	-	11	11	23	34	1	2						
Sudán	10.079	22	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	17	x	33	x	29	x	33	x	4	8		
Sudán del Sur	2.858	27	<1	<1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-						
Suecia	1.225	12	2	23	-	-	18	19	81	82	77	86	-	-	42	38	-	-						
Suiza	852	10	<1	21	-	-	14	18	84	83	72	82	11	10	9	11	-	-						
Suriname	109	18	4	30	-	-	25	25	-	-	-	-	11	11	23	62	1	2						
Tailandia	8.219	11	8	20	-	-	38	28	43	51	31	49	8	9	5	5	-	-						

**TABLA 15. ADOLESCENTES**

Países y zonas	Población adolescente 2021		Nutrición		Protección			Educación y aprendizaje				Transición al trabajo (%) 2013–2021 <sup>R</sup>					
	Población de 10 a 19 años (miles)	Proporción del total de la población (%)	Delgadez 2016	Sobrepeso	Violencia de pareja íntima (%) 2013–2020 <sup>R</sup>	Acoso (%) 2011–2018 <sup>R</sup>		Competencia en matemáticas		Competencia en lectura		No estudia, no trabaja ni recibe capacitación		Desempleo		Participación en las tareas domésticas	
						Mujer	Hombre	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Tayikistán	1.945	20	4	14	6	7 x	7 x	-	-	-	-	-	-	12 y	7 y	-	-
Timor-Leste	312	24	11	11	38	39	25	-	-	-	-	11	15	-	13	4	6
Togo	1.954	23	7	10	13	-	-	-	-	-	-	15	25	11	2	19	31
Tokelau	0	21	-	-	-	39	39	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	23	22	<1	57	-	46	31	-	-	-	-	20	16	1	14	3	0
Trinidad y Tabago	200	13	6	23	-	13	18	43	52	48	67	10	11	-	30	0 x	0 x
Túnez	1.782	15	7	24	-	37 x	24 x	27	24	23	33	19	18	33	26	1 x	1 x
Türkiye	12.767	15	5	28	18 y	39	33	41	43	68	79	13	21	17	22	-	-
Turkmenistán	1.085	17	3	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
Tuvalu	2	18	<1	57	-	40	15	-	-	-	-	17 y	29 y	-	-	0	0
Ucrania	4.485	10	2	20	2 x	40	41	-	-	68	81	-	-	29 y	27 y	2 x	2 x
Uganda	11.645	25	6	10	31	50 x	41 x	49	34	50	49	14	18	5	4	7	18
Uruguay	478	14	2	32	-	18	20	51	48	53	63	9	10	39	52	1 x	2 x
Uzbekistán	5.611	16	3	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	22	21	-	-
Vanuatu	68	21	2	29	-	60	46	-	-	-	-	25	30	14	15	1	0
Venezuela (República Bolivariana de)	5.420	19	2	33	-	-	-	-	-	-	-	16	25	21 y	24 y	-	-
Viet Nam	14.107	14	14	9	16 x,y	26	26	79	83	81	91	13	13	7	6	3	4
Yemen	7.580	23	14	18	-	47	33	-	-	-	-	18	58	25	29	-	-
Zambia	4.697	24	6	12	27	63 x	67 x	2	3	4	6	19	24	6	8	8 x	9 x
Zimbabwe	3.788	24	6	14	31	-	-	-	-	-	-	16	28	7	9	4	10

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	273.695	23	-	-	22	-	-	-	-	-	-	19	27	13	17	9	15
África Occidental y Central	133.844	23	-	-	20	-	-	-	-	-	-	24	34	19	27	9	16
África Oriental y Meridional	139.851	23	-	-	24	-	-	-	-	-	-	12	18	9	10	8	13
América del Norte	47.938	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	8	13	11	-	-
América Latina y Caribe	105.350	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	21	20	28	-	-
Asia Meridional	357.589	19	-	-	19	-	-	-	-	-	-	14	32	22	15	-	-
Asia Oriental y Pacífico	302.032	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa del Este y Asia Central	54.309	13	-	-	-	33	32	-	-	-	-	-	-	22	25	-	-
Europa Occidental	52.619	11	-	-	-	20	20	-	-	-	-	-	-	25	27	-	-
Europa y Asia Central	106.929	12	-	-	-	26	26	-	-	-	-	-	-	24	26	-	-
Oriente Medio y Norte de África	85.858	18	-	-	-	51	46	-	-	-	-	13	29	23	33	-	-
Países menos desarrollados	245.872	22	-	-	26	-	-	-	-	-	-	19	30	10	11	8	16
<b>Mundo</b>	<b>1.283.495</b>	<b>16</b>	-	-	<b>19</b>	-	-	-	-	-	-	<b>13</b>	<b>22</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	-	-

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

- Datos no disponibles

<sup>Y</sup> Los datos difieren de la definición estándar o se refieren solo a una parte de un país. Si entran dentro del periodo de referencia señalado, dichos datos se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales.

<sup>P</sup> Basados en denominadores pequeños (normalmente 25-49 casos no ponderados). No se muestran datos basados en menos de 25 casos no ponderados.

<sup>A</sup> Los datos se refieren a años o periodos distintos de los especificados en el titular de la columna. Dichos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años de datos anteriores a 2000.

<sup>R</sup> Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el periodo especificado en el titular de la columna.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Población adolescente** – Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). Perspectivas de la Población Mundial 2019, Edición en línea.

**Delgadez y sobrepeso** – NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), basado en Worldwide trends in body mass index, underweight, overweight and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9million children, adolescents, and adults. The Lancet 2017, 390 (10113): 2627–2642. Última actualización: agosto de 2019.

**Violencia de pareja íntima** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2022.

**Acoso** – Estudio de Comportamiento de Salud en Niños en Edad Escolar (HBSC) y Encuestas Globales de Salud Estudiantil (GSHS) y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2022.

**Competencia en matemáticas y lectura** – División de Estadística de las Naciones Unidas. Última actualización: abril de 2019.

**No estudia, no trabaja ni recibe capacitación** – Organización Internacional del Trabajo. Última actualización: diciembre de 2022.

**Desempleo** – Organización Internacional del Trabajo. Última actualización: diciembre de 2022.

**Participación en las tareas domésticas** – EDS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2022.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Delgadez** – Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años con un índice de masa corporal (IMC) < -2 desviaciones estándar de la mediana según la referencia de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar.

**Sobrepeso** – Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años con IMC > 1 desviación estándar de la mediana según la referencia de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar.

**Violencia ejercida por parte de la pareja íntima** – Porcentaje de niñas de 15 a 19 años que alguna vez han tenido pareja y que han sufrido violencia física y/o sexual por parte de una pareja íntima actual o anterior durante los últimos 12 meses.

**Acoso** – Porcentaje de estudiantes de 13 a 15 años que informaron haber sufrido acoso uno o más días en los últimos 30 días.

**Competencia en matemáticas** – Porcentaje de niños y jóvenes al final del primer ciclo de secundaria que logran por lo menos un nivel mínimo de competencia en matemáticas.

**Competencia en lectura** – Porcentaje de niños y jóvenes al final del primer ciclo de secundaria que logran por lo menos un nivel mínimo de competencia en lectura.

**No estudia, no trabaja ni recibe capacitación (NEET)** – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que no estudia, no trabaja ni recibe capacitación.

**Desempleo** – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que forman parte de la fuerza laboral y que están desempleados.

**Participación en tareas domésticas** – Porcentaje de adolescentes de 10 a 14 años que, durante la semana de referencia, dedicaron al menos 21 horas a tareas domésticas no remuneradas.

# TABLA 16. NIÑOS CON DISCAPACIDAD

Países y zonas	Niños con discapacidad (%) 2015-2021 <sup>R</sup>			Nutrición infantil 2015-2021 <sup>R</sup>				Desarrollo en la primera infancia 2015-2021 <sup>R</sup>				Educación				Protección de la infancia 2015-2021 <sup>R</sup>		Agua, saneamiento e higiene 2015-2021 <sup>R</sup>		Protección social y equidad 2017-2021 <sup>R</sup>	
	2 a 17	2 a 4	5 a 17	Insuficiencia ponderal moderada y grave (%)		Retraso moderado y severo del crecimiento (%)		Estimulación temprana y atención receptiva (%)		Educación en la primera infancia (%)		Nunca asistió a la escuela (%) 2015-2021 <sup>R</sup>		Competencias básicas de aprendizaje (%) 2017-2021 <sup>R</sup>		Castigos físicos graves (%)		Servicios de saneamiento básicos en el lugar donde viven (%)		Transferencias sociales (%)	
				Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad
Afganistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Albania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Alemania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	17	3	20	7	2	14	10	46	62	7	15	3	1	-	23	17	86	86	34	26	26
Argentina	11	4	14	4	3	13	10	85	85	57	65	0	0	-	12	6	95	96	-	-	-
Armenia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Australia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiyán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	7	3	8	33	25	42	30	58	63	13	19	8	2	19	25	42	30	56	63	72	70
Barbados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belarús	4	2	5	-	-	-	96	p	97	73	91	2	0	60	67	0	0	98	99	76	63
Bélgica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Benin	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bhután	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Botswana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burundi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cabo Verde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Camboya	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Camerún	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Canadá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chad	24	10	29	36	29	48	42	55	55	1	1	48	41	4	3	35	31	9	10	2	2
Chequia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
China	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chipre	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comoras	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Congo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Costa Rica	18	7	21	7	3	10	8	71	76	40	44	0	0	-	5	2	94	96	49	44	44
Côte d'Ivoire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Croacia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	8	2	11	0	3	38	7	87	90	29	50	0	0	-	6	1	83	86	-	-	-
Dinamarca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egipto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
El Salvador	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovaquia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado de Palestina	12	2	15	5	2	9	8	57	76	22	35	1	0	26	37	24	21	96	97	37	34
Estados Unidos de América	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**TABLA 16. NIÑOS CON DISCAPACIDAD**

Países y zonas	Niños con discapacidad (%) 2015–2021 <sup>R</sup>			Nutrición infantil 2015–2021 <sup>R</sup>				Desarrollo en la primera infancia 2015–2021 <sup>R</sup>				Educación				Protección de la infancia 2015–2021 <sup>R</sup>		Agua, saneamiento e higiene 2015–2021 <sup>R</sup>		Protección social y equidad 2017–2021 <sup>R</sup>				
	2 a 17	2 a 4	5 a 17	Insuficiencia ponderal moderada y grave (%)		Retraso moderado y severo del crecimiento (%)		Estimulación temprana y atención receptiva (%)		Educación en la primera infancia (%)		Nunca asistió a la escuela (%) 2015–2021 <sup>R</sup>		Competencias básicas de aprendizaje (%) 2017–2021 <sup>R</sup>		Castigos físicos graves (%)		Servicios de saneamiento básicos en el lugar donde viven (%)		Transferencias sociales (%)				
				Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad			
Eswatini	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Etiopía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Federación de Rusia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Fiji	9	6	9	6	5	10	8	98	97	15	p	22	4	0	21	43	17	13	85	86	86	89		
Filipinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Francia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Gabón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Gambia	9	5	10	20	14	31	20	8	17	20	25	18	15	4	5	21	16	41	45	-	-			
Georgia	8	2	10	3	p	2	9	p	7	83	p	78	-	78	4	0	-	13	4	97	98	96	89	
Ghana	19	11	21	8	p	12	19	20	27	35	72	71	4	3	5	9	24	16	16	-	-	-		
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Guatemala	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Guinea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Guinea-Bissau	14	5	16	16	17	37	29	47	43	12	15	17	11	1	4	20	21	12	13	-	-	-		
Guinea Ecuatorial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Guyana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Haití	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Honduras	14	6	16	16	7	31	21	34	36	9	14	0	0	-	8	4	80	81	-	-	-	-		
Hungría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
India	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Indonesia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Irán (República Islámica del)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Iraq	18	3	22	11	3	18	10	35	45	3	2	7	3	-	40	30	90	91	36	29	-	-		
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Islandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Islas Turcas y Caicos	6	2	7	-	1	-	0	-	87	-	93	0	0	-	57	24	p	5	95	p	95	8	p	8
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Israel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Italia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jamaica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Japón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Jordania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kazajstán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kenya	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Kirguistán	7	1	9	6	p	1	16	p	12	81	p	87	-	39	3	0	8	17	12	5	96	98	60	49
Kiribati	21	13	22	12	5	27	18	77	77	62	73	2	0	15	14	31	24	38	41	84	81	-	-	
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lesotho	8	8	8	9	10	40	34	28	28	52	45	2	0	6	9	12	7	50	49	-	-	-	-	
Letonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Libano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Liberia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lituania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Macedonia del Norte	9	2	11	-	1	-	4	-	88	-	37	1	0	22	35	13	7	88	95	61	53	-	-	
Madagascar	13	10	14	32	29	49	46	27	25	13	15	13	11	3	6	16	9	4	4	28	30	-	-	
Malasia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Malawi	12	5	14	19	13	43	38	37	35	27	34	2	1	5	7	20	17	42	45	49	50	-	-	
Maldivas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Malí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Malta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Marruecos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mauricio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mauritania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
México	8	2	11	11	3	13	12	52	y	76	y	53	61	2	1	-	8	5	0	0	-	-	-	

**TABLA 16. NIÑOS CON DISCAPACIDAD**

Países y zonas	Niños con discapacidad (%) 2015-2021 <sup>R</sup>				Nutrición infantil 2015-2021 <sup>R</sup>				Desarrollo en la primera infancia 2015-2021 <sup>R</sup>				Educación				Protección de la infancia 2015-2021 <sup>R</sup>		Agua, saneamiento e higiene 2015-2021 <sup>R</sup>		Protección social y equidad 2017-2021 <sup>R</sup>		
	Niños con discapacidad (%) 2015-2021 <sup>R</sup>		Niños con discapacidad (%) 2015-2021 <sup>R</sup>		Insuficiencia ponderal moderada y grave (%)		Retraso moderado y severo del crecimiento (%)		Estimulación temprana y atención receptiva (%)		Educación en la primera infancia (%)		Nunca asistió a la escuela (%) 2015-2021 <sup>R</sup>		Competencias básicas de aprendizaje (%) 2017-2021 <sup>R</sup>		Castigos físicos graves (%)		Servicios de saneamiento básicos en el lugar donde viven (%)		Transferencias sociales (%)		
	2 a 17	2 a 4	5 a 17		Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mongolia	5	2	6	4	2	13	11	40	58	55	p	74	6	0	34	36	9	5	59	65	-	-	
Montenegro	6	1	7	-	0	-	8	-	91	-	-	53	7	0	-	5	5	96	94	-	-	-	
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Mozambique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Myanmar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Namibia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nepal	11	2	13	56	26	51	35	53	74	34	p	62	5	2	23	29	23	21	72	74	43	37	
Nicaragua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Niger	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nigeria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Noruega	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Nueva Zelanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Omán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Pakistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Panamá	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Papua Nueva Guinea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Paraguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Perú	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Polonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Portugal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Qatar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
República Centroafricana	27	15	31	30	23	54	47	34	y	40	y	4	7	13	10	0	1	48	35	8	10	40	37
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Democrática del Congo	16	7	20	32	25	57	47	33	45	4	5	7	5	0	1	47	42	14	13	-	-	-	
República Democrática Popular Lao	2	y	2	-	37	24	58	37	24	y	45	y	11	33	-	-	6	5	50	65	6	9	
República Dominicana	10	5	11	7	2	11	5	53	64	32	49	0	0	-	7	4	83	86	-	-	-	-	
República Popular Democrática de Corea	1	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
República Unida de Tanzania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Rumania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Rwanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Samoa	19	7	23	3	3	13	7	74	88	11	27	0	0	18	22	28	19	96	96	61	62	62	
San Marino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santa Lucía	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Santo Tomé y Príncipe	17	5	20	5	5	11	12	34	43	24	35	2	0	16	27	17	14	36	44	9	8	8	
Senegal	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Serbia	4	2	5	-	1	-	5	85	p	96	-	61	-	0	-	0	1	99	98	67	54	54	
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sierra Leona	20	7	23	13	11	38	30	27	y	28	y	11	12	13	12	-	30	26	16	15	35	27	
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Somalia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sri Lanka	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sudáfrica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sudán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Sudán del Sur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Suecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Suiza	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Suriname	11	5	14	1	7	18	9	53	67	31	p	46	2	1	11	18	13	8	77	84	41	35	
Tailandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

**TABLA 16. NIÑOS CON DISCAPACIDAD**

Países y zonas	Niños con discapacidad (%) 2015–2021 <sup>R</sup>			Nutrición infantil 2015–2021 <sup>R</sup>				Desarrollo en la primera infancia 2015–2021 <sup>R</sup>				Educación				Protección de la infancia 2015–2021 <sup>R</sup>		Agua, saneamiento e higiene 2015–2021 <sup>R</sup>		Protección social y equidad 2017–2021 <sup>R</sup>					
	2 a 17	2 a 4	5 a 17	Insuficiencia ponderal moderada y grave (%)		Retraso moderado y severo del crecimiento (%)		Estimulación temprana y atención receptiva (%)		Educación en la primera infancia (%)		Nunca asistió a la escuela (%) 2015–2021 <sup>R</sup>		Competencias básicas de aprendizaje (%) 2017–2021 <sup>R</sup>		Castigos físicos graves (%)		Servicios de saneamiento básicos en el lugar donde viven (%)		Transferencias sociales (%)					
				Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad	Niños con discapacidad	Niños sin discapacidad				
Tayikistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Togo	19	8	21	19	15	28	27	24	y 28	y 14	21	3	3	3	6	30	21	18	16	-	-				
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Tonga	9	7	10	1	1	2	2	86	88	14	p	37	1	0	-	30	23	86	89	49	36				
Trinidad y Tabago	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Túnez	20	3	24	1	1	13	8	52	74	31	p	51	2	0	19	26	36	21	95	96	15	10			
Türkiye	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Turkmenistán	2	1	3	0	p	2	-	5	74	p	90	-	41	7	p	0	58	p	66	1	1	98	98	69	62
Tuvalu	12	9	13	-	4	-	6	-	88	-	73	0	0	18	p	32	14	5	82	82	47	37			
Ucrania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Uganda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Uruguay	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Uzbekistán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Viet Nam	2	1	2	-	-	-	-	45	p	65	-	81	8	0	61	68	5	2	72	86	41	32			
Yemen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Zambia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-				
Zimbabue	9	4	10	13	9	30	25	31	38	19	29	1	0	4	3	12	6	33	35	49	44				

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África Occidental y Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África Oriental y Meridional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América Latina y Caribe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Meridional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Oriental y Pacífico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa del Este y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa Occidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oriente Medio y Norte de África	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países menos desarrollados	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Mundo</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

- Datos no disponibles.

<sup>Y</sup> Los datos difieren de la definición estándar o se refieren solo a una parte de un país. Si entran dentro del periodo de referencia señalado, dichos datos se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales.

<sup>R</sup> Basados en denominadores pequeños (normalmente 25-49 casos no ponderados). No se muestran datos basados en menos de 25 casos no ponderados.

<sup>R</sup> Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el periodo especificado en el titular de la columna.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Para todos los indicadores de la tabla** – Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS). Última actualización: septiembre de 2022.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Niños con discapacidad** – Niños de 2 a 17 años que tienen una o más dificultades en al menos un ámbito funcional.

**Insuficiencia ponderal moderada y grave** – Porcentaje de niños de 24 a 59 meses que están por debajo de menos dos desviaciones típicas de la mediana del peso para la edad del Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS.

**Retraso moderado y grave del crecimiento** – Porcentaje de niños de 24 a 59 meses que están por debajo de menos dos desviaciones típicas de la mediana de la altura para la edad del Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS.

**Estimulación temprana y atención receptiva** – Porcentaje de niños de 24 a 59 meses con los que un adulto ha realizado cuatro o más de las siguientes actividades para proporcionar estimulación temprana y atención receptiva en los últimos tres días: a) leer libros al niño, b) contarle cuentos, c) cantarle canciones, d) sacar al niño fuera de casa, e) jugar con el niño, y f) pasar tiempo con el niño nombrando, contando o dibujando cosas.

**Educación en la primera infancia** – Porcentaje de niños de 36 a 59 meses que asisten a un programa de educación en la primera infancia.

**Nunca asistió a la escuela** – Porcentaje de niños de 10 a 17 años que nunca han asistido a la escuela.

**Competencias básicas de aprendizaje** – Porcentaje de niños de 7 a 14 años que demuestran competencias básicas de cálculo y competencias básicas de lectura.

**Castigos físicos graves** – Porcentaje de niños de 2 a 14 años que han sufrido castigos físicos graves por parte de sus cuidadores en el último mes.

**Servicios de saneamiento básicos en el lugar donde viven** – Porcentaje de niños de 2 a 17 años que viven en un hogar con instalaciones de saneamiento mejoradas no compartidas con otros hogares y situadas en su propia vivienda o en su propio patio/parcela.

**Transferencias sociales** – Porcentaje de niños de 2 a 17 años que viven en un hogar que recibió algún tipo de transferencias y prestaciones sociales en los últimos tres meses.



# TABLA 17. EMPODERAMIENTO ECONÓMICO DE LAS MUJERES

Países y zonas	Índice de Instituciones Sociales y Género (SIGI) 2019	Marcos jurídicos sobre la igualdad de género en el empleo 2019-2020 <sup>R</sup>	Pres-taciones por licen-cia de ma-ternidad 2022	Pres-taciones por licen-cia de pa-ternidad 2022	Nivel de estudios (%) 2008-2021 <sup>R</sup>		Tasa de participación en la fuerza laboral (%) 2010-2020 <sup>R</sup>						Tasa de desempleo (%) 2010-2020 <sup>R</sup>						Propiedad de teléfonos móviles (%) 2014-2020 <sup>R</sup>		Inclusión financiera (%) 2014-2020 <sup>R</sup>		Uso del tiempo (%) 2013-2020 <sup>R</sup>				
					Secundaria superior		Hombre			Mujer			Hombre			Mujer			Hom-bre	Muj-er	Hom-bre	Muj-er	Hom-bre	Muj-er			
					Hombre	Mujer	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Hom-bre	Muj-er	Hom-bre	Muj-er	Hom-bre	Muj-er
Afganistán	Muy alto	-	No	Sí	12	5	75	72	75	24	17	22	10	12	10	8	35	14	-	-	23	7	-	-			
Albania	Bajo	-	Sí	Sí	46	44	64	70	68	50	54	53	10	13	12	9	12	11	-	-	-	-	-	-			
Alemania	Muy bajo	-	Sí	Sí	87	80	68	67	67	57	55	56	2	4	4	2	3	3	-	-	-	-	-	-			
Andorra	-	-	-	-	48	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Angola	-	-	No	Sí	20	12	87	73	79	90	66	76	2	11	7	1	14	7	78	80	36	22	-	-			
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Antigua y Barbuda	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Arabia Saudita	-	-	No	Sí	64	59	76	79	78	22	22	22	2	3	3	24	23	23	99	97	81	58	-	-			
Argelia	-	-	Sí	Sí	28	23	74	65	68	13	19	17	8	11	10	19	21	20	93	83	56	29	-	-			
Argentina	-	-	No	Sí	32	x	36	x	69	75	73	49	53	51	7	10	9	9	12	11	-	-	-	-			
Armenia	Bajo	80	Sí	No	90	90	68	63	65	49	39	43	11	23	18	11	27	20	76	77	56	41	-	-			
Australia	Muy bajo	-	Sí	Sí	81	79	68	73	71	58	62	61	4	6	5	4	6	5	-	-	-	-	-	-			
Austria	Muy bajo	-	Sí	Sí	86	75	67	67	67	56	55	55	2	6	5	2	6	4	-	-	-	-	-	-			
Azerbaiyán	Bajo	-	Sí	No	92	85	66	72	70	60	65	63	3	5	4	4	7	6	88	80	29	28	-	-			
Bahamas	-	-	No	No	81	82	79	83	82	68	71	70	10	10	10	10	10	10	-	-	-	-	-	-			
Bahrein	-	-	No	Sí	69	67	84	89	87	44	46	45	0	1	1	4	5	5	100	100	86	75	-	-			
Bangladesh	Muy alto	-	Sí	No	42	32	81	82	82	39	31	36	3	4	3	6	9	7	-	-	-	-	-	-			
Barbados	-	-	No	No	23	x	25	x	67	70	69	60	63	62	10	10	10	10	10	10	-	-	-	-			
Belarús	Bajo	50	Sí	No	96	94	68	74	72	55	60	58	4	7	6	2	4	4	95	97	81	81	-	-			
Bélgica	Muy bajo	-	Sí	Sí	72	71	60	59	59	52	49	49	4	6	6	4	5	5	-	-	-	-	-	-			
Belice	-	-	Sí	No	41	46	83	79	81	43	58	50	3	6	4	9	10	10	-	-	-	-	-	-			
Benin	Mediano	-	Sí	Sí	2	x	0	x	76	69	73	72	65	69	1	4	2	1	4	3	-	-	-	-			
Bhután	-	-	No	Sí	20	14	73	76	74	64	49	60	1	3	2	2	6	3	-	-	-	-	-	-			
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Bajo	-	No	Sí	81	79	93	75	81	78	58	64	1	5	3	1	5	4	-	-	-	-	-	-			
Bosnia y Herzegovina	Bajo	-	Sí	Sí	80	59	58	58	58	34	42	37	12	16	14	19	18	19	-	-	-	-	-	-			
Botswana	-	-	No	No	2	x	1	x	78	75	76	63	67	65	13	15	14	20	21	-	-	-	-	-			
Brasil	Bajo	80	Sí	Sí	45	50	68	76	74	38	58	55	8	11	10	13	14	14	88	90	73	68	5	12			
Brunei Darussalam	-	-	No	No	64	62	68	74	73	53	57	56	11	5	6	13	7	8	91	99	-	-	-	-			
Bulgaria	Bajo	-	Sí	Sí	79	77	56	67	64	40	55	50	8	3	5	8	3	4	-	-	-	-	-	-			
Burkina Faso	Mediano	-	Sí	Sí	9	4	77	70	75	60	56	59	4	7	5	3	10	5	-	-	-	-	-	-			
Burundi	-	-	No	Sí	8	4	79	70	78	84	58	81	1	8	2	0	8	1	25	12	7	7	-	-			
Cabo Verde	-	70	No	Sí	20	20	61	71	67	40	60	53	9	14	13	8	13	12	73	71	-	-	-	-			
Camboya	Bajo	-	No	No	15	5	89	84	88	80	69	77	0	0	0	0	0	0	62	62	22	22	-	-			
Camerún	Muy alto	50	Sí	Sí	25	11	84	78	81	78	63	71	1	5	3	1	8	4	-	-	39	30	5	16			
Canadá	Muy bajo	-	Sí	Sí	84	85	68	71	70	59	62	61	6	6	6	5	5	5	-	-	-	-	-	-			
Chad	Alto	-	Sí	Sí	9	2	82	66	77	68	55	64	1	4	2	1	4	2	-	-	-	-	-	-			
Chequia	Muy bajo	90	Sí	Sí	94	87	68	69	69	51	54	53	2	2	2	2	2	2	97	97	84	79	-	-			
Chile	Mediano	80	Sí	Sí	60	58	75	73	73	43	53	52	5	7	7	7	8	8	87	97	78	71	-	-			
China	-	-	Sí	Sí	25	19	85	70	76	68	56	61	4	6	5	3	5	4	-	-	-	-	-	-			
Chipre	Bajo	90	Sí	Sí	76	73	63	71	70	51	60	58	6	6	6	9	8	8	99	98	87	90	-	-			
Colombia	Muy bajo	90	Sí	Sí	52	54	85	79	80	43	59	56	4	9	8	10	13	13	72	74	49	42	3	5			
Comoras	-	-	Sí	No	-	-	57	57	57	35	34	34	5	8	6	9	12	10	-	-	-	-	-	-			
Congo	-	-	Sí	No	14	x	4	x	78	67	71	77	61	68	3	14	9	3	17	10	-	-	-	-			
Costa Rica	Bajo	60	Sí	No	39	42	79	77	77	43	55	52	8	10	9	16	15	15	86	86	75	61	8	22			
Côte d'Ivoire	Alto	80	Sí	Sí	16	12	68	59	63	45	44	45	1	5	3	1	6	4	71	64	47	36	-	-			
Croacia	Muy bajo	-	Sí	Sí	79	63	58	58	58	41	48	45	6	6	6	8	7	7	-	-	-	-	-	-			
Cuba	-	-	-	-	58	57	63	68	66	39	42	41	1	2	2	1	2	2	-	-	-	-	12	21			
Dinamarca	Muy bajo	90	Sí	Sí	78	80	64	68	67	55	60	58	4	5	5	4	6	5	82	83	100	100	-	-			
Djibouti	-	-	Sí	Sí	-	-	72	65	69	53	48	51	9	13	11	9	14	11	61	52	-	-	-	-			
Dominica	-	-	No	No	11	x	10	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Ecuador	Bajo	80	No	Sí	43	44	87	78	81	64	52	55	1	4	3	2	6	5	65	61	60	43	-	-			
Egipto	-	-	No	No	67	67	73	69	71	18	20	19	6	8	7	18	26	21	99	100	39	27	-	-			
El Salvador	Bajo	90	Sí	Sí	37	31	79	74	76	35	51	45	3	5	4	4	4	4	81	78	38	24	7	20			
Emiratos Árabes Unidos	-	60	No	Sí	72	71	90	95	93	51	53	52	1	2	1	5	7	6	100	100	93	76	-	-			
Eritrea	-	-	No	No	-	-	92	74	86	76	62	72	4	13	6	4	13	7	-	-	-	-	-	-			
Eslovaquia	Muy bajo	100	Sí	No	91	84	68	68	68	51	53	52	7	5	6	7	5	6	78	74	85	83	-	-			
Eslovenia	Muy bajo	90	Sí	Sí	87	79	63	62	63	53	53	53	4	4	4	5	5	5	98	97	98	97	-	-			
España	Muy bajo	100	Sí	Sí	53	53	59	64	64	46	53	52	12	13	13	17	16	16	97	97	96	92	-	-			
Estado de Palestina	-	40	-	-	45	47	76	69	70	19	18	18	12	23	21	29	44	41	79	70	34	16	3	20			
Estados Unidos de América	Muy bajo	-	No	Sí	91	91	63	70	69	53	58	57	4	4	4	4	4	4	-	-	-	-	-	-			
Estonia	Muy bajo	-	Sí	Sí	85	86	65	74	71	52	60	58	5	4	4	5	5	5	-	-	-	-	-	-			
Eswatini	-	-	No	No	7	x	13	x	52	71	57	43	64	49	23	15	21	25	22	24	-	-	-	-			

**TABLA 17. EMPODERAMIENTO ECONÓMICO DE LAS MUJERES**

Países y zonas	Índice de Instituciones Sociales y Género (SIGI) 2019	Marcos jurídicos sobre la igualdad de género en el empleo 2019–2020 <sup>R</sup>	Pres-taciones por licen-cia de ma-ternidad 2022	Pres-taciones por licen-cia de pa-ternidad 2022	Nivel de estudios (%) 2008–2021 <sup>R</sup>		Tasa de participación en la fuerza laboral (%) 2010–2020 <sup>R</sup>						Tasa de desempleo (%) 2010–2020 <sup>R</sup>						Propiedad de teléfonos móviles (%) 2014–2020 <sup>R</sup>		Inclusión financiera (%) 2014–2020 <sup>R</sup>		Uso del tiempo (%) 2013–2020 <sup>R</sup>				
					Secundaria superior		Hombre			Mujer			Hombre			Mujer			Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer			
					Hombre	Mujer	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
					Etiopía	Bajo	30	Sí	Sí	13	6	89	73	85	77	63	73	1	4	2	2	6	3	-	-	41	29
Federación de Rusia	Bajo	-	Sí	No	86	84	65	72	70	48	57	55	7	4	5	7	4	4	97	97	75	76	8	18			
Fiji	-	-	Sí	Sí	42	47	81	72	77	37	39	38	2	5	4	4	6	5	-	-	-	-	-	-			
Filipinas	Muy alto	100	Sí	Sí	28	33	74	72	73	45	49	47	2	3	2	2	3	3	-	-	30	39	-	-			
Finlandia	Muy bajo	100	Sí	Sí	76	78	59	65	63	52	57	56	6	8	7	5	7	6	99	98	100	100	-	-			
Francia	Muy bajo	90	Sí	Sí	75	70	59	60	60	51	51	51	6	10	9	7	9	8	80	78	97	91	-	-			
Gabón	Alto	-	Sí	Sí	-	-	59	64	62	41	45	43	12	15	14	27	28	28	-	-	-	-	-	-			
Gambia	-	-	Sí	Sí	2	x	1	x	66	69	68	53	50	51	4	9	7	10	14	12	-	-	-	-			
Georgia	Bajo	-	Sí	No	93	92	80	67	73	66	48	55	6	19	13	5	16	10	93	90	58	64	-	-			
Ghana	Mediano	-	No	No	27	15	72	71	72	65	63	64	2	6	4	3	6	4	-	-	-	-	-	-			
Granada	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	95	-	-	-	-			
Grecia	Bajo	-	Sí	Sí	68	62	58	61	60	41	46	45	12	15	14	19	22	22	-	-	-	-	-	-			
Guatemala	Bajo	60	No	Sí	26	22	90	83	86	32	48	41	1	3	2	3	4	3	64	57	46	42	3	19			
Guinea	Muy alto	50	Sí	No	12	3	64	51	60	67	54	63	3	11	5	2	7	3	86	69	27	20	-	-			
Guinea-Bissau	-	-	No	No	-	-	84	67	79	70	57	66	2	6	3	2	6	3	-	-	-	-	-	-			
Guinea Ecuatorial	-	-	No	Sí	-	-	64	69	67	52	56	55	6	9	8	6	9	8	-	-	-	-	-	-			
Guyana	-	-	No	No	-	-	69	62	67	40	50	43	12	12	12	17	16	17	-	-	-	-	-	-			
Haití	Mediano	-	No	No	1	x	0	x	78	67	73	70	58	64	6	17	11	10	23	16	-	-	35	30			
Honduras	Bajo	-	No	No	32	28	92	81	86	43	58	52	2	8	5	5	8	7	-	-	-	-	-	-			
Hungría	Bajo	-	Sí	Sí	84	76	67	66	66	48	49	48	5	3	3	4	3	4	-	-	-	-	-	-			
India	Mediano	-	Sí	No	34	19	77	75	76	22	19	21	5	6	5	3	10	5	-	-	-	-	-	-			
Indonesia	Alto	-	No	Sí	42	35	85	80	82	56	52	54	3	5	4	3	4	3	68	58	46	51	-	-			
Irán (República Islámica del)	Muy alto	-	Sí	Sí	48	49	77	71	72	19	17	18	6	11	10	14	20	18	84	59	96	92	-	-			
Iraq	Muy alto	70	Sí	No	34	24	76	74	74	7	13	12	10	10	10	13	34	31	63	43	26	20	-	-			
Irlanda	Muy bajo	90	Sí	Sí	68	73	67	70	69	54	58	56	5	6	5	5	5	5	87	88	95	95	-	-			
Islandia	-	-	Sí	Sí	74	74	79	79	79	68	71	70	4	4	4	3	3	3	-	-	-	-	-	-			
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Islas Marshall	-	-	No	No	72	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Islas Salomón	-	-	No	No	-	-	90	81	86	86	78	82	0	1	1	0	1	1	-	-	-	-	-	-			
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	19	x	21	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76	77	-	-	-	-			
Israel	-	70	Sí	No	82	81	70	68	68	64	59	60	3	4	4	3	4	4	95	94	92	94	-	-			
Italia	Muy bajo	-	Sí	Sí	53	52	58	59	59	39	42	41	9	9	9	11	11	11	93	90	96	92	8	20			
Jamaica	Bajo	50	No	No	-	-	76	71	73	59	61	60	5	7	6	8	11	10	96	97	79	78	-	-			
Japón	Bajo	70	Sí	Sí	82	79	69	73	72	52	54	54	2	3	3	2	3	2	94	92	98	98	3	15			
Jordania	Muy alto	-	No	Sí	51	50	67	61	64	15	14	15	13	18	15	21	27	24	-	-	-	-	-	-			
Kazajstán	Bajo	70	Sí	No	98	97	72	78	76	59	65	63	3	5	4	4	6	5	91	90	57	60	6	19			
Kenya	Mediano	90	No	Sí	26	18	75	79	77	74	68	72	1	4	2	1	6	3	48	47	86	78	-	-			
Kirguistán	Bajo	-	Sí	No	90	87	75	74	75	49	41	44	4	6	6	7	10	9	-	-	-	-	-	-			
Kiribati	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Kuwait	-	-	No	No	27	39	85	89	88	48	50	50	1	1	1	5	7	6	99	100	83	73	-	-			
Lesotho	Mediano	-	No	No	13	14	79	72	76	63	58	60	18	23	20	26	30	28	80	83	45	46	-	-			
Letonia	Muy bajo	-	Sí	Sí	89	93	65	70	68	52	58	56	9	6	7	7	5	5	-	-	-	-	-	-			
Libano	Muy alto	-	No	No	33	x	33	x	68	75	72	22	24	23	3	6	5	7	11	10	-	-	-	-			
Liberia	Alto	-	Sí	No	8	x	3	x	89	73	80	83	63	72	1	6	4	1	4	2	-	-	-	-			
Libia	-	-	Sí	No	13	x	10	x	62	67	65	32	35	34	13	16	15	23	25	24	-	-	-	-			
Liechtenstein	-	-	-	-	81	x	63	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Lituania	Muy bajo	100	Sí	Sí	91	89	63	71	68	53	60	57	10	5	7	7	5	6	96	96	85	81	-	-			
Luxemburgo	-	-	Sí	Sí	70	68	63	67	65	52	57	55	4	7	6	4	6	6	-	-	-	-	-	-			
Macedonia del Norte	-	-	Sí	Sí	75	62	70	65	66	46	45	45	14	18	17	18	18	18	-	-	-	-	-	-			
Madagascar	Alto	-	Sí	No	11	9	91	80	89	87	73	83	1	5	2	1	6	2	-	-	-	-	-	-			
Malasia	-	30	No	No	62	63	77	80	77	53	45	51	2	5	3	3	6	4	98	95	88	82	-	-			
Malawi	Alto	-	No	No	8	x	2	x	81	76	80	74	62	73	4	7	5	14	7	-	-	-	-	-			
Maldivas	-	-	No	Sí	6	x	4	x	83	86	85	41	42	42	5	8	6	4	7	5	-	-	-	-			
Malí	Alto	-	Sí	Sí	8	3	83	76	81	62	48	58	7	6	7	7	13	8	-	-	-	-	-	-			
Malta	Bajo	-	Sí	Sí	49	47	73	67	67	52	48	48	2	3	3	3	4	4	-	-	-	-	-	-			
Marruecos	Muy alto	70	Sí	Sí	-	-	83	62	70	26	19	22	6	10	9	8	13	11	96	95	41	17	-	-			
Mauricio	-	90	Sí	Sí	48	40	67	73	71	43	46	45	3	5	4	7	11	9	81	78	93	87	-	-			
Mauritania	-	-	Sí	Sí	13	7	63	63	63	26	30	28	6	12	10	8	15	12	-	-	-	-	-	-			
México	Bajo	80	No	Sí	39	38	82	77	79	34	49	46	2	4	4	3	4	4	73	70	41	33	11	28			
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			

**TABLA 17. EMPODERAMIENTO ECONÓMICO DE LAS MUJERES**

Países y zonas	Índice de Instituciones Sociales y Género (SIGI) 2019	Marcos jurídicos sobre la igualdad de género en el empleo 2018-2020 <sup>R</sup>	Pres-tacio-nes por licen-cia de ma-ter-nidad 2022	Pre-s-tacio-nes por licen-cia de pa-ter-nidad 2022	Nivel de estudios (%) 2008-2021 <sup>R</sup>		Tasa de participación en la fuerza laboral (%) 2010-2020 <sup>R</sup>						Tasa de desempleo (%) 2010-2020 <sup>R</sup>						Propiedad de teléfonos móviles (%) 2014-2020 <sup>R</sup>		Inclusión financiera (%) 2014-2020 <sup>R</sup>		Uso del tiempo (%) 2013-2020 <sup>R</sup>	
					Secundaria superior		Hombre			Mujer			Hombre			Mujer			Hom-bre	Mu-jer	Hom-bre	Mu-jer	Hom-bre	Mu-jer
					Hombre	Mujer	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Hom-bre	Mu-jer	Hom-bre
Mongolia	Bajo	-	Sí	No	39	50	80	66	71	69	49	55	3	8	6	3	6	5	94	95	91	95	8	19
Montenegro	-	-	Sí	No	80	65	60	66	64	45	49	48	13	16	15	14	17	16	-	-	-	-	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	Bajo	70	No	Sí	12	6	83	72	79	86	63	77	1	7	3	1	11	4	37	26	51	33	-	-
Myanmar	Alto	-	Sí	Sí	24	22	78	72	76	47	45	46	0	1	0	1	1	1	68	57	26	26	-	-
Namibia	Bajo	-	No	No	19	x	16	x	54	71	63	49	61	56	16	24	21	13	22	19	-	-	-	-
Nauru	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	Mediano	-	Sí	Sí	24	10	86	75	84	86	64	82	2	7	3	1	10	3	-	-	-	-	-	-
Nicaragua	Muy bajo	-	No	Sí	-	-	91	80	85	37	58	50	2	8	5	5	5	5	-	-	-	-	-	-
Níger	-	-	Sí	Sí	5	2	88	71	84	66	40	61	0	2	1	0	2	0	77	55	20	11	-	-
Nigeria	Alto	30	No	No	51	x	39	x	64	63	63	47	50	49	6	14	9	5	11	8	49	32	51	27
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	Muy bajo	100	Sí	Sí	79	79	67	68	68	58	62	61	4	4	4	3	4	3	-	-	99	100	-	-
Nueva Zelanda	Muy bajo	-	Sí	No	76	75	79	74	75	68	64	65	3	4	4	4	5	4	-	-	-	-	-	-
Omán	-	-	No	No	57	72	78	85	84	25	40	36	0	1	1	6	8	7	98	96	-	-	-	-
Países Bajos	Muy bajo	100	Sí	Sí	76	70	69	70	59	59	59	2	4	3	3	3	3	86	82	99	100	-	-	
Pakistán	Muy alto	20	Sí	No	13	10	84	79	82	28	12	22	4	5	4	3	10	4	65	26	35	7	-	-
Palau	-	-	No	No	88	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	Sí	Sí	52	57	86	78	80	52	56	55	2	5	4	3	7	6	-	-	-	-	-	-
Papua Nueva Guinea	-	-	No	No	-	-	46	54	48	46	50	46	3	6	3	1	3	1	-	-	-	-	-	-
Paraguay	Mediano	-	Sí	Sí	43	42	87	84	85	55	62	60	4	6	5	8	9	8	-	-	-	-	-	-
Perú	Bajo	100	Sí	Sí	63	53	95	83	85	88	66	71	0	4	3	0	4	3	85	79	51	34	-	-
Polonia	Muy bajo	-	Sí	Sí	90	86	66	66	66	47	50	49	3	3	3	4	3	4	-	-	-	-	-	-
Portugal	Muy bajo	-	Sí	Sí	42	44	63	65	65	49	56	55	5	6	6	7	7	7	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	No	No	37	60	92	96	95	53	58	57	0	0	0	0	1	0	100	100	-	-	2	8
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	Muy bajo	-	Sí	Sí	80	80	65	69	68	55	59	58	3	4	4	2	4	4	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	-	Sí	No	25	19	78	71	74	15	14	15	4	8	6	17	24	20	-	-	-	-	-	-
República Centroafricana	Alto	-	Sí	Sí	3	x	0	x	85	68	80	69	55	65	2	8	4	3	9	4	-	-	-	-
República de Corea	Bajo	70	Sí	Sí	83	70	76	72	73	56	53	54	3	4	4	3	4	4	97	95	95	95	4	14
República de Moldova	Bajo	90	Sí	Sí	76	74	40	54	45	34	44	38	6	5	6	4	5	4	-	-	43	45	-	-
República Democrática del Congo	Mediano	-	-	-	39	17	72	59	66	73	46	61	2	10	5	1	8	3	-	-	-	-	-	-
República Democrática Popular Lao	Bajo	-	Sí	Sí	-	-	83	75	80	80	70	77	0	1	1	0	1	1	-	-	-	-	-	-
República Dominicana	Muy bajo	90	Sí	Sí	46	51	82	79	80	46	56	54	3	5	4	10	10	10	71	70	58	54	4	17
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	94	75	88	78	63	74	1	7	3	1	5	2	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	Alto	-	No	Sí	5	2	90	83	87	85	72	80	1	3	2	1	6	3	-	-	-	-	-	-
Rumania	Muy bajo	100	-	-	74	65	66	65	65	42	48	46	5	4	4	4	3	3	97	96	62	54	-	-
Rwanda	Bajo	-	No	Sí	12	8	85	78	83	87	71	84	0	4	1	0	5	1	-	-	-	-	-	-
Saint Kitts y Nevis	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	No	Sí	70	75	54	61	56	29	41	31	7	10	7	10	10	10	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	Sí	No	52	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	No	No	-	-	73	80	77	54	59	57	19	21	20	15	18	17	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	-	-	No	No	39	44	72	79	76	65	71	69	12	15	14	15	18	17	-	-	-	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	-	-	Sí	No	46	32	78	71	74	43	40	42	7	11	9	18	23	21	-	-	-	-	-	-
Senegal	Mediano	-	Sí	Sí	17	5	61	54	57	34	36	35	3	9	6	3	10	7	-	-	-	-	-	-
Serbia	Muy bajo	100	Sí	Sí	79	69	67	61	63	48	48	48	8	11	10	10	12	11	97	92	73	70	9	19
Seychelles	-	-	Sí	Sí	48	x	44	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	Alto	-	No	No	18	x	7	x	51	63	58	48	63	58	11	3	5	6	3	4	-	-	-	-
Singapur	Bajo	-	Sí	Sí	77	72	76	79	78	60	63	62	2	3	3	2	4	3	89	88	100	96	-	-
Somalia	-	-	Sí	No	-	-	79	63	74	24	19	22	9	23	13	9	24	13	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	Alto	-	No	No	61	63	74	73	74	34	30	34	3	3	3	7	6	7	-	-	-	-	-	-
Sudáfrica	Bajo	-	Sí	Sí	77	54	49	69	63	37	56	50	31	26	27	33	30	31	77	80	68	70	-	-
Sudán	-	-	No	No	5	x	1	x	71	85	68	31	27	29	11	13	11	23	39	29	70	54	20	10
Sudán del Sur	-	-	No	Sí	16	11	79	63	74	75	61	71	8	20	11	9	24	13	-	-	-	-	-	-
Suecia	Muy bajo	-	Sí	Sí	77	77	66	69	68	59	62	61	6	7	7	6	7	7	-	-	-	-	-	-
Suiza	Muy bajo	-	Sí	No	90	84	75	73	73	65	62	63	3	4	4	4	5	5	-	-	-	-	-	-
Suriname	-	-	Sí	Sí	23	26	61	66	64	37	41	39	3	5	4	9	13	11	-	-	-	-	-	-
Tailandia	Mediano	60	No	No	35	35	76	75	75	58	60	59	1	1	1	1	1	1	83	84	84	80	-	-
Tayikistán	Mediano	-	Sí	No	85	76	46	52	50	27	30	29	5	9	8	3	6	5	-	-	-	-	-	-
Timor-Leste	-	-	-	-	-	-	75	66	73	65	51	62	2	8	3	3	17	6	-	-	-	-	-	-
Togo	Alto	-	Sí	Sí	17	3	62	61	61	58	54	56	3	7	5	1	5	3	49	39	53	38	-	-

**TABLA 17. EMPODERAMIENTO ECONÓMICO DE LAS MUJERES**

Países y zonas	Índice de Instituciones Sociales y Género (SIGI) 2019	Marcos jurídicos sobre la igualdad de género en el empleo 2019–2020 <sup>R</sup>	Prestaciones por licencia de maternidad 2022	Prestaciones por licencia de paternidad 2022	Nivel de estudios (%) 2008–2021 <sup>R</sup>		Tasa de participación en la fuerza laboral (%) 2010–2020 <sup>R</sup>						Tasa de desempleo (%) 2010–2020 <sup>R</sup>			Propiedad de teléfonos móviles (%) 2014–2020 <sup>R</sup>		Inclusión financiera (%) 2014–2020 <sup>R</sup>		Uso del tiempo (%) 2013–2020 <sup>R</sup>				
					Secundaria superior		Hombre			Mujer			Hombre			Mujer			Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
					Hombre	Mujer	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Ru-ral	Ur-bana	Total	Hombre	Mujer	Hombre
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	No	No	53	55	58	52	56	39	36	38	3	3	3	4	4	4	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	Bajo	-	Sí	No	67	68	68	72	71	48	51	50	3	4	4	3	4	4	-	-	-	-	-	-
Túnez	Alto	-	No	Sí	4	x	1	x	70	69	69	17	29	25	11	13	12	22	22	22	83	77	46	28
Türkiye	Bajo	-	Sí	Sí	49	36	68	75	72	33	35	34	10	14	12	14	18	16	-	-	-	-	-	-
Turkmenistán	-	-	-	-	81	x	73	x	68	74	72	42	46	44	3	6	5	1	3	2	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ucrania	Bajo	50	Sí	No	78	x	71	x	61	64	63	45	48	47	10	8	9	8	8	8	89	90	65	61
Uganda	Alto	-	No	Sí	14	6	73	74	73	68	65	67	1	2	1	1	6	2	-	-	-	-	-	-
Uruguay	Bajo	90	Sí	Sí	27	35	77	73	73	50	56	56	2	8	8	7	12	11	82	84	68	61	8	20
Uzbekistán	-	-	Sí	No	98	96	74	76	75	48	50	49	4	7	6	4	7	6	78	66	38	36	-	-
Vanuatu	-	-	No	No	9	x	5	x	83	71	79	64	54	61	1	4	2	1	3	1	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	Sí	Sí	59	65	75	75	75	42	42	42	4	7	7	6	8	8	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	Bajo	80	Sí	Sí	34	30	86	75	82	78	64	73	2	3	2	2	3	2	78	77	31	30	-	-
Yemen	Muy alto	-	No	No	-	-	70	72	71	5	8	6	12	10	12	24	28	25	-	-	-	-	-	-
Zambia	Mediano	-	Sí	No	23	x	9	x	82	75	79	74	67	70	12	10	11	12	14	13	44	45	52	40
Zimbabwe	Mediano	70	Sí	No	16	9	92	83	89	87	64	78	1	11	5	1	16	6	46	48	59	52	-	-

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	-	-	-	-	27	17	76	68	73	66	55	61	4	11	6	4	13	7	58	49	49	36	-	-
África Occidental y Central	-	-	-	-	32	21	71	64	68	58	51	55	4	10	6	3	9	5	55	39	47	27	-	-
África Oriental y Meridional	-	-	-	-	22	14	81	73	78	71	59	67	4	12	7	6	17	9	61	58	51	43	-	-
América del Norte	-	-	-	-	90	91	64	70	69	53	58	57	4	4	4	4	4	-	-	-	-	-	-	-
América Latina y Caribe	-	-	-	-	45	46	80	76	77	45	54	53	4	8	7	7	10	9	81	81	59	52	-	-
Asia Meridional	-	-	-	-	32	20	78	76	77	25	20	24	5	6	5	4	10	5	-	-	-	-	-	-
Asia Oriental y Pacífico	-	-	-	-	34	29	83	72	76	64	55	59	3	5	4	3	4	3	80	75	59	61	-	-
Europa del Este y Asia Central	-	-	-	-	78	73	66	71	69	45	50	48	7	8	7	7	8	8	93	92	66	66	-	-
Europa Occidental	-	-	-	-	75	71	64	65	65	50	53	52	5	7	6	7	7	7	89	88	96	92	-	-
Europa y Asia Central	-	-	-	-	76	72	65	67	67	47	52	50	6	7	7	7	7	7	91	90	80	77	-	-
Oriente Medio y Norte de África	-	-	-	-	49	47	75	72	73	17	21	19	7	9	8	17	22	20	91	81	62	47	-	-
Países menos desarrollados	-	-	-	-	21	13	81	72	78	61	48	57	3	7	4	4	11	6	63	54	32	23	-	-
<b>Mundo</b>	-	-	-	-	<b>43</b>	<b>38</b>	<b>78</b>	<b>72</b>	<b>74</b>	<b>47</b>	<b>48</b>	<b>47</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>80</b>	<b>73</b>	<b>60</b>	<b>54</b>	-	-

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

- Datos no disponibles.

<sup>R</sup> Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el titular de la columna.

<sup>x</sup> Los datos se refieren a años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de las medias regionales y mundiales. No se muestran las estimaciones de los años anteriores a 2000.

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Índice de Instituciones Sociales e Igualdad de Género (SIGI)** – Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Última actualización: marzo de 2019.

**Marcos jurídicos que promueven, aplican y supervisan la igualdad de género en el empleo y las prestaciones económicas** – ONU Mujeres, Grupo Banco Mundial, Centro de Desarrollo de la OCDE. Última actualización: mayo de 2021

**Prestaciones por licencia de maternidad** – Banco Mundial, Women Business and the Law. Última actualización: febrero de 2022.

**Prestaciones por licencia de paternidad** – Banco Mundial, Women Business and the Law. Última actualización: febrero de 2022.

**Nivel de estudios** – Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Última actualización: septiembre de 2021.

**Tasa de participación en la fuerza laboral** – Organización Internacional del Trabajo (OIT). Última actualización: junio de 2021.

**Tasa de desempleo** – Organización Internacional del Trabajo (OIT). Última actualización: junio de 2021.

**Propiedad de teléfonos móviles** – Base de datos mundial de indicadores de los ODS, 2022. Última actualización: diciembre de 2022.

**Inclusión financiera** – Base mundial de datos de indicadores de los ODS, 2022. Última actualización: diciembre de 2022.

**Uso del tiempo** – Base mundial de datos de indicadores ODS, 2022. Última actualización: diciembre de 2022.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Índice de Instituciones Sociales y Género (SIGI)** – Nivel de discriminación de género en las instituciones sociales definido como discriminación en la familia, integridad física restringida, acceso restringido a recursos reproductivos y financieros y libertades restringidas.

**Marcos jurídicos que promueven, hacen cumplir y supervisan la igualdad de género en el empleo y los beneficios económicos** – Se miden como un porcentaje de logro de 0 a 100, siendo 100 las mejores prácticas, los esfuerzos del gobierno para establecer marcos jurídicos que promuevan, hagan cumplir y supervisen la igualdad de género en el ámbito del empleo y los beneficios económicos.

**Prestaciones por licencia de maternidad** – Si la ley prevé 14 semanas o más de licencia de maternidad remunerada de acuerdo con las normas de la Organización Internacional del Trabajo.

**Prestaciones por licencia de paternidad** – Si la ley prevé una licencia de paternidad remunerada (de cualquier duración).

**Nivel educativo** – Porcentaje de la población de 25 años o más que ha completado al menos la educación secundaria superior (Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE 3)).

**Tasa de participación en la fuerza laboral** – La proporción de la población de un país en edad de trabajar que participa activamente en el mercado laboral, ya sea trabajando o buscando trabajo.

**Tasa de desempleo** – El porcentaje de personas de la fuerza laboral que están desempleadas.

**Propiedad de teléfonos móviles** – Proporción de personas que poseen un teléfono móvil.

**Inclusión financiera** – El porcentaje de adultos (mayores de 15 años) que informan tener una cuenta (por sí mismos o junto con otra persona) en un banco u otro tipo de institución financiera o que han usado personalmente un servicio de dinero móvil en los últimos 12 meses.

**Uso del tiempo** – Proporción de tiempo dedicado al trabajo doméstico y de cuidados no remunerado entre las personas de 15 años o más.

# TABLA 18. MIGRACIÓN

Países y zonas	Población migrante internacional 2020			Refugiados por país de acogida 2021				Refugiados por país de origen 2021		Desplazados internos 2021				Nuevos desplazamientos internos 2021			
	Total (miles)	Menores de 18 años (miles)	Total en porcentaje de la población nacional (%)	Total	Menores de 18 años	Por cada 1.000 habitantes	Por 1 dólar de INB per cápita	Total	Menores de 18 años	Total †	Menores de 18 años Ru	Proporción debida a conflictos y violencia (%) <sup>5d</sup>	Proporción debida a catástrofes (%) <sup>5d</sup>	Total †	Menores de 18 años Ru	Proporción debida a conflictos y violencia (%) <sup>5d</sup>	Proporción debida a catástrofes (%) <sup>5d</sup>
Afganistán	144	54	<1	66.949	37.672	2	134	2.712.858	1.240.137	5.703.808	2.800.000	76	24	748.128	360.000	97	3
Albania	49	24	2	109	44	0	0	19.847	-	0	0	0	100	251	52	0	100
Alemania	15.762	1.151	19	1.255.694	407.771	15	25	59	-	740	130	0	100	17.340	2.900	0	100
Andorra	46	3	59	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	656	128	2	26.045	14.206	1	15	11.403	-	7.464	3.900	0	100	21.727	11.000	0	100
Anguila	6	1	38	25	-	2	-	0	-	0	0	-	-	500	0	0	100
Antigua y Barbuda	29	2	30	0	-	0	0	105	-	0	0	-	-	1.423	380	0	100
Arabia Saudita	13.455	2.329	39	333	108	0	0	2.167	-	0	0	-	-	606	170	0	100
Argelia	2.450	34	<1	97.890	-	2	27	6.003	-	3.454	1.200	0	100	6.645	2.300	0	100
Argentina	2.282	346	5	168.672	-	4	0	124	-	0	0	0	100	709	200	0	100
Armenia	190	13	6	34.728	1.908	12	8	12.255	-	837	200	100	0	37	9	100	0
Australia	7.686	633	30	55.606	-	2	1	16	-	224	51	0	100	48.939	11.000	0	100
Austria	1.738	139	19	152.514	-	17	3	23	-	0	0	-	-	56	10	0	100
Azerbaiyán	252	28	2	1.676	534	0	0	39.478	-	654.839	180.000	100	0	0	0	100	0
Bahamas	64	7	16	10	-	0	0	736	-	250	66	0	100	0	0	0	100
Bahrein	936	59	55	256	65	0	0	416	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	2.115	589	1	918.907	481.775	5	351	22.672	-	468.864	150.000	91	9	98.921	31.000	0	100
Barbados	35	3	12	0	-	0	0	265	-	376	76	0	100	376	76	0	100
Belarús	1.067	46	11	2.729	882	0	0	4.632	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bélgica	2.005	197	17	74.063	-	6	1	29	-	1.900	390	0	100	16.077	3.300	0	100
Belice	62	5	16	86	-	0	0	81	-	0	0	-	-	6.273	2.200	0	100
Benin	394	88	3	1.736	536	0	1	730	-	2.701	1.300	100	0	10.000	4.800	0	100
Bhután	54	4	7	-	-	-	-	6.702	1.828	0	0	-	-	120	36	0	100
Bolivia (Estado Plurinacional de)	164	62	1	12.921	-	1	0	549	-	313	110	0	100	906	320	0	100
Bosnia y Herzegovina	36	5	1	240	46	0	0	18.190	-	91.734	16.000	100	0	314	54	0	100
Botswana	110	16	5	688	305	0	0	122	-	780	300	0	100	780	300	0	100
Brasil	1.080	244	<1	237.948	-	1	8	1.954	-	46.707	12.000	44	56	470.368	120.000	5	95
Brunei Darussalam	112	8	26	0	-	0	0	0	-	0	0	-	-	94	26	0	100
Bulgaria	184	66	3	22.830	-	3	2	455	-	0	0	-	-	25	4	0	100
Burkina Faso	724	139	3	25.010	14.023	1	29	20.209	9.913	1.579.976	810.000	100	0	682.245	350.000	100	0
Burundi	345	102	3	81.491	43.405	6	340	323.635	166.224	113.408	58.000	17	83	86.979	45.000	0	100
Cabo Verde	16	1	3	0	-	0	0	10	-	0	0	-	-	750	250	0	100
Camboya	79	7	<1	24	-	0	0	12.072	-	5.769	2.100	0	100	14.639	5.300	0	100
Camerún	579	207	2	457.269	253.483	17	288	125.475	57.644	936.767	460.000	97	3	133.216	64.000	99	1
Canadá	8.049	633	21	130.125	26.417	3	3	60	-	1.940	370	0	100	59.673	11.000	0	100
Chad	547	144	3	555.782	297.287	32	855	11.771	5.485	415.943	220.000	94	6	66.499	35.000	64	36
Chequia	541	29	5	1.910	-	0	0	758	-	460	86	0	100	2.780	520	0	100
Chile	1.645	201	9	502.336	-	26	0	987	-	1.389	320	0	100	2.486	570	0	100
China	1.040	210	<1	303.436	-	0	26	170.200	-	942.638	200.000	0	100	6.037.150	1.300.000	0	100
Chipre	190	19	16	16.277	-	13	1	5	-	242.540	49.000	100	0	59	12	0	100
Colombia	1.905	692	4	1.843.894	512.638	36	0	115.793	34.097	5.236.494	1.400.000	100	0	165.555	44.000	81	19
Comoras	12	2	1	27	8	0	0	1.670	-	19.000	8.600	0	100	19.372	8.800	0	100
Congo	388	88	7	40.765	17.567	7	25	14.253	-	57.173	27.000	100	0	6.653	3.200	0	100
Costa Rica	521	78	10	31.990	-	6	1	235	-	0	0	0	100	290	71	0	100
Côte d'Ivoire	2.565	276	10	4.349	2.083	0	2	39.940	13.242	301.705	150.000	100	0	0	0	89	11
Croacia	528	7	13	1.020	351	0	0	18.085	-	3.000	520	0	100	0	0	0	100
Cuba	3	<1	<1	199	24	0	0	11.534	-	0	0	0	100	193.742	37.000	0	100
Dinamarca	718	69	12	36.023	-	6	1	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	120	22	12	23.232	8.849	21	7	2.607	-	11	4	0	100	11	4	0	100
Dominica	8	2	12	0	-	0	0	54	-	0	0	-	-	350	0	0	100
Ecuador	785	305	4	560.485	167.563	31	10	1.825	-	719	230	0	100	5.651	1.800	0	100
Egipto	544	91	<1	280.686	100.931	3	80	27.498	-	1.100	430	0	100	1.100	430	0	100
El Salvador	43	6	<1	98	32	0	0	52.041	-	0	0	0	100	175.804	55.000	100	0
Emiratos Árabes Unidos	8.716	1.351	88	1.355	441	0	0	160	-	0	0	0	100	40	7	0	100
Eritrea	14	3	<1	121	73	0	0	511.911	161.090	10.000	4.800	100	0	0	0	0	100
Eslovaquia	197	31	4	1.046	-	0	0	1.426	-	0	0	-	-	60	11	0	100
Eslovenia	278	18	13	839	-	0	0	17	-	0	0	-	-	336	59	0	100
España	6.842	547	15	122.539	-	3	4	55	-	7.000	1.200	0	100	13.672	2.300	0	100
Estado de Palestina	273	31	5	-	-	-	-	103.581	-	11.711	5.200	100	0	118.241	52.000	100	0
Estados Unidos de América	50.633	3.325	15	339.179	-	1	5	426	-	55.568	12.000	0	100	573.078	130.000	0	100
Estonia	199	8	15	321	-	0	0	271	-	-	-	-	-	-	-	-	-

**TABLA 18. MIGRACIÓN**

Países y zonas	Población migrante internacional 2020			Refugiados por país de acogida 2021				Refugiados por país de origen 2021		Desplazados internos 2021				Nuevos desplazamientos internos 2021			
	Total (miles)	Menores de 18 años (miles)	Total en porcentaje de la población nacional (%)	Total	Menores de 18 años	Por cada 1.000 habitantes	Por 1 dólar de INB per cápita	Total	Menores de 18 años	Total †	Menores de 18 años Ru	Proporción debida a conflictos y violencia (%) Sa	Proporción debida a catástrofes (%) Sa	Total †	Menores de 18 años Ru	Proporción debida a conflictos y violencia (%) Sa	Proporción debida a catástrofes (%) Sa
Eswatini	33	7	3	895	325	1	0	165	-	0	0	-	-	105	46	0	100
Etiopía	1.086	465	<1	821.283	491.771	7	856	149.125	46.504	4.168.513	1.900.000	86	14	5.382.365	2.500.000	96	4
Federación de Rusia	11.637	620	8	10.901	-	0	1	68.547	-	606	130	78	22	5.622	1.200	0	100
Fiji	14	3	2	18	8	0	0	414	-	0	0	0	100	14.341	4.900	0	100
Filipinas	226	61	<1	801	164	0	0	521	-	808.502	280.000	13	87	5.821.136	2.000.000	2	98
Finlandia	386	45	7	24.078	-	4	0	5	-	0	0	-	-	51	10	0	100
Francia	8.525	695	13	499.914	126.862	8	11	38	-	0	0	0	100	9.075	1.900	0	100
Gabón	417	103	19	272	63	0	0	620	-	2	1	0	100	2	1	0	100
Gambia	216	47	9	4.418	1.805	2	6	11.042	-	0	0	0	100	3.116	1.600	22	78
Georgia	79	15	2	1.818	478	0	0	9.754	-	333.145	78.000	92	8	85	20	0	100
Ghana	476	95	2	11.894	3.816	0	5	14.251	5.848	3.744	1.600	0	100	12.015	5.200	0	100
Granada	7	<1	6	234	-	2	0	52	-	0	0	-	-	26	7	0	100
Grecia	1.340	98	13	119.650	-	11	6	87	-	1.552	250	0	100	66.518	11.000	0	100
Guatemala	84	13	<1	1.948	-	0	0	26.927	-	264.846	110.000	92	8	15.711	6.100	1	99
Guinea	121	31	<1	5.741	2.081	0	6	34.403	-	2.562	1.300	0	100	2.562	1.300	0	100
Guinea-Bissau	18	6	<1	1.846	845	1	2	2.039	-	414	200	0	100	414	200	0	100
Guinea Ecuatorial	231	4	16	-	-	-	-	168	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	31	4	4	25.840	-	32	0	285	-	0	0	-	-	216	71	0	100
Haití	19	5	<1	0	-	0	0	29.454	-	236.343	90.000	7	93	240.714	91.000	8	92
Honduras	39	13	<1	144	-	0	0	51.687	17.036	247.120	91.000	100	0	811	290	68	32
Hungría	585	74	6	5.676	-	1	0	4.653	-	0	0	-	-	14	2	0	100
India	4.879	307	<1	212.413	-	0	98	14.230	-	527.873	170.000	96	4	4.916.252	1.500.000	0	100
Indonesia	356	48	<1	9.982	2.501	0	2	13.962	-	228.143	70.000	32	68	775.998	240.000	3	97
Irán (República Islámica del)	2.797	1.171	3	798.343	306.591	9	237	142.989	-	13.443	3.900	0	100	40.586	12.000	0	100
Iraq	366	104	<1	280.072	121.476	6	56	343.898	105.193	1.206.530	530.000	98	2	66.325	29.000	86	14
Irlanda	871	153	18	9.571	2.211	2	0	5	7	0	0	-	-	25	6	0	100
Islandia	65	8	19	1.830	-	5	0	5	-	0	0	-	-	219	50	0	100
Islas Cook	5	1	26	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-	12	0	0	100
Islas Marshall	3	<1	6	-	-	-	-	7	-	0	0	-	-	200	0	0	100
Islas Salomón	3	<1	<1	0	-	0	0	38	-	1.000	460	100	0	1.005	460	100	0
Islas Turcas y Caicos	26	2	67	7	-	0	0	14	-	0	0	-	-	60	0	0	100
Islas Vírgenes Británicas	22	3	73	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-	6.000	0	0	100
Israel	1.954	83	23	1.191	-	0	0	453	-	0	0	0	100	7.045	2.300	45	55
Italia	6.387	415	11	144.862	-	2	4	61	-	7	1	0	100	2.558	400	0	100
Jamaica	24	7	<1	98	-	0	0	2.419	-	0	0	-	-	16	4	0	100
Japón	2.771	271	2	1.132	-	0	0	39	-	38.882	5.800	0	100	13.593	2.000	0	100
Jordania	3.458	1.580	34	712.823	343.027	64	159	2.981	-	0	0	-	-	138	53	0	100
Kazajstán	3.732	361	20	352	108	0	0	3.198	-	72	24	0	100	141	47	0	100
Kenya	1.050	297	2	481.048	263.794	9	239	7.529	-	244.320	110.000	78	22	41.076	18.000	11	89
Kirguistán	199	11	3	317	109	0	0	3.035	-	0	0	100	0	46.384	17.000	100	0
Kiribati	3	<1	3	-	-	-	-	0	-	0	0	-	-	2.520	1.000	0	100
Kuwait	3.110	591	73	720	212	0	0	1.702	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	12	2	<1	296	71	0	0	6	-	0	0	-	-	729	280	0	100
Letonia	239	10	13	705	-	0	0	122	-	0	0	-	-	24	5	0	100
Líbano	1.713	515	25	845.865	459.167	151	245	6.061	-	50	15	100	0	906	260	7	93
Liberia	88	14	2	8.169	3.637	2	13	5.384	1.213	1.208	570	0	100	3.708	1.700	0	100
Libia	827	161	12	3.141	1.139	0	0	19.090	6.561	160.456	53.000	100	0	1.234	400	0	100
Liechtenstein	26	4	68	133	-	3	0	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	145	17	5	1.880	-	1	0	54	-	0	0	-	-	0	0	-	-
Luxemburgo	298	27	48	6.011	-	9	0	0	-	0	0	-	-	560	110	0	100
Macedonia del Norte	131	19	6	293	102	0	0	1.842	-	108	21	100	0	80	16	0	100
Madagascar	36	6	<1	165	57	0	0	425	-	2.807	1.300	100	0	6.130	2.800	21	79
Malasia	3.477	426	11	132.086	37.583	4	12	1.182	-	6.983	1.900	0	100	128.536	36.000	0	100
Malawi	191	42	1	21.529	11.084	1	34	513	-	0	0	0	100	602	300	0	100
Maldivas	70	4	13	-	-	-	-	80	-	0	0	-	-	296	67	0	100
Malí	486	87	2	49.975	29.027	2	57	183.392	100.608	350.110	190.000	93	7	255.168	140.000	98	2
Malta	115	8	26	9.335	-	18	0	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	102	20	<1	7.272	2.612	0	2	5.385	-	10	3	0	100	10	3	0	100
Mauricio	29	2	2	10	-	0	0	198	-	0	0	0	100	113	24	0	100
Mauritania	182	73	4	101.942	47.884	22	59	39.279	18.085	1.560	710	0	100	1.560	710	0	100
México	1.198	684	<1	136.627	30.750	1	8	16.403	-	379.269	120.000	100	0	47.555	14.000	61	39

**TABLA 18. MIGRACIÓN**

Países y zonas	Población migrante internacional 2020			Refugiados por país de acogida 2021				Refugiados por país de origen 2021		Desplazados internos 2021				Nuevos desplazamientos internos 2021			
	Total (miles)	Menores de 18 años (miles)	Total en porcentaje de la población nacional (%)	Total	Menores de 18 años	Por cada 1.000 habitantes	Por 1 dólar de INB per cápita	Total	Menores de 18 años	Total †	Menores de 18 años Ru	Proporción debida a conflictos y violencia (%) Sa	Proporción debida a catástrofes (%) Sa	Total †	Menores de 18 años Ru	Proporción debida a conflictos y violencia (%) Sa	Proporción debida a catástrofes (%) Sa
Micronesia (Estados Federados de)	3	<1	2	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-	6.760	2.700	0	100
Mónaco	27	2	68	17	-	0	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	21	4	<1	0	-	0	0	2.508	-	6.331	2.300	0	100	6.331	2.300	0	100
Montenegro	71	4	11	175	60	0	0	623	-	0	0	-	-	6	1	0	100
Montserrat	1	<1	28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	339	81	1	4.797	1.914	0	10	90	-	873.358	450.000	84	16	230.569	120.000	81	19
Myanmar	76	13	<1	0	-	0	0	1.177.029	569.486	650.450	200.000	100	0	606.037	180.000	74	26
Namibia	109	12	4	3.733	1.786	1	1	441	-	0	0	-	-	255	110	0	100
Nauru	2	<1	20	953	240	76	0	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	488	34	2	19.574	-	1	16	7.029	-	8.353	2.800	0	100	32.492	11.000	0	100
Nicaragua	42	9	<1	313	-	0	0	11.041	-	9.106	3.200	0	100	231.894	81.000	0	100
Niger	348	102	1	249.945	147.577	10	424	21.901	14.031	264.257	150.000	85	15	227.950	130.000	48	52
Nigeria	1.309	363	<1	77.132	38.711	0	37	383.660	212.544	3.335.438	1.700.000	97	3	399.918	200.000	94	6
Niue	<1	<1	36	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	852	97	16	46.042	-	9	1	5	-	4	1	0	100	783	160	0	100
Nueva Zelanda	1.382	157	29	1.794	-	0	0	33	-	50	12	0	100	4.363	1.000	0	100
Omán	2.373	279	46	295	74	0	0	53	-	0	0	-	-	5.210	1.400	0	100
Países Bajos	2.358	190	14	99.586	-	6	2	58	-	0	0	-	-	51.343	9.700	0	100
Pakistán	3.277	192	1	1.491.070	801.814	6	994	132.817	56.362	173.323	71.000	60	40	69.721	28.000	0	100
Palau	5	<1	28	-	-	-	-	0	-	0	0	-	-	2.457	0	0	100
Panamá	313	75	7	130.542	-	30	0	118	-	0	0	0	100	2.222	690	0	100
Papua Nueva Guinea	31	10	<1	11.839	-	1	4	507	-	40.364	17.000	59	41	16.969	6.900	56	44
Paraguay	170	27	2	6.394	1.222	1	1	125	-	5	2	0	100	5	2	0	100
Perú	1.225	405	4	797.232	161.450	24	1	3.520	-	59.846	17.000	100	0	10.705	3.100	0	100
Polonia	817	177	2	4.875	-	0	0	887	-	121	22	0	100	121	22	0	100
Portugal	1.002	63	10	2.651	-	0	0	26	-	0	0	-	-	20	3	0	100
Qatar	2.226	324	77	197	53	0	0	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	9.360	920	14	137.078	-	2	3	101	-	0	0	0	100	513	110	0	100
República Árabe Siria	869	151	5	14.308	5.608	1	15	6.848.845	3.058.305	6.661.640	2.400.000	100	0	534.230	190.000	85	15
República Centroafricana	89	21	2	9.305	4.984	2	18	737.658	408.040	728.023	370.000	95	5	519.189	260.000	95	5
República de Corea	1.728	216	3	3.559	-	0	0	117	-	333	50	0	100	2.919	430	0	100
República de Moldova	104	14	3	349	47	0	0	2.190	-	0	0	-	-	0	0	0	100
República Democrática del Congo	953	166	1	524.148	323.851	5	904	908.401	469.755	5.540.000	2.900.000	96	4	3.599.919	1.900.000	75	25
República Democrática Popular Lao	49	6	<1	-	-	-	-	6.778	-	3.605	1.300	0	100	5	2	0	100
República Dominicana	604	77	6	116.162	-	10	0	635	-	0	0	0	100	10.388	3.400	0	100
República Popular Democrática de Corea	50	5	<1	-	-	-	-	528	-	0	0	0	100	5.000	1.200	0	100
República Unida de Tanzania	426	91	<1	207.101	113.263	3	182	752	-	938	470	0	100	46.707	23.000	0	100
Rumania	705	302	4	4.200	1.188	0	0	1.417	-	0	0	-	-	412	77	0	100
Rwanda	514	161	4	121.896	58.043	9	143	248.219	152.900	699	320	0	100	14.960	6.800	0	100
Saint Kitts y Nevis	8	2	15	60	-	1	0	47	-	0	0	-	-	33	0	0	100
Samoa	4	2	2	0	-	0	0	5	-	0	0	-	-	55	24	0	100
San Marino	6	<1	16	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	5	1	4	5	-	0	0	467	-	1.767	460	0	100	23.032	6.000	0	100
Santa Lucía	8	2	5	0	-	0	0	457	-	8	2	0	100	25	6	0	100
Santa Sede	<1	<1	100	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	2	<1	<1	-	-	-	-	6	-	0	0	-	-	500	240	0	100
Senegal	275	76	2	14.479	6.620	1	9	15.129	-	8.406	4.100	100	0	1.322	640	0	100
Serbia	823	19	9	25.650	-	4	3	31.737	-	0	0	100	0	34	6	0	100
Seychelles	13	1	13	-	-	-	-	14	-	0	0	-	-	20	6	0	100
Sierra Leona	54	10	<1	345	90	0	1	6.615	-	5.500	2.600	100	0	0	0	32	68
Singapur	2.524	186	43	0	-	0	0	34	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	59	20	<1	13.804	5.898	1	31	776.678	370.545	2.967.500	1.600.000	100	0	820.189	430.000	67	33
Sri Lanka	40	13	<1	907	297	0	0	151.107	-	12.375	3.500	100	0	121.119	34.000	0	100
Sudáfrica	2.860	275	5	75.512	11.663	1	12	643	-	7.840	2.600	0	100	10.815	3.600	5	95
Sudán	1.379	600	3	1.103.918	524.161	24	1.648	825.290	445.056	3.260.522	1.500.000	97	3	541.083	250.000	82	18
Sudán del Sur	882	272	8	333.673	201.037	31	306	2.362.759	1.377.398	1.895.610	910.000	72	28	934.976	440.000	46	54
Suecia	2.004	234	20	240.853	-	23	4	9	-	0	0	-	-	47	10	0	100
Suiza	2.491	171	29	118.829	36.166	14	1	0	-	13	2	0	100	144	26	0	100
Suriname	48	12	8	29	-	0	0	22	-	0	0	-	-	6.500	2.000	0	100
Tailandia	3.632	500	5	100.510	36.787	1	14	181	-	44.114	8.900	93	7	9.925	2.000	5	95

**TABLA 18. MIGRACIÓN**

Países y zonas	Población migrante internacional 2020			Refugiados por país de acogida 2021				Refugiados por país de origen 2021		Desplazados internos 2021				Nuevos desplazamientos internos 2021			
	Total (miles)	Menores de 18 años (miles)	Total en porcentaje de la población nacional (%)	Total	Menores de 18 años	Por cada 1.000 habitantes	Por 1 dólar de INB per cápita	Total	Menores de 18 años	Total <sup>T</sup>	Menores de 18 años <sup>Ru</sup>	Proporción debida a conflictos y violencia (%) <sup>Sa</sup>	Proporción debida a catástrofes (%) <sup>Sa</sup>	Total <sup>T</sup>	Menores de 18 años <sup>Ru</sup>	Proporción debida a conflictos y violencia (%) <sup>Sa</sup>	Proporción debida a catástrofes (%) <sup>Sa</sup>
Tayikistán	276	17	3	10.724	-	1	9	2.412	-	778	330	0	100	16.167	6.900	93	7
Timor-Leste	8	2	<1	0	-	0	0	11	-	107	46	0	100	15.876	6.900	0	100
Togo	280	100	3	10.683	5.113	1	11	7.985	-	2.000	950	100	0	2.000	950	100	0
Tokelau	1	<1	92	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
Tonga	4	1	4	0	-	0	0	28	-	93	38	0	100	2.678	1.100	0	100
Trinidad y Tabago	79	19	6	11.974	-	8	0	285	-	6	1	0	100	33	8	0	100
Túnez	60	11	<1	3.186	1.169	0	1	2.201	-	148	42	0	100	3.204	900	0	100
Türkiye	6.053	1.258	7	3.759.817	1.703.330	44	382	105.021	28.462	1.110.834	320.000	99	1	84.131	24.000	0	100
Turkmenistán	195	14	3	16	-	0	0	563	-	4.000	1.400	100	0	0	0	-	-
Tuvalu	<1	<1	2	-	-	-	-	0	-	0	0	-	-	400	0	0	100
Ucrania	4.997	280	11	2.382	-	0	1	27.562	-	854.012	160.000	100	0	2.037	380	2	98
Uganda	1.720	928	4	1.529.903	888.416	33	1.821	7.886	-	26.003	14.000	7	93	47.968	25.000	3	97
Uruguay	108	29	3	15.872	5.594	5	0	45	-	0	0	-	-	156	38	0	100
Uzbekistán	1.162	92	3	13.032	-	0	7	3.014	-	0	0	100	0	70.000	23.000	0	100
Vanuatu	3	<1	1	0	-	0	0	0	-	63.965	28.000	0	100	80.191	36.000	0	100
Venezuela (República Bolivariana de)	1.324	160	5	39.328	23.306	1	3	4.605.611	1.213.905	32.392	10.000	0	100	32.592	10.000	0	100
Viet Nam	77	11	<1	0	-	0	0	317.737	-	1.816	490	0	100	779.699	210.000	0	100
Yemen	387	117	1	89.467	21.212	3	134	37.611	10.548	4.299.575	2.000.000	100	0	461.071	210.000	82	18
Zambia	188	34	1	75.154	35.326	4	72	255	-	222	110	0	100	1.325	670	0	100
Zimbabue	416	53	3	9.483	4.634	1	7	8.115	-	42.878	21.000	0	100	2.354	1.100	0	100

**DATOS CONSOLIDADOS**

África Subsahariana	23.601	5.919	2	7.091.009	3.881.175	6	4.510	7.824.772	4.073.902	27.159.395	14.000.000	93	7	14.111.808	6.900.000	82	18
África Occidental y Central	10.757	2.242	2	2.155.205	1.201.084	4	1.415	2.584.321	1.341.370	13.532.305	7.000.000	97	3	5.920.272	3.100.000	81	19
África Oriental y Meridional	12.843	3.676	2	4.935.804	2.680.091	8	3.049	5.240.451	2.732.532	13.627.900	6.600.000	89	11	8.191.536	3.900.000	83	17
América del Norte	58.709	3.961	16	469.304	98.358	1	7	486	286	57.508	13.000	0	100	632.751	140.000	0	100
América Latina y Caribe	14.795	3.603	2	4.675.622	1.236.788	7	33	4.935.937	1.304.311	6.507.581	1.900.000	95	5	1.406.546	390.000	27	73
Asia Meridional	11.066	1.197	<1	2.709.820	1.379.845	1	1.292	3.047.495	1.341.978	6.894.596	3.200.000	78	22	5.986.633	2.000.000	12	88
Asia Oriental y Pacífico	28.972	2.984	1	622.011	146.348	0	49	1.716.652	654.259	2.779.478	790.000	32	68	14.321.523	4.000.000	4	96
Europa del Este y Asia Central	32.472	3.214	8	3.893.358	1.731.344	9	448	373.857	84.278	3.065.648	760.000	99	1	155.790	50.000	39	61
Europa Occidental	66.563	5.633	13	3.134.802	917.770	6	76	8.779	735	254.337	51.000	95	5	181.863	32.000	0	100
Europa y Asia Central	99.035	8.847	11	7.028.160	2.649.114	8	267	382.636	85.013	3.319.985	810.000	98	2	337.653	82.000	18	82
Oriente Medio y Norte de África	44.421	9.004	9	3.137.400	1.382.145	7	440	7.668.182	3.267.776	12.358.117	5.000.000	100	0	1.245.847	500.000	81	19
Países menos desarrollados	16.185	4.899	2	7.022.880	3.827.500	6	6.065	11.241.422	5.610.728	33.592.396	16.000.000	90	10	15.723.667	7.500.000	80	20
<b>Mundo</b>	<b>280.598</b>	<b>35.515</b>	<b>4</b>	<b>25.733.326</b>	<b>10.773.773</b>	<b>3</b>	<b>1.778</b>	<b>25.733.326</b>	<b>10.773.773</b>	<b>59.076.660</b>	<b>25.000.000</b>	<b>90</b>	<b>10</b>	<b>38.042.761</b>	<b>14.000.000</b>	<b>38</b>	<b>62</b>

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página de Clasificaciones regionales o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar datos de ediciones consecutivas del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

**NOTAS**

- Datos no disponibles.

Los valores regionales y mundiales se basan en más países y zonas que los que aparecen aquí. Por lo tanto, los valores de los países no suman los valores regionales y mundiales correspondientes.

Los refugiados cuyo origen figura como "otros", "desconocido", "varios" o "apátridas" no se incluyen en los agregados, lo que hace que los totales mundiales sean menores que el total comparable de refugiados por país de acogida.

<sup>Sa</sup> La proporción se refiere al total de desplazamientos.

<sup>T</sup> Los totales son la suma de las cifras redondeadas relacionadas con los conflictos, la violencia y las catástrofes, respectivamente, publicadas por el Observatorio de los Desplazamientos Internos.

<sup>Ru</sup> Las estimaciones para menores de 18 años se redondean a la segunda cifra más importante (por ejemplo, "1 234" se redondea a "1 200").

**FUENTES DE DATOS PRINCIPALES**

**Población migrante internacional** – Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población (2020). International Migrant Stock 2020.

**Refugiados** – Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, base de datos de estadísticas sobre la población de refugiados, 2022.

**Desplazamiento interno** – Centro de Vigilancia de los Desplazamientos Internos (IDMC), Base Mundial de Datos de Desplazamientos Internos (GIDD), IDMC, 2022.

**DEFINICIONES DE LOS INDICADORES**

**Población migrante internacional** – Número de personas nacidas en un país distinto al de su residencia, incluidos los refugiados.

**Refugiados** – Personas que se ven obligadas a huir de su país de origen para escapar de la persecución o de una amenaza grave

para su vida, integridad física o libertad. Las cifras de esta tabla se refieren únicamente a los refugiados bajo el mandato del ACNUR. Otros refugiados palestinos registrados en la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Oriente Próximo están presentes en el Estado de Palestina, el Líbano, Siria y Jordania, pero no figuran en esta lista.

**Desplazados internos** – Personas que se han visto forzadas u obligadas a huir o a abandonar sus hogares o lugares de residencia habituales y que no han cruzado una frontera estatal internacionalmente reconocida en un momento dado.

**Nuevos desplazamientos internos** – Número de movimientos de personas que se han visto forzadas u obligadas a huir o a abandonar sus hogares o lugares de residencia habituales y que no han cruzado una frontera estatal internacionalmente reconocida en un período determinado.



El mundo se enfrenta a una alerta roja en materia de salud infantil: la cobertura de la vacunación se redujo drásticamente durante la pandemia de COVID-19, una situación que supuso un aumento de varios millones en el número de niños y niñas que se encuentran desprotegidos ante algunas de las enfermedades más graves de la infancia. Además, muchos millones de niños y niñas de algunas de las comunidades más marginadas del mundo llevan largo tiempo sin recibir vacunas que son necesarias para su supervivencia. Es urgente ponerse al día con esta situación y restablecer los servicios para poder inmunizar a los niños y niñas que no han recibido vacunas y evitar que se produzca un nuevo retroceso. Y es necesario también acelerar los esfuerzos para llegar a todos aquellos que están excluidos desde hace muchos años. El *Estado Mundial de la Infancia 2023* examina las medidas que es necesario tomar para garantizar que todos los niños y niñas, en todas partes, estén protegidos contra las enfermedades que se pueden evitar mediante la vacunación.



para cada infancia

ISBN: 978-92-806-5444-8

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), abril de 2023

