

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2019

unicef 
para cada niño

Niños, alimentos y nutrición

Crecer bien en un mundo
en transformación



Publicado por UNICEF desde 1980, el informe Estado Mundial de la Infancia tiene por objeto profundizar los conocimientos y crear conciencia sobre las cuestiones fundamentales que afectan a los niños y abogar por soluciones que mejoren sus vidas.

EQUIPO DEL INFORME

Brian Keeley, *Editor Jefe*; Céline Little, *Editora*; Juliano Diniz de Oliveira, *Especialista en investigaciones y políticas*; Eric Zuehlke, *Editor*; Gregory Sclama, *Investigador*; Kasper Vrolijk, *Analista de datos*; Upasana Young, *Asociada del programa (Diseño)*; Dawit Ghebremichael, *Asociado del programa*; y David Anthony, *Jefe de análisis de políticas*.

ANÁLISIS DE DATOS NUTRICIONALES E INNOVACIÓN

Chika Hayashi, Richard Kumapley, Vrinda Mehra y Nona Reuter.

EDITORIAL Y PRODUCCIÓN

Samantha Wauchope, *Especialista de producción*; Ahmed Al Izzi Alnaqshbandi, *Editor del árabe*; Carlos Perellon, *Editor del español*; Alix Reboul-Salze, *Editadora del francés*; Yinyi Ge y Yasmine Hage, *Investigación y verificación de datos*; Adam Woolf, Allison McKechnie y Deborah Yuill, *Revisoras (Proseworks)*; y Germain Ake, *Asociado para la distribución*.

FIGURAS

Shangning Wang y Gabriela Montorzi.

MEDIOS DE PRENSA Y COMUNICACIONES

Kurtis Albert Cooper, Sabrina Sidhu y Guy Taylor.

INVESTIGACIÓN

Contribuyeron a la investigación de antecedentes de este informe Cynthia M. Bulik, Clare Collins, Fabrice DeClerck, Alessandro Demaio, Amandine Garde, Jody Harris, Jenna Hollis, Peninah Masibo, Karen McColl, Melissa Munn-Chernoff, Nicholas Nisbett, Michael N. Onah, Kendra Siekmans, Mimi Tatlow-Golden, Dylan Walters y la Alianza Mundial para la Mejora de la Nutrición (GAIN).

Los ensayos de la sección *Perspectivas* representan las opiniones personales de los autores y no reflejan necesariamente la posición del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Se requiere permiso para reproducir cualquier parte de esta publicación.

Sírvase dirigirse a:
División de Comunicaciones, UNICEF,
Atención: Permisos
3 United Nations Plaza, New York, NY 10017,
EEUU, Tel: +1 (212) 326-7434
Email: nyhqdoc.permit@unicef.org,

Para obtener los últimos datos, sírvase visitar:
<data.unicef.org>.

Cita sugerida: UNICEF (2019).
Estado Mundial de la Infancia 2019.
Niños, alimentos y nutrición: crecer bien en un mundo en transformación. UNICEF, Nueva York.

ISBN: 978-92-806-5005-1
© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Octubre de 2019.

Fotografía de portada: Una niña almuerza en la comunidad de Hanaq Chuqibamba en Perú.
© UNICEF/Vilca/2019

RECONOCIMIENTOS

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

GRUPO ASESOR SUPERIOR

Victor M. Aguayo, Francesco Branca, Sandro Demaio, Jessica Fanzo, Lawrence Haddad, Purnima Menon, Ellen Piwoz, Victoria Quinn, Juan Rivera, Meera Shekar, Cesar Victora, Keith West en materia de dirección estratégica, orientación técnica y asesoramiento en materia de políticas.

GRUPO ASESOR INTERNO

Yarlini Balarajan, France Begin, Silaja Birks, Luisa Brumana, Lizette Burgers, Stefano Fedele, Alison Fleet, Bernadette Gutmann, Diane Holland, Josephine Ippe, Roland Kupka, Joan Matji, David Matern, Christiane Rudert, Tamara Rusinow, Oren Schlein, Harriet Torlesse, Vilma Tyler, Amirhossein Yarparvar and Noel Marie Zagre por revisar los borradores del informe y proporcionar orientación y asesoramiento.

DIVISIÓN DE ANÁLISIS, PLANIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO

Vidhya Ganesh, *Directora*; Robert Bain, Jan Beise, Claudia Cappa, Lilianna Carvajal, Allysha Choudhury, Enrique Delamonica, Mamadou Salio Diallo, Karoline Hassfurter, Chika Hayashi, Mark Hereward, Lucia Hug, Yves Jacques, Aleya Khalifa, Julia Krasevec, Richard Kumapley, Sinae Lee, Chibwe Lwamba, Vrinda Mehra, Suguru Mizunoya, Padraic Murphy, Colleen Murray, Rada Noeva, Mohamed Obaidy, Khin Wityee Oo, Lauren Pandolfelli, Hyunju Park, Nicole Petrowski, Tyler Porth, Jennifer Raquejo, Nona Reuter, David Sharrow, Tom Slaymaker, Sameen Wajid, Danzhen You y Yanhong Zhang.

DIVISIÓN DE PROGRAMAS

Omar Abdi, *Director Ejecutivo Adjunto*; Ted Chaiban, *Director*; y Jens Aerts, Patty Alleman, Yousif Almasri, Christina Calabrese, David Clark, Nita Dalmiya, Aashima Garg, Thomas George, Saul Ignacio Guerrero Oteyza, Jumana Haj-Ahmad, Tatiana Harmon, Andreas Hasman, Sanda Hlaing, Annette Imohe, Jo Jewell, Emna Kayouli, Ragini Khurana, Catherine Langevin-Falcon, Jennifer López, Isabel Madzorera, Erin McLean, Andrew Mok Yuan Min, Reuel Kirathi Mungai, Louise Mwirigi, Gautam Narasimhan, Cristina Hayde Pérez González, Nicole Ricasata, Dolores Rio, Jessica Rodrigues, Joanna Rogowska, Mawuli Sablah, Joseph Senesie, Sirjana Shakya, Deepika Sharma, Sagri Singh, Ruth Situma, Irum Taqi, Rakshya Rajyashwori Thapa, Vanya Tsutsui, Tamara Rusinow y Amy Wickham.

RECAUDACIÓN DE FONDOS EN EL SECTOR PRIVADO Y ALIANZAS

Carlotta Barcaro, Jacqueline Hayes, Andrew Mawson, Morel Naim, Annabelle McDougall y Keiko Sakamoto.

DIVISIÓN DE COMUNICACIONES

Charlotte Petri Gornitzka, *Directora Ejecutiva Adjunta*; Paloma Escudero, *Directora*; y Mauricio Aguayo, Anna Baldursdottir, Nigina Baykbulova, Penni Berns, Marissa Buckanoff, Mariana Da Cunha Pinto Amaral, Jedd Flansch, Joe English, Angus Ingham, Deborah Toskovic Kavanagh, Selenge Lkhagva, Gbolayemi Lufadeju, Najwa Mekki, Christine Mills, Christine Nesbitt, Edita Nsubuga, Priyanka Pruthi, Leah Selim, Michael Sidwell, Guy Taylor, Tanya Turkovich, Judith Yemane y Dennis Yuen.

COMITÉ DEL REINO UNIDO PARA UNICEF

Pauline Castres, Kirtbir Chahal, Jose Cuesta, Ceri Gautama, Roxanne Portnoi y Liam Sollis.

SEDE DE UNICEF EN NUEVA YORK

Diana Cordero, Kathleen Edison, Andres Franco, Hongwei Gao, Dennis Gayanelo, Bindu Kotimreddy, Ganesh Narahari, Brina Seidel, Arber Stublla.

UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL

A los colegas de UNICEF en Afganistán, Australia, Bangladesh, China, Egipto, Estados Unidos, Filipinas, Etiopía, Ghana, Guatemala, India, Indonesia, Kirguistán, México, Nigeria, Serbia, Sudán y Zimbabwe por facilitar los talleres del *Estado Mundial de la Infancia*.

Alex Cadillo, Carolyn McCaffrey, Hugo Razuri, Carlos Rojas, Maria Elena Ugaz, Ines Villar y Marilu Wiegold, en Lima, Perú; Stephen Barrett, Marianne Clark-Hattingh, Maryam Halim, Zouhair Rosli, Marc Vergara y Faradiza Zahri, en Kuala Lumpur, Malasia; Mx Balibago, Maria Evelyn Carpio, Mariella Castillo, Zafrin Chowdhury, Rene Galera, Wignyan Madani y Julia Rees, in Manila, Filipinas; y Jee Hyun Rah y Kate Rose en Yakarta, Indonesia, por su paciencia, apoyo y buen humor durante las visitas del equipo del informe *Estado Mundial de la Infancia*.

Colegas de UNICEF en Bangladesh, Belice, Brasil, Burkina Faso, Camerún, Côte d'Ivoire, El Salvador, Francia, Ghana, Indonesia, Liberia, Malawi, Malasia, Malí, México, Moldova, Myanmar, Nigeria, República Centroafricana, Sierra Leona y Sudáfrica, Eswatini, Siria, Tailandia, Túnez, el Reino Unido, Ucrania, Viet Nam y Zimbabwe por su participación en la Encuesta del U-Report del *Estado Mundial de la Infancia*, y al Centro Mundial de Innovación de UNICEF por la realización y el análisis de la Encuesta U-Report del *Estado Mundial de la Infancia*.

Alejandro Calvillo Unna, Hilal Elver, Inge Kauer, Peter Bakker, Sania Nishtar, Scholastica Nguli, Sherrie Westin y Raya por participar en la serie de ensayos *Perspectivas*, y Viktoria Aberg, Hallie Ruvin, Moria Moderelli, Mark Wjine, Marisa Macari, Alison Cairns, Kristin Heume y Melissa Shapiro por su ayuda con estos ensayos.

Elyse Champaign-Klassen, Catharine Fleming, Girish Lala, Virginia Schmied y Amanda Third de la Universidad de Sidney Occidental por su labor en el diseño de la metodología y el análisis de los resultados de los talleres del *Estado Mundial de la Infancia* que se celebraron en todo el mundo para este informe; y a Peggy Koniz-Booher y Rafael Perez-Escamilla, que participaron en el Grupo Asesor del proyecto.

A Derek Headey por contribuir en la elaboración del cuadro sobre precios de los alimentos y nutrición, basado en *The relative caloric prices of healthy and unhealthy foods differ systematically across income levels and continents*, de Derek D. Headey y Harold H. Alderman.

La Oficina de Investigación-Innocenti de UNICEF, la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición, la Sección de Nutrición de la División de Programas de UNICEF y los asistentes a la consulta sobre Sistemas Alimentarios para Niños y Adolescentes, Florencia, 5-7 de noviembre de 2018.

Ian Au, Tara Dooley, Elizabeth Fox, Nada Hamadeh, Jens-Christian Holm, Sue Horton, Priscilla Idele, Achila Imchen, Faizal Karmali, Manmeet Kuar, Joseph Pell Lombardi, Makmende Media, Takaaki Masaki, William Masters, David Nabarro, Dan Parker, Marko Olavi Rissanen y The World Business Council for Sustainable Development por su ayuda y apoyo.

Lisa Rogers, de la OMS, por proporcionar los datos originales que se utilizaron en este informe.

UNICEF reconoce también el apoyo del Reino de los Países Bajos y de Noruega en la realización de este informe.

El informe *Estado Mundial de la Infancia* ha sido elaborado por la Oficina de Estudios y Políticas Mundiales.

Laurence Chandy, *Director*.

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2019

Niños, alimentos y nutrición

Crecer bien en un mundo
en transformación

ÍNDICE

Prefacio	6
Mensajes clave	8
Cómo la triple carga de la desnutrición perjudica a los niños, los adolescentes y las mujeres	12

INTRODUCCIÓN | Crecer bien en un mundo en transformación 14

Un mundo cambiante	16
Malnutrición - una triple carga	16
Sobrevivir sin prosperar	18
Un mayor enfoque en los sistemas alimentarios	19
Lograr que los sistemas alimentarios beneficien a los niños	20
Acerca de este informe	22
Poner primero la nutrición de los niños	23
U-Report: ¿Qué piensan los jóvenes de la alimentación y de la nutrición?	24
Talleres del <i>Estado Mundial de la Infancia</i> 2019 con jóvenes y madres	26



01 La malnutrición infantil en la actualidad 34

La malnutrición infantil en la actualidad	36
La combinación de las tres vertientes de la malnutrición	50
La función de los sistemas alimentarios	54
¿Qué efectos tiene la malnutrición infantil sobre la economía?	60
Sección especial: El sobrepeso y la obesidad en los países de la OCDE y la Unión Europea	48



02 Alimentar a los niños para toda la vida 64

La primera infancia, un tiempo de vulnerabilidad y de oportunidad: Los primeros cinco años de vida	68
La infancia media, una etapa de transición: de los 5 a los 9 años	81
La adolescencia, una etapa decisiva en la nutrición para toda la vida: de los 10 a los 19 años	83
Sección especial: En qué consiste una alimentación saludable?	90



03 La malnutrición en un mundo en transformación

Ciclos intergeneracionales de malnutrición	100
Globalización	101
Urbanización	106
Perturbaciones climáticas	112
Sección especial: Las niñas y las mujeres necesitan un mayor apoyo para mejorar la nutrición	102
Sección especial: La nutrición en contextos de emergencia	116



04 Respuestas a la malnutrición

120

Cómo están respondiendo los gobiernos a un empuje creciente	123
Múltiples respuestas a un desafío multifacético: Un enfoque sistémico	125
Poner a los niños en el centro de los sistemas alimentarios	132
Respuestas de la sociedad civil y la comunidad	140
Innovaciones en materia de nutrición	148
Sección especial: ¿Cómo es en la práctica el enfoque sistémico de la nutrición?	128
Sección especial: Influencia de la comercialización de los alimentos en la alimentación infantil	144



05 Un programa para poner primero los derechos de los niños a la nutrición

150

Empoderar a las familias, los niños y los jóvenes para que exijan alimentos nutritivos	155
Impulsar a los proveedores de alimentos a tomar medidas en favor de los niños	156
Establecer entornos alimentarios saludables para todos los niños	157
Movilizar sistemas de apoyo para ampliar los resultados en favor de todos los niños en materia de nutrición	158
Recopilar datos y pruebas de buena calidad periódicamente para orientar la acción y hacer un seguimiento de los progresos	160
Sección especial: Mejores datos, mejor alimentación	162



Notas	166
Metodologías de <i>los Talleres del Estado Mundial de la Infancia 2019</i>	178
Nota sobre las figuras	179
Tablas estadísticas	180

PERSPECTIVAS

Defender el derecho de un niño a los alimentos y la nutrición, por Hilal Elver	32
¿Por qué es importante abordar la nutrición infantil para ampliar el desarrollo económico de un país? <i>por la Dra. Sania Nishtar</i>	62
En las zonas rurales de Tanzania, las mujeres abordan la nutrición infantil desde su comunidad, <i>por Scholastica Nguli</i>	92
Raya, de Barrio Sésamo, enseña hábitos saludables a los niños, <i>por Sherrie Westin y Raya</i>	118
La industria alimentaria debe acelerar las acciones para abordar la crisis mundial de la nutrición, <i>por Inge Kauer</i>	138
En México, el activismo de base combate la obesidad infantil, <i>por Alejandro Calvillo Unna</i>	146
Trabajar juntos por la salud del planeta y de las persona, <i>por Peter Bakker</i>	164

ENFOQUES

En el Reino Unido, los niños más pobres están más expuestos al sobrepeso y la inseguridad alimentaria	53
Un día (casi) nunca es suficiente: La vida diaria en las zonas rurales de Laos de una madre lactante que trabaja	72
La alimentación complementaria y el cambio de conductas en Rwanda	77
Los clubs de madres de Haití le plantan cara a la malnutrición	79
En busca de hábitos saludables en Indonesia	87
Nutrición infantil en las zonas urbanas pobres de Kuala Lumpur	107
Obesidad infantil: Una preocupación urgente para China	109
El cambio climático amenaza la nutrición infantil en Bangladesh	113
Un esfuerzo pionero en el etiquetado de alimentos	135
Sobrevivir y prosperar en Perú	141

RECUADROS

1.1 Atención en el hogar para los niños con emaciación	41
1.2 ¿Cómo puede favorecer la agricultura a la nutrición?	55
2.1 Una alimentación que responda a las necesidades del niño	80
2.2 Los trastornos alimentarios, la alimentación y la salud mental de los adolescentes	88
3.1 Determinantes de la malnutrición materna e infantil	97
3.2 Disfunción entérica ambiental	99
3.3 Aditivos	100
3.4 Epigenética	101
3.5 Alimentos ultraprocesados	104
3.6 Precios de los alimentos y nutrición	110

GRÁFICOS

Cómo la triple carga de la desnutrición perjudica a los niños, los adolescentes y las mujeres	12
El marco de Innocenti sobre sistemas alimentarios para niños y adolescentes	56
Alimentación y nutrición durante toda la infancia	66
Los beneficios de la lactancia materna para la madre y el niño	69
Determinantes de la malnutrición materna e infantil	97
La nutrición y los Objetivos de Desarrollo Sostenible	123
Múltiples respuestas a un desafío multifacético: un enfoque sistémico	126
Un esfuerzo pionero en el etiquetado de alimentos	135
Hacer de la nutrición infantil una prioridad	152

FIGURAS

A.1	Prevalencia de niños menores de 5 años que no crecen bien (debido al retraso en el crecimiento, la emaciación o el sobrepeso), por subregión de UNICEF, 2018	17
1.1	Porcentaje de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento, 2018	37
1.2	Proyecciones de malnutrición en relación con las metas para 2030	40
1.3	Porcentaje de niños menores de 5 años con emaciación, 2018	42
1.4	Porcentaje de niños menores de 5 años con hambre oculta, 2019	44
1.5	Porcentaje de niños menores de 5 años con sobrepeso, por subregión de UNICEF, 2018	46
1.6	Tendencia en el porcentaje de países según la clasificación de ingresos del Banco Mundial en los que al menos el 10% de los niños de 5 a 19 años tienen sobrepeso	47
1.7	Aumento del sobrepeso en niños menores de 5 años, niños de 5 a 19 años y jóvenes	47
1.8	Porcentaje de niños y adolescentes de entre 5 y 19 años con sobrepeso en 41 países de la OCDE y la Unión Europea.	49
1.9	Número de países donde los niños sufren simultáneamente varias formas de malnutrición (retraso del crecimiento, emaciación, sobrepeso y anemia)	50
1.10	Porcentaje de niños con retraso en el crecimiento en los hogares más pobres y ricos de los países de ingresos bajos, medianos-bajos, medianos-altos y altos	52
2.1	Porcentaje de lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados con preparaciones para lactantes, por regiones de UNICEF, 2018	70
2.2	Tendencias en el porcentaje de lactantes de 0 a 5 meses alimentados exclusivamente con leche materna, por regiones de UNICEF, alrededor de 2005 y 2018	71
2.3	Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumen cada grupo de alimentos, por tipo, en todo el mundo, 2018	74
2.4	Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumen alimentos de al menos cinco de los ocho grupos de alimentos (diversidad alimentaria mínima), por regiones de UNICEF, 2018	74
2.5	Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumen al menos 5 de los 8 grupos de alimentos (diversidad dietética mínima), por regiones de UNICEF, 2018	74
2.6	Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumen cada uno de los grupos de alimentos, por tipo y por clasificación de ingresos de los países del Banco Mundial, 2018	75
2.7	Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumen cada uno de los grupos de alimentos, por tipo y edad, en todo el mundo, 2018	75
2.8	Dieta de adolescentes por el Grupo de Ingreso del Banco Mundial, 2008-2015	85
3.1	Prevalencia de retraso en el crecimiento, delgadez y sobrepeso/obesidad entre los niños (de 7 a 18 años) de China, 1985–2014	109

TABLAS ESTADÍSTICAS

Notas generales a los datos	180	Nutrición: recién nacidos, lactantes y niños pequeños	216
Estimaciones de la mortalidad infantil	181	Nutrición: niños en edad preescolar y escolar, mujeres y hogares	220
Clasificaciones regionales	182	Desarrollo en la primera infancia	224
Notas sobre tablas específicas	183	Educación	228
Número de muertes de menores de cinco años y mortalidad de menores de cinco años por país en 2018	190	Protección de la infancia	232
Datos demográficos	192	Protección social y equidad	236
Mortalidad en la infancia	196	Agua, saneamiento e higiene	240
Salud materna y neonatal	200	Adolescentes	244
Salud infantil	204	Indicadores económicos	248
Epidemiología del VIH/SIDA	208	Empoderamiento económico de las mujeres	252
Cobertura de la intervención del VIH/SIDA	212		

Prefacio



© UNICEF/UN0154449/Nesbitt

En la cucharada con que una madre o un padre alimenta a un niño pequeño, la comida es amor. En el banquete en el que una familia cocina para celebrar la mayoría de edad de un niño, la comida es comunidad. En los gritos y risas de los adolescentes que comparten refrigerios después de la escuela, la comida es alegría. Y para todos los niños y los jóvenes de todo el mundo, la comida es la representación de la vida, un derecho fundamental y la base de una nutrición sana y un desarrollo físico y mental sólido.

Lamentablemente, como muestra este informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia*, muchos de nuestros niños y jóvenes no están recibiendo la alimentación que necesitan, y esta carencia socava su capacidad para crecer, desarrollarse y aprender al máximo de sus posibilidades. Esto no sólo resulta dañino para los niños y jóvenes, sino para todos nosotros.

Esta situación nos obliga a hacer algunas preguntas difíciles: ¿Cómo es posible que en el siglo XXI todavía haya 149 millones de niños menores de cinco años con retraso en el crecimiento y 50 millones con emaciación? ¿Cómo es posible que el sobrepeso y la obesidad sigan aumentando entre los niños y jóvenes, y cada vez en mayor medida entre los pobres? ¿Y por qué los alimentos saludables son cada vez más caros mientras que los alimentos no saludables y no nutritivos son cada vez más baratos?

La nutrición ha sido durante mucho tiempo un elemento fundamental de la labor de UNICEF. En 2018, ayudamos a proporcionar alimentación terapéutica vital a 4,1 millones de niños con desnutrición aguda grave; mejoramos la calidad de la nutrición de más de 15,6 millones de niños mediante el enriquecimiento de los alimentos en el hogar; apoyamos los programas de prevención de la anemia y otras formas de malnutrición para más de 58 millones de adolescentes de ambos sexos; y nos aseguramos de que más de 300 millones de niños recibiesen los servicios destinados a la prevención de la desnutrición aguda grave y de otros problemas de la malnutrición.

La nutrición también ha sido durante mucho tiempo un elemento clave de nuestro liderazgo intelectual. En 1990, nuestro marco de referencia sobre la malnutrición abrió nuevos caminos al establecer las múltiples causas de la malnutrición. En 2019, hemos reconsiderado nuestro marco para hacer hincapié en lo que constituye una buena nutrición, desde la alimentación de los niños y las mujeres hasta la atención que reciben, el entorno alimentario en el que viven y la forma en que nuestras sociedades fomentan el derecho a una nutrición adecuada de conformidad con nuestros valores y por medio del compromiso político. Cada uno de estos determinantes representa una oportunidad para mejorar la nutrición de nuestros niños, jóvenes y mujeres.

Como Directora Ejecutiva de UNICEF y Presidenta del Grupo principal del Movimiento SUN para la ampliación de la nutrición, quiero destacar una vez más mi compromiso, y el compromiso de UNICEF, de utilizar todas estas oportunidades para trabajar en favor de una mejor nutrición para todos los niños, especialmente durante los primeros 1.000 días cruciales de la vida –desde la concepción hasta los dos años– y durante la adolescencia, ya que estas dos etapas ofrecen una serie de oportunidades sin parangón. Una forma de resaltar este compromiso es la publicación de este informe junto con la nueva estrategia de nutrición de UNICEF, que establece nuestras prioridades y planes para mejorar la nutrición de los niños, los jóvenes y las mujeres en los años venideros.

Ya hemos adquirido suficientes conocimientos sobre las medidas que resultan eficaces para prevenir la malnutrición en todas sus formas, desde la concepción hasta la primera infancia y la adolescencia. Pero esta es una batalla que no podemos ganar por nuestra cuenta. Se necesita la voluntad política de los gobiernos nacionales, respaldada por compromisos financieros claros, así como políticas e incentivos que fomenten la inversión del sector privado en la producción de alimentos nutritivos, seguros y asequibles para los niños, los jóvenes, las mujeres y las familias. Al mismo tiempo, cada vez se necesita más la voluntad firme de convertir la nutrición infantil en una prioridad no sólo en el sistema alimentario, sino también en los sistemas de salud, agua y saneamiento, educación y protección social. El éxito en cada uno de ellos contribuye al éxito en todos ellos.

Los jóvenes y las mujeres conocen el valor de una buena nutrición y de una buena alimentación. “Comer de manera saludable significa que eres responsable de tu propia salud”, dijo una niña de 16 años en China durante uno de los más de 70 talleres organizados para este informe. En la India, una niña de 13 años nos dijo que “la comida es importante para nosotros, porque nos ayuda a estudiar bien”. También se expresan con claridad cuando se refieren a los obstáculos que se oponen a una alimentación sana: “No tengo suficiente dinero para comprar alimentos para mí y para mi bebé”, dijo una madre de 20 años en Guatemala. “Me falta conocimiento sobre qué tipo de alimentos son saludables”, dijo una niña de 18 años en Zimbabwe.

Una buena nutrición mejora la posibilidad de que se presenten oportunidades justas en la vida. Trabajemos juntos para reducir estos obstáculos y garantizar que todos los niños, jóvenes y mujeres dispongan de la alimentación nutritiva, segura, asequible y sostenible que necesitan en cada momento de su vida para alcanzar su pleno potencial.



Henrietta H. Fore
Directora Ejecutiva de UNICEF



A las afueras de una clínica en la ciudad de Gaza, Estado de Palestina, un niño vende refrigerios a otros niños. © UNICEF/UN068011/EI Baba

Niños, alimentos y nutrición | Crecer bien en un mundo en transformación

Mensajes clave

Al menos 1 de cada 3 niños menores de 5 años está desnutrido o tiene sobrepeso, y 1 de cada 2 padece hambre oculta, lo que menoscaba la capacidad de millones de niños para crecer y desarrollar su pleno potencial.

- A nivel mundial, al menos uno de cada tres niños menores de cinco años no crece de manera adecuada porque sufre una o más de las tres formas más visibles de malnutrición: retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso.
- Al menos uno de cada dos niños menores de cinco años en el mundo sufre de hambre oculta, es decir, falta de vitaminas y otros nutrientes esenciales.
- La malnutrición sigue afectando gravemente a los niños. En 2018, casi 200 millones de niños menores de cinco años sufrían de retraso en el crecimiento o emaciación, mientras que al menos 340 millones sufrían de hambre oculta.
- El sobrepeso y la obesidad están en aumento. Entre 2000 y 2016, la proporción de niños con sobrepeso de 5 a 19 años aumentó del 10% a casi el 20%.
- El número de niños con retraso en el crecimiento disminuyó en todas las regiones excepto en África, mientras que el número de niños con sobrepeso aumentó en todas las regiones, incluida África.

La triple carga de la malnutrición –la desnutrición, el hambre oculta y el sobrepeso– amenaza la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños, los jóvenes, las economías y las naciones.

- El retraso en el crecimiento es una señal clara de que los niños en un país no se están desarrollando bien y a la vez un síntoma de privaciones pasadas y un predictor de pobreza en el futuro.
- La emaciación puede ser mortal en los niños, especialmente en sus formas más graves. Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de los niños con emaciación del mundo viven en Asia y no se encuentran en situaciones de emergencia.
- El hambre oculta es perjudicial tanto para los niños como para las mujeres. En los niños, la carencia de hierro reduce la capacidad de aprendizaje, mientras que, en las mujeres, la anemia por carencia de hierro aumenta el riesgo de muerte durante o poco después del parto.
- El sobrepeso en los niños puede llevar a la aparición temprana de la diabetes tipo 2, del estigma y de la depresión. La obesidad infantil es también un factor importante en la obesidad adulta, que tiene importantes implicaciones económicas y de salud.
- La carga de la malnutrición en todas sus formas recae principalmente en los niños y jóvenes de los estratos más pobres y marginados, perpetuando así el ciclo de la pobreza a través de las generaciones.

La baja calidad de la alimentación de los niños es la principal causa de la triple carga de malnutrición: 2 de cada 3 niños no reciben una alimentación mínimamente diversificada para un crecimiento y un desarrollo saludables.

- Sólo 2 de cada 5 lactantes menores de seis meses son alimentados exclusivamente con leche materna, como se recomienda. La lactancia materna podría salvar las vidas de 820.000 niños al año en todo el mundo.
- El uso de sustitutos de la leche materna es motivo de preocupación. Entre 2008 y 2013, las ventas de fórmula infantil aumentaron en un 41% en todo el mundo y en un 72% en países de ingresos medianos altos como el Brasil, China y Turquía.
- Las dietas deficientes provocan malnutrición en la primera infancia: el 44% de los niños de 6 a 23 meses de edad no consume frutas ni verduras y el 59% no consume huevos, leche, pescado ni carne.
- Sólo 1 de cada 5 niños de entre 6 y 23 meses de edad procedentes de los hogares más pobres y de las zonas rurales recibe la dieta mínima recomendada para un crecimiento saludable y el desarrollo adecuado del cerebro.
- Muchos adolescentes que asisten a la escuela consumen alimentos altamente procesados: el 42% bebe refrescos al menos una vez al día y el 46% consume comida rápida al menos una vez a la semana.

La globalización, la urbanización, las desigualdades, las crisis humanitarias y las perturbaciones climáticas están provocando cambios negativos sin precedentes en la situación nutricional de los niños de todo el mundo.

- La globalización determina las opciones de alimentos disponibles y las decisiones sobre la comida: el 77% de las ventas de alimentos procesados en todo el mundo están controladas por sólo 100 grandes empresas.
- En las ciudades, los niños pobres viven en “desiertos alimentarios”, donde no hay alimentos sanos, o en “pantanos alimentarios”, donde abundan los productos procesados con un alto contenido calórico y bajos en nutrientes.

- Las familias pobres tienden a seleccionar alimentos de baja calidad que cuestan menos. Debido a la pobreza y la exclusión, los niños más desfavorecidos son los que corren mayor riesgo de sufrir todas las formas de malnutrición.
- Las perturbaciones climáticas, la pérdida de biodiversidad y los daños al agua, el aire y el suelo agravan las perspectivas nutricionales de millones de niños y jóvenes, especialmente entre los pobres.
- En 2018, UNICEF y sus aliados trataron a más de 3,4 millones de niños con desnutrición grave aguda en situaciones humanitarias, desde el Afganistán y el Yemen hasta Nigeria y Sudán del Sur.

Mejorar la nutrición infantil requiere que los sistemas alimentarios proporcionen alimentos nutritivos, seguros, asequibles y sostenibles para todos los niños.

- Millones de niños no comen una cantidad suficiente de los alimentos que necesitan, mientras que millones más consumen en exceso los que no necesitan: la mala alimentación es ahora el principal factor de riesgo de la carga mundial de morbilidad.
- La nutrición infantil debe ocupar un lugar central en los sistemas alimentarios nacionales: satisfacer las necesidades nutricionales específicas de los niños es crucial para lograr el desarrollo sostenible.
- Se deben establecer incentivos financieros para recompensar a quienes se dedican a mejorar la disponibilidad de alimentos sanos y asequibles en los mercados y otros puntos de venta, especialmente en las comunidades de bajos ingresos.
- A su vez, los desincentivos financieros para los alimentos poco saludables pueden mejorar la alimentación de los niños. Por ejemplo, los impuestos sobre los alimentos y bebidas azucarados pueden ayudar a reducir su consumo.
- Para combatir el hambre oculta entre los niños, los jóvenes y las mujeres, las intervenciones como el enriquecimiento de alimentos básicos y complementarios con micronutrientes pueden ser eficaces en función de los costos.

Los entornos alimentarios son cruciales. Cuando los alimentos saludables son asequibles, convenientes y deseables, los niños y las familias toman mejores decisiones alimentarias.

- Si bien los niños, los adolescentes, los jóvenes, los padres y las familias necesitan ayuda para exigir alimentos nutritivos, los entornos alimentarios deben, a su vez, promover y apoyar una alimentación saludable.
- Las estrategias de comunicación innovadoras, divertidas, atractivas y memorables para promover una alimentación saludable son eficaces cuando se aprovechan las aspiraciones culturales y sociales de los niños, los adolescentes y las familias.
- La legislación puede desempeñar un papel fundamental en la promoción de dietas saludables para los niños, incluida la regulación de la venta de los sucedáneos de la leche materna a las madres y las familias, así como de los alimentos que son perjudiciales para la salud de los niños.
- La comercialización de productos alimenticios nocivos y bebidas azucaradas está directamente relacionada con el aumento del sobrepeso y la obesidad infantil.
- El etiquetado frontal –visible, preciso y fácil de entender– ayuda a los niños, niñas, los jóvenes y las familias a elegir alimentos más saludables e incentiva a los proveedores a ofrecer alimentos saludables.
- Los gobiernos deben promover entornos saludables para la alimentación escolar, lo que incluye proporcionar comidas escolares equilibradas y limitar la venta y la publicidad de productos nocivos en las proximidades de las escuelas y los patios de recreo.
- Los sistemas de salud, agua y saneamiento, educación y protección social también tienen un papel crucial que desempeñar en la promoción y el apoyo de una buena nutrición para los niños, los adolescentes y las mujeres.

La nutrición debe considerarse una inversión estratégica para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible de aquí a 2030.

- Invertir en la nutrición infantil es fundamental para la formación de capital humano, ya que la nutrición es esencial para el crecimiento, el desarrollo cognitivo, el rendimiento escolar y la productividad futura de los niños.

- En África y Asia está surgiendo una mano de obra joven y numerosa, con un gran potencial de creatividad y productividad. Sin embargo, la malnutrición corre el riesgo de limitar este dividendo demográfico.
- El rendimiento de las inversiones en nutrición es elevado. Por ejemplo, cada dólar invertido en la reducción del retraso en el crecimiento genera un rendimiento económico equivalente a unos 18 dólares en los países más afectados.

Una sola consigna debe guiar nuestra lucha contra la desnutrición infantil: la acción. De hecho, debemos adoptar medidas que tengan en cuenta el papel central de los sistemas alimentarios, fortalecer la oferta y la demanda de alimentos sanos, mejorar el entorno alimentario para los niños y aprovechar plenamente el papel de los sistemas clave que pueden apoyar la nutrición.

Junto a la acción, se requiere otro imperativo: la responsabilidad. Esto implica que es necesario medir, compartir, supervisar, actuar y celebrar el progreso. Una buena nutrición es esencial para el bienestar de los niños y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Por lo tanto, esta cuestión debe situarse en el centro de las políticas públicas, con el apoyo de los principales agentes interesados, en particular la sociedad civil y el sector privado.

El informe *Estado Mundial de la Infancia 2019* concluye con este Programa para que el derecho de los niños a una buena nutrición sea una prioridad:

1. Empoderar a las familias, niños y jóvenes para que exijan alimentos nutritivos.
2. Impulsar a los proveedores de alimentos a tomar medidas en favor de los niños.
3. Establecer entornos alimentarios saludables para todos los niños.
4. Movilizar los sistemas de apoyo –salud, agua y saneamiento, educación y protección social– para mejorar los resultados nutricionales de todos los niños.
5. Recopilar periódicamente datos y pruebas de buena calidad para que sirvan de base de las acciones y permitan supervisar los progresos. ■



Cómo la triple carga de la desnutrición perjudica a los niños, los adolescentes y las mujeres

● **Desnutrición: retraso en el crecimiento y emaciación**

- Crecimiento deficiente, infección y muerte
- Cognición deficiente, falta de preparación para la escuela, bajo rendimiento académico
- Un reducido potencial de ingresos más tarde

● **Hambre oculta: carencias de micronutrientes**

- Desarrollo y crecimiento deficientes
- Problemas para la inmunidad y el desarrollo de los tejidos
- Mala salud y riesgo de muerte

● **Sobrepeso (incluyendo obesidad):**

- A corto plazo: problemas cardiovasculares, infecciones y baja autoestima
- A largo plazo: obesidad, diabetes y otros trastornos metabólicos



NIÑOS Y ADOLESCENTES



MUJERES EMBARAZADAS

● **Desnutrición: retraso en el crecimiento y bajo peso**

- Complicaciones perinatales
- Prematuridad y bajo peso al nacer
- Enfermedades crónicas en el futuro para el niño

● **Hambre oculta: carencias de micronutrientes**

- Mortalidad y morbilidad materna
- Defectos del tubo neural en recién nacidos
- Prematuridad, bajo peso al nacer y desarrollo cognitivo deficiente en los recién nacidos

● **Sobrepeso (incluyendo obesidad):**

- Diabetes gestacional y preeclampsia
- Complicaciones obstétricas
- Sobrepeso y enfermedades crónicas en el futuro para el niño



149 millones de niños menores de 5 años sufren de retraso en el crecimiento

+



Casi 50 millones de niños menores de 5 años sufren de emaciación

+



40 millones de niños menores de 5 años padecen sobrepeso

=

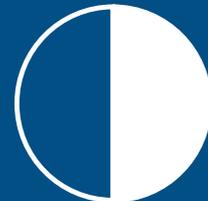


Más de 1 de cada 3 niños no crece bien



Más de 340 millones de niños sufren carencias de micronutrientes esenciales (vitaminas y minerales).

=



Al menos 1 de cada 2 niños sufre de hambre oculta

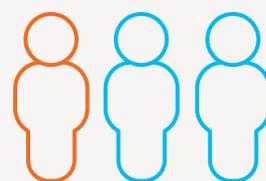


Introducción:

CRECER BIEN EN UN MUNDO EN TRANSFORMACIÓN

Al menos uno de cada tres niños no recibe la nutrición que necesita para crecer bien, especialmente en los primeros 1.000 días, que van desde la concepción hasta el segundo cumpleaños del niño, algo que ocurre también con frecuencia después de esta etapa.

Aunque cada vez hay más niños y jóvenes que sobreviven, debido a la malnutrición son muy pocos los que prosperan. Para hacer frente a los desafíos del siglo XXI, debemos reconocer las repercusiones que tienen fuerzas como la urbanización y la globalización sobre la nutrición, y centrarnos cada vez más en el uso de los sistemas alimentarios locales y mundiales para mejorar la alimentación de los niños, los jóvenes y las mujeres.



- ▶ A nivel mundial, al menos uno de cada tres niños no está creciendo bien debido a que padece malnutrición en sus formas más visibles: retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso. A nivel mundial, al menos uno de cada dos niños padece hambre oculta, es decir, carencias –a menudo invisibles– de vitaminas y otros nutrientes esenciales.
- ▶ Esta triple carga de la malnutrición –desnutrición, hambre oculta y sobrepeso– impone un alto costo a los niños, al socavar su salud y su desarrollo físico y cognitivo.
- ▶ Los sistemas alimentarios son fundamentales: tienen que proporcionar a los niños y jóvenes dietas que sean nutritivas, asequibles y sostenibles.

mal·nu·tri·ción
/, maln(y)oo'triSH(ə)n/
sustantivo

Condición causada por una dieta inadecuada o insuficiente, o por un defecto en el metabolismo de los alimentos.

La mala alimentación en la población es ahora la principal causa de muerte en todo el mundo

Un mundo cambiante

Hace 20 años que el *Estado Mundial de la Infancia* examinó por última vez la nutrición infantil. Desde esa fecha han cambiado muchas cosas.

Hemos cambiado el lugar donde vivimos: cada vez es mayor el número de familias que han abandonado la granja y el campo y se han trasladado a las ciudades, un cambio a escala mundial que seguirá aumentando en los años venideros.

Hemos cambiado nuestras funciones. En las sociedades de todo el mundo las mujeres se han incorporado cada vez más a la fuerza laboral estructurada, conciliando las responsabilidades laborales con su función de cuidadoras primarias y, a menudo, con escaso apoyo de las familias, los empleadores o la sociedad en general.

Las condiciones de vida en nuestro planeta han cambiado. La crisis del cambio climático, la pérdida de biodiversidad y los daños causados al agua, el aire y el suelo suscitan ahora la preocupación de si será posible alimentar de manera sostenible a esta generación de niños, por no hablar de las generaciones venideras.

Finalmente, hemos cambiado lo que comemos. Estamos dejando atrás las dietas tradicionales y autóctonas y adoptamos dietas modernas que con frecuencia son ricas en azúcares y grasas, bajas en nutrientes esenciales y fibra, y están a menudo altamente procesadas.

Este es el telón de fondo de la malnutrición infantil actual. Como tantas otras cosas, esta condición también está cambiando. La malnutrición, una palabra que antes estaba inextricablemente ligada a las imágenes del hambre y la hambruna, ahora debe utilizarse para describir a una franja

mucho más amplia de niños: niños con retraso en el crecimiento y emaciación, pero también aquellos que padecen el “hambre oculta”, es decir, carencias de vitaminas y minerales esenciales, así como el creciente número de niños y jóvenes con problemas de sobrepeso o de obesidad.

Estos son los niños que no están creciendo bien.

Las cifras son preocupantemente altas (véase la figura A.1). Uno de cada tres niños menores de 5 años presenta retraso en el crecimiento, emaciación o sobrepeso y, en algunos casos, sufre una combinación de dos de estas formas de malnutrición. A este número hay que añadir los niños que padecen hambre oculta, que puede perjudicar su supervivencia, su crecimiento y su desarrollo en todas las etapas de la vida.

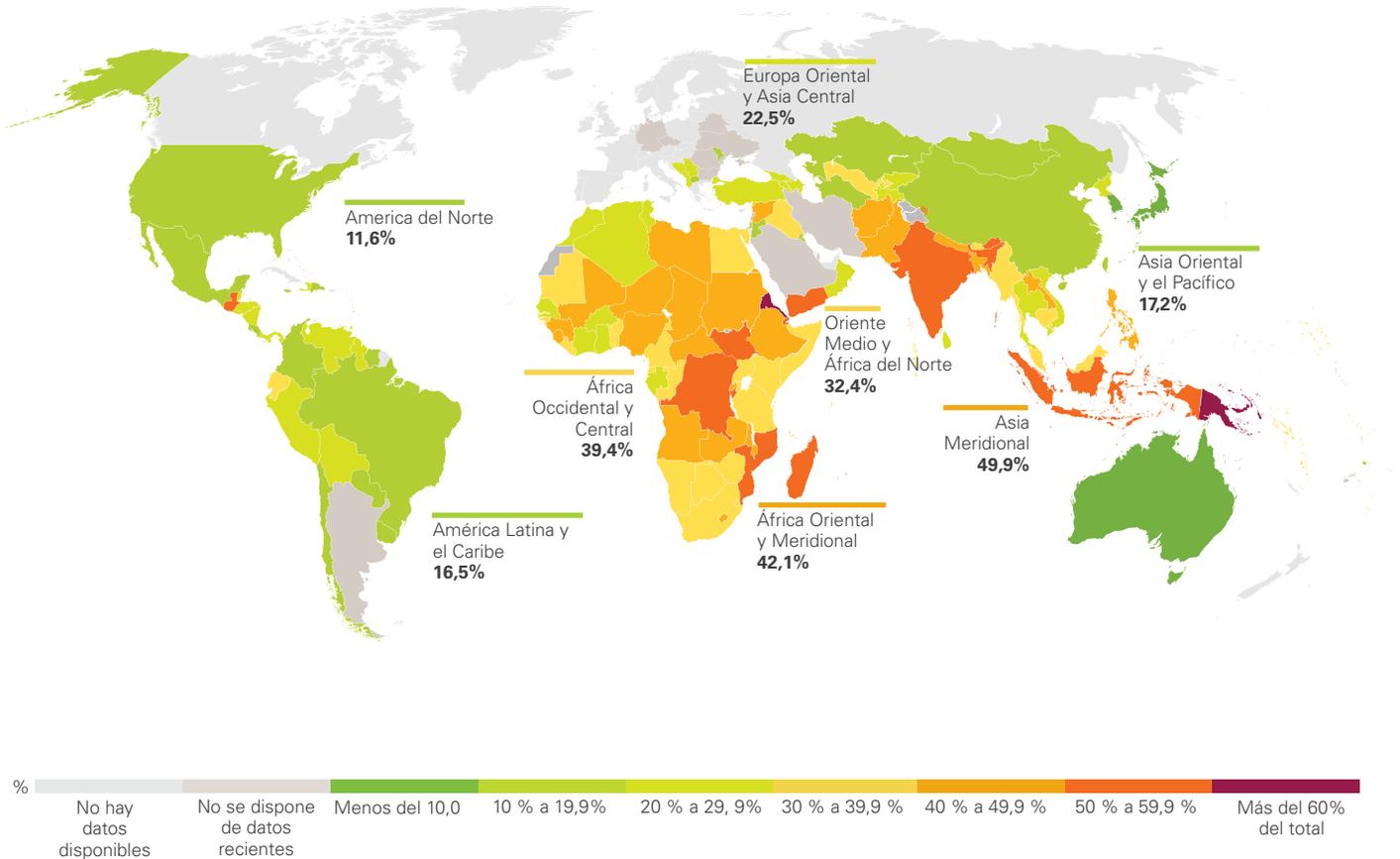
Malnutrición - una triple carga

Los niños que no están creciendo bien son víctimas de las tres vertientes de la triple carga de la malnutrición que está avanzando rápidamente en las comunidades de todo el mundo, incluso en algunos de los países más pobres del mundo.

La primera vertiente es la **desnutrición**. A pesar de que se han registrado algunos descensos en las cifras, la desnutrición sigue afectando a decenas de millones de niños. Su presencia es visible en el retraso en el crecimiento de niños que no reciben una nutrición adecuada durante los primeros 1.000 días –desde la concepción hasta el segundo cumpleaños del niño– y a menudo después. Estos niños tendrán que soportar la carga del retraso en el

¿Dónde están los niños que no están creciendo bien?

GRÁFICO A.1 | Prevalencia de niños menores de 5 años que no crecen bien (debido al retraso en el crecimiento, la emaciación o el sobrepeso), por subregión de UNICEF, 2018



1 de cada 3 niños menores de 5 años en todo el mundo no crece bien.



Notas: Los datos de los países son las estimaciones más recientes disponibles para el período 2006-2018; cuando sólo se dispone de datos anteriores a 2000, se utiliza el color gris oscuro que indica que no hay datos recientes. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos no implican juicio alguno sobre la condición jurídica de países o territorios, ni de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras, por parte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

“Crecer bien” se define como crecer sin retraso del crecimiento, emaciación o sobrepeso.

Fuente: Análisis de UNICEF de las estimaciones conjuntas de UNICEF, la Organización Mundial de la Salud y el Grupo del Banco Mundial, edición de 2019.

Cada vez hay más niños y jóvenes que sobreviven, pero son muy pocos los que prosperan

crecimiento durante el resto de sus vidas y es posible que nunca alcancen su pleno potencial físico e intelectual. La desnutrición también es evidente en la emaciación de los niños en cualquier etapa de sus vidas, cuando circunstancias como la escasez de alimentos, las malas prácticas de alimentación y las infecciones, a menudo agravadas por la pobreza, las crisis humanitarias y los conflictos, los privan de una nutrición adecuada y, en demasiados casos, provocan su muerte. En 2018, 149 millones de niños menores de 5 años sufrían de retraso en el crecimiento y 49 millones tenían emaciación.

La segunda vertiente de la malnutrición es el **hambre oculta**. Las carencias de vitaminas y minerales esenciales –a menudo denominados micronutrientes– privan a los niños de su vitalidad en todas las etapas de la vida y socavan la salud y el bienestar de los niños, los jóvenes y las mujeres. Esta pesada carga es aún más insidiosa por el hecho de que el hambre oculta rara vez se nota hasta que ya es demasiado tarde para actuar. El número de niños afectados por el hambre oculta es alarmante. Por ejemplo, la carencia de vitamina A –una de las principales causas de ceguera infantil– afectó a uno de cada tres menores de cinco años en 2013¹.

La tercera vertiente es el **sobrepeso** y, en su forma más grave, la obesidad. El número de niños obesos de entre 5 y 19 años se ha multiplicado desde mediados de la década de 1970, aumentando entre 10 y 12 veces en todo el mundo². El sobrepeso, considerado durante mucho tiempo como una afección de los ricos, es ahora cada vez más una afección de los pobres, lo que refleja la mayor disponibilidad de “calorías baratas” procedentes de alimentos grasos y azucarados en casi todos los países del mundo. Esto trae consigo un mayor riesgo de contraer enfermedades no

contagiosas, como la diabetes tipo 2 y las enfermedades coronarias. Los análisis realizados como parte del estudio sobre la Carga Mundial de Enfermedades sugieren que las dietas que carecen de una nutrición adecuada son actualmente la principal causa de muerte en todo el mundo³.

Detrás de todas estas cifras están las vidas reales de los niños y las mujeres. Son niños pequeños como Moteab, que, al igual que cientos de miles de niños de Yemen, ha tenido que luchar por su vida a causa de una grave emaciación. Moteab sobrevivió, pero muchos otros niños que viven en situaciones de conflicto y crisis humanitarias en todo el mundo no lo han logrado. Son los niños como Joemar en Filipinas, que viven lejos de las zonas de guerra, pero que también sufren de emaciación grave. Son los hijos de madres como Uruma en Tanzania, que van a la escuela con el estómago vacío porque sus padres no pueden permitirse comprar comida. Son los adolescentes como Zahfa en Indonesia, que tienen muy poco tiempo para hacer ejercicio y que están rodeados de opciones alimentarias poco saludables. Y son las madres como Xaiathon, en la zona rural de Laos, que deben equilibrar la lactancia materna y la alimentación de su familia con las exigencias de trabajar en una granja.

Sobrevivir sin prosperar

El estado de la malnutrición infantil en el siglo XXI puede resumirse así: cada vez hay más niños y jóvenes que sobreviven, pero son muy pocos los que prosperan. No prosperan en los primeros 1.000 días, cuando se sientan las bases para un crecimiento físico y un desarrollo mental saludables y duraderos. Y no prosperan en otras etapas cruciales del desarrollo de la vida a lo largo de la infancia y la adolescencia.

La malnutrición tiene muchas causas. El estado nutricional de la madre, por ejemplo, afecta profundamente la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de su hijo, al igual que su alimentación en las primeras horas y días de vida. Para demasiados niños, las causas de la malnutrición también incluyen un acceso insuficiente a los servicios esenciales de salud, al agua potable y a un saneamiento adecuado, lo que puede dar lugar a enfermedades que impiden que el niño absorba los nutrientes que necesita (*véase el capítulo 3*).

Sin embargo, para comprender la malnutrición, cada vez es más necesario centrarse en la alimentación y en la dieta, así como en todas las etapas de la vida de los niños y los jóvenes. El panorama que surge es preocupante: **demasiados niños y jóvenes están comiendo muy pocos alimentos sanos y demasiados alimentos poco saludables.**

Estos problemas comienzan desde el principio. En sus primeros seis meses de vida, sólo dos de cada cinco niños reciben exclusivamente leche materna, lo que les priva de la mejor comida que un bebé puede obtener. Cuando se trata de los “primeros alimentos” (o alimentos complementarios) que los lactantes deben empezar a consumir alrededor de los 6 meses de edad, estos también son, en demasiados casos, inapropiados para satisfacer las necesidades de los niños. Menos de uno de cada tres niños entre los 6 y los 23 meses está consumiendo una alimentación lo suficientemente diversificada como para sustentar sus cuerpos y cerebros en rápido crecimiento. En el caso de los niños más pobres, la proporción se reduce a sólo uno de cada cinco. Entre los niños mayores, el bajo consumo de frutas y hortalizas está generalizado⁴. Esto también es cierto en el caso de numerosos adolescentes, muchos de los cuales se saltan o se pierden habitualmente el desayuno y consumen refrescos y comida rápida⁵.

Las dietas de los niños de hoy en día reflejan cada vez más la “transición nutricional” mundial, que está llevando a que las comunidades dejen atrás la alimentación tradicional, a menudo más sana, en favor de una alimentación moderna⁶. Para muchas familias, especialmente las más pobres, esto significa una mayor dependencia de los alimentos altamente procesados, que suelen ser ricos en grasas saturadas, azúcar y sodio y bajos en nutrientes esenciales y fibra, así como de los alimentos “ultra-procesados”, que se han descrito como formulaciones que contienen muy pocos alimentos enteros o ningún alimento entero, y que tienen un sabor muy intenso, con un alto contenido de energía y con bajos niveles de nutrientes esenciales⁷. A menudo faltan en estas dietas granos enteros, frutas, nueces y semillas, verduras y ácidos grasos omega-3⁸.

Existe una creciente preocupación por el impacto que tienen estas dietas sobre la salud humana. Gran parte de la atención se centra en el aumento del sobrepeso y la obesidad, pero las dietas modernas también están implicadas en la malnutrición. En Nepal, un estudio reciente sugirió que los niños menores de dos años pueden estar consumiendo como promedio una cuarta parte de su consumo de energía de artículos como galletas, fideos instantáneos y refrescos de jugos, lo que está reduciendo su consumo de vitaminas y minerales esenciales. Los niños que consumían la mayoría de estos tipos de refrigerios y bebidas tenían una estatura más reducida que la de sus compañeros⁹.

Un mayor enfoque en los sistemas alimentarios

Las repercusiones sobre la salud no son la única preocupación en torno a la alimentación moderna. En un mundo que se enfrenta a

Demasiados niños y jóvenes están comiendo muy pocos alimentos sanos y demasiados alimentos nocivos



Para que los sistemas alimentarios funcionen mejor para los niños, necesitamos comprender las necesidades nutricionales únicas de los niños en todas las etapas de sus vidas

múltiples crisis medioambientales, también existe preocupación por la sostenibilidad de estas dietas. La producción de alimentos representa casi una tercera parte de las emisiones de gases de efecto invernadero y la utilización del 70% del agua dulce, y los métodos actuales de producción de alimentos son la causa principal de los cambios ambientales¹⁰. Las crisis relacionadas con el clima, como las inundaciones, ya están poniendo en peligro la capacidad de algunas comunidades para alimentarse por sí mismas y están exponiendo a los niños a un mayor riesgo de contraer enfermedades transmitidas por el agua. Si se mantienen las tendencias actuales, los efectos de la producción de alimentos en el medio ambiente no harán sino agravarse, mientras que la demanda de alimentos aumentará por lo menos en un 50% para mediados de siglo¹¹. Esta demanda tendrá que resolverse en el contexto de un mundo que, tras décadas de reducción, experimenta un lento aumento del hambre, con 820 millones de personas subalimentadas en 2018¹².

En respuesta a estos desafíos, y en este Decenio de Acción de las Naciones Unidas sobre la Nutrición, hay que hacer cada vez más hincapié en el papel de los **sistemas alimentarios**, es decir, todos los elementos y actividades que intervienen en la “producción, el procesamiento, la distribución, la preparación y el consumo de alimentos”, así como los resultados de estas actividades, incluida la nutrición y la salud¹³. En otras palabras, todo y todos los que participan en llevar la comida “de la granja a la mesa”.

Los sistemas alimentarios son cada vez más complejos. En la actualidad, hay más alimentos que cruzan las fronteras y la producción se concentra en manos de un número relativamente pequeño de empresas: sólo 100 grandes empresas son

responsables del 77% de las ventas de alimentos elaborados en todo el mundo¹⁴. Para muchas familias de todo el mundo, las empresas están desempeñando un papel cada vez más importante en el suministro de los alimentos que consumen y, a través de la comercialización, en la configuración de lo que desean comer y de sus aspiraciones. Comprender cómo funcionan los sistemas alimentarios es esencial para mejorar nuestra dieta.

Con demasiada frecuencia, hay un grupo muy importante de personas cuyos intereses quedan fuera del análisis de los sistemas alimentarios: los niños. Esta es una omisión peligrosa. Los niños son un grupo único. La mala alimentación tiene un impacto que dura toda la vida en su crecimiento físico y en su desarrollo cerebral. Por eso deben estar en el centro de nuestro pensamiento sobre los sistemas alimentarios. **Si los sistemas alimentarios benefician a los niños, también nos benefician a todos nosotros.**

Lograr que los sistemas alimentarios beneficien a los niños

Hace 30 años, la Convención sobre los Derechos del Niño hablaba de la necesidad de proporcionar a los niños “alimentos nutritivos adecuados” para combatir la malnutrición y las enfermedades. Ese objetivo no ha cambiado. Lo que ha cambiado son los contextos en los que esto tiene que suceder, y la comprensión de que los sistemas alimentarios son una parte clave –y subestimada– del rompecabezas.

Para que los sistemas alimentarios funcionen mejor para los niños, necesitamos comprender las necesidades nutricionales únicas de los niños en todas las etapas



de sus vidas, especialmente en los primeros 1.000 días, pero también en el día 1.001, y luego durante los años escolares, cuando un niño bien alimentado puede concentrarse mejor y aprender más en el aula, y a lo largo de los años vitales de la adolescencia, cuando se acelera de nuevo el desarrollo físico y mental, y cuando se establecen los hábitos alimentarios de por vida.

Para que los sistemas alimentarios funcionen mejor para los niños, necesitamos comprender los contextos en rápida evolución que están configurando y remodelando las dietas de los niños. El cambio climático, la urbanización y la globalización están alterando profundamente la forma en que los niños comen y lo que comen, así como los valores sociales y culturales que asignamos a los alimentos.

Para que los sistemas alimentarios funcionen mejor para los niños, debemos responder a los desafíos que los niños, los jóvenes, las mujeres y las familias afrontan en todo el mundo: los desiertos alimentarios, el alto costo de los alimentos saludables, las presiones del tiempo, la limitada disponibilidad de frutas y verduras frescas en muchas comunidades, y la presión que muchos niños, adolescentes y familias sienten a causa de la comercialización y la publicidad.

Para que los sistemas alimentarios funcionen mejor para los niños, debemos abordar el escándalo del trabajo infantil en la agricultura y en la producción

de alimentos, gran parte del cual entraña un grave peligro. En 2016, 108 millones de niños de entre 5 y 17 años trabajaban en la agricultura, lo que representa el 71% de todo el trabajo infantil¹⁵.

Y para que los sistemas alimentarios funcionen mejor para los niños, debemos asegurarnos de que estos sistemas cooperen con todos los demás sistemas que afectan a las vidas de los niños, y que estos últimos no socaven a los primeros. Los sistemas de salud, agua y saneamiento, educación y protección social deben colaborar para proporcionar a los niños y a sus familias los conocimientos, el apoyo y los servicios que necesitan para garantizar que las dietas nutritivas se traduzcan en un mejor crecimiento y desarrollo.

Cuando los sistemas alimentarios funcionan mejor para los niños, todos nos beneficiamos. Una buena nutrición puede romper el círculo vicioso intergeneracional a través del cual la malnutrición perpetúa la pobreza, y la pobreza perpetúa la malnutrición. Los niños que están bien alimentados disponen de una base sólida a partir de la cual pueden desarrollar todo su potencial. Cuando los niños consiguen esto, las sociedades y las economías también se desarrollan mejor^{16, 17}.

Nuestro objetivo debe ser proporcionar a los niños una alimentación **nutritiva, segura, asequible y sostenible**. ■

Un padre con su hija de 7 meses en una tienda de comestibles en Maitland, Ciudad del Cabo, Sudáfrica.
© UNICEF/UN0315717/Sokol

Una buena nutrición puede romper el círculo vicioso intergeneracional a través del cual la malnutrición perpetúa la pobreza, y la pobreza perpetúa la malnutrición

Acerca de este informe

Esta edición del *Estado Mundial de la Infancia* examina la situación de la infancia en relación con la alimentación y la nutrición. Su objetivo es profundizar en la comprensión de las causas y consecuencias de la malnutrición infantil en todas sus formas y poner de relieve la forma en que los gobiernos, las empresas, las familias y otras partes interesadas pueden responder de la mejor manera posible.

En **el capítulo 1** se examina el aspecto cambiante de la malnutrición infantil. En él se expone el estado actual de retraso en el crecimiento y la emaciación, el hambre oculta y el sobrepeso en todo el mundo, y se exploran las vidas de los niños afectados por la desnutrición aguda grave. También informa sobre el costo de la malnutrición para los niños y para todos nosotros, e introduce con mayor detalle algunas de las principales ideas relacionadas con los sistemas alimentarios.

El **capítulo 2** investiga la malnutrición a lo largo de la vida del niño, desde su desarrollo en el útero hasta el momento en que el joven entra en la edad adulta. Explora las repercusiones de la malnutrición en el desarrollo y las necesidades nutricionales únicas de los niños de todas las edades, así como las principales influencias que configuran estas necesidades.

El **capítulo 3** explora la malnutrición en un mundo cambiante. La globalización y la urbanización están cambiando la dieta de los niños, mientras que el cambio climático, los desastres y los conflictos empeoran las perspectivas nutricionales de millones de niños pobres y excluidos. Sin la transformación de los sistemas alimentarios actuales, las dietas saludables que son nutritivas, asequibles y sostenibles seguirán estando fuera del alcance de los niños más vulnerables, lo que perpetuará los ciclos intergeneracionales de desventaja.

En **el capítulo 4** se examina el estado actual de las respuestas a la malnutrición infantil, incluida la creciente atención –a nivel mundial y nacional– a la importancia de abordar la malnutrición a través de múltiples sistemas, con especial hincapié en el sistema alimentario en sinergia con los sistemas de salud, de agua y saneamiento, de educación y de protección social, así como la manera en que las diferentes partes interesadas están respondiendo a esta situación.

Por último, en **el capítulo 5** se establece un programa dirigido a dar prioridad a los derechos de los niños en materia de nutrición. Este programa se rige por dos imperativos. En primer lugar, los niños tienen necesidades nutricionales únicas y pueden sufrir daños únicos a causa de la malnutrición. Dar prioridad a las necesidades de los niños es fundamental para garantizar que todos los niños y jóvenes cuenten con la nutrición que necesitan para tener el mejor comienzo en la vida. En segundo lugar, todos los niños y jóvenes necesitarán consumir dietas nutritivas, seguras, asequibles y sostenibles para que las sociedades puedan hacer frente a los desafíos económicos, sociales y ambientales de nuestro mundo cambiante en el siglo XXI. Estos son los cinco puntos de la agenda:

Poner primero la nutrición de los niños

1. Capacitar a las familias, los niños y los jóvenes para que exijan alimentos nutritivos

La demanda afecta a la oferta, ya que los productores de alimentos responden a las conductas y aspiraciones de los consumidores. Cuando hay opciones saludables que son asequibles, convenientes y deseables, los padres y cuidadores toman mejores decisiones con respecto a la alimentación de los niños. A medida que los niños crecen, el conocimiento y la información pueden convertirlos en poderosos agentes en favor del cambio. Estimular la demanda de alimentos nutritivos significa no sólo educar a los consumidores sobre los beneficios de una dieta saludable, sino también aprovechar sus aspiraciones culturales y sociales.



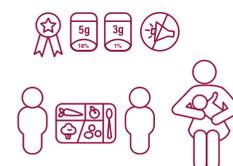
2. Impulsar a los proveedores de alimentos a tomar medidas en favor de los niños

La demanda por sí sola no es suficiente: los alimentos saludables deben estar disponibles y ser asequibles, seguros y convenientes. Los productores y proveedores de alimentos tienen un papel clave que desempeñar, y lo mismo ocurre con los gobiernos, que deben crear condiciones equitativas para todos los productores y proveedores y ayudar a garantizar que sus acciones se ajusten al interés superior del niño. Los sistemas alimentarios son diversos, al igual que las soluciones, pero toda la producción y el consumo de alimentos debe ser sostenible si queremos proteger la nutrición de los niños tanto hoy como en el futuro.



3. Establecer entornos alimentarios saludables para todos los niños

Los entornos alimentarios personales y externos son aquellos en los que los niños y sus cuidadores interactúan con el sistema alimentario. Si bien las fuerzas de la oferta y la demanda determinan el entorno alimentario, la adopción de medidas adecuadas al contexto, como el etiquetado obligatorio en la parte delantera del envase y la protección contra la comercialización con fines de explotación, pueden ayudar a crear entornos alimentarios que favorezcan la alimentación nutritiva de los niños.



4. Movilizar sistemas de apoyo para ampliar los resultados en favor de todos los niños en materia de nutrición

Además de los sistemas alimentarios, es preciso movilizar otros cuatro sistemas clave para ofrecer servicios de nutrición, mejorar las prácticas de nutrición y lograr resultados en materia de nutrición a gran escala. Los sistemas de salud, agua y saneamiento, educación y protección social deben intervenir de manera coordinada. Un enfoque sistémico puede ayudar a garantizar que los niños y las familias tengan acceso a dietas saludables y que los niños reciban los servicios de nutrición que necesitan para desarrollar todo su potencial.



5. Recopilar datos y pruebas de buena calidad periódicamente para orientar la acción y hacer un seguimiento de los progresos

La falta de datos adecuados impide a los gobiernos responder con políticas, estrategias y programas eficaces. Se necesitan datos precisos y oportunos para comprender la malnutrición, adoptar medidas coordinadas y basadas en datos empíricos y pedir cuentas a todas las partes interesadas. Hay que transformar los métodos de recopilación de datos y su frecuencia con el fin de ampliar lo que sabemos sobre las dietas y la nutrición de los niños, los adolescentes y las mujeres en todas las etapas de la vida. Los sistemas de datos deben ser receptivos y debe fomentarse una cultura de intercambio de datos y de transparencia.



¿Qué piensan los jóvenes de la alimentación y de la nutrición?

Más de **150.000** adolescentes y jóvenes de más de **35 países** han utilizado la herramienta de UNICEF U-Report para hablar sobre su relación con la alimentación, la nutrición y la imagen corporal.

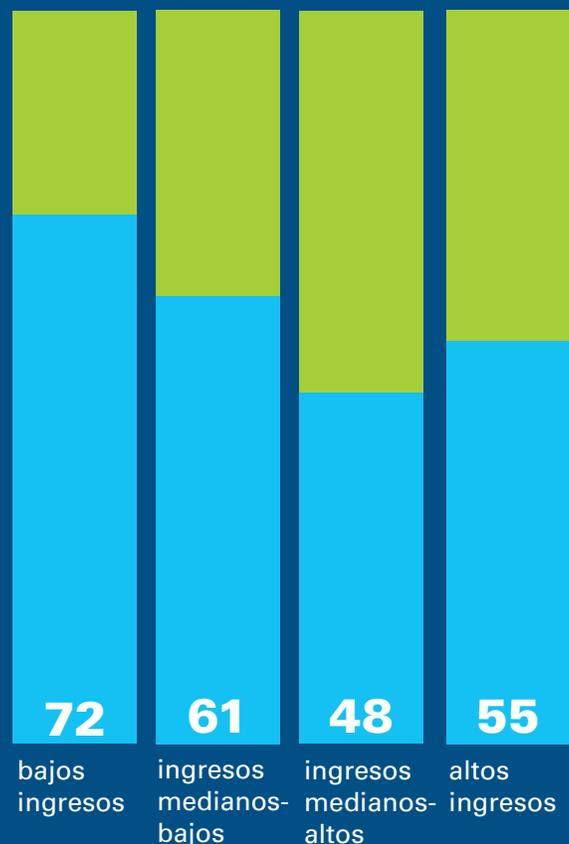
U-Report es una innovadora herramienta de mensajería social utilizada por más de 7 millones de jóvenes de todo el mundo para compartir sus puntos de vista sobre diferentes temas que afectan a todos.

Todas las cifras se expresan como porcentaje de los encuestados.

(Es posible que los totales no sean iguales al 100% debido al redondeo.)

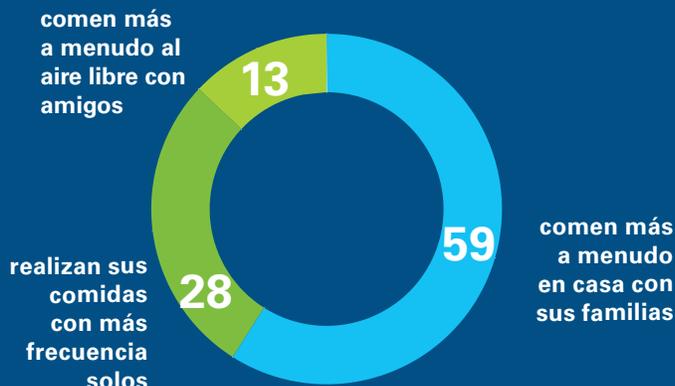
¿Te alimentas de manera saludable?

La mayoría de los U-Reporters, particularmente en países de bajos ingresos, informan que consumen una dieta saludable.

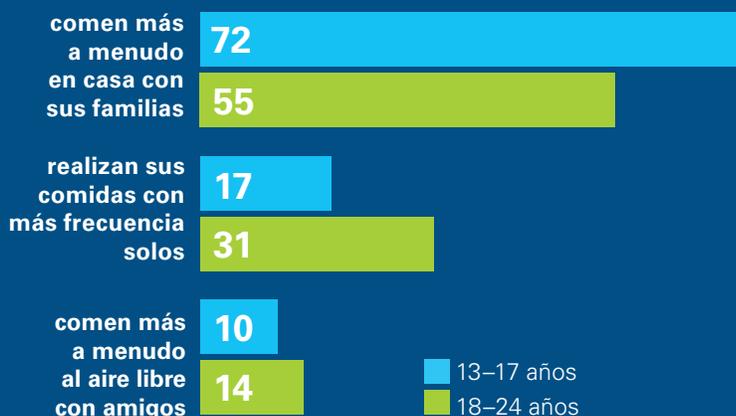


¿Dónde comes más a menudo?

Muy a menudo, los U-Reporters realizan sus comidas en casa con sus familias.



Los U-Reporters de mayor edad suelen comer solos.



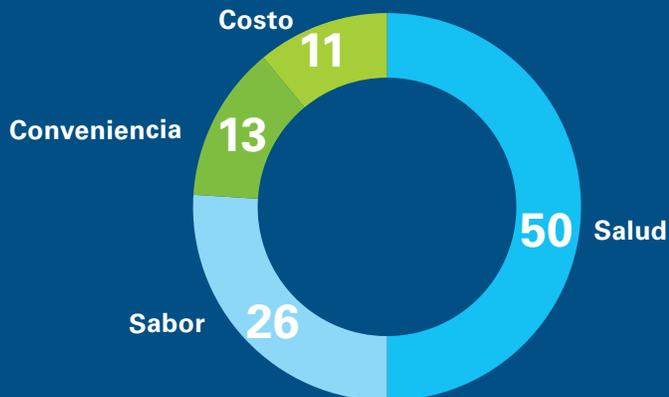
Comer con la familia significa comer más sano.



Entre los U-Reporters que dicen que se alimentan con una dieta saludable, 2 de cada 3 indican que realizan sus comidas en casa con sus familias con mayor frecuencia.

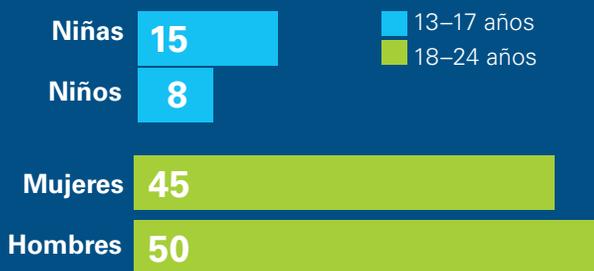
¿Cuál es el factor más importante a la hora de decidir qué vas a comer?

La alimentación sana es el aspecto más importante en los países de bajos y medianos bajos ingresos.



Pero el gusto ocupa el primer lugar en los países de medianos y altos ingresos.

La masa corporal influye también sobre las decisiones alimentarias.



Los U-Reporters de mayor edad son los que más probabilidades tienen de responder que la masa corporal es un factor importante en la elección de los alimentos.

En los países de altos ingresos, el peso es una preocupación para aproximadamente 3 de cada 5 mujeres, pero sólo para 1 de cada 2 hombres.

¿Qué es lo que te impide comer más sano?

“A menudo, los alimentos más saludables son caros. Así que mi familia no puede permitirse comprarlos.”

- Niña, 16 años de edad, Eswatini

“Porque mi padre no puede permitírselo y yo soy estudiante de ciencias del 11º grado.”

- Niño, 17 años de edad, Malí

“Los alimentos nutritivos son muy caros y difíciles de encontrar.”

- Mujer, 23 años, India

“No puedo comprar alimentos saludables porque no puedo permitírmelo. A veces comemos verduras y frutas, pero son demasiado caras para comprarlas todos los días.”

- Mujer, 21 años, Filipinas

“No tengo suficiente tiempo para cocinar y no hay productos realmente frescos y útiles en las tiendas.”

- Mujer, 19 años, Ucrania

“Es desafortunado, pero los alimentos que no son saludables saben muy bien.”

- Niño, 16 años, Brasil

“Por la apariencia y el sabor de los alimentos [saludables]. No tienen color y son insípidos.”

- Hombre, 18 años, Tailandia



¿Qué piensan los jóvenes sobre una alimentación saludable?

Más de 450 jóvenes de 18 países participaron en los talleres organizados como parte de la preparación de este informe para hablar sobre lo que comían y por qué. Uno talleres similares se realizaron en paralelo con grupos de madres (véase la página 29). Para consultar una nota sobre la metodología de los talleres, véase la página 178. He aquí un primer análisis de lo que los participantes de 12 países nos contaron acerca de los obstáculos a los que se enfrentan para comer de forma saludable y de las formas en que tratan de mejorar su dieta. En 2020 se publicará un análisis completo. Algunas respuestas han sido traducidas y editadas para obtener una mayor claridad.

¿Saben los jóvenes que alimentos son buenos para su salud?

En general, los adolescentes que participaron en los talleres dijeron que tomaban con más frecuencia buenas decisiones alimentarias, que malas. Describieron lo que habían comido durante un período de 24 horas y evaluaron si estos alimentos eran buenos o malos para su salud. Evaluaron correctamente casi la mitad de los productos que habían consumido, pero se equivocaron en casi una quinta parte de ellos. Para algo menos de un tercio de los alimentos, no supieron decir si eran saludables o poco saludables. En general, los adolescentes tienen una comprensión limitada de las cualidades nutricionales de más de la mitad de los alimentos que consumen habitualmente.

¿Qué impide a los jóvenes comer saludablemente?

Los adolescentes declararon que tienen problemas para comer saludablemente. El costo y el gusto estaban en lo más alto de la lista:

“No tenemos suficiente dinero para mantenernos sanos. Nuestras familias no pueden encontrar buenos trabajos.”
Niña, 16 años, India

“Algunos alimentos son demasiado caros.”
Niño, 16 años, Zimbabwe

Muchos pensaban que la comida saludable era más cara:

“La comida barata no es saludable y la comida saludable no es barata.”
Niña, 13 años, China

El sabor era otro obstáculo:

“Realmente me gusta la comida basura.”
Niña, 14 años, Guatemala

“La mayoría de los alimentos saludables no son sabrosos.”
Niña, 14 años, Kirguistán

El gusto fue un factor especialmente importante para los participantes que vivían en zonas urbanas. Algunos sugirieron que sus preferencias alimentarias estaban influenciadas por la disponibilidad inmediata de alimentos poco saludables.

“No podemos comer alimentos saludables porque hemos probado la comida basura y ahora no queremos comer nada más.”
Niño, 14 años, India

Muchos adolescentes informaron que no podían encontrar alimentos nutritivos cerca de sus hogares:

“No hay carne. Tenemos el dinero para comprarla, pero la tienda que la vende está demasiado lejos.”
Niña, 14 años, Ghana

“Es más fácil encontrar alimentos poco saludables.”
Niño, 17 años, Estados Unidos

El acceso y el precio eran graves problemas para algunos. En el Sudán, los adolescentes de un campamento de refugiados tenían casi tres veces más probabilidades que los participantes de las zonas rurales de decir que el costo era un obstáculo para una alimentación sana. La falta de acceso a alimentos sanos también es un problema importante.

Los participantes del taller destacaron el papel que desempeñan sus progenitores y sus cuidadores en su alimentación. También señalaron que el tiempo es un problema para ellos y para sus progenitores:

“No me preparan lo que yo elegiría para comer. Mis padres deciden lo que comemos.” *Niña, 15 años, Ghana*

“A veces no tengo tiempo para cocinar, así que como comida rápida.”
Niña, 15 años, Guatemala

“Las madres no tienen tiempo.” *Niño, 14 años, México*



© UNICEF/Escobar/2019

¿Cómo intentan los adolescentes mejorar su propia dieta?

Los jóvenes de todos los países encuestados informaron que tomaron medidas personales para comer mejor. Muchos dijeron que valoraban comer bien y se fijaron metas personales:

“Me recuerdo a mí misma que debo dar prioridad a mi salud durante por lo menos una comida al día.”

Niña, 18 años, Estados Unidos

“Trato de planificar mejor lo que voy a hacer durante el día para evitar esos tipos de alimentos [poco saludables].”

Niña, 15 años, Serbia

En general, los adolescentes comprendieron que algunos alimentos no son saludables, y tomaron medidas para comer menos alimentos poco saludables:

“Evito las cosas que me afectan demasiado... comida basura y comida de la calle.”

Filipinas, edad y sexo no indicados

“Organizo bien el tiempo para tener suficiente tiempo para comer y empezar a cocinar para mí.”

Niña de 13 años, China

A veces evitan los alimentos poco saludables encontrando algo con lo que distraerse:

“Si me dan ganas de emborracharme, salgo a caminar, me echo una siesta, llamo a un amigo o hablo con mi mamá. Pienso en cómo me voy a sentir más tarde.”

Niña, 17 años, Estados Unidos

Algunos dijeron que comían alimentos que consideraban saludables aunque no fueran muy sabrosos:

“Puedo tolerar que no sepan muy bien porque es bueno para mi salud.”

Niña de 17 años, Egipto

En los países de bajos y medianos ingresos, la obtención de trabajo fue una respuesta importante al alto costo de los alimentos:

“Como no hay dinero para comprar comida, tengo que... trabajar... para conseguir el dinero para comprarla.”

Niño de 14 años, Ghana

“Si trabajo... para tener dinero, entonces compraré comida para mi familia.”

Niño de 13 años, Sudán

Ahorrar dinero y comer comida cultivada y cocinada en casa eran otras soluciones:

“A veces ahorro algo de dinero durante la semana para poder comprar comida sana.”

Niña de 16 años, Serbia

“Yo... planto frutas y verduras.”

Niño, 15 años, Guatemala



©UNICEF/China/2019/Ma Yuyuan

¿Qué ideas tienen los jóvenes para mejorar la nutrición?

Resumen

Un gran número de adolescentes valora la alimentación saludable y se esfuerzan por mejorar su propia alimentación. Sin embargo, muchos encuentran obstáculos importantes, en particular el costo y el acceso a alimentos sanos.

Los participantes en el taller destacaron la necesidad de aumentar el conocimiento y la conciencia sobre la dieta y la nutrición:

“Educar a la gente. Instar a la gente a comer alimentos saludables. Celebrar reuniones en la biblioteca del pueblo.”
Respuesta del grupo, Egipto

“Informarse a través de los periódicos e Internet y comprar comida como corresponde.” *Niño, 13 años, China*

Dijeron que los gobiernos, las instituciones y los líderes comunitarios tienen un gran papel que desempeñar...

“Necesitamos que los líderes de la

comunidad hablen con los padres.”

Respuesta del grupo, Ghana

“Prevenir la venta de alimentos insalubres.”

Respuesta del grupo, Serbia

... al igual que los jóvenes:

“Formar grupos cooperativos de jóvenes que se ocupen de temas de alimentación y salud.”

Respuesta del grupo, Zimbabwe

“Podemos difundir... la información necesaria para resolver problemas. Y escribir pancartas. Podemos crear grupos de WhatsApp dedicados a resolver problemas”.

Respuesta del grupo, Egipto



¿Cuáles son los desafíos alimentarios a los que se enfrentan las madres?

Más de 320 mujeres de 18 países participaron en los talleres del **Estado Mundial de la Infancia de 2019** organizados para hablar sobre cómo comían y alimentaban a sus bebés. Estos talleres, organizados con las oficinas de UNICEF en los países y los Comités Nacionales y la Universidad Occidental de Sídney (WVSU), se llevaron a cabo en conjunción con una actividad similar dirigida a los jóvenes. Para obtener información sobre la metodología de los talleres, véase la página 178. Presentamos aquí un primer análisis de las respuestas de los participantes de 12 países con respecto a las prácticas de alimentación que utilizan con sus bebés y los obstáculos a los que se enfrentan para alimentar a sus hijos y alimentarse a sí mismas. En 2020 se publicará un análisis completo. Algunas respuestas han sido traducidas y editadas para obtener una mayor claridad cuando fue necesario.

¿Cuáles son las prácticas de las madres con respecto a la alimentación de los lactantes?

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida, seguida de la introducción de los primeros alimentos (o alimentos complementarios) para reemplazar gradualmente la leche materna entre los 6 y los 23 meses de edad. Los resultados de estos talleres sugieren que, en muchos casos, las prácticas alimentarias empleadas no son óptimas. Casi todas las mujeres amamantaron a sus bebés desde el nacimiento o dentro de los primeros 10 días después del nacimiento. Sin embargo, casi dos de cada cinco mujeres introdujeron sustitutos de la leche materna antes de que sus bebés tuvieran 8 semanas de edad y la mayoría combinaron leche materna y sustitutos de la leche materna (y a menudo otros líquidos) antes de que sus hijos tuvieran 6 meses de edad. Esto podría deberse al hecho de que los sustitutos facilitan que la madre trabaje. La mayoría de las madres introdujeron los primeros alimentos a los 6 meses de edad, pero una quinta parte comenzó antes de que su bebé tuviera 5 meses. Algunas esperaban a que tuviera entre 7 y 9 meses de edad.

¿Qué obstáculos encuentran las madres para alimentar adecuadamente a sus bebés?

En su mayor parte, la principal barrera para alimentar a sus bebés de manera saludable era económica:

“Ni siquiera puedo darle a mi bebé comida poco saludable porque no tengo dinero.”

20 años, Zimbabwe

“El dinero. No puedo permitirme comprar comida para alimentar a mi hijo.”

25 años, India

“No hay dinero en casa.”

24 años, Ghana

Las madres a menudo confirmaron las palabras de una participante estadounidense de 38 años que dijo que “la comida sana es cara”.

“En Australia, muchos productos son caros, como el pescado, las verduras y la carne. [Estos productos] deberían ser baratos para que todos puedan comprarlos.”

29 años, Australia

“Algunas veces, algunos alimentos son caros.”

22 años, México

El acceso y la disponibilidad también son obstáculos:

“A veces no tenemos comida sana en casa.”

28 años, Egipto

“Es difícil conseguir un vehículo para ir [...] a comprar alimentos.”

30 años, Ghana

“Es difícil conseguir frutas y verduras, melón, sandía, pepinos, zanahorias.”

22 años, Guatemala

Las madres informaron que tenían problemas para alimentar a sus bebés cuando no les gustaban ciertos alimentos o se ponían quisquillosos o enfermizos.

“A mi bebé no le gusta la comida saludable.”

24 años, Egipto

“Los niños no quieren comer sano, nos agobian, se ponen a llorar.”

25 años, India

“[Es difícil encontrar] alimentos que mi hijo acepte comer; no acepta un tipo particular de alimento.”

29 años, Sudán



© UNICEF/Baddoo/2019

“A mi hijo no le gusta que le den el pecho.”
29 años, China

“Cuando mi bebé no se siente bien, cuando le están saliendo los dientes, es difícil alimentarlo.”
20 años, Ghana

Las madres también informaron que tenían que soportar consejos familiares no solicitados:

“Mi suegra quiere alimentar con congee [un tipo de gachas de arroz] a mi hijo de 8 meses todos los días porque son alimentos fáciles de digerir. Pero yo quiero que el niño tenga todo tipo de comida”.
27 años, China

“La abuela de mi marido me dice lo que debo darle de comer [a mi bebé]”. Edad no especificada, México

¿Qué obstáculos encuentran las madres para alimentarse bien?

Al igual que ocurre con sus bebés, las madres informaron que el costo es el mayor obstáculo para alimentarse de una manera saludable, seguido de la accesibilidad y la disponibilidad:

“Falta de dinero... si tuviera dinero, compraría y prepararía la comida como una madre [debería].”
25 años, Guatemala

“A veces me falta dinero para comprar alimentos saludables.”
25 años, Kirguistán

“Yo como alimentos saludables cuando están disponibles. Cuando no lo están, como lo que esté disponible.”
20 años, Zimbabwe

“Es más fácil adquirir otros alimentos [en lugar de alimentos saludables]”.
19 años, México

“Hay una gran distancia entre el mercado y la casa.”
26 años, Sudán



¿Cuáles son las soluciones de las madres a los obstáculos que encuentran?

Las madres señalaron una serie de soluciones creativas a los obstáculos a los que se enfrentan para alimentar a sus hijos y a sí mismas, como la obtención de otros ingresos y el cultivo de alimentos:

“Podemos cultivar maíz y venderlo para conseguir dinero; cultivar verduras y venderlas para conseguir dinero; vender teléfonos celulares por dinero; vender ropa por dinero.” *20 años, Zimbabwe*

“Podemos cultivar la comida”. *26 años, Zimbabwe*

Para superar las preferencias de los niños en cuanto a la comida y el “fastidio” que les produce, describieron una serie de soluciones creativas:

“Le dejo ver dibujos animados, hacer ruido con juguetes, trato de distraerla durante la comida.” *34 años, Serbia*

“Pongo puré de verduras en la avena y lo alimento cuando el niño habla.”

35 años, China

“Mezclo la fruta y la pongo en un pastel... Lo mezclo con algo de comida que le gusta”

Edad 25 años, Serbia

Para hacer frente a los consejos no solicitados de los miembros de la familia, las mujeres afirmaron en su mayoría que trataban de no hacer caso, aunque esto no siempre era posible:

“Mi madre me dijo que le diera avena a mi bebé de una semana, pero no le hice caso.” *Edad no especificada, Australia*

“Mi suegra decía constantemente que no tenía suficiente leche, y al final dejé de amamantar.”

Edad no especificada, Australia

Resumen

Para las madres, el costo es, con mucho, el obstáculo más importante para una alimentación y una nutrición saludables, seguido de la falta de disponibilidad y de acceso a alimentos saludables. Muchas madres mencionaron una serie de otras dificultades, incluyendo el hecho de que a los bebés no les gustan ciertos alimentos o son “fastidiosos” con respecto a la alimentación, y las presiones familiares.



PERSPECTIVA

Defender el derecho de un niño a los alimentos y la nutrición

Hilal Elver
Reportera Especial
de las Naciones
Unidas sobre el
Derecho a la
Alimentación

Desde 2014, Hilal Elver trabaja como Reportera Especial sobre el Derecho a la Alimentación y es responsable de llevar a cabo el mandato del derecho a la alimentación, tal y como establece el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Hilal Elver es profesora de Derecho Internacional y Miembro Internacional Distinguido del Centro Resnick para Legislación y Políticas de Derecho Alimentario, perteneciente a la facultad de derecho de la Universidad de California – Los Ángeles. Además, es profesora investigadora en la Universidad de California – Santa Bárbara, donde ostenta el título de Profesora Visitante Distinguida desde 2002.

A todos debería preocuparnos que tantos niños del mundo sufran la malnutrición en todas sus formas. Esta situación requiere una respuesta firme y efectiva en forma de políticas; una respuesta que solo puede hacerse realidad si existe la voluntad política necesaria para proteger y respetar los derechos humanos de los niños, especialmente el derecho a recibir alimentos adecuados, que garantice que los niños no pasen hambre y que incluya la nutrición como elemento fundamental. Para salvaguardar este derecho, es necesario que los estados se cercioren de que todo el mundo (incluidos los niños) tenga acceso a alimentos que, como mínimo, satisfagan sus necesidades nutricionales básicas y sean culturalmente apropiados y seguros.

Por otra parte, los estados han de responder a las causas estructurales y fundamentales del hambre y la malnutrición desde la perspectiva de los derechos humanos, y han de hacerlo guiándose por el principio de que los derechos económicos, sociales y culturales de los niños son indivisibles, tal y como se indica en la Convención sobre los Derechos del Niño, que celebra su 30º aniversario este año. Esa indivisibilidad es más pertinente en el ámbito de la nutrición que en ningún otro: los derechos a agua limpia, salud y un estándar de vida adecuado, por ejemplo, son requisitos fundamentales para el pleno disfrute del derecho a la alimentación.

Del mismo modo, la Convención sobre los Derechos del Niño comprende otras formas

de protección para los niños destinadas a garantizar su derecho a disfrutar del nivel de salud más alto posible. Por ejemplo, insta a los estados a tomar medidas para combatir las enfermedades y la malnutrición, mediante acciones como proporcionar alimentos nutritivos adecuados e información y educación sobre nutrición. Los niños también tienen derecho a protección social, a un nivel de vida adecuado y a la no discriminación. Este último principio es especialmente importante para proteger a las niñas adolescentes de la discriminación y la violencia por razón de género, así como para impedir la discriminación contra los niños de comunidades indígenas y rurales.

El hambre a corto plazo también puede dañar el desarrollo de un niño. La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce esta vulnerabilidad, que es única en el transcurso de la vida: hace referencia a la necesidad de ayudar a los responsables del cuidado de los niños y proporcionar atención médica adecuada para las madres tanto antes como después del parto. La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer refuerza esta idea, ya que promulga diferentes derechos para las mujeres durante el embarazo y la lactancia. Desafortunadamente, esa Convención no protege el derecho individual de las mujeres a recibir unos alimentos y una nutrición adecuados más allá de su capacidad como madres. Se ha demostrado que otorgar a las mujeres autonomía para tomar decisiones cotidianas y libertad para disfrutar sus



© UNICEF/UN0315970/Pirozzi

derechos fundamentales mejora la salud reproductiva, la nutrición de la familia y el bienestar de los niños.

A lo largo de los años, el Comité de Derechos del Niño ha publicado algunas Observaciones Generales para ayudar a los estados a elaborar políticas. La Observación General N° 15, por ejemplo, hace hincapié en la protección social, en programas de alimentación en las escuelas y en medidas preventivas para evitar todas las formas de malnutrición. Además, apela a los estados a limitar la exposición de los niños a anuncios de alimentación perjudicial e insta a las empresas privadas a cumplir el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y otras resoluciones relevantes de la Asamblea Mundial de la Salud.

Al abordar la importancia de la lactancia materna, en el Comentario General N° 7 se defiende la necesidad de fomentarla y protegerla, respaldando las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud acerca de la lactancia materna exclusiva. No obstante, muchas madres trabajadoras siguen haciendo frente a importantes obstáculos cuando tratan de llevar a cabo esa práctica, en parte porque, en muchos casos, los gobiernos no ofrecen licencias de maternidad adecuadas que protejan tanto a las madres como a los hijos.

Otras Observaciones Generales abordan las repercusiones de las actividades del sector privado sobre los recursos naturales necesarios para producir alimentos adecuados (n°

16) y los peligros específicos que entraña la malnutrición en niños con VIH/SIDA (n° 3). También cabe destacar la Observación General n° 11, que, junto con la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, se centra en los niños indígenas, para quienes el significado cultural de la tierra tradicional y la calidad del entorno natural van intrínsecamente ligados al derecho a la vida y la supervivencia. Para abordar la nutrición infantil a través de un enfoque basado en los derechos humanos es necesario tener clara la relación entre la degradación medioambiental, el acceso a los recursos naturales y el derecho de los niños a los alimentos y la nutrición.

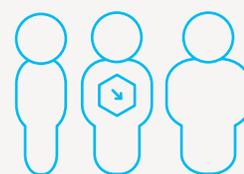
Transformar en políticas estos instrumentos de derechos humanos y otros documentos no vinculantes, como las Directrices Voluntarias en Apoyo de la Realización Progresiva del Derecho a una Alimentación Adecuada en el Contexto de la Seguridad Alimentaria Nacional, garantizará que los niños que viven en zonas rurales, los hijos de migrantes, los refugiados, los desplazados internos y los niños afectados por conflictos y por el cambio climático no queden en el olvido, y ayudará a los estados a garantizar el derecho a los alimentos y la nutrición incluso en las comunidades más marginadas. Además, para abordar de manera holística el derecho del niño a los alimentos y la nutrición son necesarias una buena gobernanza y una voluntad política a nivel nacional e internacional. Una vez obtenida la voluntad política, mejorar la participación, la rendición de cuentas, la supervisión y la transparencia serán los primeros pasos para implantar los principios de los derechos humanos de una manera efectiva. ■



01

**LA MALNUTRICIÓN
INFANTIL EN
LA ACTUALIDAD**

En todo el mundo, casi 200 millones de niños menores de cinco años sufren retraso en el crecimiento, emaciación o una combinación de ambos, y al menos 340 millones sufren el hambre oculta, es decir, una falta de vitaminas y minerales. Al mismo tiempo, más de 40 millones de niños menores de cinco años padecen sobrepeso, que, junto a la obesidad, no deja de aumentar incluso en los países de ingresos más bajos. Estas tendencias reflejan la triple carga de la malnutrición, que amenaza la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños y las naciones.



- Demasiados niños siguen estando afectados por la desnutrición y el hambre oculta, mientras que el número de niños con sobrepeso aumenta rápidamente.
- La desnutrición es tanto un resultado como una causa importante de la pobreza y la privación.
- Los sistemas alimentarios ofrecen una serie de puntos de entrada importantes para mejorar la nutrición de los niños.
- La inversión en nutrición aporta altos rendimientos y es clave para cumplir con los ODS.

Introducción

En el siglo XXI, la malnutrición infantil tiene tres vertientes fundamentales. La primera es la plaga de la desnutrición. Pese a que se han registrado disminuciones en algunas partes del mundo, la desnutrición priva a demasiados niños de la energía y los nutrientes que necesitan para crecer bien, y se asocia a casi la mitad del total de muertes anuales de niños menores de cinco años¹. La segunda vertiente es el hambre oculta, o la falta de vitaminas y minerales esenciales como las vitaminas A y B, el hierro y el zinc. El hambre oculta, que a menudo pasa inadvertida o no se le presta la debida importancia, despoja a los niños de su salud, su vitalidad e incluso su vida. La tercera vertiente es el sobrepeso y, en su forma más grave, la obesidad. Considerado durante mucho tiempo una afección de los ricos, el sobrepeso afecta cada vez a más niños, incluso en algunos de los países menos desarrollados del mundo. Además, está provocando el aumento de enfermedades no contagiosas asociadas a la alimentación en edades más avanzadas, como las enfermedades del corazón, que es la principal causa de muerte en todo el mundo².

Estas tres vertientes de la malnutrición (la desnutrición, el hambre oculta y el sobrepeso) están entrelazadas. Pueden afectar a los niños, a las familias y a las comunidades de manera simultánea y en el transcurso de una sola vida. Las consecuencias son graves, no solo para las perspectivas de vida de los niños, tanto en la infancia como en la edad adulta, sino también para el desarrollo económico nacional y la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Asimismo, estas formas de malnutrición comparten numerosas causas comunes, desde la alimentación de los niños y las madres hasta la forma en que el acceso, la asequibilidad y el poder de tomar decisiones sobre la alimentación están distribuidos en la sociedad. Cada vez es más difícil pensar en las causas fundamentales de estas tres vertientes de la malnutrición sin tener en cuenta

los sistemas alimentarios y todo lo que ocurre para llevar la comida “de la granja a la mesa”. La malnutrición infantil del siglo XXI refleja cada vez más una realidad: muchos sistemas alimentarios proporcionan a los niños muy pocos de los alimentos que necesitan y demasiados que no necesitan.

La malnutrición infantil en la actualidad

Desnutrición: retraso en el crecimiento y emaciación

La desnutrición afecta gravemente la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños. Dos de sus principales manifestaciones son el retraso en el crecimiento y la emaciación.

El retraso en el crecimiento

El concepto “retraso en el crecimiento” se usa para describir a los niños que tienen una estatura demasiado reducida para su edad. Sin embargo, el retraso en el crecimiento es mucho más que la estatura de un niño, ya que en todas las comunidades hay niños más bajos y más altos. Se trata más bien de un claro indicio de que los niños de una comunidad no se están desarrollando adecuadamente, ni física ni mentalmente, en particular en los 1.000 primeros días. El retraso en el crecimiento se describe no solo como el “mejor indicador general” del nivel de bienestar de los niños, sino también como un “reflejo fiel” de las desigualdades sociales³. Tal y como señala un informe, el retraso en el crecimiento “es un síntoma de carencias del pasado y un indicador de pobreza para el futuro⁴”.

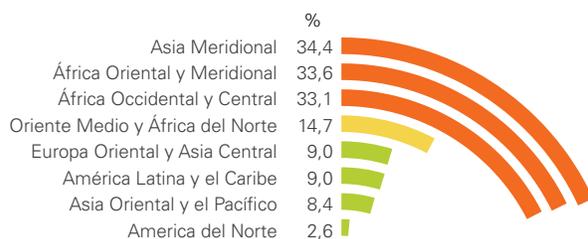
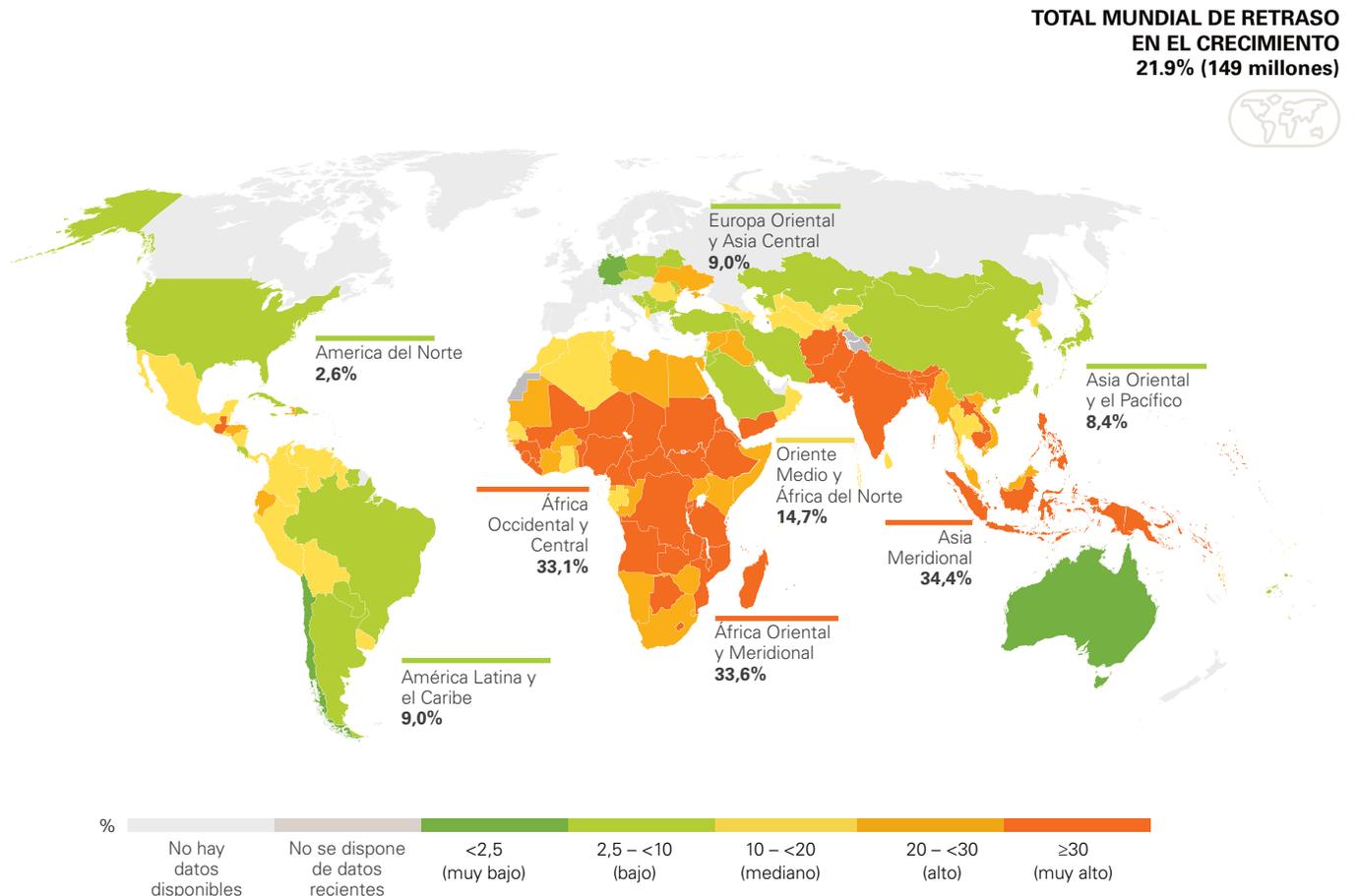
Por desgracia, en muchas comunidades, sobre todo aquellas en las que una estatura baja es más común, el retraso en el crecimiento no siempre se detecta⁵. Esto supone un problema dadas las consecuencias que tiene de por vida, no solo para el bienestar individual de los niños, sino también para el crecimiento económico y social.

Las tres vertientes de la malnutrición –la desnutrición, el hambre oculta y el sobrepeso– están entrelazadas

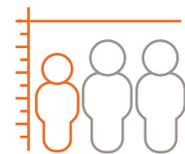


¿En qué partes del mundo viven los niños con retraso en el crecimiento?

FIGURA 1.1 | Porcentaje de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento, 2018.



En Asia Meridional y en el África Subsahariana, **uno de cada tres niños menores de 5 años sufre de retraso en el crecimiento.**



Nota: Los datos de los países son las estimaciones más recientes disponibles para el período 2000-2018; cuando sólo se dispone de datos anteriores a 2000, se utiliza el color gris oscuro que indica que no hay datos recientes. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos no implican juicio alguno sobre la condición jurídica de países o territorios, ni de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras, por parte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Fuente: UNICEF/Organización Mundial de la Salud/Grupo del Banco Mundial, Estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil, edición de 2019.

Pese a la esperanzadora reducción de los casos de retraso en el crecimiento, en casi ninguna parte del mundo se está avanzando hacia la consecución de las metas de la era de los ODS

Igual que otras formas de malnutrición, las causas del retraso en el crecimiento tienen su origen en el estado nutricional de la madre. Las madres que sufrieron retraso en el crecimiento en su infancia tienen más riesgo de tener hijos con el mismo problema. Ocurre lo mismo con las mujeres de estatura reducida, que también tienen más probabilidades de dar a luz a niños prematuros o con bajo peso al nacer que, a su vez, tendrán

más riesgo de sufrir retraso en el crecimiento. En 2015, aproximadamente un 14,6% de los recién nacidos pesaron poco al nacer, y alrededor de nueve de cada 10 de ellos se encontraban en países de bajos y medianos ingresos⁶. Por tanto, el retraso en el crecimiento puede perpetuarse generación tras generación y, dada su relación con la precariedad, también puede perpetuar la pobreza de una generación a la siguiente.

Sin embargo, este ciclo puede interrumpirse. En solo una generación, las mujeres que sufrieron malnutrición en su infancia pero que mejoran considerablemente su salud, su nutrición y el entorno en el que viven antes de quedarse embarazadas, pueden tener hijos con una estatura más próxima a lo que se considera normal⁷. Este tipo de evidencia subraya la importancia de invertir en la nutrición materna, no solo para mejorar las perspectivas de vida de las mujeres, sino también las de la siguiente generación.

Cuando nace un niño, el estado nutricional de la madre sigue siendo un factor durante la lactancia (véase el Capítulo 2). Hay otros factores que también influyen en el desarrollo del niño, como los recursos de su familia para ofrecerle una alimentación y atención adecuadas y su acceso a servicios médicos, agua salubre y saneamiento. Las infecciones recurrentes y la inflamación intestinal pueden atrapar al niño en un círculo vicioso de enfermedad y malnutrición: por ejemplo, un niño con inflamación intestinal tendrá

más dificultades para absorber los nutrientes adecuados, lo cual debilitará su resistencia a enfermedades. Se estima que una cuarta parte del total de casos de retraso en el crecimiento

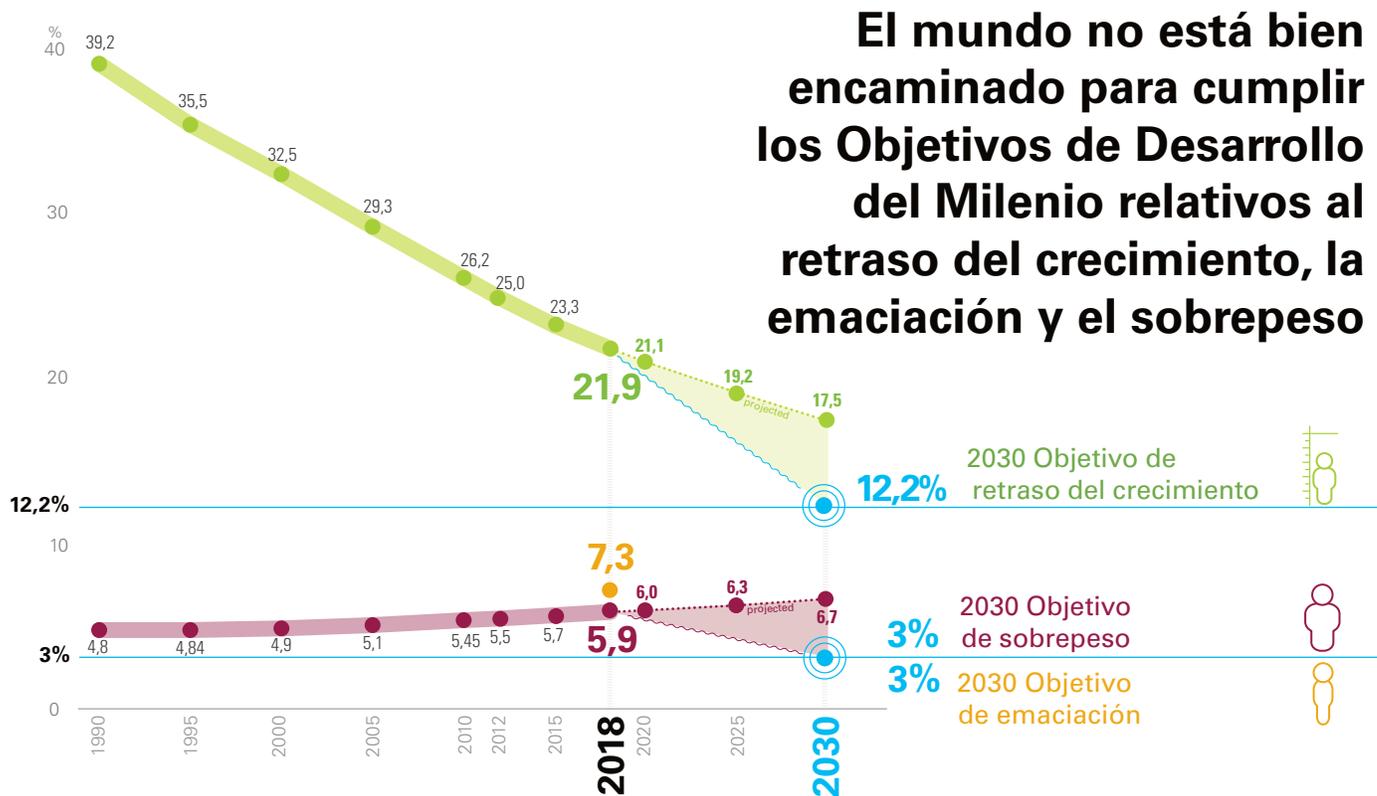
en niños de dos años o menores pueden atribuirse a que el niño haya sufrido cinco o más episodios de diarrea en su vida⁸. Por tanto, para combatir el retraso en el crecimiento es necesario invertir en mejorar la calidad de la alimentación de los niños, así como las prácticas y los servicios nutricionales relacionados.

En todo el mundo, la proporción y el número de niños menores de cinco años con retraso en el crecimiento ha disminuido (véase la figura 1.2). Entre 2000 y 2018 se redujo en una cuarta parte, hasta situarse en 149 millones de niños. En términos generales, esto refleja el aumento de los ingresos y las mejoras en la gobernanza en muchos países⁹. Sin embargo, y a pesar de que se han registrado descensos a nivel mundial, los avances en la reducción del retraso en el crecimiento en gran parte de África han ido despacio. De hecho, como reflejo del fuerte crecimiento de la población, entre 2000 y 2018 se registró un aumento en el número de niños afectados en dos regiones de UNICEF en el continente: el número de niños menores de cinco años con retraso en el crecimiento aumentó en 1,4 millones en África Oriental y Meridional y en 6,5 millones en África Occidental y Central. La carga permanente del retraso en el crecimiento tiene graves consecuencias para el desarrollo del capital humano en África.

Pese a la esperanzadora reducción de los casos de retraso en el crecimiento, en casi ninguna parte del mundo se está avanzando hacia la consecución de las metas de la era de los ODS. Del mismo modo, los objetivos en materia de emaciación y sobrepeso podrían no cumplirse si no hay un esfuerzo sostenido. La disminución del retraso en el crecimiento a nivel mundial también puede enmascarar la realidad de que, en muchos países, un gran número de niños sigue sufriendo este problema: por ejemplo, casi el 38% de los menores de cinco años de la India y Pakistán y el 43% de la República Democrática del Congo¹⁰. No obstante, estas estadísticas nacionales solo reflejan una parte de la realidad, ya que dentro de cada país puede haber diferencias importantes entre regiones. En la India, por ejemplo, casi la mitad de los niños del estado más afectado sufren retraso en el crecimiento, en contraste con una quinta parte del estado menos afectado¹¹.



FIGURA 1.2 | Proyecciones de malnutrición en relación con las metas para 2030



Notas: Los objetivos de la AMS para 2030 son: a) reducir en un 50% el número de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento; b) reducir y mantener la prevalencia de niños con sobrepeso por debajo del 3%; y c) reducir y mantener la tasa de emaciación en los niños por debajo del 3%. La emaciación es una afección aguda que puede cambiar con frecuencia y rapidez a lo largo de un año, lo que dificulta la proyección de tendencias fiables a lo largo del tiempo utilizando los datos disponibles. Por lo tanto, este informe proporciona sólo las estimaciones mundiales y regionales más recientes. <https://data.unicef.org/resources/who-unicef-discussion-paper-nutrition-targets/>

Fuente: Estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil, UNICEF/Organización Mundial de la Salud/Grupo del Banco Mundial, edición de 2019. Las proyecciones se basan en análisis realizados por el Grupo de Trabajo sobre Estimaciones de Desnutrición de UNICEF, la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial.

La emaciación

El concepto de emaciación describe a un niño demasiado delgado para su estatura. Salvo

excepciones importantes (véase a continuación), suele referirse a una pérdida de peso reciente como consecuencia de una ingesta gravemente insuficiente de nutrientes, una enfermedad o una combinación de ambas. En todo el mundo, la emaciación amenaza la vida del 7,3%

En todo el mundo, la emaciación amenaza la vida del 7,3% de los niños menores de cinco años o, lo que es lo mismo, casi 50 millones de niños

de los niños menores de cinco años o, lo que es lo mismo, casi 50 millones de niños. En 2013, la emaciación fue la causa de aproximadamente el 13% de las muertes de menores de cinco años en todo el mundo, lo que equivale a 875.000 muertes infantiles que podrían haberse evitado¹².

Las estimaciones sobre la prevalencia de la emaciación pueden variar rápida y frecuentemente como respuesta a diversos factores, como la estacionalidad, que influye en la disponibilidad de alimentos y en la incidencia de enfermedades como la

diarrea y el paludismo. Sin embargo, es preocupante que las disminuciones registradas a nivel mundial en el retraso en el crecimiento infantil no se hayan registrado también en el caso de la emaciación.

Esto parece ser especialmente cierto en Asia Meridional, epicentro mundial de la emaciación, donde hay un 15,2% de menores de cinco años afectados, una proporción considerada “alta” por parte de organismos internacionales¹³ (otros focos son África Subsahariana, el sureste de Asia y Oceanía -véase la figura 1.3), y donde los índices de emaciación han registrado escasas mejoras¹⁴. Por otro lado, el ejemplo de Asia Meridional es destacable también porque la emaciación se da sobre todo en el primer año de vida del niño y, después, su incidencia disminuye. De hecho, se ha observado que muchos niños emaciados lo estaban ya desde el nacimiento¹⁵. Esto tiene implicaciones importantes para resolver el problema de la emaciación (y también el del retraso en el crecimiento) en la región, ya que

apela claramente a la elaboración de un enfoque sólido de prevención que promueva la nutrición de niñas adolescentes y madres y aliente la adopción de mejores prácticas de higiene y alimentación para los niños en sus primeros dos años de vida (véase el capítulo 3¹⁶).

La emaciación puede ser fatal en los niños, especialmente en sus formas más graves

La emaciación, que es la forma más extendida de la desnutrición aguda, puede tener consecuencias desastrosas para los niños, especialmente en sus formas más graves. Si no reciben tratamiento, los niños que sufren desnutrición aguda grave tienen 12 veces más probabilidades de morir que un niño sano¹⁷. Esta enfermedad suele provocar un rápido deterioro del estado nutricional y suele caracterizarse por la emaciación, la delgadez extrema o la inflamación propia del edema nutricional^{18, 19}. Aunque el riesgo de muerte asociado a la desnutrición aguda grave es más elevado para los menores de cinco años, los niños en edad escolar y los

RECUADRO 1.1 | Atención en el hogar para los niños con emaciación

En los últimos años se han conseguido importantes avances en el tratamiento de la desnutrición aguda grave, especialmente con la aplicación de la gestión comunitaria de la desnutrición aguda en muchos países. Antes, los niños que padecían desnutrición aguda grave solían tener que permanecer en el hospital durante mucho tiempo, lo cual era costoso, suponía una carga para muchas familias y contribuía a los bajos índices de tratamiento. Sin embargo, el enfoque de la gestión comunitaria de la desnutrición aguda empodera a las familias y les permite tratar la enfermedad en su hogar, normalmente con alimentos terapéuticos listos para el consumo para los niños que no sufren complicaciones médicas, que suelen ser la mayoría.

Este enfoque ha mejorado las tasas de supervivencia y ha demostrado ser altamente asequible, si bien queda mucho por hacer para reducir los costos, algo que se podría lograr, por ejemplo, mediante la producción local de alimentos terapéuticos listos para el consumo²⁷. Aunque la gestión de la desnutrición aguda grave está entre las 10 intervenciones nutricionales más eficaces para reducir la mortalidad infantil²⁸, esa eficacia puede incrementarse aún más: por ejemplo, los servicios médicos que proporcionan la detección temprana de la malnutrición aguda grave y el VIH pueden ser fundamentales para mejorar las tasas de supervivencia de los niños, facilitando intervenciones en etapas críticas de la enfermedad y del desarrollo infantil. ■

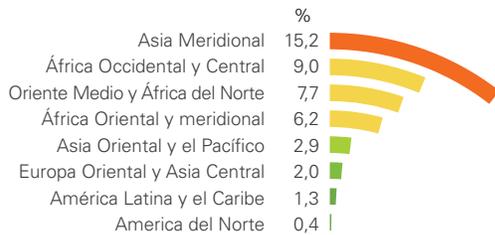
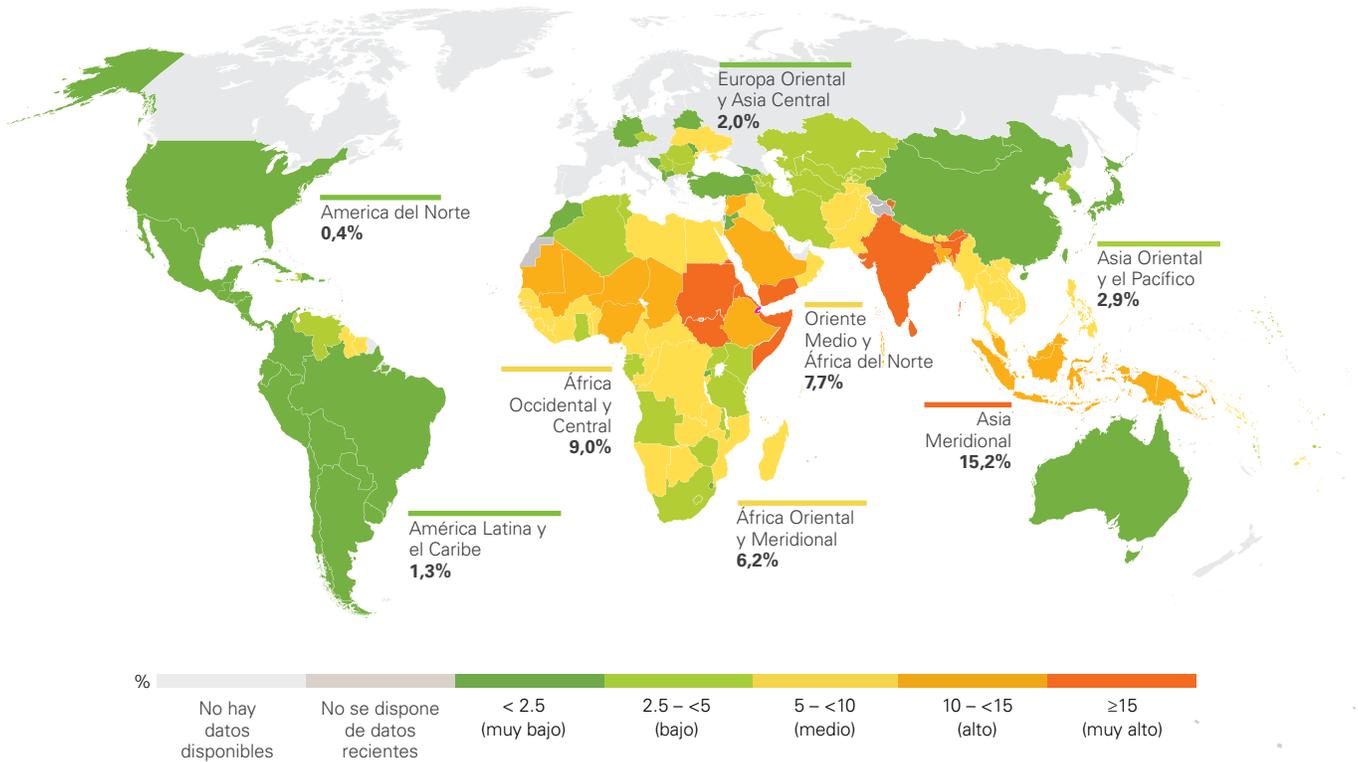


Joemar Bacaltos, nacido en la provincia rural de Palawan, en Filipinas, viene de una familia desfavorecida y tanto su madre como su padre han tenido problemas de salud. La comunidad étnica en la que vive la familia tiene escaso acceso a servicios y sus conocimientos sobre la malnutrición son limitados. Como resultado, y a pesar de que mostraba claros síntomas, no fue posible diagnosticarle inmediatamente desnutrición aguda grave. Una vez que comenzó el tratamiento, el progreso fue rápido: en tan solo unos meses había duplicado su peso. Al igual que Joemar, otros niños filipinos están recibiendo una segunda oportunidad: con la ayuda de UNICEF, Filipinas está ampliando los servicios y las capacidades para evitar y tratar la desnutrición aguda y, para 2022, se espera que la enfermedad se incluya en el programa de intervenciones del país, con atención estratégica a los 1.000 primeros días. © UNICEF/Philippines/2016

¿Dónde viven los niños con emaciación?

FIGURA 1.3 | **Porcentaje de niños menores de 5 años con emaciación, para 2018**

TOTAL MUNDIAL DE EMACIACIÓN
7,3% (49.5 millones)



En **Asia Meridional**, más de **1 de cada 7 niños** menores de 5 años sufre de **emaciación**

Nota: Los datos de los países son la estimación más reciente disponible entre 2000 y 2018; cuando sólo se dispone de datos anteriores a 2000, se utiliza el color gris oscuro que indica que no hay datos recientes. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos no implican juicio alguno sobre la condición jurídica de países o territorios, ni de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras, por parte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Fuente: Estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil, UNICEF/Organización Mundial de la Salud/Grupo del Banco Mundial, edición de 2019.



adolescentes también están expuestos a ese peligro. Además, los niños que parecen recuperarse de la desnutrición aguda grave pueden llegar a sufrir deterioro cognitivo y otros problemas de desarrollo, sobre todo si tienen retraso en el crecimiento²⁰.

A escala mundial, las tasas de emaciación grave siguen siendo altas: en 2018, se estimaba que afectaba a 16,6 millones de niños menores de cinco años²¹. Igual que en otras formas de malnutrición, la pobreza suele ser un factor de peso para la desnutrición aguda grave. Las fluctuaciones estacionales también influyen: la temporada de lluvia suele ser el periodo previo a la cosecha en el que se reducen las reservas de alimentos, se cortan las carreteras y aumenta la prevalencia de enfermedades transmitidas por el agua. Los niños que padecen una enfermedad también están expuestos a un peligro mayor: los que padecen VIH tienen el triple de probabilidades de morir de desnutrición aguda grave que los que no están infectados^{22, 23, 24}. El VIH sumado a la malnutrición es mortal para los niños.

Aunque los niños que padecen desnutrición aguda grave suelen ser el rostro de las emergencias humanitarias, la realidad es que la mayoría de

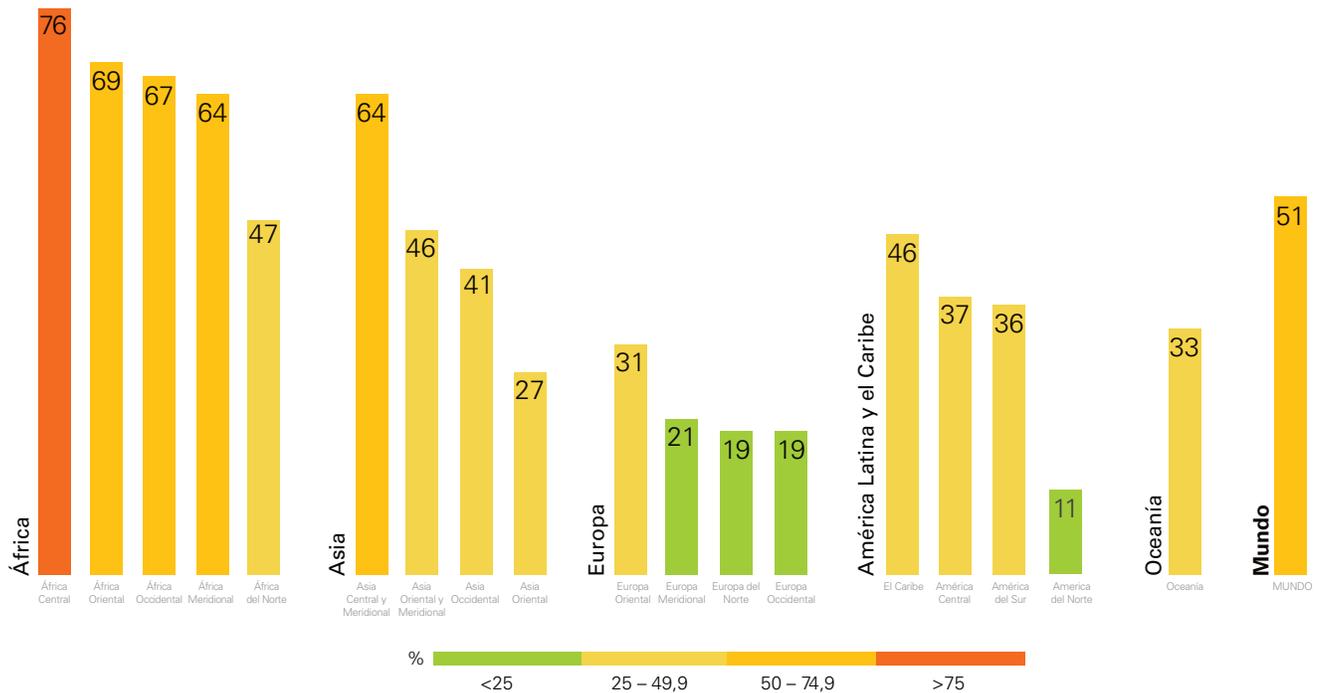
los casos de desnutrición aguda grave no se dan en contextos de emergencia. La presunción errónea de que la desnutrición aguda grave se da principalmente en situaciones de emergencia –y de que es responsabilidad de la comunidad humanitaria– ha dificultado la prevención y el tratamiento eficaz de la enfermedad en todo el mundo.

En general, muy pocos niños con desnutrición aguda grave reciben tratamiento. Aunque se han logrado avances a escala mundial en el número de niños que reciben atención (de 1,1 millones de niños en 2009 a 4,4 en 2017), solo uno de cada cuatro niños recibe tratamiento²⁵. Para aumentar la disponibilidad de enfoques eficaces es necesario contar con políticas nacionales favorables, recursos gubernamentales específicos e integración en los servicios nacionales habituales. En los países donde esto se ha logrado, la eficiencia y la disponibilidad han aumentado enormemente²⁶. A pesar de ello, y aunque el tratamiento salva vidas, no aborda las causas básicas y subyacentes que son clave para garantizar la prevención de la emaciación a largo plazo.

Una niña recibe gotas de vitamina A en el Centro de Salud Mont Ngafula de Kinshasha, República Democrática del Congo. La carencia de vitamina A es la causa principal de ceguera infantil evitable e incrementa el riesgo de muerte por enfermedades comunes de la infancia, como la diarrea. A pesar de la creciente disponibilidad de alimentos fortificados, alrededor de uno de cada cinco niños tiene carencia de vitamina A³⁸.
© UNICEF/UNI44415/Pirozzi

¿Dónde viven los niños con hambre oculta?

FIGURA 1.4 | Porcentaje de niños menores de 5 años con hambre oculta, 2019



Fuente: Estimaciones de UNICEF, 2019 basadas en Black et al, 2013 y Stevens et al, 2015. Vea la sección Metodología para más información.

Al menos 340 millones de niños menores de 5 años sufren hambre oculta

El hambre oculta

Los niños y las madres que padecen carencias de micronutrientes (las vitaminas y los minerales esenciales para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo) pueden sufrir graves consecuencias. Por ejemplo, la carencia de vitamina A es la causa principal de la ceguera en niños²⁹. Las mujeres con anemia grave (a menudo, aunque no siempre, asociada a la falta de hierro en la alimentación) tienen el doble de probabilidades de morir durante el parto o poco después (véase la figura 1.4)³⁰. La falta de yodo, incluso si es leve, puede minar la capacidad de un niño para aprender³¹. Según estimaciones de UNICEF, al menos uno de cada dos niños menores

de cinco años de todo el mundo (340 millones) sufren hambre oculta debido a deficiencias no siempre visibles de vitaminas y otros nutrientes esenciales³².

Sin embargo, los efectos suelen ser invisibles o aparecen cuando ya es demasiado tarde para tomar medidas. Es por eso que estas deficiencias suelen conocerse como "hambre oculta". Está oculta o no, su repercusión es real. Como dijo en 2004 Kul C. Gautam, de UNICEF, "es posible que no lo sientas en el estómago, pero ataca a tu salud y tu vitalidad"³³.

Como en cualquier forma de malnutrición, los malos hábitos en la alimentación desempeñan un papel importante en el hambre oculta. De hecho, la variedad en la alimentación es el instrumento que

se usa para medir si los niños y las madres están satisfaciendo sus necesidades de micronutrientes³⁴, y el resultado revela un panorama preocupante (véase el capítulo 2). Los niños y las madres también necesitan tener la capacidad física de absorber vitaminas y minerales. Algunas complicaciones como la diarrea y las inflamaciones intestinales crónicas pueden impedir que eso ocurra, al igual que otros factores, como el origen animal o vegetal del alimento que contiene esos micronutrientes.

En un sentido más amplio, el hambre oculta puede existir tanto en las dietas tradicionales como en las modernas. Algunas comunidades de países de ingresos bajos, por ejemplo, se alimentan principalmente de alimentos básicos como cereales y tubérculos, y solo consumen alimentos más ricos en nutrientes como fruta, verduras, carne, pescado, huevos y lácteos de forma ocasional. Las dietas modernas también acarrear consecuencias. Los alimentos procesados y ultraprocesados pueden estar enriquecidos con vitaminas y minerales esenciales, y en muchas partes del mundo esto contribuye a satisfacer las necesidades de micronutrientes infantiles (véase el capítulo 4). Sin embargo, las bebidas y los alimentos ultraprocesados pueden carecer de vitaminas y minerales esenciales^{35, 36}, y dado que se trata de alimentos muy sustanciosos, como los fideos instantáneos y las galletas, los niños pueden quedarse sin apetito para tomar frutas y verduras, que son más ricas en nutrientes³⁷.

No existen suficientes estimaciones exactas y actualizadas del alcance del hambre oculta, lo cual refleja la dificultad, el costo y el tiempo que hacen falta para medirla. Dada la gravedad de la repercusión del hambre oculta sobre los niños, es urgente y necesario mejorar la concienciación sobre el problema mediante la elaboración de formas de evaluación económicas y efectivas. La reciente estimación mundial de UNICEF –de al menos 340 millones de niños menores de 5 años– es una cifra conservadora, ya que sólo refleja el número estimado de niños que padecen carencias de vitamina A y de hierro³⁸.

En países de altos y bajos ingresos, los niños son los más vulnerables al hambre oculta, y a menudo sufren carencias de múltiples micronutrientes

al mismo tiempo, lo que refleja la mala calidad de su alimentación en general^{39, 40}.

El sobrepeso y la obesidad

El sobrepeso y la obesidad tienen consecuencias para los niños, tanto durante la infancia como en etapas posteriores de la vida. En la infancia, pueden dar lugar a distintas enfermedades, como complicaciones de tipo gastrointestinal, musculoesqueléticas y ortopédicas, así como la aparición temprana de diabetes de tipo 2 y problemas emocionales y de comportamiento, como depresión y estigmatización⁴¹. La obesidad en la infancia es un indicador fiable de obesidad en la edad adulta, que puede tener consecuencias muy graves para la salud y la economía⁴².

El número de niños con sobrepeso está aumentando prácticamente en todos los continentes (véase la figura 1.5). Según las últimas tendencias, el número de niños menores de cinco años con sobrepeso pasará de 40 millones de niños (alrededor de un 5,9% del total) a 43 millones para 2025⁴³.

A veces se piensa que el sobrepeso solo es un problema de los países ricos, pero es asombroso cuánto afecta en la actualidad también a los países de bajos y medianos ingresos y la rapidez con la que el problema está creciendo (véase la figura 1.6). En 2018, casi la mitad de los menores de cinco años de todo el mundo que tenían sobrepeso vivían en Asia, y una cuarta parte en África. En este último país, el número de menores de cinco años con sobrepeso se incrementó casi en un 44% entre 2000 y 2018⁴⁴.

Estos datos revelan sólo una parte de la historia. Las estimaciones relativas a niños mayores de cinco años indican la verdadera escala del problema del sobrepeso. Según la NCD Risk Factor Collaboration, el porcentaje de niños de entre cinco y 19 años con sobrepeso aumentó de uno de cada 10 (10,3%) en el año 2000 a algo menos de uno de cada cinco (18,4%) en 2016 (véase la figura 1.7).

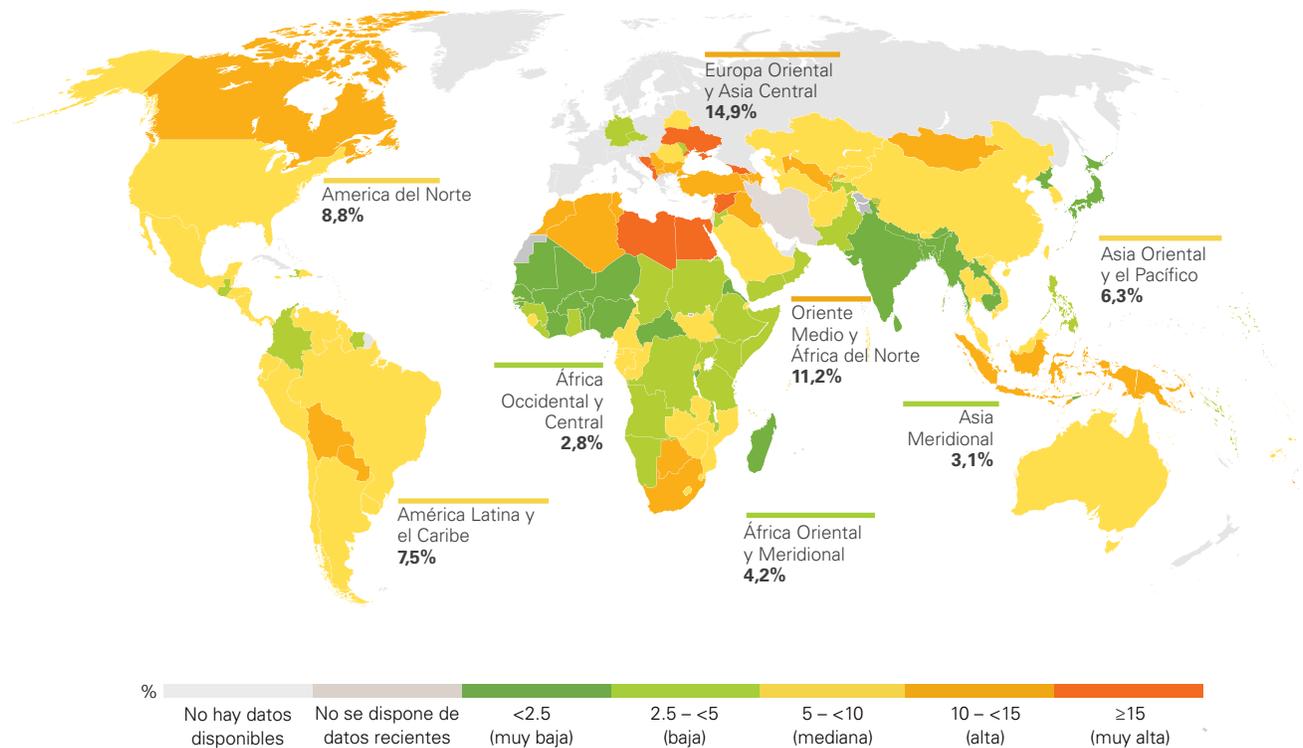
¿Cuál es la causa de este aumento?
Las investigaciones apuntan a una

A veces se piensa que el sobrepeso solo es un problema de los países ricos, pero es asombroso cuánto afecta en la actualidad también a los países de bajos y medianos ingresos

¿Dónde viven los niños con sobrepeso?

FIGURA 1.5 | **Porcentaje de niños menores de 5 años con sobrepeso, por subregión de UNICEF, 2018**

TOTAL MUNDIAL DE SOBREPESO
40,1 millones (5.9%)



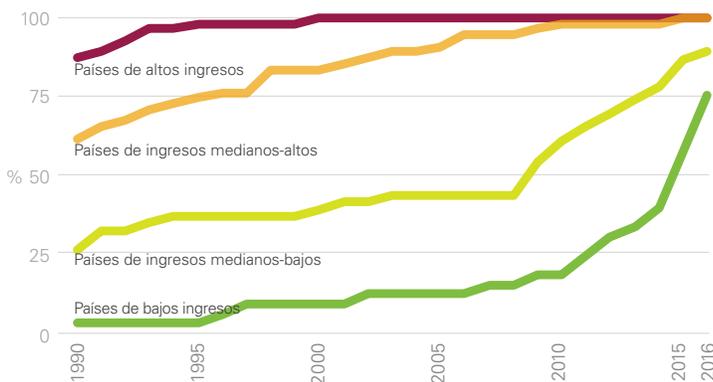
En Europa Oriental y Asia Central,
casi **1 de cada 7 niños** menores de 5 años tiene **sobrepeso**.

Nota: Los datos de los países son la estimación más reciente disponible entre 2000 y 2018; cuando sólo se dispone de datos anteriores a 2000, se utiliza el color gris oscuro que indica que no hay datos recientes. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos no implican juicio alguno sobre la condición jurídica de países o territorios, ni de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras, por parte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Fuente: Estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil, UNICEF/Organización Mundial de la Salud/Grupo del Banco Mundial, edición de 2019

FIGURA 1.6 | **Tendencia en el porcentaje de países según la clasificación de ingresos del Banco Mundial en los que al menos el 10% de los niños de 5 a 19 años tienen sobrepeso**

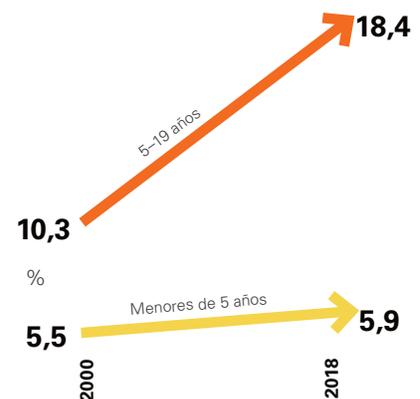
Los países de bajos y medianos ingresos han registrado un aumento significativo de sus tasas de sobrepeso durante el último decenio.



Notas: La clasificación de ingresos de los países se basa en la clasificación de países 2019 del Banco Mundial.

Fuente: NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). "Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults"; *The Lancet*, 2017, vol. 1, págs. 1 a 2. 390, págs. 2.627 a 2.642.

FIGURA 1.7 | **Aumento del sobrepeso en niños menores de 5 años, niños de 5 a 19 años y jóvenes**



Fuente: UNICEF/Organización Mundial de la Salud/Grupo del Banco Mundial, Estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil, y NCD Risk Factor Collaboration (2017).

serie de factores clave, como la ingesta cada vez mayor de calorías, el abandono de la dieta tradicional en favor de una dieta moderna, la urbanización y la disminución del ejercicio físico⁴⁵. Otras investigaciones sugieren también que los cambios en el microbioma intestinal podrían constituir un factor importante.

¿Hacia dónde se dirigen las tendencias en la infancia? Hay indicios de que el sobrepeso se ha estabilizado en los países de altos ingresos, si bien en niveles elevados: en el Reino Unido, por ejemplo, tienen sobrepeso alrededor de una tercera parte de los niños de entre dos y 15 años⁴⁶. Sin embargo,

esta tendencia no se ha detectado en comunidades más pobres, lo cual acentúa las desigualdades en las tasas de obesidad entre los grupos sociales de altos ingresos y bajos. Los niños de entornos más pobres también tienden a presentar formas más graves de sobrepeso^{47, 48}. En los países de ingresos medios y bajos, especialmente en gran parte de Asia, es más probable que las tasas de sobrepeso sigan aumentando. Sorprendentemente, desde la década de 1980 apenas se han obtenido pruebas sólidas de países que estén alcanzando y manteniendo una tendencia decreciente de la obesidad en su población⁴⁹, lo cual subraya la necesidad de centrarse en la prevención.

El sobrepeso ya no es un problema solo para los países más ricos y está aumentando más rápido entre los niños mayores

SECCIÓN ESPECIAL

El sobrepeso y la obesidad en los países de la OCDE y la Unión Europea

Hace un siglo, el sobrepeso y la obesidad se asociaban con la riqueza, pero ya ha dejado de ser así. En los países ricos, los niños pobres suelen ser los que más probabilidades tienen de sufrir sobrepeso u obesidad⁵⁰.

Aunque las tasas de sobrepeso infantil se han estabilizado en muchos países de altos ingresos, se mantienen en un nivel que pone en peligro la vida, la salud y el futuro de millones de niños⁵¹. De 41 países de la OCDE y la Unión Europea, en ninguno hay menos de uno de cada cinco niños (de entre cinco y 19 años) con sobrepeso, con la excepción de Japón (véase la figura 1.8).

El sobrepeso y la precariedad

Normalmente, los niños con sobrepeso proceden de familias desfavorecidas desde el punto de vista socioeconómico. En los Estados Unidos, por ejemplo, el índice sobrepeso en niños *desciende* conforme aumenta el nivel de educación y los ingresos de las familias⁵³. La relación entre la obesidad y la desventaja socioeconómica se ha demostrado también en Europa⁵⁴. Un estudio que utiliza datos de la Iniciativa de la OMS para la Vigilancia de la Obesidad Infantil en Europa (2008) asociaba la condición socioeconómica de los padres y la falta de educación con la obesidad de los niños de la República Checa, Portugal y Suecia⁵⁵.

El impacto del sobrepeso sobre la vida y las economías sirve de advertencia conforme estos peligros para la salud se expanden rápidamente por los países de ingresos medios y bajos⁵⁶. La repercusión también es económica. En Alemania, el costo de la obesidad y el sobrepeso en el transcurso de una vida (debido a factores como la pérdida de productividad o enfermedades) es de unos 145.000 millones de euros (alrededor de 162.000 millones de dólares)⁵⁷. En los Estados Unidos, se invierten 190.000 millones de dólares al año en el tratamiento de la obesidad y otras enfermedades relacionadas: se trata de casi una quinta parte del gasto total en atención médica del país. En los hospitales públicos del Brasil, el costo directo estimado de las enfermedades asociadas al sobrepeso y la obesidad fue de 2.100 millones de dólares anuales⁵⁸.

Respuesta

A pesar de que cada vez hay más concienciación sobre los peligros del sobrepeso, los esfuerzos para abordar este problema no han sido sistemáticos⁵⁹. Sin embargo, en los últimos años, países como Bélgica, Chile, Finlandia, Francia, Hungría y México han comenzado a establecer políticas para abordar la obesidad, como impuestos y etiquetas de nutrición fáciles de comprender, como por ejemplo las etiquetas de advertencia en la parte delantera de los envases. Estos y otros esfuerzos siguen las recomendaciones de la OMS, que pretende ofrecer un enfoque holístico para abordar la obesidad infantil^{60, 61, 62}.

En todo el mundo, existe poca información relativa al gasto de los gobiernos para abordar la obesidad y las enfermedades no contagiosas asociadas a la alimentación, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cáncer⁶³. En 2015, solo un 0,01% de la asistencia mundial para el desarrollo se gastó en la prevención y el tratamiento de la obesidad y otras enfermedades no contagiosas asociadas a la alimentación⁶⁴. Conforme los países de ingresos medios y bajos comienzan a enfrentarse a las difíciles consecuencias de los crecientes índices de sobrepeso, los costos de la prevención y el tratamiento podrían sobrepasar la capacidad de respuesta de los sistemas de atención a la salud. ■

Los niños que sufren de sobrepeso provienen generalmente de familias desfavorecidas desde el punto de vista socioeconómico

FIGURA 1.8 | Porcentaje de niños y adolescentes de entre 5 y 19 años con sobrepeso en 41 países de la OCDE y la Unión Europea.

País	Prevalencia (%) 2016	% aumento desde 1990	País	Prevalencia (%) 2016	% aumento desde 1990
Estados Unidos	41,86	49,7	Croacia	28,00	160,0
Nueva Zelanda	39,46	44,6	República de Corea	27,63	94,9
Grecia	37,26	48,9	Noruega	27,47	42,1
Malta	37,11	20,1	República Checa	27,19	81,2
Italia	36,87	39,1	Eslovenia	27,18	168,8
Chile	35,54	61,1	Finlandia	26,81	35,7
México	35,51	76,0	Austria	26,68	48,8
Israel	34,80	18,2	Alemania	26,58	37,0
Australia	34,11	35,1	Luxemburgo	26,33	29,3
España	33,80	38,4	Polonia	25,72	131,1
Chipre	33,47	50,6	Dinamarca	25,11	13,6
Portugal	32,57	86,2	Países Bajos	24,77	61,9
Canadá	32,15	45,1	Rumania	24,56	171
Reino Unido	31,12	33,1	Bélgica	23,93	-1,8
Irlanda	30,86	84,4	Suecia	23,62	24,6
Francia	30,09	38,7	Eslovaquia	23,36	157,0
Turquía	29,55	151,1	Suiza	21,87	39,4
Bulgaria	28,47	120,6	Letonia	21,33	75,9
Hungría	28,45	117,3	Lituania	20,58	84,2
Islandia	28,33	15,3	Estonia	20,46	68,0
			Japón	14,42	14,3

La desnutrición, el hambre oculta y el sobrepeso comparten causas comunes, especialmente la mala calidad de la alimentación de los niños

La combinación de las tres vertientes de la malnutrición

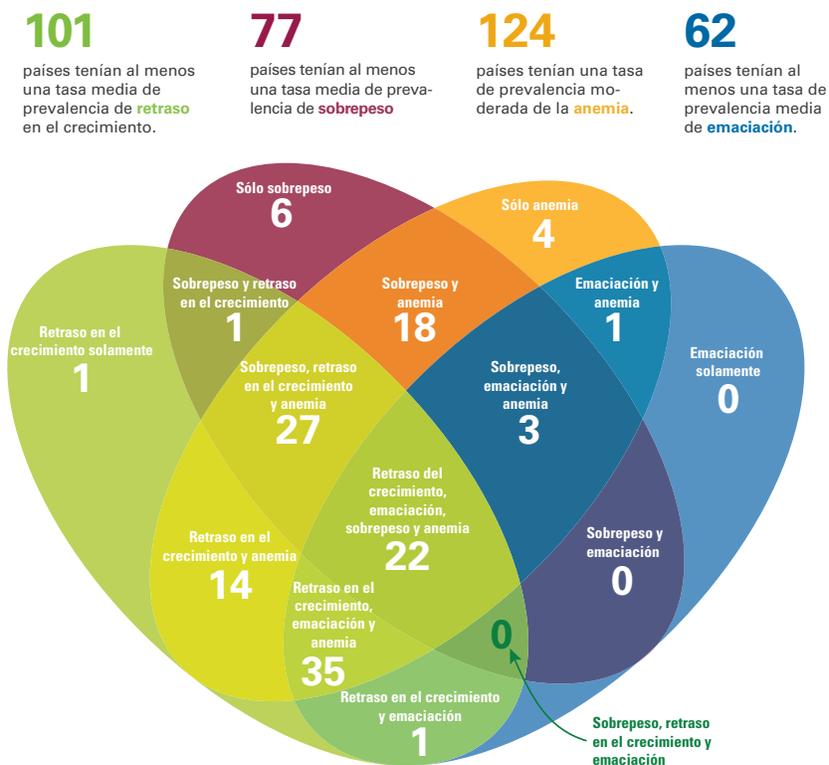
Como se ha mencionado con anterioridad, las distintas vertientes de la malnutrición (desnutrición, hambre oculta y sobrepeso) están entrelazadas de muchas maneras. Por ejemplo, un niño podría presentar dos o tres formas de malnutrición al mismo tiempo o en el transcurso de su vida (véase la figura 1.10). Además, dos de esas vertientes y, con cada vez más frecuencia, las tres, están presentes de manera simultánea en cada vez más países y comunidades: es la **triple carga de la malnutrición** (véase la figura 1.9). Por último, las tres vertientes comparten causas comunes, especialmente la mala calidad de la alimentación de los niños.

Coincidencia en una misma persona

Una de las formas más comunes en las que un niño puede padecer múltiples formas de malnutrición es la coincidencia del retraso en el crecimiento y la emaciación. En palabras de un grupo de expertos, “un niño con emaciación tiene más probabilidades de sufrir también retraso en el crecimiento, y un niño con retraso en el crecimiento tiene más probabilidades de tener emaciación”⁶⁵. Además, es muy probable que estos niños hayan vivido “en un entorno caracterizado por grandes carencias”, como señala un estudio⁶⁶. Esta combinación del retraso en el crecimiento y la emaciación incrementa el peligro de muerte, en comparación incluso con niños que están gravemente emaciados⁶⁷. Dadas estas conexiones, en los últimos años se han hecho cada vez más llamamientos para que los programas de nutrición aborden al mismo tiempo el retraso en el crecimiento y la emaciación, ya que, de lo contrario, perderán eficacia⁶⁸.

FIGURA 1.9 | Número de países donde los niños sufren simultáneamente varias formas de malnutrición (retraso del crecimiento, emaciación, sobrepeso y anemia).

¿Cuántos países se enfrentan a la triple carga de la malnutrición?



Nota: Una tasa media de prevalencia de retraso en el crecimiento se define como >10%; una tasa media de prevalencia de sobrepeso se define como >5%; una tasa media de prevalencia de emaciación se define como >5%; una tasa moderada de prevalencia de anemia se define como >20%.

El análisis se basa en 134 países con estimaciones recientes de al menos tres indicadores.

Fuente: UNICEF, OMS, Grupo del Banco Mundial (2019). Estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil. OMS, Ginebra. Fuente de los datos de anemia: Observatorio de la Salud Mundial, Organización Mundial de la Salud (2019). Anemia en niños menores de 5 años - Estimaciones por país [Cuadro de datos]. Disponible en <http://apps.who.int/gho/data/view.main>

También existen otras formas de coincidencia. Por ejemplo, se estima que 8,2 millones de niños menores de cinco años de todo el mundo sufren retraso en el crecimiento y sobrepeso, mientras que el retraso en el crecimiento, la emaciación y el sobrepeso suelen coincidir con distintas formas de hambre oculta⁶⁹. Hay personas que también pueden sufrir distintas formas de malnutrición a lo largo de su vida: por ejemplo, el retraso en el crecimiento en la primera infancia puede aumentar el riesgo de tener sobrepeso años después⁷⁰.

La triple carga de la malnutrición

Muchos lugares del mundo se están enfrentando en la actualidad a la triple carga de la malnutrición, que es evidente en países, comunidades e incluso familias. Un ejemplo que suele citarse es el de una misma familia en la que hay una madre con sobrepeso y un hijo con retraso en el crecimiento. En la India, los datos de un análisis llevado a cabo entre 2011 y 2012 sugieren que eso podría estar ocurriendo en el 5% de los hogares de zonas rurales y en el 8% de los de zonas urbanas. En Egipto, la cifra se sitúa en el 5,6% de los hogares, según los datos de un análisis de 2008. En ambos países, todo indica a que el problema está aumentando⁷¹. En Egipto, los investigadores atribuyen parte de ese incremento al consumo elevado de las familias de productos azucarados, que no proporcionan a los niños los nutrientes que necesitan para crecer sanos y aportan un exceso de calorías a la madre⁷². Estos ejemplos subrayan la necesidad de tener en cuenta la malnutrición de los hijos en el contexto más amplio de la familia y el hogar.

En un plano más general, muchos países de ingresos medios y bajos se enfrentan al desafío de abordar la carga permanente del retraso en el crecimiento y la emaciación, varias formas de hambre oculta y tasas crecientes de sobrepeso (véase la figura 1.9). Para muchos de ellos, la combinación de todas esas dificultades amenaza con sobrepasar las capacidades de respuesta.

Pobreza, exclusión y malnutrición

La pobreza suele ser una de las causas principales de la malnutrición. Según un estudio de 2016 de UNICEF y el Banco Mundial, de los 385 millones de niños que vivían en situación de pobreza extrema en todo el mundo, la mitad vivía en África Subsahariana y algo más de una tercera parte en Asia Meridional. Más de cuatro de cada cinco vivían en zonas rurales. Estos niños tienen más probabilidades de estar subalimentados y malnutridos, de enfermar, de no terminar la escuela y de volver a caer en la pobreza después de sequías, enfermedades o periodos de inestabilidad económica. Los niños pobres también son los que menos probabilidades tienen de acceder a agua apta para el consumo y saneamiento adecuado, de recibir servicios médicos preventivos como vacunas y de obtener atención médica cuando están enfermos. Los más damnificados por estos problemas son los niños que viven en situaciones de emergencia y otras crisis (véase la Sección especial: la nutrición en emergencias).

La pobreza es mucho más que falta de recursos económicos. Para muchos niños y familias, está relacionada con la exclusión social, la discriminación y la marginación por razón de género, la discapacidad, el grupo étnico, el aislamiento geográfico y el desplazamiento. A nivel individual, la exclusión y la desigualdad determinan el acceso local a bienes y servicios, incluidos los alimentos saludables. A nivel de la sociedad, pueden silenciar la voz y las necesidades de las comunidades pobres y marginadas e impedir que se las tenga en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre cuestiones más amplias.

La repercusión del **género** es evidente en cada faceta de la malnutrición y sus causas (véase el capítulo 3, Sección especial: Las niñas y las mujeres necesitan más apoyo para mejorar su nutrición). La experiencia en materia de programas e investigaciones demuestra que el empoderamiento

La pobreza suele ser una de las causas principales de la malnutrición... Los niños pobres tienen más probabilidades de estar subalimentados y malnutridos, de enfermar, de no terminar la escuela y de volver a caer en la pobreza después de sequías, enfermedades o periodos de inestabilidad económica

La estigmatización de la discapacidad puede provocar que las madres no amamenten a sus hijos, que los niños reciban alimentos menos nutritivos o porciones de comida más pequeñas

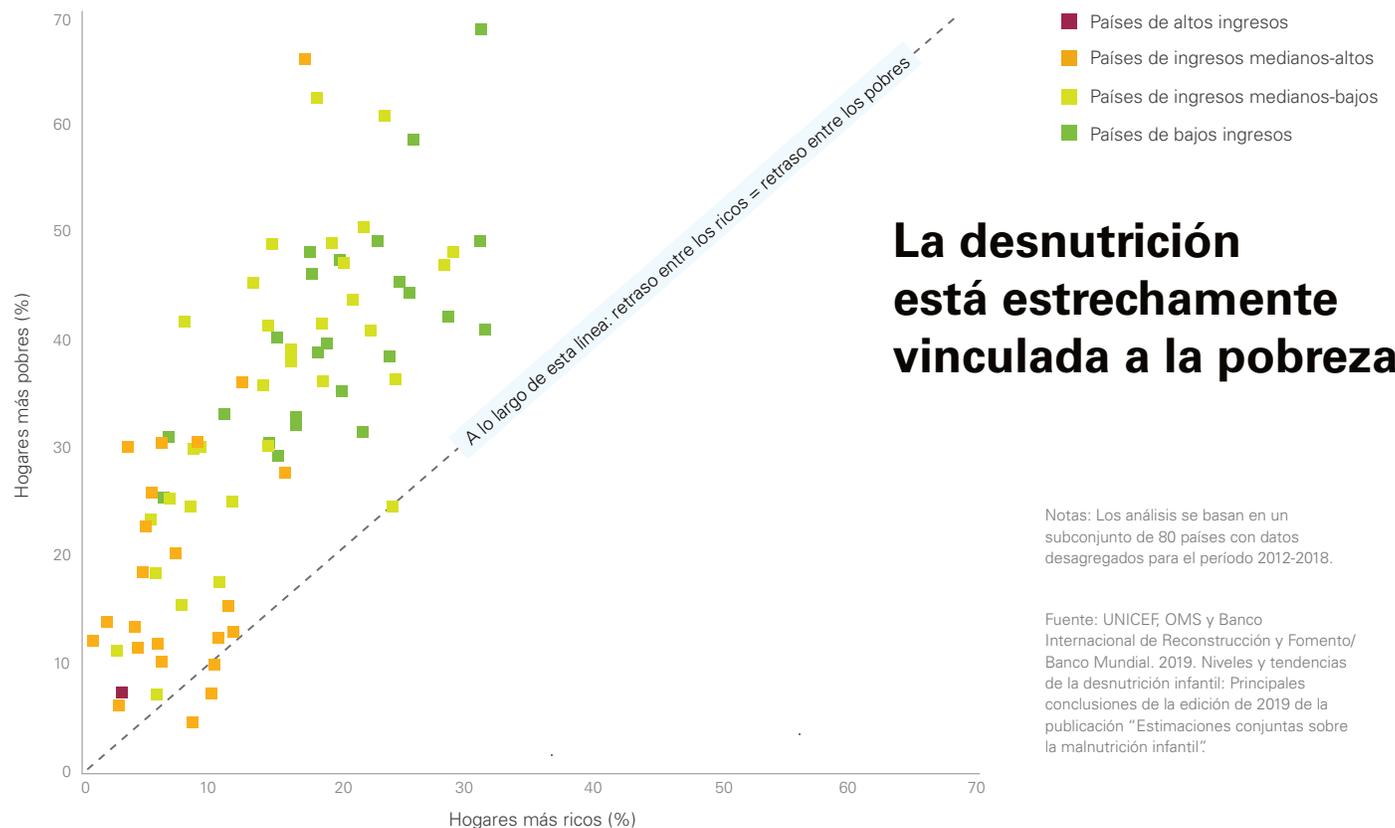
de la mujer se traduce en una nutrición de mejor calidad para mujeres y niños; sin embargo, todavía hay muchos países donde las mujeres son las últimas en ser servidas a la hora de comer y las que menos cantidad de comida reciben. Además, tienen muy poca autonomía, lo que significa que tienen un control limitado o nulo sobre sus propios ingresos y los de su familia y se ven excluidas de los procesos de toma de decisiones.

La **discapacidad** puede ser tanto una causa como una consecuencia de la malnutrición. La falta de nutrientes, vitaminas y minerales, o la exposición a altos niveles de toxinas, pueden ocasionar ceguera o daños neurológicos. Al mismo tiempo, algunos tipos de discapacidad (como la discapacidad

intelectual o del desarrollo o el paladar hendido) pueden llevar a que la ingesta de nutrientes sea inferior o a impedir satisfacer ciertas necesidades nutricionales. La estigmatización de la discapacidad puede provocar que las madres no amamenten a sus hijos, que los niños reciban alimentos menos nutritivos o porciones de comida más pequeñas o incluso que no reciban ningún tipo de alimento.

Los **pueblos indígenas** y otros **grupos étnicos** desfavorecidos también se enfrentan a un peligro mayor de sufrir malnutrición. En el Brasil, por ejemplo, la tasa de retraso en el crecimiento de los grupos indígenas fue entre dos y cinco veces más alta que entre los grupos no indígenas en 2013. Esta disparidad se explica, por ejemplo, por la ingesta inferior de nutrientes, las peores condiciones del saneamiento y el acceso limitado a servicios de atención primaria de la salud⁷³.

FIGURA 1.10 | Porcentaje de niños con retraso en el crecimiento en los hogares más pobres y ricos de los países de ingresos bajos, medianos-bajos, medianos-altos y altos



ENFOQUE

En el Reino Unido, los niños más pobres están más expuestos al sobrepeso y la inseguridad alimentaria

En Inglaterra, uno de cada tres niños es obeso o presenta sobrepeso antes de terminar la escuela primaria¹¹⁴. La prevalencia del sobrepeso y la obesidad se multiplica por dos en las zonas más pobres, y la brecha se está acentuando conforme aumenta la obesidad en las zonas más desfavorecidas¹¹⁵. El panorama es similar para los niños de otras partes del Reino Unido¹¹⁶.

El entorno en el que viven los niños influye enormemente en su alimentación. En las zonas más pobres de Inglaterra hay cinco veces más establecimientos de comida rápida que en las zonas más prósperas, lo que las convierte en el foco de este tipo de alimentación¹¹⁷. Los niños de zonas más pobres están desproporcionadamente expuestos a establecimientos de comida para llevar donde se vende pollo frito, hamburguesas y pizzas. Además, en esas zonas también es más visible la publicidad de alimentos poco saludables que en otras más ricas¹¹⁸.

En el Reino Unido, el entorno de venta de alimentos fomenta el consumo de alimentos poco saludables. Hasta un 40% de los alimentos que se venden en los supermercados están en oferta, y casi siempre son las opciones poco saludables las que se benefician de las promociones¹¹⁹. Está demostrado que las ofertas consiguen que la gente compre más, y lugares como el final de los pasillos y las cajas donde se paga se utilizan con frecuencia para promocionar productos poco saludables¹²⁰.

Al mismo tiempo, cerca de dos millones de niños de Inglaterra viven en situación de pobreza alimentaria¹²¹, y menos de una quinta parte de los niños de entre 5 y 15 años comen cinco piezas de fruta y verdura al día¹²². En ciudades más prósperas como Londres, casi uno de cada 10 niños asegura que se va a la cama con hambre¹²³.

El Reino Unido se enfrenta al doble desafío de enfrentarse a los “pantanos alimentarios” de las zonas pobres restringiendo la promoción de alimentos poco saludables y asegurándose de que los vendedores de esas zonas ofrecen alimentos saludables asequibles.

El gobierno del Reino Unido se ha comprometido a reducir a la mitad la obesidad infantil y acortar la brecha de obesidad entre los niños de las zonas más ricas y los de las más pobres para 2030¹²⁴. Además, ha introducido un impuesto sobre las bebidas azucaradas y el primer programa del mundo para la reducción del azúcar, con el objetivo de disminuir su presencia en un 20% en los productos más populares consumidos por niños¹²⁵. Por otro lado, el Reino Unido está

celebrando consultas sobre nuevas leyes que prohíban colocar alimentos poco saludables en la zona de las cajas, en la entrada a los establecimientos y al final de los pasillos, así como otras ofertas de precios que alienten a consumir esos productos, como “compra uno y llévate otro gratis”, las ofertas de compras múltiples o rellenar las bebidas de forma ilimitada¹²⁶.

Asimismo, se ha animado a las autoridades locales a emplear su poder de planificación para limitar la apertura de más puntos de venta de comida rápida cerca de las escuelas, y el alcalde de Londres ha prohibido la publicidad de alimentos poco saludables en la red de transportes de la ciudad¹²⁷.

Tras reconocer que la primera infancia constituye un periodo fundamental para establecer preferencias y patrones de alimentación, el Reino Unido ha hecho un llamamiento a la acción para reducir el azúcar de los alimentos que se comercializan para bebés y poner fin a las prácticas engañosas de etiquetado. Los resultados de una investigación de Public Health England revelaron que algunos productos dulces comercializados como aptos para bebés y niños contienen tanto azúcar como la repostería¹²⁸.

En paralelo, el gobierno del Reino Unido ha elaborado el plan Healthy Start Scheme con el fin de ofrecer cupones de fruta y verdura a familias de ingresos bajos con hijos pequeños, lo cual ha contribuido al aumento de un 15% en el gasto de esas familias en fruta y verduras frescas¹²⁹.

Aunque queda mucho por hacer para abordar la obesidad infantil, el Reino Unido está preparando el camino para garantizar que todos los niños crezcan en entornos alimentarios saludables. ■

© iStock.com/Bea Kiss



El **aislamiento geográfico** también puede determinar el acceso de una familia a alimentos y servicios médicos y de nutrición esenciales. En comparación con los que viven en zonas urbanas, los niños que viven en zonas rurales de Burundi, Honduras y Malí tienen el doble de probabilidades de sufrir retraso en el crecimiento, una probabilidad que se multiplica por tres si viven en el Perú⁷⁴.

La función de los sistemas alimentarios

Las tendencias en nutrición infantil están claras: por una parte, se han registrado algunas disminuciones en las tasas de desnutrición, especialmente en el retraso en el crecimiento, aunque a un ritmo demasiado lento para cumplir con los objetivos convenidos a nivel mundial. También hay pruebas de la reducción del hambre oculta, pero, una vez más, a un ritmo demasiado lento. Por otro lado, la proporción de niños con sobrepeso está creciendo rápidamente, incluso en países que siguen luchando contra la desnutrición.

¿Cuál es la explicación a estas tendencias? En parte, reflejan un mundo donde los niños tienen cada vez más opciones para satisfacer sus necesidades energéticas, pero no las nutricionales. Como parte de la transición nutricional mundial descrita por Barry Popkin⁷⁵, cada vez más gente está cambiando sus dietas por otras más modernas, ricas en grasas saturadas, grasas trans, azúcar y sal. Esta transición está ligada al aumento de la prevalencia de enfermedades no contagiosas asociadas a la alimentación. De hecho, la baja calidad de la alimentación se considera en la actualidad el mayor factor de riesgo para la carga mundial de las enfermedades⁷⁶.

¿Por qué tantos niños comen tan poco de lo que necesitan y consumen cada vez más lo que no necesitan?

Como resultado, cada vez hay más niños que sobreviven, pero son muy pocos los que prosperan, incapaces de desarrollar su pleno potencial físico y mental. En estas circunstancias, hemos de centrarnos más en la calidad de la

alimentación de los niños y hacernos la siguiente pregunta: **¿por qué tantos niños comen tan poco de lo que necesitan y consumen cada vez más lo que no necesitan?**

Para responder hay que comprender cómo funcionan los **sistemas alimentarios**: qué ocurre para llevar la comida “de la granja a la mesa”. Tal y como demuestra la labor de numerosos expertos internacionales (FAO, IFAD, el Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición y el Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición), los procesos y las actividades que configuran lo que comemos hoy en día se están volviendo cada vez más complejos^{77, 78, 79}.

Con el fin de explicar mejor el efecto que estos procesos tienen sobre los niños, UNICEF ha trabajado con expertos internacionales para elaborar el Marco Innocenti sobre Sistemas Alimentarios para los Niños y los Adolescentes (*véase la página 56*)⁸⁰. Este marco sitúa la alimentación en el centro del análisis del sistema alimentario por dos razones: en primer lugar, porque las necesidades nutricionales de los niños son únicas y esenciales; en segundo lugar, porque no existen soluciones mágicas para mejorar la alimentación de los niños a largo plazo que no sean disponer de sistemas alimentarios que ofrezcan una alimentación nutritiva, segura, asequible y sostenible para todos los niños. Han de tomarse medidas en distintos niveles del sistema alimentario (con acciones sinérgicas en los sistemas de salud, agua y saneamiento, educación y protección social) para ampliar la oferta y la demanda de alimentos nutritivos (*véase el capítulo 4*).

El Marco Innocenti comprende tres factores principales: **impulsores, determinantes e interacciones**.

Impulsores

La forma en que la sociedad ofrece y distribuye alimentos para los niños, la variedad de opciones disponibles para cuidadores y consumidores y las decisiones que estos toman pueden estar determinadas por factores impulsores que, a

simple vista, podrían parecer ajenos a los sistemas alimentarios. En las últimas décadas, por ejemplo, factores como el aumento de los ingresos, la innovación tecnológica, el marketing y la globalización han contribuido a transformar los sistemas alimentarios y la alimentación que estos ofrecen a los niños y los adolescentes.

Determinantes

El núcleo del Marco Innocenti está formado por cuatro aspectos determinantes que describen los procesos, las condiciones y los agentes que participan de manera más directa en la producción y el consumo de alimentos para los niños y por parte de ellos.

Los procesos y las actividades que configuran lo que comemos hoy en día se están volviendo cada vez más complejos

RECUADRO 1.2 | ¿Cómo puede favorecer la agricultura a la nutrición?

La agricultura es la base de todos los sistemas alimentarios y es fundamental para ofrecer a los niños alimentos nutritivos, seguros, asequibles y sostenibles. Sin embargo, la interacción entre la agricultura y la nutrición infantil no es nada sencilla.

Este factor pone de manifiesto, por una parte, que los objetivos en materia de nutrición infantil pueden entrar en conflicto con otros objetivos económicos y políticos⁸². Por ejemplo, aunque las inversiones en agricultura han mejorado la productividad, la diversidad en la alimentación ha disminuido: solo tres cultivos (arroz, trigo y maíz) representan casi dos terceras partes de la ingesta total de calorías en el mundo⁸³. Por otra parte, refleja la amplia variedad de sistemas de producción de alimentos que hay en el mundo: urbanos y rurales, grandes y pequeños, tradicionales y modernos, todos los cuales influyen de distintas maneras en la nutrición.

Los sistemas alimentarios modernos e industrializados aumentan la eficiencia de la producción y el acceso a alimentos de bajo costo durante todo el año, pero cada vez están más orientados a producir pienso animal, insumos industriales para los alimentos procesados y biocombustibles, en lugar de alimentos para el consumo primario. Esto tiene repercusiones en la alimentación y en el medioambiente, como la pérdida de biodiversidad, la contaminación del agua y la tierra y la producción de gases de efecto invernadero⁸⁴.

Oportunidades para pequeños agricultores

La dinámica es diferente en los sistemas alimentarios tradicionales, donde la principal preocupación es la seguridad y la pérdida de alimentos⁸⁵. Alrededor de cuatro de cada cinco personas pobres de zonas rurales viven en parte o por completo de la agricultura⁸⁶, muchos de ellos como pequeños agricultores: un término definido de forma imprecisa para referirse a explotaciones familiares de

tierra que producen un cultivo de subsistencia y uno o dos cultivos comerciales. Las decisiones de los pequeños agricultores (y las opciones que hay a su disposición) pueden tener repercusiones importantes sobre la nutrición de algunos de los niños más desfavorecidos del mundo.

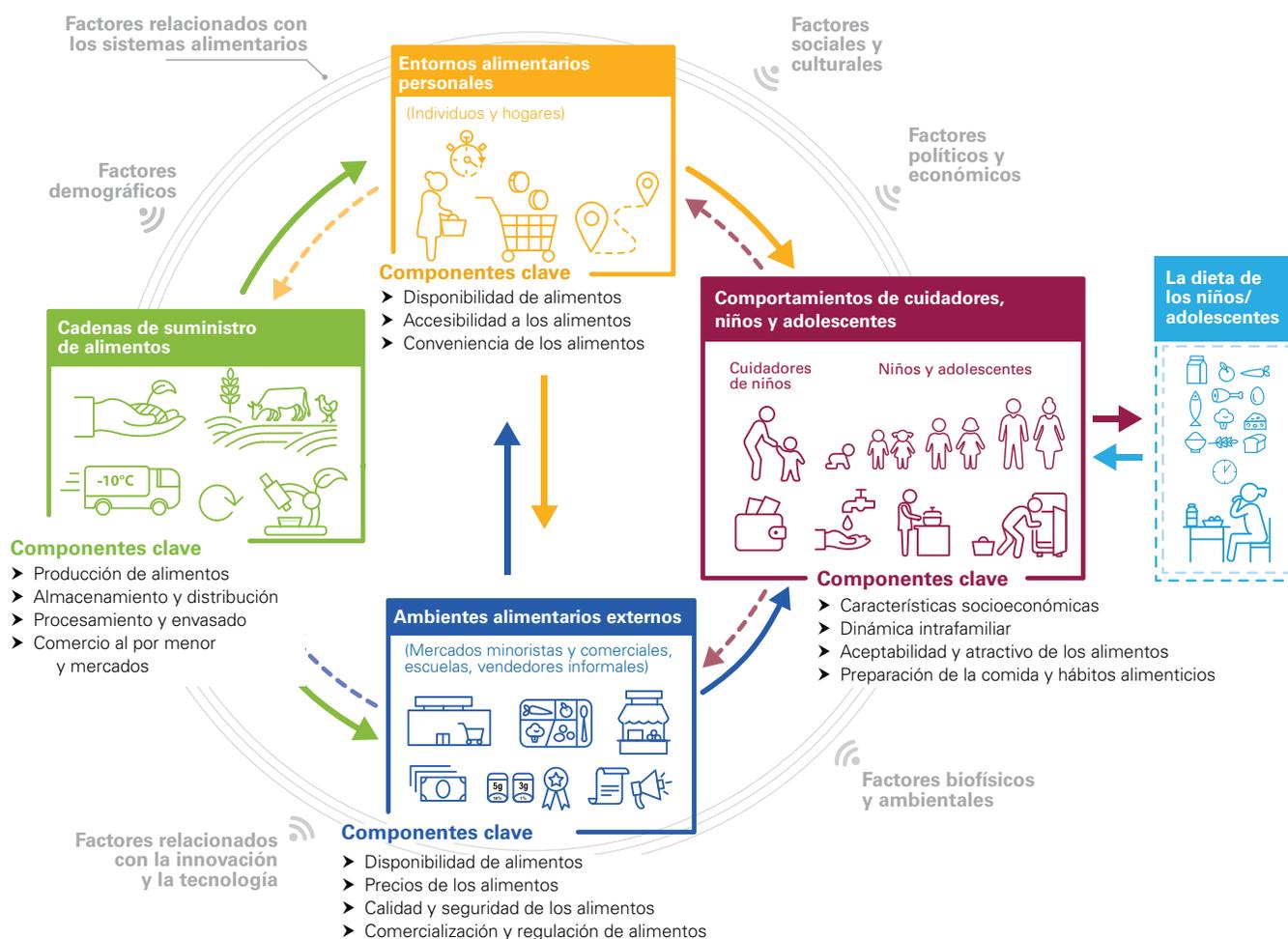
Los pequeños agricultores se ven obligados a elegir entre producir una amplia variedad de alimentos para el consumo de su propia familia o vender lo que producen para generar más ingresos. Sus ingresos pueden aumentar si la familia procesa los alimentos antes de venderlos; sin embargo, esto solo es posible si cuentan con acceso a mercados eficaces y con sistemas de transporte⁸⁷.

La actividad de los pequeños agricultores también puede influir en la nutrición de los niños si con ella se logra el empoderamiento de la mujer, que puede desempeñar una función muy importante en las labores agrícolas, el procesado de los alimentos y la alimentación de los niños. Al participar en la agricultura, la mujer puede hacerse con el control de los recursos del hogar, que muy probablemente destinaría a la atención y a la alimentación de sus hijos⁸⁸. Sin embargo, los programas enfocados a fortalecer el papel de la mujer pueden perjudicar involuntariamente la nutrición infantil, si compiten con la atención y la alimentación de los hijos (incluida la lactancia materna), o dañar la salud y la nutrición de la propia mujer⁸⁹. Esto subraya la necesidad de que las iniciativas de ayuda para las mujeres en la agricultura vayan acompañadas de otras intervenciones, como apoyo y asesoramiento sobre nutrición, comunicación para propiciar cambios de comportamiento y acceso a agua, saneamiento y servicios de salud.

Si bien es necesario seguir trabajando para demostrar que la agricultura puede mejorar sustancialmente la nutrición de los niños, su potencial es evidente, al igual que la convicción de que no habrá cambios en la nutrición infantil sin la ayuda de la agricultura. ■

El marco de Innocenti sobre sistemas alimentarios para niños y adolescentes

El Marco de Innocenti identifica algunos de los puntos clave de los sistemas alimentarios que facilitan la toma de medidas para aumentar tanto la oferta como la demanda de alimentos nutritivos para niños y jóvenes.



El Marco Innocenti sitúa la dieta de los niños en el centro del análisis de los sistemas alimentarios

Las cadenas de suministro de alimentos se componen de todos los agentes y las actividades que participan en la producción, el procesado y la distribución de alimentos (y, en última instancia, la eliminación o la utilización de desechos). La producción agrícola sigue siendo la fuente principal de alimentación de los niños, y ofrece oportunidades clave para mejorar su nutrición, por ejemplo, a través de la investigación y el desarrollo de cultivos más ricos desde el punto de vista nutricional (véase el recuadro siguiente). Otras intervenciones posibles consisten en proporcionar a los pequeños agricultores y a las mujeres los equipos necesarios para cultivar verduras nutritivas y criar ganado de ciclo corto, como aves y cabras, así como desarrollar sistemas mixtos de agricultura, cultivos y acuicultura para la producción de pescado. Además, existen oportunidades a lo largo de las cadenas de alimentación para promover una nutrición de más calidad para los niños, como el enriquecimiento de los alimentos con micronutrientes esenciales y la

reducción del uso de grasas saturadas y trans, azúcar y sal. Mejorar la gestión y el almacenamiento de los alimentos también puede contribuir a reducir la presencia de contaminantes y los riesgos en materia de seguridad alimentaria, así como minimizar la pérdida y el desperdicio de alimentos.

El concepto “**entornos alimentarios externos**” describe, en primer lugar, todos los lugares físicos donde los cuidadores, los niños y los adolescentes van a comprar o a consumir alimentos. Los alimentos y artículos de alimentación que se ofrecen en los establecimientos y los mercados y sus precios contribuyen en gran medida a determinar la accesibilidad, la asequibilidad y la conveniencia de las opciones alimentarias. Para las familias que viven en “desiertos alimentarios”, por ejemplo, es posible que no haya productos frescos

La educación y la información en materia de nutrición son una respuesta importante para influir en el comportamiento a largo plazo respecto a las elecciones y hábitos alimentarios más saludables y una mejor nutrición en general



En Tanzania, los alimentos tradicionales de consumo corriente son la base de la dieta de Uruma y su familia. Encontrar lo suficiente para alimentar a su familia no es fácil para ella. “Hay ocasiones en que los niños van a la escuela por la mañana sin haber comido nada”, dice. Cuando su esposo gana algún dinero extra, “llevo carne a la casa y a los niños les encanta”.

Producción y fotografía de MAKMENDE

disponibles (*véase el capítulo 3*). El marketing y la publicidad son igualmente importantes en los entornos alimentarios externos, ya que influyen tanto en los gustos como en las decisiones de compra⁹⁰. Una intervención clave para que los entornos alimentarios externos mejoren la nutrición de los niños es la aplicación de normas sobre el enriquecimiento de los alimentos. Además, una mezcla de impuestos y de incentivos fiscales podría reducir la demanda de alimentos poco saludables e impulsar la oferta de alimentos saludables. Otra opción es regular el envasado, el etiquetado y el marketing, especialmente de aquellos alimentos dirigidos a los niños y los jóvenes (*véase el capítulo 4*).

Los **entornos alimentarios personales** hacen referencia a los factores que contribuyen a determinar y, en muchos casos, limitar las opciones de alimentación de los niños y las familias. Estos

incluyen el acceso de las familias y los niños a los establecimientos y mercados y su poder adquisitivo, que determinará la asequibilidad y conveniencia de los alimentos (*véase el capítulo 3*). Además de la falta de ingresos, la falta de tiempo puede ser un problema importante. Las mujeres que viven en zonas rurales suelen tener que compaginar trabajos agrícolas no remunerados con sus obligaciones como cuidadoras principales de los hijos⁹¹. Una respuesta importante puede ser proporcionar a las familias transferencias de efectivo que, sumadas a ayuda y asesoramiento sobre nutrición, pueden aportar recursos adicionales y ganas de comprar alimentos nutritivos para los niños⁹². También existe la posibilidad de abordar esa “pobreza de tiempo” reduciendo la carga de trabajo de las mujeres en el campo y en el hogar. Por ejemplo, facilitar el acceso a fuentes de agua en el hogar puede reducir el tiempo que las mujeres dedican a ir a recoger agua; contar



En México, Gabriela se esfuerza por alimentar a sus hijos de manera saludable, como ensalada a la hora del almuerzo, pero Ikal, de 6 años, piensa otra cosa. “Mamá, ¿puedo comer un caramelo?”, le ruega su hijo. Para Gabriela esto es difícil. “Son niños”, dice. “Todo tiene bonitas imágenes. Y todo tiene azúcar. Aún son pequeños, así que quieren comer golosinas todo el tiempo”.



Al igual que muchos jóvenes, Rafsi, un adolescente de Indonesia, cada vez toma más decisiones sobre su alimentación, especialmente cuando sale con amigos al centro comercial. Rafsi está tratando de perder peso: “Voy al gimnasio y espero perder más porque ahora mismo tengo sobrepeso”, dice. “Pero es difícil comer sano cuando tus amigos comen cosas deliciosas en lugar de cosas saludables”.

Producción y fotografía de MAKMENDE

con herramientas de mejor calidad puede acelerar las labores de plantación y escarda, mientras que los centros de atención de día pueden servir de ayuda para el cuidado de los hijos⁹³.

Existen numerosos factores que influyen en el **comportamiento de los cuidadores, los niños y los adolescentes** o, en otras palabras, el modo en que las familias, los niños y los jóvenes obtienen y preparan la comida o la forma de alimentar y supervisar a los hijos. Algunos ejemplos son los patrones de alimentación, los conocimientos sobre nutrición, la preferencia de unos sabores a otros, el apetito y los niveles de actividad física. Cabe destacar también algunos factores socioeconómicos, como los tabúes acerca de la comida y la alimentación o la tendencia que tienen algunas culturas de dar

prioridad a los niños y los hombres antes que a las niñas y las mujeres a la hora de comer. La información, la educación y el asesoramiento en materia de nutrición constituyen una respuesta importante para influir en el comportamiento a largo plazo, con el fin de fomentar elecciones y hábitos alimentarios más saludables y una mejor nutrición en general.

Interacciones

Ninguno de estos cuatro determinantes existe de manera aislada. Tal y como indican las flechas del marco, interactúan unos con otros, se configuran y se refuerzan de formas que pueden tanto beneficiar como perjudicar la nutrición de los niños. Por ejemplo, dado que los alimentos que ofrecen los mercados locales contribuyen a configurar los hábitos alimentarios de los

La desnutrición puede perjudicar de numerosas maneras las perspectivas económicas de un niño y, en consecuencia, el desarrollo socioeconómico más amplio

niños y las familias, es necesario que, al mismo tiempo, exista una demanda de alimentos por parte de esos niños y esas familias. Estas interacciones demuestran la importancia de garantizar que las políticas que mejoran la oferta de alimentos nutritivos refuercen también la demanda.

procedentes de diversos países que indican que los niños malnutridos permanecen menos tiempo en la escuela, a menudo porque su desarrollo cerebral es más limitado, están peor preparados, padecen una enfermedad o empiezan la escuela más tarde de lo normal y tienen más probabilidades de tener que repetir curso. En África Subsahariana, por ejemplo, hay investigaciones que demuestran que los niños pueden perder hasta dos años y medio de escuela si pasan hambre en el útero o durante su infancia⁹⁷.

¿Qué efectos tiene la malnutrición infantil sobre la economía?

En las próximas décadas seremos testigos de una drástica transformación demográfica en el mundo que convertirá a África en el centro del crecimiento de la población mundial. Para 2050, se estima que la población de África se habrá duplicado con respecto a 2017 hasta alcanzar un total de 2.500 millones de personas. Tanto es así que la humanidad del futuro será en gran parte africana. Mientras la población de otras partes del mundo envejece, África seguirá siendo un continente joven en las próximas décadas. En 2050, dos de cada cinco niños de todo el mundo nacerán allí⁹⁴.

La emergencia de una fuerza de trabajo tan joven, de tal magnitud y en un periodo de tiempo tan corto otorgará a África (así como a otros países del sudeste de Asia y Asia Meridional) la oportunidad de sacar partido a ese dividendo demográfico. Sin embargo, solo será posible alcanzar ese potencial si se mejora el capital humano: la educación, la formación, las destrezas y la salud de la gente⁹⁵. La malnutrición puede ser un obstáculo para que eso ocurra.

El impacto sobre los niños

Hay distintas formas en las que la malnutrición puede afectar negativamente las perspectivas económicas de un niño y, por ende, el desarrollo económico en un sentido más amplio. El retraso en el crecimiento durante los primeros 1.000 días de vida se asocia a un desarrollo cognitivo más limitado y peores resultados educativos⁹⁶. Existen pruebas

En contraste, también hay muchos ejemplos que demuestran que cuanto mejor es la alimentación, mejor es el rendimiento escolar de los niños. En la década de 1940, por ejemplo, el gobierno de los Estados Unidos obligó a enriquecer el pan para ayudar a suplir la falta general de hierro, y análisis posteriores demostraron la mejora de los índices de matriculación escolar⁹⁸. Del mismo modo, en Tanzania, los niños que recibieron suplementos de yodo a finales de la década de 1980 y en la década de 1990 permanecieron hasta medio año más en la escuela en comparación con niños que no habían recibido tratamiento⁹⁹. Otros estudios sobre programas de suplementos llevados a cabo en Guatemala¹⁰⁰ y en China¹⁰¹ también revelan que los niños mejoraron su rendimiento en ámbitos como las matemáticas y la lectura.

Tal vez la forma más directa de demostrar los efectos que tiene la malnutrición sobre las perspectivas económicas de una persona es observar su relación con la disminución de los ingresos: en otras palabras, el impacto de la malnutrición sobre la productividad. Algunas investigaciones recientes indican que el promedio de pérdida de ingresos asociada al retraso en el crecimiento en el transcurso de una vida es de 1.400 dólares por niño, que varían desde menos de 300 dólares en Tayikistán a más de 30.000 dólares en países más ricos como las Bahamas, los Emiratos Árabes Unidos, Kuwait y Qatar¹⁰². Otros estudios también han demostrado que el retraso en el crecimiento se asocia a la disminución de los ingresos: según los resultados de uno de ellos, un aumento de un centímetro de estatura en la edad adulta se asoció a un incremento del 4% en el salario para los hombres y del 6% para las mujeres¹⁰³.

Hay otro aspecto que a menudo pasa desapercibido y que está relacionado con el modo en que la malnutrición puede perjudicar las perspectivas sociales y económicas de los niños, y es el aumento de los conflictos. Cada vez hay más pruebas que asocian la precariedad económica y de la salud (y, con ello, la malnutrición) con el aumento de los índices de conflictos armados. Según un análisis llevado a cabo en 2008, la reducción del 5% en el número casos de niños menores de cinco años malnutridos se asoció al descenso de hasta un 3,5% en las probabilidades de que se produjera un conflicto¹⁰⁴. Las razones no están del todo claras, pero, como dijo John Boyd Orr, primer Director General de la FAO, “no podemos construir la paz con el estómago vacío¹⁰⁵”.

Todas estas repercusiones no sirven más que para debilitar la capacidad de los países para desarrollar su capital humano, definido como “el valor total de la educación, la formación, las habilidades y la salud de una población¹⁰⁶”, y la pérdida es significativa. Según el estudio “El costo del hambre en África”, de la Unión Africana, la malnutrición infantil tiene un costo anual para las economías africanas de entre un 1,9% y un 16,5% del PIB¹⁰⁷. Otros estudios recientes señalan que la malnutrición sigue suponiendo una enorme carga para las economías de África¹⁰⁸.

Se han realizado muchos menos estudios para calcular el costo de la obesidad infantil, especialmente en los países de ingresos medios y bajos. El sobrepeso puede repercutir sobre la economía en general, ya que reduce la productividad de las personas (cuando disminuyen los índices de actividad física y aumentan las enfermedades no contagiosas) al tiempo que incrementa el costo de la atención médica para tratar enfermedades como la hipertensión, la diabetes y los infartos. Según estimaciones preparadas para la OMS, si se mantienen las tendencias actuales, las pérdidas económicas derivadas de enfermedades del corazón, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas en los países de ingresos medios y bajos superarán los siete billones de dólares a lo largo del periodo 2011-2025, lo que equivale a aproximadamente un 4% de la producción anual de esos países.

Invertir en nutrición

Si queremos conseguir los Objetivos de Desarrollo Sostenible para 2030, es necesario reconocer la importancia de invertir en nutrición. Según las estimaciones del Banco Mundial y otras instituciones, alcanzar los objetivos mundiales relativos al retraso en el crecimiento de menores de cinco años costaría tan solo 8,50 dólares adicionales por niño al año¹⁰⁹, o lo que es lo mismo, tan solo 5.000 millones de dólares al año. Dos números ayudan a poner esa cifra en perspectiva: se trata de un poco menos del gasto anual total de alrededor de 7.200 millones de dólares al año en publicidad de tres de las mayores multinacionales de comida y restauración del mundo a principios de la década de 2010¹¹⁰. Es el equivalente a menos de un 1% de los 620.000 millones de dólares que las economías emergentes y de altos ingresos gastan cada año en ayudas a la agricultura¹¹¹ (incluyendo el salario de los agricultores, las trabas aduaneras y las ayudas a la exportación).

Tales inversiones tienen una asombrosa tasa de rendimiento. Cada dólar invertido en reducir el retraso en el crecimiento genera una rentabilidad equivalente a unos 18 dólares en países muy afectados¹¹². Incluso sin esos beneficios, invertir en la nutrición de los niños debe ser la prioridad de cualquier programa de equidad. “Todo el mundo se lo juega todo a la carta de la igualdad de oportunidades”, dijo el ex presidente del Banco Mundial, Jim Yong Kim, “pero en realidad nos estamos engañando, porque el 25% de los niños del mundo tienen retraso en el crecimiento. La desigualdad ya está presente en el cerebro del 25% de los niños antes de cumplir cinco años, de modo que solo podremos afirmar de forma realista que hay igualdad de oportunidades cuando logremos reducir a cero las tasas de retraso en el crecimiento¹¹³”. ■

Cada dólar invertido en reducir el retraso en el crecimiento genera una rentabilidad equivalente a unos 18 dólares en países muy afectados



PERSPECTIVA

¿Por qué es importante abordar la nutrición infantil para ampliar el desarrollo económico de un país?

**Dra. Sania Nishtar,
Asistente Especial
del Primer Ministro
de Pakistán para
la Reducción de
la Pobreza y la
Protección Social.**

La Dra. Sania Nishtar es Asistente Especial del Primer Ministro de Pakistán para la Reducción de la Pobreza y la Protección Social, así como Ministra Federal del Gobierno de Pakistán. Además, es Presidenta del Programa de Apoyo a los Ingresos de Benazir y Copresidenta de la Comisión de Alto Nivel de la OMS sobre las Enfermedades No Comunicables. La Dra. Nishtar fundó Heartfile, un laboratorio de ideas no gubernamental y sin ánimo de lucro. En 2017 fue candidata de Pakistán a la Dirección General de la OMS y quedó entre los tres finalistas seleccionados.

Después de años de un brutal conflicto, la crisis de Yemen es una de las peores del mundo y el país se está sumiendo en la hambruna. Incluso si el conflicto terminase mañana, las consecuencias de esta crisis durarían mucho tiempo, sobre todo por la repercusión que una nutrición adecuada tiene sobre el desarrollo cerebral, en tanto que configura las capacidades cognitivas de los trabajadores del futuro. La inseguridad alimentaria actual está privando a Yemen de su talento futuro.

Desgraciadamente, la malnutrición no se da únicamente en forma de hambre extrema en zonas de guerra. Niños de todo el mundo luchan contra múltiples formas de malnutrición que van más allá de la desnutrición.

Muchos países se enfrentan a la doble carga de la malnutrición. La desnutrición en niños de edades tempranas y la sobrealimentación en edades más avanzadas aumentan el riesgo de contraer enfermedades costosas, como la hipertensión o la diabetes. Las dos caras de una misma moneda pueden manifestarse en un mismo país y, muy posiblemente, en un mismo hogar, clase o patio de recreo.

Las mayores epidemias de diabetes de China, Camboya y Ucrania están vinculadas a las hambrunas y la inanición que se produjo 40 o 50 años antes. Varios periodos de escasez de alimentos durante la Segunda Guerra Mundial podrían explicar los altos índices de diabetes en Nauru, Singapur y Malasia. Esto aumenta las probabilidades de que haya futuros “epicentros” de diabetes en regiones en las que hay sequías, hambre o conflictos internos y externos (por

ejemplo, el Cuerno de África y Yemen), una vez que las condiciones socioeconómicas mejoren.

La malnutrición no solo puede ocasionar muertes y enfermedades: también socava el derecho humano a una vida sana y repercute negativamente en el desarrollo económico, ya que incrementa los costes de la atención médica y reduce la productividad.

En el caso de la desnutrición, esas pérdidas de productividad son el resultado de la disminución de capacidades físicas e intelectuales, mientras que, en el caso de la obesidad, entran en juego el absentismo laboral, la reducción de la productividad en el trabajo, la mortalidad y la discapacidad permanente.

La repercusión que esto tiene sobre el producto interior bruto (PIB) de un país puede ser enorme. En Asia, las pérdidas de PIB anual resultantes del bajo peso, el escaso crecimiento de la infancia y las carencias de micronutrientes representan una media de un 11%. Asimismo, se estima que la repercusión económica mundial de la obesidad equivale a 2 billones de dólares o, lo que es lo mismo, un 2,8% del PIB mundial: prácticamente el mismo coste económico que el tabaco o los conflictos armados. En total, se estima que la repercusión de distintas formas de malnutrición sobre la economía mundial podría ascender a los 3,5 billones al año, o 500 dólares por persona.

Sin embargo, tal vez la asociación más determinante de la nutrición con el desarrollo económico sea visible en el capital humano. En 2018, el Banco Mundial presentó un Índice de



© UNICEF/UN0281635/Dejongh

Capital Humano haciendo hincapié en el hecho de que es necesario que en esta era digital los países inviertan urgentemente en las personas si esperan competir en la economía del futuro.

El Índice de Capital Humano es un indicador mixto que tiene en cuenta la supervivencia infantil, los años de escolarización y el retraso en el crecimiento, y ha permitido saber que la malnutrición es, por tanto, responsable directa de la pérdida de capital humano.

Las personas que han sufrido retraso en el crecimiento tienen más probabilidades de no asistir a la escuela y acceder más tarde de lo normal al mundo laboral, lo que significa que un 43% de niños menores de cinco años de países de medianos y bajos ingresos están en peligro de vivir en situación de pobreza a causa del retraso en el crecimiento.

Invertir en nutrición infantil brindaría resultados a largo plazo en el desarrollo. El Consenso de Copenhague ha indicado que por cada dólar invertido en nutrición en los primeros 1.000 días de la vida de un niño se podrían generar una media de 45 dólares de beneficio.

Una inversión media anual de 7.000 millones de dólares en los próximos 10 años sería suficiente para alcanzar los objetivos mundiales de nutrición que piden reducir el retraso en el crecimiento y la emaciación infantil y la anemia materna, así como de mejorar las tasas de lactancia materna. Con esa inversión, podría salvarse la vida de 3,7 millones de niños para 2025 y habría, como mínimo, 65 millones de niños menos con retraso en el crecimiento, 105 millones más de niños alimentados con lactancia materna exclusiva y 265 millones menos de mujeres con anemia en com-

paración con 2015. Sin esta inversión, se perderán oportunidades de desarrollo.

Si bien el coste de la malnutrición es alto, el de las soluciones no debería serlo. *The Lancet* estima que se podría salvar la vida de más de 820.000 niños a través de medidas como lactancia materna exclusiva inmediatamente después del parto y de leche materna como complemento de su dieta al menos hasta los dos años de edad.

Sin embargo, la efectividad de estas medidas gratuitas no debería restar importancia al poder del dinero en efectivo en manos de quienes son los protagonistas más delicados del problema de la malnutrición. Después de que el gobierno de Pakistán haya priorizado la nutrición, he sido invitada a dirigir el Programa de Apoyo a los Ingresos de Benazir, un sistema nacional de transferencias de efectivo.

En la actualidad, el programa de 1.150 millones de dólares da dinero a más de 5,6 millones de familias pobres y marginadas. Una evaluación independiente ha demostrado que el programa empodera especialmente a las mujeres, ya que cambia el modo en que son consideradas en sus comunidades. En el marco del programa, deseo integrar una nueva iniciativa centrada en la nutrición con el fin de abordar la malnutrición de manera más exhaustiva.

Cada vez hay más concienciación y más pruebas de que las inversiones para reducir la malnutrición dan resultados y son muy necesarias. Por el bien de nuestra salud y nuestras economías, tanto en el presente como en el futuro, los países han de enfrentarse a esta hidra de muchas cabezas que es la malnutrición. ■



02

ALIMENTAR A LOS
NIÑOS PARA TODA
LA VIDA

En cada etapa de sus vidas, desde la gestación en el vientre materno hasta la adolescencia, los niños tienen necesidades nutricionales específicas, comportamientos exclusivos en materia de alimentos e influencias que configuran su régimen alimentario, al tiempo que la desnutrición les perjudica de diferentes maneras. La primera infancia es un período de crecimiento rápido y de vulnerabilidad nutricional. Los niños en edad escolar están expuestos a influencias más amplias que inciden en su dieta y en sus preferencias alimentarias. Y el tiempo de la adolescencia representa una ventana de oportunidad para establecer una alimentación sana de por vida.



- La malnutrición durante el embarazo y la primera infancia puede afectar negativamente al desarrollo del cerebro.



- En general, los niños en edad escolar de todo el mundo consumen muy pocos alimentos ricos en nutrientes y demasiados refrigerios poco saludables.



- La obesidad en la adolescencia puede tener efectos negativos en el cerebro para toda la vida, contribuyendo al inicio temprano de la disfunción cognitiva durante el envejecimiento.

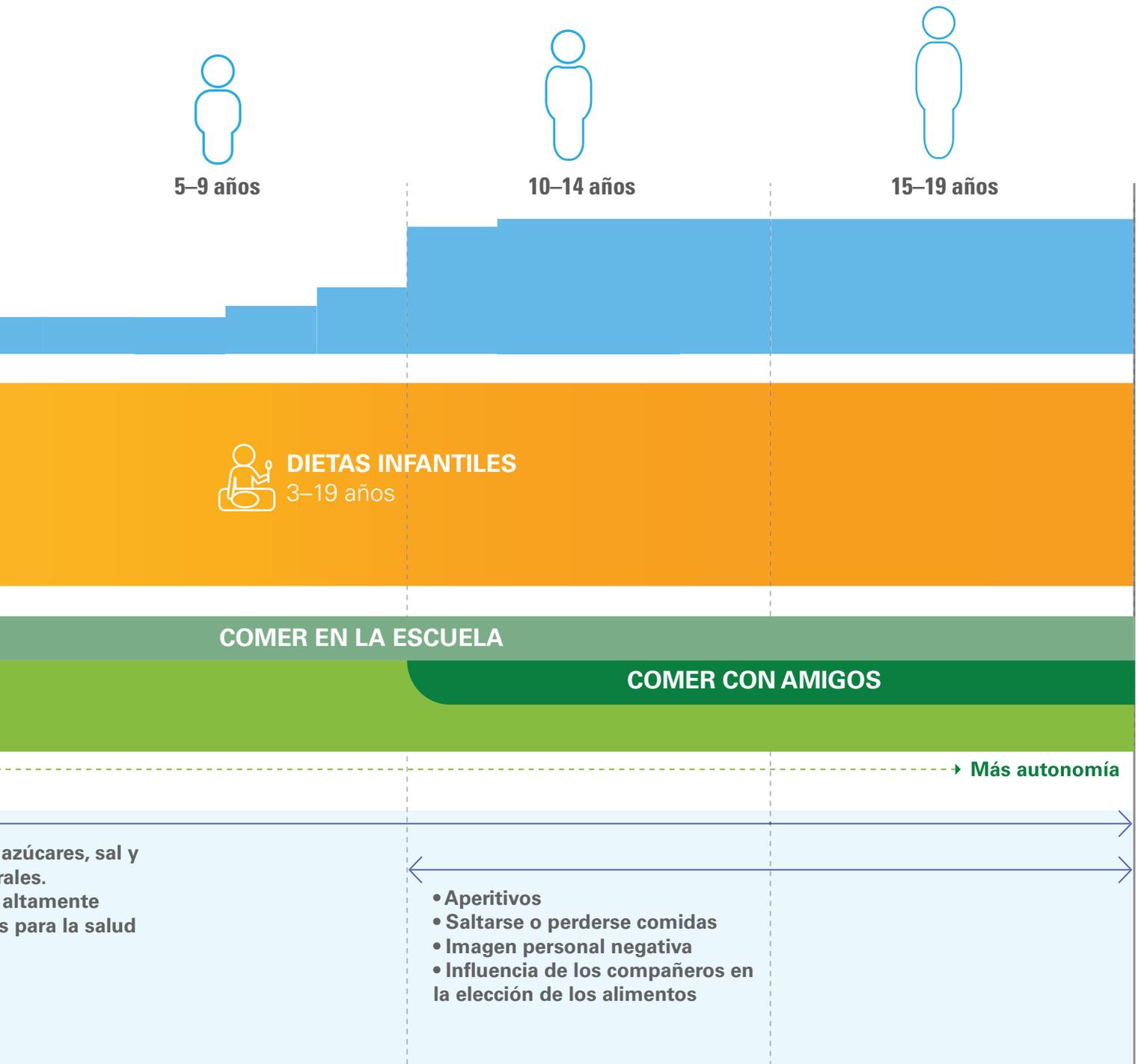
Alimentación y nutrición durante toda la infancia

Los niños de todas las edades no tienen una alimentación suficientemente rica en nutrientes o variada y consumen demasiada azúcar, sal y grasa. Independientemente de su edad, esta alimentación puede exponerlos a una o más formas de malnutrición: retraso en el crecimiento, emaciación, hambre oculta y sobrepeso u obesidad.



Fuente: Elizabeth Fox, 'Characteristics of children's dietary needs, intake patterns, and determinants that explain their nutrition behaviors' (unpublished).

En cada etapa de la infancia, los niños tienen necesidades nutricionales, riesgos y comportamientos alimentarios específicos



La falta de una nutrición adecuada durante los primeros años puede tener consecuencias para toda la vida

Introducción

Las necesidades nutricionales de los niños, su comportamiento en materia de alimentación y las influencias que configuran su régimen alimentario evolucionan y cambian en cada etapa de la infancia, que abarca desde la gestación en el útero hasta la edad adulta. Los lactantes presentan grandes cambios fisiológicos de una semana a otra. Cuando

los niños comienzan la escuela, su dieta y sus dinámicas alimentarias pueden cambiar de forma drástica. Más adelante, los adolescentes, pese a contar con oportunidades para establecer unos hábitos alimenticios saludables de por vida, son vulnerables a los efectos a largo plazo del sobrepeso y la obesidad. Una correcta alimentación de la madre y del niño en las primeras etapas de la vida ayuda a mitigar los riesgos para la salud durante todo el ciclo vital y a prevenir enfermedades no transmisibles¹. Es importante comprender bien estas diferencias que se presentan a lo largo de la infancia para poder formular políticas y programas eficaces que favorezcan la nutrición infantil.

A medida que el niño crece van cambiando las personas que más influyen en su alimentación. En los primeros años son, sobre todo, los progenitores y otros cuidadores; después, el personal de las guarderías y las escuelas; y, por último, en la edad escolar y la adolescencia, los compañeros y los amigos. La comercialización de alimentos y otras fuerzas sociales más amplias inciden en la alimentación que los progenitores y cuidadores proporcionan a los niños, y de forma más directa en las elecciones alimentarias de los niños conforme van creciendo.

La primera infancia, un tiempo de vulnerabilidad y de oportunidad: Los primeros cinco años de vida

La primera infancia es un tiempo de rápido crecimiento físico y desarrollo cerebral. La falta

de una nutrición adecuada y la exposición a enfermedades e infecciones durante estos primeros años pueden tener repercusiones en el rendimiento escolar y en los resultados económicos y de la salud durante toda la vida, sobre todo en niños de las comunidades más pobres y marginadas.

Los primeros 1.000 días de vida, que van desde la concepción hasta alrededor del segundo cumpleaños del niño, son especialmente cruciales. La mala nutrición de la madre antes de la concepción y durante la gestación, la falta de lactancia exclusiva durante los seis primeros meses de vida, y la incapacidad por parte de los cuidadores de proporcionar una gama de "primeros alimentos" variada y nutritiva pueden llevar a que el niño padezca retraso en el crecimiento, emaciación y deficiencias de micronutrientes. Así pues, las consecuencias pueden ser profundas y duraderas, tanto para los niños como para sus comunidades.

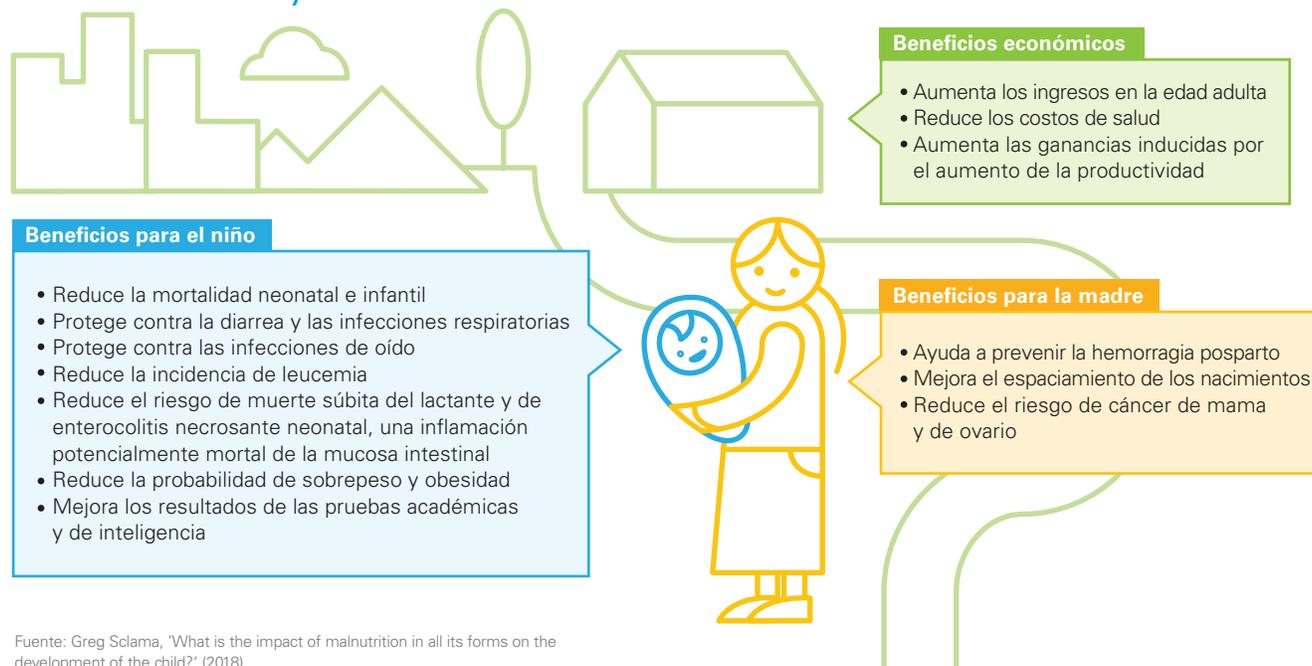
La repercusión de la malnutrición materna y la malnutrición en la primera infancia

Una buena nutrición comienza incluso antes de nacer. La mala nutrición de la madre afecta al niño en el útero y durante el parto.

La malnutrición materna, en su manifestación de anemia y peso insuficiente, aumenta el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer, que a su vez aumentan el riesgo de muerte neonatal, de retraso en el crecimiento y de emaciación. Por otra parte, el sobrepeso de la madre, que es una complicación frecuente del embarazo, aumenta el riesgo de padecer diabetes gestacional y preeclampsia, una afección que puede ser mortal; también puede dar lugar a dificultades en el alumbramiento y a tasas más elevadas de hemorragia posparto². Asimismo comporta riesgos para el bebé, como el nacimiento prematuro o el bajo peso al nacer; además de que puede impedir que se inicie la lactancia y aumentar el riesgo de que el niño padezca sobrepeso en etapas posteriores de su vida^{3,4}.

El crecimiento del feto origina un aumento de las necesidades de micronutrientes de la madre, con lo que muchas embarazadas padecen hambre oculta o

Los beneficios de la lactancia materna para la madre y el niño



Fuente: Greg Sclama, "What is the impact of malnutrition in all its forms on the development of the child?" (2018).

deficiencias de micronutrientes (véase el capítulo 1). La falta de hierro puede provocar anemia; de hecho es la causa más frecuente de la anemia nutricional⁵. El folato previene defectos del tubo neural del feto como la espina bífida⁶. El calcio reduce el riesgo de preeclampsia y de parto prematuro⁷. La vitamina A favorece la función inmunitaria y el desarrollo fetal, especialmente durante el tercer trimestre⁸. Por último, la falta de zinc en la madre se asocia con el bajo peso al nacer, con un desarrollo neural deficiente del feto, con el parto prematuro y con el aumento de la mortalidad neonatal⁹.

Los efectos que la nutrición tiene sobre el cerebro varían a lo largo de la infancia, pero es durante los primeros años cuando este órgano se desarrolla con más rapidez. La malnutrición durante el embarazo y la primera infancia pueden tener efectos adversos en el desarrollo cerebral, afectando la capacidad cognitiva, la preparación para la escuela, el comportamiento y la productividad, tanto en los años de escolarización como más adelante en la vida. Proporcionar al niño durante este período la energía, las proteínas, los

ácidos grasos y los micronutrientes esenciales puede determinar sus funciones cerebrales de por vida. Un niño que está bien nutrido puede interactuar con su entorno y con sus cuidadores de un modo saludable que estimule el ulterior desarrollo de su cerebro¹⁰.

La importancia de la lactancia materna

Los numerosos beneficios que la lactancia materna comporta para el niño –favorece la salud inmunitaria del niño, su desarrollo cerebral y la generación de microbiota– se hallan bien documentados y se reflejan en el consenso de la comunidad mundial de expertos en nutrición. UNICEF y la OMS recomiendan la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su continuación hasta que el niño cumpla los dos años o más. Como memorablemente

La leche materna no es sólo un alimento, es un medicamento muy eficaz adaptado a las necesidades del bebé

Sólo 2 de cada 5 recién nacidos comienzan a amamantar en la primera hora de vida

escribió en 2016 Keith Hansen, del Banco Mundial, en *The Lancet*: “Si la lactancia materna no existiera ya, la persona que la inventara hoy merecería un doble Premio Nobel, de medicina y de economía¹¹”.

La lactancia materna reporta beneficios enormes para el niño, sobre todo en la primera hora de vida. El calostro, que es la primera leche que produce la madre, protege el sistema inmunitario del bebé, aún inmaduro, contra las infecciones e inflamaciones¹². Los bebés que comienzan a lactar en la primera hora de vida presentan un riesgo de muerte mucho menor, incluso en comparación con los que comienzan a lactar más tarde en su primer día de vida¹³.

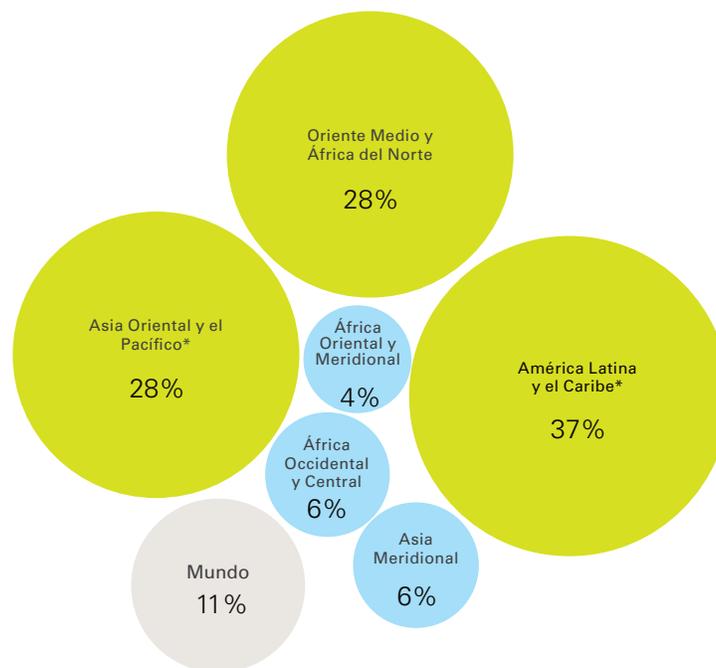
La leche materna es más que un alimento: es una potente medicina adaptada a las necesidades del bebé y que puede reducir notablemente su riesgo

de muerte¹⁴. Con la lactancia materna universal se podrían salvar anualmente las vidas de 820.000 niños menores de 5 años en todo el mundo. Los niños que lactan registran también índices muy inferiores de diarrea y de enfermedades respiratorias. Y además tiene otros beneficios: por ejemplo, contribuye a mejorar el rendimiento escolar, con lo cual favorece la obtención de ingresos más altos en la edad adulta, y promueve el bienestar físico¹⁵. Cada vez existen más indicios de que la lactancia materna ayuda a reducir la incidencia del sobrepeso y la obesidad, y a prevenir enfermedades crónicas como la diabetes en etapas posteriores de la vida¹⁶.

Los beneficios que trae consigo la lactancia materna son especialmente notables en los países de bajos ingresos, donde a menudo las familias carecen de acceso al agua potable o a servicios de atención de la salud. Incluso en los países de altos ingresos, la

FIGURA 2.1 | Porcentaje de lactantes de 0 a 5 meses de edad alimentados con preparaciones para lactantes, por regiones de UNICEF, 2018

Existe una creciente preocupación por el aumento del uso de sustitutos de la leche materna

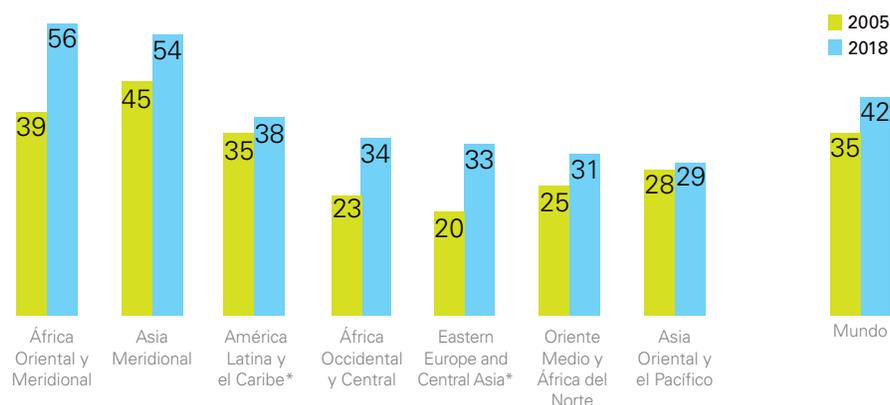


Notas: Entre 2008 y 2013, las ventas de leche de fórmula (típicamente de vaca) aumentaron en un 41% en todo el mundo y en un 72% en países de ingresos medianos altos como el Brasil, China, el Perú y Turquía. Análisis basado en un subconjunto de 73 países con datos disponibles entre 2013 y 2018, que abarcan el 61% de la población mundial. Las estimaciones regionales se presentan sólo cuando los datos disponibles representan al menos el 50% de la población de la región.

*Para lograr una cobertura de población adecuada, Asia Oriental y el Pacífico no incluye a China y América Latina y el Caribe no incluye a Brasil. No se dispone de datos para Europa, Asia Central y América del Norte.

Fuente: UNICEF global databases, 2019.

FIGURA 2.2 | Tendencias en el porcentaje de lactantes de 0 a 5 meses alimentados exclusivamente con leche materna, por regiones de UNICEF, alrededor de 2005 y 2018



Muchas regiones han progresado en lo que respecta a la lactancia materna exclusiva

Notas: Análisis basado en un subconjunto de 80 países con datos comparables que abarcan el 74% de la población mundial alrededor de 2005 (2003-2008) y 2018 (2013-2018). Las estimaciones regionales se presentan sólo cuando los datos disponibles representan al menos el 50% de la población regional.

* Para obtener una cobertura adecuada, los datos de América Latina y el Caribe no incluyen al Brasil y los de Europa oriental y Asia central no incluyen a la Federación de Rusia.

Fuente: Base mundial de datos de UNICEF, 2019.

lactancia materna sigue siendo importante para la salud y para el crecimiento y desarrollo saludables. Por ejemplo, reduce los casos de muerte súbita del lactante y la incidencia de enterocolitis necrosante, una inflamación del intestino que afecta sobre todo a los lactantes prematuros y que puede acabar con su vida.

También la madre se beneficia con la lactancia, porque ayuda a prevenir el sangrado abundante después del alumbramiento y acelera la contracción del útero. Además, debido a que las madres que amamantan son menos proclives a ovular mientras dan el pecho, mejora el espaciamiento de los nacimientos. Existen también pruebas contundentes de que protege contra el cáncer de mama y ovario; hay algunos indicios de que reduce el riesgo de padecer diabetes tipo 2; y se constata un menor riesgo de padecer hipertensión y enfermedades cardiovasculares entre las madres que amamantan^{17, 18}.

¿Por qué hay tantos niños a los que no se amamanta?

Pese a tantos beneficios, hay demasiados bebés a los que no se amamanta de un modo óptimo. De cada

cinco recién nacidos, sólo un poco más de dos (el 44%) comienzan a lactar en la primera hora de vida; y aproximadamente la misma proporción de bebés menores de seis meses (el 42%) son amamantados de manera exclusiva. ¿Por qué? La respuesta es compleja; pero en esta situación intervienen factores como la promoción de sucedáneos de la leche materna, los tabúes sociales y culturales en contra de la lactancia materna, la dificultad que entraña para muchas mujeres conciliar el trabajo con el cuidado de su progenie, y la falta de ayudas que favorezcan la lactancia materna.

Sucedáneos de la leche materna

El 43% de los recién nacidos de todo el mundo reciben líquidos o alimentos distintos de la leche materna en los tres primeros días de vida, por lo general agua azucarada, miel, té, leche animal, fórmulas lácteas para bebés o agua natural¹⁹. En África Occidental y Central, el agua es el líquido que con mayor frecuencia se administra a los lactantes durante los tres primeros días posteriores al nacimiento, lo que puede exponerles a patógenos y otras sustancias que pongan en peligro su

ENFOQUE

Un día (casi) nunca es suficiente: La vida diaria en las zonas rurales de Laos de una madre lactante que trabaja.

Xaiathon vive en la aldea de Houychengkao, en una zona rural de Laos. A sus 33 años, tiene cuatro hijos de edades comprendidas entre los 2 meses y los 15 años. Junto con su esposo cultiva una pequeña parcela y lleva el hogar con ayuda de sus hijos.

“Mi día comienza muy temprano, porque tengo una caminata de una hora hasta la granja”, dice. Por esta razón no puede dar el pecho a sus hijos con la asiduidad que su médico le recomienda. Además de trabajar en la granja y preparar la comida para los niños, Xaiathon recoge leña, alimenta al cerdo y al ganado, lava la ropa, limpia la casa y echa una mano en la granja de un vecino con el fin de aumentar su escasa cosecha.

Normalmente sólo puede amamantar a Kaká, su hijo menor, cuando está en casa por la mañana, antes de ir a la granja (que está a una hora a pie desde casa), y de nuevo por la noche a su regreso. “Es difícil hacerlo todo, debido al trabajo en la granja. A veces, cuando llueve, no puedo volver a casa para amamantarles, así que en la temporada de lluvias

me aseguro de que quede papilla de arroz en casa. Algunas veces he pedido a otras madres del vecindario que amanten a mis hijos”, cuenta.

Para compensar la falta de leche materna durante el día, mastica trozos de carne y los mezcla con la papilla de arroz que ha preparado para Kaká por la mañana. Debido a la gran carga de trabajo que Xaiathon soporta, tampoco puede cumplir con sus visitas al centro de salud en la ciudad. “Prefiero pasar el tiempo en la granja”, dice, y añade que su escasa cosecha es la única fuente de ingresos que tiene su familia de seis personas.

El sol se pone, y su esposo se acerca a casa; los niños corren a recibirle, ansiosos por ver lo que ha cogido para ellos por el camino. Para Xaiathon, solo ha transcurrido la mitad del día: aún tiene que preparar la cena, lavar los platos y alimentar a su hijo pequeño. Intentará descansar un poco tan pronto como los niños regresen de jugar por la tarde con sus vecinos, consciente de que debe comenzar temprano de nuevo al día siguiente. ■

Antes de salir a la granja, Xaiathon recoge leña y retira la maleza del jardín trasero. “Esto me sirve de preparación para el duro trabajo que me espera en la granja”, dice con una sonrisa. © UNICEF/Laos/2018



vida. En otros lugares, como América Latina y el Caribe, muchos bebés no reciben leche materna en absoluto, y se les alimenta con fórmula. En México, el 48% de los bebés de 0 a 5 meses y el 33% de los bebés de 6 a 11 meses consumen fórmulas lácteas infantiles, y sólo el 35% de los niños menores de 2 años consumen leche materna²⁰.

El aumento de la promoción, las ventas y el uso innecesario de sucedáneos de la leche materna, sobre todo las fórmulas lácteas de continuación y las leches de crecimiento, constituyen un motivo de preocupación creciente. Estos productos a menudo se comercializan por medio de afirmaciones engañosas de que mejoran el coeficiente intelectual y el sistema inmune de los niños o de que son necesarios para un crecimiento saludable. Entre 2008 y 2013, las ventas de fórmulas lácteas infantiles –por lo general de leche de vaca– aumentaron en un 41% en todo el mundo, y en países de ingresos medianos altos como Brasil, China, Perú y Turquía, en un 72%²¹.

La fórmula láctea infantil cuyo uso se está extendiendo más es la leche de crecimiento, que se comercializa para los niños de entre 13 y 36 meses. Las ventas mundiales de este preparado aumentaron en un 53% entre 2008 y 2013²². Estas bebidas, además de ser innecesarias para un crecimiento saludable, pueden suscitar en el niño una preferencia por los sabores dulces²³. La leche materna, en contraste con estas fórmulas lácteas que contienen azúcares añadidos, expone al niño a una variedad más amplia de gustos y sabores procedentes de la alimentación de la madre, preparándole así para una alimentación más diversa a medida que crece. La mayoría de las leches de crecimiento contienen una combinación de leche en polvo desprovista de sus grasas naturales, aceite vegetal, sirope de maíz y otros edulcorantes añadidos.

Profesionales de la salud pública han expresado su preocupación por el aumento en el uso de las leches de crecimiento. “Mi opinión es que estas empresas han ideado un período de alimentación que no existe y lo han llenado con este nuevo producto”, afirma Jennifer L. Pomeranz, de la Universidad de Nueva York. “Y ahora se añaden otros años más de consumo de alimentos procesados que antes no existían²⁴”.

Las normas sociales y la atención de la salud

Las normas sociales, los tabúes y las prácticas tradicionales influyen notablemente en las conductas alimentarias. Por ejemplo, en muchas culturas se cree que los bebés no deben consumir calostro y que antes de comenzar a lactar se les debe alimentar con otro líquido, como agua azucarada, miel o leche animal.

Para que las madres comiencen a amamantar de inmediato después de dar a luz, precisan el apoyo de profesionales de la salud. No obstante, un informe elaborado por UNICEF en 2018 revelaba que la presencia de un médico o una enfermera o partera en el alumbramiento no necesariamente implica la iniciación inmediata de la lactancia materna²⁵. En Asia Meridional, sólo un 34% de los recién nacidos alumbrados con ayuda de personal calificado comenzaron a lactar en la primera hora de vida; en Oriente Medio y África septentrional, este índice era de tan solo el 45%; en América Latina y el Caribe, del 47%; y en Asia oriental y el Pacífico, del 48%. Otra preocupación que se perfila es el incremento del número de partos por cesárea. Estudios realizados en Asia Meridional concluyen que el parto por cesárea es un importante elemento predictivo de la demora en la iniciación de la lactancia materna²⁶. En 51 países, los índices de iniciación inmediata de la lactancia entre recién nacidos alumbrados mediante parto vaginal eran de más del doble que entre los recién nacidos alumbrados mediante cesárea²⁷.

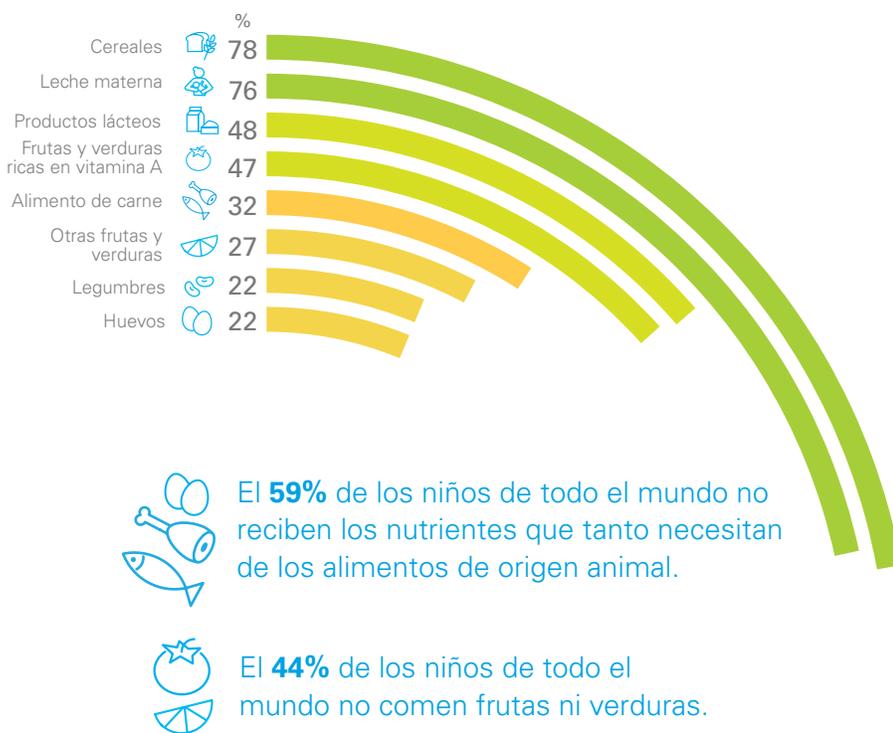
Las madres que viven con el VIH pueden dar el pecho sin consecuencias negativas para su propia salud o la de sus hijos. Cuando estas madres toman medicamentos antirretrovirales con regularidad durante el período de lactancia, el riesgo de transmitir el VIH a sus hijos es extremadamente bajo. Para que las madres que viven con el VIH puedan amamantar a sus hijos de un modo seguro es necesario ampliar los servicios de tratamiento que se ofrecen en los centros de salud comunitarios, así como el asesoramiento y el apoyo en cuanto a la observancia.

Las normas sociales, los tabúes y las prácticas tradicionales influyen notablemente en las conductas de alimentación

¿Qué comen los niños pequeños?

La importancia de los primeros alimentos

FIGURA 2.3 | **Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumen cada grupo de alimentos, por tipo, en todo el mundo, 2018*.**



Cuando los niños comienzan a comer alimentos blandos, semisólidos o sólidos a los 6 meses de edad, necesitan dietas nutritivas y seguras con una variedad de nutrientes para crecer bien.



Si la alimentación de los niños no es lo suficientemente diversificada es posible que no obtengan suficientes nutrientes para crecer bien, lo que puede tener un efecto devastador en sus cuerpos y cerebros. UNICEF y la OMS recomiendan que los niños a esta edad coman un mínimo de cinco de los ocho grupos de alimentos.

FIGURA 2.4 | **Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumen alimentos de al menos cinco de los ocho grupos de alimentos (diversidad alimentaria mínima), por regiones de UNICEF, 2018**.**

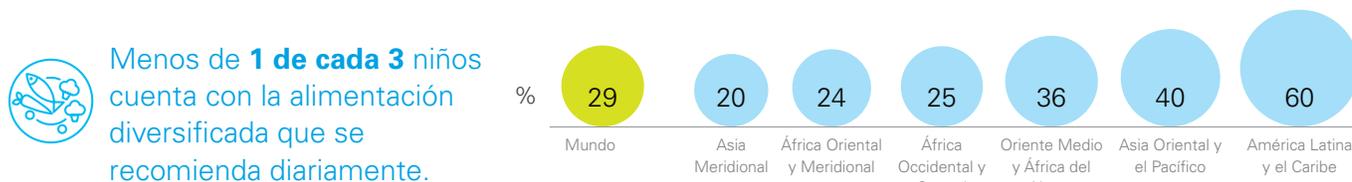


FIGURA 2.5 | **Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumen al menos 5 de los 8 grupos de alimentos (diversidad dietética mínima), por regiones de UNICEF, 2018**.**

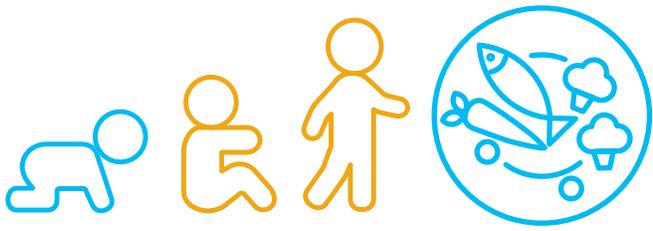


* Análisis basado en un subconjunto de 71 países con datos disponibles entre 2013 y 2018 que abarcan el 61% de la población mundial.

** Estimaciones regionales y mundiales basadas en los datos más recientes para cada país entre 2013 y 2018.

*** Análisis basado en un subconjunto de países con datos desagregados disponibles entre 2013 y 2018. Se dispone de datos sobre la diversidad de la dieta mínima por lugar de residencia para un subconjunto de 74 países y por situación de riqueza para 71 países.

Fuente de todas las cifras páginas 60-61: Base mundial de datos de UNICEF, 2019.



2 de cada 3 niños de entre 6 y 23 meses de edad en todo el mundo no reciben las dietas mínimas que necesitan

FIGURA 2.6 | Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumen cada uno de los grupos de alimentos, por tipo y por clasificación de ingresos de los países del Banco Mundial, 2018

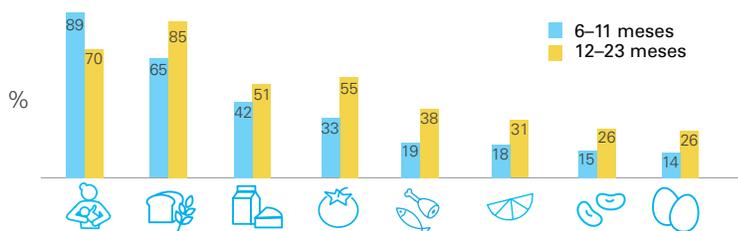


La gran mayoría de los niños pequeños consumen leche materna, pero no consumen suficientes alimentos de origen animal, frutas, legumbres o verduras, y su alimentación depende demasiado de los cereales.

Con la excepción de la leche materna, el porcentaje de niños pequeños que consumen alimentos de los otros siete grupos de alimentos es mayor en los países de ingresos medianos-altos que en los de ingresos medianos-bajos.

El porcentaje de niños que consumen alimentos de origen animal no lácteos, como huevos, carne, aves de corral y pescado en los países de ingresos medianos-altos es casi dos veces mayor que en los países de ingresos medianos-bajos.

FIGURA 2.7 | Porcentaje de niños de 6 a 23 meses que consumen cada uno de los grupos de alimentos, por tipo y edad, en todo el mundo, 2018



Los niños pequeños tienen una alimentación menos variada que los niños de 1 y 2 años.

Nota para el Gráfico 2.7: Análisis basado en un subconjunto de 71 países con datos para 2013-2018 que abarcan el 61% de la población mundial. Los grupos de ingresos se basan en la clasificación de países del Banco Mundial de acuerdo con sus ingresos para el año fiscal 2019. Las estimaciones del Banco Mundial por grupos de ingresos se presentan sólo cuando los datos disponibles representan al menos el 50% de la población.

*Para obtener una cobertura adecuada, los países de medianos y altos ingresos no incluyen a Brasil, China y la Federación Rusa.

Los niños de entre 6 y 23 meses pueden padecer consecuencias de por vida si su alimentación carece de diversidad y si consumen muchos alimentos ricos en azúcar y faltos de nutrientes esenciales

Conciliar el trabajo con el cuidado de los niños

Por desgracia, las madres trabajadoras de todo el mundo se enfrentan a obstáculos que les dificultan la lactancia. Las madres que forman parte de la fuerza laboral precisan de un entorno de apoyo, que incluya licencias de

maternidad y paternidad remuneradas y pausas para la lactancia durante la jornada laboral. En un estudio practicado en 2015 entre 11.025 participantes de 19 países, el empleo de la madre era el obstáculo citado con más frecuencia como impedimento a la lactancia materna exclusiva²⁸. La atención que se presta en el ámbito nacional al apoyo a las madres trabajadoras en el lugar de trabajo puede tener efectos importantes. Por ejemplo, en Viet Nam, en 2012, el Gobierno amplió la licencia de maternidad remunerada desde los cuatro a los seis meses, lo que representa una marcada diferencia con respecto a otras políticas de licencia de maternidad vigentes en el sudeste asiático. Desde entonces, el Gobierno ha decretado que se dispongan instalaciones de guardería y espacios para la lactancia en todos los lugares de trabajo donde haya una presencia importante de fuerza laboral femenina²⁹.

La importancia de los alimentos complementarios, y por qué los niños carecen de ellos

Cuando los niños tienen alrededor de 6 meses, la leche materna ya no es suficiente para aportarles toda la energía y los nutrientes que precisan. El aporte nutricional que necesitan para crecer y desarrollarse entre los 6 y los 23 meses son mayores por kilogramo de peso corporal que en cualquier otro momento de la vida, lo que les hace especialmente vulnerables a las deficiencias nutricionales y a los trastornos del crecimiento. Introducir junto a la lactancia materna una gama de alimentos complementarios saludables y diversificados puede proteger al niño contra la enfermedad y prevenir la muerte, a la vez favorece el crecimiento y el desarrollo óptimos y evita el

sobrepeso y la obesidad en etapas posteriores de la vida. De igual modo, los niños de entre 6 y 23 meses pueden padecer consecuencias de por vida si su alimentación carece de diversidad y si consumen muchos alimentos ricos en azúcar y faltos de nutrientes esenciales.

Se recomienda que los bebés comiencen a consumir alimentos complementarios a los 6 meses, pero, en todo el mundo, sólo algo más de dos terceras partes de los bebés de entre 6 y 8 meses toman alimentos complementarios. Por otra parte, hay demasiados que comienzan mucho antes. En las regiones de América Latina y el Caribe y Asia oriental y el Pacífico, casi la mitad de los bebés de entre 4 y 5 meses y alrededor del 15% de los bebés de entre 2 y 3 meses ya toman alimentos complementarios³⁰. En los Estados Unidos, el 21% de los bebés de 0 a 5 meses consumen cereales; y esta cifra es mayor en los niños afroamericanos (el 34%)³¹.

A partir de los 6 meses, los niños se benefician especialmente de los alimentos de origen animal como la carne, el pescado, los huevos y los productos lácteos, que les aportan nutrientes esenciales y vitamina A, hierro, zinc y calcio, tan necesarios entre los 6 y los 23 meses de edad. Los alimentos de origen animal favorecen el crecimiento, la actividad física y el rendimiento cognitivo. Además, tienen un alto contenido de diversos micronutrientes esenciales que son muy adecuados para los estómagos, más pequeños, de los niños. El retraso en el crecimiento durante la primera infancia se relaciona también con el bajo consumo de alimentos de origen animal; pero en las zonas rurales de bajos ingresos, estos alimentos son caros (en especial los huevos y los productos lácteos), y por tanto su consumo es menor (véase el Capítulo 3)³². En todo el mundo, sólo dos de cada cinco niños reciben alimentos de origen animal. En las tierras bajas de África y Asia, el pescado, que es relativamente barato y tiene un alto contenido de proteínas y micronutrientes, es una parte importante de los alimentos de origen animal que se proporcionan a los niños de corta edad³³.

También son importantes las frutas, verduras, legumbres, nueces y semillas; no sólo como

ENFOQUE

La alimentación complementaria y el cambio de conductas en Rwanda

Denise trabaja como voluntaria de la salud comunitaria en la aldea de Akabacuzi, donde las legendarias 1.000 colinas de Rwanda comienzan a deslizarse hacia los territorios más secos y llanos de las sabanas. En su aldea había antes 22 niños que padecían subnutrición, pero en la actualidad no se registra ni un solo caso de subnutrición infantil, ni grave ni moderada. Gran parte de esta mejora se debe al empeño que ha puesto Denise en enseñar a los progenitores cómo y con qué deben alimentar a sus hijos más pequeños, y a sus esfuerzos por conseguir que pongan en práctica esos conocimientos.

Denise celebra sesiones de cocina en su casa en las que enseña a preparar alimentos nutritivos. Hace poco, enseñó a otras madres a hacer jugo de remolacha, que es rico en vitaminas y minerales. Las

madres, con sus hijos en brazos, se congregaban a su alrededor para compartir el jugo que vertía en unos vasos de plástico. Los progenitores de esta comunidad antes pensaban que lo natural era alimentar a los niños de corta edad con alimentos ricos en carbohidratos, como las patatas. Pero ahora saben que con eso no basta, y que las frutas, las legumbres, los granos, las verduras y las fuentes de proteína como los huevos, el pescado, la carne y los productos lácteos deben formar parte habitual de su régimen alimentario.

Denise y sus colegas trabajadoras de la salud de comunidades de toda Rwanda se sitúan a la vanguardia de la lucha contra la subnutrición, un combate para el cual una estrategia fundamental es promover el cambio de conductas. A fin de fomentar un mejor uso de los recursos locales, el Gobierno puso en mar-

cha la campaña “1.000 días para 1.000 colinas”, en la que los mensajes se difundían por medio de cauces diversos como emisoras de radio comunitarias; trabajadores de la salud comunitarios (que celebran sesiones mensuales de vigilancia del crecimiento y lecciones de cocina); técnicos agrícolas (que enseñan a las comunidades a organizar huertos familiares); y miembros de los grupos de ahorro y crédito de las aldeas. También ayudaban a difundir los mensajes miembros del parlamento, líderes religiosos y periodistas.

“Al principio, la gente no pensaba en alimentar a los niños con verduras y otros alimentos saludables”, cuenta Denise. “Ahora sabemos lo que es una alimentación equilibrada. Mientras sigamos informando y animando a la gente, no habrá más niños desnutridos”. ■

Durante una sesión sobre nutrición, Denise, una trabajadora de salud de la comunidad, enseña a preparar jugo de remolacha a un grupo de mujeres, en el distrito de Gatsibo, Rwanda. © UNICEF/UN0301144/Noorani



f fuente óptima de vitaminas, minerales y fibra, sino también porque los niños que se habitúan a disfrutar comiendo una variedad de alimentos como frutas, verduras, legumbres, nueces y semillas suelen seguir consumiéndolos de adultos.

Los alimentos enriquecidos

En muchas partes del mundo, los alimentos autóctonos no bastan por sí solos para satisfacer las elevadas exigencias nutricionales de los niños de corta edad. Los alimentos complementarios enriquecidos, o los polvos de micronutrientes múltiples pueden ayudar a subsanar estas deficiencias. En todo el mundo se distribuyen por medio de los programas de protección social y alimentación suplementaria una serie de alimentos combinados enriquecidos que contienen cantidades elevadas de proteínas y micronutrientes, con el fin de añadir más nutrientes y alimentos a lo que normalmente se suministra en el hogar³⁴.

Por ejemplo, con los productos enriquecidos como los micronutrientes en polvo, los cuidadores pueden agregar vitaminas y minerales esenciales a los alimentos que se preparan en casa para los niños de corta edad, reduciendo el riesgo de que padezcan formas de hambre oculta como la anemia y la carencia de hierro. En 2017 se habían instaurado programas de distribución de micronutrientes en polvo en al menos 47 países, llegando a más de 16 millones de niños de entre 6 y 59 meses. También es beneficioso para los bebés y los niños de corta edad consumir alimentos procesados y enriquecidos a gran escala y de forma centralizada, como la sal yodada, las harinas enriquecidas con hierro y el aceite enriquecido con vitamina A. En Nairobi (Kenya), por ejemplo, estos productos satisfacen cerca de una cuarta parte de la exigencia de vitamina A y la mitad de la exigencia de hierro de los niños de entre 6 y 23 meses³⁵.

Por último, el bioenriquecimiento –que consiste en cultivar alimentos básicos con un mayor contenido de micronutrientes– puede beneficiar a los niños de corta edad vulnerables

que viven en zonas rurales donde apenas hay acceso a una dieta variada y a los alimentos enriquecidos que se comercializan³⁶. Se calcula que en 2017, alrededor de cinco millones de menores de cinco años de 14 países de África, Asia y América Latina consumían alimentos básicos biofortificados, como legumbres ricas en hierro, maíz, mandioca y batata ricos en provitamina A, y trigo y arroz ricos en zinc.

Influencias que configuran la alimentación de los niños de corta edad

Como todo progenitor sabe, los bebés y los niños de corta edad pueden ser melindrosos a la hora de comer. Sus gustos y preferencias alimentarias pueden cambiar de una semana a otra, y los progenitores a menudo dan al niño lo que este prefiere. La predilección innata en los niños de corta edad por los alimentos dulces está contribuyendo a un aumento en el consumo de refrigerios comerciales, como galletas, pasteles y dulces, y bebidas azucaradas, en los países de bajos ingresos³⁸. En un estudio sobre las prácticas de alimentación de los niños de corta edad practicado en Dakar, Dar es Salaam, Katmandú y Phnom Penh en 2016, se constató que la razón principal por la que las madres alimentaban a sus hijos con chocolates, dulces, galletas, patatas fritas y pasteles era que “al niño le gusta”, y que este motivo superaba con creces otros factores como la asequibilidad, la conveniencia o la percepción de que esos productos fueran saludables³⁹. El estudio concluía que en estas cuatro ciudades, los niños de corta edad tenían más propensión a consumir refrigerios de producción comercial que alimentos ricos en micronutrientes como verduras de hoja verde y de pulpa anaranjada.

Al mismo tiempo, cada vez hay más indicios procedentes de países de altos ingresos que señalan que los alimentos de producción comercial disponibles no siempre merecen ese “aura de saludables” que los progenitores les atribuyen. La promoción inadecuada de alimentos comerciales es una práctica muy extendida, y prueba de ello son las etiquetas que incitan a la introducción prematura; los productos que contienen grandes cantidades de azúcar; los sabores artificiales; las texturas inadecuadas con el fin de suscitar

Los niños que tienen hambre en la escuela se esfuerzan por prestar atención y obtienen peores resultados en los exámenes cognitivos



ENFOQUE

Los clubs de madres de Haití le plantan cara a la malnutrición

Jacqueline Saintil está decidida a alimentar a su bebé James, de 3 meses, exclusivamente con leche materna hasta que cumpla los 6 meses, y luego suministrarle alimentos complementarios, además de la leche materna, para mantenerlo sano. “A mi pequeño Ervens, de 5 años, no le amamanté de manera exclusiva. Después de tres meses, le daba agua y alimentos sólidos casi todos los días. No era un bebé muy fuerte”, explica.

Esta madre de 25 años, que antes de dar a luz a James vendía ropa de segunda mano, cultiva un pequeño huerto de legumbres que ahora puede cosechar y vender gracias a la capacitación en nutrición que ha recibido. “Haré sopas de verduras, con maíz y pescado seco para alimentar a mi hijo cuando cumpla los seis meses”, añade.

Jacqueline adquirió sus conocimientos sobre nutrición en el club de madres Paillant de su pueblo, Les Nippes. Gra-

cias a una serie de tarjetas ilustradas con dibujos sencillos, ella y otras 29 madres aprendieron lo que tenían que hacer para evitar que sus hijos contraigan enfermedades o padezcan malnutrición. Se les enseñó que la leche materna contiene todos los nutrientes que los bebés precisan y que no necesitan ningún otro líquido ni alimento hasta los 6 meses. También les enseñaron a preparar platos de purés ricos en nutrientes usando ingredientes locales.

En los clubs de madres, asesores comunitarios aconsejan a los progenitores y cuidadores de los niños menores de 5 años. Cada semana, las madres se reúnen para debatir sobre un tema referido al bienestar y al desarrollo del niño.

Un total de 411 mujeres han recibido formación en 20 clubs de Les Nippes. Estos clubs son participativos, interactivos y alegres; y la capacitación eleva la autoestima de las mujeres y su estatus social dentro de la comunidad. Las mu-

jerer estaban tan orgullosas de sus logros que organizaron una ceremonia de graduación costeada por ellas mismas. Según Beatrice Rubin, del centro de salud Paillant, la cobertura de vacunación en las consultas prenatales y postnatales ha llegado casi al 100% gracias a que las mujeres del club educan a sus pares. Las remisiones de los casos de niños malnutridos son más numerosas desde que comenzó el curso.

Prevenir la malnutrición es fundamental en Haití, un país que se caracteriza por la pobreza crónica acompañada de una profunda crisis socioeconómica. En Haití, sólo se amamanta de manera exclusiva al 40% de los niños menores de 6 meses; el 11% de los niños de entre 6 y 23 meses son alimentados siguiendo las prácticas mínimas de alimentación aceptables; y más de 1 de cada 5 niños menores de cinco años padecen retraso en el crecimiento³⁷. ■

Jacqueline amamanta a James, su bebé de 3 meses. © UNICEF/Haiti/2019/Seck



A medida que los niños crecen, empiezan a elegir sus propios alimentos y están expuestos a nuevas influencias aparte de la de sus progenitores y cuidadores

hábitos alimenticios; y diversas afirmaciones sobre las propiedades nutricionales y las bondades para la salud⁴⁰.

A medida que los niños crecen, entre los 2 y los 4 años, empiezan a elegir sus propios alimentos y en muchos casos comen fuera de casa, lo que les expone a nuevas influencias aparte de la

de sus progenitores y cuidadores. A esta edad, los modelos de alimentación que reciben de progenitores, cuidadores, hermanos, educadores y compañeros cobran mayor importancia e influencia⁴¹.

Los profesionales de la salud también cumplen una función primordial, por el influjo que ejercen sobre los progenitores mediante la prestación de servicios de información, apoyo, asesoramiento

y atención (véase el capítulo 3). Dado que tres cuartas partes de todos los bebés vienen al mundo con asistencia de una partera calificada, estas profesionales tienen una influencia considerable en las prácticas de lactancia materna y su aceptación.

En muchas partes de África, Asia y América Latina, las suegras y las abuelas influyen enormemente en el modo de alimentar a los lactantes y los niños de corta edad. Pero a menudo los consejos que dan pueden ser inadecuados; por ejemplo, cuando insisten en que el calostro es “sucio” e instan a las madres a no que no den alimentos de origen animal a sus hijos hasta que cumplan 18 meses⁴². Así pues, las abuelas pueden tener una influencia negativa en la lactancia materna exclusiva, ya sea aconsejando la introducción precoz en la dieta de agua o alimentos sólidos, o alimentando al bebé ellas mismas durante los primeros seis meses⁴³.

RECUADRO 2.1 | Una alimentación que responda a las necesidades del niño

El modo en que interactúan el cuidador y el niño contribuye a configurar unos hábitos y actitudes duraderos en relación al alimento. La alimentación que responde a las necesidades del niño –consistente en reconocer las señales de hambre y saciedad de este y en responder a las mismas en el modo adecuado– ayuda a instaurar unos hábitos alimenticios saludables desde la infancia y a combatir la insuficiencia ponderal y la obesidad infantil.

Esta forma de alimentar al niño se basa en varios principios fundamentales para los cuidadores:

- Atender a las señales de hambre y saciedad del niño.
- Reconocer y satisfacer las necesidades de alimentación del niño de un modo puntual, afectuoso y que sea apropiado para su desarrollo.
- Asegurar que se dispone de alimentos saludables.
- Generar un entorno seguro, cómodo y con pocas distracciones para que el niño coma⁴⁶.

En cambio, una alimentación que no responda a las necesidades del niño se caracteriza por una falta de reciprocidad entre el cuidador y el niño. Puede tratarse de situaciones en las que el

cuidador controle y domine la situación de la ingesta, en las que sea el niño quien controle, o en las que el cuidador ignore al niño. Cuando es el cuidador quien domina la situación, puede que no solo haga caso omiso de las señales de hambre y saciedad que emite el niño, sino que interfiera también con el desarrollo de su autonomía y su independencia.

Según un estudio realizado en 2011, la alimentación que responde a las necesidades del niño promueve la aceptación de los alimentos y la ingesta adecuada por parte de este⁴⁷. Alimentar a los lactantes y a los niños de corta edad respondiendo a sus señales de hambre y saciedad en lugar de utilizar los alimentos como estrategia para tranquilizarles puede mejorar las dinámicas de sueño, lo que a su vez ayudará a que el niño sea más activo físicamente mientras está despierto y a que autorregule mejor su apetito⁴⁸. En un análisis practicado en 2015, se concluyó que las prácticas alimentarias que responden a las necesidades del niño son las medidas más esperanzadoras para prevenir la obesidad en niños menores de 2 años⁴⁹. En entornos donde la subnutrición es prevalente, la falta de una alimentación que responda a las necesidades del niño aumenta el riesgo de que su crecimiento y su desarrollo no sean los más óptimos. ■

Por último, el sistema alimentario moderno ejerce una influencia considerable en la alimentación de los niños de corta edad. El sector minorista determina la disponibilidad y el acceso a los sucedáneos de la leche materna, las leches de crecimiento y otros alimentos específicos para los niños; mientras que la publicidad, el envasado y la colocación en los supermercados de refrigerios poco saludables pueden hacer que a los progenitores y los niños les resulte difícil elegir alimentos sanos⁴⁴. El sector privado puede influir de forma positiva cuando aumenta la disponibilidad, la asequibilidad y la calidad de los alimentos complementarios y los suplementos, distribuyendo estos productos por medio de cauces como los comercios minoristas, los sistemas de salud pública y el marketing social, y generando una demanda de los mismos entre los consumidores (véase la "Sección especial sobre la influencia de la comercialización de los alimentos sobre la alimentación infantil", en el capítulo 4)⁴⁵.

La infancia media, una etapa de transición: de los 5 a los 9 años

Cuando los niños comienzan a asistir a la escuela primaria continúan configurándose sus hábitos alimenticios de por vida. Aunque la familia del niño, la escuela y fuerzas sociales más amplias son factores que afectan a la disponibilidad y la elección de alimentos, los niños también comienzan a asumir una cierta responsabilidad en cuanto a su alimentación. Este período de transición es importante para establecer unos hábitos alimenticios saludables. A esta edad, las expectativas y los estereotipos de género tradicionales comienzan a arraigarse en muchos niños de los entornos de bajos y medianos ingresos, de modo que las niñas suelen ayudar en la cocina y cuidar a sus hermanos menores, mientras que los niños contribuyen a generar ingresos⁵⁰.

Este período de la infancia se caracteriza por un crecimiento constante y sistemático. Durante esta etapa pueden variar enormemente la cantidad de alimento que los niños ingieren. El apetito y la ingesta

de alimentos pueden aumentar antes de las aceleraciones repentinas de crecimiento y disminuir durante los períodos de crecimiento más lento⁵¹.

Las investigaciones también muestran que los niños tienen la posibilidad de recuperarse durante esta etapa cuando han padecido retraso en el crecimiento en la primera infancia. Un estudio practicado en 2010 en el Perú revelaba que los niños que han sufrido retraso en el crecimiento y se recuperan a los 6 años obtenían tan buenos resultados en las pruebas de cognición como los niños que habían crecido al ritmo normal⁵².

Necesidades nutricionales y dinámicas alimentarias

En todo el mundo hay demasiados niños en edad escolar que consumen muy pocas frutas y verduras, y demasiados refrigerios poco saludables y con un alto contenido en azúcar, grasas saturadas, sodio y sal, como, por ejemplo, panes, galletas, dulces, helados y bebidas azucaradas, que a menudo se comercializan para los niños en edad escolar y que son muy populares entre ellos. El bajo consumo de frutas y verduras es habitual; y es un fenómeno preocupante, porque si los niños consumen frutas y verduras en la infancia, es más probable que continúen haciéndolo de adultos⁵³. Muchos departamentos gubernamentales de salud recomiendan consumir cinco porciones de fruta y verdura al día, pero está claro que muchos niños ni siquiera se acercan a estas cantidades. Por ejemplo, en un estudio practicado en Brasil se halló que ningún niño de entre 7 y 8 años ingería las cantidades diarias recomendadas de verdura. En los países en desarrollo, sobre todo en los hogares más pobres y en las zonas rurales, la dieta de los niños suele consistir en unos pocos alimentos básicos, como los cereales, las raíces o los tubérculos, que contienen poca proteína⁵⁴.



© UNICEF/UN0283275// Frank Dejongh

El sobrepeso y la obesidad en la segunda infancia tienen efectos a corto y a largo plazo

En todos los países de altos y bajos ingresos, y en todos los sistemas alimentarios, puede constatarse una relación evidente entre la nutrición, el desarrollo cognitivo y el rendimiento académico⁵⁵.

El hambre es un factor importante. La energía es fundamental para concentrarse y para participar en las actividades escolares, por lo que los niños que tienen el estómago vacío y están hambrientos en la escuela – porque no desayunan o no comen lo suficiente– tienen dificultad para prestar atención y realizar las tareas.

El hambre oculta también perjudica el rendimiento escolar, ya que determinadas carencias de micronutrientes afectan al aprendizaje. Según estudios practicados, la deficiencia de hierro se asocia con una menor puntuación en los exámenes⁵⁶. La anemia puede provocar cansancio e impedir que los niños presten atención en clase. El consumo habitual de alimentos adecuados, sobre todo en el desayuno, se asocia con un mejor rendimiento académico; mientras que los refrigerios ultraprocesados y la comida rápida pueden tener efectos nocivos⁵⁷.

Los efectos de la **malnutrición en la primera infancia** se hacen sentir también a largo plazo. Las carencias de nutrientes durante la gestación en el útero o en los primeros años de vida del niño repercuten en el rendimiento escolar; muestra de ello es que el retraso en el crecimiento permite predecir unos resultados académicos deficientes a lo largo de la infancia⁵⁸.

Algunos programas de alimentación escolar se hacen eco de este vínculo entre la nutrición y el rendimiento académico poniendo el acento en una alimentación variada que proporcione una gama de nutrientes. Un ejemplo es el programa de alimentación escolar de Bhután, que beneficia a cerca del 45% de todos los estudiantes del país. En Bhután, las carencias de micronutrientes son un problema importante: una de cada tres adolescentes padece anemia, y se cree que la carencia de hierro es una de las causas principales. Un análisis practicado por el Gobierno en 2017 reveló que los menús escolares de Bhután presentaban deficiencias de numerosos micronutrientes, en

especial hierro, vitaminas del grupo B y zinc, y que no ofrecían la diversidad de alimentos adecuada. En respuesta a este problema se han puesto en marcha varias iniciativas. Se ha enriquecido el arroz, que es el alimento básico butanés, y en la actualidad se suministra a todas las escuelas. También se revisan los menús escolares con el fin de aumentar la diversidad y la nutrición en las comidas.

Riesgos y preocupaciones relacionados con la nutrición en la edad escolar

El sobrepeso (y la obesidad) en la segunda infancia tienen efectos a corto y a largo plazo. A corto plazo, pueden causar un aumento de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, como la diabetes tipo 2, la presión arterial elevada y los niveles altos de colesterol LDL, e incluso la aterosclerosis; y puede que también estén ligados a enfermedades como el asma y la inflamación sistémica latente⁵⁹. Por sus repercusiones sobre los sistemas inmunológico y pulmonar, el sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de sufrir infecciones; un efecto que puede ser especialmente grave en los niños hospitalizados^{60, 61}. La obesidad infantil se asocia también con problemas psicológicos y sociales como la baja autoestima y los trastornos de autoimagen y de comportamiento. Las niñas parecen presentar un riesgo mayor, y este aumenta con la edad⁶². A largo plazo, el sobrepeso y la obesidad infantil multiplican por cinco el riesgo de sufrir sobrepeso en la edad adulta, y se asocian además con una serie de trastornos metabólicos en la madurez, como la diabetes, los accidentes cerebrovasculares, los niveles altos de triglicéridos, las enfermedades coronarias y la hipertensión^{63, 64}.

Las investigaciones revelan que los niños de África Subsahariana –sobre todo en las zonas urbanas y los hogares de ingresos más altos– se sientan más a menudo y hacen menos ejercicio, lo cual repercute en su salud y en su nutrición⁶⁵. En esto están siguiendo el ejemplo de los niños de los países de altos ingresos, que ahora pasan más de la mitad de su jornada escolar sentados en el aula, y en casa están más tiempo sentados mirando la televisión u otras pantallas⁶⁶.

Omitir el desayuno

Pese a las pruebas contundentes acerca de los beneficios que comporta el desayuno, hay niños en edad escolar de todo el mundo que habitualmente se lo pierden o se lo saltan, lo que les priva de una comida que favorece en especial la cognición, sobre todo en los niños que están subnutridos⁶⁷. Aunque las razones para ello son diversas, hay demasiados niños de familias pobres que no tienen otra opción: sus familias simplemente carecen de recursos o del tiempo necesario para alimentarlos por la mañana. Así pues, muchos, en lugar de desayunar, dependen por fuerza de alimentos que compran o que les suministran en la escuela. Según un informe de la OMS, en dos terceras partes de los países de África, América y el sudeste asiático se ofrecen alimentos en las escuelas; pero este suministro escolar es menos frecuente en Europa y en el Pacífico occidental⁶⁸. En el caso de muchos niños, por tanto, la cena es su comida principal. Eso implica que pasan gran parte del día con hambre, lo cual interfiere con su capacidad de prestar atención en clase y afecta a su rendimiento escolar. Este efecto se ha constatado, por ejemplo, en niños de Ghana y Uganda⁶⁹.

Puede parecer una contradicción, pero en algunos lugares, los niños que omiten el desayuno tienen un IMC más elevado que sus pares que sí desayunan. Según un estudio realizado en Nueva Zelanda en 2007, esto se debe a que los niños que se saltan el desayuno consumen luego más refrigerios, como galletas, dulces, papas fritas o bebidas gaseosas azucaradas, que contienen muchas calorías pero pocos nutrientes⁷⁰.

Es importante señalar que los datos acerca de lo que comen los niños en edad escolar son limitados. En muchos estudios, los niños completan los cuestionarios en la escuela sin la participación de sus padres, y a los niños más pequeños les cuesta informar por sí mismos acerca de lo que comen; en consecuencia, es habitual que se exagere sobre la ingesta de alimentos⁷¹. Entre los estudiantes de más edad, las preocupaciones por la imagen corporal pueden dar lugar a que la información sea menos precisa; y en el caso de los que tienen sobrepeso, o que se perciben a sí mismos con sobrepeso, es probable que informen de su ingesta a la baja⁷².

El entorno escolar

En muchos países, el entorno alimentario de la escuela promueve el consumo de alimentos poco saludables, el sobrepeso y la obesidad. A menudo, en las cafeterías de las escuelas, o en el exterior, en comercios y puestos ambulantes de la calle, se venden a los niños alimentos ultraprocesados y bebidas azucaradas.

Cambiar el entorno alimentario para proveer alimentos más sanos a los niños no es fácil. Por ejemplo, el Gobierno de México ha adoptado medidas en los últimos años con el fin de restringir la oferta de alimentos poco saludables en las escuelas; pero las dificultades persisten. En 2010, el Gobierno estableció unas pautas para las escuelas primarias sobre los alimentos y las bebidas. Sin embargo, un estudio practicado en 2017 en 39 escuelas revelaba que los alimentos de alto contenido calórico que se prohibían en esas pautas se seguían ofreciendo en muchos centros, mientras que las verduras, las frutas y el agua pura representaban menos del 7% de los alimentos y las bebidas disponibles⁷³. Además, continúan siendo habituales en el exterior de las escuelas –sobre todo en escuelas públicas– los anuncios publicitarios de bebidas, pasteles y dulces, muchos de los cuales ofrecen regalos o promociones especiales, y que pueden influir en los alimentos y bebidas que los niños eligen⁷⁴.

La adolescencia, una etapa decisiva en la nutrición para toda la vida: de los 10 a los 19 años

La adolescencia es una etapa de rápido desarrollo físico y psicosocial y de cambios que acompañan a la pubertad. Los varones presentan necesidades nutricionales más elevadas en esta etapa debido a que su crecimiento es más rápido y a que sus huesos y su masa muscular aumentan más; las niñas son especialmente vulnerables a la malnutrición, y, debido a las

En muchos países, el entorno alimentario de la escuela promueve el consumo de alimentos poco saludables, el sobrepeso y la obesidad

Los adolescentes son especialmente vulnerables a la subnutrición, en parte debido al aumento de las necesidades nutricionales que trae consigo el rápido crecimiento y desarrollo físico durante la pubertad

normas culturales sobre los géneros, con frecuencia carecen de acceso a alimentos nutritivos y a oportunidades educativas y económicas⁷⁵. Las niñas adolescentes también presentan una exigencia de hierro mayor que los niños, debido a las aceleraciones repentinas de crecimiento y al inicio de la menstruación.

Se estima que en 2020 habrá 1.250 millones de personas de entre 10 y 19 años, lo que significa que habrá 250 millones más de adolescentes en comparación con tan sólo 30 años antes. La nutrición adecuada de este

numeroso grupo de la población es importante tanto para su bienestar actual como para su bienestar futuro; y, sin embargo, en todo el mundo, la alimentación de muchos adolescentes es tal que no permite sentar las bases para una vida adulta larga, saludable y productiva. En las zonas rurales, los adolescentes suelen contar con pocas opciones alimenticias y son susceptibles a la escasez estacional de alimentos. En las zonas urbanas, se encuentran rodeados de comida rápida, refrigerios y bebidas que son bajos en nutrientes.

Y en todos los lugares suelen consumir refrigerios poco saludables. El hambre oculta afecta a decenas de millones de adolescentes.

Padma, de 17 años, conversa con varias niñas del Club de Niñas Adolescentes en Muttock Tea Estate, distrito de Dibrugarh, estado de Assam, India. El club crea conciencia sobre los peligros de beber té de sal.
© UNICEF/UN0324156/Boro

Hábitos y riesgos nutricionales en los adolescentes

Al igual que ocurre con los niños de corta edad, el régimen alimentario de los adolescentes de los países de ingresos medianos y bajos suele ser deficiente desde el punto de vista nutricional. Entre los adolescentes que asisten a la escuela, el 34% consumen frutas y el 21% consumen verduras menos de una vez al día; pero el 42% bebe refrescos gaseosos al menos una vez al día. Un poco menos de la mitad (el 46%) consumen comida rápida como mínimo una vez por semana. La mitad de las niñas adolescentes que viven en entornos rurales y pobres de países de ingresos medianos y bajos comen menos de tres comidas al día, y la mayoría se pierde o se salta el desayuno. Es habitual que se consuman refrigerios durante el horario escolar, y el almuerzo se suele tomar fuera del hogar⁷⁶.

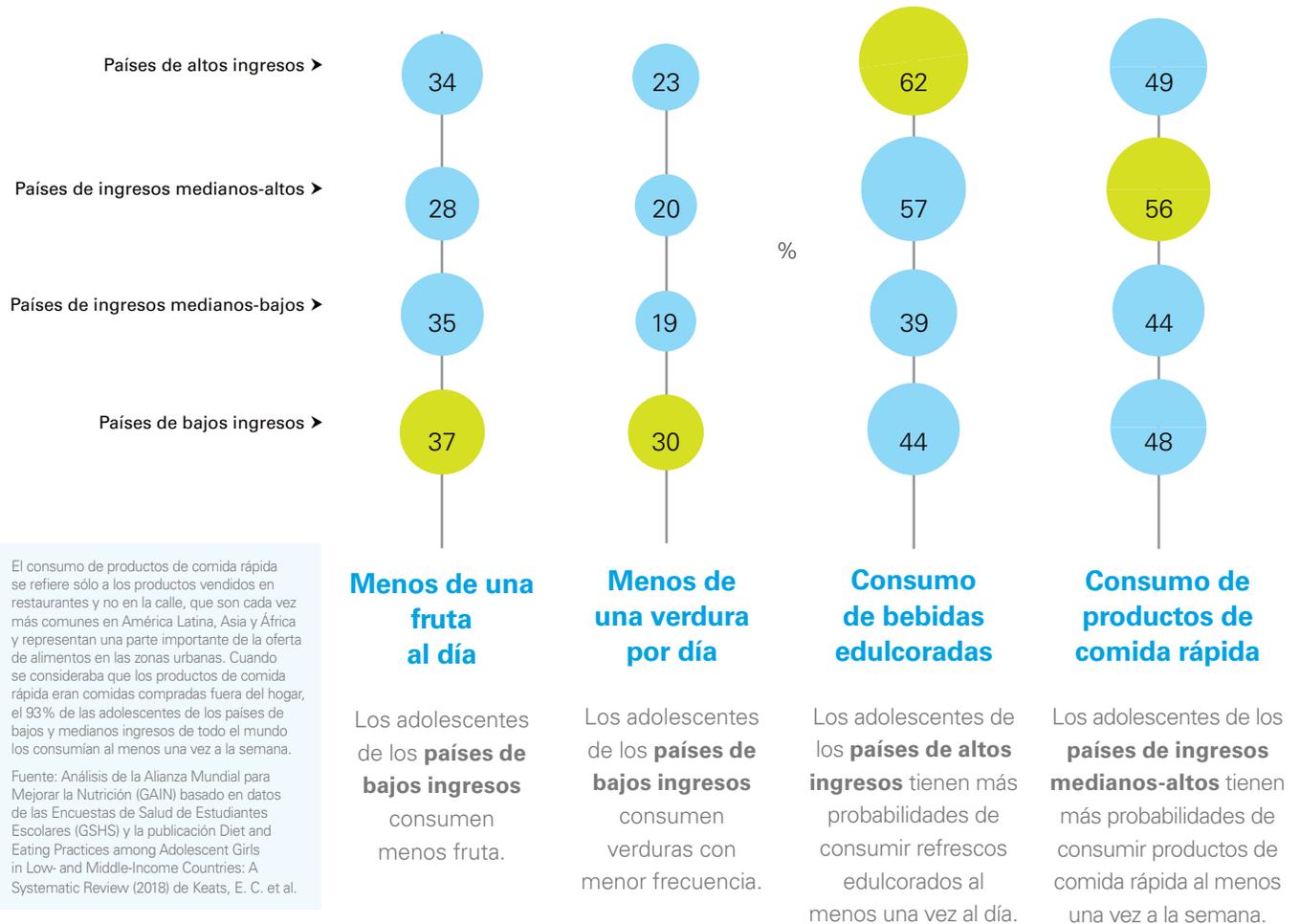
Deficiencias de nutrientes, sobrepeso/obesidad y embarazo

Los adolescentes son especialmente vulnerables a la subnutrición, en parte debido al aumento de las necesidades nutricionales que trae consigo el rápido crecimiento y desarrollo físico que presentan durante la pubertad. La falta de una nutrición adecuada durante esta etapa crucial puede menoscabar su crecimiento y su desarrollo, repercusión que se agrava en el caso



Los hábitos alimentarios de los adolescentes varían según los ingresos de su país

FIGURA 2.8 | Dieta de adolescentes por el Grupo de Ingreso del Banco Mundial, 2008-2015



de los 16 millones de niñas de entre 15 y 19 años y los 2,5 millones de niñas menores de 16 años de los países en desarrollo que dan a luz cada año⁷⁷.

La alimentación y la nutrición son fundamentales para el desarrollo cerebral hasta ya entrada la edad adulta. La subnutrición en la adolescencia se relaciona con un deterioro de la capacidad cognitiva, con el absentismo escolar y con el estrés psicológico⁷⁸. Tal como dijo el Dr. Neville Golden, miembro del Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría y jefe de medicina del adolescente en la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford, California: "Si los [adolescentes] no comen bien, pueden volverse

irritables, deprimirse y padecer problemas como la obesidad y los desórdenes alimenticios. Y estos últimos traen consigo un sinfín de trastornos psicológicos⁷⁹".

Existen pruebas de que el azúcar es muy nocivo para el cerebro del adolescente, que es especialmente sensible a las conductas gratificantes. Es difícil resistirse a consumir alimentos sabrosos que contienen gran cantidad de azúcar, sal o grasas; pero estudios realizados en animales indican que las personas que durante la adolescencia beben agua azucarada muestran en la edad adulta una motivación menor y una dependencia de las sensaciones gratificantes, conductas que se

Aunque prevenir el retraso en el crecimiento durante los primeros 1.000 días sigue siendo la prioridad, la adolescencia ofrece una segunda ventana de oportunidad para rentabilizar al máximo la inversión por medio de intervenciones nutricionales

asocian con la depresión y con otros trastornos del ánimo⁸⁰.

La carencia de hierro suscita una especial preocupación. Para sustentar su rápido crecimiento y desarrollo físico, los adolescentes necesitan incrementos drásticos en la ingesta de ciertas vitaminas y minerales, en especial el hierro, sobre todo las niñas. La carencia de hierro y la anemia ferropénica son las principales causas de pérdida de años de vida ajustados en función de

la discapacidad (AVAD) en las niñas de entre 10 y 19 años y los niños de entre 10 y 14 años (considérese cada AVAD como un año de vida “sana” perdido). La región que presenta las tasas más elevadas del mundo de carencia de hierro, y de la consiguiente anemia, sigue siendo Asia Meridional, pese a las mejoras registradas, seguida de África Subsahariana⁸¹.

Después de la carencia de hierro, la carencia de yodo es la segunda forma más común de hambre oculta entre los adolescentes. El consumo de yodo mejoró en todo el mundo entre 2003 y 2017; el número de países en los que se registran carencias de yodo disminuyó de 54 a 19; y el número de países en los que la ingesta de yodo es adecuada aumentó desde 67 a 111⁸². Aunque la tasa de AVAD ha disminuido en todas las regiones entre 1990 y 2015, en los últimos años este progreso se ha ralentizado.

El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles que traen consigo están aumentando entre los adolescentes en la mayoría de las regiones del mundo⁸³. Aunque la tendencia ascendente se ha estancado en muchos países de altos ingresos, en algunas partes de Asia se ha acelerado en los grados de sobrepeso altos. Adelgazar es difícil. Un niño que se vuelve obeso durante la adolescencia es probable que lo siga siendo de adulto, lo que le expone a un riesgo mayor de padecer enfermedades no transmisibles como la diabetes tipo 2. Existen pruebas de que la obesidad en la adolescencia puede tener efectos nocivos en el cerebro para toda la vida, y que contribuye al inicio precoz de las disfunciones cognitivas durante el envejecimiento⁸⁴.

El embarazo trae consigo sus propias vulnerabilidades nutricionales. Cada año dan a luz cerca de 16 millones de adolescentes de entre 15 y 19 años. La mayoría de ellas provienen de entornos desfavorecidos y, en consecuencia, su estado nutricional antes de la concepción suele ser deficiente; a medida que aumentan las necesidades de nutrientes durante el embarazo, estos riesgos se agravan⁸⁵. Las adolescentes embarazadas presentan un riesgo mayor de padecer malnutrición, debido a que las respectivas necesidades nutricionales de la madre y el crecimiento del feto entran en competencia⁸⁶. Hay estudios que demuestran que el embarazo en la adolescencia comporta un riesgo mayor de que la niña sufra trastornos y retraso del crecimiento, a la vez que aumenta el riesgo de que se produzcan complicaciones de salud en torno al momento del parto⁸⁷. Las consecuencias negativas para el bebé son mucho mayores cuando el embarazo se produce en la primera etapa de la adolescencia (es decir, en menores de 16 años) que cuando ocurre en la adolescencia tardía (entre los 16 y los 24 años)⁸⁸.

El crecimiento convergente

La adolescencia es la segunda etapa de crecimiento físico acelerado después de la primera infancia⁹¹. En este periodo es fundamental tener una alimentación sana, y hay pruebas que sugieren que los adolescentes que crecen a un ritmo rápido pueden incluso reponerse de algunas de las deficiencias del crecimiento lineal padecidas en la primera infancia; este fenómeno se conoce con el nombre de “crecimiento convergente”. Generalmente, la prevalencia del retraso en el crecimiento disminuye con la edad; es decir, algunos niños que padecían de retraso en el crecimiento en la primera infancia alcanzan la estatura normal para cuando llegan a la edad adulta⁹².

Las posibilidades de que se produzca el crecimiento convergente dependerán de muchos factores, en especial de la gravedad de retraso en el crecimiento que se haya padecido y del entorno exterior en la adolescencia. Hay indicios que sugieren que los niños que presentan este crecimiento convergente obtienen mejores resultados en las pruebas de

ENFOQUE

En busca de hábitos saludables en Indonesia

Son las 8 de la mañana y el sol ya abrasa los patios deportivos que hay frente a la escuela de secundaria del distrito de Klaten, en Java Central, Indonesia. En un lado hay entrenamiento de baloncesto y en el otro tenis; pero no todos participan. "No me gusta hacer deporte fuera, hay tanto polvo... ¡y hace mucho calor!", dice Zahfa, con una risita. A juzgar por el número de sus compañeros que están charlando a la sombra, no es la única.

Para muchos de los estudiantes, esta clase de deportes es la única actividad física que practican en toda la semana. Su jornada escolar es larga y no tienen tiempo de hacer ejercicio. Además, este horario tampoco promueve unos hábitos alimenticios saludables, ya que los estudiantes llegan a las 6:45 de la mañana y las clases continúan, con algunas pausas de descanso, hasta bien entrada la tarde. Esto explica en parte por qué es tan habitual que se pierdan el desayuno.

Según un estudio realizado por UNICEF en 2017, alrededor de la mitad de los adolescentes indonesios se saltan el desayuno cotidiano en casa, así que su primera comida consiste en lo que puedan tomar en la escuela⁸⁹. En general no existe ninguna regulación acerca de lo que se puede vender en los comedores escolares, de modo que lo que se ofrece es en gran medida decisión de la escuela o de los proveedores. Y también es fre-

cuente que el plan de estudios no incluya mucha información en cuanto a nutrición y actividades saludables.

Estos factores, así como otros cambios más amplios que afectan a la alimentación (como el aumento en el consumo de productos poco saludables) y la industrialización, han contribuido a que las tasas de sobrepeso en los adolescentes se duplicaran entre 2004 y 2013. Tradicionalmente, en Indonesia la atención se ha centrado en reducir la subnutrición, que continúa siendo un problema importante ya que alrededor del 30% de los menores de 5 años padecen retraso en el crecimiento⁹⁰. A pesar de ello, en medio de este panorama actual de sobrepeso creciente está aumentando también la conciencia sobre la necesidad de mejorar los conocimientos, las actitudes y las conductas de los adolescentes, sus familias y sus comunidades en relación a la alimentación saludable y la actividad física.

Esto implicaría también incluir temas sobre nutrición y ejercicio físico en el plan de estudios de los estudiantes como Zahfa. "En casa, sólo veo la tele", dice, "o salgo con mis amigos, a comer y a charlar en el café". Aunque intenta ir al gimnasio una o dos veces por semana, le resulta difícil encontrar el tiempo. "La escuela termina a las 4 de la tarde, así que si voy al gimnasio, no llego a casa hasta las 6. Es agotador". ■

Zahfa en su escuela, distrito de Klaten, Java Central, Indonesia. © UNICEF/Indonesia/2018



Para un adolescente, el futuro puede parecer muy abstracto y lejano como para preocuparse por los efectos que lo que come puede tener a largo plazo

cognición que los niños afectados de retraso en el crecimiento en los que no se da este fenómeno⁹³. Pese a estos resultados alentadores, los mecanismos fisiológicos que subyacen al crecimiento convergente son complejos, por lo que su medición es difícil⁹⁴. Se precisan más pruebas de hasta qué punto es posible eliminar las deficiencias físicas y cognitivas.

estudios realizados en Kenya y Senegal mostraron que cuando un adolescente con retraso en el crecimiento aumenta de peso rápidamente, por ejemplo, después de trasladarse desde una zona rural a una ciudad o cuando es adoptado en un entorno próspero, se desencadena una pubertad más precoz, y la “ventana” de crecimiento se cierra⁹⁶.

Una buena nutrición es fundamental para satisfacer las crecientes necesidades biológicas de la adolescencia. Aunque prevenir el retraso en el crecimiento durante los primeros 1.000 días sigue siendo la prioridad, la adolescencia ofrece una segunda ventana de oportunidad para rentabilizar al máximo la inversión por medio de intervenciones nutricionales. Para algunos niños, el crecimiento convergente significa una segunda oportunidad –tal vez la última– de sobreponerse a las deficiencias que hayan padecido durante sus primeros años de vida.

Si bien la adolescencia puede representar una oportunidad para reponerse del retraso en el crecimiento, también supone un riesgo aumentar de peso demasiado rápido durante este periodo. Los niños que están subnutridos suelen llegar a la pubertad a una edad más avanzada, ya que el cuerpo retrasa la maduración sexual a fin de permitir más tiempo para el crecimiento⁹⁵. Pero

RECUADRO 2.2 | Los trastornos alimentarios, la alimentación y la salud mental de los adolescentes

La preocupación por el cuerpo y la apariencia física, los cambios corporales rápidos, la presión social por estar delgado, las dietas y la influencia de los compañeros hacen que la adolescencia sea una etapa de mayor vulnerabilidad a los trastornos alimentarios.

Los factores que determinan el riesgo de padecer un trastorno alimentario son tanto genéticos como ambientales. Los trastornos alimentarios son hereditarios, por lo que más del 50% de la propensión a padecerlos se debe a factores genéticos⁹⁷. Las presiones que ejerce la sociedad sobre las niñas para que estén delgadas y sobre los niños para que tengan poca grasa corporal y mucha musculatura pueden llevar a comportamientos que sean el primer paso en un resbaladizo plano inclinado hacia los trastornos alimentarios⁹⁸. Otros problemas de salud mental que se dan en la adolescencia como la depresión, la ansiedad y la baja autoestima también se asocian con los trastornos alimentarios⁹⁹. Los trastornos alimentarios son más comunes en las niñas, pero en parte esto se debe a que quizás en muchos casos no se detecten en los varones¹⁰⁰. Es posible que los profesionales de la salud no reconozcan los síntomas de trastornos alimentarios en los varones porque asumen que estos problemas afectan exclusivamente al sexo femenino.

Además de los trastornos alimentarios, también influyen en la salud mental de los adolescentes la dieta saludable y la disponibilidad de alimentos sanos. Según un estudio realizado entre madres de los Estados Unidos, cuando se había padecido inseguridad alimentaria en el último año –esto es, una falta de acceso a los alimentos suficientes para llevar una vida saludable y activa–, aumentaba el riesgo de que los niños padecieran problemas de conducta tales como comportamientos agresivos, ansiedad o depresión, y falta de atención o hiperactividad¹⁰¹. Los resultados de salud mental que se asocian con la inseguridad alimentaria no se limitan a la infancia. Varios estudios practicados en los Estados Unidos señalaban que los adolescentes que informaban haber padecido inseguridad alimentaria en el último año –con independencia de otros aspectos de su estatus socioeconómico– presentaban un riesgo mayor de recibir diagnósticos de trastornos psicológicos, ansiedad y abuso de sustancias¹⁰². De hecho, esta correlación se ha observado también en otros países, y aun en los años de universidad y hasta los primeros años de la edad adulta, lo que pone de manifiesto que disponer de alimentos adecuados y saludables para el bienestar físico y mental en todas las etapas del desarrollo es de gran importancia a nivel mundial¹⁰³. ■

Las elecciones de alimentos de los adolescentes

Para un adolescente, el futuro puede parecer algo demasiado abstracto y lejano como para preocuparse por los efectos que lo que come puede tener en su nutrición o en su salud a largo plazo. Simplemente, la salud y la nutrición no son aspectos que influyan demasiado en la alimentación de muchos adolescentes¹⁰⁴. En cambio, sí influyen en su alimentación factores externos como el dinero que tienen para gastar en refrigerios y comida rápida, la presión que ejercen los compañeros y el deseo de integrarse, los problemas de imagen corporal, y la comercialización de alimentos.

El trabajo ocasional y la paga que reciben de los progenitores –sobre todo en los países de medianos y altos ingresos– les proporcionan unos ingresos irregulares que a menudo utilizan para comprar refrigerios poco saludables¹⁰⁵. Como cuenta un adolescente de Irán: “A veces decido empezar a comer de manera saludable, pero luego, a la mañana, veo que mi madre, en lugar de prepararme algo saludable, me da dinero para comprar lo que quiera. Y como es natural, compro cosas como papas fritas y bolas de maíz inflado con sabor a queso¹⁰⁶”.

La imagen corporal también afecta a la elección de alimentos. Dependiendo del contexto local, muchos niños adolescentes desean aumentar de peso y masa muscular, mientras que muchas niñas se preocupan ya sea por el exceso de peso o por aumentar de peso, porque se considere un rasgo atractivo o un signo de bienestar. Los trastornos alimentarios no se circunscriben a los países de altos ingresos. En Tanzania, los síntomas de trastornos alimentarios entre las mujeres jóvenes de 15 a 23 años se incrementaron conforme aumentaba su exposición a los medios de comunicación¹⁰⁷.

Factores como el marketing, el empaquetado y el uso de símbolos asociados con una posición social que se anhela ejercen un poder de influencia sobre todos los consumidores; pero en el caso de los adolescentes, este influjo es mayor. La comida rápida y los refrigerios preparados están muy extendidos en las zonas urbanas de todo el mundo, y pueden gustar especialmente a los

jóvenes. Los restaurantes de comida rápida, con sus interiores limpios y luminosos, son lugares donde los adolescentes pueden pasar el rato con sus amigos.

Por ejemplo, en Guatemala, el consumo de comida rápida y refrescos es señal de un estatus social más alto y de movilidad ascendente: “El hecho de poder comer comida rápida se consideraba como un indicio de que la familia tenía una posición de clase media o alta”. Los adolescentes de las zonas rurales “soñaban” con comer pollo frito en restaurantes de comida rápida, y los adolescentes de los estratos económicos más pobres anhelaban consumir refrescos en las ocasiones especiales... Como motivos para comprar los refrigerios aducían el sabor (“es que sabe bien”), nociones acerca de las propiedades del alimento (“nos aporta energía”), y la presión de grupo y la aceptación social (“todos lo compramos”)¹⁰⁸.

Conclusión

Cada etapa de la infancia trae consigo necesidades nutricionales y conductas alimentarias específicas; y en cada una hay distintas influencias que configuran su alimentación. Pero los niños –ya sea porque no lactan de manera exclusiva en los primeros meses, o porque no consumen una alimentación diversa en los primeros años, o porque consumen demasiado azúcar, sal y grasas durante la adolescencia– no están consumiendo los alimentos que necesitan, y esto acarrea consecuencias para toda la vida. Las razones por las que los niños están malnutridos a distintas edades son reflejo de una combinación de factores de índole individual, familiar y social. Si ampliamos nuestra óptica de análisis con el fin de poder ver lo que hay después de cada etapa de la infancia, las causas múltiples de la malnutrición aparecen más claras. ■

Las razones por las que los niños están malnutridos a distintas edades son reflejo de una combinación de factores de índole individual, familiar y social

SECCIÓN ESPECIAL:

En qué consiste una alimentación saludable?

¿Qué deberían comer los niños? Es una pregunta sencilla, pero para muchos progenitores y cuidadores, e incluso para los propios niños, la respuesta no es fácil. La composición exacta de lo que constituye una alimentación saludable dependerá de cada contexto individual y local; pero el principio básico de una dieta sana es que contenga frutas y verduras, cereales integrales, fibra, nueces y semillas, y, durante la fase de alimentación complementaria, alimentos de origen animal. En la alimentación saludable se restringen los azúcares libres, los refrigerios y las bebidas azucaradas, las carnes procesadas, las grasas transaturadas y de producción industrial, y la sal¹⁰⁹.

En 90 países se han formulado directrices sobre la alimentación, a menudo basadas en las recomendaciones de organizaciones internacionales, que se concretan en consejos dietéticos claros y comprensibles que figuran también en la comunicación sobre la ayuda¹¹⁰. Sin embargo, con frecuencia estas directrices no se refieren específicamente a las distintas etapas de crecimiento del niño y se basan en recomendaciones que no están armonizadas a escala mundial. Asimismo, es difícil para los gobiernos establecer unas pautas claras en el cambiante contexto de los entornos alimentarios modernos, en que la los alimentos ultraprocesados y envasados cobran cada vez más presencia en la dieta diaria de los niños. Las recomendaciones sobre la alimentación pueden también politizarse, cuando los productores de alimentos ejercen presión porque las pautas que propone el gobierno instan al público a consumir menos sus productos. Existen muy pocos datos acerca de las dinámicas de ingesta nutricional y de consumo de alimentos a lo largo del tiempo, lo que también afecta a la formulación y a las actualizaciones de las directrices.

En la mayoría de las pautas nacionales sobre nutrición se recomienda una alimentación variada compuesta de cuatro o cinco categorías de alimentos:

- ▶ frutas y verduras (en una proporción de hasta el 50% de la alimentación diaria en muchos casos)
- ▶ cereales integrales y alimentos amiláceos
- ▶ proteínas y productos lácteos saludables y sin grasa
- ▶ un consumo limitado de azúcar, grasas y sal.

En todos los grupos de edad, el aporte calórico de los niños debe ser proporcional a su consumo de energía, con el fin de prevenir el sobrepeso y la obesidad. Aunque durante toda la infancia se impone la pauta común de seguir una alimentación

adecuada, existen unas recomendaciones específicas para la etapa que va desde el nacimiento hasta los 2 años de edad:

- ▶ Lactancia materna exclusiva desde la primera hora de vida hasta los 6 meses de edad, y continuación de la lactancia materna hasta los 2 años.
- ▶ A partir de los 6 meses se introducirán gradualmente alimentos complementarios nutritivos y adecuados para el niño (alimentos blandos, semisólidos y sólidos), con especial hincapié en una variedad amplia de alimentos ricos en hierro y en nutrientes, sin sal, azúcar ni grasas añadidas, como, por ejemplo, alimentos magros de origen animal (en especial los huevos, la carne, el pescado y los productos lácteos), frutas y hortalizas, y legumbres, nueces y semillas.

Los debates sobre nutrición y salud pública que tienen lugar en los medios de comunicación y entre los responsables de la formulación de políticas, a menudo están influenciados por las controversias, las modas y el cabildeo de grupos de interés empresarial, cuyos argumentos con frecuencia se basan solo vagamente en las pruebas científicas, en una interpretación errónea de las mismas o en su simplificación excesiva. Como consecuencia de ello puede “enturbiarse” la fiabilidad de las pruebas, debilitando la confianza de los responsables de la formulación de políticas a la hora de pasar a la acción. Las controversias acerca de los conflictos de intereses en la financiación de las investigaciones sobre nutrición, en especial cuando los fondos provienen de la industria alimentaria, han aumentado la confusión del público acerca de lo que constituye una dieta saludable. Por ejemplo, los estudios financiados por la propia industria en los que se investigan las repercusiones sobre la salud del consumo de bebidas azucaradas, son por sistema muchísimo más tendentes a llegar a conclusiones



Arroz cocido, vegetales, carne y fríjoles repartidos para los niños en pequeños recipientes en el “Baby Café” de Pandas, una aldea en el distrito de Klaten, provincia de Java Central. Padres y abuelos van todas las mañanas a este establecimiento, donde compran alimentos preparados por voluntarios de salud de la comunidad, que ayudan a mejorar la nutrición de los niños brindando información y asesoramiento a las madres. © UNICEF/UN04263/Estey

imprecisas o inválidas, en comparación con los estudios independientes¹¹¹. La falta de una financiación exenta de conflictos que favorezca la aplicación de directrices dietéticas e intervenciones nutricionales basadas en datos empíricos limita el amplio alcance que pueden tener estas medidas. En el pasado, las políticas y los programas de nutrición a menudo se basaban en la idea de que el “conocimiento” es el motor que impulsa el cambio de conductas, asumiendo que en virtud de la educación y las directrices dietéticas, el público tomaría decisiones más acertadas en materia de alimentación. Sin embargo, el conocimiento por sí solo no basta para mejorar la dieta, y se precisan políticas, cambios de conducta y estrategias ambientales de mayor alcance; sobre todo si se tiene en cuenta que gobiernos invierten poco en educación pública y en campañas de comunicación en comparación con lo que la industria alimentaria invierte en marketing. Los consumidores, aun disponiendo de información nutricional, pueden elegir productos comercializados que son menos saludables pero más sabrosos, menos costosos o más convenientes¹¹².

En años recientes, el Gobierno de Brasil ha emitido unas acertadas recomendaciones públicas sobre lo que la población come a diario y cómo. Examinando los datos existentes, los investigadores observaron que la gente cocinaba menos en casa y comía más alimentos procesados y empaquetados, lo que acarrea problemas nutricionales como el sobrepeso, la

obesidad y las enfermedades relacionadas con la alimentación. Según Carlos Monteiro, de la Universidad de Sao Paulo, cuyo Centro de Estudios Epidemiológicos en Salud y Nutrición ayudó a formular las directrices, “cuanta más gente usaba los productos listos para el consumo, más problemas tenían con la alimentación... las personas que conservan la costumbre de consumir platos recién preparados tenían la mejor alimentación. Y lo bueno es que esta gente no es la más rica. Sus ingresos son más bajos, y muchos de ellos viven en lugares aislados de Brasil”. Las directrices brindan orientación acerca de qué y cómo comer –a la vez que fomentan el hábito de cocinar y comer en casa y en compañía– siguiendo una “regla de oro”: preferir siempre los alimentos naturales o poco procesados y los platos y comidas recién hechos a los alimentos ultraprocesados^{113, 114}.

Aunque nuestra comprensión de lo que constituye una dieta saludable para los niños ha mejorado en los últimos años, sigue habiendo deficiencias a la hora de establecer la ingesta óptima para los niños de determinadas edades y para los que viven en regiones geográficas y entornos alimentarios distintos. Si logramos profundizar en los conocimientos gracias a la financiación y la investigación, podremos formular recomendaciones dietéticas mejores que se basen en datos empíricos y aplicar a gran escala intervenciones nutricionales eficaces. ■



PERSPECTIVA

En las zonas rurales de Tanzania, las mujeres abordan la nutrición infantil desde su comunidad

Scholastica Nguli,
Fundadora de la
Organización de
Rondo para el
Desarrollo de la
Mujer, Tanzania

En África, los pueblos remotos de las zonas rurales suelen ser sinónimo de pobreza y malnutrición, pero no es el caso de la pequeña aldea de Rondo, al sureste de Tanzania, donde las mujeres simplemente se han negado a ver a sus hijos sufrir o morir a causa del retraso en el crecimiento. En lugar de eso, han educado a sus comunidades para que adopten un estilo de vida que les permita comer de manera saludable, y caminan hasta 7 kilómetros para visitar casa por casa a las familias o dar charlas en centros de salud en los que suelen congregarse mujeres. Son ellas las que han asumido el mando de estas actividades con el fin de cambiar vidas; actividades que compaginan con tareas cotidianas como labrar la tierra, recoger leña, preparar la comida para sus familias y cuidar a sus hijos.

Dado que la falta de concienciación sobre la lactancia materna es uno de los factores que explican el problema de la malnutrición infantil en la zona de Rondo, la Organización para el Desarrollo de las Mujeres de Rondo (ROWODO) decidió difundir sus conocimientos en los centros de salud por medio de visitas a familias y encuentros públicos, con el fin de garantizar que la nutrición ocupe un puesto prioritario en la agenda y, sobre todo, erradicar el hambre, conseguir la seguridad de los alimentos, mejorar la nutrición y promover una agricultura sostenible.

ROWODO se enfrenta a una serie de obstáculos que dificultan los esfuerzos para poner fin

a la malnutrición. El primero son las creencias culturales. La mayoría de las comunidades de Rondo dejan la lactancia materna poco después de que nazca el niño y tiran la leche materna porque creen que es peligrosa para los bebés. Esto impide al bebé obtener importantes vitaminas de la primera leche de su madre nada más nacer.

Otro obstáculo es la desigualdad de género. Dado que casi ningún hombre participa en las tareas domésticas, las madres asumen una enorme carga de trabajo: ir al pozo a recoger agua, ir al bosque a recoger leña, preparar la comida para la familia y limpiar la casa. Como resultado, las madres están tan ocupadas que la alimentación del bebé se ve afectada negativamente.

Por otro lado, está el problema de dar a los niños alimentos distintos a la leche materna antes de cumplir seis meses de vida. Muchas mujeres piensan que, cuando un niño llora repetidamente, es porque tiene hambre y la leche materna no le satisface por completo. Así, comienzan a darle una crema de avena que preparan con harina de mandioca, que no es adecuada para ellos. Muchas familias también acuden a curanderos tradicionales en lugar de al hospital cuando sus hijos están enfermos. Esto agrava la malnutrición y dispara los crecientes índices de mortalidad entre niños menores de 5 años.

Scholastica Nguli, fundadora de la Organización para el Desarrollo de las Mujeres de Rondo (ROWODO) trabaja desde 2011 para reducir las muertes infantiles ocasionadas por la malnutrición en Rondo, región de Lindi, Tanzania. ROWODO forma parte de la Alianza para la Nutrición de Tanzania (PANITA), un conjunto de 300 organizaciones de la sociedad civil.



© UNICEF/UNI197919/Schermbrucker

Con el fin de combatir la malnutrición en la zona de Rondo, ROWODO:

- ▶ educa a las madres, ya sea de manera personal visitando a las familias o impartiendo charlas en clínicas de maternidad, acerca de la importancia de la lactancia materna exclusiva después del parto y, como mínimo, hasta que el bebé tiene seis meses de edad.
- ▶ enseña a madres y padres los riesgos de dar a los bebés menores de seis meses alimentos distintos a la leche de su madre.
- ▶ ofrece información sobre la importancia de alimentar a los niños de hasta dos años con alimentos ricos en nutrientes, como mandioca, lentejas, frijoles y cereales como el mijo, cultivados localmente.
- ▶ derriba viejos mitos, como el que dice que una mujer embarazada no debería comer huevos.

Las mujeres de Rondo se han convertido en un ejemplo al emprender medidas en un momento en el que la mayor parte de la sociedad esperaba que fuese el gobierno el que combatiera la malnutrición por sí solo. A menudo, las comunidades consideran la malnutrición un problema demasiado grande y creen que la solución no está en sus manos. Sin embargo, la acción de las mujeres de Rondo demuestra que existen soluciones al alcance de las comunidades para acabar con la malnutrición.

Todas las intervenciones cuentan, ya sea amamantar, lavarse las manos antes de comer, mantener un ambiente limpio o beber agua limpia y salubre. No hay un enfoque específico que las comunidades deban adoptar para poder conseguir un cambio significativo. El ejemplo de Rondo es una muestra de que la acción colectiva surte un gran efecto para poner fin a la malnutrición en una comunidad.



03 LA MALNUTRICIÓN EN UN MUNDO EN TRANSFORMACIÓN

La globalización, la urbanización, las perturbaciones climáticas y las emergencias están empeorando las perspectivas nutricionales de millones de niños pobres y excluidos. Para muchos, la falta de acceso a alimentos nutritivos, seguros, asequibles y sostenibles se ve agravada por la amenaza de las enfermedades causadas por la mala calidad del agua y el saneamiento. Se requiere una transformación en materia de nutrición para que estos niños tengan la oportunidad de alcanzar su potencial y para ayudar a poner fin a la perpetuación de la pobreza a lo largo de las generaciones.



- La globalización ha cambiado todo, desde la recolección de cosechas hasta la exhibición de alimentos en los supermercados. El 77% de las ventas de alimentos procesados en todo el mundo están controladas por sólo 100 grandes empresas.



- Para 2050, el 70% de los adolescentes del mundo vivirán en las ciudades, estarán más expuestos a la comercialización de alimentos poco saludables y serán más vulnerables a las enfermedades relacionadas con la alimentación.



- Si no se toman medidas, es probable que las generaciones futuras se enfrenten a una mayor inseguridad alimentaria y a la malnutrición provocada por el cambio climático.

Debido a la pobreza y la exclusión, los niños más desfavorecidos son los que corren mayor riesgo de sufrir todas las formas de malnutrición

Introducción

Tanto en el medio urbano como en el rural, la alimentación de mala calidad pone en peligro la supervivencia, el crecimiento físico, el desarrollo cerebral y el potencial de vida de los niños pobres y excluidos, perpetuando

los ciclos intergeneracionales de desventaja. Incluso en un mundo en constante cambio, esto es tan cierto hoy como lo era hace varias décadas.

Es innegable que el mundo ha cambiado. Un número cada vez mayor de datos en materia nutricional –sobre la importancia de la nutrición de la madre antes y durante el embarazo, la alimentación exclusiva con leche materna, la diversificación alimentaria del bebé, y las prácticas adecuadas de cuidado e higiene en la primera infancia– están aportando ideas cruciales para allanar el camino a una buena nutrición desde los primeros 1.000 días de vida y en la niñez, la adolescencia, la edad adulta y a través de las nuevas generaciones.

La globalización, la urbanización no planificada y las perturbaciones climáticas también están produciendo cambios positivos y negativos en la alimentación, y estos cambios están moldeando las opciones y las decisiones de las familias respecto de sus hábitos alimentarios. Quienes pueden permitírselo tienen mayor acceso a alimentos diversos y nutritivos; sin embargo, esta ventaja está fuera del alcance de muchísimas otras personas. Debido a la pobreza y la exclusión, los niños más desfavorecidos corren un riesgo mayor de sufrir de todas las formas de malnutrición y, por lo tanto, de contraer distintas enfermedades no transmisibles.

Una nueva ciencia

Una alimentación nutritiva es *necesaria* para que los niños crezcan bien, pero no es *suficiente*. En todo el mundo, la diarrea y otras enfermedades afectan adversamente la nutrición de decenas de millones de niños, al igual que algunas condiciones que se comprenden menos, como la inflamación crónica del intestino. Cada vez hay más pruebas de

que una alimentación deficiente está perjudicando la flora intestinal de los niños, lo que aumenta su riesgo de contraer infecciones, y de que los ciclos intergeneracionales de la malnutrición también pueden deberse tanto al peso inferior al normal como al sobrepeso de la madre.

Un conocimiento más profundo de temas como la higiene y el saneamiento, el microbioma y la epigenética, podría ayudar a prevenir enfermedades y favorecer los resultados nutricionales desde los primeros 1.000 días hasta la edad adulta.

Higiene y saneamiento

La malnutrición es la causa del 45% de las muertes de niños menores de 5 años. La diarrea es particularmente mortal cuando los niños están desnutridos; de hecho, en 2016 causó la muerte de más de 700 niños menores de 5 años todos los días¹. La mayoría de los casos se originaron debido al consumo de agua no potable y alimentos contaminados en el hogar, o a la contaminación fecal procedente de aves de corral y ganado. El saneamiento deficiente contribuye a la propagación de enfermedades infecciosas y lombrices intestinales, y propicia el desarrollo de condiciones como la disfunción entérica ambiental.

Nuestra comprensión del papel que desempeñan la higiene y el saneamiento en la malnutrición está evolucionando. Por ejemplo, investigaciones recientes sugieren que, para proteger a los niños contra el retraso en el crecimiento, es necesario que los niveles de higiene y saneamiento sean mucho más altos de lo que se creía anteriormente: “Según el pensamiento convencional, mejorar el acceso a los alimentos y educar a las familias en el tema de la higiene serviría para prevenir la malnutrición infantil; sin embargo, estas intervenciones siguen fallando”, dijo el autor principal de un estudio que se efectuó en zonas rurales de Gambia⁷. “Es necesario que las prácticas de higiene mejoren significativamente para que los niños crezcan de manera apropiada. Las comunidades necesitan mejores condiciones de vida y tener acceso en sus hogares a agua limpia transportada por tubería. Estas conclusiones deben

RECUADRO 3.1 | Determinantes de la malnutrición materna e infantil

Cuando los niños y las mujeres se alimentan bien, todos se benefician. Una alimentación nutritiva, segura y diversa permite que los niños tengan un desarrollo físico y cognitivo sano, un buen rendimiento escolar y una vida saludable.

Para que los niños se alimenten bien en todas las etapas del crecimiento, la comida no solo debe ser de buena calidad, estar disponible constantemente y ser accesible y asequible. También se requiere que sus familias cuenten con los recursos necesarios, entre ellos, dinero y conocimientos sobre lo que significa una dieta saludable y cómo proporcionarla a los niños. Necesitan apoyo para afrontar las dificultades

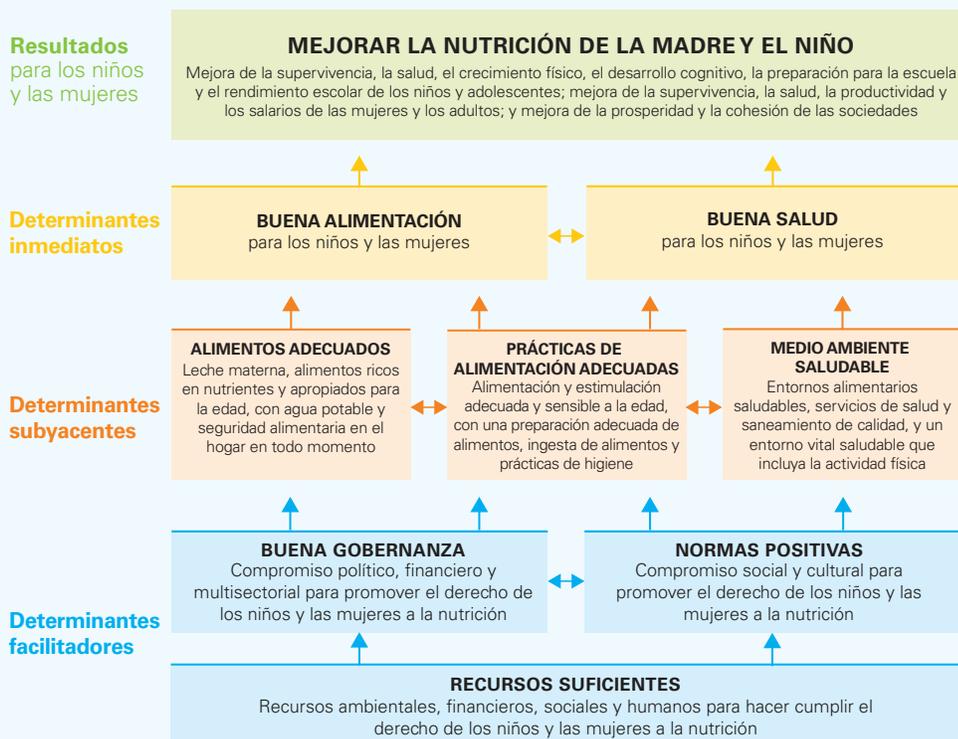
económicas y la presión del tiempo, y tener acceso a servicios de salud de calidad y a un entorno sano, libre de enfermedades y condiciones insalubres.

La alimentación de los niños también depende de fuerzas más amplias, como el compromiso político, las prioridades económicas y las normas sociales.

Para comprender mejor y poder abordar estos desafíos complejos y de gran alcance, UNICEF elaboró el Marco Conceptual de los Determinantes de la Nutrición Materna e Infantil de 2020. Basado en el marco de UNICEF de 1990 sobre las causas de la malnutrición infantil, reconoce el carácter múltiple y cambiante de la malnutrición

materna e infantil, e incorpora nuevos conocimientos sobre sus causas.

El Marco Conceptual hace una descripción positiva de lo que contribuye a mejorar la nutrición de la madre y el niño y a prevenir todas las formas de malnutrición en los niños, los adolescentes y las mujeres. Proporciona claridad conceptual sobre los factores determinantes habilitantes, subyacentes e inmediatos de la nutrición de la madre y el niño, y sobre los resultados que se generan de la mejora de la nutrición de los niños, los adolescentes y las mujeres (véase la figura 3.1). El Marco orienta la Estrategia Mundial de UNICEF sobre Nutrición Materna e Infantil 2020-2030. ■



La alimentación de los niños también está determinada por el compromiso político, las prioridades económicas y las normas sociales



Dos niños se lavan las manos en un campamento de refugiados en Betou, República del Congo.
© UNICEF/UN0327817/Diefaga

reorientar las prioridades y los esfuerzos de los gobiernos, a fin de que las comunidades cuenten con viviendas sustancialmente mejores y puedan acceder con más facilidad a agua apta para el consumo⁸”.

Seguridad alimentaria

La contaminación de los alimentos –ya sea por el medio ambiente o por microorganismos– tiene graves consecuencias para la salud infantil. Los lactantes y los niños pequeños son especialmente

vulnerables a esta clase de riesgos porque su sistema metabólico se está desarrollando y la maduración de los órganos más importantes es susceptible a sufrir alteraciones irreversibles⁹. La medida preventiva más eficaz para los lactantes, que son especialmente vulnerables a las enfermedades transmitidas por los alimentos y el agua, es la lactancia materna.

Los parásitos, los virus y las bacterias –como *Salmonella* y *E. coli*– habitan de forma natural en las superficies de los alimentos crudos y pueden causar graves enfermedades. Cuando no se observan

RECUADRO 3.2 | Disfunción entérica ambiental

Los efectos nocivos de la diarrea aguda sobre la salud son bien conocidos, pero en poblaciones por lo demás sanas, y en otras donde las intervenciones han logrado reducir los casos de diarrea, muchos niños aún no alcanzan un crecimiento normal². Aunque se desconoce la causa exacta de esta falla en el crecimiento, existe un gran interés en el posible papel que desempeña la disfunción entérica ambiental.

Este trastorno subclínico produce inflamación de los intestinos por la exposición crónica a patógenos fecales, reduciendo la capacidad del organismo para absorber los nutrientes. Tiene una relación profunda con el retraso en

el crecimiento y la carencia de hierro³. Su prevalencia es muy alta entre quienes viven en condiciones de pobreza⁴. Sus marcadores biológicos se asocian con altos niveles de retraso en el crecimiento⁵ y se encuentran en niños que viven en entornos domésticos insalubres.

La disfunción entérica ambiental también podría ser una de las causas del desarrollo cognitivo deficiente y el bajo rendimiento escolar en los niños. Un estudio longitudinal que se llevó a cabo en ocho países de bajos y medianos ingresos encontró una asociación entre un mayor número de infecciones entéricas y puntuaciones cognitivas más bajas a los 2 años, independientemente de la diarrea⁶. ■

buenas prácticas de higiene, como el lavado habitual de las manos con jabón, la manipulación inadecuada de los alimentos en el momento de prepararlos o almacenarlos puede provocar la transmisión de enfermedades a través de los alimentos.

Las repercusiones de la contaminación del agua, el aire y el suelo, y de la exposición a los antibióticos y los pesticidas, han sido bien documentadas en los últimos años y, sobre todo en los países de altos ingresos, han dado lugar a la demanda de alimentos orgánicos y libres de pesticidas. Investigadores y la comunidad científica también están examinando los efectos de la exposición a los aditivos para alimentos y a determinadas sustancias que entran en contacto con ellos a través de los empaques, como el plástico.

El microbioma

A menudo llamado “el segundo cerebro” del organismo, la microbiota intestinal ha sido motivo de numerosas investigaciones y creciente atención en los últimos años. Cada vez hay más claridad sobre sus poderosos efectos en la salud física y mental, y sobre su contribución al mejoramiento de las funciones del sistema inmunológico.

En nuestros organismos habitan billones de microbios que ejercen una función crucial en la nutrición y el crecimiento saludable. Estos diminutos

huéspedes intestinales no solo metabolizan los alimentos que consumimos e influyen en nuestro peso y desarrollo cognitivo¹¹; también fortalecen nuestros sistemas inmunológicos. Incluso predicen nuestra vulnerabilidad a determinadas enfermedades, como la obesidad¹².

Cuando el niño tiene 3 años, la mayor parte del microbioma ya se ha establecido para toda su vida¹³. Sigue siendo objeto de debate si el microbioma empieza a desarrollarse durante el embarazo o el parto, pero las primeras horas, días y años de vida son críticos. En el momento de dar a luz, los microbios del canal del parto y la vagina pasan al bebé, induciendo una importante respuesta inmunológica. La lactancia materna y el contacto piel a piel a partir de la primera hora ayudan a crear un microbioma saludable. La leche materna contiene proteínas, oligosacáridos de la leche humana y probióticos que mejoran la salud y el desarrollo cerebral. De la leche materna se dice que es “probablemente la medicina personalizada más específica que el niño puede recibir, en momentos en que la expresión genética se está ajustando para toda la vida¹⁴”.

Algunos factores como la exposición a los antibióticos (en el útero o en los primeros años de vida), el parto por cesárea,

La contaminación de los alimentos tiene graves consecuencias para la salud de los niños

Los microbios comunican al cuerpo, por medio del eje cerebro-intestinal, si necesita algún tipo de alimento

las leches de fórmula y la falta de primeros alimentos diversificados alteran el establecimiento del microbioma y pueden resultar perjudiciales para la nutrición y la salud¹⁵, por ejemplo, haciendo al niño más vulnerable a las alergias y el asma¹⁶.

Incorporar a la alimentación de los bebés alimentos diversificados después de los 6 meses de edad aporta variedad bacteriana que ayuda a digerir la fibra, el almidón y las proteínas. Una dieta más diversa contribuye a que el microbioma realice un mayor número de funciones metabólicas. Las dietas basadas principalmente en productos vegetales ricos en fibra y proteína generan microbiomas sanos.

De igual modo, consumir alimentos procesados con alto contenido de azúcar, sal, grasas y aditivos afecta al microbioma de formas que pueden propiciar la obesidad, la diabetes y la enfermedad intestinal inflamatoria¹⁷. Así, por ejemplo, algunos aditivos en alimentos como la mayonesa y el helado rompen la barrera protectora de mucus intestinal que separa los microbios del recubrimiento del intestino y producen proteínas que lo inflaman¹⁸.

El microbioma también influye en la elección de nuestros alimentos. Algunas investigaciones muestran que los microbios se comunican con el cerebro y le informan al organismo, por medio del eje cerebro-intestinal, si necesita algún tipo de alimento. Esto podría comenzar incluso con la lactancia materna, cuando las necesidades del bebé se transmiten a la madre mediante el contacto entre la saliva y el pezón en un bucle de retroalimentación¹⁹.

Todavía queda mucho por aprender acerca de la función y el desarrollo del microbioma durante los primeros años. Por ejemplo, se sabe poco sobre la microbiota intestinal de los niños en los primeros dos años de vida en los países de bajos y medianos ingresos. También se precisan más investigaciones sobre los vínculos entre los microbiomas de las madres durante el embarazo y el parto, y el retraso en el crecimiento de los lactantes²⁰.

Ciclos intergeneracionales de malnutrición

La salud y la condición nutricional de la madre son esenciales para determinar la condición

RECUADRO 3.3 | Aditivos

Según se ha calculado, en los Estados Unidos se permite la presencia de 10.000 químicos en los alimentos y en sus envoltorios, a pesar de que existen lagunas considerables respecto de la seguridad de estas sustancias químicas. La Academia Americana de Pediatría publicó en 2018 una declaración de política pidiendo reformar la manera en que se regulan los aditivos alimentarios. En la declaración se destacó la preocupación que suscitan el bisfenol A (BPA), los ftalatos, las sustancias perfluoroalquilas, el perclorato, los colorantes artificiales para los alimentos, y los nitratos/nitritos, debido a sus relaciones con alteraciones endocrinas, con el trastorno por déficit de

atención e hiperactividad, y con algunas condiciones crónicas como el cáncer, la diabetes tipo 2 y la obesidad.

Además de recomendar que se practiquen mejores pruebas, se subsane la carencia de datos y se etiqueten los aditivos, la Academia Americana de Pediatría recomienda disminuir la exposición a ellos consumiendo más frutas y hortalizas frescas o congeladas, evitando las carnes procesadas, recurriendo al lavado de las manos con jabón antes de manipular los alimentos, lavando las frutas y las hortalizas, y evitando poner artículos de plástico en el horno de microondas y en el lavavajillas.¹⁰ ■

RECUADRO 3.4 | Epigenética

La epigenética es el estudio de los cambios en los organismos producidos por modificaciones en la expresión genética. Es un cambio en el *fenotipo* (rasgos físicos y bioquímicos observables) sin cambio en el genotipo (composición genética heredada de una célula, por ejemplo, el ADN). En otras palabras, el entorno o estilo de vida de una persona puede cambiar los genes que se expresan o no en su secuencia de ADN, y ese cambio puede transmitirse a los hijos.

Así, por ejemplo, la deficiencia de micronutrientes de la madre puede alterar el metabolismo del feto y el desarrollo

de sus órganos, dando lugar a cambios epigenéticos en el niño. Esta adaptación epigenética pone a los niños en mayor riesgo de sufrir de sobrepeso u obesidad en la infancia, así como de padecer enfermedades crónicas en la edad adulta, como obesidad, cardiopatía coronaria, derrame cerebral y diabetes tipo 2²².

¿Cómo ocurre esto? Dicho de manera sencilla, el bebé de una madre desnutrida “espera” un mundo pobre en nutrientes. No obstante, si recibe una alimentación alta en calorías (y baja en nutrientes), esto predispone al bebé a padecer algunas formas de enfermedad²³. ■

nutricional de su hijo (*véase el capítulo 2*). Tanto la desnutrición como el sobrepeso de la madre afectan al desarrollo de su hijo, incluyendo el desarrollo del metabolismo, “y alimentan un ciclo intergeneracional de malnutrición²¹”. Es preciso realizar muchas más investigaciones sobre los complejos efectos de la nutrición materna –y paterna– en los niños, especialmente en campos nuevos, como la epigenética.

Ante las crecientes tasas mundiales de obesidad, se está prestando cada vez más atención a los efectos negativos del sobrepeso y la diabetes maternos en la salud y la nutrición de la madre, su hijo y las futuras generaciones²⁴. Hoy en día, el sobrepeso de la madre²⁵ es el factor de riesgo más común del embarazo²⁶.

La asociación entre el sobrepeso de la madre y el riesgo de enfermedad metabólica en el hijo es muy fuerte a lo largo de la vida. Estudios de todo el mundo han mostrado una asociación entre el sobrepeso materno y el sobrepeso en la siguiente generación a los 21, 32 e incluso –según el Estudio de Cohorte de Nacimiento de Helsinki– a los 62 años. El mismo estudio encontró vínculos entre el sobrepeso materno y el funcionamiento físico y psicosocial de los hijos en la edad adulta tardía^{27, 28}.

Al mismo tiempo, ejemplos de rápidas mejorías luego de abordar la malnutrición –en Japón, la República de Corea y, más recientemente, en el Brasil²⁹ y el Perú³⁰– revelan que la condición nutricional puede mejorar considerablemente incluso dentro de una sola generación. Un estudio que se llevó a cabo en 2013 con niños del Brasil, los Estados Unidos, Ghana, India, Noruega y Omán cuyas edades no sobrepasaban los 2 años concluyó también que, con unos cuidados y una nutrición apropiados, los hijos de padres cuyas condiciones nutricionales eran adversas también pueden alcanzar una estatura óptima³¹. Para que esto suceda, las mujeres y las niñas –y, sobre todo, las madres adolescentes– necesitan apoyo y orientación en materia de nutrición antes del embarazo, para su propio bienestar y para no perder la ventana de oportunidad que representan los primeros 1.000 días de vida.

Globalización

La globalización –el flujo de bienes, tecnologías, información, capitales y más a través de las fronteras nacionales– ha llegado hasta los sistemas alimentarios.

Tanto la desnutrición materna como el sobrepeso alimentan el ciclo intergeneracional de la malnutrición

SECCIÓN ESPECIAL

Las niñas y las mujeres necesitan un mayor apoyo para mejorar la nutrición

Como cuidadoras principales, la función de las mujeres es crucial para que los niños se alimenten bien; no obstante, demasiadas mujeres están excluidas de la toma de decisiones. Contraen matrimonio y quedan embarazadas cuando son todavía niñas, son víctimas de la discriminación intrafamiliar y la violencia doméstica, ven restringidas su educación y sus oportunidades laborales, y las leyes sexistas limitan su acceso a la tierra y a la financiación. Además, demasiadas niñas y mujeres luchan contra su propia desnutrición.

La mala alimentación acentúa los desequilibrios de género porque reduce la capacidad de aprendizaje, aumenta los riesgos para la salud reproductiva y materna y disminuye la productividad. Estas consecuencias perpetúan los ciclos intergeneracionales de malnutrición e inequidad. Así, los hijos de madres desnutridas tienen más probabilidades de presentar retraso en el crecimiento, deficiencias cognitivas y debilidad del sistema inmunológico, y están más expuestos a enfermar y morir.

Las niñas adolescentes son especialmente vulnerables a la malnutrición porque están atravesando la etapa de más rápido crecimiento desde sus primeros años de vida. Con la menstruación, sus organismos requieren más hierro. El embarazo en la adolescencia –una de las principales causas de mortalidad materna e infantil– conlleva riesgos particulares, pues las niñas no han terminado de crecer y el feto puede competir por los nutrientes.

Las mujeres son más vulnerables a la carencia de micronutrientes, en especial a la anemia por deficiencia de hierro. Esta necesidad insatisfecha de hierro se relaciona con una mayor probabilidad de vivir en condiciones de pobreza y de carecer de poder y acceso a recursos. Las madres desnutridas corren grandes riesgos, entre ellos, el debilitamiento del sistema inmunológico, la probabilidad de morir durante el parto, la disminución de la productividad y

de la capacidad para generar ingresos, y una mayor dificultad para cuidar a sus familias.

Cuando a las niñas y a las mujeres se les niega el derecho a la alimentación, la nutrición y la salud, los niños, las familias, las comunidades y las economías sufren. Pero cuando se les capacita para alcanzar niveles educativos más altos, controlar más ingresos, llevar activos al hogar y tomar decisiones, la nutrición mejora y todos se benefician, lo que pone en marcha un ciclo virtuoso.

Las mujeres soportan una carga de trabajo desproporcionada. Aunque es más probable que se desempeñen como trabajadoras familiares no remuneradas o en el sector informal que los hombres, las mujeres representan casi el 40% de la fuerza laboral formal del mundo¹¹⁵. Sin embargo, casi en todas partes, las madres siguen siendo prácticamente las únicas responsables de la alimentación y el cuidado de los niños.

Al asumir las madres cada vez más nuevas funciones –como empresarias, académicas y líderes comunitarias, entre otros–, muchas deben abordar la pobreza de tiempo. Las exigencias en tiempo y energía que les exigen sus múltiples funciones pueden convertir la alimentación de los hijos, y de ellas mismas, en un reto estresante e, incluso, en una tarea imposible. Sin el apoyo de la pareja o de



Chantal, una recolectora de té en la plantación Rutsiro de Rwanda, tiene cuatro hijos. Antes de que la plantación contara con un centro para el desarrollo de la primera infancia, Chantal cargaba en su espalda a su hija, Umuhoza, que actualmente tiene 3 años, durante toda la jornada laboral. “Era muy incómodo recoger té mientras cargábamos a nuestros hijos. También éramos poco productivos porque teníamos que detenernos a cuidarlos y darles el pecho. Sabíamos que no les estábamos ofreciendo las mejores oportunidades, pero no podíamos hacer otra cosa. Cuando construyeron el centro nos quedó más tiempo. Ahora, nuestros hijos están bien y somos más productivos”. En 2017, UNICEF Rwanda se asoció con la Junta Nacional de Desarrollo de las Exportaciones Agrícolas, a fin de convertir las plantaciones y las fábricas de té en entornos más favorables a la familia. Esto incluye licencia de maternidad remunerada y pausas para la lactancia materna, horarios laborales flexibles para los nuevos padres, y opciones asequibles de cuidado de los niños. © UNICEF/UN0308986/Rudakubana

la red familiar –y sin acceso a alimentos asequibles y saludables–, la comida rápida y los alimentos procesados muchas veces son la solución.

En este mismo sentido, cuando en los lugares de trabajo no existen disposiciones sobre la lactancia materna ni hay políticas nacionales vigentes a este respecto, las madres no pueden amamantar exclusivamente a sus hijos o continuar la lactancia. A pesar de que existen tres convenios de la OIT sobre protección de la maternidad –el primero data de hace 100 años–, la adopción de políticas de apoyo a la lactancia materna ha avanzado lentamente en la mayoría de los países.

Para abordar este problema es necesario elevar la condición social de la mujer y reforzar su autonomía y su poder de decisión. Se requiere que las niñas asistan a la escuela durante más tiempo para que adquieran independencia y logren mejores medios de vida. También se debe invertir en la nutrición y la salud de las niñas

adolescentes y las mujeres, prestando especial atención a los períodos de preembarazo, embarazo y lactancia.

Para poder tomar decisiones correctas en materia de nutrición, las mujeres y las madres deben contar con información adecuada, asesoramiento, apoyo y acceso a alimentos nutritivos, seguros, asequibles y sostenibles. También necesitan políticas de protección a la maternidad para que en los lugares de trabajo se apoye la lactancia materna exclusiva y continuada, y la licencia parental adecuadamente remunerada. La recomendación de un estudio reciente es que la licencia remunerada tenga una duración de seis meses como mínimo, a fin de obtener los mejores resultados tanto para las madres como para sus hijos (esto se ajusta a la duración recomendada por la OMS para la lactancia materna exclusiva)¹¹⁶. Las políticas de licencia parental equitativa en función del género que alientan a los padres a utilizarla también se asocian con menos estrés familiar, participación más activa en la crianza de los hijos y relaciones más estables. ■

100 grandes empresas controlan el 77% de las ventas mundiales de alimentos procesados

La globalización ha cambiado todo, desde la cosecha de los cultivos hasta la forma en que los alimentos se exhiben en los supermercados y lo que comen los niños.

han formado parte de los acuerdos comerciales mundiales. La consecuencia es que los sistemas alimentarios ahora están expuestos a fuerzas empresariales que han modificado la disponibilidad, los precios y la comercialización de los alimentos.

Por una parte, las familias que pueden permitírselo tienen acceso a una mayor disponibilidad y diversidad de alimentos: quinua, kimchi o fresas durante todo el año. Por otra parte, con la expansión de la comida rápida y los alimentos ultraprocesados, y con el impacto de la comercialización, las empresas multinacionales y transnacionales están haciendo que resulte cada vez más difícil que los niños se alimenten bien.

Aunque hay millones de agricultores, productores de alimentos y consumidores, el número de grandes procesadores y comercializadores es escaso; en efecto, apenas 100 grandes empresas controlan el 77% de las ventas mundiales de alimentos procesados³².

El auge mundial de los supermercados, las tiendas multiservicio y las cadenas de comida rápida refleja cambios tanto en la demanda por parte de los consumidores, como en el suministro de alimentos con bajo contenido de nutrientes a los consumidores, incluyendo a los niños y sus cuidadores. Hace 25 años, el suministro de los alimentos tendía a estar bajo el control de los gobiernos nacionales, que daban prioridad a la seguridad alimentaria. Sin embargo, desde mediados de la década de 1990, los alimentos

Como hizo notar el Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición en su informe de 2017: “La concentración progresiva de gran parte del poder económico en manos de las empresas transnacionales de alimentos durante las últimas décadas ha limitado el campo de acción de las políticas nacionales y el poder político de los gobiernos locales y nacionales. A su vez, esto ha reducido la capacidad de los gobiernos para proteger y promover el derecho de sus pueblos a una alimentación adecuada³³”. El mismo informe señala que “entre los más afectados por los sistemas alimentarios injustos y disfuncionales, y por los entornos alimentarios

RECUADRO 3.5 | Alimentos ultraprocesados

El procesamiento de los alimentos no es en sí mismo indeseable. Muchos alimentos populares, tradicionales y nutritivos son “procesados” –piénsese en el trigo y la fruta seca, o en la elaboración del yogur. Sin embargo, el procesamiento de los alimentos no siempre es igual, y los especialistas en nutrición suelen distinguir entre alimentos “procesados” y “ultraprocesados”. Estos últimos se han definido como “formulaciones industriales”³⁶ que no contienen alimentos enteros –o que contienen muy pocos–, sino sustancias extraídas de alimentos enteros, como “aceites y grasas hidrogenados, harinas y almidones, variantes del azúcar, y partes o restos baratos de alimentos de origen animal, generalmente de escaso valor nutricional en comparación con el alimento entero original”³⁷. Estos

alimentos son hipercalóricos, con un alto contenido de grasas, azúcar y sodio, y bajo contenido de fibra y micronutrientes –piénsese en las hamburguesas, los *nuggets*, las galletas y las bebidas azucaradas.

No es fácil evitar los alimentos ultraprocesados, ni están hechos para un consumo moderado. Por sus altos niveles de grasa, azúcar, sal y otros saborizantes, muchos alimentos de este tipo son muy sabrosos y producen una sensación de satisfacción en el paladar. Además, por la fuerte comercialización de que son objeto –a menudo dirigida a los niños (véase el capítulo 4)– y su amplia disponibilidad, es fácil entender por qué los productos ultraprocesados desplazan a los alimentos frescos o mínimamente procesados. ■

insalubres, se cuentan los consumidores de bajos ingresos, los pobres de los ámbitos rural y urbano, los minifundistas, los agricultores de subsistencia y los pueblos indígenas³⁴”.

En cuanto a la demanda, fuerzas económicas y climáticas están induciendo a la gente a trasladarse a los centros urbanos, donde la forma de vida, las presiones socioculturales y la comercialización están modificando el régimen alimentario (*véase "Urbanización" más adelante*). Por ejemplo, la creciente disponibilidad y participación en el mercado de los alimentos ultraprocesados representa una tremenda pérdida para los mercados de alimentos tradicionales, los pequeños agricultores y las poblaciones rurales que no pueden competir con los grandes negocios y las cadenas de supermercados. En algunos casos, esto impulsa a las familias rurales a trasladarse a las zonas urbanas en busca de mejores medios de vida.

Para algunos niños, este traslado representa un mayor acceso a la enseñanza, a los servicios de salud y a una alimentación diversificada. Pero para otros niños, la vida urbana conlleva riesgos alimentarios (mayor exposición a grasas, azúcar, sal, etc.), sedentarismo, contaminación ambiental, y una vida en condiciones de insalubridad y hacinamiento.

Los alimentos ultraprocesados ocupan un lugar preponderante en la globalización de los mercados de alimentos. Cuando los mercados en los países de altos ingresos alcanzan un cierto grado de madurez, las empresas mundiales o transnacionales de alimentos y bebidas buscan nuevos mercados en los países de bajos y medianos ingresos, incluyendo a África Subsahariana, que representa una “oportunidad increíble”, como dijo el dueño de un negocio de comida rápida³⁵.

Una calle llena de puestos de comestibles en Freetown, Sierra Leona. © UNICEF/UN072187/Phelps



La falta de espacios públicos lleva a los niños hacia los establecimientos de comida rápida

Muchas de estas empresas se enfocan en productos ultraprocesados porque son altamente rentables gracias a su bajo costo de producción, su larga vida útil y su alto valor de venta al por menor. El resultado es que estos alimentos se encuentran ahora casi en todas partes, inclusive

en zonas aisladas de Etiopía y Nepal, donde no es fácil encontrar hortalizas, frutas y pescado³⁸.

Algunos expertos han argumentado que como las cadenas de distribución de las empresas transnacionales de alimentos actualmente llegan a zonas rurales lejanas, la urbanización ya no es el factor principal que determina si las personas, incluidos los niños, tienen acceso a alimentos poco saludables³⁹.

Un análisis reciente de las tendencias mundiales del índice de masa corporal medio segregado por zonas rurales y urbanas entre 1985 y 2017 reveló que, en las regiones de bajos y medianos ingresos (y a excepción de las mujeres en África Subsahariana), este índice está aumentando entre los adultos al mismo ritmo, o más rápidamente, en las zonas rurales que en las ciudades. Según los autores, esto podría tener varias explicaciones: menos energía invertida en el trabajo diario y en las tareas domésticas y, con el aumento de los ingresos y la mayor disponibilidad de productos alimentarios ricos en grasa, sal y azúcar, un mayor consumo de calorías de baja calidad⁴⁰, es decir, lo que se ha denominado “la urbanización de la vida rural⁴¹”.

Urbanización

Desde mediados del siglo XX, la proporción de la población mundial que vive en las ciudades ha pasado del 30% a más del 50%. Esta tendencia sigue en aumento, afectando considerablemente a los niños y los jóvenes. En 2009, cerca de la mitad de los adolescentes de todo el mundo vivían en centros urbanos y se prevé que, para 2050, la proporción se habrá elevado al 70%⁴².

Se suele pensar que los cambios en los hábitos alimentarios se producen primero en las zonas urbanas, así como los consiguientes resultados en materia nutricional y el aumento de las enfermedades no transmisibles⁴³. Una razón es el cambio en el estilo de vida y el entorno. En comparación con las personas que viven en el medio rural, quienes residen en las zonas urbanas dependen menos de los carbohidratos almidonados y tienden a consumir más carne y otras proteínas, más frutas y hortalizas (entre los hogares más ricos), más comida fuera del hogar y más alimentos ultraprocesados⁴⁴. El resultado es una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad entre quienes viven en las ciudades. Desde Sri Lanka hasta la India, desde China hasta Benin, la urbanización también se asocia con altas tasas de diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares⁴⁵.

La vida en las ciudades explica algunas de estas tendencias, por ejemplo, trabajos más sedentarios, menor inversión de tiempo y energía en tareas domésticas, y mayor utilización del transporte público, lo que implica menor actividad física.

Los niños que viven en las ciudades no encuentran fácilmente espacios para jugar al aire libre que, además, sean seguros. Esto es importante porque los niños que hacen más ejercicio tienen menos probabilidades de ser obesos⁴⁶, no solo porque el ejercicio quema calorías, sino porque modifica la manera en que el organismo procesa la glucosa. Adicionalmente, el ejercicio favorece la salud mental y ayuda a combatir la depresión. Ante la falta de espacios públicos para jugar y reunirse, los establecimientos de comida rápida se han convertido en lugares de encuentro para los niños y los adolescentes.

La compra de alimentos

Las familias que viven en las ciudades habitualmente compran sus alimentos, por lo que los ingresos son un factor clave en su dieta. Lo más probable es que los compren a grandes minoristas, como los supermercados, y la mayoría de esos alimentos se venden empacados y procesados o

ENFOQUE

Nutrición infantil en las zonas urbanas pobres de Kuala Lumpur

En las viviendas de bajo costo de Kuala Lumpur, Rohana, Noor y Siti Fatimah son tres madres con una lucha en común: dar a sus hijos una alimentación nutritiva. En reuniones con grupos de debate que se llevaron a cabo para el informe del *Estado Mundial de la Infancia*, compartieron sus principales dificultades.

Malasia soporta una importante doble carga de malnutrición: mientras que el 20,7% de los niños menores de 5 años presentan retraso en su crecimiento y el 11,5% sufre de emaciación, el 12,7% de los niños (de 5 a 19 años) son obesos¹¹⁸. Esta realidad es más compleja en las zonas urbanas pobres, donde las tasas de malnutrición tienden a ser más altas que el promedio nacional¹¹⁹.

La asequibilidad es un problema frecuente. Aunque esas tres madres comprenden la importancia de una alimentación nutritiva, los costos determinan qué alimentos pueden dar a sus hijos, sin importar su valor nutricional. La comida más barata y típica consiste en huevos fritos, arroz y salsa de soya. Noor, que tiene cuatro hijos, explicó: “Yo no pienso en eso [alimentación saludable y equilibrada]. Otros comen pescado, pero lo único que yo puedo darles es arroz. Sé que no es bueno, pero es todo lo que puedo darles”.

La alimentación de baja calidad es físicamente perjudicial y produce una angustia psicológica. Una madre dijo que solo

puede dar pollo a sus hijos una vez al año. Otra reconoció que los huevos son fáciles de conseguir, pero que uno de sus hijos es alérgico a ellos, por lo que se ve obligada a buscar alternativas. La tercera madre fue notificada de que su hijo intentó autolesionarse porque no pudo comer en un sitio muy conocido de comida rápida.

La frecuencia de las comidas también es motivo de gran preocupación. En algunas ocasiones deben comprar sus alimentos a crédito en la tienda más cercana. Noor y Siti Fatimah dijeron que ellas racionan los alimentos entre sus hijos a lo largo del día porque, de no hacerlo, la comida se acabaría demasiado rápido.

Equilibrar el trabajo con las actividades domésticas también es una cuestión importante. Mientras que dos de las tres madres lograron acuerdos laborales flexibles con sus empleadores, Noor tiene que llevar a su bebé al trabajo. Esto afecta su rendimiento laboral, lo que en última instancia se refleja en su ingreso.

Las tres madres expresaron su voluntad inquebrantable de salir de la pobreza. Rohana podría sacar adelante su negocio, según explicó, si existieran políticas de apoyo a las madres solteras. Noor y Siti Fatimah estuvieron de acuerdo. Si pudieran acceder a capital inicial, a ellas también les gustaría abrir sus propios negocios. ■

Siti Fatimah pela huevos cocidos para mezclar con el curry en su hogar, en Desa Rejang, Setapak, Kuala Lumpur. © UNICEF/Zahri 2019



Los anuncios televisivos de refrigerios y bebidas azucaradas se dirigen a los niños

ultraprocesados⁴⁷. Investigaciones efectuadas en Kenya indican que la gente que hace sus compras en los supermercados adquiere menos alimentos básicos sin procesar (frutas y hortalizas frescas, etc.) y más productos procesados o ultraprocesados⁴⁸. Esto también se observa en Tailandia, donde comprar en los supermercados se relaciona con consumo de refrescos, refrigerios, carnes procesadas y alimentos instantáneos⁴⁹.

En las ciudades, los niños y los cuidadores también están más expuestos a la comercialización de alimentos procesados, lo que influye en sus decisiones a la hora de comprar alimentos⁵⁰. Esta comercialización es evidente en los espacios públicos de las ciudades –incluso cerca de las escuelas– y en los anuncios televisivos, por ejemplo, de refrigerios y bebidas azucaradas, que se dirigen a los niños.

Para los pobres de las zonas urbanas, como las personas que viven en barrios de tugurios, comer bien resulta incluso más difícil, ya que el acceso a alimentos nutritivos es mucho más reducido. Muchos dependen básicamente de la comida que compran en las calles, que suele ser rica en grasa y sal. En los países de bajos y medianos ingresos, la compra de comida en la vía pública representa alrededor de una cuarta parte del gasto de los hogares en alimentos⁵¹. Por ejemplo, las familias en condición de inseguridad alimentaria en las zonas urbanas de Malawi eran más dadas a consumir alimentos procesados de vendedores ambulantes. Un estudio concluyó que “los residentes urbanos en situación de inseguridad alimentaria son especialmente vulnerables a la mala salud asociada tanto con el escaso acceso a alimentos ricos en nutrientes, como con dietas altas en alimentos refinados y procesados”⁵².

Las ciudades están tomando medidas para hacer frente a estos desafíos. En julio de 2019, 198 ciudades de todo el mundo firmaron el Pacto de Política Alimentaria Urbana de Milán, cuya finalidad es “crear sistemas alimentarios sostenibles que

sean inclusivos, resistentes, seguros y diversos, y que proporcionen alimentos sanos y asequibles a todas las personas⁵³”. El marco NOURISHING también integra la acción política en los entornos alimentarios, los sistemas alimentarios y el cambio de comportamiento. Desde Curitiba⁵⁴, Amsterdam, Daegu y Dakar hasta Londres⁵⁵, las intervenciones a nivel urbano incluyen mejorar el acceso de las familias pobres a alimentos saludables, enseñar en las escuelas lo que significa una alimentación sana, poner en práctica la agricultura urbana, y aplicar restricciones a la comercialización de los alimentos no saludables.

Acceso a alimentos saludables

No todo el mundo puede acceder a alimentos saludables. Para las familias que viven en zonas rurales y aisladas, o en zonas con una infraestructura deficiente, el limitado acceso a puntos de venta de alimentos saludables puede agravarse debido a problemas relacionados con el acceso a las tierras agrícolas, al igual que por fluctuaciones climáticas y estacionales, dos factores que suelen amenazar la seguridad alimentaria y la diversidad de la dieta⁵⁶.

En un mundo cada vez más urbanizado, las familias que viven en las ciudades también encaran grandes dificultades para encontrar alimentos sanos. Muchas viven en “desiertos alimentarios” –más que todo, barrios urbanos donde los residentes no tienen acceso a mercados de alimentos saludables o tienen muy poco acceso a ellos⁵⁷. En estas comunidades, la gente puede comprar alimentos en puestos de comida rápida y en lugares insospechados, como gasolineras, peluquerías, gimnasios, tiendas de descuento, ferreterías, tiendas generales y lavanderías locales⁵⁸ que, por la abundancia de alimentos procesados ricos en calorías y pobres en nutrientes, se conocen con un término bastante descriptivo: “pantanos alimentarios⁵⁹”.

Puesto que ofrecen una gran cantidad de alimentos pobres en nutrientes, ultraprocesados, grasos y azucarados (y muy pocas o ninguna opción de alimentos saludables), los desiertos y los pantanos alimentarios son, por su misma naturaleza, entornos

ENFOQUE

Obesidad infantil: Una preocupación urgente para China

En medio del rápido crecimiento económico y la urbanización de China, en este país se ha registrado un impresionante cambio respecto de la malnutrición desde 1985. Si bien la tasa de retraso en el crecimiento entre los niños en edad escolar bajó del 16% en 1985 al 2% en 2014, las tasas de sobrepeso y obesidad pasaron del 1% al 20%⁶⁸.

En China vive actualmente uno de los grupos más numerosos de niños obesos en todo el mundo⁶⁹. En 2015, la Carga Mundial de Morbilidad informó que había más de 15 millones de niños obesos (de 2 a 19 años) en China⁷⁰. El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de China estimó que el número total de personas que sufrían de sobrepeso y obesidad en 2012 era de 120 millones⁷¹.

Los niños están más expuestos a sufrir de sobrepeso y obesidad que las niñas⁷²: un 21% frente a un 12%, según un estudio realizado en 2018 entre niños de 9 a 11 años⁷⁴. El sobrepeso y la obesidad también son más prevalentes en las familias ricas^{75, 76, 77} y las tasas son significativamente mayores entre los niños en edad escolar que viven en las zonas urbanas, aunque esta disparidad está disminuyendo e, incluso, ha tendido a desaparecer en algunas zonas prósperas^{78, 79}. Por lo general, los niños en mayor riesgo de sobrepeso y obesidad son hijos únicos de familias pudientes que viven en el medio urbano.

¿Por qué sucede esto?

Numerosos factores explican el aumento del sobrepeso en China. El rápido desarrollo económico, el proceso de urbanización y los avances tecnológicos han generado cambios en el estilo de vida y el comportamiento. Una prueba fehaciente de estos cambios es un descenso en la actividad física de los niños, junto con un cambio en la alimentación, que se ha alejado de la cocina tradicional, rica en alimentos de origen vegetal y granos preparados en el hogar, en favor de una alimentación moderna rica en carne, azúcar y alimentos fritos, que se suelen consumir en forma de refrigerios o fuera del hogar^{80, 81}. El consumo de bebidas azucaradas también explica en gran medida el aumento del sobrepeso en China⁸².

La disminución de la actividad física –sin reducción de la ingesta de alimentos– pone a los niños en riesgo de sufrir de sobrepeso. En 2006, el Gobierno de China inició un programa nacional, *Hundreds of Millions of Teenagers Sunshine Sports*, con el que se busca ofrecer al 85% de los niños en edad escolar más oportunidades para hacer ejercicio y actividad física. Conforme a la recomendación de la Organización Mundial de la Salud de hacer todos los días al menos 60 minutos de actividad física entre moderada y vigorosa⁸³, la educación física es hoy uno

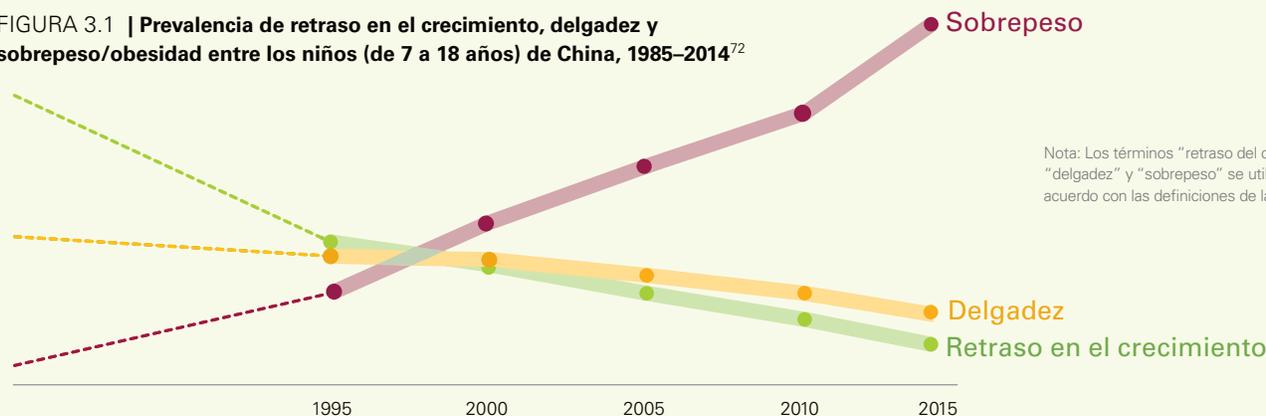
de los cuatro componentes del desarrollo integral de los estudiantes.

Sin embargo, un estudio realizado en 2010 mostró que apenas el 23% de los estudiantes con edades comprendidas entre los 9 y los 18 años cumplían las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud. La actividad física era menor entre los niños que tenían demasiadas tareas escolares⁸⁴, posiblemente un reflejo de la idea tradicional en la cultura de China de que “ser un académico es pertenecer a lo más selecto de la sociedad⁸⁵”. Esto lleva habitualmente a los niños a sacrificar el juego en favor del estudio⁸⁶.

En la cultura china también existe la tendencia a percibir la gordura como un signo de riqueza, alta condición social y buena salud. Proporcionar alimentos es la principal prioridad de la familia y los niños tienden a estar sobrealimentados, especialmente en las familias donde los abuelos desempeñan una función importante como cuidadores de sus nietos⁸⁷.

En respuesta a las alarmantes tasas de sobrepeso y obesidad entre los niños de China, el Consejo de Estado ha hecho hincapié en la urgente necesidad de incorporar intervenciones y medidas en su Plan Nacional de Nutrición (2017-2030) y en el Plan de Acción China Saludable (2019-2030). ■

FIGURA 3.1 | Prevalencia de retraso en el crecimiento, delgadez y sobrepeso/obesidad entre los niños (de 7 a 18 años) de China, 1985–2014⁷²



Nota: Los términos “retraso del crecimiento”, “delgadez” y “sobrepeso” se utilizan de acuerdo con las definiciones de la OMS.

A medida que los niños crecen, adquieren hábitos alimentarios para toda la vida

obesogénicos que, de acuerdo con los resultados de varios estudios, predicen bastante acertadamente las tasas de obesidad^{60, 61}. La alta prevalencia de desiertos alimentarios en vecindarios pobres, desatendidos y de minorías⁶² también implica que los niños ya vulnerables y

desfavorecidos que viven en estas zonas corren un riesgo mayor de sufrir de sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación durante toda la vida.

A pesar de que en los países de altos ingresos normalmente se encuentran desiertos y pantanos

alimentarios, cada vez son más frecuentes en los países de bajos y medianos ingresos que atraviesan procesos de rápida urbanización y transformación de sus sistemas alimentarios. Por ejemplo, existen desiertos alimentarios en comunidades de algunas zonas urbanas del Brasil, Honduras, el Perú⁶³ y Sudáfrica con altos niveles de pobreza y desigualdad en los ámbitos racial, étnico y de ingresos⁶⁴. En México, donde la prevalencia de la obesidad es una de las más altas del mundo, los pantanos alimentarios constituyen un problema más serio que los desiertos alimentarios⁶⁵.

Crecer en un desierto alimentario tiene graves implicaciones para la nutrición y el bienestar de

RECUADRO 3.6 | Precios de los alimentos y nutrición

Según un estudio reciente de los precios de los alimentos a nivel mundial, los alimentos saludables y ricos en nutrientes, sobre todo los de origen animal y los cereales fortificados para bebés, son mucho más costosos (en función de las calorías) en los países de bajos ingresos que los alimentos básicos con almidón y los alimentos procesados poco saludables.

Este estudio mundial, dirigido por el Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, se propuso descubrir cómo difieren los precios relativos entre los países y las regiones, y si estas diferencias explican las prácticas alimentarias de los niños y la prevalencia de retraso en el crecimiento.

El estudio comparó el *precio calórico relativo* de una amplia variedad de alimentos saludables y no saludables con el *costo calórico* de los alimentos básicos más baratos en cada país (como arroz, trigo, mandioca o maíz). Por ejemplo, un *precio calórico relativo* de 5 para los huevos implica que cuesta cinco veces más obtener una caloría de un huevo que obtener una caloría del arroz.

En los países de altos ingresos, los alimentos de origen animal son relativamente baratos, entre una y cuatro veces más costosos que los alimentos básicos con almidón. En cambio, en regiones de bajos ingresos de Asia y África Subsahariana,

que tienen las tasas más altas de retraso en el crecimiento, los alimentos de origen animal pueden ser muy costosos. En África Subsahariana, las calorías de los huevos, la leche y los cereales fortificados para bebés son entre 9 y 10 veces más costosas que las de los alimentos básicos con almidón.

Las conclusiones del estudio indican que en los países donde los alimentos de origen animal y los cereales fortificados para bebés tienen los precios relativos más altos, el consumo de esos alimentos por parte de los bebés y los niños pequeños es mucho menor y las tasas de retraso en el crecimiento, mucho más elevadas. Lo anterior sugiere que hacer más asequibles estos alimentos es clave para abordar la carga mundial de la desnutrición.

El estudio también arroja luz sobre la razón por la cual las tasas de obesidad aumentan con el ingreso nacional. Los aceites/grasas y el azúcar son muy baratos en todas las regiones. No obstante, los alimentos procesados ricos en azúcar y grasa suelen ser costosos en los países de bajos ingresos, pero sus precios disminuyen rápidamente a medida que los países alcanzan niveles de medios y altos ingresos. En muchos países pobres, los alimentos procesados no saludables también son fuentes de calorías más baratas que los alimentos saludables, lo que explica el fenómeno de la doble carga que supone el aumento de la obesidad en medio de una persistente malnutrición⁹¹. ■



los niños. En primer lugar, si las familias tienen menos acceso a frutas y hortalizas, los niños pequeños se ven obligados a seguir dietas carentes de la diversidad que necesitan durante un período crítico de su desarrollo. En segundo lugar, a medida que los niños crecen, adquieren hábitos alimentarios para toda la vida. Esto quiere decir que incluso si mejora el acceso a alimentos sanos, las dietas no mejoran necesariamente. En los Estados Unidos, por ejemplo, la apertura de una nueva tienda de comestibles en un desierto alimentario de Filadelfia hizo que la gente tomara mayor conciencia, pero no modificó el consumo de alimentos ni la obesidad en la comunidad⁶⁶.

En países como Sudáfrica, Botswana y Zimbabue, la dinámica urbana es muy distinta, con un gran número de residentes altamente móviles, economías informales y una notable inequidad entre los géneros. Pero, aunque las dinámicas son diferentes, los datos de que se dispone apoyan una conclusión similar: la mera presencia de un supermercado no basta para que la nutrición

mejore si otros aspectos del entorno alimentario son inadecuados⁶⁷.

El costo

El costo es un asunto polémico. Por ejemplo, hay un debate acerca de si los alimentos saludables son más caros que los alimentos no saludables –los saludables pueden costar menos en términos de precio, pero factores como el *tiempo* que cuesta preparar la comida desde cero pueden contrarrestar esta ventaja.

Evidentemente, el costo es un obstáculo real que impide a muchas familias consumir una diversidad de alimentos ricos en nutrientes. Esto es cierto, sobre todo, entre las familias pobres, que tienen que gastar una proporción más alta de sus ingresos en comida. Por ejemplo, algunas investigaciones indican que, en la República Democrática del Congo, el costo de los alimentos ricos en nutrientes es un grave obstáculo para diversificar la alimentación de los niños pequeños⁶⁸ y, en Ghana, los alimentos

Una niña cruza un charco en una calle inundada en Maputo, Mozambique. Yvonne, cuyo hogar se ve en la fotografía, vive con 14 miembros de su familia y se gana la vida vendiendo legumbres en el puesto.
© UNICEF/UN0139437/Prinsloo

Los efectos de las perturbaciones climáticas son más graves para las familias más pobres, que son las más afectadas y las menos capaces de hacerles frente

que los cuidadores consideran más saludables también son considerados los menos accesibles en razón de su costo⁸⁹. En los Estados Unidos, los mayores costos (en términos de precio y tiempo de preparación) y el menor acceso a alimentos saludables en los barrios contribuyen a las diferencias en el consumo de frutas y hortalizas entre las familias más ricas y las más pobres⁹⁰.

En general, las familias más pobres tienden a elegir alimentos de baja calidad que cuestan menos⁹². Esto podría significar que, a medida que los ingresos suben, las familias se alimentan mejor. Desafortunadamente, esto no ocurre siempre. Las investigaciones revelan que cuando las familias –de los medios urbano y rural– gastan más dinero en comida, lo destinan tanto a alimentos saludables como a alimentos no saludables⁹³, y que un incremento en los ingresos lleva a un mayor gasto en alimentos preparados⁹⁴.

Este hallazgo, que no se corresponde con la lógica, puede tener varias explicaciones⁹⁵. Factores que van más allá de la disponibilidad y el precio –como la conveniencia, la exposición al mercadeo, el acceso físico a alimentos sanos, los conocimientos sobre nutrición y factores culturales– pueden hacer más apetecibles los alimentos obesogénicos. Además, cuando las mujeres no controlan los ingresos adicionales, es posible que no se destinen a las necesidades de la familia o de los hijos. También puede haber otros determinantes subyacentes de la malnutrición infantil –como la seguridad alimentaria– que permanecen inalterados.

A medida que los sistemas alimentarios sigan transformándose, el aumento de los ingresos por sí solo no bastará para hacer frente a la triple carga de la malnutrición actual. Será necesario abordar la falta de conocimientos, las desigualdades entre los géneros, las prácticas comerciales injustas y otros aspectos del entorno alimentario y el suministro de alimentos –y encontrar mecanismos que permitan reducir los costos de los alimentos saludables.

Perturbaciones climáticas

Los niños sufren de manera desproporcionada las consecuencias del cambio climático y la degradación del medio ambiente. Por ejemplo, inmediatamente después de una inundación o un tifón, ellos son el grupo en mayor riesgo de contraer enfermedades transmitidas por el agua –como las que van acompañadas de diarrea–, las cuales incrementan el riesgo de malnutrición y muerte.

La malnutrición continua y la pérdida de la productividad agrícola y de los medios de subsistencia familiar también amenazan el crecimiento de los niños y su desarrollo y aprendizaje, y pueden hacer que las familias migren impulsadas por la angustia⁹⁶. Esto afecta con mayor dureza a los niños de las familias menos favorecidas, que son los más afectados y los menos capaces de encarar la situación⁹⁷. Los efectos acumulativos de los desastres prolongados o recurrentes y de la variabilidad asociados con el clima a menudo se transmiten a la siguiente generación de niños, perpetuando y profundizando los ciclos intergeneracionales de desigualdad.

Las inundaciones, las tormentas, las sequías y el calor extremo alrededor del mundo se han duplicado desde 1990, con efectos devastadores⁹⁸. Nuevas crisis, inundaciones y sequías han elevado en 11% el número de personas que han sufrido inseguridad alimentaria desde 2016⁹⁹.

Los desastres relacionados con el clima ocasionan graves crisis alimentarias: las sequías son responsables del 80% de los daños y las pérdidas en la agricultura¹⁰⁰ y modifican drásticamente la disponibilidad de alimentos para los niños y las familias, al igual que su calidad y precio. Esto ocurre tanto en las zonas rurales –afectando a los pequeños productores de alimentos, los trabajadores agrícolas y las familias que compran sus alimentos– como en las zonas urbanas, donde los aumentos de precio de los alimentos determinan cuáles son accesibles para la gente.

ENFOQUE

El cambio climático amenaza la nutrición infantil en Bangladesh

Más de 19 millones de niños de todo Bangladesh –una cuarta parte de ellos menores de 5 años– se encuentran en la primera línea de los desastres ocasionados por el cambio climático. Las inundaciones y la erosión de las orillas de los ríos están provocando el desplazamiento de las familias a los barrios marginales de las ciudades, donde viven en condiciones de hacinamiento y carecen de acceso a alimentos saludables, a educación, a servicios de salud y saneamiento adecuados, y a agua apta para el consumo. En los barrios marginales, los niños a menudo tienen que valerse por sí mismos y corren un mayor riesgo de sufrir malnutrición, de engrosar las filas de los trabajadores infantiles y de contraer matrimonio demasiado pronto. También están más expuestos a la contaminación, la violencia y el abuso.

Los fenómenos climáticos extremos, como las sequías y las inundaciones repentinas, causan graves pérdidas agrícolas. En un país donde más del 60% de la población depende de la agricultura para su sustento, esto significa que los niños de las familias más pobres tienen las mayores probabilidades de pasar hambre. La caída de la producción también se traduce en un aumento de los precios de los alimentos, golpeando más duramente a las familias menos favorecidas.

Un aumento de las enfermedades transmisibles y no transmisibles relacionadas con las condiciones climáticas cambiantes y la urbanización no planificada también pone en peligro a los niños y a sus familias. Entre estas enfermedades se cuentan la hepatitis A, el cólera, la disentería, la fiebre tifoidea, el dengue y la fiebre chikungunya¹⁷.

Ruma, su marido, Ali Akbar, y sus dos hijos, Sunjida, de 3 años, y Shahaun, de 9, se trasladaron al barrio marginal Chalandika de

Dhaka, luego de que el río Meghna inundara varias veces su hogar. “Aunque tenemos que luchar con el costo de la vida, al menos aquí estamos en un lugar seco”, dice Ruma. “Mi esposo gana mensualmente unos 7.000 taka (83 dólares de los Estados Unidos) y nos queda muy poco dinero después de pagar el alquiler y comprar los alimentos. Pero al menos aquí podemos ganar dinero, lo que no siempre era posible cuando vivíamos en el campo”.

Ruma comparte una pequeña cocina –unas tablas sobre postes de bambú en un pantano– con 10 familias más. Aunque al principio utilizaban gas butano, resultó imposible compartirlo equitativamente. Ahora prefieren utilizar madera, lo que deteriora todavía más la calidad del aire del barrio. Ruma dice que su familia come arroz con lentejas la mayoría de los días y que de vez en cuando pueden permitirse comer carne o pescado. Su hijo, Shahaun, está presentando síntomas de desnutrición.

Aparte del desafío de tratar de proporcionar a su familia alimentos saludables, Ruma describe un entorno insalubre –sin acceso a agua potable, a retretes básicos y a una higiene adecuada. La electricidad falla permanentemente y, en la habitación donde vive con su marido y sus hijos, los roedores y los insectos “hacen que nuestras vidas sean absolutamente miserables”, dice.

El Gobierno de Bangladesh pondrá en marcha este año la segunda fase de la Estrategia y Plan de Acción sobre el Cambio Climático, concediendo mayor importancia a las necesidades de los más pobres y vulnerables, y exigiendo mayor atención y recursos para blindar los servicios de nutrición infantil, salud, educación, agua y saneamiento, y protección social contra los efectos del cambio climático. ■

De camino a su escuela en el distrito de Kurigram, Bangladesh, una niña pasa por un sendero inundado. © UNICEF/UN0286416/Akash



Un pesticida químico es hasta 10 veces más tóxico para los niños que para los adultos

Repercusiones de la producción de alimentos en el medio ambiente y en los niños

Por su enorme huella ecológica y su contribución a las emisiones y la contaminación, la producción industrial de alimentos desempeña

un papel de suma importancia en los efectos ambientales del cambio climático y en la degradación del medio ambiente. Además, el uso intensivo de agua dulce, fertilizantes y pesticidas también entraña riesgos para la nutrición y el bienestar de los niños.

Emisiones de gases de efecto invernadero

Los sistemas alimentarios explican hasta una tercera parte de las emisiones de gases de efecto invernadero a nivel mundial, de acuerdo con un estudio realizado en 2012¹⁰¹. Por ejemplo, la creciente producción de carne es una de las mayores fuentes de metano¹⁰². Se estima que, de continuar la tendencia actual de consumo de dietas ricas en carne, los efectos medioambientales de la producción de alimentos sobre las emisiones de gases de efecto invernadero aumentarán un 87%¹⁰³.

Para beneficiar tanto a las personas como al planeta, la Comisión EAT-Lancet propuso recientemente un cambio en los hábitos alimentarios que duplica el consumo de alimentos saludables, como frutas, hortalizas, legumbres y nueces, y reduce a la mitad el consumo de alimentos menos sanos, como la carne roja y el azúcar añadido. Los autores señalan que, dadas las necesidades alimentarias de los niños, que incluyen proteína de alta calidad, esta “dieta saludable de referencia universal” es apta para los niños a partir de los 2 años¹⁰⁴.

La producción de alimentos también exige cantidades considerables de agua dulce, a pesar de que la escasez de agua ya afecta a los niños en todos los continentes¹⁰⁵. Más aún, los fertilizantes ponen en riesgo de contaminación a los sistemas acuáticos y los pesticidas suponen riesgos directos

para los niños¹⁰⁶. Además de ingerir alimentos con residuos de pesticidas, muchos niños están expuestos a ellos cuando trabajan en la agricultura, que representa el 71% del trabajo infantil¹⁰⁷.

La exposición prenatal a los pesticidas puede aumentar el riesgo de muerte del feto y producir defectos de nacimiento, mientras que la exposición en la infancia puede alterar el sistema endocrino, causar cáncer y retrasar el desarrollo neurológico. Un pesticida químico es hasta 10 veces más tóxico para los niños que para los adultos, y la intoxicación aguda casi siempre conduce a la muerte¹⁰⁸.

Pérdida de biodiversidad

Junto con el cambio climático y la contaminación, la producción de alimentos también se relaciona con la pérdida de biodiversidad. Un informe reciente de las Naciones Unidas dio la voz de alarma sobre la magnitud del problema: casi 1 millón de especies están en peligro de extinción debido a las actividades humanas¹⁰⁹. Se reconoce que los cambios en el uso de la tierra y el agua –por ejemplo, la tala de bosques para sistemas de producción agrícola o ganadera a gran escala– son una de las principales causas de la pérdida de biodiversidad¹¹⁰.

La biodiversidad es esencial para la salud de los ecosistemas e influye directamente en la seguridad alimentaria y en la nutrición¹¹¹. La diversidad alimentaria de los niños también está en juego¹¹². Con una producción agrícola menos diversa, las prácticas de alimentación se están homogeneizando cada vez más en todo el mundo (*véase el capítulo 1*)¹¹³. Hoy en día, apenas tres cultivos –arroz, trigo y maíz– constituyen casi dos tercios de la ingesta calórica mundial¹¹⁴.

Si los hábitos alimentarios actuales y la producción de alimentos no mejoran, los niños, sus familias y las futuras generaciones probablemente enfrentarán un mayor riesgo de padecer inseguridad alimentaria y malnutrición provocadas por las perturbaciones climáticas y la degradación del medio ambiente.

Conclusión

Las causas de la malnutrición infantil son hoy más complejas y de mayor alcance que en 1990. La globalización, la urbanización no planificada y el cambio climático acarrear transformaciones profundas que están agravando las ya injustas condiciones de los niños más pobres y excluidos, y de sus familias. Las crisis mundiales amenazan con detener o revertir los progresos en la reducción de la malnutrición infantil.

Al mismo tiempo, existe un mayor reconocimiento de que la exclusión de determinados grupos de personas de los alimentos, los servicios, los recursos esenciales y la toma de decisiones es injusta y evitable, y de que los niños están pagando el precio.

Investigadores, expertos y profesionales también lo reconocen y están ampliando la base empírica sobre las causas y los peligros de la malnutrición que se transmite de una generación a la siguiente. Estos conocimientos y la atención a este flagelo tienen la capacidad de impulsar la acción y aumentar la eficacia de las intervenciones. Aun así, se requieren más investigaciones para comprender plenamente las circunstancias particulares de los niños de distintos grupos de población. Por ejemplo, existen pocos estudios empíricos sobre aspectos que van más allá de la pobreza y el género. Para conseguir un impacto mayor y más sostenible, los profesionales deberán abordar expresamente la marginación y las desigualdades de género que sustentan las disparidades a largo plazo.

Si se aspira a que los sistemas alimentarios transformen y mejoren la alimentación de los niños, también será necesario prestar mayor atención a otros elementos de mayor alcance que afectan su nutrición, su crecimiento y su desarrollo, como los recursos, las gobernanza y normas (véase el capítulo 4). Estos elementos se pueden desglosar, examinar y comprender. Un análisis de esta naturaleza revela las estructuras de poder en los sistemas alimentarios y los

lugares donde se ejerce el poder, permitiendo al público y a los expertos en nutrición aprovechar y explotar espacios para el cambio.

Este cambio ya está ocurriendo en muchos países (véase el capítulo 4). Con una mejor coordinación y con políticas y programas en materia de alimentación, salud, agua y saneamiento, educación y protección social, este cambio puede tener un carácter transformador. ■

Una niña lleva un cubo lleno de agua que recogió en el lecho seco de un río cercano, en el norte de Kenia. Turkana es uno de los distritos más afectados por las sequías prolongadas y las epidemias recurrentes de cólera.
© UNICEF/UN0275168/Njuguna



SECCIÓN ESPECIAL

La nutrición en contextos de emergencia

En 2018, UNICEF y sus aliados trataron a más de 3,4 millones de niños de 6 a 59 meses de edad con desnutrición aguda grave en situaciones de emergencia alrededor del mundo. Los países donde más niños recibieron tratamiento fueron el Afganistán, el Chad, Etiopía, el Níger, Nigeria, la República Democrática del Congo, Somalia, el Sudán, Sudán del Sur y el Yemen. Cerca del 90% de los niños se recuperaron¹²⁰.

En abril de 2019, 11 de 18 estados del Sudán tenían tasas de desnutrición aguda superiores al umbral de emergencia de la Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria del 15%. Mientras que 2,4 millones de niños menores de 5 años sufren de emaciación todos los años, cerca de un tercio (700.000) de ellos sufren de desnutrición aguda grave, con altas tasas en el Sudán oriental y entre los refugiados de Sudán del Sur¹²¹.

Históricamente, los esfuerzos para abordar la nutrición en contextos de emergencia se han centrado sobre todo en la identificación de los casos de emaciación –un claro indicador de desnutrición aguda grave¹²². Sin embargo, la naturaleza compleja y prolongada de las crisis ha llevado al reconocimiento mundial de que en las situaciones de emergencia se presentan muchas formas de malnutrición. Y nuevas pruebas indican que entre ellas se cuentan el retraso en el crecimiento y la carencia de micronutrientes¹²³. En las crisis humanitarias prolongadas está aumentando la prevalencia de retraso en el crecimiento, en tanto que las tasas de emaciación siguen siendo altas¹²⁴. En consecuencia, expertos mundiales en nutrición están adoptando enfoques que combinan soluciones a corto y largo plazo para los problemas de malnutrición.

Estas iniciativas se centran en la prevención de las muertes que es posible evitar y en la promoción del crecimiento. UNICEF y sus aliados realizan evaluaciones nutricionales, identifican y tratan a los niños que lo requieren, y suministran alimentos fortificados y suplementos para prevenir la carencia de nutrientes. Así mismo, fomentan la lactancia materna y ofrecen orientación sobre la alimentación de los lactantes y los niños pequeños, lo cual puede salvar vidas en las situaciones de emergencia.

Hacer frente a las necesidades nutricionales en las emergencias complejas y prolongadas requiere asociados en todo el mundo que colaboren para salvar vidas y presten a los gobiernos nacionales y locales la asistencia necesaria para paliar la malnutrición en las comunidades y para elaborar planes de respuesta a las emergencias durante las crisis.

A pesar de que el 86% de la asistencia humanitaria internacional se distribuye en países con crisis a largo y mediano plazo, cada vez se hace más hincapié en la planificación de la resiliencia¹²⁵. Entre 2005 y 2017, la duración media de las crisis que recibieron un llamamiento de financiación interinstitucional pasó de 4 a 7 años¹²⁶.

Yemen

En el Yemen, hogar de Moteab y su familia, la prolongación del conflicto, la crisis económica y la desarticulación de los servicios esenciales –entre ellos, salud, agua y saneamiento– convirtieron la vida diaria en un “infierno viviente¹²⁷”. El trabajo del padre, transportar mercancías en una carretilla, apenas alcanzaba para proporcionar a la familia un mínimo de comida –pan para el desayuno; legumbres, generalmente patatas, para el almuerzo; y lo que sobraba, para la cena.

Para cuando Moteab cumplió 2 años, la pobreza y el largo conflicto habían puesto su vida en peligro. “Vomitaba todo lo que comía y bebía”, dijo su madre. Luego de siete meses de constantes enfermedades con vómito, diarrea y pérdida de peso, su madre llevó a Moteab a un centro de salud gratuito en Abs, donde le diagnosticaron desnutrición aguda grave.

Moteab es apenas uno de los 400.000 niños del Yemen que sufrían de desnutrición aguda grave en 2018¹²⁸. La crisis humanitaria es una de las peores en la historia reciente¹²⁹.

En situaciones de emergencia alrededor del mundo, tratar a niños como Moteab exige herramientas y estrategias para poder ofrecer una combinación de medicamentos básicos, alimentos terapéuticos, atención individualizada y vínculos con otros servicios sociales, como higiene y saneamiento¹³⁰.

En el Yemen, por ejemplo, los aliados emplean una metodología llamada Seguimiento y Evaluación Normalizados del Socorro y la Transición (SMART, por sus siglas en inglés), que facilita la recolección sistemática de información confiable que puede utilizarse para tomar decisiones y asignar recursos a necesidades prioritarias.

El programa de gestión comunitaria de la malnutrición aguda también es un importante mecanismo para abordar la desnutrición aguda grave en situaciones de emergencia en todo el mundo. En 2018, UNICEF y sus aliados prestaron apoyo a más de 3.300 programas ambulatorios de alimentación terapéutica en el Yemen, como el de Abs, donde Moteab recibió tratamiento¹³¹.

Niger

En el Níger, donde la prevalencia del retraso en el crecimiento entre los niños menores de 5 años es del 41% y la prevalencia de la anemia es del 77%¹³², los médicos a menudo tratan la desnutrición aguda grave relacionada con enfermedades prevenibles. El doctor Abale Laoali, del Centro de Rehabilitación Nutricional Intensiva de Diffa explica: “En este país, los niños con emaciación grave que carecen de acceso a una buena atención de la salud presentan tasas más altas de infecciones palúdicas. También hemos observado una disminución de las defensas del sistema inmunológico en niños afectados por el paludismo. Esto les produce pérdida del apetito y vómito, neumonía y diarrea grave. En este punto, el riesgo de desnutrición grave es muy alto por la falta de alimentos, las enfermedades, las malas condiciones de salud e higiene y el desplazamiento”.

Uno de los pacientes del doctor Laoali es un bebé de tres meses, Sani, a quien le diagnosticaron desnutrición aguda grave, neumonía, paludismo y una enfermedad congénita del corazón. Hace dos años, su madre, Fátima, voló con sus tres hijos a Damasak, Nigeria, un pueblo controlado por Boko Haram. Desde entonces han tenido que desplazarse continuamente. Durante su embarazo con Sani, Fátima estaba anémica y padecía inseguridad alimentaria y altos niveles de

Pese a que la mayoría de los niños pueden ser tratados en sus hogares con alimentos terapéuticos listos para el consumo, la condición de Moteab requirió tratamiento en un centro de estabilización en Aslam, uno de los 69 centros para niños con complicaciones de salud, además de desnutrición aguda grave. Sin embargo, a medida que los enfrentamientos se acercaban a la zona, Moteab fue trasladado a Sana’a, donde él y su familia recibieron ayuda para ser tratados en el centro de alimentación terapéutica de un hospital.

Los servicios de nutrición que se necesitaban para salvar la vida de Moteab fueron gratuitos para su familia y, gracias a ellos, se está recuperando. “He notado una mejoría desde que ingresó al Hospital Al-Sabeen”, dice su madre. “Mi hijo está recibiendo muy buena atención médica. Ahora termina toda la leche especializada que le dan e interactúa con las personas que lo rodean”.

“Estoy feliz”, agrega, “pero me preocupan los demás niños de nuestro distrito que podrían llegar a una situación parecida a la de mi hijo si no reciben ayuda y atención rápidamente”.

estrés. Después de llegar al sitio temporal para personas desplazadas en Chetimari, llevó a Sani al centro de salud más cercano. “Las enfermeras me dijeron que mi bebé estaba en peligro porque, además de la desnutrición, había contraído paludismo y neumonía”, dice. “No toleraba mi leche materna, no tenía apetito y vomitaba. Empecé a temer por su vida”.

Luego de 20 días de hospitalización, y gracias a la orientación de los trabajadores de la salud y al apoyo de los aliados, Sani se está alimentando nuevamente con leche materna y ha ganado peso. Ya no tiene síntomas de paludismo y está respirando sin ayuda de una máquina de oxígeno. ■





Sherrie Westin
Presidenta de
Repercusión Social
y Filantropía del
Taller Sésamo

PERSPECTIVA

Raya, de Barrio Sésamo, enseña hábitos saludables a los niños

A lo largo de 50 años, el Taller Sésamo se ha centrado en realizar un programa dedicado enteramente a los niños, impartiendo no solo lecciones académicas y socioemocionales que los niños necesitan para sobrevivir, sino también habilidades fundamentales en materia de salud y resiliencia.

Muchos niños de todo el mundo padecen malnutrición, que puede estar causada por la falta de acceso a alimentos saludables o algunas enfermedades infantiles. De hecho, enfermedades prevenibles y tratables como la neumonía y la diarrea son las causas principales de muertes de niños menores de cinco años.

Sabemos que nuestros personajes tienen un gran poder para hablar con los niños y enseñarles comportamientos y formas de hablar sobre temas complejos. Por eso creamos a Raya, una marioneta muy especial de Barrio Sésamo. Tiene seis años, una sonrisa radiante y lleva unas trenzas muy largas, y enseña a niños de 11 países que hablan 30 idiomas diferentes lecciones vitales acerca del agua, el saneamiento y la higiene (WASH) a través de nuestra iniciativa WASH UP!, en alianza con Visión Mundial.

Los resultados que hemos obtenido son alentadores. Una investigación independiente llevada a cabo con ayuda de la Fundación Gates demostró que nuestro programa produjo grandes mejoras en los conocimientos de WASH y en las actitudes y los comportamientos de niños

de Bangladesh, India y Nigeria. Raya y WASH UP! siguen inspirando a miles de niños para llevar un cambio positivo a sus hogares, escuelas y comunidades.

Como nuestra “Embajadora Mundial de la Salud”, Raya fue la compañera perfecta para ayudarme en este trabajo. Gracias por hablar hoy conmigo, Raya. ¡Sé que sabes muchos consejos para estar sanos!

Raya

¡La verdad es que sí! Por ejemplo, conozco la importancia de cerciorarse de que el agua esté limpia antes de bebernosla. Como les digo a mis amigos, hay gérmenes diminutos que ni siquiera puedes ver y que, sin embargo, pueden afectar a tu salud. Y todos tenemos gérmenes en las manos, así que es importante lavárselas durante 20 segundos con agua y jabón después de usar el baño y antes de comer: ¡así acabamos con esos gérmenes!

Sherrie

¿Y qué me dices de los amigos que viven en lugares donde no hay agua corriente limpia?

Raya

Muchos de los amigos que tengo por el mundo no tienen agua corriente, pero aun así tienen que lavarse para eliminar gérmenes. Nosotros tenemos una cosa muy divertida que es el “tippy tap”. Es un



y Raya,
Embajadora
Mundial de la Salud

aparato para lavarse las manos que cualquier persona puede construir en cualquier sitio: ¡es muy fácil de hacer y de utilizar! Y si tienes que ir al baño al aire libre, es sumamente importante que lleves puestos sandalias o zapatos para protegerte también los pies de los gérmenes, ya que esa es otra forma de contraer una enfermedad.

Sherrie

Llevas razón, Raya. Y cuando los niños contraen una enfermedad, sus organismos pueden dejar de absorber los nutrientes que necesitan para recuperarse, estar sanos y crecer adecuadamente. Eso puede causar lo que llamamos malnutrición.

Raya

Entonces, ¿contraer una enfermedad es lo mismo que tener malnutrición?

Sherrie

La enfermedad es una de las muchas manifestaciones de la malnutrición. La malnutrición también puede significar no tener comida suficiente para alimentarse o no ingerir la cantidad suficiente de alimentos ricos en nutrientes que ayudan a los niños a convertirse en adultos sanos.

Raya

¡Creo que lo voy entendiendo! Un amigo me enseñó los distintos tipos de comida. ¡Tú también lo conoces!

Sherrie

¿Estás hablando de cierto monstruo azul y peludo llamado...?

Raya

¡El Monstruo de las Galletas!

Sherrie

Lo cierto es que él sabe mucho de su tema favorito. ¿Qué te enseñó el Monstruo de las Galletas?

Raya

Nos enseñó a mí y a mis amigos de Barrio Sésamo la diferencia entre “alimento ocasional” y “alimento habitual”. Las galletas son “alimentos ocasionales” porque solo deberíamos tomarlas de vez en cuando, como premio. Pero una manzana es un “alimento habitual” porque está llena de vitaminas y forma una parte importante de una dieta saludable. ¡Yo puedo comerme una deliciosa manzana en cualquier momento!

Sherrie

Me encanta que el Monstruo de las Galletas te enseñara algo tan importante sobre la nutrición y que tú se lo enseñes a otras personas, como a mí. Igual que cuando les enseñas a los niños lo fácil que es aprender a lavarse las manos. Cuando los niños aprenden comportamientos tan importantes para la vida, después se los enseñan a sus familias.

Raya

¡Exacto! ¡Los hábitos saludables son contagiosos!

Sherrie

Estás haciendo algo muy importante para el mundo ayudando a tantos niños a estar sanos. ¡Sigue con esa fantástica labor!

Raya

¡Gracias! ¡Lo haré! ■

Sherrie Westin es Presidenta de Repercusión Social y Filantropía del Taller Sésamo, la organización educativa sin ánimo de lucro que hay detrás del Barrio Sésamo. Westin dirige la labor del Taller para ayudar a niños vulnerables a través de medios de difusión e iniciativas específicas. Es embajadora jefa de la misión del Taller Sésamo y se dedica a concienciar, a desarrollar alianzas estratégicas y obtener contribuciones filantrópicas para ampliar la misión del Taller y ayudar a niños de todo el mundo a crecer y ser personas más listas, más fuertes y más amables.

La Embajadora Mundial de Salud del Taller Sésamo, Raya, es una enérgica niña de seis años que ofrece información por todo el mundo acerca del agua limpia, el lavado de manos y el uso adecuado de letrinas. Raya nunca olvida lavarse las manos con agua y jabón ni ponerse sandalias para usar la letrina y evitar contraer enfermedades. Anima a los niños a compartir lo que aprenden con sus amigos y sus familias, con el fin de hacer que los hábitos positivos sean contagiosos.



04

**RESPUESTAS A LA
MALNUTRICIÓN**

La naturaleza cambiante de la malnutrición infantil en el mundo exige una nueva respuesta que permita llevar a cabo intervenciones específicas en materia de nutrición y promover un desarrollo que tenga en cuenta la nutrición de una manera más coordinada. La respuesta debe reconocer el papel central y la responsabilidad que desempeña el sistema alimentario, y establecer una relación de colaboración con los sistemas de salud, agua y saneamiento, educación y protección social para proporcionar a los niños una mejor alimentación.



- Un enfoque de sistemas para la nutrición refleja la realidad de que la nutrición infantil tiene múltiples determinantes y que numerosos sectores y partes interesadas, tanto públicos como privados, comparten responsabilidades.
- En los últimos años se ha dado un impulso creciente a la mejora de los sistemas alimentarios, pero se han pasado por alto las necesidades específicas de los niños. Las necesidades de los niños deben estar en el centro de los sistemas alimentarios.
- También es necesario aplicar enfoques específicos en materia de nutrición en cuatro sistemas clave de apoyo: salud, agua y saneamiento, educación y protección social.

Tuyisenge sostiene a Fabiola, su hija de 11 meses, mientras una trabajadora de salud de la comunidad mide su perímetro braquial, durante una sesión de control del crecimiento que forma parte de un programa de atención de la salud que recibe apoyo de UNICEF, en el distrito de Musanze, Rwanda. “Antes, yo solo utilizaba papas y frijoles, y ningún otro vegetal”, dice Tuyisenge. “Pero ahora utilizo toda clase de vegetales y también pescado pequeño. Y veo la diferencia en el crecimiento de mis hijos”.

Introducción

Durante demasiado tiempo, la nutrición estuvo en la periferia de la agenda mundial para el desarrollo. En los últimos años, sin embargo, ha recibido una mayor atención, lo que refleja el creciente reconocimiento de los beneficios sociales y económicos que supone invertir en nutrición. A medida que se ha ampliado el conjunto de investigaciones sobre las intervenciones que son eficaces, los debates mundiales sobre políticas se centran cada vez más en enfoques basados en pruebas¹.

La lista de intervenciones es abundante y continúa aumentando: desde la promoción de la lactancia materna hasta la prestación de un mayor apoyo a las familias más pobres; desde la puesta en práctica de un etiquetado más claro e informativo hasta la lucha contra la anemia por carencia de hierro y otras formas de hambre oculta; desde mejorar el entorno alimentario de los niños hasta fomentar la disponibilidad universal de agua potable segura; es decir, que es posible llevar a cabo un conjunto amplio de acciones (que, en

muchos casos, ya se están llevando a cabo) destinadas a mejorar la alimentación de la infancia.

Es evidente que queda mucho por hacer. Sin embargo, hay motivos para la esperanza. Cada vez son más los gobiernos que preparan estrategias para mejorar la nutrición. En muchos países, estas medidas representan un primer paso importante sobre el que es posible trabajar en los años venideros. Para que estos enfoques marquen una diferencia real, los gobiernos deben reconocer tres realidades esenciales:

- Primero, **no hay soluciones fáciles si la nutrición no es adecuada en la infancia**. Las necesidades nutricionales de los niños son únicas y tienen una importancia única. Por eso, los niños y los jóvenes deben estar en el centro de la reflexión sobre la alimentación y la nutrición.
- En segundo lugar, **debemos hacer frente a los problemas que plantea la malnutrición trabajando con todos los sistemas y sectores pertinentes**. Los sistemas alimentarios deben atender mejor las necesidades de los

En la comunidad Hanaq Chuqibamba, Perú, un bebé come un trozo de pan mientras su madre lo carga.
© UNICEF/Vilca 2019



La nutrición y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

2

HAMBRE CERO





META 2.1



META 2.2

Para 2030, poner fin al hambre y garantizar el acceso de todas las personas, en particular los pobres y las personas en situación de vulnerabilidad, incluidos los lactantes, a alimentos inocuos, nutritivos y suficientes durante todo el año.

Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluso logrando, a más tardar en 2025, las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación de los niños menores de 5 años, y abordar las necesidades de nutrición de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.

Fuente: www.un.org/sustainabledevelopment/hunger/

niños, pero hay otros sistemas –sobre todo los de salud, agua y saneamiento, educación y protección social– que también tienen una función crucial que desempeñar como parte de un enfoque coordinado y sistémico.

- En tercer lugar, si bien los gobiernos pueden estar a la vanguardia a la hora de establecer políticas, estrategias y programas, no pueden hacerlo todo por sí solos. Las empresas y los grupos de la sociedad civil, así como las familias, los niños y los propios jóvenes, tienen un importante papel que desempeñar.

Cómo están respondiendo los gobiernos a un empuje creciente

En 2008, el Consenso de Copenhague llegó a la conclusión de que las intervenciones en materia de nutrición se encontraban entre las más eficaces en

función de los costos en el ámbito del desarrollo². Ese mismo año, *The Lancet* publicó su histórica serie sobre la malnutrición materna e infantil, en la que se destacaba la importancia para la nutrición de los primeros 1.000 días después de la concepción³ (a la que le siguió más tarde un examen del creciente problema del sobrepeso⁴). El impulso de estos debates fundamentales llevó a que la nutrición se convirtiera en una prioridad mundial para el desarrollo, lo que dio lugar a una serie de iniciativas mundiales, entre ellas la creación del movimiento de ampliación de la nutrición (Scaling up Nutrition, SUN), un enfoque multisectorial con múltiples partes interesadas para apoyar las estrategias nacionales de lucha contra la malnutrición.

Basándose en los objetivos mundiales en materia de nutrición de la Asamblea Mundial de la Salud, los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS) consideran la nutrición como un insumo y un resultado central

Tenemos que hacer frente a los desafíos de la malnutrición infantil trabajando en todos los sistemas pertinentes



Según la OMS, 163 países cuentan actualmente con políticas, estrategias y planes integrales o temáticos que son pertinentes para la nutrición y la promoción de alimentos saludables

del desarrollo sostenible. El Objetivo 2 hace un llamamiento específico a los Estados Miembros para que “pongan fin al hambre, logren la seguridad alimentaria, mejoren la nutrición y promuevan la agricultura sostenible”. De hecho, 12 de los 17 ODS contienen indicadores que son cruciales para la nutrición⁵. Además de esta ambición mundial, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha establecido el Decenio de Acción sobre

la Nutrición (2016-2025), una medida que refuerza el compromiso mundial de erradicar el hambre y prevenir todas las formas de malnutrición.

Este interés mundial cada vez mayor ha impulsado a muchos gobiernos a actualizar o elaborar nuevos enfoques en materia de nutrición. Según la OMS, 163 países cuentan actualmente con políticas, estrategias y planes integrales o temáticos que son pertinentes para la nutrición y la promoción de dietas saludables⁶.

Estas muestras de compromiso son bienvenidas; sin embargo, hay razones para mostrar cautela. En primer lugar, muchas de estas políticas son todavía incipientes –un tercio de ellas datan de 2015 o más tarde–, por lo que llevará tiempo evaluar su impacto. En segundo lugar, las políticas nacionales de nutrición no siempre incorporan plenamente los objetivos, metas e indicadores relacionados con las metas mundiales de nutrición de la Asamblea Mundial de la Salud. La incorporación de metas y compromisos SMART⁷ es fundamental para garantizar que los gobiernos rindan cuentas y que las intervenciones en materia de nutrición sean objeto de un seguimiento eficaz⁸. Por último, hay pruebas de que las políticas y los programas de nutrición todavía siguen estando fragmentados y poco coordinados⁹.

Ampliar los resultados de la nutrición

Los enfoques nacionales han abordado cada vez más los problemas de la nutrición mediante intervenciones en una serie de sectores

tradicionalmente definidos, como la salud y la educación. Algunas de estas intervenciones pueden considerarse directas, o específicas en materia de nutrición, porque abordan directamente las causas inmediatas y algunas de las causas subyacentes de la malnutrición, en particular entre las poblaciones más desfavorecidas, como por ejemplo en lo relativo a la orientación en materia de lactancia materna o a la detección precoz y el tratamiento de la desnutrición aguda grave. Otras pueden considerarse indirectas, o que tienen en cuenta la nutrición, porque su objetivo es abordar las causas básicas y algunas de las causas subyacentes de la malnutrición, como la promoción de redes de seguridad social, la educación y el empoderamiento de la mujer.

Las intervenciones que tienen en cuenta la nutrición aumentan la eficacia de las intervenciones específicas en materia de nutrición. En Brasil, por ejemplo, un programa de protección social que tiene en cuenta la nutrición y que utiliza transferencias monetarias condicionadas ha reducido la mortalidad infantil relacionada con la malnutrición. Las mujeres embarazadas y lactantes reciben transferencias de dinero a condición de que asistan a las citas prenatales y postnatales y participen en actividades educativas sobre nutrición y salud¹⁰. Del mismo modo, el sector de la educación proporciona un punto de partida convincente para que los gobiernos aborden la malnutrición mediante un enfoque que tenga en cuenta la nutrición, en particular entre los más vulnerables. Las modalidades incluyen ayudar a los niños a desarrollar hábitos alimenticios saludables desde una edad temprana y mejorar la alfabetización de las adolescentes en materia de nutrición.

Los beneficios de combinar los enfoques nutricionales específicos y los que tienen en cuenta la nutrición en una serie de sectores son evidentes^{11, 12}. Sin embargo, debido a la falta de coordinación entre los agentes y los sectores, los esfuerzos por promover mejores prácticas de alimentación para los niños y prevenir todas las formas de malnutrición son insuficientes.

Por lo tanto, está claro que traducir en acciones el compromiso político para abordar la malnutrición requiere algo más que una mayor atención; también requiere la movilización de sistemas, instituciones y recursos gubernamentales, así como estrategias coordinadas¹³. El éxito requiere algo más que resultados sectoriales aislados: exige un enfoque sistémico coordinado en el que los propios sistemas alimentarios se transformen y otros sistemas fundamentales trabajen conjuntamente con el sistema alimentario para obtener resultados nutricionales a escala.

Múltiples respuestas a un desafío multifacético: Un enfoque sistémico

¿Por qué adoptar un enfoque sistémico? En primer lugar, porque capta mejor la importancia de las interacciones e interconexiones entre diferentes esferas, como la alimentación, la salud y la educación, y porque cristaliza un objetivo común: una mejor alimentación y una mejor nutrición para los niños, los adolescentes y las mujeres. En segundo lugar, un enfoque sistémico evita el pensamiento simplista de que la malnutrición tiene determinantes directos que operan a lo largo de vías lineales. En cambio, se centra en múltiples determinantes interconectados y reconoce la responsabilidad compartida, así como la necesidad de movilizar la atención y los recursos de una gama más amplia de instituciones sociales y gubernamentales.

Hay cinco sistemas concretos que tienen un papel crucial que desempeñar. El sistema alimentario debe responder y ofrecer mejores opciones dietéticas a los niños, los adolescentes y las mujeres. Los sistemas de salud, agua y saneamiento, educación y protección social también son fundamentales para impulsar la transformación, en particular en el entorno alimentario personal y externo, y para prestar los servicios necesarios en apoyo de una mejor alimentación, prácticas,

servicios y resultados en materia de nutrición. El logro de resultados a escala depende de la solidez de estos cinco sistemas esenciales para implementar intervenciones nutricionales específicas y que tengan en cuenta la nutrición en todas las etapas de la vida (*véase el Gráfico 4.1*).

Esto no quiere decir que otros sistemas no puedan desempeñar también una función importante. Los sistemas de información, por ejemplo, son fundamentales para la recopilación, el análisis y la interpretación de datos relacionados con la nutrición, y pueden proporcionar una base para la toma de decisiones oportunas y eficaces con el fin de mejorar los resultados nutricionales de los niños. Muchos países cuentan con diferentes sistemas de información para apoyar las intervenciones en materia de nutrición.

Un enfoque sistémico se centra en los sistemas clave que tienen la capacidad de llevar a cabo intervenciones de nutrición a escala, haciendo que sean más responsables de los resultados en materia de nutrición más allá de sus objetivos sectoriales. Por poner un ejemplo, en muchos países se considera que la nutrición es competencia del sector de la salud, al que se le asigna la responsabilidad principal de llevar a cabo las intervenciones en materia de nutrición. Sin embargo, aunque el sistema de salud es claramente una vía importante para ampliar ciertas intervenciones en materia de nutrición, muchos determinantes cruciales de la malnutrición infantil, como la diversidad de la dieta, están muy por encima de su alcance general. En lugar de ello, es necesario actuar en los distintos sistemas para garantizar una cobertura de calidad.

Cómo y dónde sucede esto variará según el contexto. No cabe duda de que se necesitan enfoques innovadores para movilizar los sistemas a fin de mejorar la nutrición. Como muestran los ejemplos de este capítulo (*véase la Sección Especial*), no faltan ejemplos que han tenido éxito y lecciones aprendidas que pueden ayudar a mostrar el camino a seguir.

Un enfoque sistémico se centra en los sistemas clave que tienen la capacidad de llevar a cabo intervenciones de nutrición a escala

Múltiples respuestas a un desafío multifacético: un enfoque sistémico



Un enfoque sistémico hace que varios sistemas rindan cuentas de los resultados en materia de nutrición más allá de los objetivos sectoriales



Sistema alimentario

El sistema alimentario incluye todas las actividades y agentes que intervienen en el suministro de alimentos, desde la producción hasta el consumo y la eliminación (véase el Capítulo 1). Este sistema incluye numerosas etapas intermedias, como el procesamiento, la distribución, la comercialización y la venta al por menor. Está organizado en cuatro componentes principales: cadenas de suministro de alimentos, entornos alimentarios externos y el comportamiento de los cuidadores y los consumidores –incluidos los niños y los adolescentes– con respecto a los alimentos.



Sistema de salud

El sistema de salud incluye servicios preventivos y curativos. Es algo más que la prestación de servicios: la gobernanza, la financiación, los suministros y el equipo, la mano de obra y los sistemas de información forman parte integrante del sistema de salud. Un sistema de salud sólido apoya las prácticas familiares y produce resultados equitativos en materia de supervivencia, crecimiento y desarrollo para los niños, los adolescentes y las mujeres.



Sistema de agua y saneamiento

El sistema de agua y saneamiento comprende las políticas, los programas, los servicios, las instalaciones y los agentes que intervienen en el suministro de agua potable segura y la infraestructura de saneamiento seguro. Las políticas a menudo se dirigen a las poblaciones más vulnerables para atender sus necesidades básicas. Un sistema sólido de agua y saneamiento es esencial para garantizar la seguridad de los alimentos, el agua potable y los entornos limpios y saludables para los niños, los adolescentes y las mujeres.



Sistema educativo

Los sistemas educativos se refieren a instituciones oficiales y no oficiales diseñadas para educar a los niños, desde el jardín de infancia básico hasta la escuela secundaria. Si bien la consideración primordial de la política del sistema educativo suele ser la escuela pública, las escuelas privadas también pueden seguir la orientación del sistema educativo nacional. Un sistema educativo sólido dispone de maestros capacitados, de una pedagogía sólida, de una infraestructura y unos recursos adecuados, y debería utilizarse como sistema de prestación de servicios para mejorar los resultados en materia de nutrición.



Sistema de protección social

El sistema de protección social comprende un conjunto de políticas y programas públicos y privados que tienen por objeto prevenir, reducir y eliminar la vulnerabilidad económica y social a la pobreza y las privaciones. Los programas de protección social que tienen en cuenta la nutrición pueden mitigar los efectos de la pobreza sobre la nutrición de los niños, los adolescentes y las mujeres. Un sistema sólido combina diferentes programas, que a menudo se centran en la protección de los grupos vulnerables y en romper el ciclo de la pobreza.

SECCIÓN ESPECIAL

¿Cómo es en la práctica el enfoque sistémico de la nutrición?

Para hacer frente al desafío de la malnutrición es necesario actuar en cinco sistemas clave: los de alimentación, salud, agua y saneamiento, educación y protección social. Ya hay muchos ejemplos en todo el mundo de cómo cada uno de estos sistemas está ayudando a apoyar la mejora de la nutrición materna e infantil.

Sistema alimentario



El enriquecimiento comercial de los alimentos básicos con micronutrientes es una de las intervenciones más eficaces y rentables para combatir el hambre oculta. En la década de 1920, los Estados Unidos y Suiza comenzaron a añadir yodo a la sal, lo que eliminó prácticamente el bocio y el cretinismo, las formas más graves de trastornos por carencia de yodo, y allanó el camino para posteriores iniciativas de enriquecimiento¹⁴. Hoy en día, muchos países enriquecen sistemáticamente con micronutrientes los granos de cereales refinados¹⁵.

Si bien es técnicamente simple, el enriquecimiento comercial requiere la cooperación entre los organismos gubernamentales y una industria alimentaria evolucionada con un procesamiento centralizado y especializado y una infraestructura de distribución adecuada. También requiere supervisión y control de calidad y es más eficaz cuando se combina con campañas de educación dirigidas al consumidor para promover el consumo. El enriquecimiento comercial ha tenido mucho éxito en las zonas urbanas, donde la gente suele comprar alimentos en los mercados y tiendas centrales. Es más complicado de aplicar en las zonas rurales, donde la infraestructura de distribución puede ser más irregular.

Yodación universal de la sal

La yodación universal de la sal es uno de los grandes éxitos mundiales en materia de nutrición. En la actualidad, el 86% de los hogares del mundo disponen de sal yodada. El resultado es que, entre principios de los años 1990 y 2016, el número de países donde la carencia de yodo es un problema de salud pública se redujo de 113 a sólo 19¹⁶. Este progreso ha dado lugar

a una importante disminución de los trastornos por carencia de yodo y ha contribuido a mejorar el desarrollo intelectual de millones de niños. La yodación de la sal también es muy eficaz en función de los costos, ya que sólo cuesta alrededor de 0,05 dólares por persona y año¹⁷.

Tras el éxito de la yodación de la sal en los países desarrollados, se intensificaron los esfuerzos para ampliarla a escala mundial. En 1994, la OMS y UNICEF aprobaron la yodación universal de la sal como una forma segura, eficaz y sostenible de hacer frente a la carencia de yodo¹⁸. Sin embargo, los progresos en la yodación de la sal han sido demasiado lentos en Asia sudoriental y en África Subsahariana, especialmente en las zonas rurales con una infraestructura deficiente y en los países que dependen de los elaboradores de sal en pequeña escala. Al igual que con cualquier forma de enriquecimiento de los alimentos, el éxito de la ampliación requiere un compromiso político, la participación de la industria alimentaria y establecer vínculos con los programas nacionales de nutrición y otras prioridades de desarrollo. Los programas también deben adaptarse a los cambios en las pautas dietéticas. Por ejemplo, el aumento del consumo de sal por medio de alimentos procesados, en lugar de sal de mesa, significa que las industrias alimentarias deben asegurarse de que utilizan sal yodada. La yodación de la sal también es compatible con la recomendación de la OMS de reducir la ingesta de sal a menos de 5 gramos al día. Al garantizar que toda la sal de calidad alimentaria esté yodada, este límite puede cumplirse con seguridad¹⁹.

Enriquecimiento de alimentos a gran escala

El éxito de la yodación de la sal allanó el camino a otras iniciativas de enriquecimiento en todo el mundo. En los Estados Unidos, por ejemplo, la yodación de la sal fue seguida en

1933 por el enriquecimiento de la leche con vitamina D para prevenir el raquitismo y, en 1942, por la necesidad de añadir tiamina, riboflavina y hierro a la harina²⁰. En 1996, el gobierno ordenó la incorporación de ácido fólico a la harina para reducir la prevalencia de defectos del tubo neural, los más comunes de los cuales son la espina bífida y la anencefalia, una afección mortal. Las evaluaciones posteriores demostraron que la prevalencia de los defectos del tubo neural había disminuido entre un 19% y un 32%. Muchos otros países han experimentado mejoras similares²¹. Se están estudiando nuevos programas nacionales de enriquecimiento de la harina, incluso en entornos de altos ingresos como el Reino Unido, donde se está examinando su enriquecimiento con ácido fólico²².

Actualmente, 81 países—desde Sudáfrica y Marruecos en África, hasta Indonesia y Jordania en Asia o México y Uruguay en América Latina—requieren el enriquecimiento de la harina de

trigo sola o en combinación con harina de maíz y arroz²³. Aun así, existe un importante potencial sin explotar: si todos los países del mundo enriquecieran la harina con ácido fólico, se podrían evitar unos 230.000 casos de defectos del tubo neural al año²⁴. Además hay otras posibilidades no exploradas debido a que las normas nacionales de enriquecimiento de la harina no siempre satisfacen los requisitos mínimos de nutrientes clave como el hierro, el zinc y la vitamina B12²⁵.

Como se establece en la Declaración de Arusha de 2015 sobre el enriquecimiento de los alimentos²⁶, todavía es necesario adoptar medidas decisivas. Entre ellas figuran una mejor supervisión y aplicación de las normas y reglamentos sobre enriquecimiento de alimentos, mejores pruebas para orientar el diseño de políticas y programas, una mayor rendición de cuentas y presentaciones de informes a nivel mundial, la continuación de las actividades de promoción y la puesta en marcha de nuevas inversiones (aun que sean modestas).

Sistema de salud



Los centros de salud pueden desempeñar un papel importante en la mejora de los resultados de la nutrición, pero con demasiada frecuencia sus oportunidades están desaprovechadas. Para que los sistemas nacionales de salud desarrollen todo su potencial, deben prestar servicios preventivos y

de atención curativa, pero también deben fomentar prácticas familiares positivas, como la lactancia materna, que puedan ampliar considerablemente los resultados en materia de nutrición. Camboya, la India y Rwanda son tres ejemplos de países donde el sistema de salud está asumiendo esta función.

Camboya ha invertido sustancialmente en la concienciación de las comunidades, así como en la mejora de la calidad de la atención en el momento del parto. Como resultado, el porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado se duplicó entre 2005 y 2014 hasta alcanzar el 89% en 2014, mientras que los partos en instituciones aumentaron del 22% al 83%. Es importante destacar que las tasas de iniciación temprana de la lactancia materna se multiplicaron por más de 10 entre 1998 y 2014, hasta alcanzar el 63%²⁷. El programa también ha contribuido a detener el aumento del uso de sucedáneos de la leche materna entre los recién nacidos²⁸.

En Rwanda también se han logrado progresos significativos debido a que se llevó a cabo una campaña de comunicación intensiva y sostenida en torno a las prácticas de alimentación, incluida la iniciación temprana de la lactancia materna, y a la

Iniciativa de hospitales amigos de los niños. En 2014, el 91% de los partos contaron con la asistencia de parteras calificadas, en comparación con el 39% en 2005, lo que incluye casi todos los partos en establecimientos de atención de la salud. Las tasas de iniciación temprana de la lactancia materna también aumentaron, del 64% en 2005 al 81% en 2014²⁹. Rwanda cuenta ahora con 45.000 trabajadores sanitarios comunitarios que asesoran a las madres sobre prácticas adecuadas de alimentación y partos seguros.

En la India, los gobiernos nacionales y estatales pusieron en práctica una estrategia múltiple para apoyar la lactancia materna, que incluía programas a gran escala, iniciativas eficaces de fomento de la capacidad, alianzas sólidas, medidas basadas en la comunidad y campañas de comunicación. Como resultado, la iniciación temprana de la lactancia materna aumentó del 24,5% en 2006 al 44,6% en 2014. El aumento fue aún mayor—del 12,5% en 2006 al 34,4% en 2014— en los siete estados con las tasas más altas de mortalidad neonatal^{30, 31}.

Estos ejemplos demuestran cómo los países pueden integrar y mejorar la calidad de la orientación sobre la lactancia materna en el sistema de salud para lograr resultados a gran escala. Los tres países pudieron fortalecer la capacidad de los trabajadores de la salud y de los establecimientos de salud para llevar a cabo intervenciones en materia de nutrición. Estos resultados positivos demuestran los beneficios de la institucionalización, la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia materna en los centros de maternidad, especialmente en los primeros días de vida.

Sistema de agua y saneamiento



Al provocar enfermedades como la diarrea y la disentería, que impiden a los niños absorber los nutrientes, la escasez de agua y de saneamiento son factores importantes de la malnutrición. Por lo tanto, las mejoras en el sistema de agua, saneamiento

e higiene, combinadas con intervenciones en materia de nutrición, pueden desempeñar un papel fundamental en la prevención del retraso en el crecimiento y otras formas de malnutrición. Estos enfoques se han adoptado en el Pakistán y Etiopía, países que sufren altas tasas de retraso en el crecimiento –más de un tercio de los niños menores de 5 años están afectados– y donde el acceso a los servicios básicos de saneamiento sigue siendo un importante motivo de preocupación a nivel nacional.

En la provincia pakistaní de Sindh, la Oficina de UNICEF en Pakistán y sus aliados pusieron en práctica un conjunto integrado de intervenciones en materia de agua, saneamiento e higiene y nutrición que se centraron en los cruciales primeros 1.000 días. Las actividades de WASH se centraron en reducir la incidencia y la gravedad de la infección y controlar la enteropatía ambiental, una inflamación crónica del intestino. Las intervenciones incluyeron el mantenimiento del suministro de agua potable, el fomento de enfoques basados en la comunidad para eliminar la defecación al aire libre, la mejora del comportamiento higiénico y el desarrollo de la capacidad de los proveedores de servicios.

Siguen existiendo problemas, pero se han registrado progresos significativos. Se ha movilizado a los trabajadores comunitarios de la salud y se han formado clubes WASH en las escuelas con el fin de empoderar a los niños para que promuevan prácticas positivas. En total, se calcula que unos 922.000 niños menores de 5 años y mujeres han recibido servicios de nutrición, incluida la administración de suplementos de micronutrientes.

En Etiopía, UNICEF puso en marcha en 2017 un programa de agua, saneamiento e higiene para bebés denominado Baby WASH, que tiene el objetivo de proteger a los bebés y los niños de corta edad de las infecciones microbianas durante el juego y la alimentación. El programa incluye herramientas y materiales de comunicación interactiva para el desarrollo, incluyendo una serie de radionovelas, anuncios de servicio público y grupos de debate con las madres.

La intervención ha ayudado a cambiar los comportamientos. Según un informe de evaluación interna, casi tres cuartas partes de los oyentes de los programas de radio y de los anuncios de servicio público dijeron que habían realizado cambios. Alrededor de la mitad dijo que se lavaba las manos más a menudo y usaba jabón, mientras que alrededor de una cuarta parte había dejado de defecar al aire libre. Ya se ha comenzado a trabajar con el Ministerio de Salud para ampliar el enfoque en todo el país, incluida la elaboración de directrices nacionales y un manual de capacitación, así como la puesta en marcha de una iniciativa nacional de capacitación para instructores que pondrán en práctica en las regiones el mencionado enfoque Baby WASH³².

Sistema educativo



Las intervenciones alimentarias y nutricionales en las escuelas pueden desempeñar un papel fundamental en la creación de un entorno que proporcione y promueva dietas y nutrición saludables entre los niños y los adolescentes³³. Al educar e influir en

los niños (y en sus padres) para que elijan alimentos sanos, los sistemas educativos pueden ofrecer no sólo intervenciones específicas en materia de nutrición, sino también garantizar entornos favorables a la nutrición.

En la India, el programa de control de la anemia entre los adolescentes muestra cómo el sistema educativo puede trabajar para ampliar la escala de los resultados específicos de la nutrición. El programa comenzó en 2000 con la puesta en marcha de un proyecto piloto dirigido a las adolescentes en 2.000 escuelas públicas de cinco estados. Los responsables del proyecto piloto realizaron tres importantes intervenciones: administración semanal de suplementos de hierro y ácido fólico, sesiones de nutrición y educación mensuales y eliminación de parásitos dos veces al año. El proyecto benefició a 8,8 millones de niñas de 10 a 19 años. Al cabo de un

año, el programa informó de una disminución considerable de la prevalencia de la anemia de moderada a grave³⁴.

Sobre la base de los resultados positivos y la experiencia adquirida, el Gobierno de la India puso en marcha en 2012 el programa nacional de suministro semanal de suplementos de hierro y ácido fólico, dirigido a 116 millones de adolescentes de 10 a 19 años de edad en 32 estados. Por primera vez, también se incorporó al programa a casi 40 millones de niños. Para 2016-2017, el programa nacional

llegaba al 36% de los adolescentes destinatarios, y todos los estados habían adoptado medidas clave para mantener la sostenibilidad del programa. Dirigido conjuntamente por el Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, el Ministerio de Educación y el Ministerio de Desarrollo de la Mujer y el Niño, el programa es un ejemplo prometedor del tipo de coordinación entre las diferentes instituciones gubernamentales que es esencial para crear un enfoque del sistema de educación que sea eficaz a fin de mejorar la nutrición.

Sistema de protección social



Los programas de protección social son un instrumento poderoso no sólo para sacar a las familias y a los niños de la pobreza, sino también para promover la nutrición materna e infantil. Una serie de intervenciones, como las transferencias

condicionales e incondicionales de efectivo, las raciones alimentarias y la alimentación escolar, pueden ayudar a limitar los efectos a largo plazo de la privación y proporcionar a las comunidades los medios para acceder a alimentos nutritivos y costearlos. Los programas de transferencia de efectivo, en particular, han demostrado que son beneficiosos para el estado nutricional y que logran resultados para los niños en materia de salud³⁵.

Los programas de protección social se han aplicado ampliamente en América Latina y han ayudado a los países a reducir la pobreza, promover la seguridad alimentaria y mejorar los resultados nutricionales de los niños, los jóvenes y las familias. En el Brasil, por ejemplo, el programa Bolsa Familia, puesto en marcha en 2003, llegó a más de 13 millones de familias en sus primeros 10 años de aplicación, y contribuyó de manera significativa a la mejora de la salud social y pública³⁶. El programa, que se centra específicamente en la nutrición, desempeña un papel fundamental para ayudar a las familias de bajos ingresos a adquirir alimentos, mejorando así su calidad y diversidad dietética³⁷. Un estudio publicado por *The Lancet* demostró que Bolsa

Familia era crucial para reducir la mortalidad infantil entre los niños menores de 5 años, al incentivar la atención prenatal y posnatal, las campañas de inmunización y los servicios de salud y nutrición para madres y niños³⁸.

Del mismo modo, el programa de transferencias condicionadas de efectivo de México, Prospera, ha beneficiado a unos 7 millones de familias³⁹. La nutrición infantil ha sido uno de los principales componentes del programa desde sus inicios, y las familias incluidas en él se benefician de los servicios regulares de atención materno-infantil, en los que se supervisa el estado nutricional de los niños. Los servicios de nutrición tienen por objeto proporcionar a las familias la capacidad de alimentarse de manera saludable y alimentar a sus hijos, así como de ofrecerles una nutrición y una alimentación segura y asequible. Como han demostrado los estudios, el programa ha contribuido a promover la nutrición y el crecimiento óptimo, y también ha aumentado la diversidad de la dieta entre las familias y los niños^{40, 41}.

Estas intervenciones a gran escala demuestran la importancia de los sistemas de protección social que tienen en cuenta la nutrición, ya que ayudan a los países no sólo a mitigar los efectos de la pobreza, sino también a fortalecer a las familias en su papel de cuidadoras de los niños, que es un aspecto fundamental para garantizar unos hábitos alimentarios saludables y una mejor nutrición infantil. ■

Los sistemas alimentarios deben pasar de la simple alimentación de las personas a la nutrición de las personas, especialmente de los niños

Poner a los niños en el centro de los sistemas alimentarios

Los sistemas alimentarios eficaces (véase el Capítulo 1) son fundamentales para garantizar una alimentación segura, asequible y sostenible para todos los niños del mundo. Sin

embargo, a pesar de su papel central, los sistemas alimentarios han estado en gran medida ausentes en las políticas y los programas de nutrición materno-infantil. Afortunadamente, las actitudes y los enfoques están cambiando. La comunidad internacional reconoce cada vez más que los sistemas alimentarios deben pasar de la simple alimentación de las personas a la nutrición de las personas, especialmente de los niños.

Una medida inicial importante en esta reflexión fue la Declaración de Roma sobre Nutrición en 2014. Desde entonces, los informes y estudios han arrojado más luz sobre aspectos particulares de los sistemas alimentarios⁴². Por ejemplo, un informe del Grupo de expertos de alto nivel sobre nutrición y sistemas alimentarios profundiza en el papel crucial que desempeñan los entornos alimentarios en la configuración de las opciones dietéticas, así como en las posibles opciones de todos los sistemas alimentarios, ya sean tradicionales, modernos o mixtos, para la adopción de dietas más sostenibles y más sanas⁴³.

Entre otras cosas, el Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición ha destacado el papel de los principales interesados⁴⁴, mientras que el Informe Mundial sobre la Nutrición ha subrayado el papel de los gobiernos y las empresas para garantizar que los sistemas alimentarios y los entornos alimentarios apoyen las dietas saludables⁴⁵. Más recientemente, a principios de 2019, la Comisión EAT-Lancet destacó la necesidad de acelerar la transformación de los sistemas alimentarios para alcanzar no sólo los ODS, sino también los objetivos climáticos⁴⁶.

Este impulso debe ampliarse ahora para garantizar que los sistemas alimentarios satisfagan las necesidades de los niños y los jóvenes. Dadas las necesidades nutricionales únicas de los niños, hay una necesidad urgente de situar sus necesidades en el centro de los sistemas alimentarios. Entre las cuestiones clave que deben tenerse en cuenta figuran las intervenciones para mejorar las opciones dietéticas en los entornos alimentarios, es decir, los puntos en los que los niños, los jóvenes y los cuidadores interactúan con el sistema alimentario en general, como las tiendas, los mercados, los restaurantes y los establecimientos de comida rápida, así como la comercialización y la publicidad. Las funciones de la legislación y la reglamentación, y la forma en que las empresas y el sector privado pueden apoyar mejor una alimentación nutritiva para los niños, son también componentes vitales de un enfoque sistémico.

Prestar apoyo a la transformación del sistema alimentario por medio de la legislación

La legislación puede desempeñar un papel fundamental en la promoción de mejores opciones dietéticas para los niños y los jóvenes en diversos puntos del sistema alimentario, como por ejemplo, regulando la comercialización de alimentos poco saludables para los niños y de sucedáneos de la leche materna entre los cuidadores, recaudando impuestos sobre los alimentos poco saludables a fin de evitar la subida de los precios e incrementando la demanda de alimentos nutritivos y el acceso a los mismos. También favorece la igualdad de condiciones para todas las empresas.

El Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna es, por ejemplo, un marco reglamentario bien establecido que protege y promueve la lactancia materna, asegurando al mismo tiempo el uso adecuado de los sucedáneos de la leche materna, cuando sea necesario, mediante la prohibición de su promoción y la garantía de un etiquetado adecuado de los productos⁴⁷. (Sin embargo, según la Fundación Acceso a la Nutrición, “las seis mayores empresas de alimentación infantil



del mundo siguen comercializando sucedáneos de la leche materna mediante prácticas de comercialización que se sitúan muy por debajo de los estándares del Código⁴⁸.) En abril de 2018, 136 de 194 países contaban al menos con algún tipo de medida legal para abordar las disposiciones del Código. Varios países también han tomado medidas importantes para abordar las prácticas de comercialización inadecuadas de los alimentos complementarios comerciales⁴⁹. A pesar de estos esfuerzos, la mayoría de los países aún carecen de una respuesta eficaz y sostenida para hacer frente a la comercialización de los sucedáneos de la leche materna y otros alimentos no apropiados para lactantes y niños de corta edad.

Impuestos al azúcar

En respuesta al rápido aumento del sobrepeso y la obesidad, varios países han aplicado impuestos a los alimentos azucarados, siendo las bebidas azucaradas el objetivo más común. El consumo de estas bebidas está aumentando en la mayoría de los países, especialmente entre los niños y adolescentes,

y el consumo excesivo contribuye a una alimentación poco saludable y al aumento de peso⁵⁰. Según el Informe Mundial sobre la Nutrición, 59 países han establecido algún tipo de impuesto sobre las bebidas azucaradas⁵¹.

La comparación de los impuestos sobre el azúcar entre distintos países es complicada, ya que pueden ser aplicados a diferentes productos, a diferentes niveles y con diferentes propósitos. Más recientemente, Malasia, por ejemplo, ha comenzado a gravar en 2019 dos categorías de bebidas: las bebidas que contienen más de 5 gramos de azúcar/edulcorantes añadidos por 100 ml y los zumos de frutas y verduras que contienen más de 12 gramos de azúcar por 100 ml. La comparación de los impuestos sobre el azúcar entre países es complicada, ya que pueden ser aplicados a diferentes productos, a diferentes niveles y con diferentes propósitos. Es demasiado pronto para evaluar y analizar adecuadamente el impacto y la eficacia de este nuevo impuesto⁵².

Shirin, de 16 años, en su tienda de comestibles en Bangladesh.
© UNICEF/UN066971/Mawa

El sector privado tiene un enorme potencial para mejorar la nutrición infantil

En términos más generales, un estudio publicado recientemente por UNICEF destaca los efectos positivos en varios países sobre el consumo de productos gravados. En México, por ejemplo, el consumo de bebidas gravadas disminuyó un 5,5% en 2014 y un 9,7% en 2015⁵³, mientras que en Francia la demanda de refrescos disminuyó un 6,7% y un 6,1% en los dos primeros años de aplicación⁵⁴. El Informe Mundial sobre la Nutrición de 2018 también informó de que algunos estudios observacionales confirman que los impuestos de las bebidas azucaradas están logrando resultados positivos⁵⁵.

Etiquetado e información nutricional

La legislación para incluir información nutricional en los envases de alimentos es otra respuesta normativa que algunos países han utilizado. Este etiquetado permite a los cuidadores y a los consumidores –incluidos los niños y los jóvenes– elegir con conocimiento de causa e impulsa la reformulación de los productos. Aunque todavía se están recopilando pruebas, el etiquetado de los alimentos puede ayudar a los consumidores a superar los obstáculos que les impiden escoger alimentos saludables debido a una información inadecuada⁵⁶. El efecto final sobre el comportamiento de los consumidores depende de sus preferencias alimentarias y de su nivel de conocimientos sobre nutrición, así como del tipo de alimento. Cuando la etiqueta es visible, fácil de entender y no es engañosa, puede influir positivamente en las decisiones de los consumidores. Las pruebas demuestran que las etiquetas bien diseñadas son beneficiosas para todos los consumidores, independientemente de si son ricos o pobres, y de si tienen un alto nivel de educación o no⁵⁷. El etiquetado nutricional puede crear incentivos para que los fabricantes reformulen sus productos para hacerlos más saludables⁵⁸.

Existen varios enfoques diferentes para el etiquetado de los alimentos (véase Gráfico 4.2). Los sistemas que permiten un juicio fácil y evaluativo sobre la salubridad y el valor nutritivo

(o no) de un producto parecen especialmente eficaces para ayudar a los consumidores a elegir productos nutricionalmente favorables. Por ejemplo, las etiquetas codificadas por colores son más eficaces que las etiquetas de texto simple para orientar a los consumidores hacia los alimentos sanos⁵⁹. Entre los más comunes, el sistema de semáforos múltiples es a menudo el preferido por los consumidores debido a que resulta fácil de usar. Sin embargo, las pruebas más recientes indican que las etiquetas de advertencia y los enfoques de indicadores resumidos (por ejemplo, Nutri Score) están más estrechamente relacionados con las compras más saludables⁶⁰. Las etiquetas de advertencia, en particular, pueden ser una forma más sencilla y directa de transmitir información nutricional importante a los consumidores^{61, 62}.

Existen razones de peso para adoptar este tipo de etiquetado. De igual importancia, un estudio reciente en toda América Latina confirmó que, al comprar alimentos para sus hijos, los padres tienen en cuenta la información que se ofrece en la parte frontal del envase para comparar el valor nutricional de los productos y buscan sistemas que sean fáciles de entender e interpretar⁶³.

Función del sector privado

El sector privado tiene un enorme potencial para mejorar la nutrición infantil. Los agentes del sector privado –desde los pequeños agricultores hasta las pequeñas y medianas empresas (PYME), pasando por las empresas multinacionales de alimentos– tienen un papel que desempeñar en la transformación de los sistemas alimentarios mundiales y locales. La capacidad del sector privado y las medidas adoptadas a lo largo de la cadena de valor, como el almacenamiento en frío, la mejora del envasado, el enriquecimiento y algunas formas de elaboración, pueden reducir la pérdida de nutrientes, mejorar la inocuidad de los alimentos y suministrar a las familias alimentos más ricos en nutrientes⁶⁹. Esto es especialmente importante en los países de ingresos bajos y medianos, donde las PYME son numerosas, y el saneamiento y la pérdida de alimentos son las principales preocupaciones⁷⁰.

ENFOQUE

Un esfuerzo pionero en el etiquetado de alimentos

Ante el rápido aumento del sobrepeso, que afecta a casi la mitad de los niños de hoy, Chile ha puesto en marcha un programa integral para tratar de mejorar el entorno alimentario de los niños, con el objetivo de alentar a los niños, los jóvenes y los cuidadores a que tomen decisiones más saludables y apoyarles en esta tarea.

Entre las iniciativas más importantes se incluye una Política Nacional de Alimentación y Nutrición, que esboza el derecho a una alimentación de buena calidad y culturalmente apropiada que apoye la buena salud y el bienestar⁶⁴. Entre las otras medidas cabe destacar una nueva e innovadora ley de etiquetado de alimentos que tiene como objetivo proteger la nutrición de los niños mediante la modificación del entorno alimentario, la promoción de decisiones con conocimiento sobre los alimentos y la reducción del consumo excesivo de sodio, azúcar y grasas saturadas.

La ley aborda cinco esferas principales: las nuevas etiquetas de advertencia en la parte frontal del envase; las restricciones a la publicidad de alimentos, especialmente la dirigida a los niños menores de 14 años; la incorporación de mensajes que promuevan hábitos de vida saludables en la publicidad de alimentos; las restricciones a la venta de alimentos con

exceso de sodio, azúcar y grasas saturadas en las escuelas; y la incorporación de actividades en todas las escuelas que contribuyan al desarrollo de hábitos alimenticios saludables y a un estilo de vida activo⁶⁵.

Las nuevas etiquetas de advertencia tienen un formato llamativo: letras blancas en un octógono negro, que advierten a los consumidores de que un producto tiene un alto contenido calórico, de sodio, azúcar y/o grasas saturadas (véase el Gráfico 4.2).

Las evaluaciones de la ley y su aplicación indican que el público, especialmente los niños, apoyan y comprenden fácilmente estos nuevos mensajes⁶⁶. La mayoría de los consumidores se toman en serio las etiquetas de advertencia de los productos alimenticios y prefieren comprar alimentos con menos etiquetas o sin ellas. Además, la mayoría de las escuelas cumplen con las regulaciones, generando ambientes más saludables sin publicidad o mercadeo de alimentos inapropiados, y promocionando alimentos más saludables con nutrientes esenciales, y más espacios para actividades físicas⁶⁷. Varias industrias han reformulado la composición de sus productos alimenticios para mantenerse por debajo de los límites establecidos de ingredientes poco saludables⁶⁸. ■

Directriz sobre las cantidades diarias	<p>Cada porción de 100g contiene</p> <p>de la cantidad diaria recomendada para un adulto</p>
Semáforo múltiple	<p>Cada porción de 100g contiene</p> <p>de la cantidad diaria recomendada para un adulto</p>
Semáforo	
Puntuación nutricional	<p>Puntuación nutricional</p>
Etiquetas de advertencia	

La incapacidad del sistema alimentario para suministrar alimentos sanos a los niños representa un fracaso colectivo

En muchos lugares, los grandes actores del sector privado tienen una participación cada vez mayor en el mercado, lo que les confiere una enorme capacidad para mejorar o reducir el valor nutritivo de los alimentos. El procesamiento es clave para ello. El procesamiento de los alimentos no es intrínsecamente malo:

las sociedades humanas lo han utilizado durante milenios para mejorar la salubridad y el valor nutritivo de los alimentos y reducir su carácter perecedero. Sin embargo, el procesamiento también puede eliminar nutrientes esenciales y añadir grasas saturadas nocivas, grasas trans, azúcar y sal⁷¹. Como se señaló en el Capítulo 3, hay razones para estar particularmente preocupados por el rápido crecimiento del consumo de alimentos ultraelaborados, que, en demasiados casos, simplemente no satisfacen las necesidades nutricionales de los niños.

Compromisos y rendición de cuentas

La incapacidad del sistema alimentario para suministrar alimentos sanos a los niños representa un fracaso colectivo. Su corrección requerirá la acción colectiva de, entre otros, los gobiernos, las familias, la sociedad civil y el sector privado. A medida que aumenta el papel de las grandes empresas en los sistemas alimentarios mundiales, es necesario garantizar que desempeñen una función positiva en la promoción de alimentos nutritivos, sanos, asequibles y sostenibles, así como en el cumplimiento de sus compromisos con los niños del mundo y con sus familias.

Comprometerse con las empresas

Diversos mecanismos de gobernanza han hecho hincapié en la necesidad de que el sector privado participe en la promoción de una mejor nutrición en los últimos años, y de que se definan claramente las normas de su participación para mejorar los resultados nutricionales de los niños. Ya en 2004, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS aprobó la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud, en la que se

señalaba que el sector privado puede desempeñar un papel importante en la promoción de dietas saludables. También destacó el importante papel de la industria alimentaria en la reducción del contenido de grasa, azúcar y sal de los alimentos procesados, la revisión de las prácticas de comercialización y la incorporación de opciones más sanas y nutritivas para los consumidores⁷².

En 2015, el Secretario General de las Naciones Unidas lanzó la Estrategia Mundial para la Salud de las Mujeres, los Niños y los Adolescentes con el fin de fortalecer el impacto potencial de los ODS. La estrategia destaca la importancia de la comunidad empresarial para promover una mejor nutrición y alimentos más sanos⁷³. Sin embargo, el Grupo Independiente de Rendición de Cuentas, creado para apoyar esta estrategia, recomienda que los gobiernos regulen la industria de alimentos y bebidas y adopten una convención mundial vinculante para fomentar la producción de alimentos más sanos, reducir el contenido insalubre y controlar la comercialización de alimentos poco sanos para los niños⁷⁴. De manera similar, el Informe de la Comisión para Acabar con la Obesidad Infantil pide una estructura de gobierno en la que el sector privado participe activamente y rinda cuentas en la implementación de las intervenciones⁷⁵.

La propia industria alimentaria ha expresado anteriormente su compromiso formal de trabajar para mejorar la alimentación, la nutrición y los resultados sanitarios. Por ejemplo, en mayo de 2018, la Alianza Internacional de Alimentos y Bebidas expresó oficialmente su compromiso de alinearse con el objetivo de la OMS de eliminar del suministro mundial de alimentos las grasas trans producidas industrialmente para el año 2023⁷⁶.

Hacer que las empresas de alimentos y bebidas rindan cuentas de sus compromisos, y monitorear su progreso hacia las metas establecidas, ha resultado ser una tarea problemática en el pasado. Por ejemplo, la experiencia previa en esferas como la comercialización de alimentos dirigida a los niños indica que los compromisos de la industria alimentaria son irregulares, carecen de ambición y no siempre se cumplen estrictamente^{77, 78}.

Garantizar la rendición de cuentas exige una sólida coordinación entre los sectores público y privado. Mejorar la alimentación de los niños es una responsabilidad compartida en la que las partes interesadas no sólo reconocen su responsabilidad de trabajar en favor de una buena nutrición infantil, sino que también revisan las prácticas actuales que pueden estar bloqueando el progreso. La legislación y la reglamentación desempeñan un papel importante, pero los gobiernos también pueden ofrecer incentivos a las empresas para que aumenten la demanda y proporcionen alimentos sanos⁷⁹. Las empresas suelen preferir este último enfoque, y hay pruebas de que estos enfoques basados en la promoción de incentivos dan resultados⁸⁰.

Existen numerosos desafíos para movilizar la acción y la rendición de cuentas del sector privado. Los intereses comerciales creados compiten con las metas nutricionales a favor

de los niños y los jóvenes con el fin de sembrar obstáculos considerables en contra de una transformación significativa. Un estudio reciente de *The Lancet* sobre la obesidad señala que aunque se han señalado muchas acciones y recomendaciones políticas basadas en pruebas, no se han traducido en acciones significativas debido a los intereses comerciales creados y a la insuficiente demanda pública. La Comisión Lancet ha hecho hincapié en la necesidad de reducir la influencia de los grandes intereses comerciales en la elaboración de políticas, con el fin de que los gobiernos puedan aplicar políticas eficaces⁸¹.

Los sectores público y privado tienen la responsabilidad compartida de responder y crear nuevas vías para proporcionar alimentos saludables y una buena nutrición a los niños: esta respuesta debe ser sostenible e impulsar un cambio profundo en el sistema actual.

En la escuela primaria Hua Ngai, en Muong Cha, provincia de Dien Bien, Viet Nam, una niña sostiene una bandeja que acaba de lavar luego de un nutritivo almuerzo escolar. © UNICEF/UN043574/Lister





Inge Kauer
Directora Ejecutiva,
Fundación Acceso a
la Nutrición

Como Directora Ejecutiva de la Fundación Acceso a la Nutrición, Inge supervisa todos los aspectos de la fundación, incluida la colaboración con partes interesadas y asociados externos, y es miembro del comité de la fundación. Antes de comenzar a trabajar allí, Inge fue asociada de Boer & Croon, una consultoría holandesa de administración. Además, desempeñó puestos de alta dirección en Porter Novelli, una agencia internacional de comunicaciones de servicio completo, y ha asesorado a varias empresas de la industria de la alimentación y las bebidas acerca de prácticas socialmente responsables y cuestiones de reputación de empresa.

PERSPECTIVA

La industria alimentaria debe acelerar las acciones para abordar la crisis mundial de la nutrición

Lo que comen y beben los niños repercute en su salud y su bienestar a corto y largo plazo. Una nutrición deficiente puede causar, por una parte, obesidad y enfermedades relacionadas con la dieta; por otra, retraso en el crecimiento, emaciación y vulnerabilidad a las infecciones. La crisis mundial de nutrición supone una enorme carga para los servicios de atención médica y está amenazando la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. El sector privado puede hacer una contribución fundamental para abordar este problema mundial.

Los fabricantes de alimentos y bebidas tienen una enorme influencia en las dietas de los consumidores. A medida que aumentan los ingresos, los consumidores tienden a comer y beber más alimentos y bebidas empaquetados. Esto está impulsando el crecimiento en la industria de la alimentación y las bebidas, sobre todo en mercados emergentes en los que el crecimiento económico ha sido cinco veces más rápido que en los mercados maduros. Los 22 mayores fabricantes de alimentos y bebidas de todo el mundo evaluados en el Índice Mundial de Acceso a la Nutrición de 2018 trabajan en más de 200 países y generan, aproximadamente, 500.000 millones de dólares en ventas.

En la Fundación Acceso a la Nutrición creemos que estas empresas tienen un papel fundamental que desempeñar para abordar los desafíos a los que se enfrenta el mundo en el ámbito de la nutrición y las

enfermedades ocasionadas por una mala alimentación. Además, en la Fundación estamos convencidos de que las empresas que adopten estrategias amplias de nutrición a nivel mundial rendirán mejor a largo plazo.

El Índice Mundial del Acceso a la Nutrición está diseñado para realizar un seguimiento de la contribución de los fabricantes de alimentos y bebidas para abordar los desafíos mundiales que presenta la nutrición, así como para animarlos a esforzarse más.

Ya podemos ver pruebas de su repercusión: desde la evaluación de 2016, muchas empresas han redoblado sus esfuerzos para fomentar dietas de mejor calidad, bien mediante políticas mejoradas o bien publicando información. Algunas también han ampliado las medidas destinadas a abordar la desnutrición, tanto de manera filantrópica como a través de sus principales actividades de producción; por ejemplo, enriqueciendo algunos alimentos.

Aunque los resultados del Índice Mundial de 2018 son esperanzadores, también revelan que queda mucho por avanzar. La puntuación media general, si bien sigue siendo bastante baja, aumentó de un 2,5 a un 3,3 sobre 10, y nueve empresas sacaron un 5 o menos, en comparación con solo un 2 en 2016. Aun así, el Índice de 2018 revela que existe un margen considerable de mejora en la calidad nutricional de los productos de las empresas. El Perfil del Producto, que evaluó la salubridad de los productos de empresas de nueve países,



© UNICEF/UNI183010/Quintos

reveló que menos de una tercera parte de los 23.000 productos objeto del estudio podían clasificarse como saludables.

Si analizamos en mayor profundidad lo que las empresas están haciendo para garantizar una nutrición adecuada para los niños, el Índice de 2018 genera algunas inquietudes. Solo el 14% de los productos cumplen las pautas de alimentación de la Región Europea de la OMS sobre la comercialización dirigida a los niños. Ninguna de las carteras de las empresas cuenta con más del 50% de los productos que cumplen con el estándar de salubridad adecuado para comercializarlos para los niños. Además, la mayoría de las políticas de las empresas para una comercialización responsable siguen siendo insuficientes. Por ejemplo, no abarcan todos los medios de comunicación, incluido el digital, ni se aplican a niños mayores de 13 años. Solo una empresa amplía sus políticas de comercialización responsable a niños de 18 años, lo cual se considera una buena práctica. El Índice de 2018 recomienda a las empresas detener la comercialización física y por internet de productos para niños que no sigan las recomendaciones de la OMS.

La comercialización de sucedáneos de la leche materna es otro ámbito en el que las empresas deben actuar. Las empresas declaran públicamente su adhesión al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, y unas cuantas

reforzaron sus políticas como respuesta al Índice de 2016. Sin embargo, el Índice Mundial de 2018 demostró que todas las empresas de alimentación para bebés que evaluamos seguían contraviniendo sus directrices. Por ejemplo, la detallada investigación que llevamos a cabo en Tailandia y Nigeria reveló altos índices de incumplimiento del código, la mayoría como resultado de promociones en puntos de venta ofrecidas por importantes empresas en línea. Las empresas de alimentación para bebés deben cerciorarse de que sus políticas de comercialización respeten el código en su totalidad y que se apliquen completa y uniformemente en todo el mundo (tanto en los países desarrollados como en vías de desarrollo) y en todos sus productos, incluida la leche para niños. Además, las empresas pueden ayudar a las madres lactantes en sus lugares de trabajo ofreciéndoles acuerdos laborales flexibles y favorables, licencias de maternidad más generosas y espacios adecuados para extraer y almacenar leche materna.

A fin de promover una nutrición adecuada para los niños, las empresas de alimentación han de redoblar sus esfuerzos de comercialización de productos saludables y crear más productos aptos para el consumo infantil. Solo entonces podrán desarrollar su enorme potencial para contribuir a la finalidad de eliminar el hambre y promover vidas sanas, tal y como marcan los Objetivos de Desarrollo Sostenible. ■

Las intervenciones para promover una alimentación y estilos de vida saludables son más eficaces y sostenibles cuando fomentan la participación de la comunidad

Respuestas de la sociedad civil y la comunidad

Las comunidades locales y las organizaciones de la sociedad civil (OSC) pueden desempeñar un papel importante en la promoción de una mejor nutrición infantil,

entre otras cosas, representando las opiniones de los grupos marginados (como los pequeños agricultores, los niños indígenas y las mujeres), exigiendo responsabilidades a los gobiernos y a las empresas y respondiendo directamente a las necesidades nutricionales de sus comunidades^{82, 83}.

Concretamente, en la serie de *The Lancet* sobre nutrición maternoinfantil (2013) se establecieron cuatro funciones clave para las OSC:

- Pueden promover que se adopten medidas y prioridades en materia de nutrición a nivel nacional y mundial.
- Pueden garantizar que se rindan cuentas sobre la cobertura y la calidad de los servicios de nutrición.
- Pueden generar conocimientos específicos para cada contexto sobre las causas de la malnutrición y las posibles soluciones.
- Pueden poner en marcha programas y plataformas de nutrición para la prestación de servicios⁸⁴.

Una preocupación sobre el papel de las OSC es la prueba de que, en algunos casos, se han creado grupos de interés especial para crear falsas OSC, una práctica llamada “astroturfing”. Estos grupos se presentan como un esfuerzo de base que apoya los intereses de las empresas, por ejemplo, cuestionando los impuestos sobre las bebidas gaseosas⁸⁵.

Cambio de arriba hacia abajo y de abajo hacia arriba

Las respuestas a la malnutrición basadas en la comunidad son de arriba hacia abajo o de abajo hacia arriba. En una respuesta de arriba hacia abajo, los grupos locales se movilizan para implementar intervenciones basadas en la comunidad, tales como campañas de educación y de cambio de comportamiento, y respuestas de emergencia. En muchos casos, estas intervenciones se planifican y diseñan a nivel nacional, pero su implementación por parte de los grupos locales aumenta su legitimidad y transparencia. Existen pruebas que sugieren que las intervenciones para promover una alimentación y estilos de vida saludables son más eficaces y sostenibles cuando fomentan la participación de la comunidad y tienen en cuenta las particularidades del contexto local⁸⁶.

Las respuestas de abajo hacia arriba pueden incluir la promoción por parte de las OSC de base de un cambio sistémico y fundamental en el sistema alimentario. Entre las causas asumidas por las OSC de base se encuentran el hambre y la malnutrición, especialmente de los niños, la conservación del suelo y el agua, la reducción de los desechos alimentarios, el derecho a la alimentación, la producción local de alimentos, la agricultura urbana, la reglamentación de los organismos modificados genéticamente, la reforma de las prácticas comerciales y los derechos de los jóvenes, las mujeres y los pueblos indígenas. En el sur del mundo, la “soberanía alimentaria” ha surgido como una cuestión clave para las OSC de base. Su principio básico es que “las comunidades tienen derecho a definir su propia política alimentaria y agrícola⁸⁷”.

Muchas otras OSC de base y movimientos sociales están trabajando para reformar el sistema alimentario y mejorar la nutrición. Por ejemplo, el Foro de Pescadores de Pakistán promueve los derechos y el empoderamiento de las comunidades pesqueras y trabaja para proteger sus medios de subsistencia mediante políticas y prácticas pesqueras sostenibles⁸⁸. El Movimiento

ENFOQUE

Sobrevivir y prosperar en Perú

Cuando nacieron en el año 2000 en la comunidad de Hanaq Chuquibamba, ubicada en los Andes peruanos, Josué Abdías y Josué Abraham tenían un peso inferior al normal. Hoy en día, los gemelos son adolescentes sanos y ambos se están preparando para ir a la universidad. El cambio de rumbo de los gemelos refleja el éxito más amplio del Perú en la lucha contra la desnutrición. En 2000, casi uno de cada tres niños peruanos sufría de retraso en el crecimiento; en la actualidad, gracias en parte a intervenciones como el Programa Buen Comienzo⁹⁵, del que se beneficiaron los gemelos, la prevalencia es de sólo el 12,9%.

El éxito del Perú en la lucha contra la desnutrición refleja un decidido esfuerzo político nacional, la coordinación entre sectores y un sistema eficaz de presupuestación y seguimiento basado en los resultados. El liderazgo comunitario también ha sido clave. En Hanaq Chuquibamba, el líder local y padre de los gemelos, Igidio Sataraura, hizo hincapié en la importancia fundamental de la labor de la comunidad para vigilar el estado nutricional de los niños,

garantizar el acceso a los servicios de salud y nutrición y difundir conocimientos sobre la alimentación y otras prácticas de atención.

Sin embargo, la lucha del Perú contra la desnutrición no ha terminado. Existe una gran preocupación por la persistencia de las formas de hambre oculta, en particular la anemia por carencia de hierro y, cada vez más, del sobrepeso. Una consulta entre las partes interesadas organizada por la Oficina de UNICEF en Perú en noviembre de 2018 reunió a representantes gubernamentales, académicos y organizaciones de la sociedad civil para reflexionar sobre las estrategias que se deben seguir aplicando en la lucha contra todas las formas de desnutrición. Los participantes reconocieron los nuevos desafíos que plantean la persistencia de la desnutrición y el aumento del sobrepeso y destacaron el papel del sector público en la coordinación de políticas, estrategias y programas, así como la necesidad de establecer una coordinación intersectorial continua y de contar con financiación suficiente. ■

Josué Abdías y Josué Abraham con sus padres, en la comunidad Hanaq Chuquibamba, Perú. © UNICEF/ Vilca 2019



dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) es el movimiento social más grande de América Latina. Trabaja desde hace más de 30 años por los principios de la reforma agraria y la soberanía alimentaria en Brasil⁸⁹. Las OSC locales también están trabajando para reformar los sistemas alimentarios modernos en los países de altos ingresos. En el Reino Unido, por ejemplo, las OSC han tenido éxito en la promoción del comercio justo, la certificación orgánica, los enfoques ecológicos, la permacultura y los movimientos locales y de alimentos consumidos sin prisas (*slow food*)⁹⁰.

Las OSC también pueden desempeñar un papel clave en la promoción de la nutrición en los sistemas no alimentarios. Por ejemplo, en el sistema educativo, las OSC pueden formular políticas en torno a los entornos escolares obesogénicos, la alimentación escolar y la educación nutricional. En el sector de la protección social, pueden trabajar para asegurar que los niños de las comunidades marginadas reciban servicios esenciales. Las OSC también han promovido planes dirigidos por la comunidad para mejorar el agua y el saneamiento.

A pesar de su potencial para contribuir a mejorar la nutrición de los niños, las OSC han encontrado dificultades para participar en la formulación de políticas y han tenido relativamente poco éxito a la hora de pedir cuentas a los gobiernos y al sector privado^{91, 92}. Sin embargo, hay casos en los que las OSC han sido incluidas en diálogos nacionales e internacionales para dar forma a las prioridades y políticas nutricionales. El Movimiento SUN incluye

una Red de la Sociedad Civil de más de 2.000 organizaciones locales afiliadas, para fomentar alianzas y promover acciones de nutrición en los países miembros de SUN⁹³. El Comité de Seguridad Alimentaria Mundial de las Naciones Unidas también cuenta con un mecanismo de la sociedad civil que proporciona un espacio inclusivo para asegurar que la sociedad civil esté representada en debates políticos más amplios⁹⁴.

Conclusión

Las pruebas que figuran en este capítulo son claras: en todo el mundo hay innumerables ejemplos de iniciativas, tanto grandes como pequeñas, que están ayudando a mejorar la nutrición infantil. Sin embargo, aún queda mucho por hacer, como también lo demuestran las persistentes consecuencias del retraso en el crecimiento, la emaciación y el hambre oculta, así como el aumento del sobrepeso. Si queremos hacer frente al desafío de la malnutrición, necesitamos poner en marcha un planteamiento más amplio que sitúe el derecho a la nutrición de los niños en el centro de los sistemas alimentarios y dé prioridad a los resultados en materia de nutrición en otros sistemas clave. El siguiente y último capítulo de este informe describe cómo se puede lograr esto mediante la enumeración de cinco principios clave para movilizar a los gobiernos, las empresas y la sociedad civil con el fin de transformar la nutrición de los niños en el siglo XXI. ■



SECCIÓN ESPECIAL

Influencia de la comercialización de los alimentos en la alimentación infantil

Lejos de ser una cuestión de simples preferencias personales, las elecciones de alimentos y los hábitos alimentarios individuales están influenciados en gran medida por el entorno alimentario, una combinación de factores que incluye la disponibilidad de alimentos, la accesibilidad, la asequibilidad y la preferencia. **Una influencia importante en el entorno alimentario sobre el comportamiento de los consumidores y la alimentación de los niños es la comercialización de los alimentos.**

En los países de ingresos altos, medios y bajos, los niños se ven cada vez más sometidos a estrategias de comercialización ubicuas que tienen un efecto impactante. Los anuncios publicitarios, los envases de alimentos que atraen a los niños y las campañas digitales estimulan la preferencia por la comida poco saludable y su consumo, en particular la comida rápida, los alimentos ultraprocesados con alto contenido de sal, azúcar y/o grasa y las bebidas azucaradas. Todo esto conspira para agravar el riesgo de sobrepeso entre los niños.

Según la Comisión de la OMS para acabar con la obesidad infantil (la Comisión ECHO), la comercialización de alimentos está directamente relacionada con el aumento del sobrepeso y la obesidad y los daños relacionados con la salud y la nutrición de los niños: “Hay pruebas inequívocas de que la comercialización de alimentos poco saludables y bebidas azucaradas está relacionada con la obesidad infantil⁹⁶”. Por ejemplo, una encuesta realizada entre niños australianos de 10 a 16 años mostró que aquellos que veían en línea materiales relacionados con alimentos, especialmente anuncios en vídeo, tenían más probabilidades de consumir alimentos poco saludables⁹⁷. Otros exámenes sistemáticos han determinado el alcance, la naturaleza y las repercusiones de la comercialización de alimentos sobre los niños, y los exámenes subsidiarios han reafirmado estas conclusiones⁹⁸.

Los esfuerzos de los gobiernos y la sociedad civil para promover alimentos saludables en los países de altos ingresos se enfrentan a un gran desafío. La comercialización de alimentos poco saludables supera el gasto en alimentos más sanos o en la promoción de alimen-

tos saludables en América del Norte y Europa Occidental. En 2012, la cantidad gastada en publicidad por parte del sector de la comida rápida en los Estados Unidos fue más de 12 veces mayor que la cantidad total gastada en leche, agua, verduras y frutas combinadas⁹⁹. En el Reino Unido, el gasto en publicidad de alimentos poco saludables es 30 veces mayor que el gasto del gobierno en hábitos alimenticios saludables¹⁰⁰. Un estudio reciente realizado en 22 países reveló que por cada anuncio de alimentos saludables, había cuatro que promocionaban alimentos con alto contenido de grasas, azúcar y sal, y que la comercialización de estos productos poco saludables era más frecuente durante la hora de mayor audiencia de los niños¹⁰¹. A nivel mundial, los niños están expuestos a un enorme volumen de comercialización de alimentos y bebidas poco saludables, a pesar de la aplicación de iniciativas de autorregulación por parte de la industria.

La comercialización en las tiendas (*marketing al por menor*) también representa una amenaza importante para los niños. Un estudio reciente en México muestra que estas técnicas en las tiendas se utilizan con el objetivo específico de atraer a los niños a los alimentos poco saludables, incluyendo, por ejemplo, la colocación de productos a la altura de los ojos de los niños, la proliferación de promociones con premios y el uso de personajes de películas y dibujos animados con licencia¹⁰².

Los países de bajos ingresos ofrecen una oportunidad sin precedentes a los fabricantes y comercializadores de alimentos ultraprocesados, comida rápida y bebidas edulcoradas. Entre 2011 y 2016, las ventas de comida rápida aumentaron un 254% en Argentina, un 113% en la India, un 83% en Viet Nam y un 64% en Egip-



Aleksa, de 8 años, y Kosta, de 12, juegan en sus teléfonos móviles, en Belgrado, Serbia. Los medios digitales amplían el alcance y el impacto de la comercialización de alimentos poco saludables para los niños. © UNICEF/UN040855/Bicanski

to¹⁰³. El marketing digital es más eficaz y omnipresente que los métodos tradicionales que utilizan la televisión y la prensa escrita, lo que suscita preocupación sobre los efectos del marketing alimentario. Un análisis realizado en Europa reveló que la combinación del marketing en línea con otros medios de comunicación aumentaba los beneficios de la publicidad televisiva y cinematográfica en alrededor de un 70%¹⁰⁴. A nivel mundial, se estima que uno de cada tres usuarios de Internet son niños. En los países menos desarrollados, el acceso a Internet suele ser predominantemente a través de los teléfonos inteligentes, lo que ofrece a los vendedores de alimentos un canal de publicidad que está disponible para los niños casi todo el tiempo¹⁰⁵.

Existen razones psicológicas, técnicas y estructurales por las que los medios digitales multiplican los canales de comercialización, ampliando su alcance e impacto. En primer lugar, los medios digitales facilitan la “micro-determinación” de los mensajes de marketing debido a que llegan a los más vulnerables. En segundo lugar, los medios digitales permiten enfoques en constante evolución, novedosos y creativos, como los juegos y el intercambio de fotos y vídeos entre iguales, que crean técnicas inmersivas y atractivas que magnifican su atractivo. En tercer lugar, los niños comparten ampliamente con sus compañeros las técnicas invasivas, inmersivas, entretenidas, muy atractivas y que operan a partir de bases de datos.

En respuesta a la creciente influencia de la comercialización de alimentos, la 63ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó por unanimidad, en mayo de 2010, las recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños¹⁰⁶. La OMS insta a los Estados miembros a que limiten la comercialización de alimentos poco saludables dirigida a los niños, a que promuevan una mejor nutrición y a que contribuyan a los compromisos de poner fin a la obesidad infantil. A diferencia de la autorregulación voluntaria por parte de la industria alimentaria, la OMS recomienda normas jurídicamente vinculantes a través de la legislación.

Un estudio reciente evaluó las políticas de comercialización de alimentos y las ventas en 79 países. Al evaluar las reglamentaciones que había en vigor hasta 2014 y las ventas de alimentos entre 2002 y 2016, se comprobó que las ventas de alimentos no saludables aumentaban cuando los países no contaban con reglamentaciones de comercialización de alimentos no saludables, mientras que las ventas de alimentos no saludables disminuían después de la aplicación de esas políticas. En particular, los países con políticas de autorregulación de la industria también experimentaron un aumento en las ventas de alimentos poco saludables, mientras que las ventas disminuyeron en los países donde la regulación era legal¹⁰⁷. ■



PERSPECTIVA

En México, el activismo de base combate la obesidad infantil

Alejandro Cavillo Unna
 Director General,
 El Poder del
 Consumidor,
 México

Una epidemia de obesidad infantil se está extendiendo por el mundo. El consenso de la comunidad científica y entre distintas organizaciones internacionales apunta a la llegada masiva de alimentos ultraprocesados y bebidas endulzadas con azúcar a nuestras dietas como la razón principal. Sin embargo, los datos científicos que revelan el daño que los alimentos ultraprocesados ocasionan en la salud y las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de reducir el consumo de estos productos han sido desacreditados por las grandes empresas multinacionales de comida y bebida.

Las organizaciones sin ánimo de lucro tienen un papel fundamental que desempeñar para impulsar la promulgación de políticas que hagan frente a esas fuerzas poderosas en la batalla contra la epidemia de la obesidad infantil. Las instituciones académicas que realizan investigaciones y generan pruebas no suelen tener una repercusión relevante a la hora de influir en las políticas públicas: las investigaciones se publican en revistas científicas y a menudo no llegan a ver la luz en la esfera legislativa. No obstante, una alianza entre la esfera académica y la sociedad civil en la que la segunda abogue en favor de políticas públicas basadas en las pruebas generadas por la primera podría impulsar un cambio.

Las organizaciones sin ánimo de lucro que trabajan para crear políticas de salud pública que combatan la obesidad infantil y normativas que favorezcan entornos más saludables para los niños son fundamentales para generar el debate en los medios y

fomentar una opinión pública favorable a las políticas en contra de la obesidad.

Las campañas públicas, aunque carecen de la amplia financiación que recibe la publicidad de la comida basura y las bebidas azucaradas, proporcionan información que puede fomentar la concienciación pública y la sensación de urgencia para actuar a fin de proteger la salud, especialmente la de los niños.

En 2013, en México, creamos una campaña sencilla que mostraba cuánta azúcar había en una sola botella de bebida azucarada de 600 ml, el recipiente más común. Desde 2011, México había sido el mayor consumidor del mundo de bebidas azucaradas. La campaña presentaba dos imágenes al público. En una se leía: “¿Te tomarías 12 cucharadas de azúcar? Los refrescos son dulces; la diabetes, no”. En el segundo anuncio, en el que se veía a un adulto ofreciendo un refresco a un niño y a una niña, el texto decía: “¿Les darías 12 cucharadas de azúcar? ¿Por qué les das refresco?”. A través de carteles en la calle y publicidad en las estaciones de metro de la ciudad, la información tuvo una gran repercusión en una población que desconocía la cantidad de azúcar que contenían ese tipo de bebidas.

La campaña, que incluía datos sobre el creciente consumo de bebidas azucaradas y el aumento del número de muertes asociadas a la diabetes, nos permitió presentar una propuesta para aplicar un impuesto a esas bebidas. En 2014, logramos aplicar un impuesto especial de aproximadamente el 10% a las bebidas azucaradas como parte de una reforma fiscal en México.

Alejandro Cavillo Unna formó parte del grupo que fundó Greenpeace México. Trabajó en Greenpeace 12 años, cinco de ellos como Director Ejecutivo. En 2006 fundó la asociación de la sociedad civil mexicana El Poder del Consumidor (EPC), de la que es Director. EPC ha desempeñado un papel central para conseguir la implantación de un impuesto a los refrescos, la regulación obligatoria de la comida y la bebida en las escuelas y la puesta en marcha de una normativa de comercialización adaptada a los niños. Alejandro es miembro de la Comisión sobre la Obesidad de *The Lancet* y ha participado en los comités asesores de la OMS.



© El Poder del Consumidor, Mexico

La demanda de impuestos adicionales para las bebidas azucaradas ha ido acompañada de una propuesta de normativas para cambiar el entorno obesogénico de los niños, como la prohibición de la publicidad de alimentos y bebidas no saludables para niños y la eliminación de esos productos de las escuelas. En 2014, nuestra lucha para elaborar leyes que obligaran a establecer normas sobre los alimentos y bebidas en la escuela dio sus frutos, aunque sigue faltando la voluntad política necesaria para ejecutarlas. Las leyes prohíben la publicidad de estos productos para los niños en la televisión y en el cine durante ciertas horas, y obligan a poner etiquetas en la parte frontal o posterior de los envases.

Sin embargo, estas normativas están elaboradas por una institución que tiene un profundo conflicto de intereses, y están influidas por los intereses de la industria alimentaria. Así, la etiqueta frontal o trasera, diseñada por la propia industria, es difícil de entender para los consumidores, y el criterio de azúcar recomendado constituye, en realidad, un riesgo para la salud. Las regulaciones de la publicidad para niños son, en la práctica, una simulación: no abordan los programas y las horas en las que los niños ven más la televisión y no controlan la publicidad de la calle, de internet o de otros medios, ni tampoco el uso de regalos y promociones que animan a los niños a consumir productos no saludables.

Como respuesta a todo ello, pusimos en marcha diversos casos contra el etiquetado de los envases. Dos de los casos recibieron un fallo a nuestro favor, y se declaró que la etiqueta de los envases constituía una violación del derecho a consumir alimentos saludables, de la necesidad de información y del interés superior de los niños. Al mismo tiempo, la comunidad científica propuso un etiquetado de advertencia para alimentos y bebidas no saludables que avisan claramente al consumidor si un producto tiene alto contenido de azúcar, grasa o sodio.

Por otro lado, llevamos a cabo un estudio que demostraba que las escuelas mexicanas seguían siendo entornos obesogénicos que no respetaban las normativas, y que las autoridades educativas debían cumplir su deber de garantizar un entorno saludable para los niños.

En algunos casos, como ocurre en Chile, organismos legisladores y autoridades de la salud comprometidos por el bien común han impulsado políticas para combatir la epidemia de obesidad sin que recibieran un apoyo de amplia base por parte de la sociedad civil. Sin embargo, en la mayoría de los casos, las acciones de esos organismos siguen siendo fundamentales para impulsar el cambio. La alianza entre la sociedad civil y la esfera académica necesita un tercer aliado que se comprometa con la salud pública y esté dispuesto a plantar cara a los poderosos intereses particulares que se encuentren por el camino. ■

Innovaciones en materia de nutrición

UN NUEVO Y MEJOR MEDIDOR ELECTRÓNICO DE LA ESTATURA

No resulta fácil recopilar datos precisos sobre el tamaño de los niños pequeños. Actualmente se está probando un nuevo medidor electrónico de la estatura, diseñado para que sea más cómodo para los niños y produzca mediciones más precisas. Las mejores estimaciones permitirán a los gobiernos y a los profesionales determinar con mayor precisión el ritmo al que crecen los niños.



© UNICEF, 2019

ALIMENTOS TERAPÉUTICOS MÁS APETECIBLES PARA LOS NIÑOS DE CAMBOYA

En Camboya, uno de cada tres niños menores de cinco años sufre de retraso en el crecimiento o insuficiencia ponderal. Sin embargo, sólo el 6% de los niños que sufren desnutrición aguda grave reciben tratamiento. Para que los alimentos terapéuticos sean más apetecibles y menos caros que los productos lácteos importados, el Departamento de Pesca del país, el Institut français de recherche pour le développement y UNICEF han desarrollado Nutrix, un alimento terapéutico producido localmente. Compuesto de pescado, arroz y frijoles, Nutrix es rico en micronutrientes y está formulado para satisfacer los gustos de los niños camboyanos.

UN NUEVO ENFOQUE PARA EVITAR LA OBESIDAD INFANTIL A TRAVÉS DE UNA ASOCIACIÓN INNOVADORA INNOVADORA

Todos los padres y madres saben lo complicado que puede ser alimentar a sus hijos con alimentos saludables. En 2018, Beko, la marca de electrodomésticos líder en Europa, lanzó la iniciativa global #EatLikeAPro (“Comer como un profesional”) para ayudar a las familias a animar a sus hijos a comer mejor y, en el proceso, prevenir la obesidad infantil. Para ello, Beko hizo un llamamiento a las estrellas del fútbol del FC Barcelona, socio de la marca, que compartieron sus hábitos alimentarios saludables y sus recetas favoritas en el sitio web de la iniciativa, con el fin de inspirar a los padres para que preparen comidas más saludables para sus hijos. La campaña atrajo la atención mundial, generó 28 millones de visitas y llegó a más de 140 millones de personas.

Para concienciar a la opinión pública sobre la importancia de los hábitos alimentarios saludables y su impacto sobre el terreno, Beko ha unido sus fuerzas con UNICEF, que colabora con el FC Barcelona desde 2006 en la promoción de los derechos y la educación de los niños a través del deporte. Para recaudar fondos, el líder de electrodomésticos y el club de fútbol utilizaron un partido del “clásico” para lanzar la campaña #EatLikeAPro, que enseguida captó la atención de más de 650 millones de espectadores. Por cada uso del hashtag de la iniciativa, Beko donó 1 euro a UNICEF. Los fondos recaudados alcanzaron el millón de euros en 11 días y el hashtag fue compartido en 167 países. Los fondos recaudados se utilizan para apoyar los programas de UNICEF en seis países de América Latina que abordan las causas



© Marc Ensenyat

profundas de la epidemia de sobrepeso y obesidad en la región.

En mayo de 2019, gracias a la contribución técnica de UNICEF y a la colaboración del FC Barcelona y la Fundación Barça, Beko llevó a cabo una encuesta entre más de 13.500 niños de entre 6 y 10 años en 18 países para determinar si el hecho de que uno de sus ídolos consuma alimentos saludables les animaría a hacer lo mismo. Alrededor del 80% de estos niños respondieron “sí”. Como continuación de su campaña #EatLikeAPro, la marca de electrodomésticos pidió a Gerard Piqué, otro jugador del FC Barcelona, que promoviera la alimentación saludable entre los niños en edad de asistir a la escuela primaria. Sólo un mes después de su publicación, el vídeo había registrado más de 15 millones de visitas*. Por medio de esta asociación tripartita exclusiva, #EatLikeAPro se ha convertido en una campaña social de alcance e importancia mundial que ha recibido varios premios.

* Estadísticas sociales de seguimiento emocionados por Beko.

LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN

La técnica tradicional de evaluación de la desnutrición, que consiste en medir la circunferencia de la parte superior del brazo y calcular la relación entre el peso y la altura de los niños, requiere tiempo, equipos y personal cualificado. Gracias a las nuevas tecnologías de reconocimiento facial y de aprendizaje automático, el método



© Kimetrica

MERON (Method for Extremely Rapid Observation of Nutritional Status o método ultrarrápido de observación del estado nutricional) permite evaluar el nivel de desnutrición en niños de 6 a 59 meses de edad en situaciones de emergencia sin que sea necesario realizar un análisis humano, eliminando así el riesgo de error. El algoritmo analiza una imagen digital del niño para estimar su índice de masa corporal (IMC). (Por razones de seguridad, la foto del niño no se conserva.) Esta herramienta rápida y no intrusiva está pensada para complementar otras técnicas de medición en lugar de reemplazarlas.

¿QUÉ CONTIENE ESTE PRODUCTO? ¡ESCANEA EL CÓDIGO DE BARRAS Y DESCÚBRELO!

Desde Australia hasta la India y Francia, los consumidores utilizan ahora sus teléfonos inteligentes para escanear los códigos de barras de los envases de los alimentos y averiguar el contenido de azúcar, sal y grasa de los productos que compran. La información nutricional de más de 34.000 productos alimenticios envasados, recogida a través de la aplicación FoodSwitch, ha permitido a Australia mejorar su sistema de clasificación *Health Star* para los alimentos azucarados envasados. En la India, FoodSwitch se utilizó para evaluar si los productos envasados que venden los principales fabricantes de alimentos son saludables.

Asimismo, el Programa Nacional de Nutrición y Salud de Francia utilizó Open Food Facts, una plataforma abierta que recoge la información nutricional de más de 75.000 productos gracias a la contribución de voluntarios de 150 países, para validar la clasificación de su etiqueta nutricional Nutri-Score. Estas bases de datos generadas por los consumidores son mucho más rentables que la compra de datos a las empresas de investigación de mercado.

EN LA INDIA, UN ENFOQUE BASADO EN DATOS TIENE POR OBJETO ABORDAR LA TRIPLE CARGA DE LA MALNUTRICIÓN

La Encuesta Nacional de Nutrición Integral (CNNS), realizada entre 2016 y 2018 en todos los estados de la India, es la iniciativa más amplia que se ha llevado a cabo en todo el país para ofrecer un panorama completo de la situación nutricional de los niños y adolescentes en edad preescolar y escolar de hasta 19 años.

Esta es la primera vez que un solo estudio examina el alcance y la gravedad de las carencias de micronutrientes, la distribución de las grasas, los factores de riesgo nutricional de las enfermedades no transmisibles y los vínculos entre el estado nutricional de los niños y su desarrollo cognitivo. Esta encuesta sin precedentes también fue única en el sentido de que utilizó enfoques innovadores para asegurar la calidad de los datos, como el monitoreo por SMS, y métodos de referencia para la recolección de muestras de sangre y análisis de laboratorio.

Los principales resultados de esta encuesta, que fue posible gracias a una asociación filantrópica con Megha y Aditya Mittal, revelaron variaciones estacionales en las carencias de vitamina A, una gran disparidad entre niñas y niños en la prevalencia de la anemia y



© UNICEF/UN052963/Matta

un aumento del sobrepeso y la obesidad, así como el riesgo de diabetes, entre los niños en edad escolar.

Estos resultados han ayudado a orientar la ejecución de ambiciosos programas de nutrición infantil en todo el país. También sirven de base para posibles nuevas recomendaciones de política sobre la intensificación de la diversificación y el enriquecimiento de los alimentos para combatir la carencia de vitamina A, la lucha contra la malnutrición en todas sus formas y el establecimiento de programas para inculcar buenos hábitos alimentarios a los niños en edad preescolar, que pueden mantener a lo largo de toda su vida.



**05 UN PROGRAMA PARA
PONER PRIMERO LOS
DERECHOS DE LOS
NIÑOS A LA NUTRICIÓN**

Hay una palabra que debe destacar en nuestra respuesta a la malnutrición infantil: acción. Necesitamos acciones que reflejen el papel central de los sistemas alimentarios, que fortalezcan la oferta y la demanda de mejores alimentos, que mejoren el entorno alimentario de los niños, y que reflejen el papel que deben desempeñar los principales sistemas de apoyo: la salud, el agua y el saneamiento, la educación y la protección social. Con la acción viene otro imperativo: la rendición de cuentas. Hay que medir, compartir, poner en práctica y celebrar el progreso.

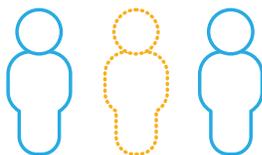


Estas cinco respuestas fundamentales son esenciales para mejorar la nutrición de los niños:

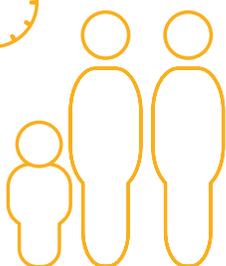
- Empoderar a las familias, los niños y los jóvenes para que exijan alimentos nutritivos
- Impulsar a los proveedores de alimentos a hacer lo correcto en favor de los niños
- Establecer entornos alimentarios saludables para todos los niños
- Movilizar sistemas de apoyo para ampliar los resultados en materia de nutrición para todos los niños.
- Recopilar, analizar y utilizar periódicamente datos y pruebas de buena calidad para orientar la acción y hacer un seguimiento de los progresos.

Hacer de la nutrición infantil una prioridad

Uno de cada tres niños no crece bien

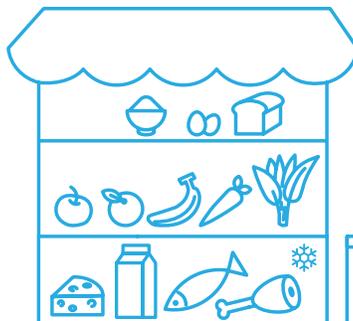


Para cada niño, un crecimiento saludable



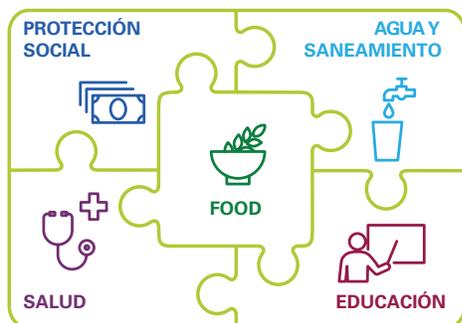
1

Empoderar a las familias, niños y jóvenes para que exijan alimentos nutritivos



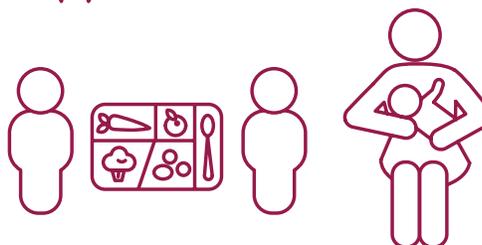
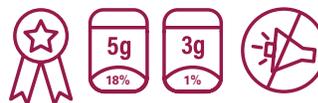
2

Impulsar a los proveedores de alimentos a que actúen en interés de los niños



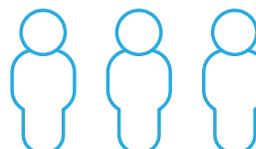
4

Movilizar los sistemas de apoyo para mejorar los resultados nutricionales de todos los niños



3

Establecer un entorno alimentario saludable para todos los niños



5

Recopilar, analizar y utilizar periódicamente datos y pruebas de buena calidad para orientar las acciones y supervisar los progresos

Introducción

La nutrición es un elemento básico en la vida de un niño. Todos los aspectos de la infancia –desde el desarrollo en el vientre materno hasta el juego y la exploración en la infancia y la primera infancia, pasando por el aprendizaje en la escuela y la preparación para la edad adulta y el empleo– se basan en una buena nutrición. Para aquellos que sufren de malnutrición, cada dificultad que se presenta en la vida se vuelve más complicada y cada oportunidad resulta más difícil de aprovechar. En medio de la creciente preocupación que existe por la forma en que el mundo se alimenta, este informe propone un programa para que todos los niños coman bien.

Este informe comenzó definiendo la malnutrición como una “condición causada por una dieta inadecuada o insuficiente, o por un defecto en el metabolismo de los alimentos.” A nivel mundial, uno de cada tres niños menores de 5 años no está creciendo bien debido a la malnutrición y dos de cada tres corren el riesgo de padecer malnutrición debido a la mala calidad de su alimentación.

La naturaleza de la malnutrición también está evolucionando a medida que unos sistemas alimentarios cada vez más globalizados y comercializados determinan cómo deber ser la alimentación familiar. Los sistemas alimentarios no están beneficiando a los niños y es necesario realizar una transformación urgente. Las necesidades nutricionales exclusivas de los niños durante las distintas etapas de la vida deben ser el motor de la transformación del sistema alimentario y una prioridad para todos los agentes que participan en la provisión de alimentos nutritivos, asequibles, saludables y sostenibles.

Este informe llega en un momento de preocupación no sólo por la capacidad del mundo para producir suficientes alimentos nutritivos para todos, sino también por su capacidad para hacerlo de manera sostenible y proteger el planeta. Este informe es único en el sentido de que hace un

llamamiento para poner a los niños en primer lugar, en el centro mismo del desafío mundial de la alimentación y la nutrición. Sin embargo, en medio de esta corriente de interés, haríamos bien en recordar un proverbio de Nigeria: Las palabras bonitas no producen alimentos. Las palabras no son suficientes. Nuestra respuesta a la malnutrición infantil debe basarse en la acción.

En primer lugar, nuestra respuesta debe reconocer el derecho de los niños a la alimentación y la nutrición como uno de los derechos humanos. Hace 30 años, con la firma de la Convención sobre los Derechos del Niño, los dirigentes mundiales se unieron para comprometerse en el cumplimiento del derecho de todos los niños a disfrutar de una infancia plena. Pero hoy en día todavía hay demasiados niños a quienes la malnutrición ha robado su presente y su futuro. UNICEF hace un llamamiento a todos los agentes para que den prioridad a los niños y combatan la malnutrición, comprometiéndose de nuevo con el derecho de todos los niños, sin excepción, a la alimentación y la nutrición.

En segundo lugar, el bienestar de las mujeres y los niños debe estar en el centro mismo de la política gubernamental. Cuando se trata de garantizar una alimentación sana, los gobiernos tienen un papel fundamental que desempeñar por medio de las políticas, la regulación, el control de calidad y la eficacia de los programas. Estos compromisos –y las inversiones financieras asociadas a ellos– deben estar basados en pruebas empíricas y estar vinculados a un conjunto de objetivos claros y métricas de rendición de cuentas para cada parte interesada. Es preciso hacer un seguimiento periódico de los progresos alcanzados en la consecución de los objetivos relacionados con la alimentación y la nutrición, compartirlos, tomar medidas al respecto y celebrarlos.

Las palabras bonitas no producen alimentos. Las palabras no son suficientes. Nuestra respuesta a la malnutrición infantil debe basarse en la acción



La doctora Pakirova prepara la cena para su familia en el distrito de Chon Alai, Kirguistán. © UNICEF/UN0146971/Voronin

En tercer lugar, colocar a los niños en el centro de los sistemas alimentarios requiere un enfoque múltiple: estimular la demanda de opciones saludables, fortalecer el suministro de alimentos nutritivos y mejorar el entorno alimentario de los niños. Las experiencias de un número cada vez mayor de países ofrecen ejemplos sobre las medidas que dan resultado, pero se necesitan mejores datos y pruebas para supervisar el desempeño, documentar las lecciones aprendidas y ampliar las acciones a una mayor escala.

Por último, nuestra respuesta debe ir más allá del propio sistema alimentario y contar con el apoyo de otros sistemas. Hemos visto cómo otros cuatro sistemas –salud, agua y saneamiento,

educación y protección social– pueden colaborar con el sistema alimentario para apoyar la nutrición infantil en diversos contextos. Es hora de mejorar estas intervenciones para aumentar su impacto sobre la nutrición. La importancia de la nutrición para el desarrollo y el bienestar de los niños, así como para el crecimiento y el desarrollo de las economías nacionales y el capital humano, nos obliga a considerar la nutrición como uno de los elementos centrales a medida que abordamos otros desafíos más amplios, como los que atañen a la salud, la educación, la reducción de la pobreza y la equidad.

Para orientar la respuesta a la malnutrición infantil, este informe propone el siguiente **Programa para poner los derechos de los niños primero en materia de nutrición.**

1 | Empoderar a las familias, los niños y los jóvenes para que exijan alimentos nutritivos.

La demanda afecta a la oferta porque los productores de alimentos responden a las prácticas y aspiraciones de los consumidores. Cuando hay opciones saludables que son asequibles, convenientes y deseables, los padres y cuidadores toman mejores decisiones sobre los alimentos que consumen los niños. A medida que los niños crecen, escogen una mayor cantidad de alimentos, por lo que el conocimiento y la información pueden convertirlos en poderosos agentes de cambio. Estimular la demanda de alimentos nutritivos consiste no sólo en educar a los consumidores sobre los beneficios de una alimentación saludable, sino también en aprovechar las aspiraciones culturales y sociales para cambiar los comportamientos y las prácticas.

- **Comprender y aprovechar la dinámica familiar y comunitaria.** La dinámica familiar y comunitaria, incluidas la distribución intrafamiliar y la utilización de los alimentos, puede tener unas características muy particulares. Las pruebas demuestran sistemáticamente que cuando las mujeres tienen más instrucción, poder de decisión y control sobre los ingresos del hogar, tienden a escoger alimentos y prácticas de alimentación más saludables para sus hijos. Una de las limitaciones es que los preparadores de alimentos en los hogares podrían carecer de las aptitudes necesarias para preparar comidas que satisfagan las necesidades nutricionales de los niños. También es importante involucrar a los padres y a la familia ampliada para que apoyen las funciones múltiples de las mujeres, especialmente las mujeres que trabajan en los sectores estructurados y no estructurados de la economía.
- **Mejorar la educación nutricional para propiciar mejores hábitos alimenticios para toda la vida.** La educación nutricional comienza en el hogar, continúa en la escuela y debe ser reforzada mediante campañas

de comunicación pública. También debería incorporarse en los sistemas de salud y de protección social. Es necesario educar a los padres sobre los alimentos nutritivos y las prácticas de alimentación saludables para sus hijos y los riesgos que conlleva un consumo excesivo de alimentos poco saludables. La educación debe ir más allá de los beneficios que ofrecen los alimentos saludables y abarcar el cambio de comportamiento y el empoderamiento, especialmente de los niños y adolescentes en edad escolar, que a su vez son ellos mismos agentes en favor del cambio.

- **Mejorar la conveniencia de los alimentos saludables.** Las estrategias de comunicación innovadoras, divertidas, memorables y atractivas para promover una alimentación saludable –incluidas, entre otras, las campañas– pueden potenciar las aspiraciones sociales y culturales de los niños, los adolescentes y los padres. Estas estrategias deben captar los intereses y aspiraciones de los padres, como el crecimiento físico, el desarrollo del cerebro y el rendimiento escolar, así como los intereses y aspiraciones de los niños y adolescentes en edad escolar, como el deporte, la apariencia, la fuerza, la cultura pop, las redes sociales y otros aspectos.
- **Usar una legislación cuya eficacia ya ha quedado demostrada para reducir la demanda de alimentos poco saludables.** En ciertas circunstancias, los impuestos específicos sobre los alimentos no saludables, como las bebidas azucaradas, pueden reducir la demanda de estos productos al hacer que sean relativamente más caros que las alternativas más saludables. En combinación con la educación nutricional, estos instrumentos han demostrado ser un factor eficaz para que los niños reciban una alimentación más nutritiva. ■

2 | Impulsar a los proveedores de alimentos a tomar medidas en favor de los niños.

No basta con que los niños y las familias exijan alimentos saludables, sino que también deben estar disponibles y ser asequibles, seguros y convenientes. Los productores y proveedores de alimentos tienen un papel clave que desempeñar, y los gobiernos pueden establecer normas para crear condiciones equitativas para todos los productores y proveedores, asegurando que sus acciones se ajusten al interés superior del niño. Los sistemas alimentarios son de distinta índole, al igual que las soluciones. En el caso de los sistemas alimentarios no industrializados, por ejemplo, se puede apoyar a los pequeños agricultores para que aumenten su productividad; por su parte, en el caso de los sistemas alimentarios industrializados, el fortalecimiento de los vínculos de los mercados y de las estructuras de incentivos puede mejorar la disponibilidad y la asequibilidad de los alimentos frescos y sanos. Todos los sistemas alimentarios deben avanzar hacia una producción y un consumo ambientalmente sostenibles para proteger la nutrición de los niños de hoy y de las generaciones futuras.

- **Proporcionar incentivos económicos y eliminar los desincentivos para que los productores provean alimentos infantiles más nutritivos.** Los encargados de formular políticas pueden incentivar a los productores de alimentos para que provean alimentos nutritivos, saludables y asequibles a los niños, eliminando al mismo tiempo las subvenciones para el azúcar, los cereales refinados y los aceites procesados. Dado que el período de alimentación complementaria (6-23 meses) es particularmente importante para el crecimiento y el desarrollo de los niños, se debe disuadir a los productores de comercializar como adecuados para este grupo de edad una serie de alimentos pobres en nutrientes, ricos en azúcar y altamente elaborados. Los incentivos también deberían dirigirse a aumentar la proporción de frutas y verduras frescas disponibles en los mercados, supermercados

y otros puntos de venta, especialmente en las comunidades de bajos ingresos y en los desiertos alimentarios. Las políticas favorables a las empresas, como la reducción de los alquileres, los aranceles y el pago de servicios públicos, pueden utilizarse para recompensar a las empresas que producen y comercializan alimentos sanos.

- **Invertir en la modernización de la infraestructura y de las cadenas de transporte para reducir las pérdidas de alimentos y nutrientes y mejorar la seguridad de los alimentos, especialmente en las zonas rurales.** Muchos de los alimentos que los niños necesitan más, entre ellos las frutas, las verduras y alimentos de origen animal como el pescado, los huevos, la leche y los productos lácteos, también son altamente perecederos. Cuando la infraestructura es deficiente, se desperdician muchos recursos debido al deterioro y la contaminación, lo que hace subir los precios y reduce la disponibilidad y la asequibilidad. Los alimentos de los niños a menudo terminan siendo productos altamente procesados, que son menos costosos y tienen una vida útil más larga. Las inversiones de la industria alimentaria y de los gobiernos en el almacenamiento, el envasado, la elaboración, la logística de la cadena de frío y otras infraestructuras para llevar alimentos frescos al mercado pueden reducir tanto los costes para los productores como los precios que deben pagar las familias.
- **Fortalecer las políticas, estrategias y programas para aumentar la solidez del suministro de alimentos en zonas propensas a las crisis y en contextos frágiles.** En los entornos humanitarios, los niños son siempre los que más sufren. Los

alimentos complementarios enriquecidos listos para el consumo, formulados adecuadamente, desempeñan un papel fundamental en el apoyo al crecimiento y el desarrollo óptimos de los lactantes y los niños de corta edad, al igual que los alimentos terapéuticos listos para el consumo desempeñan la misma función en el tratamiento de la malnutrición aguda en los niños. Los gobiernos de las zonas afectadas por una crisis deben asegurarse de que esos alimentos estén fácilmente disponibles, ya sea facilitando la producción local o eliminando los obstáculos a la importación. La inversión en programas de protección social bien diseñados puede garantizar que las mujeres y los niños que viven en hogares vulnerables tengan acceso a una alimentación más nutritiva y diversa.

- **Reducir el impacto ambiental de la producción de alimentos para los niños de hoy y de mañana.** Existen vínculos claros entre la producción y el consumo de alimentos, la sostenibilidad ambiental y el impacto en la nutrición y la salud de los niños. Es necesario realizar intervenciones enérgicas para reducir los efectos relacionados con la producción y el consumo de alimentos sobre el medio ambiente que, según las pruebas disponibles, son muy perjudiciales para los niños; entre otros cabe mencionar las emisiones de gases de efecto invernadero, el uso de combustibles fósiles, el uso de plaguicidas y la escorrentía de fertilizantes. Los sistemas de producción como la agroecología, la agrosilvicultura, los cultivos intercalados y la gestión integrada de los cultivos y la ganadería pueden mejorar la sostenibilidad y la biodiversidad de los sistemas alimentarios para las generaciones venideras. ■

3 | Establecer entornos alimentarios saludables para todos los niños.

Los entornos alimentarios personales y externos son aquellos en los que los niños y sus cuidadores interactúan con el sistema alimentario. Si bien las fuerzas de la oferta y la demanda configuran los entornos alimentarios, una serie de medidas adecuadas al contexto, como la protección contra la comercialización con fines de explotación y el etiquetado obligatorio, pueden ayudar a crear entornos alimentarios que favorezcan procesos de alimentación nutritivos para los niños.

- **Crear entornos que favorezcan la lactancia materna saludable y las prácticas de alimentación complementaria.** Hacer cumplir estrictamente el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y responsabilizar a los infractores. Promover políticas de apoyo para las madres, los padres y las familias, incluida la licencia de maternidad y la provisión

de tiempo y espacios para la lactancia materna en el lugar de trabajo y en los lugares públicos. Estimular la disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad de alimentos complementarios fáciles de preparar en los puntos de venta, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos.

- **Aumentar la transparencia de la información nutricional mediante el etiquetado de los alimentos en la parte frontal del envase.** Los gobiernos deberían exigir el etiquetado de los alimentos en la parte frontal del envase, especialmente en el caso de los alimentos que se comercializan para los niños o que se comercializan como adecuados para ellos. El etiquetado puede aumentar la conciencia sobre el valor nutricional de los alimentos, promover cambios de comportamiento entre los padres,

los adolescentes y los niños, y estimular a las empresas para que trabajen en la transformación de los productos añadiendo ingredientes más sanos y eliminando los que no lo son. Para ser eficaces, estas etiquetas deben ser prominentes e instantáneamente legibles. También se pueden otorgar sellos de calidad, y certificaciones similares de alta visibilidad, a los proveedores que ofrecen opciones saludables y alternativas de alimentos para los niños.

- **Reglamentar la comercialización de alimentos poco saludables dirigida a los niños.** Hay que proteger a los niños de todo el mundo contra el impacto de la comercialización y la publicidad perjudiciales y explotadoras de alimentos poco saludables. Las regulaciones deben afectar a la publicidad dirigida a todos los grupos de edad que aparece en la televisión y en los juegos, las películas, los

libros y las redes sociales, así como a las empresas y restaurantes que regalan juguetes para comercializar alimentos poco saludables.

- **Reducir las influencias obesogénicas en torno a los lugares diseñados para los niños, en particular las escuelas.** Muchos niños consumen sus primeras comidas habituales fuera del hogar en las escuelas. Los gobiernos y los ministerios de educación deben adoptar medidas para combatir los entornos alimentarios obesogénicos, entre ellas velar por que las comidas en las escuelas sean nutritivas y variadas, limitar la venta y publicidad de bebidas azucaradas y alimentos ricos en grasas insalubres, azúcar y sal en las proximidades de las escuelas y los patios de recreo, y velar por que se reserve un tiempo adecuado durante el día escolar para el juego activo en espacios de recreo seguros. ■

4 | Movilizar sistemas de apoyo para ampliar los resultados en favor de todos los niños en materia de nutrición.

Si bien el sistema alimentario es un pilar fundamental para el suministro de alimentos sanos a los niños, es preciso movilizar otros cuatro sistemas clave para prestar servicios nutricionales, mejorar las prácticas de alimentación y lograr resultados nutricionales a gran escala. Además del sistema alimentario, los sistemas de salud, agua y saneamiento, educación y protección social deben intervenir de manera coordinada. Un enfoque sistémico asegura que los niños y las familias tengan acceso a dietas saludables y reciban los servicios de nutrición que los niños necesitan para crecer y desarrollar todo su potencial.

- **El sistema de salud.** Es necesario integrar las medidas en el sistema de salud para garantizar que los niños sobrevivan, crezcan y desarrollen todo su potencial. La inversión en los conocimientos y las aptitudes nutricionales de los trabajadores de la salud, que son la

primera línea que existe entre el sistema de salud y las familias, es particularmente importante. Durante las visitas de cuidado de la salud prenatal y postnatal es preciso prestar servicios esenciales de atención preventiva contra la malnutrición, entre ellos la iniciación temprana de la lactancia materna, el asesoramiento y el apoyo a la lactancia materna exclusiva, la alimentación complementaria y la nutrición materna. La detección y el tratamiento de la anemia, la carencia de vitamina A, la insuficiencia del crecimiento y el aumento excesivo de peso también requieren los conocimientos, el apoyo y los suministros del sistema de salud. Finalmente, dado el alto riesgo de mortalidad asociado con la emaciación, los gobiernos deberían integrar sistemáticamente en los servicios habituales la detección

precoz y el tratamiento de los niños con emaciación potencialmente mortal.

➤ **El sistema de agua y saneamiento.**

El sistema de agua y saneamiento es fundamental para garantizar que los niños tengan acceso a agua potable y saneamiento seguro. Ese acceso es esencial para garantizar una dieta saludable, proteger a los niños de las infecciones y la enteropatía para que sus cuerpos puedan utilizar los nutrientes, y prevenir el retraso en el crecimiento, la emaciación y otras formas de malnutrición. Los gobiernos deben apoyar la construcción de letrinas mejoradas y reducir la distancia que deben recorrer las mujeres y los niños para acceder al agua potable y a los retretes. Si bien las inversiones en infraestructura son importantes, en las comunidades y las escuelas se debe integrar la comunicación para el cambio de comportamiento a fin de lograr una alimentación óptima, la manipulación segura de los alimentos y el lavado de manos con jabón en los momentos decisivos, centrándose en los progenitores y los niños desde una edad temprana.

- **El sistema educativo.** El sistema educativo puede ofrecer una serie de intervenciones alimentarias para apoyar dietas saludables y una buena nutrición para niños y adolescentes. Tanto en el ámbito de la educación oficial como en el de la educación no oficial, la educación nutricional desde una edad lo más temprana posible debería garantizar que los niños y sus cuidadores estén capacitados para elegir alimentos saludables. Las escuelas deben crear entornos alimentarios saludables para los niños y adolescentes, lo que incluye garantizar la disponibilidad de

agua potable segura y limitar la disponibilidad de influencias obesogénicas en las escuelas y las zonas escolares. En algunos contextos, los programas de alimentación escolar pueden ser útiles para proporcionar comidas nutritivas a los niños vulnerables. El sistema educativo puede desempeñar un papel fundamental en la aplicación de programas integrados para la prevención de la anemia y la carencia de hierro mediante el suministro de suplementos de micronutrientes, la profilaxis antiparasitaria y el asesoramiento sobre una alimentación sana, por ejemplo.

- **El sistema de protección social.** El sistema de protección social constituye una red de seguridad crucial para proteger la nutrición y el bienestar de los niños y las mujeres de las familias más vulnerables de la sociedad y de todos aquellos que sufren a causa de la exclusión social y la pobreza. De manera directa, el sistema de protección social puede garantizar el acceso de los niños a alimentos nutritivos y diversos mediante las transferencias de alimentos, la distribución de vales de alimentos o las transferencias de efectivo. Los programas de protección social también pueden garantizar el acceso a los servicios de nutrición a través del sistema de salud, como la atención prenatal y postnatal y el asesoramiento nutricional a las madres (incluidas las de los niños desnutridos) y a través del sistema educativo, como por ejemplo mediante la utilización de vales para la alimentación en la escuela. Además, el sistema de protección social es esencial para apoyar la seguridad alimentaria de los niños y los hogares, al evitar que los activos productivos, como el ganado y las semillas, se agoten en situaciones de emergencia. ■

5 | Recopilar datos y pruebas de buena calidad periódicamente para orientar la acción y hacer un seguimiento de los progresos.

Se necesitan datos precisos y oportunos para comprender el problema de la malnutrición, adoptar medidas coordinadas y basadas en pruebas y pedir que todas las partes implicadas, tanto públicas como privadas, rindan cuentas. Sin embargo, la escasez de datos sigue siendo un obstáculo importante que impide a los gobiernos responder con políticas, estrategias y programas eficaces. Los métodos y la frecuencia de la recopilación de datos deben transformarse para ampliar lo que sabemos acerca de la alimentación y la nutrición de los niños, los adolescentes y las mujeres a lo largo de todo el ciclo vital, más allá del enfoque tradicional de los primeros 1.000 días. Las medidas para mejorar la malnutrición tienen que sustentarse en sistemas de datos sensibles y una cultura en la que se compartan los datos y se garantice su transparencia.

- **Establecer objetivos para la alimentación complementaria de lactantes y niños de corta edad y hacer un seguimiento de los progresos realizados al respecto.** Es fundamental abordar la ausencia de objetivos mundiales para mejorar las dietas de los niños y las prácticas de alimentación en el período crucial de la alimentación complementaria. Deberían establecerse objetivos mundiales y nacionales para la continuación de la lactancia materna, la alimentación complementaria y las dietas saludables. Estas metas deben utilizar indicadores estandarizados que puedan recopilarse periódicamente en los sistemas y encuestas nacionales de datos e información sobre nutrición. Los indicadores y las metas deberían centrarse en mejorar las prácticas positivas, como el aumento del consumo de frutas y hortalizas y el logro de una diversidad dietética mínima, así como en reducir comportamientos negativos como el consumo de alimentos ultra elaborados. El seguimiento de las pautas de alimentación tanto saludables como no saludables es esencial para evaluar la eficacia del sistema alimentario en beneficio de los niños.
- **Mejorar los indicadores, la recopilación de datos y los objetivos de la alimentación y la nutrición de los niños durante los años en que asisten a la escuela y hasta la adolescencia.** Los datos sobre los niños mayores y los adolescentes son escasos y a menudo de mala calidad. Hay que dedicar más atención a subsanar esta deficiencia en los conocimientos. Los datos dietéticos y nutricionales para niños y adolescentes en edad escolar son importantes no sólo para comprender la distribución geográfica y socioeconómica de los patrones alimentarios y las diferentes formas de malnutrición en la niñez y la adolescencia, sino también para comprender quién y qué influye en las decisiones dietéticas –si es que existen opciones– en este grupo de edad, y para diseñar intervenciones eficaces dirigidas a los niños y adolescentes en edad escolar. Al igual que en el caso de la alimentación complementaria, si se quiere avanzar en este terreno es necesario establecer como un imperativo las metas mundiales y nacionales para la nutrición de los adolescentes y de los niños en edad escolar.
- **Apoyar el desarrollo de nuevas herramientas y metodologías analíticas para estudiar los sistemas alimentarios dinámicos e identificar los factores que afectan la alimentación y la nutrición de los niños.** Los sistemas alimentarios industrializados se caracterizan por la complejidad y la rapidez de los cambios. Situar a los niños en el centro de los sistemas alimentarios requiere un nuevo conjunto de herramientas y metodologías analíticas para comprender cómo se toman las decisiones sobre la producción y el consumo, cómo se configuran los entornos alimentarios de los niños y cómo interactúan los diferentes agentes y partes interesadas, tanto públicos

como privados. Una serie de herramientas innovadoras ya establecidas –incluidas las encuestas en los hogares, la cartografía de los alimentos y los inventarios de los sistemas alimentarios– pueden permitir a los encargados de formular políticas comparar su sistema alimentario con el de otros países similares, identificar los principales problemas y establecer las acciones prioritarias.

- **Establecer metas y mejorar la recopilación de datos para medir la cobertura y la equidad de los servicios esenciales de nutrición que se prestan a través de los sistemas de salud, agua y saneamiento, educación y protección social.** A nivel mundial, gran parte de los datos en el ámbito de la nutrición infantil se relacionan

con los servicios prestados a través de las intervenciones y contactos del sistema de salud. Dado el importante papel que desempeñan otros sistemas en el apoyo a la nutrición infantil, es necesario mejorar el seguimiento de las intervenciones y acciones realizadas por medio de todos los programas y plataformas de prestación de servicios. Se deben fortalecer los sistemas de datos y las capacidades para monitorear los indicadores y metas recientemente elaborados para la cobertura y equidad de las intervenciones nutricionales esenciales. Este es un paso fundamental para garantizar el establecimiento de un sistema transparente de rendición pública de cuentas. ■

Pesaje de una niña durante una sesión de vigilancia del crecimiento en el Centro para la Protección de la Salud Maternoinfantil en la ciudad de Túnez, Túnez.
© UNICEF/UN0212543/Noorani



SECCIÓN ESPECIAL:

Mejores datos, mejor alimentación

Al igual que el propio problema de la malnutrición, los datos sobre nutrición infantil, que son objeto de seguimiento, análisis y comparación en todas las regiones geográficas y poblaciones, están evolucionando. El cambio en la dieta mundial y la triple carga de la malnutrición llevan a que cada vez sea más necesario disponer de más datos, mientras que las tecnologías están creando oportunidades para comprenderlos mejor. **A medida que la lucha contra la malnutrición se vuelve más holística, centrándose en sistemas que abarcan todos los sectores y tienen en cuenta el entorno alimentario y el comportamiento de los consumidores, se necesita una gama más amplia de datos fidedignos.**

La utilización de datos y pruebas para dar forma a la toma de decisiones en materia de políticas y programación es fundamental para mejorar las vidas de los niños. Lamentablemente, las actuales lagunas en los datos, en particular sobre la naturaleza y la calidad de la alimentación de los niños en todo el mundo y a lo largo de toda la vida, dificultan la comprensión de la prevalencia, la naturaleza y el alcance de la malnutrición. El entorno alimentario más amplio en el que se toman las decisiones dietéticas tampoco se comprende bien, lo que pone de relieve la necesidad de contar con nuevas herramientas para entender mejor lo que comen los niños. Se necesitan métodos para medir la disponibilidad, el acceso, la asequibilidad, la demanda y el uso de los alimentos como un conjunto de factores interrelacionados que influyen en las dietas de los niños, junto con el seguimiento y la comprensión de la transición nutricional a medida que las dietas poco saludables se vuelven más frecuentes en todo el mundo.

Sin embargo, el impacto y la eficacia potenciales de los datos no radican sólo en el seguimiento de más indicadores o en la producción de más encuestas: el análisis y la utilización de los datos existentes para impulsar la promoción de políticas y el diseño y la ejecución de programas son de vital importancia. Este esfuerzo también debe vincularse con el desarrollo de objetivos mundiales y nacionales para mejorar las prácticas alimentarias de los niños.

Datos sobre los niños menores de 5 años

La mayoría de los datos sobre nutrición de los países de bajos y medianos ingresos se refieren a niños menores de 5 años. Dada la influencia que tienen los primeros 1.000 días en la nutrición, la salud y la economía a lo largo de toda la vida, y la cantidad de programas sobre nutrición en la primera

infancia que hay a nivel mundial, esto no es sorprendente. Los indicadores para este grupo de edad incluyen:

- prevalencia de bajo peso al nacer, retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso
- tasas de lactancia materna temprana, exclusiva y continuada
- la introducción oportuna de alimentos complementarios
- frecuencia mínima de comidas
- diversidad mínima de la alimentación y dieta mínima aceptable para las edades de 6 a 23 meses
- cobertura de suplementos de vitamina A, entre otros

En los países de bajos y medianos ingresos, el retraso en el crecimiento y el sobrepeso entre los niños menores de 5 años son objeto de un minucioso seguimiento a nivel nacional, aunque con una frecuencia variable. Algunos países invierten en la recopilación anual de datos, mientras que otros lo hacen cada tres a cinco años. El desgaste, por otra parte, es una condición que puede cambiar rápidamente de una estación a otra, por lo que puede resultar difícil establecer las tendencias a lo largo del tiempo, aunque los datos instantáneos se rastrean a través de las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) y de las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), entre otras. Aunque es posible comparar los países y las regiones con los datos actuales, los datos subnacionales por riqueza de los hogares y diferencias geográficas y de sexo, disponibles en algunos países, pueden revelar importantes disparidades que son la base de las políticas y de la aplicación

a nivel local. En los países de altos ingresos, por otra parte, estos indicadores de nutrición tienden a ser deficientes en el caso de los niños menores de 5 años, ya que no se recopilan sistemáticamente o no se informa sistemáticamente sobre ellos de manera comparable.

Falta de datos sobre el estado nutricional de los niños en edad escolar y los adolescentes

El estado nutricional de los niños de más edad se sigue y se conoce menos. La Encuesta Mundial de la OMS/CDC sobre la Salud de los Estudiantes en las Escuelas pregunta a los adolescentes de entre 13 y 17 años sobre algunos aspectos de su conducta alimentaria (consumo de frutas, verduras, refrescos y comida rápida) y de su actividad física (educación física y si van a la escuela en bicicleta o caminando a pie), así como sobre los indicadores de sobrepeso y delgadez de la población. Sin embargo, estos datos se basan en la estatura y el peso que los países europeos declaran por sí mismos, lo que podría subestimar las tasas de obesidad debido al sesgo vinculado con la aceptación social¹. Además, la brecha general es que no se realiza un seguimiento sistemático del bienestar nutricional del niño a lo largo de toda su vida. En la actualidad no existe un conjunto estandarizado de indicadores recomendados que deban recopilarse de forma sistemática a través de los sistemas administrativos, ni tampoco encuestas a nivel de los países.

Hábitos alimentarios e ingesta de alimentos

Otra laguna importante es la falta de datos alimentarios generales acerca de lo que los niños, los adolescentes y las mujeres comen realmente, y la escasez de datos sobre la malnutrición por carencia de micronutrientes. Sin un mayor conocimiento de los patrones y distribuciones de los hábitos alimenticios, es difícil establecer prioridades y objetivos dietéticos.

Las prácticas de alimentación de los niños pequeños y las madres se controlan mediante encuestas en los hogares, a través de los indicadores sobre la diversidad alimentaria mínima (porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos de cinco o más grupos de alimentos el día anterior) y la dieta mínima aceptable (número de niños de 6 a 23 meses de edad que el día anterior habían tenido al menos la diversidad alimentaria y la frecuencia de las comidas que se consideran como mínimas).

Sin embargo, la inclusión en un mayor número de encuestas de indicadores de diversidad de la dieta (que permitan rastrear cuánto y con qué frecuencia se consumen alimentos de diversos tipos, ponderados en función de su valor nutritivo), dirigidas a una gama más amplia de niños, facilitaría una mejor comprensión de la malnutrición. Se ha comprobado que estos indicadores son importantes para predecir la situación económica y la malnutrición (tanto el retraso en el crecimiento como la emaciación).

La recopilación de información fiable sobre lo que comen los niños, los adolescentes y las mujeres está plagada de dificultades. Un ejemplo de la recopilación de datos entre los niños en edad escolar es su limitada capacidad cognitiva para informar por sí mismos sobre su ingesta de alimentos. Algunos cuestionarios también pueden ser bastante largos, lo que dificulta la capacidad de atención de los niños. Muchos estudios se basan en cuestionarios que los niños completan en la escuela con poca participación de sus padres. Se sabe que los niños en edad escolar declaran en exceso o en defecto su ingesta de alimentos, lo que limita la fiabilidad de algunos datos.

Las encuestas dirigidas a los adolescentes están limitadas por su falta de motivación para responder a cuestionarios voluntarios y por las cuestiones relacionadas con su imagen corporal. Es común que los adolescentes con sobrepeso y obesos informen de manera incompleta o errónea sobre la ingesta de alimentos.

Por último, las bases de datos sobre la composición de los alimentos, que proporcionan estimaciones (no siempre exactas) de los niveles de energía y de macro y micronutrientes en los alimentos locales comunes, no están disponibles a nivel nacional o no son uniformes en todos los países, lo que dificulta las comparaciones entre países. Estas bases no abordan adecuadamente las necesidades especiales de los niños pequeños. En muchos estudios se modifican las bases de datos mundiales sobre la composición de los alimentos para tener en cuenta los alimentos específicos de cada país, lo que también hace que las comparaciones sean poco fiables. ■



PERSPECTIVA

Trabajar juntos por la salud del planeta y de las personas

Peter Bakker
 Presidente y
 Director General
 del Consejo
 Empresarial
 Mundial para el
 Desarrollo
 Sostenible

Peter Bakker es Presidente y Director General del Consejo Empresarial Mundial para el Desarrollo Sostenible, una organización dirigida por un Director General y formada por 200 grandes empresas que trabajan juntas para acelerar la transición hacia un mundo sostenible. Las empresas que conforman el consejo proceden de todos los sectores empresariales y las principales economías y, juntas, representan unos ingresos de más de 8,5 billones de dólares y 19 millones de empleados. Bakker es un distinguido dirigente empresarial que, hasta junio de 2011, fue Oficial Jefe de Finanzas y después Director General de TNT NV, empresa internacional de transporte y logística.

Es tristemente evidente que nuestro sistema alimentario está fracturado. Nuestro futuro depende de nuestra capacidad para crear un sistema alimentario cuyo objetivo sea que tanto las personas como el planeta estén sanos. Los sistemas alimentarios actuales están superando la capacidad de los recursos del planeta y dan como resultado crisis mundiales de desnutrición y sobrealimentación. Además, esto se verá acentuado por el continuo crecimiento de la población y los cambios en los hábitos alimentarios.

A menudo se considera que el sector privado forma parte del problema, pero yo creo que puede desempeñar un papel fundamental para brindar soluciones. Tomemos el ejemplo del procesado de alimentos, que permite proporcionar alimentos de gran calidad y prolongar la vida de la fruta y las verduras, reduciendo, así, el desperdicio de alimentos. Gracias al procesado, tenemos alimentos saludables disponibles todo el año en comunidades con problemas medioambientales, como la región del Sahel. Además, si los alimentos se producen de manera responsable, el impacto medioambiental de las prácticas agrícolas puede reducirse al mínimo o, incluso, tener un efecto regenerativo.

Quienes se encargan de producir, procesar y proporcionar la mayoría de alimentos que se consumen en todo el mundo son las empresas: desde pequeños agricultores y granjas familiares hasta grandes multinacionales. Por tanto, las empresas tienen la oportunidad y la capacidad únicas de mejorar la salud y la calidad de vida de los niños, creando alimen-

tos más sanos y atractivos para todos de una manera responsable y sostenible.

Existe un claro imperativo comercial para ayudar a satisfacer las necesidades nutricionales de los niños: la malnutrición contribuye a reducir la productividad, aumenta los costes médicos, de los seguros y del medio ambiente, y debilita las cadenas de suministro, lo cual tiene un impacto directo en el resultado final. Conforme crece la población y las dietas cambian, surgen oportunidades de crecimiento para las empresas que actúan más rápido creando nuevos mercados de alimentos saludables.

Las empresas de alimentación pueden ayudar a orientar a los padres acerca de las posibles opciones alimentarias saludables y sostenibles que tienen a su alcance. Por ejemplo, la publicidad y la comercialización en tiendas son herramientas poderosas que influyen en el comportamiento del consumidor. Al mismo tiempo, las empresas también necesitan dar muestras de moderación a la hora de hacer publicidad directa para los niños, ya que son especialmente susceptibles a los mensajes comerciales. En el Consejo Empresarial Mundial para el Desarrollo Sostenible estamos ayudando a las empresas a conseguir este objetivo, por ejemplo, a través del desarrollo de un proyecto nacional que incluya un conjunto de materiales para la comercialización y publicidad de productos con menor contenido de azúcar.

Las campañas públicas de educación también desempeñan un papel importante. Es necesario combinar políticas e información, así como el compromiso de la comunidad, para poder

llegar a todo el mundo, incluidos los que viven en comunidades desfavorecidas.

Asimismo, hemos de prestar más atención a la repercusión medioambiental de la producción de alimentos. Nos estamos acercando a los límites de los recursos naturales que nos ofrece el planeta y debemos adaptar nuestra alimentación. Iniciativas como el Informe de la Comisión EAT-Lancet, el modelo nacional de país del Consorcio FABLE, los Diálogos sobre Sistemas de Alimentación y la Coalición para el Uso de los Alimentos y la Tierra están a la vanguardia de la resolución de este problema. Muchas empresas importantes defienden y promueven su labor, que se basa en pruebas empíricas, y la utilizan para documentar la realización de medidas y estrategias comerciales.

Por último, los alimentos saludables y sostenibles deben ser accesibles y asequibles. No podemos reforzar las desigualdades socioeconómicas en la alimentación de nuestros niños. Por desgracia, incluso en zonas donde hay una amplia disponibilidad de alimentos, las opciones más sanas y sostenibles suelen ser más caras. Además, a muchos pequeños agricultores no les sobra suficiente comida de sus cultivos ni tampoco dinero para comprar alimentos saludables variados.

Desde una perspectiva empresarial, los niños de hoy son los agricultores y los trabajadores de las empresas del futuro. No podemos permitirnos fallarles y, sin embargo, vamos camino de hacerlo. Debemos reaccionar con urgencia, y las empresas deben dar pasos valientes para contribuir a encontrar soluciones.

En el Consejo Empresarial Mundial para el Desarrollo Sostenible estamos reuniendo a empresas que están asumiendo una capacidad de liderazgo para explorar, elaborar y ampliar soluciones. Muchas de las empresas que forman parte de nuestro consejo están realizando innovaciones tanto de manera individual como a través de los programas y proyectos del Consejo, con el fin de realizar una transformación hacia un estilo de alimentación saludable. Nuestra organización insta a las empresas a transformar el sistema alimentario para conseguir el objetivo de “planeta sano, personas sanas” a través de medidas como:



© UNICEF/UN016877/Noorani

- garantizar la seguridad de la alimentación y la nutrición en la cadena de suministro
- crear alimentos saludables, adecuados desde un punto de vista nutricional y sostenibles, que sean accesibles y asequibles para los niños y sus familias
- utilizar de manera responsable el poder del marketing reequilibrando el gasto de marketing para invertirlo en ofertas saludables, proporcionando información viable y aumentando la accesibilidad de las opciones saludables
- participar en plataformas que reúnan a empresas, gobiernos, la ciencia y la sociedad civil con el fin de transformar el sistema de alimentación.

No existe un remedio mágico para acabar con la malnutrición: solo un enfoque colaborativo y holístico logrará transformar con éxito el sistema alimentario.

Es urgente que actuemos de inmediato: tenemos que crear impulso en favor de nuestros niños y nuestro planeta. La investigación publicada por la Comisión EAT-Lancet nos ha revelado los objetivos contra los que tenemos que emprender acciones colectivas. Trabajemos juntos para transformar el sistema alimentario y cumplir el sueño de un planeta sano lleno de personas sanas. ■

Notas

INTRODUCCIÓN: CRECER BIEN EN UN MUNDO EN TRANSFORMACIÓN

- 1 Estimaciones de UNICEF, 2019, basados en Black et al, 2013 y Stevens et al, 2015. Véase la sección Metodología en la pág. 178 para más información.
- 2 NCD Risk Factor Collaboration (2017). 'Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults', *The Lancet*, 390(10113), págs. 2627–2642.
- 3 Ashkan, A., et al. (2017). 'Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017', *The Lancet*, 393(10184), págs. 1958–1972.
- 4 *ibid.*
- 5 Keats, E. C., et al (2018). *Diet and eating practices among adolescent girls in low- and middle-income countries: A systematic review*. Proyecto Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING), Arlington, VA.
- 6 FAO, IFAD, UNICEF, PMA y OMS (2019). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo: protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía*. Organización para la Agricultura y la Alimentación, Roma.
- 7 Monteiro, C. A., et al (2013). 'Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system', *Obesity Reviews*, 14(Supplement 2), págs. 21–28.
- 8 Ashkan, A., et al. (2017). 'Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017', *The Lancet*, 393(10184), págs. 1958–1972.
- 9 Pries, A.M., et al (2019). 'Unhealthy snack food and beverage consumption is associated with lower dietary adequacy and length-for-age Z-scores among 12–23-month-olds in Kathmandu Valley, Nepal', *Journal of Nutrition*, nxx140.
- 10 Willett, W., et al. (2019). 'Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems', *The Lancet*, 393(10170), págs. 447–492.
- 11 Searchinger, T., et al (2018). *World Resources Report: Creating a sustainable food future*. World Resources Institute, Washington DC.
- 12 FAO, IFAD, UNICEF, PMA y OMS (2019). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo: protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía*. Organización para la Agricultura y la Alimentación, Roma.
- 13 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition*. Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, Roma.
- 14 Hossain, N. (2017). 'Inequality, hunger and malnutrition: Power matters'. In K. Von Grebmer (ed.), *2017 global hunger index: The inequalities of hunger*, International Food Policy Research Institute, Washington DC, págs. 25–29.
- 15 OIT (2017). *Global estimates of child labour: Results and trends, 2012–2016*. Oficina Internacional del Trabajo (OIT), Ginebra.
- 16 Naciones Unidas (actualizado): Sustainable Development Goals Knowledge Platform. Naciones Unidas, Nueva York.
- 17 Webb, P. (2014). *Nutrition and the Post-2015 Sustainable Development System. A Technical Note*. Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas, Nueva York.

CAPÍTULO 1: LA MALNUTRICIÓN INFANTIL EN LA ACTUALIDAD

- 1 Black, R. et al. "Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries," *The Lancet* 382: 427-51 (2013).
- 2 OMS (2018). 'Top 10 causes of death'. <https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/>, consultado el 22 de julio de 2019.
- 3 de Onis, M. y Branca, F. (2016). 'Childhood stunting: A global perspective', *Maternal & Child Nutrition* 12 (Supplement 2), págs. 12–26.
- 4 Development Initiatives (2017). *The P20 initiative: Data to leave no one behind, Baseline report March 2017*. Development Initiatives, Washington DC.
- 5 de Onis, M. y Branca, F. (2016). 'Childhood stunting: A global perspective', *Maternal & Child Nutrition* 12 (Supplement 2), págs. 12–26.
- 6 Blencowe, H. et al. (2019). 'National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: A systematic analysis', *The Lancet Global Health*, 7(7), e849–e860.
- 7 de Onis, M. y Branca, F. (2016). 'Childhood stunting: A global perspective', *Maternal & Child Nutrition* 12 (Supplement 2), págs. 12–26.
- 8 Walker, C. L. F., et al (2013). 'Global burden of childhood pneumonia and diarrhoea', *The Lancet*, 381(9875), págs. 1405–1416.
- 9 Smith, L. C. y Haddad, L. (2015). 'Reducing child undernutrition: Past drivers and priorities for the post-MDG era', *World Development*, 68, págs. 180–204.
- 10 UNICEF (2018). Nuevas bases de datos ampliadas sobre malnutrición, alimentación de lactantes y niños pequeños y sal yodada. <<https://data.unicef.org/resources/nutrition-data/>>, consultado el 22 de julio de 2019.
- 11 UNICEF, OMS y Banco Mundial (2019). Joint child malnutrition estimates expanded database: stunting.
- 12 Black, R. E., et al. (2013). 'Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries', *The Lancet*. 382(9890), págs. 427–451; Harding, K. L., Aguayo, V. M. y Webb, P (2018). 'Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action', *PLoS ONE* 13(7), e0198749.
- 13 de Onis, M., et al. (2018). 'Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years', *Public Health Nutrition* 22(1), págs. 175–179.
- 14 Harding, K. L., Aguayo, V. M. y Webb, P (2018). 'Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action', *PLoS ONE* 13(7), e0198749.
- 15 Myatt, M., et al. (2018). 'Children who are both wasted and stunted are also underweight and have a high risk of death: a descriptive epidemiology of multiple anthropometric deficits using data from 51 countries', *Archives of Public Health* 76(28).
- 16 Harding, K. L., Aguayo, V. M. y Webb, P (2018). 'Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action', *PLoS ONE* 13(7), e0198749.
- 17 Olofin, I., et al. for the Nutrition Impact Model Study (anthropometry cohort pooling). (2013). 'associations of suboptimal growth with all-cause and cause-specific mortality in children under five years: A pooled analysis of ten prospective studies', *PLoS ONE*, 8(5), e64636.
- 18 USAid (2016). 'Community-based management of acute malnutrition: Technical guidance brief'. <<https://www.usaid.gov/global-health/health-areas/nutrition/technical-areas/community-based-management-acute-malnutrition>>, consultado el 22 de julio de 2019.
- 19 UNICEF (2015). 'Severe Acute Malnutrition', <https://www.unicef.org/nutrition/index_sam.html>, consultado el 22 de julio de 2019.
- 20 Khara, T. y Dolan, C. (2014). *Technical briefing paper: Associations between wasting and stunting, policy, programming and research implications*. Emergency Nutrition Network, Oxford.
- 21 No Wasted Lives Coalition (sin fecha). 'State of acute malnutrition'. <<https://www.acutemalnutrition.org/en/countries>>, consultado el 22 de julio de 2019; UNICEF, OMS y Grupo del Banco Mundial (2019). *Joint Child Malnutrition Estimates*. OMS, Ginebra.
- 22 Jesson, J., et al. (2015). 'Prevalence of malnutrition among HIV-infected children in Central and West-African HIV-care programmes supported by the Growing Up Programme in 2011: A cross-sectional study', *BMC Infectious Diseases* 15, pág. 216.
- 23 Muenchhoff, M., et al. (2018). 'Malnutrition in HIV-infected children is an indicator of severe disease with an impaired response to antiretroviral therapy', *AIDS Research and Human Retroviruses*, 34(1), págs. 46–55.
- 24 Rose, A. M., et al. (2014). 'Aetiology and management of malnutrition in HIV-positive children', *Archives of Disease in Childhood*, 99, págs. 546–551.

- 25 No Wasted Lives Coalition (sin fecha). 'State of acute malnutrition'. <<https://www.acutemalnutrition.org/en/countries>>, consultado el 22 de julio de 2019;
- 26 Oficina de Evaluación de UNICEF (2013). *Evaluation of community management of acute malnutrition (CMAM): Global Synthesis Report (Evaluation Report)*. UNICEF, Nueva York.
- 27 OMS, UNICEF, PMA y Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas (2007). *Community-based management of severe acute malnutrition: A joint statement*. OMS, Ginebra.
- 28 Bhutta, Z. A., et al. (2013). 'Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?' *The Lancet*, 382(9890), págs. 452–477.
- 29 Gillespie, S., et al (eds) (2016). *Nourishing Millions: Stories of change in nutrition*. International Food Policy Research Institute, Washington, DC, pág. 35.
- 30 Daru, J., et al. (2018). 'Risk of maternal mortality in women with severe anaemia during pregnancy and post partum: A multilevel analysis', *The Lancet Global Health*, 6(5), e548–e554.
- 31 UNICEF (2018). 'Globally, 86 per cent of the population has access to iodized salt', UNICEF, Nueva York, julio de 2018.
- 32 Estimaciones de UNICEF, 2019, basadas en Black et al, 2013 y Stevens et al, 2015. Véase la sección Metodología para más información.
- 33 UNICEF (2004). 'The hidden hunger of the vitamin and mineral deficient child', UNICEF, Nueva York, marzo de 2004.
- 34 Kennedy, G. Ballard, T. y Dop, M. (2013). *Guidelines for measuring household and individual dietary diversity*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y Unión Europea, Roma y Bruselas.
- 35 Louzada, M., et al. (2018). 'The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil', *Public Health Nutrition*, 21(1), págs. 94–102.
- 36 Martínez Steele, E., et al. (2017). 'The share of ultra-processed foods and the overall nutritional quality of diets in the US: Evidence from a nationally representative cross-sectional study', *Population Health Metrics*, 15(6).
- 37 Swinburn, B. A., et al. (2019). 'The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report.', *The Lancet* 393(10173), págs. 791–846.
- 38 Estimaciones de UNICEF, 2019, basadas en Black et al, 2013 y Stevens et al, 2015. Véase la sección Metodología para más información.
- 39 Bird, J. K., et al. (2017). 'Risk of deficiency in multiple concurrent micronutrients in children and adults in the United States', *Nutrients*, 9, pág. 655.
- 40 Riaz, M., et al. (2018). 'Maternal nutrition during early pregnancy and cardiometabolic status of neonates at birth', *Journal of Diabetes Research*, Article ID 7382946, 8 páginas
- 41 National Nutrition Agency (NaNA) Gambia, UNICEF, Oficina de Estadística de Gambia (GBOS) y trabajo de campo. (2019). *Gambia National Micronutrient Survey 2018*. Banjul, Gambia.
- 42 OMS (2016). *Report of the commission on ending childhood obesity*, OMS, Ginebra.
- 43 UNICEF, OMS, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento y Banco Mundial (2019). Levels and trends in child malnutrition: Key findings of the 2019 Edition of the Joint Child Malnutrition Estimates, OMS, Ginebra.
- 44 *ibid.*
- 45 Ng, M., et al. (2014). 'Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013', *The Lancet*, 384(9945), págs. 766–781.
- 46 van Jaarsveld, C. H. M. y Gulliford, M. C. (2015). 'Childhood obesity trends from primary care electronic health records in England between 1994 and 2013: Population-based cohort study', *Archives of Disease in Childhood*, 100, págs. 214–219.
- 47 Manios, Y., et al. (2018). 'Prevalence and sociodemographic correlates of overweight and obesity in a large Pan-European cohort of preschool children and their families. The Toy Box study', *Nutrition*, 55–56, págs. 192–198.
- 48 Spinelli, A., et al. (2019). 'Prevalence of severe obesity among primary school children in 21 European countries', *Obesity Facts*, 12, págs. 244–258.
- 49 Ng, M., et al. (2014). 'Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013', *The Lancet*, 384(9945), págs. 766–781.
- 50 Manios, Y., et al. (2018). 'Prevalence and sociodemographic correlates of overweight and obesity in a large Pan-European cohort of preschool children and their families. The Toy Box-study', *Nutrition*, 55–56, págs. 192–198.
- 51 NCD Risk Factor Collaboration (2017). 'Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults', *The Lancet*, 390(10113), págs. 2627–2642.
- 52 *ibid.*
- 53 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades del Departamento de Salud y Servicios Humanos (2018). 'Prevalence of obesity among youths by household income and education level of head of household — United States 2011–2014', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 67(6), págs. 186–189.
- 54 Lissner, L., et al. (2016). 'Socio-economic inequalities in childhood overweight: Heterogeneity across five countries in the OMS European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI-2008)', *International Journal of Obesity*, 40(5), págs. 796–802.
- 55 *ibid.*
- 56 Kraak, V.I., et al. (2016). 'Progress achieved in restricting the marketing of high-fat, sugary and salty food and beverage products to children', *Bulletin of the World Health Organization*, 94(7), págs. 540–548.
- 57 Development Initiatives (2017). *Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDGs*. Development Initiatives, Bristol, Reino Unido, pág. 52.
- 58 Hruby, A. y Hu, F. B. (2015). 'The epidemiology of obesity: A big picture', *Pharmacoeconomics*, 33(7), págs. 673–689.
- 59 NCD Risk Factor Collaboration (2017). 'Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults', *The Lancet*, 390(10113), págs. 2627–2642, pág. 2640.
- 60 OCDE (2017). *Obesity Update 2017*, The Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris, pág. 9.
- 61 *ibid.*
- 62 OMS (2016). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. OMS, Ginebra, págs. vii–xi.
- 63 Development Initiatives (2017). *Global Nutrition Report 2017: Nourishing the SDGs*. Development Initiatives, Bristol, Reino Unido, pág. 76.
- 64 *ibid.*, pág. 62.
- 65 Wasting–Stunting Technical Interest Group (WaSt TIG) (2018). *Child wasting and stunting: Time to overcome the separation: A briefing note for policymakers and programme implementers*. Emergency Nutrition Network, Oxford, Reino Unido.
- 66 McDonald, C. M., et al. (2013). 'The effect of multiple anthropometric deficits on child mortality: Meta-analysis of individual data in 10 prospective studies from developing countries', *American Journal of Clinical Nutrition*, 97(4), págs. 896–901.
- 67 Khara, T. y Dolan, C. (2014). *Technical Briefing Paper: Associations between Wasting and Stunting, policy, programming and research implications*. Emergency Nutrition Network, Oxford, Reino Unido.
- 68 Harding, K. L., Aguayo, V. M. y Webb, P. (2018). 'Factors associated with wasting among children under five years old in South Asia: Implications for action', *PLoS ONE* 13(7), e0198749.
- 69 Development Initiatives (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, Reino Unido, pág. 14.
- 70 De Lucia Rolfe, E., et al. (2018). 'Associations of stunting in early childhood with cardiometabolic risk factors in adulthood', *PLoS One*, 13(4), e0192196.
- 71 Dang, A. y Meenakshi, J. V. (2017). 'The nutrition transition and the intra-household double burden of malnutrition in India', *ADB Working Paper 725*, Instituto del Banco Asiático de Desarrollo, Tokio.
- 72 Aitsi-Selmi, A. (2014). 'Households with a stunted child and obese mother: trends and child feeding practices in a middle-income country, 1992–2008', *Maternal & Child Health*, 19(6), págs. 1284–1291.
- 73 Horta, B. L., et al. (2013). 'Nutritional status of indigenous children: Findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil', *International Journal of Equity in Health*, 12(23).
- 74 UNICEF, OMS y Banco Mundial (2019). Joint child malnutrition estimates expanded database: stunting.
- 75 Popkin, B. M., Adair y Ng, S. W. (2012). 'Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries', *Nutrition Reviews*, 70(1), págs. 3–21.
- 76 Hawkes, C., Harris, J. y Gillespie, S. (2017). 'Changing diets: Urbanization and the nutrition transition'. In IFPRI, *Global Food Policy Report*, International Food Policy Research Institute, Washington DC, pág. 35.

- 77 FAO (2013). *El estado mundial de la agricultura y la alimentación: Sistemas alimentarios para una mejor nutrición*, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma.
- 78 Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición (2016). *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*, Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición, Londres.
- 79 HLPE (2017). *Nutrition and food systems*. Grupo de expertos de alto nivel sobre seguridad alimentaria y nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, Roma.
- 80 Esta sección está basada en UNICEF, GAIN (2018). 'Food systems for children and adolescents', Informe resumido provisional de la reunión celebrada en la Oficina de Investigaciones de UNICEF, Innocenti Florencia, Italia, 5–7 de noviembre de 2018.
- 81 UNICEF, GAIN (2019). 'Food systems for children and adolescents', Informe final de la reunión celebrada en la Oficina de Investigaciones de UNICEF Innocenti, Florencia, Italia, 5–7 de noviembre de 2018.
- 82 Pinstrip-Andersen, P. (2013). Nutrition-sensitive food systems: From rhetoric to action. *The Lancet*, 382(9890), págs. 375–376.
- 83 Jones, A. D. y Ejeta, G. (2015). 'A new global agenda for nutrition and health: The importance of agriculture and food systems', *Bulletin of the World Health Organization* 94(3), págs. 228–229.
- 84 Gillespie, S. y van den Bold, M. (2017). 'Agriculture, food systems, and nutrition: Meeting the challenge', *Global Challenges* 1(3), 1600002.
- 85 FAO (2013). *The State of Food and Agriculture: Food systems for better nutrition*, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma.
- 86 Ruel, M. T. y Alderman, H. (2013). 'Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?' *The Lancet*, 382(9891), págs. 536–551.
- 87 Herforth, A. y Harris, J. (2014). 'Understanding and applying primary pathways and principles', *Brief 1: Improving Nutrition through Agriculture Technical Brief Series*. USAID and Strengthening Partnerships, Results, and Innovations in Nutrition Globally (SPRING) Project, Arlington, VA.
- 88 Ruel, M. T. y Alderman, H. (2013). 'Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?' *The Lancet*, 382(9891), págs. 536–551; Gillespie, S. y van den Bold, M. (2017). 'Agriculture, food systems, and nutrition: Meeting the challenge', *Global Challenges* 1(3), 1600002.
- 89 Gillespie, S. y van den Bold, M. (2017). 'Agriculture, food systems, and nutrition: Meeting the challenge', *Global Challenges* 1(3), 1600002.
- 90 Oficina Regional de la OMS para Europa (2018). *Evaluating implementation of the OMS Set of Recommendations on the marketing of foods and non-alcoholic beverages to children. Progress, challenges and guidance for next steps in the OMS European Region*, OMS, Ginebra; Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental (2018). *Implementing the OMS recommendations on the marketing of food and non-alcoholic beverages to children*.
- 91 Grassi, F., Landberg, J. y Huyer, S. (2015). *Running out of time: The reduction of women's work burden in agriculture production*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma.
- 92 Rasella, D., et al. (2013). 'Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities', *The Lancet*, 382(9886), págs. 57–64.
- 93 Grassi, F., Landberg, J. y Huyer, S. (2015). *Running out of time: The reduction of women's work burden in agriculture production*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma.
- 94 UNICEF (2018). *Generation 2030: Africa 2.0*. UNICEF, Nueva York.
- 95 Lim, S. S., et al. (2018). 'Measuring human capital: a systematic analysis of 195 countries and territories, 1990–2016', *The Lancet*, 392(10154), págs. 1217–1234.
- 96 Black, R. E., et al. (2013). 'Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries', *The Lancet*, 382(9890), págs. 427–451; OMS (2018). *Malnutrition factsheet*, OMS, Ginebra.
- 97 Agbor, J. A. y Price, G. N. (2014). 'Does famine matter for aggregate adolescent human capital acquisition in Sub-Saharan Africa?', *African Development Review*, 26(3), págs. 454–467.
- 98 Niemesh, G. T. (2015). Ironing out deficiencies: Evidence from the United States on the economic effects of iron deficiency', *Journal of Human Resources*, 50(4), págs. 910–958.
- 99 Field, E., Robles, O. y Torero, M. (2009). 'Iodine deficiency and schooling attainment in Tanzania', *American Economic Journal: Applied Economics*, 1(4), págs. 140–169.
- 100 Maluccio, J. A., et al. (2009). The impact of improving nutrition during early childhood on education among Guatemalan adults', *The Economic Journal*, 119, págs. 734–763.
- 101 Wong, H. L., et al. (2014). 'Improving the health and education of elementary schoolchildren in rural China: Iron supplementation versus nutritional training for parents', *Journal of Development Studies*, 50(4), págs. 502–519.
- 102 Fink, G., et al. (2016). 'Schooling and wage income losses due to early-childhood growth faltering in developing countries: National, regional, and global estimates', *American Journal of Clinical Nutrition*, 104(1), págs. 104–112.
- 103 McGovern, M. E., et al. (2017). 'A review of the evidence linking child stunting to economic outcomes', *International Journal of Epidemiology*, 46(4), págs. 1171–1191.
- 104 Pinstrip-Andersen, P. y Shimokawa, S. (2008). 'Do poverty and poor health and nutrition increase the risk of armed conflict onset?', *Food Policy*, 33(6), págs. 513–520.
- 105 House of Commons (1946). 31 May Debate, 5(423), col 1544.
- 106 Lim, S. S., et al. (2018). 'Measuring human capital: a systematic analysis of 195 countries and territories, 1990–2016', *The Lancet*, 392(10154), págs. 1217–1234.
- 107 Comisión de la Unión Africana, NEPAD Planning and Coordinating Agency, UNECA y PMA (2014). *The cost of hunger in Africa: Social and economic impact of child undernutrition in Egypt, Ethiopia, Swaziland and Uganda*. Comisión Económica de las Naciones Unidas para África, Addis Ababa.
- 108 Hoddinott, J. (2016). 'The economics of reducing malnutrition in Sub-Saharan Africa', Working paper for Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (unpublished).
- 109 Grupo del Banco Mundial (2013). 'Reaching the global target to reduce stunting: How much will it cost and how can we pay for it?', Grupo del Banco Mundial.
- 110 Garde, A. y Murphy, B. (2018). *A child rights-based approach to food marketing: A guide for policy makers*. UNICEF, Nueva York, pág. 13.
- 111 OCDE (2018). *Agricultural Policy Monitoring and Evaluation 2018*. Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris.
- 112 Grupo del Banco Mundial (2013). 'Reaching the global target to reduce stunting: How much will it cost and how can we pay for it?', Grupo del Banco Mundial, citing Hoddinott, J., et al. (2013). 'The economic rationale for investing in nutrition', *Maternal & Child Nutrition*, 9 (Supplement 2), págs. 69–82. Estimación de la mediana para una muestra de 17 países de alta carga utilizada por los autores.
- 113 Boseley, S. (2016). 'World Bank to name and shame countries that fail to prevent stunting in children', *The Guardian*, Londres, 30 de septiembre.
- 114 Gobierno del Reino Unido (2018). *Childhood obesity: A plan for action*. HM Government, Londres, ch. 2.
- 115 NHS Digital (2018). *National Child Measurement Programme, England: 2017/18 School Year* [PAS]. Department for Health and Social Care, Londres.
- 116 RCPC (2017). *State of Child Health Report 2017*. Royal College of Paediatrics and Child Health, Londres.
- 117 Public Health England (2018). England's poorest areas are fast-food hotspots. Comunicado de prensa del 29 de junio.
- 118 Adams, J., Ganiti, E. y White, M. (2011). 'Socio-economic differences in outdoor food advertising in a city in Northern England', *Public Health Nutrition*, 14(6), págs. 945–950.
- 119 Public Health England (2015). *Sugar Reduction: The evidence for action*. Public Health England, Londres.
- 120 Winkler, L., et al., (2016). 'Substituting sugar confectionery with fruit and healthy snacks at checkout – a win-win strategy for consumers and food stores? a study on consumer attitudes and sales effects of a healthy supermarket intervention', *BMC Public Health*, 16(1184).
- 121 Children's Commissioner for England (2019). *Childhood vulnerability in England 2019*. Children's Commissioner for England, Londres.
- 122 NHS Digital (2017). Healthy Survey for England <<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/statistical/health-survey-for-england>> consultado el 31 de julio de 2019.
- 123 Smith, A. (2018). *Food poverty in Camden and Islington, January 2018: Understanding the local picture*. Islington and Camden Public Health.
- 124 Gobierno del Reino Unido (2018). *Childhood obesity: A plan for action*. HM Government, Londres, cap. 2.
- 125 Gobierno del Reino Unido (2018). *Childhood obesity: A plan for action*. HM Government, Londres, cap. 2.

- 126 Gobierno del Reino Unido (2019). *Government Response to the House of Commons Health and Social Care Select Committee report on 'Childhood obesity: Time for action', Eighth Report of Session 2017–19*. Gobierno de Su Majestad, Londres.
- 127 Alcaldía de Londres y Asamblea de Londres (2018). Mayor confirms ban on junk food advertising on transport network. Press release 23 de noviembre.
- 128 Public Health England (2019). *Foods and drinks aimed at infants and young children: Evidence and opportunities for action*. Public Health England, Londres.
- 129 Griffith, R., von Hinke, S. y Smith, S. (2018). 'Getting a healthy start: The effectiveness of targeted benefits for improving dietary choices', *Journal of Health Economics*, 58, págs. 176–187.

CAPÍTULO 2: ALIMENTAR A LOS NIÑOS PARA TODA LA VIDA

- 1 Baird, J., Jacob, C., Barker, M., Fall, C., Hanson, M., Harvey, N., Inskip, H., Kumaran, K. y Cooper, C. (2017). 'Developmental origins of health and diseases: a lifecourse approach to the prevention of non-communicable diseases', *Healthcare*, 5(14).
- 2 Catalano, P. M. y Kartik, S. (2017). 'Obesity and pregnancy: mechanisms of short-term and long-term adverse consequences for mother and child', *BMJ*, 356, j1.
- 3 McDonald, S. D., Han, Z., Mulla, S., Beyene, J. y Knowledge Synthesis Group (2010). 'Overweight and obesity in mothers and risk of preterm birth and low birthweight infants: systematic review and meta-analyses', *BMJ* (Clinical Research ed.), 341, c3428.
- 4 Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S., Corvalán, C., Uauy, R., Herrington, S. y Gillman, M. W. (2016). 'Preconceptional and maternal obesity: epidemiology and health consequences', *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(12), págs. 1025–1036.
- 5 Darnton-Hill, I. y Mkpuru, U. C. (2015). 'Micronutrients in pregnancy in low- and middle-income countries', *Nutrients*, 7(3), págs. 1744–1768; Stevens, G. A., Finucane, M. M., De-Regil, L. M., Paciorek, C. J., Flaxman, S. R., Branca, F. et al. (2013). 'Global, regional, and national trends in haemoglobin concentration and prevalence of total and severe anaemia in children and pregnant and non-pregnant women for 1995–2011: a systematic analysis of population-representative data', *The Lancet Global Health*, 1(1), e16–25.
- 6 De-Regil, L. M., Pena-Rosas, J. P., Fernandez-Gaxiola, A. C. y Rayco-Solon, P. (2015). 'Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD007950.
- 7 Mackillop, L. (2015). 'Pre-eclampsia: reducing the risk with calcium supplements', *BMJ Clinical Evidence*, 1402.
- 8 McCauley, M. E., Broek, N., Dou, L. y Othman, M. (2015). 'Vitamin A supplementation during pregnancy for maternal and newborn outcomes', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10, CD008666.
- 9 Chaffee, B. W. y Kinga, J. C. (2012). 'Effect of zinc supplementation on pregnancy and infant outcomes: A systematic review', *Paediatric Perinatal Epidemiology*, 2(1), págs. 118–137.
- 10 Prado, E. L. y Dewey, K. G. (2014). 'Nutrition and brain development in early life', *Nutrition Reviews*, 72(4), págs. 267–284.
- 11 Hansen, K. (2016). 'Breastfeeding: A smart investment in people and in economies', *The Lancet*, 387(10017), págs. 416.
- 12 Ballard, O. y Morrow, A. L. (2013). 'Human milk composition nutrients and bioactive factors', *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), págs. 49–74.
- 13 Smith, E. R., Hurt, L., Chowdhury, R., Sinha, B., Fawzi, W. y Edmond, K. M. (2017). 'Delayed breastfeeding initiation and infant survival: A systematic review and meta-analysis', *PLoS ONE*, 12(7).
- 14 ibid.
- 15 Lancet Breastfeeding Series Group (2016). 'Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect', *The Lancet*, 387(10017), págs. 475–490.
- 16 ibid; Ballard, O. y Morrow, A. L. (2013). 'Human milk composition nutrients and bioactive factors', *Pediatric Clinics of North America*, 60(1), págs. 49–74.
- 17 Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., et al. (2015). 'Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis', *Acta Paediatrica*, 104, págs. 96–113.
- 18 Bonifacio, E., Schwartz E. B., Jun, H., Wessel, C.B. y Corbelli, J. A. (2018). 'Effect of lactation on maternal hypertension: A systematic review', *Breastfeeding Medicine*, 13(9), págs. 578–588.
- 19 UNICEF (2018). *From the First Hour of Life*, UNICEF, Nueva York.
- 20 Rodríguez-Ramírez, S., Muñoz-Espinosa, A., Rivera, J. A., González-Castell, D. y González de Cosío, T. (2016). 'Mexican children under 2 years of age consume food groups high in energy and low in micronutrients', *Journal of Nutrition*, 146 (Supplement), págs. 1916S–19123S.
- 21 Baker, P., Smith, J., Salmon, L., Friel, S., Kent, G., Iellamo, A. et al. (2016). 'Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: Is an unprecedented infant and young child feeding transition under way?' *Public Health Nutrition*, 19(14), págs. 2540–2550.
- 22 ibid.
- 23 Pomeranz, J. L., Romo Palafox, M. J. y Harris, J. L. (2018). 'Toddler drinks, formulas, and milks: Labeling practices and policy implications', *Preventive Medicine*, 109, págs. 11–16.
- 24 Wilhelm, M. (2018). 'Toddler Milks: Filling a nutritional need or a marketing niche?' *The Salt*, National Public Radio, 20 February.
- 25 UNICEF (2018). *From the First Hour of Life*, UNICEF, Nueva York.
- 26 Benedict, R., Hope, C., Torlesse, H. y Stoltzfus, R. J. (2018). 'Trends and predictors of optimal breastfeeding among children 0–23 months: South Asia: Analysis of national survey data', *Maternal & Child Nutrition*, 14(S4), e12698.
- 27 UNICEF, *Capture the Moment*, 2018, págs. 16.
- 28 Balogun, O. O., Dagvadorj, A., Anigo, K. M., Ota, E. y Sasaki, S. (2015). 'Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: A quantitative and qualitative systematic review', *Maternal & Child Nutrition*, 11(4), págs. 433–451.
- 29 UNICEF (2017). *The Baby-friendly Hospital Initiative in Viet Nam: Enhancing healthcare quality criteria*. UNICEF, Nueva York.
- 30 White, J. M., Bégin, F., Kumapley, R., Murray, C. y Krasevec, J. (2017). 'Complementary feeding practices: Current global and regional estimates', *Maternal & Child Nutrition*, 13 (Supplement 2), e12505.
- 31 Hamner, H. C., Perrine, C. G., Gupta, P. M., Herrick, K. A. y Cogswell, M. E. (2017). 'Food consumption patterns among US children from birth to 23 months of age, 2009–2014', *Nutrients*, 9(9), págs. 2009–2014.
- 32 Headey, D., Hirvonen, K. y Hoddinott, J. (2018). 'Animal-sourced foods and child stunting', *American Journal of Agricultural Economics*, 100(5), págs. 1302–1319.
- 33 International Food Policy Research Institute (IFPRI) (2019). 'Food markets and nutrition in the developing world: Results from ARENA II', Policy Seminar <<http://www.ifpri.org/event/food-markets-and-nutrition-developing-world-results-arena-ii>> consultado el 18/7/19.
- 34 Pérez-Expósito, A. B. y Klein, B. P. (2009). 'Impact of fortified blended food aid products on nutritional status of infants and young children in developing countries', *Nutrition Reviews*, 67(12), págs. 706–718.
- 35 Leyvraz, M., David-Kigar, D. M., Macharia-Mutie, C., Aaron, G. J., Roefs, M. y Tumilowicz, A. (2018). 'Coverage and consumption of micronutrient powders, fortified staples, and iodized salt among children aged 6 to 23 months in selected neighborhoods of Nairobi County, Kenya', *Food and Nutrition Bulletin*, 39(1), págs. 107–115.
- 36 Bouis, H. E. y Saltzman, A. (2017). 'Improving nutrition through biofortification: A review of evidence from HarvestPlus, 2003 through 2016', *Global Food Security*, 12, págs. 49–58.
- 37 Institut Haïtien de l'Enfance (IHE) et ICF (2018). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services (EMMUS-VI 2016–2017)*, IHE et ICF, Pétiot-Ville, Haïti et Rockville, Maryland, USA (Haiti Demography and Health Study (DHS), 2016–2017); datos de UNICEF sobre malnutrición <<https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition/>>; datos de UNICEF sobre alimentación del lactante y el niño pequeño <<https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>>.
- 38 Kavle, J. A., Mehanna, S., Saleh, G., Fouad, M. A., Ramzy, M., Hamed, D et al. (2015). 'Exploring why junk foods are "essential" foods and how culturally tailored recommendations improved feeding in Egyptian children', *Maternal & Child Nutrition*, 11(3), págs. 346–370; Pries, A. M., Huffman, S. L.,

- Champeny, M., Adhikary, I., Benjamin, M., Coly, A. N. et al. (2017). 'Consumption of commercially produced snack foods and sugar-sweetened beverages during the complementary feeding period in four African and Asian urban contexts', *Maternal & Child Nutrition*, vol. 13 (Supplement 2).
- 39 *ibid.*
- 40 Elliott, C. D. y Conlon, M. J. (2015). 'Packaged baby and toddler foods: Questions of sugar and sodium', *Pediatric Obesity*, 10, págs. 149–55; Cogswell, M. E., Gunn, J. P., Yuan, K., Park, S. y Merritt, R. (2015). 'Sodium and sugar in complementary infant and toddler foods sold in the United States', *Pediatrics*, 135, págs. 416–423; Crawley, H. y Westland, S. (2017). *Baby foods in the UK: A review of commercially produced jars and pouches of baby foods marketed in the UK*, First Steps Nutrition Trust, Londres; OMS (2019). *Improving the nutritional quality of commercial foods for infants and young children in the WHO European Region*, OMS, Copenhague, Dinamarca, pág. 24.
- 41 De Cosmi, V., Scaglioni, S. y Agostoni, C. (2017). 'Early taste experiences and later food choices', *Nutrients*, 9(2), ágp. 107.
- 42 Manikam, L., Prasad, A., Dharmaratnam, A., Moen, C., Robinson, A., Light, A. et al. (2018). 'Systematic review of infant and young child complementary feeding practices in South Asian families: The India perspective', *Public Health Nutrition*, 21(4), págs. 637–654.
- 43 Kavle, J. A., Lacroix, E., Dau, H. y Engmann, C. (2017). 'Addressing barriers to exclusive breast-feeding in low- and middle-income countries: A systematic review and programmatic implications', *Public Health Nutrition*, 20(17), págs. 3120–3134.
- 44 Mazarello Paes, V., Ong, K. K. y Lakshman, R. (2015). 'Factors influencing obesogenic dietary intake in young children (0–6 years): A systematic review of qualitative evidence', *BMJ Open*, 5(9), e007396.
- 45 van Liere, M. J., Tarlton, D., Menon, R., Yellamanda, M. and Reerink, I. (2017). 'Harnessing private sector expertise to improve complementary feeding within a regulatory framework: Where is the evidence?' *Maternal & Child Nutrition*, 13 (Supplement 2), e12429.
- 46 Black, M. M. y Aboud, F. E. (2011). 'Responsive feeding is embedded in a theoretical framework of responsive parenting', *Journal of Nutrition*, 141(3); Saltzman, J.A., Pinerós-Leano, M., Liechty, J.M., Bost, K.K., Fiese, B. H. et al. (2016). 'Eating, feeding, and feeling: Emotional responsiveness mediates longitudinal associations between maternal binge eating, feeding practices, and child weight', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 13(89).
- 47 Bentley, M. E., Wasser, H. M. y Creed-Kanashiro, H. M. (2011). 'Responsive feeding and child undernutrition in low- and middle-income countries', *Journal of Nutrition*, 141, págs. 502–507.
- 48 Pérez-Escamilla, R., Segura-Pérez, S. y Lott, M. (2017). *Feeding Guidelines for Infants and Young Toddlers: A responsive parenting approach*, Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, NJ.
- 49 Redsell, S. A., Edmonds, B., Swift, J. A., Siriwardena, A. N., Weng, S., Nathan, D. y Glazebrook, C. (2016). 'Systematic review of randomised controlled trials of interventions that aim to reduce the risk, either directly or indirectly, of overweight and obesity in infancy and early childhood', *Maternal & Child Nutrition*, 12(1), págs. 24–38.
- 50 Fox, E. 'Characteristics of children's dietary needs, intake patterns, and determinants that explain their nutrition behaviors' (unpublished).
- 51 Brown, J. E. (2002) 'Child and preadolescent nutrition'. In *Nutrition Through the Lifecycle*, págs. 310–337. Cengage Learning, Boston, Mass.
- 52 Prentice, A. M., Ward, K. A., Goldberg, G. R., Jarjou, L. M., Moore, S. E., Fulford, A. J. y Prentice, A. (2013). 'Critical windows for nutritional interventions against stunting', *American Journal of Clinical Nutrition*, 97(5), págs. 911–918; Crookston, B. T., Schott, W., Cueto, S., Dearden, K. A., Engle, P., Georgiadis, A. et al. (2013). 'Postinfancy growth, schooling, and cognitive achievement: Young lives', *American Journal of Clinical Nutrition*, 98(6), págs. 1555–1563; Gandhi, M., Ashorn, P., Maleta, K., Teivaanmäki, T., Duan, X. y Cheung, Y. B. (2011). 'Height gain during early childhood is an important predictor of schooling and mathematics ability outcomes', *Acta Paediatrica*, 100(8), págs. 1113–1118; Crookston, B. T., Penny, M. E., Alder, S. C., Dickerson, T. T., Merrill, R. M., Stanford, J. B. et al. (2010). 'Children who recover from early stunting and children who are not stunted demonstrate similar levels of cognition', *Journal of Nutrition*, 140, págs. 1996–2001.
- 53 Craigie, A. M., Lake, A. A., Kelly, S. A., Adamson, A. J. y Mathers, J. C. (2011). 'Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review', *Maturitas*, 70(3), págs. 266–284.
- 54 Ochola, S. y Masibo, P. K. (2014). 'Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries', *Annals of Nutrition & Metabolism*, 64(2), págs. 4–40.
- 55 Burrows, T., Goldman, S., Pursey, K. y Lim, R. (2017). 'Is there an association between dietary intake and academic achievement? A systematic review', *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 30(2), págs. 117–140.
- 56 Halterman, J. S., Kaczorowski, J. M., Aligne, C. A., Auinger, P. y Szilagyi, P. G. (2001). 'Iron deficiency and cognitive achievement among school-aged children and adolescents in the United States', *Pediatrics*, 107(6), págs. 1381–1386; Walter, T. (2003). 'Effect of iron-deficiency anemia on cognitive skills and neuromaturation in infancy and childhood', *Food Nutrition Bulletin*, 24 (Supplement 4), S104–S110.
- 57 Adolphus, K., Lawton, C. L., Champ, C. L. y Dye, L. (2016). 'The effects of breakfast and breakfast composition on cognition in children and adolescents: A systematic review', *Advances in Nutrition*, 7(3), 590S–612S; Kim, S. Y., Sim, S., Park, B., Kong, I. G., Kim, J. H. y Choi, H. G. 'Dietary habits are associated with school performance in adolescents', *Medicine (Baltimore)*, 95(12), e3096.
- 58 Woldehanna, T., Behrman, J. y Araya, M. (2017). 'The effect of early childhood stunting on children's cognitive achievements: Evidence from Young Lives Ethiopia', *Ethiopia Journal of Health and Development*, 31(2), págs.74–85; Walker, S., Chang, S., Powell, C. y Grantham-McGregor, S. (2005). 'Effects of early childhood psychosocial stimulation and nutritional supplementation on cognition and education in growth-stunted Jamaican children: Prospective cohort study', *The Lancet*, 366(9499), págs. 1804–1807.
- 59 Chung, S. T., Onuzuruike, A. U. y Magge, S. N. (2018). 'Cardiometabolic risk in obese children', *Annals of the Nueva York Academy of Sciences*, 1411(1), págs. 166–183; Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L. y Kelnar, C. J. H. (2003). 'Health consequences of obesity', *Archives of Disease in Childhood*, 88(9), págs. 748–752.
- 60 Rodriguez-Morales, A. J., Bolivar-Mejía, A., Alarcón-Olave, C. y Calvo-Betancourt, L. S. (2016). 'Nutrition and infection', In *Encyclopedia of Food and Health*, Elsevier, págs. 98–103.
- 61 Bechard, L. J., Rothpletz-Puglia, P., Touger-Decker, R., Duggan, C. y Mehta, N. M. (2013). 'Influence of obesity on clinical outcomes in hospitalized children: A systematic review', *JAMA Pediatrics*, 167(5), págs. 476–482.
- 62 Reilly, J. J., Methven, E., McDowell, Z. C., Hacking, B., Alexander, D., Stewart, L. y Kelnar, C. J. H. (2003). 'Health consequences of obesity', *Archives of Disease in Childhood*, 88(9), págs. 748–752.
- 63 Chung, S. T., Onuzuruike, A. U. y Magge, S. N. (2018). 'Cardiometabolic risk in obese children', *Annals of the Nueva York Academy of Sciences*, 1411(1), págs. 166–183.
- 64 Reilly, J. J. y Kelly, J. (2011). Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: Systematic review. *International Journal of Obesity*, 35(7), págs. 891–898; Umer, A., Kelley, G. A., Cottrell, L. E., Giacobbi, P., Innes, K. E. y Lilly, C. L. (2017). 'Childhood obesity and adult cardiovascular disease risk factors: A systematic review with meta-analysis', *BMC Public Health*, 17(1), pág. 683.
- 65 Muthuri, S. K., Wachira, L. J. M., Leblanc, A. G., Francis, C. E., Sampson, M., Onyera, V. O. y Tremblay, M. S. (2014). 'Temporal trends and correlates of physical activity, sedentary behaviour, and physical fitness among school-aged children in Sub-Saharan Africa: A systematic review', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(3), págs. 3327–3359.
- 66 Minges, K. E., Chao, A. M., Irwin, M. L., Owen, N., Park, C., Whittemore, R. y Salmon, J. (2016). 'Classroom standing desks and sedentary behavior: A systematic review', *Pediatrics*, 137(2), e20153087–e20153087.
- 67 Adolphus, K., Lawton, C. L., Champ, C. L. y Dye, L. (2016). 'The effects of breakfast and breakfast composition on cognition in children and adolescents: a systematic review. *Advances in Nutrition*, 7(7), 590S-612S .
- 68 Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 69 Ochola, S. y Masibo, P. K. (2014). 'Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries', *Annals of Nutrition & Metabolism*, 64, págs. 24–40.
- 70 Utter, J., Scragg, R., Mhurchu, C. N. y Schaaf, D. (2007). 'At-home breakfast consumption among New Zealand children: Associations with body mass index and related nutrition behaviors', *Journal of the American Dietetic Association*, 107(4), págs. 570–576.
- 71 Ochola, S. y Masibo, P. K. (2014). 'Dietary intake of schoolchildren and adolescents in developing countries', *Annals of Nutrition & Metabolism*, 64, págs. 24–40.
- 72 Livingstone, M. B. E. y Robson, P. J. (2000). 'Measurement of dietary intake in children', *Proceedings of the Nutrition Society*, 59(2), págs. 279–293.

- 73 Jimenez, A., Morales-Ruán, M del C, López-Olmedo, N., Théodore, F., Moreno-Saracho, J., Tolentino-Mayo, L., Bonvecchio, A. et al. (2017). 'The fight against overweight and obesity in school children: Public policy in Mexico'. *Journal of Public Health Policy*, 38(4), págs. 407–428.
- 74 Barquera, S., Hernández-Barrera, L., Rothenberg, S. J. y Cifuentes, E. (2018). 'The obesogenic environment around elementary schools: Food and beverage marketing to children in two Mexican cities'. *BMC Public Health*, 18(1), p.461.
- 75 Ivers, L. C. y Cullen, K. A. (2011). 'Food insecurity: Special considerations for women'. *American Journal of Clinical Nutrition* 94(6), 1740S–1744S; Spear, B. A. (2002). 'Adolescent growth and development'. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3) (Supplement), S23–S29.
- 76 Keats, E. C., Rappaport, A. I., Jain, R., Oh, C., Shah, S. y Bhutta, Z. A. (2018). 'Diet and eating practices among adolescent girls in low- and middle-income countries: a systematic review'. *Nutrients*, 10(12), e1978.
- 77 The World Health Organization, "Adolescent Pregnancy Key Facts" (2018)
- 78 Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B. et al. (2016). 'Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing'. *The Lancet* 387(10036), págs. 2423–2478; Cusick, S. E. and Kuch, A. E. (2012). 'Determinants of undernutrition and overnutrition among adolescents in developing countries'. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 23(3), págs. 440–456; Belachew, T., Hadley, C., Lindstrom, D., Gebremariam, A., Lachat, C. y Kolsteren, P. (2011). 'Food insecurity, school absenteeism and educational attainment of adolescents in Jimma Zone Southwest Ethiopia: A longitudinal study'. *Nutrition Journal*, 10(29).
- 79 Costa, S. (2016). 'Teens, Your Brain Needs Real Food', U.S. News and World Report, 5 de enero de 2016, <<https://health.usnews.com/health-news/health-wellness/articles/2016-01-05/teens-your-brain-needs-real-food>>, consultado el 16/7/19.
- 80 The Conversation, 'Why Sugar is so much worse for teenagers' brains.' RMIT University, <<https://theconversation.com/why-sugar-is-so-much-worse-for-teenagers-brains-67238>> consultado el 16/7/19.
- 81 Akseer, N., Al-Gashm, S., Mehta, S., Mokdad, A. y Bhutta, Z. A. (2017). 'Global and regional trends in the nutritional status of young people: A critical and neglected age group'. *Annals of the Nueva York Academy of Sciences*, 1393, págs. 3–20.
- 82 Gizak, M., Rogers, L., Gorstein, J., Zimmerman, M. y Andersson, M. (2018). 'Global iodine status in school-age children, women of reproductive age and pregnancy women in 2017'. Iodine Global Network.
- 83 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). (2017). 'Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128-9 million children, adolescents, and adults'. *The Lancet*, 390(10113), págs. 2627–2642.
- 84 Wang, J., Freire, D., Knable, L., Zhao, W., Gong, B., Mazzola, P. et al. (2015). 'Childhood and adolescent obesity and long-term cognitive consequences during aging'. *Journal of Comparative Neurology*, 523(5), págs. 757–768.
- 85 Williamson, N. (2013). 'Motherhood in childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy'. *State of World Population 2013*. United Nations Population Fund (UNFPA), Nueva York.
- 86 Scholl, T. O., Hediger, M. L., Schall, J. I., Khoo, C. S. y Fischer, R. L. (1994). 'Maternal growth during pregnancy and the competition for nutrients'. *American Journal of Clinical Nutrition*, 60(2), págs. 183–188.
- 87 Bearinger, L. H., Sieving, R. E., Ferguson, J. y Sharma, V. (2007) 'Global perspectives on the sexual and reproductive health of adolescents: Patterns, prevention, and potential'. *The Lancet*, 369, págs. 1220–1231.
- 88 Restrepo-Méndez, M del C., Lawlor, D. A., Horta, B. L., Santos, I. S., Menezes, A.M., Barros, F. C. and Victora, C. G. (2015). 'The association of maternal age with birthweight and gestational age: A cross-cohort comparison'. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 29(1), págs. 31–40.
- 89 UNICEF (2016). Reality Check Approach. Perspectives and experiences of adolescents on eating, drinking and physical activity. UNICEF, Jakarta, Indonesia.
- 90 National Institute of Research and Development and Ministry of Health (2018) Basic health research survey (Riset Kesehatan dasar). Ministerio de Salud, Jakarta.
- 91 Christian, P. y Smith, E. R. (2018). 'Adolescent undernutrition: Global burden, physiology, and nutritional risks'. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 72(4), págs. 316–328.
- 92 Prentice, A. M., Ward, K. A., Goldberg, G. R., Jarjou, L. M., Moore, S. E., Fulford, A. J. y Prentice, A. (2013). 'Critical windows for nutritional interventions against stunting'. *American Journal of Clinical Nutrition*, 97(5), págs. 911–918.
- 93 Georgiadis, A. y Penny, M. E. (2017). 'Child undernutrition: opportunities beyond the first 1000 days'. *The Lancet Public Health*, 2(9), e399.
- 94 Handa, S. y Peterman, A. (2016). 'Is there catch-up growth? Evidence from three continents'. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 78(4), págs. 470–500.
- 95 McIntyre, M. H. (2011). 'Adult stature, body proportions and age at menarche in the United States National Health and Nutrition Survey (NHANES) III'. *Annals of Human Biology*, 38(6), págs. 716–720; Willemsen, R. H. y Dunger, D. B. (2015). 'Normal variation in pubertal timing: Genetic determinants in relation to growth and adiposity. In J.-P. Bourguignon and A.-S. Parent (eds), *Endocrine Development*, 29, págs. 17–35, S. Karger AG, Basel.
- 96 Leenstra, T., Petersen, L. T., Kariuki, S. K., Oloo, A. J., Kager, P. A., y ter Kuile, F. O. (2005). 'Prevalence and severity of malnutrition and age at menarche: cross-sectional studies in adolescent schoolgirls in western Kenya'. *European Journal of Clinical Nutrition*, 59(1), págs. 41–48; Coly, A. N., Millet, J., Diallo, A., Ndiaye, T., Bénédicte, E., Simonon, F. et al. (2006). 'Preschool stunting, adolescent migration, catch-up growth, and adult height in young Senegalese men and women of rural origin'. *Journal of Nutrition*, 136(9), págs. 2412–2420.
- 97 Yilmaz Z., Hardaway A. y Bulik, C. (2015). 'Genetics and epigenetics of eating disorders'. *Advances in Genomics and Genetics*, 5, págs. 131–150.
- 98 Striegel-Moore, R. H. y Bulik, C. M. (2007). 'Risk factors for eating disorders'. *American Psychologist*, 62(3), págs. 181–198.
- 99 O'Brien, K.M. y Vincent, N.K. (2003). 'Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: Nature, prevalence, and causal relationships'. *Clinical Psychological Review*, 23(1), págs. 57–74.
- 100 Limbers, C. A., Cohen, L. A. y Gray, B. A. (2018). 'Eating disorders in adolescent and young adult males: Prevalence, diagnosis, and treatment strategies'. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 10(9), págs. 111–116.
- 101 Whitaker, R. C., Phillips, S. M. y Orzol, S. M. (2006). 'Food insecurity and the risks of depression and anxiety in mothers and behavior problems in their preschool-aged children'. *Pediatrics*, 118(3), e859–868.
- 102 Darling, K. E., Fahrenkamp, A. J., Wilson, S. M., D'Auria, A. L. y Sato, A. F. (2017). 'Physical and mental health outcomes associated with prior food insecurity among young adults'. *Journal of Health Psychology*, 22(5), págs. 572–581; Bruening, M., van Woerden, I., Todd, M. y Laska, M. N. (2018). 'Hungry to learn: The prevalence and effects of food insecurity on health behaviors and outcomes over time among a diverse sample of university freshmen'. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1).
- 103 Rani, D., Singh, J. K., Acharya, D., Paudel, R., Lee, K. y Singh, S. P. (2018). 'Household food insecurity and mental health among teenage girls living in urban slums in Varanasi, India: A cross-sectional study'. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8) e1585; McIntyre, L., Williams, J. V. A., Lavorato, D. H. and Patten, S. (2013). 'Depression and suicide ideation in late adolescence and early adulthood are an outcome of child hunger'. *Journal of Affective Disorders*, 150, págs. 123–129; Belsky, D. W., Moffitt, T. E., Arseneault, L., Melchior, M. and Caspi, A. (2010). 'Context and sequelae of food insecurity in children's development'. *American Journal of Epidemiology*, 172(7), págs. 809–818; Jebena, M. G., Lindstrom, D., Belachew, T., Hadley, C., Larchat, C., Verstraeten, R., De Cock, N. and Kolsteren, P. 'Food insecurity and common mental disorders among Ethiopian youth: Structural equation modeling'. *PLoS ONE* 11(11), e0165931.
- 104 Story, M., Neumark-Sztainer, D. y French, S. (2002). 'Individual and environmental influences on adolescent eating behaviors'. *Journal of the American Dietetic Association*, 102(3), (Supplement), S40–S51.
- 105 Anthrologica and World Food Programme (2018). *Bridging the Gap: Engaging adolescents for nutrition, health and sustainable development*. Programa Mundial de Alimentos, Roma.
- 106 Karimi-Shahanjari, A., Omidvar, N., Bazargan, M., Rashidian, A., Majdzadeh, R. y Shojaezadeh, D. (2010). 'Iranian female adolescents' views on unhealthy snacks consumption: A qualitative study'. *Iranian Journal of Public Health*, 39(3), págs. 92–101.
- 107 Eddy, K. T., Hennessey, M. y Thompson-Brenner, H. (2007). 'Eating pathology in East African Women: The role of media exposure and globalization'. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), pág. 196–202.
- 108 Anthrologica and World Food Programme (2018). *Bridging the Gap: Engaging adolescents for nutrition, health and sustainable development*. World Food Programme, Roma.
- 109 OMS (undated). Healthy Diet <<https://www.who.int/behealthy/healthy-diet>>, consultado el 14/7/19.

- 110 Herforth, A., Arimond, M., Álvarez-Sánchez, C., Coates, J., Christianson, K., Y Muehlhoff, E. (2019). 'A global review of food-based dietary guidelines', *Advances in Nutrition*, 10(4), págs. 590–605.
- 111 Litman, E. A., Gortmaker, S. L., Ebbeling, C. B. y Ludwig, D. S. (2018). 'Source of bias in sugar-sweetened beverage research: A systematic review', *Public Health Nutrition*, 21(12), págs. 2345–2350; Bes Rastrollo, M. (2016). 'Impact of sugars and sugar taxation on body weight control: A comprehensive literature review', *Obesity*, 24(7), págs. 1410–1426.
- 112 Guthrie, J., L. Mancino y C.T.J. Lin (2015). 'Nudging consumers toward better food choices: Policy approaches to changing food consumption behaviors', *Psychology & Marketing*, 32(5), págs. 501–511.
- 113 Johnson, N. (2015). 'Brazil's nutrition wisdom: No junk food, no eating alone', *Grist*, 2 March, <<https://grist.org/food/brazils-nutrition-wisdom-no-junk-food-no-eating-alone/>> consultado el 14/7/19.
- 114 Belluz, J. (2015). 'Brazil has the best nutritional guidelines in the world', *Vox*, 20 de febrero, <<https://www.vox.com/2015/2/20/8076961/brazil-food-guide>> consultado el 14/7/19.

CAPÍTULO 3: LA MALNUTRICIÓN EN UN MUNDO CAMBIANTE

- 1 Análisis basados en las estimaciones de CHERG presentados en UNICEF (2015). *Committing to Child Survival – A Promise Renewed: Progress Report 2015*.
- 2 Lunn, P.G., Northrop-Clewes, C. A. y Downes, R. M. (1991). 'Intestinal permeability, mucosal injury and growth faltering in Gambian infants', *The Lancet*, 338, págs. 907–910; Humphrey, J. H. (2009). 'Child undernutrition, tropical enteropathy, toilets, and handwashing', *The Lancet*, 374, págs. 1032–1035; Pickering, A. J., Djebbari, H., Lopez, C., Coulibaly, M. y Alzua, M. L. (2015). 'Effect of a community-led sanitation intervention on child diarrhoea and child growth in rural Mali: A cluster-randomised controlled trial', *The Lancet Global Health*, 3(11), e701–e711.
- 3 Fahim, S. M., Das, S., Sanin, K. I., Gazi, M. A., Mahfuz, M., Islam, M. M. y Ahmed, T. (2018). 'Association of fecal markers of environmental enteric dysfunction with zinc and iron status among children at first two years of life in Bangladesh', *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 99(2), págs. 489–494.
- 4 Prendergast, A. J., Humphrey, J. H., Mutasa, K., Majo, F. D., Rukobo, S., Govha, M. et al. (2015). 'Assessment of environmental enteric dysfunction in the SHINE Trial: Methods and Challenges', *Clinical Infectious Diseases*, 61 (Suppl 7), págs. S726–732.
- 5 Lin, A., Arnold, B. F., Afreen, S., Goto, R., Huda, T. M. N., Haque, R. et al. (2013). 'Household environmental conditions are associated with enteropathy and impaired growth in rural Bangladesh', *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 89(1), págs. 130–137.
- 6 MAL-ED Network Investigators (2018). 'Early childhood cognitive development is affected by interactions among illness, diet, enteropathogens and the home environment: findings from the MAL-ED birth cohort study', *BMJ Global Health*, 3(4), e000752.
- 7 Husseini, M., Darboe, M. K., Moore, S. E., Nabwera, H. M. y Prentice, A. (2018). 'Thresholds of socio-economic and environmental conditions necessary to escape from childhood malnutrition: a natural experiment in rural Gambia', *BMC Medicine*, 16 (1), pág. 199.
- 8 LSHTM (2018). 'Good housing with indoor plumbing may be key to eliminating childhood malnutrition and stunting'. Comunicado de prensa del 1 de noviembre, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres.
- 9 Trasande, L., Shaffer, R. M., Sathyanarayana, S. y Council on Environmental Health (2018). 'Food Additives and Child Health', *Pediatrics*, 142(2), e20181408.
- 10 *ibid*
- 11 Carlson, A., Xia, K., Azcárate-Peril, M., Goldman, B., Ahn, M., Styner, M., Thompson, A., Geng, X., Gilmore, J., y Knickmeyer, R. (2017). 'Infant gut microbiome associated with cognitive development', *Biological Psychiatry*, 83(2), págs. 148–159; Davis, C. D. (2016). 'The gut microbiome and its role in obesity', *Nutrition Today*, 51(4), págs. 167–174.
- 12 *ibid*.
- 13 Tanaka, M. y Nakayama, J. (2017). 'Development of the gut microbiota in infancy and its impact on health in later life', *Allergology International*, 66(4), págs. 515–522.
- 14 Lancet Breastfeeding Series Group (2016). 'Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect', *The Lancet*, 387(10017), págs. 475–490.
- 15 Bokulich, N. A., Chung, J., Battaglia, T., Henderson, N. et al. (2016). 'Antibiotics, birth mode, and diet shape microbiome maturation during early life', *Science translational medicine*, 8(343), págs. 343ra82.
- 16 Francino, M. P. (2016). 'Antibiotics and the human gut microbiome: Dysbioses and accumulation of resistances', *Frontiers in Microbiology*, 6(1543).
- 17 Zinöcker, M. K. y Lindseth, I. A. (2018). 'The Western diet–microbiome–host interaction and its role in metabolic disease', *Nutrients*, 10(3), págs. e365.
- 18 Velasquez-Manoff, M. (2018). 'The germs that love diet soda', *The Nueva York Times*, 6 de abril.
- 19 Victora, C. (2017). 'Breastfeeding as a biological dialogue', *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115(5), págs. 413–414; UNICEF (2018). *From the First Hour of Life*, UNICEF, Nueva York, pág. 30.
- 20 Kane, A. V., Dinh, D. M. y Ward, H. D. (2015). 'Childhood malnutrition and the intestinal microbiome', *Pediatric Research*, 77(1), págs. 256–262.
- 21 FAO, IFAD, UNICEF, PMA y OMS (2018). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2018: Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma.
- 22 Godfrey, K. M., Reynolds, R. M., Prescott, S. L., Nyirenda, M., Jaddoe, V. W. V., Eriksson, J. G. y Broekman, B. F. P. (2017). 'Influence of maternal obesity on the long-term health of offspring', *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 5(1), págs. 53–64; Christian, P. E. Stewart, C. P. (2010). 'Maternal micronutrient deficiency, fetal development, and the risk of chronic diseases', *Journal of Nutrition*, 140(3), págs. 437–445; Krikke, G. G., Grooten, I. J., Vrijkotte, T. G. M., van Eijsden, M., Roseboom, T. J. y Painter, R. C. (2016). 'Vitamin B12 and folate status in early pregnancy and cardiometabolic risk factors in the offspring at age 5–6 years: Findings from the ABCD multi-ethnic birth cohort', *British Journal of Obstetrics and Gynaecology (BJOG)*, 123(3), págs. 384–392.
- 23 Vaag, A. A., Grunnet, L. G., Arora, G. P. y Brøns, C. (2012). 'The thrifty phenotype hypothesis revisited', *Diabetologia*, 55(8), págs. 2085–2088.
- 24 Hanson, M., Gluckman, P. y Bustreo, F. (2016). 'Obesity and the health of future generations', *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(12), págs. 966–967.
- 25 Chen, C., Xu, X. y Yan, Y. (2018). 'Estimated global overweight and obesity burden in pregnant women based on panel data model', *PLoS ONE*, 13(8), e0202183.
- 26 Poston, L., Caleyachetty, R., Cnattingius, S., Corvalán, C., Uauy, R., Herring, S. y Gillman, M. W. (2016). 'Preconceptional and maternal obesity: Epidemiology and health consequences', *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 4(12), págs. 1025–1036.
- 27 Mamun, A. A., O'Callaghan, M., Callaway, L., Williams, G., Najman, J. y Lawlor, D. A. (2009). 'Associations of gestational weight gain with offspring body mass index and blood pressure at 21 years of age: Evidence from a birth cohort study', *Circulation*, 119(13), págs. 1720–1727; Hochner, H., Friedlander, Y., Calderon-Margalit, R., Meiner, V., Sagy, Y., Avgil-Tsodok, M. et al. (2012). 'Associations of maternal prepregnancy body mass index and gestational weight gain with adult offspring cardiometabolic risk factors: the Jerusalem Perinatal Family Follow-up Study', *Circulation*, 125(11), págs. 1381–1389.
- 28 Eriksson, J. G., Sandboge, S., Salonen, M., Kajantie, E. e Osmond, C. (2015). 'Maternal weight in pregnancy and offspring body composition in late adulthood: Findings from the Helsinki Birth Cohort Study (HBCS)', *Annals of Medicine*, 47(2), págs. 94–99; Westberg, A. P., Salonen, M. K., von Bonsdorff, M., Kajantie, E. y Eriksson, J. G. (2016). 'Maternal body mass index in pregnancy and offspring physical and psychosocial functioning in older age: Findings from the Helsinki Birth Cohort Study (HBCS)', *Annals of Medicine*, 48(4), págs. 268–274.
- 29 Monteiro, C. A., Benicio, M. H. y Conde, W. L. et al. (2009). 'Narrowing socioeconomic inequality in child stunting: The Brazilian experience, 1974–2007', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 88(4), págs. 305–311.
- 30 Huicho, L., Segura, E. R., Huayanay-Espinoza, C. A., Niño de Guzman, J., Restrepo-Méndez, M. C., Tam, Y., Barros, A. J. D. y Victora, C. G. (2016). 'Child health and nutrition in Peru within an antipoverty political agenda: A countdown to 2015 country case study', *The Lancet Global Health*, 4(6), e414–e426.
- 31 Garza, C., Borghi, E., Onyango, A. W. y de Onis, M. (2013). *Parental height and child growth from birth to 2 years in the OMS Multicentre Growth Reference Study*. 8 de septiembre.

- 32 Hossain, N. (2017). 'Inequality, hunger and malnutrition: Power matters'. In K. Von Grebmer (ed.), *2017 global hunger index: The inequalities of hunger*, Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias, Washington DC, págs. 25–29.
- 33 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition*. Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, Roma, págs. 112.
- 34 Ibid.
- 35 Gray, A., Fontanella-Khan, J. y Munshi, N. (2018). 'Burger King looks to expand in sub-Saharan Africa', *The Financial Times*, 9 de octubre <<https://www.ft.com/content/57407046-cc0a-11e8-b276-b9069bde0956>>.
- 36 Ministerio de Salud del Brasil (2014). *Dietary Guidelines for the Brazilian Population*. Ministerio de Salud del Brasil.
- 37 Replace trans fat: an action package to eliminate industrially-produced trans-fatty acids. OMS/NMH/NHD/18.4 [internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.
- 38 Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (2018). 'Improving diets in an era of food market transformation', Policy Brief No. 11, Londres.
- 39 Stuckler, D., McKee, M., Ebrahim, S. y Basu, S. (2012) 'Manufacturing epidemics: The role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco', *PLoS Med* 9(6), e1001235.
- 40 NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2019). 'Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults', *Nature*, 569(7755), págs. 260–264.
- 41 Popkin, B. M. (2006). 'Global nutrition dynamics: The world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases', *American Journal of Clinical Nutrition*, 84(2), págs. 289–298.
- 42 UNICEF (ed.) (2011). *Adolescence: an age of opportunity*. UNICEF, Nueva York.
- 43 Kennedy, G., Nantel, G. y Shetty, P. (2004). *Globalization of food systems in developing countries: Impact on food security and nutrition*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Nueva York, pág. 11.
- 44 Hawkes, C., Harris, J. Y Gillespie, S. (2017). 'Changing diets: Urbanization and the nutrition transition'. In *2017 Global Food Policy Report*, págs. 34–41, Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI), Washington DC.
- 45 Ibid.
- 46 *The Lancet Diabetes & Endocrinology* (2017). (Editorial) 'Tackling childhood obesity: a step in the right direction', 6, February <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-8587%2818%2930005-6>>, consultado el 14/7/19.
- 47 Popkin, B. M. (2014). 'Nutrition, agriculture and the global food system in low and middle income countries', *Food Policy*, 47, 91–96.
- 48 Demmler, K. M., Ecker, O. y Martin, Q. (2017). 'Supermarket shopping and nutritional outcomes: A panel data analysis for urban Kenya', *World Development*, 102, febrero, págs. 292–303.
- 49 Kelly, M, Seubsman, S.-a., Banwell, C., Dixon, J. y Sleigh, A. (2014). 'Thailand's food retail transition: Supermarket and fresh market effects on diet quality and health', *British Food Journal* 116(7).
- 50 Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (2016). *Food systems and diets: Facing the challenges of the 21st century*, Londres.
- 51 Hawkes, C., Harris, J. y Gillespie, S. (2017). 'Changing diets: Urbanization and the nutrition transition'. In *2017 Global Food Policy Report*, págs. 34–41, Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI), Washington DC, pág. 38.
- 52 Jones, A. D. (2015). 'Household food insecurity is associated with heterogeneous patterns of diet quality across urban and rural regions of Malawi', *World Medical & Health Policy*, 7(3), págs. 234–254.
- 53 Pacto de Política Alimentaria Urbana de Milán. <<http://www.milanurbanfoodpolicypact.org/>>
- 54 FAO, EStà and City of Curitiba (2018). *Curitiba: facilitating access of low-income households to healthy food*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.
- 55 Forster, T., Egal, F., Escaduro, A. G., Dubbeling, M y Renting, H. (2015). *Milan Urban Food Policy Pact: Selected Good Practices from Cities*, Fondazione Giangiacomo Feltrinelli, Milan.
- 56 FAO, IFAD, UNICEF, PMA y OMS (2018). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2018: Building climate resilience for food security and nutrition*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma; Hirvonen, K., Taffesse, A. S. y Worku Hassen, I. (2016). 'Seasonality and household diets in Ethiopia', *Public Health Nutrition*, 19(10), págs. 1723–1730; Oduor, F. O., Boedecker, J., Kennedy, G., Mituki-mungira, D. y Termote, C. (2018). 'Caregivers' nutritional knowledge and attitudes mediate seasonal shifts in children's diets', *Maternal & Child Nutrition*, 15(1), e12633.
- 57 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition*. Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, Roma.
- 58 Lucan, S. C., Maroko, A. R., Seitchik, J. L., Yoon, D. H., Sperry, L. E. y Schechter, C. B. (2018). 'Unexpected neighborhood sources of food and drink: implications for research and community health', *American Journal of Preventive Medicine*, 55(2), e29–e38. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.04.011>
- 59 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition*. Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, Roma.
- 60 Odoms-Young, A., Singleton, C.R., Springfield, S. et al. (2016). 'Retail environments as a venue for obesity prevention', *Current Obesity Reports*, 5(2), págs. 184–191; Hilmers, A., Hilmers, D. C. y Dave, J. (2012). 'Neighborhood disparities in access to healthy foods and their effects on environmental justice', *American Journal of Public Health*, 102(9), págs. 1644–1654.
- 61 Gartin, M. (2012). 'Food deserts and nutritional risk in Paraguay', *American Journal of Human Biology*, 24, págs. 296–301.
- 62 Walker, R. E., Keane, C. R. y Burke, J. G. (2010). 'Disparities and access to healthy food in the United States: A review of food deserts literature', *Health & Place*, 16(5), págs. 876–884.
- 63 Gartin, M. (2012). 'Food deserts and nutritional risk in Paraguay', *American Journal of Human Biology*, 24, págs. 296–301.
- 64 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition*. Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, Roma.
- 65 Bridle-Fitzpatrick, S. (2015). 'Food deserts or food swamps? A mixed-methods study of local food environments in a Mexican city', *Social Science & Medicine*, 142, págs. 202–213.
- 66 Cummins, S., Flint, E. y Matthews, S. A. (2014). 'New neighborhood grocery store increased awareness of food access but did not alter dietary habits or obesity', *Health Affairs (Project Hope)*, 33(2), págs. 283–291.
- 67 Battersby, J. y Crush, J. (2014). 'Africa's urban food deserts', *Urban Forum*, 25(2), págs. 143–151.
- 68 Song, Y., Agardh, A., Ma, J., Li, L., Lei, Y., Stafford, R. S. y Prochaska, J. J. (2018). 'National trends in stunting, thinness and overweight among Chinese school-aged children, 1985–2014', *International Journal of Obesity*, 43(2), págs. 402–411.
- 69 GBD 2015 Obesity Collaborators. (2017). 'Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years', *New England Journal of Medicine*, 377, págs. 13–27.
- 70 GBD Collaborative Network (2017). *Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Obesity and Overweight Prevalence 1980–2015*. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Seattle, US.
- 71 Li, P. (2012). 'Obesity is a growing concern in China', China.org.cn <http://www.china.org.cn/china/2012-09/14/content_26521029.htm>, retrieved 14/7/19.
- 72 Song, Y., Agardh, A., Ma, J., Li, L., Lei, Y., Stafford, R. S. y Prochaska, J. J. (2018). 'National trends in stunting, thinness and overweight among Chinese school-aged children, 1985–2014', *International Journal of Obesity*, 43(2), págs. 402–411.
- 73 Wang, H., Xue, H., Du, S., Zhang, J., Wang, Y. y Zhang, B. (2017). 'Time trends and factors in body mass index and obesity among children in China: 1997–2011', *International Journal of Obesity*, 41(6), pág. 964–970.
- 74 Zhang, J., Zhai, Y., Feng, X., Li, W., Yue, B., Astell-burt, T., Zhao, P. y Shi, X. (2018). 'Gender differences in the prevalence of overweight and obesity, associated behaviors, and weight-related perceptions in a national survey of primary school children in China', *Biomedical and Environmental Sciences*, 31(1), págs. 1–11.
- 75 GBD 2015 Obesity Collaborators. (2017). 'Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years', *New England Journal of Medicine*, 377, págs. 13–27.
- 76 Ji, C. Y. y Chen, T. J. (2013). 'Empirical changes in the prevalence of overweight and obesity among Chinese students from 1985 to 2010 and corresponding preventive strategies', *Biomedical and Environmental Sciences*, 26(1), págs. 1–12.
- 77 He, W., James, S. A., Merli, M. G. y Zheng, H. (2014). 'An increasing socioeconomic gap in childhood overweight and obesity in China', *American Journal of Public Health*, 104(1), e14–e22.
- 78 Zhang, Y. X., Wang, Z. X., Zhao, J. S. y Chu, Z. H. (2016). 'Prevalence of overweight and obesity

- among children and adolescents in Shandong, China: Urban–rural disparity', *Journal of Tropical Pediatrics*, 62(4), págs. 293–300.
- 79 Song, Y., Wang, H. y Dong, B. et al. (2016). '25-year trends in gender disparity for obesity and overweight by using OMS and IOTF definitions among Chinese school-aged children: a multiple cross-sectional study', *BMJ Open*, 6, e011904.
- 80 Zhai, F. Y., Du, S. F., Wang, Z. H., Zhang, J. G., Du, W. W. y Popkin, B. M. (2014). 'Dynamics of the Chinese diet and the role of urbanicity, 1991–2011', *Obesity Review*, 15,(Supplement 1), págs. 16–26.
- 81 Mroz, T. A., Zhai, F. y Popkin, B.M. (2004). 'Rapid income growth adversely affects diet quality in China-particularly for the poor!', *Social Science and Medicine*, 59(7), págs. 1505–1515.
- 82 Ma, G. S. (2018). Report on the consumption of Sugar-Sweetened of Children in China. The Population Publishing House, Beijing, pág. 12.
- 83 OMS (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*.
- 84 Zhang, X., Song, Y., Yang, T. B. et al. (2012). 'Analysis of current situation of physical activity and influencing factors in Chinese primary and middle school students in 2010', *Chinese Journal of Preventive Medicine*, 46(9), págs. 781–788.
- 85 Yang, C. (2009). 'Social justice, stratification, and college access: Examining higher education expansion in Taiwan'. Paper presented at the annual meeting of the 53rd Annual Conference of the Comparative and International Education Society, Francis Marion Hotel, Charleston, South Carolina, <http://citation.allacademic.com/meta/p298842_index.html> retrieved 14/7/19.
- 86 Wang, H. y Zhai, F. (2013). 'Programme and policy options for preventing obesity in China', *Obesity Review* 14, (Supplement 2), págs. 134–140.
- 87 Wei, X., Ma, Y., Hu, J., Lin, W., Zhao, Z. y Wen, D. (2018). 'Predicting weight status in Chinese pre-school children: independent and interactive effects of caregiver types and feeding styles', *Public Health Nutrition*, 21(6), págs. 1123–1130.
- 88 Burns, J., Emerson, J. A., Amundson, K., Doocy, S., Caulfield, L. E. e Klemm, R. D. W. (2016). 'A qualitative analysis of barriers and facilitators to optimal breastfeeding and complementary feeding practices in South Kivu, Democratic Republic of Congo', *Food and Nutrition Bulletin*, 37(2), págs. 119–131.
- 89 Armar-Klimesu, M., Osei-Menya, S., Zakariah-Akoto, S., Tumilowicz, A., Lee, J. and Hotz, C. (2018). 'Using ethnography to identify barriers and facilitators to optimal infant and young child feeding in rural Ghana: Implications for programs', *Food and Nutrition Bulletin*, 39(2), págs. 231–245.
- 90 Johnson, S. L. (2016). 'Developmental and environmental influences on young children's vegetable preferences and consumption', *Advances in Nutrition: An International Review Journal*, 7(9), 220S–231S.
- 91 Headey, D. D. y Alderman, H. H. (forthcoming). 'The relative caloric prices of healthy and unhealthy foods differ systematically across income levels and continents', *The Journal of Nutrition*.
- 92 Darmon, N. y Drewnowski, A. (2015). 'Contribution of food prices and diet cost to socioeconomic disparities in diet quality and health: A systematic review and analysis', *Nutrition Reviews*, 73(10), págs. 643–660.
- 93 Hawkes, C., Harris, J. e Gillespie, S. (2017). 'Changing diets: Urbanization and the nutrition transition'. In 2017 Global Food Policy Report, págs. 34–41, Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI), Washington DC. pág. 37.
- 94 Muhammad, A., Seale, J. L., Meade, B. E Regmi, A. (2011). 'International evidence on food consumption patterns: An update using 2005 international comparison program data', *USDA Economic Research Service Technical Bulletin*, 1929, Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Servicio de Investigación Económica, marzo.
- 95 Herforth, A., & Ahmed, S. (2015). The food environment, its effects on dietary consumption, and potential for measurement within agriculture-nutrition interventions. *Food Security*, 7(3), 505–520. <https://doi.org/10.1007/s12571-015-0455-8>.
- 96 FAO, IFAD, UNICEF, PMA y OMS (2018). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2018: Building climate resilience for food security and nutrition*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma.
- 97 Food Security Information Network (FSIN) (2019). *2019 Global report on food crises: Joint analysis for better decisions*, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma, Italia y Washington DC; Programa Mundial de Alimentos (PMA); Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IFPRI). <<http://fsinplatform.org/>>
- 98 FAO, IFAD, UNICEF, PMA y OMS (2018). *The State of Food Security and Nutrition in the World 2018: Building climate resilience for food security and nutrition*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma.
- 99 Food Security Information Network (FSIN) (2018). *Global report on food crises 2018*.
- 100 FAO (sin fecha). *The impact of disasters on agriculture and food security*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma.
- 101 Vermeulen, S. J., Campbell, B. M. and Ingram, J. S. I (2012). 'Climate change and food systems', *Annual Review of Environmental Resources*, 37, págs. 195–222.
- 102 Gerber, P.J., Steinfeld, H., Henderson, B., Mottet, A., Opio, C., Dijkman, J., Falcucci, A. y Tempio, G. (2013). Tackling climate change through livestock: A global assessment of emissions and mitigation opportunities. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), Rome, pág. 15.
- 103 Springmann, M., Clark, M., Mason-D'Croz, D., Wiebe, K., Bodirsky, B. L. et al. (2018). 'Options for keeping the food system within environmental limits', *Nature*, 562, págs. 519–525.
- 104 Willett, W., Rockström, J., Loken, B., Springmann, M. et al. (2019). 'Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems', *The Lancet*, 393(10170), págs. 447–492.
- 105 ONU Agua (sin fecha). Water scarcity. <<http://www.unwater.org/water-facts/scarcity/>>, consultado el 14/7/19.
- 106 UNICEF (2018). Understanding the Impacts of Pesticides on Children: A discussion paper. UNICEF, Nueva York.
- 107 Oficina Internacional del Trabajo (2017). Global Estimates of Child Labour: Results and trends, 2012–2016, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, pág. 9.
- 108 UNICEF (2018). Understanding the Impacts of Pesticides on Children: A discussion paper. UNICEF, Nueva York.
- 109 Brondizio, E. S., Settle, J., Díaz, S. y Ngo, H. T. (eds) (2019). *Global Assessment Report on Biodiversity and Ecosystem Services: Summary for policymakers of the global assessment report on biodiversity and ecosystem services*, IPBES Secretariat, Bonn, Alemania.
- 110 Bélanger, J. y Pilling, D. (eds). (2019). *The State of the World's Biodiversity for Food and Agriculture*. Comisión de Recursos Genéticos para la Alimentación y la Agricultura, FAO, pág. 95.
- 111 Collette, L., Hodgkin, T., Kassam, A., Kenmore, P., Lipper, L., Nolte, C., Stamoulis, K. y Steduto, P. (2011). Save and grow: a policymaker's guide to sustainable intensification of smallholder crop production. FAO, Rome.
- 112 Remans, R., Flynn, D. F. B., DeClerck, F., Diru, W., Fanzo, J., Gaynor, K., Lambrecht, I., Mudioppe, J., Mutuo, P. K., Nkhoma, P. et al. (2011). 'Assessing nutritional diversity of cropping systems in African villages', *Plos One*, 6(6); DeClerck, F. A. J., Fanzo, J., Palm, C. and Remans, R. (2011). 'Ecological approaches to human nutrition', *Food and Nutrition Bulletin*, 32(1), págs. S41–S50; Herrero, M., Thornton, P. K., Power, B., Bogard, J. R., Remans, R., Fritz, S. et al. (2017). 'Farming and the geography of nutrient production for human use: a transdisciplinary analysis', *The Lancet Planetary Health*, 1(1), e33–e42; Remans, R., DeClerck, F.A., Kennedy, G. y Fanzo, J. (2015). 'Expanding the view on the production and dietary diversity link: Scale, function, and change over time', *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(45), E6082–E6082; Lachat, C., Raneri, J. E., Walker Smith, K., Kolsteren, P., Van Damme, P., Verzelen, K., Penafiel, D., Vanhove, W. et al. (2017). 'Dietary species richness as a measure of food biodiversity and nutritional quality of diets', *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(1), págs. 127–132.
- 113 Khoury, C.K., Bjorkman, A. D., Dempewolf, H., Ramirez-Villegas, J., Guarino, L., Jarvis, A., Rieseberg, L. H. y Struik, P. C. (2014). 'Increasing homogeneity in global food supplies and the implications for food security', *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(11), págs. 4001–4006.
- 114 Jones, A. D. y Ejeta, G. (2015). 'A new global agenda for nutrition and health: the importance of agriculture and food systems', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 94(3), págs. 228–229.
- 115 Datos del Banco Mundial <<https://data.worldbank.org/indicador/SL.TLF.TOTL.FE.ZS>>
- 116 Schulte, B., Durana, A., Stout, B. and Moyer, J. (2017). *Paid family leave: How much time is enough?* New America, Washington DC.
- 117 UNICEF (2019). *A Gathering Storm: Climate change clouds the future of children in Bangladesh*. UNICEF, Nueva York.
- 118 OMS (sin fecha). Global Health Observatory data repository. OMS, Ginebra, Suiza.
- 119 UNICEF Malasia y DM Analytics (2018). Children Without: A study of urban child poverty and

- deprivation in low-cost flats in Kuala Lumpur. UNICEF Malasia, Putrajaya, Malasia.
- 120 UNICEF (2019). *Annual results report 2018: Humanitarian action* (draft). UNICEF, Nueva York.
- 121 ONU OCAH (2018). *Humanitarian needs overview: Sudan*. Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, Nueva York.
- 122 Fanzo, J. y Hawkes, C. (2018). *2018 Global nutrition report: Shining a light to spur action on nutrition*. Grupo de Expertos Independientes del Informe Mundial sobre Nutrición, pág. 15.
- 123 *ibid.*
- 124 Mates, E., Shoham, J., Khara, T. y Dolan, C. (2017). *Stunting in humanitarian and protracted crises: Discussion paper*. Emergency Nutrition Network, Oxford, Reino Unido.
- 125 *ibid.*, pág. 63.
- 126 ONU OCAH (2018). Datos y tendencias humanitarias mundiales de 2018 <<http://interactive.unocha.org/publication/datatrends2018/>> consultado el 30 de julio 2019.
- 127 UNICEF (2018). 'Conflict in Yemen: A living hell for children', nota de prensa, 4 de noviembre.
- 128 UNICEF (2018). *Yemen humanitarian situation report (December 2018)*. UNICEF, Nueva York.
- 129 *ibid.*
- 130 UNICEF (2019). *Annual results report 2018: Humanitarian action*. UNICEF, Nueva York, pág. 32.
- 131 Presentación de la oficina de país del Yemen para el *Estado Mundial de la Infancia*.
- 132 Banco Mundial (2017). Prevalencia de anemia entre los niños (% de niños menores de 5 años). <<https://data.worldbank.org/indicador/SH.ANM.CHLD.ZS>>, consultado el 30 de julio de 2019.

CAPÍTULO 4: RESPUESTAS A LA MALNUTRICIÓN

- 1 Nomura, M., Takahashi, K. y Reic, M. R. (2015). 'Trends in global nutrition policy and implications for Japanese development policy', *Food and Nutrition Bulletin*, 36(4), págs. 493–540.
- 2 Copenhagen Consensus Center (2008). *Copenhagen Consensus 2008: Results*. Copenhagen Consensus Center, Copenhague, Dinamarca.
- 3 The Lancet (2008–). *Maternal and Child Undernutrition Series*. <<https://www.thelancet.com/series/maternal-and-child-undernutrition>> consultado el 25 de julio de 2019.
- 4 *ibid.*
- 5 Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas (2014). *Nutrition and the Post-2015 Sustainable Development System. A Technical Note*. Naciones Unidas, Nueva York.
- 6 OMS (2017). *Global Nutrition Policy Review 2016-2017*. OMS, Ginebra, Suiza, pág. 11.
- 7 La sigla 'SMART' se acepta generalmente en inglés como 'Specific, Measurable, Achievable, Relevant y Time-bound', u otras variaciones menores. En español se traduce como específicos, cuantificables, asequibles, pertinentes y de duración determinada.
- 8 IFPRI (2016). *Global Nutrition Report 2016: From promise to impact: Ending malnutrition by 2030*. International Food Policy Research Institute, Washington DC, pág.134.
- 9 Reich, M. R. y Balarajan, Y. (2012). *Political economy analysis for food and nutrition security*. Banco Mundial, Washington DC.
- 10 Rasella, D., Aquino, R., Santos, Carlos A. T., Paes-Sousa, R. y Barreto, M. L. (2013). 'Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities', *The Lancet*, 382(9886), págs. 57–64.
- 11 Ruel, M. T. y Alderman, H. (2013). 'Nutrition-sensitive interventions and programmes: How can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?' *The Lancet*, 382(9891), págs. 536–551.
- 12 Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas (2017). *Global Governance for Nutrition and the role of UNSCN. Discussion Paper*. Naciones Unidas, Nueva York.
- 13 Baker, P., Hawkes, C., Wingrove, K., Demaio, A. R., Parkhurst, J., Thow, A. M. y Walls, H. (2018). 'What drives political commitment for nutrition? A review and framework synthesis to inform the United Nations Decade of Action on Nutrition', *BMJ Global Health*, 3(1), e000485.
- 14 Miller, B. D. D. y Welch, R. M. (2013). 'Food system strategies for preventing micronutrient malnutrition', *Food Policy*, 42, págs. 115–128.
- 15 Backstrand, J. R. (2002). 'The history and future of food fortification in the United States: A public health perspective', *Nutrition Reviews*, 60, págs. 15–26.
- 16 Iodine Global Network (2016). *Global Iodine Nutrition Scorecard 2016*. Iodine Global Network, Zurich.
- 17 Horton, S., Mannar, V., Wesley, A. *ibid.*
- 18 Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria (1994). World Summit for Children Mid-Decade Goal: Iodine deficiency disorders (IDD), Sesión Especial del Comité Mixto UNICEF/OMS de Política Sanitaria, 27–28 de enero de 1994 (JCHPSS/94/2.7), OMS, Ginebra.
- 19 OMS (2014). *Guideline: Fortification of food-grade salt with iodine for the prevention and control of iodine deficiency disorders*. OMS, Ginebra.
- 20 Dwyer, J. T., Wiemer, K. L., Dary, Q., Keen, C. L., King, J. C., Miller, K. B. et al. (2015). 'Fortification and health: Challenges and opportunities', *Advances in Nutrition*, 6(1), págs. 124–31.
- 21 Crider, K. S., Bailey, L. B. y Berry, R. J. (2011). 'Folic acid fortification: Its history, effect, concerns, and future directions', *Nutrients*, 3(3), págs. 370–84.
- 22 Gobierno del Reino Unido y administraciones descentralizadas (2019). *Proposal to add folic acid to flour. Consultation document*. Reino Unido Government, Londres.
- 23 Global Fortification Data Exchange (sin fecha). Map: Fortification Legislation. <<http://www.fortificationdata.org>> consultado el 25 de julio de 2019.
- 24 Kancherla, V., Wagh, K., Johnson, Q. y Oakley, G. P. Jr. A. (2018). 'A 2017 global update on folic acid-preventable spina bifida and anencephaly', *Birth Defects Research*, 110(14), págs. 1139–1147.
- 25 Bobrek, K., Broersen, B., Aburto, N., Garg, A., Serdula, M., Velazquez, F. B. et al. (2019). 'National wheat and maize flour fortification standards and their comparison with international guidelines in countries with mandatory fortification', *Current Developments in Nutrition*, 3 (Supplement 1).
- 26 Gobierno de Tanzania y la Alianza mundial para mejorar la nutrición (GAIN) (2015). Arusha Statement on Food Fortification, at the Global Summit on Food Fortification, 9–11 de septiembre, Arusha, Tanzania.
- 27 UNICEF y OMS (2018). *Capture the Moment: Early initiation of breastfeeding: The best start to every newborn*. UNICEF, Nueva York.
- 28 Prak, S., Dahl, M. I., Oeurn, S., Conkle, J., Wise, A. y Lailou, A. (2014). 'Breastfeeding trends in Cambodia and the increased use of breastmilk substitutes – why is it a danger?' *Nutrients*, 6(7), págs. 2920–2930.
- 29 UNICEF y OMS (2018). *Capture the Moment: Early initiation of breastfeeding: The best start to every newborn*. UNICEF, Nueva York.
- 30 UNICEF (2016). *Annual Results Report – Nutrition 2015*. UNICEF, Nueva York, pág. 16.
- 31 Aguayo, V. M., Gupta, G., Singh, G. y Kumar, R. (2016). 'Early initiation of breast feeding on the rise in India', *BMJ Global Health* 1(2), e000043.
- 32 República Democrática Federal de Etiopía-Ministerio de Salud (2017). *Baby and mother WASH: Implementation Guideline*. UNICEF Etiopía, Addis Ababa, Etiopía.
- 33 UNSCN (2017). *Schools as a system to improve nutrition: A new statement for school-based food and nutrition interventions*. United Nations System Standing Committee on Nutrition, Washington DC.
- 34 UNICEF (2018). 'Forging an anaemia-free future: The path to India's nationwide adolescent anaemia control programme', *Field Reports: Lessons from improving nutrition at scale*. UNICEF, Nueva York, pág. 3.
- 35 Gaarder, M. M., Glassman, A. y Todd, J. E. (2010). 'Conditional cash transfers and health: Unpacking the causal chain', *Journal of Development Effectiveness*, 2(1), págs. 6–50; Ranganathan, M. y Lagarde, M. (2012). 'Promoting healthy behaviours and improving health outcomes in low- and middle-income countries: A review of the impact of conditional cash-transfer programmes', *Preventive Medicine*, 55 (Supplement), S95–105.
- 36 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2013). *Programa Bolsa Família: Uma década de inclusão e cidadania*. IPEA, Brasília, pág. 29.
- 37 Bortoletto Martins, A. P. and Monteiro, C. (2016). 'Impact of the Bolsa Família program on food availability of low-income Brazilian families: a quasi-experimental study', *BMC Public Health*, 16, pág. 827.

- 38 Rasella, D., Aquino, R., Santos, Carlos A. T., Paes-Sousa, R. y Barreto, M. L. (2013). 'Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: A nationwide analysis of Brazilian municipalities', *The Lancet*, 382(9886), págs. 57–64.
- 39 Gobierno de México (sin fecha). ¿Qué es PROSPERA Programa de Inclusión Social?. <<https://www.gob.mx/prospera/documentos/que-es-prospera>> consultado el 26 de julio de 2019.
- 40 Hoddinott, J., Skoufias, E. y Washburn, R. (2000). *The Impact of PROGRESA on Consumption: A final report*, International Food Policy Research Institute, Washington DC.
- 41 Fernald, Lia C. H., Gertler, P. J. y Neufeld, L. M. (2008). 'Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: An analysis of Mexico's opportunities', *The Lancet* 371(9615), págs. 828–837.
- 42 FAO y OMS (2014). *Documento final de la Conferencia: Declaración de Roma sobre la Nutrición*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación y Organización Mundial de la Salud, Roma, págs. 2.
- 43 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High-Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security*, Comité de Seguridad Alimentaria, Roma.
- 44 Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition (2016). *Food systems and diets: Facing the challenge of the 21st Century*. Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition, Londres.
- 45 Fanzo, J. y Hawkes, C. (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, Reino Unido.
- 46 EAT–Lancet Commission (2019). Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems. <<https://www.thelancet.com/commissions/EAT>> consultado el 26 de julio de 2019.
- 47 OMS (1981). *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. OMS, Ginebra.
- 48 Access to Nutrition Foundation (2018). *Access to Nutrition Index Global Index 2018*. Access to Nutrition Foundation, Utrecht.
- 49 OMS, UNICEF y IBFAN (2018). *Marketing of Breast-Milk Substitutes: National Implementation of the International Code Status Report*. OMS, Ginebra.
- 50 OMS (2015). *Guideline: Sugars intake for adults and children*. OMS, Ginebra.
- 51 Fanzo, J. y Hawkes, C. (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, Reino Unido, págs. 94.
- 52 KPMG (2018). *Budget 2019 Of Sugar Tax and the Digital Economy*. KPMG, Malasia.
- 53 Colchero, M. A., Rivera-Dommarco, J., Popkin, B. M. y Ng, S.W. (2017). 'In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax', *Health Affairs*, 36(3), págs. 564–571.
- 54 UNICEF (2018). *Review of sugar taxes: Case studies on the implementation of sugar taxes in various jurisdictions*. UNICEF, Nueva York.
- 55 Fanzo, J. y Hawkes, C. (2018). *2018 Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition*. Development Initiatives, Bristol, Reino Unido, págs. 16.
- 56 Hawkes, C., Smith, T.G., Jewell, J., Wardle, J., Hammond, R. A., Friel, S. et al. (2015). 'Smart food policies for obesity prevention', *The Lancet*, 385(9985), págs. 2410–2421.
- 57 Kanter, R., Vanderlee, L. y Vandevijvere, S. (2018). 'Front-of-package nutrition labelling policy: Global progress and future directions', *Public Health Nutrition*, 21(8), págs. 1399–1408.
- 58 Hawley, K. L., Roberto, C. A., Bragg, M. A., Liu, P.J., Schwartz, M. B. y Brownell, K. D. (2013). 'The science on front-of-package food labels', *Public Health Nutrition*, 16(3), págs. 430–439.
- 59 Hersey, J. C., Wohlgenant, K. C., Arseneault, J. E., Kosa, K. M. y Muth, M. K. (2013). 'Effects of front-of-package and shelf nutrition labeling systems on consumers', *Nutrition Reviews*, 71(1), págs. 1–14.
- 60 Egnell, M., Talati, Z., Hercberg, S., Pettigrew, S. y Julia, C. (2018). 'Objective understanding of front-of-package nutrition labels: An international comparative experimental study across 12 countries', *Nutrients*, 10(10), págs. 1452.
- 61 Neal, B., Crino, M., Dunford, E., Gao, A., Greenland, R., Li, N., Ngai, J., Ni Mhurch, C. et al. (2017). 'Effects of different types of front-of packaging labelling information on the healthiness of food purchases: A randomized controlled trial', *Nutrients*, 9(12), págs. 1284.
- 62 Hawley, K. L., Roberto, C. A., Bragg, M. A., Liu, P. J., Schwartz, M. B. y Brownell, K. D. (2013). 'The science on front-of-package food labels', *Public Health Nutrition*, 16(3), págs. 430–439.
- 63 INSP-UNICEF (2016). *Review of current labelling regulations and practices for food and beverage targeting children and adolescents in Latin America countries (Mexico, Chile, Costa Rica and Argentina) and recommendations for facilitating consumer information*. UNICEF, Nueva York, págs. 23.
- 64 Ministerio de Salud (2017). *Gobierno de Chile. Política Nacional de Alimentación y Nutrición*. <<http://www.bibliotecaminisal.cl/politica-nacional-de-alimentacion-y-nutricion/>> consultado el 26 de julio de 2019.
- 65 Osiac, L. R. y Quevedo, T. P. (2018). 'Ley de Etiquetado y Publicidad de Alimentos: Chile innovando en nutrición pública una vez más', *Revista Chilena de Pediatría*, 89(5), págs. 579–581.
- 66 Correa, T., Fierro, C., Reyes, M., Dillman Carpentier, F. R., Taillie, L. S. y Corvalán, C. (2019). 'Responses to the Chilean law of food labeling and advertising: Exploring knowledge, perceptions and behaviors of mothers of young children', *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 16(1), págs. 21.
- 67 *ibid.*
- 68 Kanter, R., Reyes, M., Swinburn, B., Vandevijvere, S. y Corvalán, C. (2019). 'The food supply prior to the implementation of the Chilean law of food labeling and advertising', *Nutrients* 11(1), págs. 52.
- 69 Downs, S. y Fanzo, J. (2016). 'Managing value chains for improved nutrition'. In M. Eggersdorfer, K. Kraemer, J. B. Cordaro, J. Fanzo, M. Gibney, E. Kennedy, A. Labrique y J. Steffen. *Good nutrition: perspectives for the 21st century*, págs. 45–59. Krager Publications, Basel.
- 70 FAO (2013). *The State of Food and Agriculture 2013: Food Systems for Better Nutrition*. Food and Agriculture Organization, Roma.
- 71 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High-Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security*, Comité de Seguridad Alimentaria, Roma.
- 72 OMS (2004). *Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health*. OMS, Ginebra, págs. 13.
- 73 Naciones Unidas (2016). *The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030)*. Naciones Unidas, Nueva York.
- 74 Independent Accountability Panel for Every Woman, Every Child, Every Adolescent (IAP) (2018). *Private Sector: Who is Accountable? Summary Report*. OMS, Ginebra, págs. 5.
- 75 OMS (2017). *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Implementation plan: Executive summary*. OMS, Ginebra, págs. 9.
- 76 International Food and Beverage Alliance (2019). Enhanced commitment to phase out industrially produced trans-fatty acids, comunicado de prensa (sin fecha). <https://ifballiance.org/uploads/press/pdf/5ccc4b8061475_IFBA%20ITFA%20Enhanced%20Commitment%2002.05.2019.pdf> consultado el 26 de julio de 2019.
- 77 Oficina Regional de OMS para Europa (2018). *Evaluating Implementation of the OMS Set of Recommendations on the Marketing of Foods and Non-Alcoholic Beverages to Children*. OMS, Ginebra.
- 78 Kelly, B., Vandevijvere, S., Ng, S., Adams, J., Allemanni, L., Bahena-Espina, L., Barquera, S., et al. (2019). 'Global benchmarking of children's exposure to television advertising of unhealthy foods and beverages across 22 countries', *Obesity Reviews*, <https://doi.org/10.1111/obr.12840>.
- 79 Haddad, L. (2018). 'Reward food companies for improving nutrition', *Nature*, 556(7699), págs. 19–22.
- 80 Afshin, A., Peñalvo, J. L., Del Gobbo, L., Silva, J., Michaelson, M., O'Flaherty, M. et al. (2017). 'The prospective impact of food pricing on improving dietary consumption: A systematic review and meta-analysis', *PLoS One*, 12(3), e0172277.
- 81 Swinburn, B. A., Kraak, V.I., Allender, A., Atkins, V.J., Baker, P. I., Bogard, J. R., Brinsden, H., Calvillo, A., De Schutter, O., Devarajan, R., Ezzati, M., Friel, S., Goenka, S., Hammond, R. A., Hastings, G., Hawkes, C. et al. (2019). 'The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report', *The Lancet*, 393(10173), págs. 791–846.
- 82 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High-Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security*, Comité de Seguridad Alimentaria, Roma.
- 83 Swinburn, B., Kraak, V., Rutter, H., Vandevijvere, S., Lobstein, T., Sacks, G. et al. (2015). 'Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity', *The Lancet*, 385(9986), págs. 2534–2545.
- 84 Gillespie, S., Haddad, L., Mannar, V., Menon, P. and Nisbett, N. (2013). 'The politics of reducing malnutrition: Building commitment and accelerating progress', *The Lancet*, 382(9891), págs. 552–569.
- 85 Yanamadala, S., Bragg, M. A., Roberto, C. A. y Brownell, K. A. (2012). 'Food industry front groups and conflicts of interest: the case of Americans Against Food Taxes', *Public Health Nutrition*, 15(8), págs. 1331–1332.
- 86 King, L., Gill, T., Allender, S. y Swinburn, B. (2011). 'Best practice principles for community-based obesity prevention: Development, content and application', *Obesity Reviews*, 12(5), págs. 329–338.

- 87 Patel, R. C. (2012). 'Food sovereignty: Power, gender, and the right to food', *PLoS Medicine*, 9(6), e1001223.
- 88 Pakistan Fisher Folk Forum <<http://pff.org.pk/>>
- 89 Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) <<https://www.mstbrazil.org/content/what-mst>>
- 90 Durrant, R. (2014). *Civil society roles in transition: towards sustainable food? Briefing Paper*. Food Research Collaboration, Centre for Food Policy, City, Universidad de Londres.
- 91 Swinburn, B., Kraak, V., Rutter, H., Vandevijvere, S., Lobstein, T., Sacks, G. et al. (2015). 'Strengthening of accountability systems to create healthy food environments and reduce global obesity', *The Lancet*, 385(9986), págs. 2534–2545.
- 92 HLPE (2017). *Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security*. Roma.
- 93 SUN Civil Society Network <<https://scalingupnutrition.org/sun-supporters/sun-civil-society-network/>>
- 94 Civil Society and Indigenous Peoples' Mechanism for relations with the UN Committee on World Food Security <<http://www.csm4cfs.org/the-csm/>>
- 95 Iniciado por el Ministerio de Salud y UNICEF con el apoyo de USAID en 1999, el programa promovió el crecimiento y el desarrollo de los niños pequeños (desde la concepción hasta los 3 años de edad) en las comunidades rurales de las regiones andina y amazónica. El programa promovió la salud, la nutrición, el cuidado y las prácticas de higiene, haciendo hincapié en la participación local y comunitaria.
- 96 Asamblea Mundial de la Salud (2016). 'Report of the Commission on Ending Childhood Obesity', Resolución A69/8, 24 de marzo de 2016, OMS, Ginebra, pág. 19.
- 97 Baldwin, H. L., Freeman, B. y Kelly, B. (2018). 'Like and share: Associations between social media engagement and dietary choices in children', *Public Health Nutrition* 21(17), págs. 3210–3215.
- 98 Para los resúmenes de las pruebas existentes, véase Cairns, G., Angus, K., Hastings, G. y Caraher, M. (2013). 'Systematic reviews of the evidence on the nature, extent and effects of food marketing to children: A retrospective summary', *Appetite* 62, págs. 209–215; Boyland, E. y Tatlow Golden, M. (2017). 'Exposure, power and impact of food marketing on children: Evidence supports strong restrictions', *European Journal of Risk Regulation* 8(2), págs. 224–236.
- 99 Harris, J. L., Schwartz, M. B., Munsell, C. R. et al. (2015). *Fast Food Facts 2013: Measuring progress in nutrition and marketing to children and teens*. UConn Rudd Center for Food Policy and Obesity, Hartford, CT.
- 100 O'Dowd, A. (2017). 'Spending on junk food advertising is nearly 30 times what government spends on promoting healthy eating', *BMJ*, 359, j4677.
- 101 Kelly, B., Vandevijvere, S., Ng, S., Adams, J., Allemanni, L., Bahena-Espina, L., Barquera, S., et al. (2019). 'Global benchmarking of children's exposure to television advertising of unhealthy foods and beverages across 22 countries', *Obesity Reviews*, <<https://doi.org/10.1111/obr.12840>>.
- 102 Oficina Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe, "Childhood Overweight and the Retail Environment in Latin America and the Caribbean: Synthesis report", Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Ciudad de Panamá, septiembre de 2019.
- 103 Euromonitor International data, citado en D. Searcey and M. Richtel (2017). 'When KFC Came to Ghana', *Nueva York Times*, 2 de octubre, pág. A1.
- 104 OMS (2016). *Tackling food marketing to children in a digital world: Trans-disciplinary perspectives*. OMS, Ginebra.
- 105 UNICEF (2017). *The State of the World's Children Report. Children in a Digital World*. UNICEF, Nueva York.
- 106 Resolución 63.14 de la Asamblea Mundial de la Salud: Promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños.
- 107 Kovic, Y., Noel, J. K., Ungemack, J. A. y Burleson, J. A. (2018). 'The impact of junk food marketing regulations on food sales: An ecological study', *Obesity Reviews*, 19(6), págs. 761–769.

CAPÍTULO 5: UN PROGRAMA PARA PONER PRIMERO LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS A LA NUTRICIÓN

- 1 Elgar, F. J. y Stewart, J. M. (2008). 'Validity of self-report screening for overweight and obesity: Evidence from the Canadian Community Health Survey', *Canadian Journal of Public Health*, 99(5), págs. 423–427; Stommel, M. y Schoenborn, C. A. (2009). 'Accuracy and usefulness of BMI measures based on self-reported weight and height: Findings from the NHANES & NHIS 2001–2006', *BMC Public Health*, 9, pág. 421.

METODOLOGÍAS DE LOS TALLERES DEL ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2019

- 1 Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (2015). *Dietary guidelines for Americans 2015–2020*, 8th ed. Oficina de Impresión del Gobierno de los Estados Unidos, Washington DC.
- 2 Consejo Nacional Australiano de Salud e Investigación Médica (2013). *Eat for health: Australian dietary guidelines*. Gobierno de Australia, Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica y Departamento de Salud y Envejecimiento.
- 3 Krasevec, J., An, X., Kumapley, R., Bégin, F. y Frongillo, E. A. (2017). 'Diet quality and risk of stunting among infants and young children in low and middle-income countries', *Maternal & Child Nutrition*, 9, (Suplemento 2), e12430.

NOTAS SOBRE LAS FIGURAS

- 1 Black, R.E., et al., Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2013. 382(9890): pág 427-51.
- 2 OMS, Iron deficiency anemia. Assessment, Prevention and Control. A guide for programme managers. OMS (Ginebra): 2001.
- 3 Williams, A.M., et al., Data needed to respond appropriately to anemia when it is a public health problem. *Ann N Y Acad Sci*, 2019. 1450(1): pág 268-280.
- 4 Stevens, G.A., et al., Trends and mortality effects of vitamin A deficiency in children in 138 low-income and middle-income countries between 1991 and 2013: a pooled analysis of population-based surveys. *The Lancet Global Health*, 2015. 3: pág e528–36.
- 5 Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). *Perspectivas de la población mundial 2019*, edición en línea. Rev. 1.

Apéndice 1: Talleres del Estado Mundial de la Infancia de 2019

Metodología

Los talleres del *Estado Mundial de la Infancia* 2019 utilizaron un proceso de recopilación de datos para recabar los puntos de vista, las percepciones y las experiencias de los adolescentes y las madres en materia de alimentación y nutrición. Este proceso fue diseñado conjuntamente por un equipo de la Universidad de Sídney Occidental (WSU) y UNICEF, y se ha utilizado anteriormente en una serie de proyectos internacionales de investigación y consulta sobre la infancia centrados en los niños, entre ellos el informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* de 2017.

En el proceso participaron representantes de las oficinas de UNICEF en los países y de los comités nacionales para impartir talleres de cinco horas de duración en persona con adolescentes de edades comprendidas entre los 14 y los 16 años (aunque algunos de los participantes eran mayores o menores de esa edad), y con madres de bebés y lactantes que seguían recibiendo alimentación complementaria. Los talleres utilizaron una serie de actividades creativas para obtener las respuestas de los participantes. Estas se centraron en temas determinados por UNICEF, la universidad y una junta asesora (véase la Tabla A1).

Antes de organizar los talleres, los facilitadores recibieron una guía detallada y participaron en un seminario virtual de capacitación de 90 minutos para aprender sobre la contratación, el contenido y los procesos administrativos de los talleres.

A finales de julio de 2019, se habían celebrado talleres en 18 países: Afganistán, Australia, Bangladesh, China, Egipto, Estados Unidos, Etiopía, Filipinas, Ghana, Guatemala, India, Indonesia, Kirguistán, México, Nigeria, Serbia, Sudán y Zimbabue.

Con una excepción, cada país acogió cuatro talleres, y en total se organizaron 48 talleres para 464 adolescentes y 328 madres (en este análisis faltan cinco países). El número medio de participantes en los talleres fue de 16,5. Las oficinas en los países y los comités nacionales

participantes seleccionaron una muestra diversa de participantes, y algunos también organizaron talleres con grupos específicos, por ejemplo, refugiados desplazados internos en el Sudán.

La investigación recibió la aprobación ética del Comité de Ética de Investigación en Humanos de la Universidad de Sídney Occidental (Aprobación No. H11101).

El Gobierno de Noruega prestó apoyo al proyecto.

Recopilación y análisis de los datos

Los datos y análisis de los talleres no son estadísticamente representativos. Más bien, el objetivo era permitir que los adolescentes y las madres primerizas describieran en sus propias palabras sus percepciones y experiencias sobre los alimentos que consumen y sus ideas sobre la nutrición.

La mayor parte de los datos recopilados fueron cualitativos. Los participantes trabajaron individualmente y en grupos para completar encuestas, responder a preguntas cortas, realizar ejercicios creativos (por ejemplo, dibujar), realizar ejercicios basados en escenarios y debates en grupos pequeños. Los datos recopilados consistían en estudios en papel, diagramas, dibujos, texto escrito y fotografías.

Los materiales de investigación se suministraron en inglés. Cuando fue necesario, el personal de las oficinas en los países tradujo los materiales a los idiomas locales antes de organizar los talleres. Todo el contenido generado por los participantes que no estaba en inglés fue traducido por el personal de las oficinas participantes. Los analistas tuvieron acceso tanto a la versión traducida como a la original.

Todos los datos fueron digitalizados por las oficinas participantes y cargados en repositorios digitales seguros. A continuación, el equipo de la WSU recopiló y analizó los datos, tanto manualmente como utilizando programas informáticos de análisis.

Se aplicó el análisis temático como la técnica primaria para comprender los datos.

Durante la incorporación de los datos, los investigadores categorizaron los bloques de datos importantes (por ejemplo, frases, citas y oraciones) de acuerdo con los temas existentes, y también derivaron nuevos temas generados por los datos. A continuación, el equipo revisó y debatió los datos pertinentes y los análisis individuales, comprobando y afinando sus interpretaciones. Los análisis fueron resumidos y presentados usando citas e imágenes de los participantes, sinopsis (es decir, nociones e ideas básicas derivadas de los datos), y diagramas y gráficos que representan los conceptos clave y las tendencias generales.

En 2020 se publicarán informes complementarios con resultados y análisis más amplios de los talleres.

Codificación alimentaria

Para codificar los datos se utilizaron las directrices dietéticas basadas en pruebas empíricas de los gobiernos de los Estados Unidos y Australia, respectivamente^{1,2}. Estas directrices proporcionan un agrupamiento de los alimentos que se recomiendan para su consumo diario (alimentos básicos) a efectos de su suficiencia nutricional y para el crecimiento, y otros grupos de alimentos considerados como aptos para su consumo ocasional (alimentos complementarios) para prevenir enfermedades crónicas relacionadas con la dieta.

Un punto de diferencia de estas pautas dietéticas en nuestra codificación es la separación de las proteínas de origen animal y vegetal. Esta separación debía explorar específicamente dónde y cuándo los participantes tenían o no acceso a las proteínas de origen animal. Debido a la asociación que se ha demostrado entre los niños que no consumen cantidades adecuadas de huevo, carne y productos lácteos y un mayor riesgo de retraso en el crecimiento, es importante identificar esta distinción en las fuentes de proteínas³.

Temas del taller

Adolescentes	Madres
Dieta e ingesta nutricional	Ingesta alimentaria de los niños
Salud e imagen corporal	Ingesta alimentaria de las madres
Comercialización de alimentos	Influencias en las decisiones de alimentación de las madres
Influencias y entornos alimentarios: la escuela	Alimentación fuera del hogar
Influencias de los alimentos y el medio ambiente: el hogar	Fuentes de información para la alimentación
Obstáculos para una alimentación saludable	Obstáculos que encuentran las madres que alimentan a sus bebés
Cultura alimentaria y ocasiones especiales	Alimentar a los niños pequeños
Abastecimiento y preparación de alimentos	Búsqueda y preparación de comidas en familia

Alimentos básicos
Granos (por ejemplo, panes, cereales de desayuno, granos, fideos, pasta)
Proteínas animales (por ejemplo, carnes magras, aves magras, pescado, mariscos, huevos)
Proteína vegetal (por ejemplo, nueces, semillas, legumbres, frijoles, tofu)
Lácteos (por ejemplo, leches, yogures, quesos)
Hortalizas (por ejemplo, hortalizas de color verde oscuro o crucíferas, hortalizas de raíz, tubulares y de bulbo, legumbres y judías).
Frutas (por ejemplo, cítricos, pomáceas, tropicales, bayas, higos, uvas, lichis).
Grasas insaturadas (grasas polinsaturadas y monoinsaturadas).

Alimentos complementarios
Azúcares añadidos de mayor intensidad (por ejemplo, miel, confituras, mermeladas, azúcar, productos de confitería y jarabes).
Mayor cantidad de grasas saturadas y sodio (por ejemplo, tocino, crema, alimentos fritos comercialmente, hamburguesas comerciales)
Mayor cantidad de grasa saturada y azúcares/sodio añadidos (p. ej., galletas, pasteles, chocolate)

Bebidas	
Refrescos	Jugos de frutas, siropes
Cafeína	Agua
Bebidas alcohólicas	Bebidas energéticas

Notas sobre las figuras

Figura A.1: Los niños que no crecen bien

Los niños que no crecen bien representan el porcentaje de niños en una de las cinco categorías siguientes: retraso en el crecimiento, emaciación, sobrepeso, retraso en el crecimiento y sobrepeso, o retraso en el crecimiento y emaciación; las tres primeras categorías suelen estar disponibles en los informes de las encuestas, pero las dos últimas categorías requieren el análisis de microdatos. Las estimaciones se basan en 441 fuentes de datos incluidas en la edición de 2019 de las Estimaciones Conjuntas de Desnutrición (JME), en las que se disponía de microdatos para el análisis. Para los países sin microdatos, se aplicaron factores de ajuste regionales basados en los agregados subregionales de la superposición de retraso en el crecimiento y emaciación y retraso en el crecimiento y sobrepeso para generar estimaciones nacionales de las cinco categorías. Los agregados

mundiales y regionales se basan en la metodología descrita en de Onis M, Blössner M, Borghi E, Frongillo EA, Morris R. Estimates of global prevalence of childhood underweight in 1990 and 2015. JAMA. 2004 Jun 2;291(21):2600-6. PubMed PMID: 15173151.

Figura 1.4: Hambre oculta

La prevalencia del hambre oculta se basa en estimaciones de la carencia de hierro y vitamina A entre los niños menores de 5 años, por subregión de las Naciones Unidas. La prevalencia de la anemia ferropénica (IDA) se basa en Black et al. (2013).¹ Se aplicó un factor de conversión de 2.02, 3 para calcular la prevalencia de la deficiencia de hierro. La prevalencia de la carencia de vitamina A se basa en Stevens et al. (2015)⁴. A las subregiones que carecían de datos se les asignó una prevalencia de 0. Para cada subregión, y suponiendo una superposición del 50% entre las deficiencias, la prevalencia

(P) de hambre oculta se calculó como $P(a) + 0,5 * P(b)$, en la que P(a) y P(b) son los valores máximos y mínimos, respectivamente, al comparar las estimaciones de prevalencia de hierro y de vitamina A. Sobre la base de estimaciones subregionales específicas del tamaño de la población de menores de 5 años, se calculó el número mundial de niños <5 años afectados y se generó una estimación ponderada de la prevalencia mundial del hambre oculta.⁵

¿Qué comen los niños pequeños? La importancia de los primeros alimentos (págs. 74-75)

Las estimaciones regionales y mundiales se generaron utilizando los datos más recientes disponibles para cada país entre 2013 y 2018. Las estimaciones regionales y mundiales de UNICEF son promedios ponderados de población que utilizan las estimaciones de 2018 de las Perspectivas de la Población Mundial, revisión de 2019 como ponderaciones.

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.

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 Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) y las Encuestas de Demografía y Salud (DHS). Además, se han utilizado datos 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 publicación *Perspectiva de la población mundial: revisión de 2019* y *Perspectiva de la urbanización mundial: revisión de 2018* (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población). Es posible que en los países que hayan sufrido recientemente desastres naturales, especialmente allí donde se haya producido una fragmentación en las infraestructuras básicas del país o se hayan registrado importantes movimientos demográficos, este hecho haya afectado negativamente la calidad de los datos.

Concretamente, UNICEF apoya a los países en la recopilación y análisis de los datos para supervisar la situación de los niños y las mujeres por medio de su iniciativa internacional de encuestas en los hogares, las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS). Desde 1995, se han realizado alrededor de 322 encuestas en más de 116 países y zonas. Las encuestas MICS fueron una importante fuente de datos para supervisar el progreso hacia los indicadores de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y seguirán siendo una importante fuente de datos durante la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible para medir los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Hay más información disponible en <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 *Perspectivas de*

la Población Mundial: Revisión de 2019. Se ajustan al grupo de edad y sexo pertinente para cada indicador (por ejemplo, el número total de nacidos vivos en el caso de los no ponderados al nacer y el número de mujeres de 15 a 49 años de edad en el caso de la anemia materna). Una vez más, a menos que se indique lo contrario, las estimaciones mundiales y regionales sólo se comunican para los indicadores con una cobertura de datos a nivel de población de al menos el 50%.

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, 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 agosto de 2019, 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 la hora en que 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> para conocer los detalles metodológicos de los indicadores y las estadísticas.

Los datos presentados en las tablas están disponibles en línea en <www.unicef.org/sowc> y vía <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 la mortalidad infantil

La mortalidad de menores de 5 años se utiliza como el principal indicador de progreso en el bienestar infantil.
www.childmortality.org

Tasa de mortalidad de menores de 5 años (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)

Región de UNICEF	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018
Asia Oriental y el Pacífico	73	62	57	49	40	29	22	17	15
Europa y Asia Central	44	37	31	27	21	16	12	10	9
Europa Oriental y Asia Central	66	54	46	45	36	26	19	15	13
Europa Occidental	16	13	10	8	6	5	4	4	4
América Latina y el Caribe	84	68	55	43	33	25	24	18	16
Oriente Medio y África del Norte	123	86	65	53	42	34	27	23	22
América del Norte	15	12	11	9	8	8	7	7	6
Asia Meridional	172	150	130	112	94	77	62	49	42
África Subsahariana	201	188	180	172	153	125	101	85	78
África Oriental y Meridional	185	172	164	156	136	107	82	64	57
África Occidental y Central	217	205	197	188	170	143	120	105	97
Países menos adelantados	211	192	175	159	137	110	89	71	64
Mundo	118	102	93	87	76	63	51	42	39

Muertes de menores de 5 años (miles)

Región de UNICEF	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2018
Asia Oriental y el Pacífico	2.622	2.416	2.302	1.706	1.259	910	696	542	462
Europa y Asia Central	571	483	387	305	218	164	135	111	96
Europa Oriental y Asia Central	474	410	329	263	188	138	112	92	78
Europa Occidental	97	74	57	41	30	26	23	20	18
América Latina y el Caribe	948	786	641	501	377	282	262	190	172
Oriente Medio y África del Norte	902	708	547	420	325	271	246	235	220
América del Norte	55	50	47	40	35	35	32	29	27
Asia Meridional	5.585	5.258	4.743	4.191	3.570	2.934	2.279	1.716	1.475
África Subsahariana	3.396	3.613	3.857	4.087	4.045	3.696	3.304	3.007	2.869
África Oriental y Meridional	1.631	1.727	1.827	1.908	1.834	1.590	1.322	1.107	1.024
África Occidental y Central	1.765	1.886	2.031	2.179	2.212	2.107	1.982	1.900	1.845
Países menos adelantados	3.580	3.619	3.605	3.558	3.330	2.895	2.508	2.136	1.992
Mundo	14.080	13.314	12.524	11.250	9.831	8.292	6.955	5.828	5.322

Clasificaciones regionales

Los agregados presentados al final de cada una de las 16 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 Zelandia; 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; Macedonia del Norte; Montenegro; República de Moldova; Rumania; Serbia; Tayikistán; Turquía; 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 África del Norte

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

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 la información demográfica más importante de cada población, incluida la población total y la población 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 global 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, a largo plazo, la población seguiría siendo la misma. 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 del mundo. La relación de dependencia es la relación entre la población no activa (es decir, la población económicamente “dependiente”) y la población en edad de trabajar (15-64 años) y puede dividirse en relación con la relación de dependencia infantil (relación entre los niños menores de 15 años y la población en edad de trabajar) y la 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 y del desarrollo: una alta tasa de fecundidad conduce a una gran proporción de población infantil y, en consecuencia, a una alta tasa de dependencia que se reduce con la disminución de la fecundidad antes de aumentar de nuevo debido al aumento de la esperanza de vida y al aumento de la proporción de la población de edad avanzada. La proporción de la población urbana y la tasa anual de crecimiento de la población urbana describen el estado y la dinámica 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 las *Perspectivas de la Población Mundial: Revisión de 2019*. Con excepción del tamaño total de la población, la mayoría de los indicadores demográficos se publican sólo para los países/zonas con una población superior a 90.000 habitantes.

TABLA 2. MORTALIDAD EN LA INFANCIA

Todos los años, UNICEF informa en el *Estado Mundial de la Infancia* sobre 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 (ONU IGME), que incluye a UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Las estimaciones de mortalidad de ONU IGME se actualizan anualmente mediante un examen detallado de todos los puntos de datos recientemente disponibles, lo que a menudo da lugar a ajustes de 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. A continuación se presentan estimaciones comparables de la mortalidad de menores de cinco años a nivel mundial y regional para el período 1990-2018. Los indicadores de mortalidad específicos de cada país, basados en las estimaciones más recientes del ONU IGME, se presentan en la Tabla 2 y están disponibles en <data.unicef.org/child-mortality/under-five> y <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 intervención. 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, incluido el número de defunciones maternas, la tasa de mortalidad materna y el riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida.

Los indicadores de la esperanza de vida y la tasa de natalidad de las adolescentes provienen 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 de Estimación de la Mortalidad Materna (UN MMEIG), que incluye la Organización Mundial de la Salud (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 de UN MMEIG se actualizan periódicamente mediante un examen detallado de todos los nuevos datos disponibles. Este proceso a menudo da lugar a 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.

Los indicadores de cobertura de la intervención abarcan indicadores de planificación familiar, atención prenatal, atención del 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 de 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 apropiada para cada indicador (el denominador) y se derivan de la última edición de las *Perspectivas de la Población Mundial*. Para el cálculo de los agregados regionales y mundiales sólo se utilizaron los datos más recientes de 2013-2018 para cada país. Se incluyó a la India y China en el cálculo de las estimaciones regionales y mundiales para todos los indicadores con datos disponibles.

La tabla de salud materna y neonatal también incluye algunos desgloses por edad para proporcionar información sobre la salud reproductiva y materna de los adolescentes. Específicamente, la demanda de planificación familiar

satisfecha con métodos modernos, la atención prenatal de al menos cuatro visitas y la asistencia calificada en el parto se desglosan para el grupo de edad de 15 a 19 años. Los datos desagregados para la atención prenatal de al menos cuatro visitas y atención del parto por personal calificado provienen del Centro Internacional para la Equidad en la Salud de la Universidad Federal de Pelotas. Los datos totales y desagregados de la demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos provienen de la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Las estimaciones regionales y mundiales se calculan con la misma metodología descrita anteriormente para los indicadores de cobertura de la intervención.

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 cinco 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 y las MICS. 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 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 sólo se utilizaron los datos más recientes de 2013 a 2018 para cada país. Para los indicadores que capturan información sobre los hogares, se utilizó la población total. Se incluyó a la India y China en el cálculo de las estimaciones regionales y mundiales para todos los indicadores con datos disponibles.

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 proyectos 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. Una explicación más detallada del proceso puede encontrarse en data.unicef.org/child-health/immunization.

Los promedios regionales para los seis antígenos registrados se calculan de la siguiente manera:

- Para BCG, los promedios regionales incluyen sólo aquellos países donde la BCG está incluida en el calendario sistemático de vacunación nacional.

- Para las vacunas DPT, polio, sarampión, hepatitis B, Hib, VPC y 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 sólo los países donde el tétanos materno y neonatal es endémico.

TABLA 5 y 6. VIH/Sida

En 2019, 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 2016 que reflejaban las estimaciones epidemiológicas más actualizadas, así como 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, que 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 la metodología refinada, UNUSIDA 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 5. Epidemiología del VIH/sida y Tabla 6. Intervenciones sobre VIH/sida.

TABLA 5. Epidemiología del VIH/sida

La Tabla 5 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. Los niños de 10 a 19 años que viven con el VIH incluyen además 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 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.

TABLA 6. Cobertura de la intervención del VIH/SIDA

La Tabla 6 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 se sometieron 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 sólo se agregan si los datos en esa esfera representan por lo menos el 50% de la población adolescente.

TABLAS 7 y 8. NUTRICIÓN

La Tabla 7 abarca la nutrición al nacer y las prácticas de alimentación de los lactantes y los niños de corta edad, y la Tabla 8 incluye estimaciones de la malnutrición entre los niños en edad preescolar, los niños en edad escolar y las mujeres en edad de procrear, así como la cobertura de las intervenciones de los principales programas de micronutrientes.

Los indicadores de bajo peso al nacer, delgadez y sobrepeso entre los niños en edad escolar, y de bajo peso y anemia de las madres son estimaciones modeladas y, por lo tanto, pueden ser diferentes de las estimaciones notificadas por las encuestas. Para todos los demás indicadores, cuando se disponía de datos brutos se volvieron a analizar las estimaciones a nivel de país para que se ajustaran a los métodos de análisis estándar y, por lo tanto, podían diferir de los valores comunicados por la encuesta.

Bajo peso al nacer: Las estimaciones se basan en nuevos métodos; por lo tanto, es posible que las estimaciones nacionales, regionales y mundiales no sean comparables con las publicadas en ediciones anteriores del *Estado Mundial de la Infancia*.

Sin ponderar al nacer: Un nuevo indicador que representa el porcentaje de nacimientos para los que no se dispone de datos sobre el peso al nacer.

Alimentación del lactante y del niño pequeño: Se presentan un total de 8 indicadores, entre ellos los siguientes, que incluyen cambios recientes en las definiciones o que son nuevos: i) la continuación de la lactancia materna (12 a 23 meses) sustituye a dos indicadores anteriores de la continuación de la lactancia materna al año (12 a 15 meses) y a los dos años (20 a 23 meses); ii) 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, durante el día anterior, por lo menos 5 de los 8 grupos de alimentos definidos (la versión anterior de este indicador reflejaba el consumo el día anterior de al menos 4 de cada 7 grupos de alimentos definidos); (iii)

se revisa la alimentación mínima aceptable (6-23 meses) para alinearla con el cambio en la definición de la diversidad dietética mínima y (iv) el consumo cero de verduras o frutas (6-23 meses) es un nuevo indicador. La definición del indicador de frecuencia mínima de comidas (6-23 meses) también se revisó en 2018, pero los cambios relacionados con las estimaciones de la frecuencia mínima de comidas y la alimentación mínima aceptable todavía no se han reflejado en estas tablas.

Retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso: UNICEF, la OMS y el Banco Mundial han continuado el proceso de armonización de los datos antropométricos utilizados para el cálculo y la estimación de los promedios regionales y mundiales y el análisis de tendencias. Como parte de este proceso, los promedios regionales y mundiales de retraso en el crecimiento, emaciación y prevalencia de sobrepeso se derivan de un modelo descrito en M. de Onis et al (2004), "Methodology for Estimating Regional and Global Trends of Child Malnutrition" (*International Journal of Epidemiology*, 33, págs. 1260-1270). Cada año se publican nuevas estimaciones mundiales y regionales, que sustituyen a todas las anteriores y que no deben compararse.

Suplementos de vitamina A: Al hacer hincapié en la importancia de que los niños reciban dos dosis anuales de vitamina A (espaciadas entre 4 y 6 meses), este informe sólo presenta una cobertura completa de los suplementos de vitamina A. En ausencia de un método directo para medir este indicador, la cobertura total se presenta como la estimación de cobertura más baja del semestre 1 (enero-junio) y del semestre 2 (julio-diciembre), en un año determinado. Los agregados regionales y mundiales sólo contienen los 82 países indicados como prioritarios para los programas nacionales. Por lo tanto, los agregados regionales se publican cuando se ha cumplido al menos el 50% de la cobertura de población para los países prioritarios de cada región. En otras palabras, se presentan estimaciones para Asia Oriental y el Pacífico a pesar de que no existen datos para China.

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) (2017), "Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults", *The Lancet*, 390(10113), págs. 2627-2642.

Mujeres de 18 años o más con peso inferior al normal: 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 peso inferior al normal se basan en la NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017), "Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults", *The Lancet*, 390(10113), págs. 2627 a 26.4642.

Mujeres con anemia de 15 a 49 años: Este indicador refleja la importancia de la malnutrición materna si se quiere eliminar la malnutrición entre los niños. Las estimaciones nacionales de anemia se basan en la OMS (2017), Observatorio Mundial de la Salud. En: Organización Mundial de la Salud [en línea]. Ginebra, Suiza. Citado el 1 de agosto de 2019: <http://apps.who.int/gho/data/node.imr.PREANEMIA?lang=en>; los datos sobre obesidad adulta se basan en OMS (2017), Observatorio Mundial de la Salud.

Sal yodada: La definición del indicador presentado en este informe ha cambiado con respecto al pasado, cuando se trataba de hogares que consumían sal adecuadamente yodada. Ahora se trata de sal con cualquier yodo, y por lo tanto las estimaciones de prevalencia media mundial y regional no son comparables a los promedios publicados en ediciones anteriores del *Estado Mundial de la Infancia*.

TABLA 9. DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

La primera infancia, que abarca el período de hasta ocho 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 calidad de la atención en el hogar, el acceso a los 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 DHS se volvieron a calcular de acuerdo con la metodología MICS para poder compararlos. Por lo tanto, los datos recalculados presentados aquí diferirán de las estimaciones de los informes nacionales de las encuestas DHS.

Estimulación temprana y cuidado receptivo por parte del padre:

Los datos de la tercera y cuarta rondas de MICS (MICS3 y MICS4) se refieren a la participación del padre en una o más actividades para promover el aprendizaje y la preparación para la escuela, mientras que la definición se modificó en la quinta ronda (MICS5) para que reflejara la participación del padre en cuatro o más actividades. Por lo tanto, las estimaciones del apoyo del padre al aprendizaje de la MICS3 y la MICS4 son más bajas que las basadas en los resultados obtenidos a partir de la MICS5. Los datos de este indicador procedentes de las encuestas DHS se volvieron a calcular de acuerdo con la metodología MICS para poder compararlos. Por lo tanto, los datos recalculados presentados aquí diferirán de las estimaciones de los informes nacionales de las DHS.

Materiales de aprendizaje en casa: Juguetes: Los cambios en la definición de este indicador se realizaron entre la tercera y la cuarta ronda de MICS (MICS3 y MICS4). A fin de permitir 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.

Niños con supervisión inadecuada: Este indicador se denominaba anteriormente “Niños que reciben atención inadecuada”, pero se cambió el nombre para reflejar con mayor precisión la naturaleza del constructo subyacente.

TABLA 10: EDUCACIÓN

En esta tabla se presenta un conjunto de indicadores sobre los siguientes aspectos de la educación de los niños: acceso equitativo, terminación de los estudios y resultados del aprendizaje.

En particular, los indicadores de terminación de estudios miden a los niños o jóvenes de 3 a 5 años por encima de la edad prevista para el último grado de cada nivel de educación que han terminado ese grado. La tasa de terminación de estudios indica cuántas personas de un determinado grupo de edad han completado el nivel de educación pertinente. Al elegir un grupo de edad ligeramente superior al grupo de edad teórico para completar cada nivel de educación, el indicador mide el número de niños y adolescentes que ingresan a la escuela más o menos a tiempo y progresan en el sistema educativo sin sufrir excesivos retrasos.

Esta tabla también incluye un conjunto de indicadores para monitorear los resultados equitativos del aprendizaje, que es una meta (4.1) del Objetivo 4 de Desarrollo Sostenible. El nivel mínimo de competencia es el punto de referencia de los conocimientos básicos en un dominio (es decir, matemáticas y lectura) medido a través de la evaluación del aprendizaje. El indicador muestra datos publicados por los gobiernos nacionales, así como por organismos y organizaciones especializados en evaluaciones del aprendizaje internacional comparado.

En el Instituto de Estadística de la UNESCO, julio de 2017, se puede encontrar información detallada sobre los indicadores incluidos en esta tabla. *Metadatos para los indicadores globales y temáticos para el seguimiento y revisión del ODS4 y Educación 2030*.

TABLA 11. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

La protección de la infancia se refiere a la prevención y la respuesta a la violencia, la explotación y el abuso de los niños en todos los contextos. Hay muchas violaciones diferentes en materia de protección de la infancia 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. Esto incluye dos manifestaciones de prácticas tradicionales nocivas, algunas formas de violencia y explotación, así como el registro oficial de los nacimientos.

Trabajo infantil: Este indicador ha sido reemplazado por el que se utiliza para los informes de los ODS sobre

el indicador 8.7.1 y refleja la proporción de niños que se dedican a actividades económicas y/o tareas domésticas que se encuentran en los umbrales horarios específicos para cada edad o por encima de ellos (**base de la línea divisoria de la producción en general**):

Trabajo infantil en la franja de edad de 5 a 11 años:

niños que trabajan al menos una hora a la semana en actividades económicas y/o en servicios domésticos no remunerados durante más de 21 horas a la semana;

Trabajo infantil entre 12 y 14 años: niños que trabajan al menos 14 horas semanales en actividades económicas y/o en servicios domésticos no remunerados durante más de 21 horas semanales;

Trabajo infantil en edades comprendidas entre los 15 y los 17 años: niños que trabajan más de 43 horas semanales en una actividad económica. No se establece ningún umbral horario para las tareas domésticas entre los 15 y los 17 años de edad.

Las estimaciones de los países compiladas y presentadas en la base de datos mundial de los ODS y reproducidas en este informe han sido reevaluadas por UNICEF y la 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: 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 presenta tanto entre hombres como entre mujeres. Para los varones, sólo se muestra el matrimonio antes de los 18 años, ya que el matrimonio antes de los 15 años es extremadamente raro. Para las mujeres, el agregado global se calcula como un promedio ponderado por población de la prevalencia en cada región; para más detalles sobre las consideraciones y supuestos especiales utilizados en estos cálculos, véase *Child Marriage: Latest trends and future prospects*, UNICEF, Nueva York, 2018.

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 esta edición 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), y esta medida se muestra ahora tanto entre los hombres como entre las mujeres. Las estimaciones regionales sobre la prevalencia de la mutilación genital femenina y las actitudes hacia esta práctica se basan en los datos disponibles sólo de los países donde se da la práctica con datos representativos a nivel nacional y, por lo tanto, reflejan la situación de las personas que viven en esos países afectados dentro de la región, y no en la región en su conjunto, ya que también hay algunos países que no la practican en cada una de las regiones.

Justificación del maltrato a la esposa entre

los adolescentes: A partir de esta edición del informe, se ha revisado el grupo de edad utilizado para informar sobre este indicador para que se refiera a los adolescentes de 15 a 19 años de edad.

Disciplina violenta: Las estimaciones utilizadas en las publicaciones de UNICEF y en los informes de los países de la encuesta MICS antes de 2010 se calcularon utilizando ponderaciones de los hogares que no tenían en cuenta la selección en la última etapa de los niños para administrar el módulo de disciplina infantil en las encuestas MICS. (Se realiza una selección aleatoria de un niño de 2 a 14 años para la administración del módulo de disciplina infantil.) En enero de 2010, se decidió que se debían elaborar estimaciones más precisas utilizando un peso de los hogares que tiene en cuenta la selección en la última etapa. Los datos de la MICS3 se volvieron a calcular utilizando este enfoque. Además, se revisó el grupo de edad de referencia para este indicador, 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.

TABLA 12. 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 la protección social* y la *distribución de las prestaciones de protección social* (primer quintil, quinto quintil, último 40%). 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 de desigualdad incluyen la proporción de los ingresos de los hogares (primer quintil, quinto quintil, 40% inferior), el *índice de Gini*, el *índice de Palma* y el *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 la parte del 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 *PIB per cápita* complementa estos indicadores, ya que mide el nivel de vida medio de cada país.

Los datos de los indicadores de protección social y equidad 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 13. 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>. Cada dos años se publican nuevas estimaciones que sustituyen a todas las anteriores y que no deben compararse.

TABLA 14. ADOLESCENTES

La tabla sobre el adolescente presenta una selección de indicadores relativos al bienestar de los adolescentes en diversos ámbitos de sus vidas: salud, protección, educación y aprendizaje y 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 14 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 se han extraído del *Adolescent Country Tracker*, un marco de múltiples partes interesadas basado en los Objetivos de Desarrollo Sostenible que se elaboró para hacer un seguimiento del bienestar de los adolescentes en todos los países y a lo largo del tiempo.

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 Organización Internacional del Trabajo (OIT). Los metadatos y otras notas sobre la interpretación de estos indicadores están disponibles en la sección “Metadatos” de la publicación <ilo.org/ilostat>.

TABLA 15. INDICADORES ECONÓMICOS

Esta tabla presenta un panorama macroeconómico del contexto que afecta el bienestar y el desarrollo de los niños. Los indicadores incluidos en la tabla tienen dos propósitos descriptivos: muestran el espacio fiscal del gobierno para financiar programas de bienestar, tal como lo reflejan *las entradas de ingresos del gobierno y de asistencia oficial para el desarrollo (AOD)*; y muestran la asignación del gasto público en sectores clave como la salud, la educación, la protección social y la ayuda exterior para los países miembros del CAD. El gasto público se expresa en proporción al PIB y al presupuesto público global de cada país. Esta distinción pone de relieve la importancia relativa y el tamaño de cada sector para la política social. Una distinción similar se aplica a la AOD entre las entradas/salidas en millones de dólares y las entradas/salidas en proporción al ingreso nacional bruto de cada país.

Los datos de los Indicadores Económicos tienen una frecuencia anual y se extraen de los *Indicadores de Desarrollo Mundial* del Banco Mundial, con la excepción de la AOD (entradas y salidas). Los datos para este indicador provienen de la OCDE. Debido a la falta de cobertura de los datos, los autores calculan *el gasto público en protección social como porcentaje del presupuesto del Estado*. Representa *la relación entre el gasto público en protección social como porcentaje del PIB y los ingresos públicos como porcentaje del PIB*.

TABLA 16. EMPODERAMIENTO ECONÓMICO DE LAS MUJERES

Esta tabla se ha añadido en 2019 en reconocimiento de 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 Objetivo de Desarrollo Sostenible 5: Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas.

Índice de Instituciones Sociales y Género (SIGI): El SIGI, una medida combinada de la discriminación de género en las instituciones sociales producida por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, se basa en datos cualitativos y cuantitativos obtenidos a través de información sobre leyes, actitudes y prácticas formales e informales. Las leyes, actitudes y prácticas discriminatorias afectan el curso de la vida de las mujeres y las niñas, restringiendo su capacidad para acumular activos humanos, sociales y productivos y para ejercer su influencia y hacer oír su voz sobre las decisiones que afectan a su bienestar.

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 del marco jurídico y político internacional, incluida la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) y la 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 y los beneficios económicos son requisitos previos para aumentar el trabajo remunerado y las condiciones de trabajo decentes 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 para 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 y 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 las 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, entre ellos los que trabajan a tiempo parcial o los que trabajan en el sector no estructurado de la economía.

Demanda de planificación familiar satisfecha

con métodos modernos: El acceso y la utilización de medios eficaces para prevenir el embarazo ayudan a las mujeres y a sus parejas a ejercer su derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos. Según las mediciones del Indicador 3.7.1 de los ODS, los métodos anticonceptivos modernos incluyen la esterilización femenina y masculina, el dispositivo intrauterino (DIU), el implante, los inyectables, las píldoras anticonceptivas orales, los preservativos masculinos y femeninos, los métodos de barrera vaginales (como el diafragma, el capuchón cervical, la espuma espermicida, la gelatina, el gel, la crema y la esponja), el método de amenorrea de lactancia, el método de la contracepción de urgencia y otros métodos modernos sobre los que informa de manera individualizada (como por ejemplo, los parches anticonceptivos y el anillo vaginal). Para fomentar la comparabilidad entre países, se informa sobre las mujeres casadas o en unión, ya que no todos los países recopilan la información de todas las mujeres, independientemente de su estado civil.

Logros educativos: 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 sólo 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 sólo 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 (2018), "Missed Opportunities: The High Cost of Not Educating Girls", The Cost of Not Educating Girls Notes Series. Banco Mundial, Washington DC).

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, lo que indica la incapacidad de una economía de generar empleo para las personas que quieren

trabajar, pero no lo están haciendo 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, como tal, es un activo importante para fomentar el empoderamiento económico de la mujer, como se reconoce en el Objetivo 5 de la Agenda 2030. Según lo medido por el Indicador 5.b.1 de los ODS, una persona posee un teléfono celular móvil si tiene un dispositivo de teléfono celular 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 sólo tienen tarjetas SIM activas y no un dispositivo de telefonía 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 Indicador 8.10.2 de los ODS, una cuenta en una institución financiera incluye encuestados que informan tener una cuenta en un banco u 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. Además, 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; haber pagado facturas de servicios públicos o cuotas escolares a través de una cuenta de una institución financiera en los últimos 12 meses; o haber recibido salarios o transferencias gubernamentales en una tarjeta en los últimos 12 meses. La cuenta de dinero móvil incluye encuestados que informan haber utilizado personalmente en los últimos 12 meses para pagar facturas o para enviar o recibir dinero los servicios de transferencias de dinero para las personas sin cuenta corriente en un banco que ofrece *Mobile Money for the Unbanked* (MMU) de la *GSM Association* (GSMA). 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.

Número de muertes de menores de 5 años y de mortalidad de menores de 5 años por país en 2018

Tabla ordenada por el número sin redondear de muertes. Los límites inferior y superior se refieren a los límites inferior y superior de los intervalos de incertidumbre del 90%.

LA MAYOR CARGA DE MORTALIDAD ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Países y zonas	Muertes anuales <5 años (miles) 2018	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)			Países y zonas	Muertes anuales <5 años (miles) 2018	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)		
		Mediana	Límite inferior	Límite superior			Mediana	Límite inferior	Límite superior
India	882	37	33	40	Marruecos	15	22	17	29
Nigeria	866	120	97	151	Uzbekistán	15	21	17	27
Pakistán	409	69	56	85	Turquía	14	11	9	12
República Democrática del Congo	296	88	59	129	Rwanda	13	35	21	59
Etiopía	191	55	45	69	Federación de Rusia	13	7	6	8
China	146	9	8	10	Venezuela (República Bolivariana de)	13	25	21	29
Indonesia	121	25	22	29	Liberia	11	71	50	102
República Unida de Tanzania	107	53	41	69	Guatemala	11	26	21	34
Angola	94	77	36	144	Papua Nueva Guinea	11	48	38	60
Bangladesh	89	30	27	33	Mauritania	11	76	40	143
Níger	83	84	56	125	Colombia	10	14	11	19
Sudán	80	60	46	79	Camboya	10	28	15	50
Mozambique	79	73	53	104	Tayikistán	10	35	24	51
Malí	75	98	81	117	Congo	9	50	31	83
Chad	75	119	92	150	Perú	8	14	11	19
Afganistán	74	62	50	75	República Democrática Popular Lao	8	47	36	61
Uganda	74	46	37	59	Argentina	8	10	10	11
Somalia	73	122	65	233	República Árabe Siria	7	17	13	25
Côte d'Ivoire	70	81	66	99	Bolivia (Estado Plurinacional de)	7	27	21	34
Camerún	66	76	60	96	Tailandia	7	9	8	12
Filipinas	63	28	22	36	República Popular Democrática de Corea	6	18	14	23
Kenya	60	41	31	55	Turkmenistán	6	46	19	101
Burkina Faso	56	76	55	105	República Dominicana	6	29	21	41
Egipto	55	21	16	29	Guinea-Bissau	5	81	53	121
Yemen	47	55	35	84	Gambia	5	58	34	98
Madagascar	45	54	40	71	Ecuador	5	14	13	15
Guinea	44	101	81	128	Lesotho	5	81	57	113
Myanmar	43	46	33	62	Eritrea	4	42	26	67
Brasil	42	14	13	17	Arabia Saudita	4	7	6	9
Ghana	41	48	40	58	Malasia	4	8	7	8
Sudáfrica	40	34	30	38	Kazajstán	4	10	10	10
Sudán del Sur	38	99	44	186	Ucrania	4	9	8	10
Benin	38	93	82	106	Azerbaiyán	4	22	14	32
Zambia	36	58	44	76	Honduras	4	18	12	26
Viet Nam	33	21	17	25	Guinea Ecuatorial	4	85	51	134
Malawi	30	50	35	70	Jordania	3	16	13	21
Iraq	29	27	21	34	Túnez	3	17	16	18
México	28	13	12	13	Reino Unido	3	4	4	5
Sierra Leona	26	105	85	128	Francia	3	4	4	4
Estados Unidos	25	7	6	7	Kirguistán	3	19	18	20
Burundi	25	58	40	85	Gabón	3	45	29	69
Argelia	24	23	22	25	Estado de Palestina	3	20	15	28
Senegal	23	44	34	57	Paraguay	3	20	11	38
Irán (República Islámica del)	22	14	9	23	Alemania	3	4	3	4
Zimbabwe	21	46	32	65	Namibia	3	40	25	65
República Centroafricana	19	116	70	192	Sri Lanka	3	7	6	9
Nepal	18	32	25	41	Nicaragua	2	18	17	19
Togo	18	70	53	92	Japón	2	2	2	3
Haití	17	65	51	84					

Cerca de 15,000 niños menores de 5 años todavía mueren todos los días

LA MENOR CARGA DE MORTALIDAD ENTRE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Países y zonas	Muertes anuales <5 años (miles) 2018	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)			Países y zonas	Muertes anuales <5 años (miles) 2018	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)		
		Mediana	Límite inferior	Límite superior			Mediana	Límite inferior	Límite superior
Botswana	2	36	16	73	Dinamarca	0	4	4	5
Canadá	2	5	5	5	Irlanda	0	4	3	5
Comoras	2	67	34	142	Vanuatu	0	26	17	42
Chile	2	7	6	9	Macedonia del Norte	0	10	8	12
Timor-Leste	2	46	28	74	Cabo Verde	0	19	16	25
Polonia	2	4	4	5	Santo Tomé y Príncipe	0	31	20	49
Eswatini	2	54	35	82	Mauricio	0	16	14	17
El Salvador	2	14	9	21	Suriname	0	19	9	40
Libia	2	12	8	18	Qatar	0	7	6	8
Italia	1	3	3	3	Croacia	0	5	4	5
Rumania	1	7	6	9	Kiribati	0	53	32	86
Mongolia	1	16	10	25	Bosnia y Herzegovina	0	6	5	7
República de Corea	1	3	3	4	Bahrein	0	7	6	9
España	1	3	3	3	Noruega	0	3	2	3
Djibouti	1	59	37	94	Singapur	0	3	2	3
Panamá	1	15	9	28	Lituania	0	4	4	5
Australia	1	4	4	4	Belice	0	13	12	15
Omán	1	11	11	12	Finlandia	0	2	2	2
Líbano	1	7	4	14	Letonia	0	4	3	5
Emiratos Árabes Unidos	1	8	7	9	Micronesia (Estados Federados de)	0	31	13	75
Jamaica	1	14	9	25	Samoa	0	16	11	22
Países Bajos	1	4	4	4	Brunei Darussalam	0	12	10	13
República de Moldova	1	16	12	21	Maldivas	0	9	7	11
Israel	1	4	4	4	Bahamas	0	10	8	13
Costa Rica	1	9	8	10	Islas Marshall	0	33	22	50
Cuba	1	5	4	6	Eslovenia	0	2	2	3
Georgia	1	10	8	12	Tonga	0	16	9	26
Armenia	1	12	9	16	Barbados	0	12	9	17
Fiji	0	26	24	28	Estonia	0	3	2	3
Guyana	0	30	19	48	Santa Lucía	0	17	13	22
Serbia	0	6	5	6	Dominica	0	36	28	46
Kuwait	0	8	7	9	Chipre	0	2	2	3
Bélgica	0	4	3	4	Malta	0	7	6	9
Bulgaria	0	7	7	8	Granada	0	15	13	19
Islas Salomón	0	20	14	29	San Vicente y las Granadinas	0	16	13	20
Hungría	0	4	4	5	Seychelles	0	14	11	18
Belarús	0	3	3	4	Montenegro	0	3	2	3
Bhután	0	30	19	44	Luxemburgo	0	2	2	3
Chequia	0	3	3	4	Antigua y Barbuda	0	6	5	9
Grecia	0	4	4	5	Nauru	0	32	18	55
Uruguay	0	8	7	8	Islandia	0	2	2	3
Suiza	0	4	4	5	Saint Kitts y Nevis	0	12	9	16
Nueva Zelanda	0	6	5	7	Tuvalu	0	24	14	44
Trinidad y Tabago	0	18	8	43	Palau	0	18	10	34
Suecia	0	3	3	3	Andorra	0	3	2	5
Eslovaquia	0	6	5	6	Islas Cook	0	8	5	13
Austria	0	4	3	4	Mónaco	0	3	2	5
Portugal	0	4	4	4	Niue	0	24	10	56
Albania	0	9	8	9	San Marino	0	2	1	4

TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Países y zonas	Población (miles) 2018			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Número anual de nacimientos (miles) 2018	Fecundidad total (nacidos vivos por mujer) 2018	Esperanza de vida al nacer			Tasa de dependencia (%) 2018			Proporción de población urbana (%) 2018	Tasa de crecimiento anual de la población urbana (%)		Tasa neta de migración (por 1.000 habitantes) 2015–2020
	total	menos de 18	menos de 5	2000–2018	2018–2030 ^a			1970	2000	2018	total	infancia	vejez		2000–2018	2018–2030 ^a	
Afganistán	37.172	18.745	5.601	3,2	2,1	1.207	4,5	37	56	64	84	79	5	25	4,0	3,4	-1,7
Albania	2.883	635	173	-0,5	-0,3	34	1,6	67	74	78	46	26	20	60	1,6	0,9	-4,9
Alemania	83.124	13.774	3.869	0,1	0,0	779	1,6	71	78	81	54	21	33	77	0,3	0,2	6,6
Andorra	77	–	–	0,9	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–	88	0,6	0,1	–
Angola	30.810	16.457	5.553	3,5	3,1	1.257	5,5	41	47	61	96	92	4	66	5,0	4,0	0,2
Anguila	15	–	–	1,5	0,6	–	–	–	–	–	–	–	–	100	1,5	0,6	–
Antigua y Barbuda	96	26	7	1,3	0,7	1	2,0	66	74	77	45	32	13	25	-0,2	0,8	0,0
Arabia Saudita	33.703	9.799	3.007	2,7	1,3	598	2,3	53	73	75	40	35	5	84	3,0	1,5	4,1
Argelia	42.228	14.416	4.951	1,7	1,5	1.023	3,0	50	71	77	58	47	10	73	2,8	2,1	-0,2
Argentina	44.361	13.103	3.748	1,0	0,8	755	2,3	66	74	77	56	39	17	92	1,2	1,0	0,1
Armenia	2.952	710	211	-0,2	0,0	41	1,8	70	71	75	47	30	17	63	-0,3	0,4	-1,7
Australia	24.898	5.664	1.627	1,5	1,0	318	1,8	71	80	83	53	29	24	86	1,6	1,2	6,4
Austria	8.891	1.539	434	0,5	0,3	88	1,5	70	78	81	50	21	28	58	0,4	0,8	7,4
Azerbaiyán	9.950	2.708	872	1,1	0,6	167	2,1	63	67	73	42	33	9	56	1,6	1,4	0,1
Bahamas	386	106	26	1,4	0,8	5	1,8	66	72	74	42	32	10	83	1,5	1,0	2,6
Bahrein	1.569	353	108	4,8	2,1	22	2,0	63	74	77	28	25	3	89	4,8	2,2	31,1
Bangladesh	161.377	54.163	14.517	1,3	0,9	2.935	2,0	47	65	72	49	41	8	37	3,7	2,7	-2,3
Barbados	287	61	15	0,3	0,1	3	1,6	69	77	79	50	26	24	31	-0,2	0,5	-0,3
Belarús	9.453	1.855	566	-0,2	-0,2	111	1,7	71	67	75	46	25	22	79	0,4	0,3	0,9
Bélgica	11.482	2.336	637	0,6	0,3	125	1,7	71	78	81	56	27	29	98	0,7	0,3	4,2
Belice	383	140	39	2,4	1,7	8	2,3	66	69	74	54	47	7	46	2,5	2,2	3,2
Benin	11.485	5.631	1.842	2,9	2,6	417	4,8	42	55	61	84	78	6	47	4,0	3,7	-0,2
Bhután	754	237	63	1,4	0,9	13	2,0	40	61	71	47	38	9	41	4,0	2,4	0,4
Bolivia (Estado Plurinacional de)	11.353	4.209	1.192	1,7	1,3	247	2,7	46	62	71	62	50	12	69	2,3	1,8	-0,8
Bosnia y Herzegovina	3.324	593	142	-0,7	-0,5	27	1,3	66	74	77	45	21	24	48	0,0	0,4	-6,4
Botswana	2.254	901	272	1,8	1,7	56	2,9	54	51	69	62	55	7	69	3,2	2,6	1,3
Brasil	209.469	54.592	14.654	1,0	0,6	2.915	1,7	59	70	76	43	31	13	87	1,4	0,8	0,1
Brunei Darussalam	429	119	34	1,4	0,8	6	1,8	63	73	76	39	32	7	78	1,9	1,1	0,0
Bulgaria	7.052	1.212	313	-0,7	-0,8	63	1,6	71	72	75	55	23	33	75	-0,2	-0,4	-0,7
Burkina Faso	19.751	10.220	3.345	3,0	2,7	751	5,2	39	50	61	90	85	5	29	5,7	4,7	-1,3
Burundi	11.175	5.789	1.984	3,1	2,9	437	5,4	44	49	61	91	87	4	13	5,7	5,4	0,2
Cabo Verde	544	186	53	1,3	1,0	11	2,3	53	69	73	50	43	7	66	2,5	1,6	-2,5
Camboya	16.250	5.944	1.774	1,6	1,2	365	2,5	42	58	70	56	49	7	23	2,9	3,0	-1,9
Camerún	25.216	12.415	4.003	2,7	2,4	893	4,6	47	51	59	83	78	5	56	3,9	3,4	-0,2
Canadá	37.075	7.060	1.954	1,1	0,8	386	1,5	73	79	82	49	24	26	81	1,2	1,0	6,6
Chad	15.478	8.375	2.815	3,4	2,8	654	5,7	41	48	54	98	94	5	23	3,8	4,2	0,1
Chequia	10.666	1.943	545	0,2	0,1	110	1,6	70	75	79	54	24	30	74	0,2	0,3	2,1
Chile	18.729	4.450	1.203	1,1	0,3	231	1,6	62	76	80	46	29	17	88	1,2	0,4	6,0
China	1.427.648	304.793	85.912	0,6	0,2	16.824	1,7	59	71	77	40	25	15	59	3,3	1,7	-0,2
Chipre	1.189	243	65	1,3	0,6	12	1,3	73	78	81	44	24	20	67	1,1	0,7	4,2
Colombia	49.661	14.032	3.730	1,3	0,6	736	1,8	62	73	77	46	34	12	81	1,7	1,0	4,2
Comoras	832	382	122	2,4	2,0	27	4,2	46	59	64	74	69	5	29	2,6	3,0	-2,4
Congo	5.244	2.522	805	2,9	2,4	173	4,4	51	52	64	80	75	5	67	3,6	3,1	-0,8
Costa Rica	4.999	1.287	354	1,3	0,7	70	1,8	66	77	80	45	31	14	79	2,9	1,4	0,8
Côte d'Ivoire	25.069	12.228	3.973	2,3	2,5	898	4,6	44	50	57	81	76	5	51	3,2	3,4	-0,3
Croacia	4.156	723	189	-0,4	-0,6	37	1,4	68	75	78	54	22	31	57	0,0	0,1	-1,9
Cuba	11.338	2.233	608	0,1	-0,1	115	1,6	70	77	79	46	24	22	77	0,2	0,0	-1,3
Dinamarca	5.752	1.149	293	0,4	0,4	61	1,8	73	77	81	57	26	31	88	0,6	0,5	2,6
Djibouti	959	338	101	1,6	1,3	21	2,7	49	57	67	52	45	7	78	1,7	1,5	0,9
Dominica	72	–	–	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–	–	70	0,6	0,6	–
Ecuador	17.084	5.724	1.653	1,7	1,2	336	2,4	58	73	77	54	43	11	64	2,0	1,6	2,2
Egipto	98.424	38.430	12.972	2,0	1,7	2.591	3,3	52	69	72	64	55	9	43	2,0	2,1	-0,4
El Salvador	6.421	2.107	578	0,5	0,5	117	2,0	55	69	73	55	42	13	72	1,6	1,2	-6,3
Emiratos Árabes Unidos	9.631	1.637	503	6,2	0,8	100	1,4	61	74	78	19	17	1	87	6,7	1,1	4,2
Eritrea	3.453	1.659	483	2,3	1,7	105	4,1	43	55	66	86	78	8	40	4,6	3,2	-11,6
Eslovaquia	5.453	1.000	282	0,1	-0,1	57	1,5	70	73	77	45	22	23	54	-0,2	0,2	0,3
Eslovenia	2.078	366	104	0,2	-0,1	20	1,6	69	76	81	53	23	30	55	0,6	0,5	1,0
España	46.693	8.162	2.025	0,7	-0,1	394	1,3	72	79	83	52	22	29	80	1,0	0,2	0,9
Estado de Palestina	4.863	2.202	690	2,3	2,2	143	3,6	56	71	74	73	67	5	76	2,6	2,6	-2,2
Estados Unidos	327.096	73.857	19.512	0,8	0,6	3.912	1,8	71	77	79	53	29	24	82	1,1	0,8	2,9
Estonia	1.323	253	68	-0,3	-0,3	14	1,6	70	70	79	56	26	31	69	-0,4	0,0	3,0
Eswatini	1.136	510	143	0,7	1,1	30	3,0	48	47	59	73	66	7	24	0,9	2,0	-7,4

TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Países y zonas	Población (miles) 2018			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Número anual de nacimientos (miles) 2018	Fecundidad total (nacidos vivos por mujer) 2018	Esperanza de vida al nacer			Tasa de dependencia (%) 2018			Proporción de población urbana (%) 2018	Tasa de crecimiento anual de la población urbana (%)		Tasa neta de migración (por 1.000 habitantes) 2015-2020
	total	menos de 18	menos de 5	2000-2018	2018-2030 ^a			1970	2000	2018	total	infancia	vejez		2000-2018	2018-2030 ^a	
Etiopía	109.224	52.244	16.339	2,8	2,4	3.537	4,2	43	52	66	79	73	6	21	4,7	4,5	0,3
Federación de Rusia	145.734	30.223	9.497	0,0	-0,1	1.842	1,8	69	65	72	48	27	22	74	0,1	0,2	1,3
Fiji	883	305	91	0,5	0,7	19	2,8	62	66	67	54	45	8	56	1,4	1,6	-7,0
Filipinas	106.651	39.276	11.035	1,7	1,2	2.191	2,6	63	69	71	56	48	8	47	1,8	1,9	-0,6
Finlandia	5.523	1.068	279	0,3	0,1	51	1,5	70	78	82	61	26	35	85	0,6	0,2	2,5
Francia	64.991	14.005	3.734	0,5	0,2	729	1,9	72	79	83	61	29	32	80	0,9	0,5	0,6
Gabón	2.119	898	311	3,0	2,2	67	4,0	47	58	66	68	62	6	89	3,7	2,5	1,6
Gambia	2.280	1.159	393	3,0	2,7	88	5,2	38	56	62	88	83	5	61	4,4	3,7	-1,4
Georgia	4.003	922	279	-0,5	-0,3	54	2,1	67	70	74	53	30	23	59	0,1	0,4	-2,5
Ghana	29.767	13.045	4.104	2,4	2,0	876	3,9	49	57	64	69	63	5	56	3,8	3,0	-0,3
Granada	111	31	9	0,4	0,3	2	2,1	66	73	72	50	35	14	36	0,5	0,9	-1,8
Grecia	10.522	1.796	427	-0,3	-0,5	81	1,3	71	79	82	56	22	34	79	0,2	-0,1	-1,5
Guatemala	17.248	7.106	2.049	2,2	1,7	424	2,9	53	68	74	65	57	8	51	2,8	2,6	-0,5
Guinea	12.414	6.331	2.020	2,3	2,6	453	4,7	37	51	61	88	82	5	36	3,2	3,8	-0,3
Guinea-Bissau	1.874	915	298	2,5	2,3	66	4,5	41	50	58	82	77	5	43	3,5	3,2	-0,8
Guinea Ecuatorial	1.309	556	191	4,3	3,0	44	4,5	40	53	58	65	61	4	72	6,4	3,6	12,4
Guyana	779	266	76	0,2	0,4	16	2,5	62	65	70	53	43	10	27	-0,2	1,0	-7,7
Haití	11.123	4.385	1.269	1,5	1,1	271	2,9	46	57	64	62	54	8	55	4,0	2,5	-3,2
Honduras	9.588	3.670	1.003	2,1	1,5	207	2,5	53	71	75	57	50	7	57	3,4	2,5	-0,7
Hungría	9.708	1.690	448	-0,3	-0,3	92	1,5	69	72	77	51	22	29	71	0,3	0,1	0,6
India	1.352.642	441.501	116.379	1,4	0,9	24.164	2,2	48	63	69	50	41	9	34	2,5	2,3	-0,4
Indonesia	267.671	85.121	24.350	1,3	0,9	4.834	2,3	53	66	72	48	39	9	55	2,8	2,0	-0,4
Irán (República Islámica del)	81.800	23.295	7.442	1,2	1,0	1.536	2,1	51	70	76	44	35	9	75	2,1	1,6	-0,7
Iraq	38.434	17.211	5.404	2,7	2,2	1.115	3,7	58	69	70	72	66	6	70	2,9	2,6	0,2
Irlanda	4.819	1.212	329	1,3	0,7	62	1,8	71	77	82	54	33	21	63	1,7	1,2	4,9
Islandia	337	79	21	1,0	0,6	4	1,8	74	80	83	53	30	23	94	1,1	0,6	1,1
Islas Cook	18	-	-	-0,1	0,0	-	-	-	-	-	-	-	-	75	0,7	0,3	-
Islas Marshall	58	-	-	0,8	0,9	-	-	-	-	-	-	-	-	77	1,4	1,3	-
Islas Salomón	653	304	101	2,5	2,3	21	4,4	56	67	73	78	72	6	24	4,8	4,0	-2,5
Islas Turcas y Caicos	38	-	-	3,5	1,2	-	-	-	-	-	-	-	-	93	4,0	1,4	-
Islas Vírgenes Británicas	30	-	-	2,1	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	48	2,9	1,4	-
Israel	8.382	2.733	846	1,9	1,5	170	3,0	72	79	83	66	46	20	92	2,0	1,6	1,2
Italia	60.627	9.797	2.442	0,4	-0,2	457	1,3	72	80	83	56	21	36	70	0,6	0,2	2,5
Jamaica	2.935	845	236	0,6	0,3	47	2,0	68	74	74	48	35	13	56	1,0	1,0	-3,9
Japón	127.202	19.591	5.051	0,0	-0,4	947	1,4	72	81	84	67	21	46	92	0,8	-0,3	0,6
Jordania	9.965	4.031	1.116	3,7	0,6	216	2,8	60	72	74	62	55	6	91	4,5	0,8	1,1
Kazajstán	18.320	5.847	1.964	1,1	1,0	384	2,7	63	63	73	56	44	12	57	1,3	1,4	-1,0
Kenya	51.393	23.965	6.993	2,6	2,1	1.479	3,5	53	51	66	73	69	4	27	4,3	3,9	-0,2
Kirguistán	6.304	2.335	788	1,4	1,4	155	3,0	60	66	71	58	51	7	36	1,5	2,4	-0,6
Kiribati	116	47	15	1,8	1,5	3	3,6	52	63	68	65	59	7	54	3,0	2,7	-6,9
Kuwait	4.137	1.022	302	3,9	1,1	57	2,1	66	73	75	32	28	3	100	4,0	1,1	9,8
Lesotho	2.108	822	252	0,2	0,8	56	3,1	51	48	54	60	52	8	28	2,2	2,4	-4,8
Letonia	1.928	360	107	-1,2	-1,0	21	1,7	70	70	75	56	25	31	68	-1,2	-0,7	-7,6
Libano	6.859	2.149	617	3,2	-0,8	117	2,1	66	75	79	49	39	10	89	3,4	-0,7	-4,5
Liberia	4.819	2.305	721	2,9	2,3	160	4,3	39	52	64	80	74	6	51	3,7	3,3	-1,0
Libia	6.679	2.223	642	1,2	1,1	126	2,2	56	71	73	49	42	7	80	1,5	1,4	-0,3
Liechtenstein	38	-	-	0,7	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	14	0,4	1,0	-
Lituania	2.801	495	149	-1,2	-1,0	29	1,7	71	71	76	53	23	30	68	-1,2	-0,6	-11,6
Luxemburgo	604	116	33	1,8	1,1	6	1,4	70	78	82	43	23	20	91	2,2	1,3	16,3
Macedonia del Norte	2.083	418	116	0,1	-0,1	23	1,5	66	73	76	43	24	20	58	0,1	0,5	-0,5
Madagascar	26.262	12.455	3.934	2,8	2,5	860	4,1	45	58	67	77	72	5	37	4,6	4,2	-0,1
Malasia	31.528	9.191	2.606	1,7	1,1	528	2,0	65	73	76	44	35	10	76	2,8	1,7	1,6
Malawi	18.143	9.228	2.835	2,7	2,6	621	4,2	40	45	64	87	82	5	17	3,5	4,4	-0,9
Maldivas	516	120	37	3,4	0,1	7	1,9	44	70	79	31	26	5	40	5,4	1,1	22,8
Mali	19.078	10.368	3.460	3,1	2,9	795	5,9	32	48	59	100	95	5	42	5,3	4,5	-2,1
Malta	439	75	22	0,6	0,2	4	1,5	71	79	82	53	22	31	95	0,7	0,2	2,1
Marruecos	36.029	11.581	3.433	1,2	1,1	682	2,4	53	69	76	52	41	11	62	2,1	1,8	-1,4
Mauricio	1.267	283	66	0,4	0,0	13	1,4	63	71	75	41	25	16	41	0,1	0,3	0,0
Mauritania	4.403	2.040	669	2,9	2,5	148	4,6	50	61	65	76	71	6	54	4,8	3,8	1,2
México	126.191	40.251	11.139	1,4	0,9	2.220	2,1	61	74	75	51	40	11	80	1,7	1,3	-0,5
Micronesia (Estados Federados de)	113	43	12	0,3	1,0	3	3,1	59	65	68	56	49	6	23	0,4	1,8	-5,4
Mónaco	39	-	-	1,0	0,6	-	-	-	-	-	-	-	-	100	1,0	0,6	-

TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Países y zonas	Población (miles) 2018			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Número anual de nacimientos (miles) 2018	Fecundidad total (nacidos vivos por mujer) 2018	Esperanza de vida al nacer			Tasa de dependencia (%) 2018			Proporción de población urbana (%) 2018	Tasa de crecimiento anual de la población urbana (%)		Tasa neta de migración (por 1.000 habitantes) 2015-2020
	total	menos de 18	menos de 5	2000-2018	2018-2030 ^a			1970	2000	2018	total	infancia	vejez		2000-2018	2018-2030 ^a	
Mongolia	3.170	1.092	380	1,6	1,3	76	2,9	55	63	70	53	46	6	68	2,6	1,6	-0,3
Montenegro	628	138	37	0,1	0,0	7	1,7	70	73	77	50	27	22	67	0,9	0,4	-0,8
Montserrat	5	-	-	0,1	-0,4	-	-	-	-	-	-	-	-	9	8,2	0,3	-
Mozambique	29.496	15.238	4.944	2,8	2,8	1.110	4,9	41	49	60	91	85	6	36	4,0	4,2	-0,2
Myanmar	53.708	17.238	4.518	0,8	0,7	943	2,2	49	60	67	47	39	9	31	1,5	1,8	-3,1
Namibia	2.448	1.049	332	1,7	1,7	70	3,4	53	52	63	68	62	6	50	4,1	3,3	-2,0
Nauru	11	-	-	0,2	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	100	0,2	0,2	-
Nepal	28.096	10.483	2.719	0,9	1,4	563	1,9	41	62	70	57	48	9	20	3,0	3,5	1,5
Nicaragua	6.466	2.316	664	1,4	1,1	133	2,4	54	70	74	55	47	8	59	1,7	1,6	-3,3
Níger	22.443	12.732	4.503	3,8	3,7	1.037	6,9	36	50	62	111	105	5	16	3,9	4,7	0,2
Nigeria	195.875	98.709	32.917	2,6	2,5	7.433	5,4	41	46	54	87	82	5	50	4,7	3,8	-0,3
Niue	2	-	-	-0,9	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	45	0,8	1,6	-
Noruega	5.338	1.127	301	0,9	0,8	59	1,7	74	79	82	53	27	26	82	1,4	1,2	5,3
Nueva Zelanda	4.743	1.112	301	1,1	0,7	60	1,9	71	78	82	55	30	24	87	1,2	0,8	3,2
Omán	4.829	1.205	440	4,2	1,7	91	2,9	50	72	78	33	29	3	85	5,1	2,4	18,6
Países Bajos	17.060	3.362	873	0,4	0,2	172	1,7	74	78	82	55	25	30	91	1,4	0,5	0,9
Pakistán	212.228	87.938	27.291	2,2	1,8	5.999	3,5	53	63	67	66	58	7	37	2,8	2,7	-1,1
Palau	18	-	-	-0,4	0,3	-	-	-	-	-	-	-	-	80	0,4	0,8	-
Panamá	4.177	1.342	389	1,8	1,4	79	2,5	66	75	78	54	42	13	68	2,3	1,9	2,7
Papúa Nueva Guinea	8.606	3.629	1.084	2,1	1,8	233	3,6	46	59	64	65	59	6	13	2,1	3,0	-0,1
Paraguay	6.956	2.446	693	1,5	1,1	143	2,4	65	71	74	56	46	10	62	2,1	1,7	-2,4
Perú	31.989	9.782	2.757	1,1	1,0	573	2,3	54	71	77	51	39	12	78	1,4	1,3	3,1
Polonia	37.922	6.745	1.843	-0,1	-0,2	371	1,4	70	74	79	48	22	26	60	-0,2	0,0	-0,8
Portugal	10.256	1.699	413	0,0	-0,3	80	1,3	67	77	82	55	21	34	65	1,0	0,5	-0,6
Qatar	2.782	440	134	8,6	1,5	26	1,9	68	77	80	18	16	2	99	8,8	1,5	14,7
Reino Unido	67.142	14.042	3.977	0,7	0,4	775	1,8	72	78	81	56	28	29	83	1,1	0,7	3,9
República Árabe Siria	16.945	6.273	1.797	0,2	3,8	426	2,8	59	73	72	56	49	7	54	0,4	4,9	-24,1
República Centroafricana	4.666	2.418	727	1,4	2,0	166	4,7	42	44	53	89	84	5	41	1,9	3,2	-8,6
República de Corea	51.172	8.182	2.060	0,4	0,0	377	1,1	61	76	83	38	18	20	81	0,6	0,1	0,2
República de Moldova	4.052	765	210	-0,2	-0,3	41	1,3	65	67	72	38	22	16	43	-0,5	0,2	-0,3
República Democrática del Congo	84.068	44.282	15.185	3,2	3,0	3.468	5,9	44	50	60	97	91	6	44	4,5	4,2	0,3
República Democrática Popular Lao	7.061	2.726	788	1,6	1,3	166	2,7	46	59	68	58	51	6	35	4,2	3,0	-2,1
República Dominicana	10.627	3.552	1.009	1,3	0,9	207	2,3	58	69	74	54	43	11	81	2,8	1,5	-2,8
República Popular Democrática de Corea	25.550	6.309	1.744	0,6	0,4	355	1,9	60	65	72	42	29	13	62	0,8	0,8	-0,2
República Unida de Tanzania	56.313	28.558	9.316	2,9	2,8	2.071	4,9	47	51	65	88	83	5	34	5,2	4,7	-0,7
Rumania	19.506	3.626	930	-0,7	-0,5	189	1,6	68	70	76	51	23	28	54	-0,6	-0,1	-3,8
Rwanda	12.302	5.710	1.801	2,4	2,3	391	4,0	45	49	69	75	70	5	17	3,2	3,4	-0,7
Saint Kitts y Nevis	52	-	-	1,0	0,5	-	-	-	-	-	-	-	-	31	0,6	1,0	-
Samoa	196	87	28	0,7	1,0	5	3,9	60	69	73	76	67	8	18	-0,4	0,5	-14,3
San Marino	34	-	-	1,2	0,2	-	-	-	-	-	-	-	-	97	1,4	0,3	-
San Vicente y las Granadinas	110	30	8	0,1	0,2	2	1,9	64	71	72	47	33	14	52	0,9	1,0	-1,8
Santa Lucía	182	42	11	0,8	0,3	2	1,4	64	73	76	40	26	14	19	-1,4	1,0	0,0
Santa Sede	1	-	-	0,1	-0,1	-	-	-	-	-	-	-	-	100	0,1	-0,1	-
Santo Tomé y Príncipe	211	104	31	2,2	2,0	7	4,3	55	61	70	83	78	5	73	3,9	2,8	-8,0
Senegal	15.854	7.853	2.557	2,7	2,6	548	4,6	39	58	68	86	80	6	47	3,5	3,6	-1,3
Serbia	8.803	1.691	422	-0,4	-0,5	83	1,5	68	72	76	52	24	28	56	-0,1	-0,1	0,5
Seychelles	97	27	8	1,0	0,5	2	2,4	66	71	73	45	34	11	57	1,7	1,2	-2,1
Sierra Leona	7.650	3.655	1.134	2,8	1,9	256	4,3	36	39	54	79	73	5	42	3,8	3,0	-0,6
Singapur	5.758	872	236	2,0	0,7	50	1,2	68	78	83	31	16	15	100	2,0	0,7	4,7
Somalia	15.008	8.056	2.673	2,9	2,9	629	6,1	41	51	57	98	92	6	45	4,6	4,1	-2,7
Sri Lanka	21.229	6.132	1.690	0,7	0,3	336	2,2	64	71	77	53	37	16	18	0,7	1,4	-4,6
Sudáfrica	57.793	19.702	5.796	1,4	1,1	1.184	2,4	53	56	64	52	44	8	66	2,2	1,8	2,5
Sudán	41.802	19.758	6.158	2,4	2,3	1.347	4,4	52	58	65	79	72	6	35	2,7	3,5	-1,2
Sudán del Sur	10.976	5.316	1.702	3,2	1,9	387	4,7	36	49	58	83	76	6	20	4,1	3,7	-15,9
Suecia	9.972	2.067	591	0,6	0,5	119	1,9	74	80	83	60	28	32	87	0,9	0,8	4,0
Suiza	8.526	1.523	444	1,0	0,6	88	1,5	73	80	84	50	22	28	74	1,0	0,8	6,1
Surinam	576	187	53	1,1	0,8	11	2,4	63	68	72	52	41	10	66	1,1	1,0	-1,7
Tailandia	69.428	14.537	3.692	0,5	0,1	718	1,5	59	71	77	41	24	17	50	3,1	1,4	0,3
Tayikistán	9.101	3.829	1.329	2,1	2,0	280	3,6	54	62	71	66	61	5	27	2,2	3,0	-2,2
Timor-Leste	1.268	571	169	2,0	1,8	37	4,0	40	59	69	73	65	7	31	3,3	3,0	-4,3

TABLA 1. DATOS DEMOGRÁFICOS

Países y zonas	Población (miles) 2018			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Número anual de nacimientos (miles) 2018	Fecundidad total (nacidos vivos por mujer) 2018	Esperanza de vida al nacer			Tasa de dependencia (%) 2018			Proporción de población urbana (%) 2018	Tasa de crecimiento anual de la población urbana (%)		Tasa neta de migración (por 1.000 habitantes) 2015-2020
	total	menos de 18	menos de 5	2000-2018	2018-2030 ^a			1970	2000	2018	total	infancia	vejez		2000-2018	2018-2030 ^a	
Togo	7.889	3.781	1.189	2,6	2,3	262	4,3	47	53	61	79	74	5	42	3,9	3,6	-0,3
Tokelau	1	-	-	-0,9	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-
Tonga	103	43	12	0,3	0,9	3	3,6	64	70	71	71	60	10	23	0,3	1,2	-7,7
Trinidad y Tabago	1.390	337	92	0,5	0,1	18	1,7	65	69	73	45	30	16	53	0,2	0,4	-0,6
Túnez	11.565	3.266	1.036	1,0	0,8	203	2,2	51	73	77	48	36	12	69	1,4	1,3	-0,3
Turkmenistán	5.851	2.092	696	1,4	1,2	139	2,8	58	64	68	54	48	7	52	2,1	2,2	-0,9
Turquía	82.340	24.377	6.749	1,5	0,7	1.313	2,1	52	70	77	50	37	13	75	2,3	1,2	3,5
Tuvalu	12	-	-	1,1	1,1	-	-	-	-	-	-	-	-	62	2,8	2,1	-
Ucrania	44.246	8.152	2.250	-0,5	-0,7	421	1,4	71	67	72	48	23	24	69	-0,4	-0,4	0,2
Uganda	42.729	23.085	7.538	3,3	2,8	1.627	5,0	49	46	63	96	92	4	24	5,9	5,0	4,0
Uruguay	3.449	860	239	0,2	0,3	48	2,0	69	75	78	55	32	23	95	0,4	0,4	-0,9
Uzbekistán	32.476	10.824	3.407	1,5	1,2	696	2,4	62	67	72	49	43	7	50	2,0	1,4	-0,3
Vanuatu	293	131	40	2,5	2,2	9	3,8	54	67	70	74	68	6	25	3,4	2,9	0,4
Venezuela (República Bolivariana de)	28.887	9.527	2.545	1,0	1,3	524	2,3	65	72	72	54	43	11	88	1,0	1,3	-22,3
Viet Nam	95.546	26.017	7.831	1,0	0,7	1.598	2,0	60	73	75	44	33	10	36	3,1	2,5	-0,8
Yemen	28.499	13.183	4.084	2,7	2,0	868	3,8	37	61	66	74	69	5	37	4,6	3,6	-1,1
Zambia	17.352	9.033	2.869	2,8	2,8	629	4,6	50	44	64	89	85	4	44	4,1	4,1	-0,5
Zimbabwe	14.439	7.082	2.196	1,1	1,6	443	3,6	57	45	61	83	78	5	32	0,8	2,2	-8,2

DATOS CONSOLIDADOS

Asia Oriental y el Pacífico	2.363.341	558.204	156.967	0,7	0,4	30.995	1,8	59	71	76	44	28	15	59	2,7	1,5	-0,2
Europa y Asia Central	918.905	195.798	55.923	0,4	0,1	10.973	1,8	68	72	78	52	27	25	72	0,6	0,5	1,7
Europa Oriental y Asia Central	423.215	103.675	31.140	0,4	0,2	6.107	2,0	64	66	73	49	31	18	67	0,6	0,6	0,7
Europa Occidental	495.690	92.122	24.782	0,4	0,1	4.866	1,6	71	78	82	55	24	31	77	0,6	0,4	2,6
América Latina y el Caribe	642.217	190.134	52.278	1,2	0,8	10.517	2,0	60	72	75	49	37	13	81	1,5	1,1	-0,8
Oriente Medio y África del Norte	447.891	155.634	49.579	2,0	1,5	10.121	2,8	52	70	74	54	46	8	65	2,6	2,0	-0,5
América del Norte	364.296	80.943	21.472	0,9	0,6	4.300	1,8	71	77	79	52	28	24	82	1,1	0,8	3,3
Asia Meridional	1.814.014	619.317	168.297	1,5	1,0	35.224	2,4	48	63	69	52	43	9	34	2,7	2,4	-0,7
África Subsahariana	1.080.429	530.744	171.759	2,7	2,5	38.074	4,7	44	50	61	84	78	5	40	4,0	3,7	-0,3
África Oriental y Meridional	560.914	268.016	84.514	2,6	2,4	18.407	4,2	47	51	64	80	74	6	35	3,8	3,7	-0,3
África Occidental y Central	519.515	262.728	87.245	2,8	2,6	19.667	5,2	42	49	58	88	83	5	46	4,3	3,8	-0,4
Países menos adelantados	1.009.691	464.454	145.152	2,4	2,2	31.786	4,0	44	55	65	75	69	6	34	4,0	3,7	-1,0
Mundo	7.631.091	2.330.774	676.276	1,2	0,9	140.204	2,5	57	66	72	53	39	14	55	2,2	1,7	0,0

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa de crecimiento demográfico anual – Tasa media de crecimiento exponencial de la población en un año. Se calcula como $\ln(P_t/P_0)/t$ donde t es la duración del período. Se expresa en forma de porcentaje.

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 tasa de dependencia infantil es la relación entre la población de 0 a 14 años y la población de 15 a 64 años. La tasa de dependencia de la tercera edad es la relación entre la población de 65 años o más y la población de 15 a 64 años.

Todas las proporciones se presentan como número de personas a cargo 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 neta de migración – El número de inmigrantes menos el número de emigrantes en un período, dividido por los años-persona 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.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Todos los datos demográficos – Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población (2019). Perspectivas de la población mundial 2019, edición en línea. Rev. 1. Proporción de población urbana por regiones y tasas de crecimiento de la población total y urbana calculadas por UNICEF.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- α Basado en proyecciones variables de la fecundidad promedio.

Los valores regionales y mundiales se basan en más países y zonas que los enumerados aquí. Por lo tanto, los valores de los países no se suman a los valores regionales y mundiales correspondientes.

TABLA 2. MORTALIDAD EN LA INFANCIA

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)			Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (%) 2000–2018	Tasa de mortalidad de menores de 5 años por género (muertes por cada 1.000 nacidos vivos) 2018		Tasa de mortalidad infantil (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)		Tasa de mortalidad neonatal (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)			Probabilidad de muerte entre los niños de 5 a 14 años (muertes por cada 1.000 niños de 5 años)		Muertes anuales <5 años (miles) 2018	Número anual de muertes neonatales (miles) 2018	Muertes neonatales como proporción del total de muertes de menores de 5 años (%) 2018	Número de muertes entre niños de 5 a 14 años (miles) 2018
	1990	2000	2018		hom-bres	mu-jeres	1990	2018	1990	2000	2018	1990	2018				
	Afganistán	179	129	62	4,1	66	59	121	48	75	61	37	16	5	74	45	60
Albania	41	26	9	6,0	9	8	35	8	13	12	7	7	2	0	0	74	0
Alemania	9	5	4	2,1	4	3	7	3	3	3	2	2	1	3	2	60	1
Andorra	11	6	3	4,4	3	3	9	3	6	3	1	7	1	0	0	50	0
Angola	223	206	77	5,4	83	71	132	52	54	51	28	46	16	94	36	38	15
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	28	16	6	5,0	7	6	24	5	15	9	3	5	1	0	0	50	0
Arabia Saudita	45	22	7	6,4	7	7	36	6	22	12	4	7	2	4	2	53	1
Argelia	50	40	23	2,9	25	22	42	20	23	21	15	9	4	24	15	62	3
Argentina	29	20	10	3,8	11	9	25	9	15	11	6	3	2	8	5	64	2
Armenia	49	31	12	5,1	14	11	42	11	23	16	6	3	2	1	0	52	0
Australia	9	6	4	2,9	4	3	8	3	5	4	2	2	1	1	1	62	0
Austria	10	6	4	2,5	4	3	8	3	5	3	2	2	1	0	0	60	0
Azerbaiyán	96	75	22	6,9	24	19	76	19	33	34	11	5	3	4	2	51	0
Bahamas	24	16	10	2,4	11	9	20	8	13	8	5	4	2	0	0	53	0
Bahrein	23	13	7	3,2	7	7	20	6	15	5	3	4	2	0	0	43	0
Bangladesh	144	87	30	5,9	32	28	100	25	64	42	17	26	4	89	50	57	12
Barbados	18	15	12	1,2	13	11	16	11	12	9	8	3	2	0	0	65	0
Belarús	15	13	3	7,3	4	3	12	3	8	6	1	4	1	0	0	38	0
Bélgica	10	6	4	2,6	4	3	8	3	5	3	2	2	1	0	0	56	0
Belice	38	24	13	3,3	14	12	31	11	19	12	9	5	3	0	0	67	0
Benin	175	139	93	2,2	99	87	106	61	46	40	31	45	22	38	13	35	7
Bhután	127	78	30	5,3	32	27	89	25	43	32	16	20	7	0	0	56	0
Bolivia (Estado Plurinacional de)	121	75	27	5,7	29	24	84	22	41	29	14	13	5	7	4	54	1
Bosnia y Herzegovina	18	10	6	2,9	6	5	16	5	11	7	4	3	1	0	0	69	0
Botswana	51	87	36	4,8	40	33	39	30	25	26	24	17	6	2	1	67	0
Brasil	63	35	14	4,9	16	13	53	13	25	18	8	5	2	42	24	57	7
Brunei Darussalam	13	10	12	-0,6	12	11	10	10	6	5	5	4	2	0	0	47	0
Bulgaria	18	18	7	5,0	8	6	15	6	8	8	4	4	2	0	0	51	0
Burkina Faso	199	179	76	4,7	81	72	99	49	46	41	25	40	20	56	19	33	11
Burundi	174	156	58	5,5	63	54	105	41	40	37	22	62	23	25	9	38	8
Cabo Verde	61	36	19	3,3	21	18	47	17	20	17	12	6	2	0	0	59	0
Camboya	116	107	28	7,4	31	25	85	24	40	35	14	35	5	10	5	52	2
Camerún	137	149	76	3,8	81	71	85	51	40	35	27	35	32	66	24	36	22
Canadá	8	6	5	1,2	5	5	7	4	4	4	3	2	1	2	1	68	0
Chad	212	186	119	2,5	125	112	112	71	52	44	34	53	28	75	22	30	13
Chequia	12	5	3	2,7	4	3	10	3	7	3	2	2	1	0	0	52	0
Chile	19	11	7	2,3	8	7	16	6	9	5	5	3	1	2	1	67	0
China	54	37	9	8,1	9	8	42	7	29	21	4	8	2	146	73	50	40
Chipre	11	7	2	5,7	3	2	10	2	6	4	1	2	1	0	0	57	0
Colombia	35	25	14	3,1	16	13	29	12	18	13	8	5	2	10	6	55	2
Comoras	125	102	67	2,3	73	62	88	51	50	41	32	18	9	2	1	48	0
Congo	90	114	50	4,6	54	46	59	36	27	31	20	37	7	9	3	41	1
Costa Rica	17	13	9	2,2	10	8	14	8	9	8	6	3	2	1	0	67	0
Côte d'Ivoire	155	145	81	3,2	89	73	105	59	49	47	34	31	25	70	30	43	17
Croacia	13	8	5	3,2	5	4	11	4	8	6	3	3	1	0	0	55	0
Cuba	13	9	5	3,0	5	4	11	4	7	4	2	4	2	1	0	41	0
Dinamarca	9	5	4	1,5	5	4	7	4	4	3	3	2	0	0	0	74	0
Djibouti	118	101	59	3,0	64	54	92	50	50	44	32	26	13	1	1	54	0
Dominica	16	15	36	-4,9	38	33	13	33	10	11	28	3	3	0	0	79	0
Ecuador	54	29	14	4,0	16	13	42	12	23	14	7	8	3	5	2	51	1
Egipto	86	47	21	4,4	22	20	63	18	33	23	11	11	4	55	29	53	9
El Salvador	60	33	14	4,9	15	12	46	12	23	15	7	7	4	2	1	49	0
Emiratos Árabes Unidos	17	11	8	2,2	8	7	14	6	8	6	4	5	2	1	0	53	0
Eritrea	153	86	42	4,0	47	36	94	31	35	27	18	45	9	4	2	44	1
Eslovaquia	15	10	6	3,1	6	5	13	5	9	5	3	3	1	0	0	49	0
Eslovenia	10	6	2	5,2	2	2	9	2	6	3	1	2	1	0	0	55	0
España	9	5	3	3,2	3	3	7	3	5	3	2	2	1	1	1	56	0
Estado de Palestina	44	30	20	2,2	22	18	36	17	22	16	11	6	3	3	2	54	0
Estados Unidos	11	8	7	1,4	7	6	9	6	6	5	4	2	1	25	14	54	6
Estonia	18	11	3	7,9	3	2	14	2	10	5	1	5	1	0	0	47	0
Eswatini	71	126	54	4,7	59	49	54	43	21	23	17	11	13	2	1	32	0

TABLA 2. MORTALIDAD EN LA INFANCIA

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)			Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (%) 2000-2018	Tasa de mortalidad de menores de 5 años por género (muertes por cada 1.000 nacidos vivos) 2018		Tasa de mortalidad infantil (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)		Tasa de mortalidad neonatal (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)			Probabilidad de muerte entre los niños de 5 a 14 años (muertes por cada 1.000 niños de 5 años)		Muertes anuales <5 años (miles) 2018	Número anual de muertes neonatales (miles) 2018	Muertes neonatales como proporción del total de muertes de menores de 5 años (%) 2018	Número de muertes entre niños de 5 a 14 años (miles) 2018
	1990	2000	2018		hom-bres	mujeres	1990	2018	1990	2000	2018	1990	2018				
Etiopía	202	142	55	5,2	61	49	120	39	59	49	28	78	12	191	99	52	34
Federación de Rusia	22	19	7	5,5	8	6	18	6	11	10	3	5	2	13	6	44	4
Fiji	29	23	26	-0,7	28	23	24	22	12	9	11	10	5	0	0	42	0
Filipinas	57	38	28	1,6	31	25	40	22	19	17	14	14	5	63	30	47	12
Finlandia	7	4	2	5,1	2	2	6	1	4	2	1	2	1	0	0	55	0
Francia	9	5	4	1,6	4	4	7	3	4	3	3	2	1	3	2	62	1
Gabón	93	85	45	3,5	49	40	60	33	31	29	21	19	14	3	1	48	1
Gambia	167	115	58	3,8	63	54	82	39	49	40	26	36	13	5	2	46	1
Georgia	48	37	10	7,3	11	9	41	9	25	23	6	7	2	1	0	59	0
Ghana	127	99	48	4,1	52	43	80	35	42	36	24	27	12	41	21	51	9
Granada	22	16	15	0,1	17	14	18	14	12	7	10	3	5	0	0	64	0
Grecia	10	6	4	2,0	5	4	9	4	6	4	3	2	1	0	0	56	0
Guatemala	80	52	26	3,8	29	23	59	22	28	21	12	12	4	11	5	47	2
Guinea	236	166	101	2,8	105	96	139	65	62	47	31	49	21	44	14	32	8
Guinea-Bissau	223	175	81	4,2	88	75	132	54	64	55	37	40	16	5	2	46	1
Guinea Ecuatorial	179	157	85	3,4	91	79	121	63	48	45	30	38	18	4	1	36	1
Guyana	60	47	30	2,4	34	26	47	25	31	27	18	6	5	0	0	60	0
Haití	144	103	65	2,6	70	59	100	49	39	30	26	31	12	17	7	40	3
Honduras	58	37	18	4,1	19	16	45	15	22	18	10	9	5	4	2	55	1
Hungría	17	10	4	4,8	5	4	15	4	11	6	2	3	1	0	0	53	0
India	126	92	37	5,1	36	37	89	30	57	45	23	21	6	882	549	62	143
Indonesia	84	52	25	4,1	28	22	62	21	31	23	13	15	6	121	62	51	28
Irán (República Islámica del)	56	34	14	4,8	15	14	44	12	26	19	9	8	3	22	14	62	3
Iraq	54	44	27	2,8	29	24	42	22	26	24	15	9	7	29	17	58	7
Irlanda	9	7	4	3,7	4	3	8	3	5	4	2	2	1	0	0	61	0
Islandia	6	4	2	4,0	2	2	5	2	3	2	1	2	1	0	0	50	0
Islas Cook	24	18	8	4,6	9	7	20	7	13	10	4	5	2	0	0	50	0
Islas Marshall	49	41	33	1,1	37	29	39	27	20	18	15	9	6	0	0	46	0
Islas Salomón	39	30	20	2,3	22	18	31	17	15	13	8	8	4	0	0	42	0
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	12	7	4	3,4	4	3	10	3	6	4	2	2	1	1	0	52	0
Italia	10	6	3	3,4	3	3	8	3	6	3	2	2	1	1	1	64	0
Jamaica	30	22	14	2,4	16	13	25	12	20	17	10	5	3	1	0	71	0
Japón	6	5	2	3,3	3	2	5	2	3	2	1	2	1	2	1	33	1
Jordania	36	27	16	2,9	18	15	30	14	20	16	9	5	3	3	2	59	1
Kazajstán	52	43	10	8,1	11	9	44	9	22	21	6	6	3	4	2	56	1
Kenya	107	106	41	5,3	45	37	68	31	28	28	20	18	10	60	29	48	14
Kirguistán	65	49	19	5,3	21	17	54	17	24	20	13	6	3	3	2	69	0
Kiribati	95	71	53	1,7	57	48	69	41	36	29	23	16	9	0	0	44	0
Kuwait	18	12	8	2,5	9	7	15	7	10	7	4	5	2	0	0	56	0
Lesotho	90	118	81	2,1	88	74	72	66	39	40	35	17	9	5	2	43	0
Letonia	17	14	4	7,2	4	4	13	3	8	7	2	6	1	0	0	51	0
Líbano	32	20	7	5,5	8	7	27	6	20	12	4	8	2	1	1	59	0
Liberia	262	187	71	5,4	76	65	175	53	59	45	24	33	17	11	4	35	2
Libia	42	28	12	4,8	13	11	35	10	21	15	6	8	6	2	1	52	1
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	15	11	4	5,4	4	4	12	3	8	5	2	4	1	0	0	50	0
Luxemburgo	9	5	2	3,8	3	2	7	2	4	2	1	2	0	0	0	60	0
Macedonia del Norte	36	16	10	2,6	11	9	33	9	17	9	7	3	1	0	0	74	0
Madagascar	159	107	54	3,9	58	49	97	38	39	31	21	41	12	45	18	39	8
Malasia	17	10	8	1,5	8	7	14	7	8	5	4	5	3	4	2	55	1
Malawi	239	173	50	6,9	54	45	139	35	50	40	22	40	14	30	14	46	7
Maldivas	86	39	9	8,4	9	8	63	7	39	22	5	12	2	0	0	55	0
Mali	230	188	98	3,6	103	92	120	62	67	51	33	44	26	75	26	34	15
Malta	11	8	7	0,4	8	6	10	6	8	5	5	2	1	0	0	67	0
Marruecos	79	49	22	4,4	25	20	62	19	36	27	14	10	3	15	9	61	2
Mauricio	23	19	16	1,0	17	14	20	14	15	12	9	4	2	0	0	59	0
Mauritania	117	114	76	2,3	81	70	71	52	46	43	33	21	8	11	5	45	1
México	45	26	13	4,0	14	11	36	11	22	13	8	5	2	28	17	59	6
Micronesia (Estados Federados de)	55	54	31	3,1	34	27	43	26	26	25	16	10	6	0	0	53	0

TABLA 2. MORTALIDAD EN LA INFANCIA

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)			Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (%) 2000–2018	Tasa de mortalidad de menores de 5 años por género (muertes por cada 1.000 nacidos vivos) 2018		Tasa de mortalidad infantil (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)		Tasa de mortalidad neonatal (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)			Probabilidad de muerte entre los niños de 5 a 14 años (muertes por cada 1.000 niños de 5 años)		Muertes anuales <5 años (miles) 2018	Número anual de muertes neonatales (miles) 2018	Muertes neonatales como proporción del total de muertes de menores de 5 años (%) 2018	Número de muertes entre niños de 5 a 14 años (miles) 2018
	1990	2000	2018		hom-bres	mu-jeres	1990	2018	1990	2000	2018	1990	2018				
Mónaco	8	5	3	2,6	4	3	6	3	4	3	2	2	1	0	0	50	0
Mongolia	108	64	16	7,6	19	13	77	14	30	24	9	10	4	1	1	53	0
Montenegro	17	14	3	9,5	3	2	15	2	11	9	2	2	1	0	0	63	0
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	241	171	73	4,7	78	68	161	54	60	46	28	60	17	79	31	39	14
Myanmar	115	89	46	3,6	51	42	82	37	48	37	23	31	5	43	22	50	5
Namibia	74	77	40	3,7	43	36	50	29	28	23	16	16	12	3	1	40	1
Nauru	60	42	32	1,5	35	29	46	26	29	25	20	11	6	0	0	60	0
Nepal	140	81	32	5,1	34	30	97	27	58	40	20	29	6	18	11	62	3
Nicaragua	66	37	18	3,8	20	16	51	16	23	16	9	8	4	2	1	51	1
Niger	329	226	84	5,5	87	80	133	48	54	43	25	68	37	83	26	32	26
Nigeria	211	185	120	2,4	127	113	125	76	50	48	36	41	20	866	267	31	110
Niue	13	24	24	0,0	26	21	12	20	7	13	12	4	5	0	0	0	0
Noruega	9	5	3	3,6	3	2	7	2	4	3	1	2	1	0	0	59	0
Nueva Zelanda	11	7	6	1,4	6	5	9	5	4	3	3	3	1	0	0	61	0
Omán	39	16	11	2,0	12	10	32	10	17	7	5	6	2	1	0	45	0
Países Bajos	8	6	4	2,6	4	3	7	3	5	4	2	2	1	1	0	55	0
Pakistán	139	112	69	2,7	74	65	106	57	65	60	42	14	10	409	251	62	46
Palau	35	29	18	2,6	20	16	30	17	19	15	9	7	4	0	0	50	0
Panamá	31	26	15	2,9	17	14	26	13	17	15	8	8	3	1	1	56	0
Papua Nueva Guinea	87	72	48	2,3	52	44	64	38	31	29	22	15	9	11	5	47	2
Paraguay	45	34	20	2,9	22	18	36	17	22	18	11	7	3	3	2	53	0
Perú	81	39	14	5,5	16	13	57	11	28	16	7	11	3	8	4	52	2
Polonia	17	9	4	4,1	5	4	15	4	11	6	3	3	1	2	1	61	0
Portugal	15	7	4	3,6	4	3	12	3	7	3	2	4	1	0	0	54	0
Qatar	21	12	7	3,3	7	6	18	6	11	7	4	4	1	0	0	53	0
Reino Unido	9	7	4	2,4	5	4	8	4	4	4	3	2	1	3	2	60	1
República Árabe Siria	37	23	17	1,9	17	15	30	14	17	12	9	9	12	7	4	51	4
República Centroafricana	180	172	116	2,2	123	110	117	84	52	49	41	32	15	19	7	36	2
República de Corea	15	7	3	4,7	3	3	13	3	7	3	1	5	1	1	1	46	0
República de Moldova	33	31	16	3,8	18	14	28	14	19	21	12	5	2	1	0	74	0
República Democrática del Congo	186	161	88	3,3	95	81	119	68	42	39	28	41	29	296	98	33	70
República Democrática Popular Lao	153	107	47	4,5	52	42	105	38	47	38	23	44	9	8	4	48	1
República Dominicana	60	41	29	1,9	32	26	46	24	24	24	19	8	3	6	4	67	1
República Popular Democrática de Corea	43	60	18	6,6	20	16	33	14	22	27	10	8	4	6	3	53	1
República Unida de Tanzania	166	130	53	5,0	57	49	101	38	40	34	21	30	13	107	44	41	20
Rumania	31	22	7	6,1	8	7	24	6	15	10	3	5	2	1	1	46	0
Rwanda	154	183	35	9,1	38	32	94	27	40	41	16	72	10	13	6	46	3
Saint Kitts y Nevis	31	23	12	3,7	13	11	25	10	19	15	8	5	2	0	0	63	0
Samoa	30	21	16	1,6	17	14	25	14	16	11	8	6	4	0	0	53	0
San Marino	13	6	2	6,3	2	2	12	2	7	3	1	2	1	0	0	-	0
San Vicente y las Granadinas	24	23	16	1,8	18	15	20	15	13	13	10	4	5	0	0	58	0
Santa Lucía	22	18	17	0,4	18	15	19	15	12	11	12	4	2	0	0	75	0
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	108	85	31	5,5	34	28	69	24	26	23	14	20	8	0	0	45	0
Senegal	139	131	44	6,1	48	39	71	32	40	38	21	37	13	23	11	48	6
Serbia	28	13	6	4,6	6	5	24	5	17	8	3	3	1	0	0	61	0
Seychelles	17	14	14	-0,3	16	13	14	12	11	9	9	4	3	0	0	61	0
Sierra Leona	263	234	105	4,4	111	99	156	78	53	51	33	53	21	26	8	32	4
Singapur	8	4	3	1,8	3	3	6	2	4	2	1	2	1	0	0	38	0
Somalia	179	172	122	1,9	127	115	108	77	45	44	38	38	24	73	24	32	11
Sri Lanka	22	17	7	4,4	8	7	19	6	13	10	4	6	2	3	2	60	1
Sudáfrica	59	74	34	4,3	37	31	46	28	20	17	11	8	6	40	13	32	6
Sudán	132	104	60	3,0	65	55	82	42	43	37	29	29	8	80	38	48	9
Sudán del Sur	254	183	99	3,4	103	93	150	64	65	57	40	52	20	38	15	41	6
Suecia	7	4	3	2,3	3	2	6	2	4	2	2	1	1	0	0	56	0
Suiza	8	6	4	1,7	4	4	7	4	4	3	3	2	1	0	0	72	0
Suriname	48	34	19	3,3	21	17	41	17	23	18	10	7	3	0	0	53	0
Tailandia	37	22	9	4,9	10	8	30	8	20	12	5	9	5	7	4	55	4
Tayikistán	102	84	35	4,9	39	31	81	30	31	28	15	12	5	10	4	44	1
Timor-Leste	174	108	46	4,8	50	42	131	39	55	37	20	27	8	2	1	45	0

TABLA 2. MORTALIDAD EN LA INFANCIA

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)			Tasa anual de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (%) 2000–2018	Tasa de mortalidad de menores de 5 años por género (muertes por cada 1.000 nacidos vivos) 2018		Tasa de mortalidad infantil (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)		Tasa de mortalidad neonatal (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)			Probabilidad de muerte entre los niños de 5 a 14 años (muertes por cada 1.000 niños de 5 años)		Muertes anuales <5 años (miles) 2018	Número anual de muertes neonatales (miles) 2018	Muertes neonatales como proporción del total de muertes de menores de 5 años (%) 2018	Número de muertes entre niños de 5 a 14 años (miles) 2018
	1990	2000	2018		hom- bres	muj- eres	1990	2018	1990	2000	2018	1990	2018				
	Togo	145	120	70	3,0	75	64	90	47	43	36	25	37	21	18	6	36
Tokelau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tonga	22	18	16	0,6	14	17	19	13	10	8	7	5	3	0	0	40	0
Trinidad y Tabago	30	29	18	2,5	20	17	27	16	20	18	12	4	2	0	0	63	0
Túnez	55	30	17	3,2	18	15	43	15	29	20	11	7	3	3	2	67	1
Turkmenistán	85	81	46	3,2	52	40	68	39	28	30	21	7	4	6	3	46	0
Turquía	74	38	11	7,1	11	10	55	9	33	19	5	9	2	14	7	52	3
Tuvalu	53	41	24	2,9	27	22	42	21	28	25	16	10	5	0	0	71	0
Ucrania	19	18	9	4,1	10	8	17	7	12	11	5	4	2	4	2	58	1
Uganda	185	148	46	6,4	51	42	109	34	39	32	20	32	15	74	32	44	19
Uruguay	23	17	8	4,5	8	7	20	6	12	8	5	3	2	0	0	60	0
Uzbekistán	72	63	21	6,0	24	18	60	19	31	29	12	6	3	15	8	54	2
Vanuatu	36	29	26	0,5	28	24	29	22	17	13	12	7	5	0	0	44	0
Venezuela (República Bolivariana de)	30	22	25	-0,7	26	23	25	21	13	11	15	4	3	13	8	61	2
Viet Nam	51	30	21	2,0	24	17	37	16	24	15	11	12	3	33	17	51	4
Yemen	126	95	55	3,0	59	51	88	43	43	37	27	20	8	47	23	50	6
Zambia	186	162	58	5,7	63	53	111	40	37	35	23	30	12	36	15	42	6
Zimbabwe	80	105	46	4,5	51	42	52	34	24	23	21	14	13	21	9	45	5

DATOS CONSOLIDADOS

Asia Oriental y el Pacífico	57	40	15	5,4	16	14	43	12	27	20	8	10	3	462	230	50	103
Europa y Asia Central	31	21	9	5,0	10	8	25	8	14	10	5	4	2	96	50	52	17
Europa Oriental y Asia Central	46	36	13	5,7	14	11	37	11	21	17	6	6	2	78	39	51	13
Europa Occidental	10	6	4	2,8	4	3	9	3	6	3	2	2	1	18	11	60	4
América Latina y el Caribe	55	33	16	3,8	18	15	43	14	23	16	9	6	3	172	95	55	30
Oriente Medio y África del Norte	65	42	22	3,7	23	20	50	18	28	21	12	10	4	220	122	56	37
América del Norte	11	8	6	1,4	7	6	9	5	6	5	3	2	1	27	15	55	6
Asia Meridional	130	94	42	4,5	43	41	92	35	59	47	26	20	6	1.475	909	62	211
África Subsahariana	180	153	78	3,8	83	72	107	53	46	41	28	40	18	2.869	1.054	37	518
África Oriental y Meridional	164	136	57	4,8	62	52	101	40	43	38	24	39	13	1.024	441	43	189
África Occidental y Central	197	170	97	3,1	103	90	115	64	48	44	31	40	23	1.845	613	33	330
Países menos adelantados	175	137	64	4,2	69	59	108	46	52	42	26	39	14	1.992	821	41	371
Mundo	93	76	39	3,8	41	36	65	29	37	31	18	15	7	5.322	2.476	47	923

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

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 de mortalidad infantil – Probabilidad de morir desde el nacimiento hasta la edad de 1 año, 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.

Probabilidad de morir entre los niños de 5 a 14 años – Probabilidad de morir entre los 5 y los 14 años expresada por cada 1.000 niños de 5 años.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Tasas de mortalidad de menores de 5 años, lactantes, neonatos y niños de 5 a 14 años – 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: septiembre de 2019.

Muertes de menores de 5 años, muertes neonatales y muertes de 5 a 14 años – 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: septiembre de 2019.

NOTAS

– Datos no disponibles.

TABLA 3. SALUD MATERNA Y NEONATAL

Países y zonas	Esperanza de vida: mujeres 2018	Demanda de planificación familiar satisfecha con los métodos modernos (%) 2013–2018*		Tasa de partos entre las adolescentes 2013–2018*	Nacimientos a los 18 años (%) 2013–2018*	Atención prenatal (%) 2013–2018*			Atención del parto (%) 2013–2018*				Control posnatal de la salud para el recién nacido (%)* 2013–2018*		Mortalidad materna† 2017		
		Mujeres de 15 a 49 años	Mujeres de 15 a 19 años			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 derivada de la maternidad	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida: (1 en X)
							Mujeres de 15 a 49 años	Mujeres de 15 a 19 años	Mujeres de 15 a 49 años	Mujeres de 15 a 19 años							
Afganistán	66	42	21	77	20	59	18	16	51	54	48	3	9	40	7.700	638	33
Albania	80	5	5	17	3	88	78	72	100	100	99	31	86	88	5	15	3.800
Alemania	84	–	–	9	–	100 x	99	–	–	–	99	29 x	–	–	53	7	9.400
Andorra	–	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	64	30	15	163	38	82	61	56	50	50	46	4	21	23	3.000	241	69
Anguila	–	–	–	40 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua y Barbuda	78	–	–	67 x	–	100 x	100	–	100	–	–	–	–	–	1	42	1.200
Arabia Saudita	77	–	–	7 x	–	97 x	–	–	98	–	–	–	–	–	100	17	2.300
Argelia	78	77	–	10	1	93	67	–	97	–	97	16	–	–	1.200	112	270
Argentina	80	–	–	65	12 x	98 x	90 x	85 x	100	–	99	29 x	–	–	290	39	1.100
Armenia	78	37	–	24	1	100	96	93	100	100	99	18	98	97	11	26	2.000
Australia	85	–	–	10	–	98 x	92 x	–	–	–	99	31 x	–	–	20	6	8.200
Austria	84	–	–	7	–	–	–	–	99	–	99	24 x	–	–	4	5	13.500
Azerbaiyán	75	22 x	13 x	53	4 x	92 x	66 x	40 x	100	93 x	93 x	20 x	–	83 x	44	26	1.700
Bahamas	76	–	–	32 x	–	98 x	85	–	98	–	–	–	–	–	4	70	820
Bahrein	78	–	–	14	–	100 x	100	–	100	–	98 x	–	–	–	3	14	3.000
Bangladesh	74	73	68	78	36	64	31	32	42	42	37	23	32	36	5.100	173	250
Barbados	80	70 x	–	50 x	7 x	93 x	88 x	–	99	–	100 x	21 x	98 x	97 x	1	27	2.400
Belarús	79	74 x	–	16	3 x	100 x	100 x	95 x	100	100 x	100 x	25 x	100 x	100 x	3	2	23.800
Bélgica	84	–	–	6	–	–	–	–	–	–	–	18 x	–	–	6	5	11.200
Belice	78	66	47	64	17	97	93	92	97	97	96	34	96	96	3	36	1.100
Benin	63	26	13	94	19	83	52	52	78	77	84	5	64	66	1.600	397	49
Bhután	72	85 x	–	28 x	15 x	98 x	85	66 x	75 x	40 x	74 x	12 x	30 x	41 x	24	183	250
Bolivia (Estado Plurinacional de)	74	50	–	71	20 x	96	86	69 x	85 x	76 x	88	33	–	–	380	155	220
Bosnia y Herzegovina	80	22 x	–	11	–	87 x	84 x	–	100	–	100 x	14 x	–	–	3	10	8.200
Botswana	72	–	–	50	–	94 x	73 x	–	99 x	–	100	–	–	–	81	144	220
Brasil	79	89 x	–	59	–	97	91	–	99	–	99	56	–	–	1.700	60	940
Brunei Darussalam	77	–	–	11	–	99 x	93 x	–	100	–	100 x	–	–	–	2	31	1.700
Bulgaria	79	–	–	38	5	–	–	–	100	–	94	36	–	–	6	10	7.000
Burkina Faso	62	56	51	132	28 x	93	47	32 x	80	75 x	82	4	33	74	2.400	320	57
Burundi	63	38	55	58	13	99	49	52	85	91	84	4 x	8 x	51	2.400	548	33
Cabo Verde	76	73 x	68 x	80 x	22 x	98 x	72 x	–	92	–	76 x	11 x	–	–	6	58	670
Camboya	72	57	46	57	7	95	76	71	89	91	83	6	79	90	590	160	220
Camerún	60	47	39	119	28	83	59	51	65	66	61	2	69	65	4.700	529	40
Canadá	84	–	–	8	–	100 x	99 x	–	100 x	–	98 x	26 x	–	–	40	10	6.100
Chad	55	20	9	179	51	55	31	33	20	27	22	1	5	16	7.300	1.140	15
Chequia	82	86 x	–	12	–	–	–	–	100 x	–	100	20 x	–	–	4	3	17.900
Chile	82	–	–	33	–	–	–	–	100	–	100	50 x	–	–	29	13	4.600
China	79	97 x	–	9	–	100	81	–	100	–	100	41	63	64	4.900	29	2.100
Chipre	83	–	–	4	–	99 x	–	–	–	–	97	–	–	–	1	6	11.000
Colombia	80	87	72	75	20	97	90	86	99	96	99	46	7 x	1	610	83	630
Comoras	66	29 x	20 x	70 x	17 x	92 x	49 x	38 x	82 x	82 x	76 x	10 x	14 x	49 x	72	273	83
Congo	66	43	28	111	26	94	79	77	94	92	92	5	86	80	650	378	58
Costa Rica	83	89 x	–	53	13	98 x	90 x	88 x	99	98 x	99	22	–	–	19	27	1.900
Côte d'Ivoire	59	39	–	123	25	93	51	47	74	76	70	3	83	80	5.400	617	34
Croacia	81	–	–	10	–	–	98	–	100	–	–	24	–	–	3	8	9.100
Cuba	81	89	73	52	6	99	98	99	99	97	100	40	98	99	42	36	1.800
Dinamarca	83	–	–	3	–	–	–	–	–	–	–	21 x	–	–	2	4	16.200
Djibouti	69	–	–	21 x	–	88 x	23 x	–	87 x	–	87 x	11 x	–	–	51	248	140
Dominica	–	–	–	48 x	–	100 x	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	80	79 x	–	111 x	–	84 x	58 x	–	96	–	93	46	–	–	200	59	640
Egipto	74	80	64	56	7	90	83	88	92	93	87	52	14	82	960	37	730
El Salvador	78	80	70	69 x	18	96	90	90	98	99	98	32	97	94	54	46	960
Emiratos Árabes Unidos	79	–	–	5	–	100 x	–	–	100 x	–	100 x	–	–	–	3	3	17.900
Eritrea	68	21 x	6 x	76 x	19 x	89 x	57 x	–	34 x	–	34 x	3 x	–	5 x	510	480	46
Eslovaquia	81	–	–	26	–	97 x	–	–	99 x	–	–	24 x	–	–	3	5	12.600
Eslovenia	84	–	–	4	–	100 x	–	–	100 x	–	100 x	–	–	–	1	7	9.300
España	86	–	–	8	–	–	–	–	–	–	–	26 x	–	–	14	4	21.500
Estado de Palestina	76	65	35	48	22	99	96	96	100	100	99	20	94	91	39	27	880
Estados Unidos	81	77	–	19	–	–	97 x	–	99	–	–	31 x	–	–	720	19	3.000
Estonia	83	–	–	11	–	–	97	–	100 x	–	99	–	–	–	1	9	6.900
Eswatini	64	83	–	87	17	99	76	68	88	89	88	12	90	88	130	437	72

TABLA 3. SALUD MATERNA Y NEONATAL

Países y zonas	Esperanza de vida: mujeres 2018	Demanda de planificación familiar satisfecha con los métodos modernos (%) 2013-2018*		Tasa de partos entre las adolescentes 2013-2018*	Nacimientos a los 18 años (%) 2013-2018*	Atención prenatal (%) 2013-2018*			Atención del parto (%) 2013-2018*				Control posnatal de la salud para el recién nacido (%)* 2013-2018*		Mortalidad materna† 2017		
		Mujeres de 15 a 49 años	Mujeres de 15 a 19 años			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 derivada de la maternidad	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida: (1 en X)
							Mujeres de 15 a 49 años	Mujeres de 15 a 19 años	Mujeres de 15 a 49 años	Mujeres de 15 a 19 años							
Tonga	73	48 x	—	30 x	2 x	99 x	70 x	—	96 x	—	98 x	17 x	—	—	1	52	540
Trinidad y Tabago	76	58 x	61 x	38 x	—	95 x	100	—	100	—	98 x	22 x	—	92 x	12	67	840
Túnez	79	73 x	—	7 x	1 x	98 x	85 x	—	74 x	—	99 x	27 x	98 x	92 x	90	43	970
Turkmenistán	72	76	11	28	1	100	96	98	100	100	100	6	100	100	10	7	4.400
Turquía	80	60	30	23	6	97	89	57 x	97	98	97	48	72	88	220	17	2.800
Tuvalu	—	41 x	—	28 x	3 x	97 x	67 x	—	93 x	—	93 x	7 x	—	—	—	—	—
Ucrania	77	68 x	—	23	4 x	99 x	87 x	87 x	99 x	99 x	99 x	12 x	99 x	96 x	83	19	3.700
Uganda	65	54	—	132	28	97	60	59	74	80	73	5 x	11 x	54	6.000	375	49
Uruguay	81	—	—	36	—	97	77	44 x	100	100 x	100	30	—	—	8	17	2.900
Uzbekistán	74	—	—	30 x	2 x	99	—	—	100	—	100	14	—	—	200	29	1.200
Vanuatu	72	51	—	78 x	13	76	52	—	89	—	89	12	—	—	6	72	330
Venezuela (República Bolivariana de)	76	—	—	95 x	24	98	84	—	100	—	99	52	—	—	670	125	330
Viet Nam	79	70	60	30 x	5	96	74	55	94	87	94	28	89	90	700	43	1.100
Yemen	68	38	22	67 x	17	60	25	30	45	52	30	5	11	20	1.400	164	150
Zambia	66	62	57	141 x	31	96	56	52	63	73	67	4	16	63	1.300	213	93
Zimbabwe	63	85	77	78	22	93	76	73	78	81	77	6	73	57	2.100	458	55
DATOS CONSOLIDADOS																	
Asia Oriental y el Pacífico	79	86	—	21	—	97	80	—	96	—	91	32	69	72	21.000	69	790
Europa y Asia Central	81	77	—	17	—	—	—	—	99	—	98	—	—	—	1.400	13	4.300
Europa Oriental y Asia Central	78	69	—	26	—	96	—	—	99	—	97	28	—	—	1.200	19	2.600
Europa Occidental	84	83	—	8	—	—	—	—	99	—	99	—	—	—	260	5	11.900
América Latina y el Caribe	79	83	—	63	—	97	91	—	94	—	94	44	—	—	7.800	74	630
Oriente Medio y África del Norte	76	68	—	40	9	87	68	—	89	—	82	32	—	—	5.800	57	570
América del Norte	82	83	—	19	—	—	—	—	99	—	—	—	—	—	760	18	3.100
Asia Meridional	71	67	—	26	12	79	49	49	77	78	72	18	34	62	57.000	163	240
África Subsahariana	63	53	—	103	26	81	53	50	59	61	57	5	30	46	200.000	533	38
África Oriental y Meridional	66	62	—	92	25	85	53	49	62	67	56	7	34	40	70.000	384	58
África Occidental y Central	59	41	—	115	28	78	54	51	57	54	58	4	28	52	131.000	674	28
Países menos adelantados	72	58	—	91	25	80	47	44	61	60	54	7	31	42	130.000	415	56
Mundo	75	76	—	44	15	86	65	56	81	76	76	21	45	61	295.000	211	190

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

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 que prevalecen en la sección transversal de la población en el momento de su nacimiento.

Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos – Porcentaje de mujeres (15-19 y 15-49) que tienen sus necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos.

Tasa de partos entre las adolescentes – Número de nacimientos por cada 1.000 niñas adolescentes 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 han tenido un parto con vida en un período reciente, por lo general dos años para las MICS y cinco años para las DHS.

Atención prenatal (al menos una visita) – Porcentaje de 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 (al menos cuatro visitas) – Porcentaje de mujeres (de 15 a 19 años y de 15 a 49 años) atendidas por cualquier proveedor al menos cuatro veces.

Asistentes de partos calificados – Porcentaje de partos de madres de 15 a 19 años de edad y de 15 a 49 años de edad, atendidos por personal sanitario calificado (por lo general, un médico, una enfermera o una partera).

Partos en instituciones – Proporción de 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 5% 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 últimos 2 años que recibieron un control de salud a los 2 días después del parto. Nota: Para las MICS, los controles de salud se refieren a un control en el establecimiento o en el hogar después del parto o de una visita posnatal.

Control posnatal de la salud para la madre – Porcentaje de 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.

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.

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.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Esperanza de vida – División de Población de las Naciones Unidas. Última actualización: julio de 2019.

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), sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS), las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), las Encuestas de Salud Reproductiva, otras encuestas nacionales, y los Sistemas Nacionales de Información sobre la Salud. Última actualización: marzo de 2019.

Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (mujeres de 15 a 19 años) – Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS), las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), las Encuestas de Salud Reproductiva, otras encuestas nacionales, y los Sistemas Nacionales de Información sobre la Salud (SIS). Última actualización: febrero de 2019.

Tasa de partos entre las adolescentes – División de Población de las Naciones Unidas. Última actualización: julio de 2019.

Nacimientos a los 18 años – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: mayo de 2019.

Atención prenatal (al menos una visita) – DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: mayo de 2019.

Atención prenatal (al menos cuatro visitas) para mujeres de 15 a 19 años – Centro Internacional para la Equidad en Salud, Universidad Federal de Pelotas, Brasil, basado en Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y otras encuestas nacionales. Última actualización: agosto de 2019.

Asistente de partos capacitada – Base de datos conjunta UNICEF/OMS SBA, basada en DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares, así como en datos administrativos nacionales. Última actualización: febrero de 2019.

Asistente de partos capacitada (mujeres de 15 a 19 años) – Centro Internacional para la Equidad en la Salud, Universidad Federal de Pelotas, Brasil, basado en las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y otras encuestas nacionales. Última actualización: agosto de 2019.

Ejecución institucional – DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: mayo de 2019.

Cesárea – DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: mayo de 2019.

Examen de la salud postnatal de recién nacidos y madres – DHS, MICS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: mayo de 2019.

Número de defunciones 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: septiembre de 2019.

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad – Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad de las Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas). Última actualización: septiembre de 2019.

Riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida – Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad de las Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas). Última actualización: septiembre de 2019.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales. No se presentan las estimaciones de los años anteriores a 2000.
- + El método de recopilación de datos para este indicador varía de una encuesta a otra y puede afectar la comparabilidad de las estimaciones de cobertura. Para una explicación detallada, véase la nota general sobre los datos en la página 180.
- † Las estimaciones de mortalidad materna proceden de las estimaciones interinstitucionales de mortalidad materna de las Naciones Unidas de 2019. 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 nivel internacional que abordan los problemas bien documentados de la presentación de informes insuficientes y la clasificación errónea de los datos relativos a la mortalidad materna.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

TABLA 4. SALUD INFANTIL

Países y zonas	Cobertura de intervención															
	Inmunización para enfermedades que se pueden evitar con vacunas (%) 2018 ^b										Neumonía 2013–2018*	Diarrea 2013–2018*	Paludismo 2013–2018*			
	BCG	DTP1 ^b	DTP3 ^b	Polio3	MCV1	MCV2 ^a	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protección al nacer contra el tétanos ^a	Búsqueda de atención para niños con síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) (%)	Tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO) (%)	Búsqueda de atención para niños con fiebre (%)	Niños que duermen bajo un MTI (%)	Hogares con por lo menos un MTI (%)
Afganistán	78	73	66	73	64	39	66	66	60	65	68	62	46	63	5	26
Albania	99	99	99	99	94	96	99	99	–	98	95	82	35	60	–	–
Alemania	–	98	93	93	97	93	87	92	68	84	–	–	–	–	–	–
Andorra	–	99	99	99	99	95	98	99	–	94	–	–	–	–	–	–
Angola	86	67	59	56	50	35	59	59	65	67	78	49	43	51	22	31
Anguila	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua y Barbuda	–	99	95	94	96	95	95	95	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	98	96	96	98	98	97	97	96	97	98	–	–	–	–	–	–
Argelia	99	96	91	91	80	77	91	91	–	91	98	66	25	–	–	–
Argentina	93	91	86	84	94	89	86	86	80	88	–	94 x	18 x	–	–	–
Armenia	99	96	92	92	95	96	92	92	93	92	–	57 x	37	71	–	–
Australia	–	98	95	95	95	93	95	94	87	95	–	–	–	–	–	–
Austria	–	90	85	85	94	84	85	85	61	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaiyán	97	96	95	96	96	96	95	95	–	95	–	36 x	11 x	–	1 x	–
Bahamas	–	94	90	90	89	69	90	90	70	90	100	–	–	–	–	–
Bahrein	–	99	99	99	99	99	99	99	98	98	98	–	–	–	–	–
Bangladesh	99	99	98	98	97	93	98	98	–	97	98	42	77	55	–	–
Barbados	–	96	95	94	85	74	95	95	–	89	–	–	–	–	–	–
Belarús	98	97	97	98	97	98	98	9	–	–	–	93 x	45 x	–	–	–
Bélgica	–	99	98	98	96	85	97	97	87	94	–	–	–	–	–	–
Belice	99	97	96	96	97	91	96	96	–	–	91	67	55	71	–	–
Benin	89	84	76	75	71	–	76	76	–	73	85	46	22	53	70	85
Bhután	99	98	97	97	97	91	97	97	–	–	89	74 x	61 x	–	–	–
Bolivia (Estado Plurinacional de)	90	89	83	83	89	38	83	83	87	83	87	62 x	22 x	–	–	–
Bosnia y Herzegovina	95	89	73	73	68	76	80	62	–	–	–	87 x	36 x	–	–	–
Botswana	98	98	95	96	97	74	95	95	87	91	93	14 x	43 x	75 x	31 x	53 x
Brasil	90	87	83	85	84	69	83	83	80	84	94	50 x	–	–	–	–
Brunei Darussalam	99	99	99	99	99	98	99	99	–	–	96	–	–	–	–	–
Bulgaria	96	94	92	92	93	87	85	92	31	88	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	98	95	91	91	88	71	91	91	91	91	92	52	40	74	54	75
Burundi	91	94	90	90	88	77	90	90	92	90	90	63	36	70	40	46
Cabo Verde	96	99	98	98	99	88	99	99	–	–	92	–	–	–	–	–
Camboya	93	94	92	90	84	70	92	92	–	84	93	69	35	61	4 x	5 x
Camerún	88	86	79	78	71	–	79	79	78	79	85	28	16	33	55	71
Canadá	–	95	91	91	90	87	71	91	79	81	–	–	–	–	–	–
Chad	59	55	41	44	37	–	41	41	–	–	78	26	20	23	36	77
Chequia	–	98	96	94	96	84	94	94	–	–	–	–	–	–	–	–
Chile	96	99	95	95	93	93	95	95	–	93	–	–	–	–	–	–
China	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	–	99	99	97	90	88	97	97	–	81	–	–	–	–	–	–
Colombia	89	92	92	92	95	88	92	92	90	94	95	64 x	54 x	54 x	–	3 x
Comoras	94	96	91	94	90	–	91	91	–	–	85	38 x	38 x	45 x	41 x	59 x
Congo	81	79	75	75	75	–	75	75	72	73	85	28	27	51	61	66
Costa Rica	92	95	94	94	94	93	98	94	–	96	–	77 x	40 x	–	–	–
Côte d'Ivoire	98	95	82	82	71	–	82	82	59	81	85	44	17	45	60	76
Croacia	98	98	93	94	93	95	93	94	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	99	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	93	61	93	–	–
Dinamarca	–	97	97	97	95	90	–	97	–	96	–	–	–	–	–	–
Djibouti	93	91	84	84	86	81	84	84	87	84	98	94 x	94 x	–	20 x	32 x
Dominica	95	99	94	94	84	81	94	94	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	90	86	85	85	83	74	85	85	85	85	88	–	46 x	–	–	–
Egipto	95	96	95	95	94	94	95	95	–	–	86	68	28	68	–	–
El Salvador	81	82	81	83	81	85	81	81	82	75	92	80	70	–	–	–
Emiratos Árabes Unidos	95	99	99	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–
Eritrea	97	97	95	95	99	88	95	95	96	95	99	45 x	43 x	–	20 x	71 x
Eslovaquia	–	99	96	96	96	97	96	96	–	96	–	–	–	–	–	–
Eslovenia	–	97	93	93	93	94	–	93	–	60	–	–	–	–	–	–
España	–	97	93	93	97	94	94	94	–	93	–	–	–	–	–	–
Estado de Palestina	99	99	99	99	99	99	99	99	99	96	–	77	32	–	–	–
Estados Unidos	–	97	94	93	92	94	91	92	73	92	–	–	–	–	–	–
Estonia	92	93	92	92	87	88	93	92	85	–	–	–	–	–	–	–
Eswatini	98	96	90	90	89	75	90	90	90	88	88	60	84	63	2 x	10 x
Etiopía	85	85	72	67	61	–	72	72	79	67	93	31	30	35	45	64

TABLA 4. SALUD INFANTIL

Países y zonas	Cobertura de intervención															
	Inmunización para enfermedades que se pueden evitar con vacunas (%) 2018 ^b										Neumonía 2013-2018*	Diarrea 2013-2018*	Paludismo 2013-2018*			
	BCG	DTP1 ^b	DTP3 ^b	Polio3	MCV1	MCV2 ^a	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protección al nacer contra el tétanos ^a	Búsqueda de atención para niños con síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) (%)	Tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO) (%)	Búsqueda de atención para niños con fiebre (%)	Niños que duermen bajo un MTI (%)	Hogares con por lo menos un MTI (%)
Federación de Rusia	95	97	97	96	98	97	97	-	-	82	-	-	-	-	-	-
Fiji	99	99	99	99	94	94	99	99	99	99	96	-	-	-	-	-
Filipinas	75	66	65	66	67	40	65	65	-	43	90	67	45	55	-	-
Finlandia	-	99	91	91	96	93	-	91	82	88	-	-	-	-	-	-
Francia	-	99	96	96	90	80	90	95	-	92	-	-	-	-	-	-
Gabón	87	78	70	64	59	-	70	70	-	-	85	68 x	26 x	67 x	39 x	36 x
Gambia	94	94	93	93	91	71	93	93	93	93	92	68	59	83	62	79
Georgia	97	99	93	93	98	96	93	93	79	81	-	74 x	40 x	-	-	-
Ghana	98	97	97	98	92	83	97	97	94	96	89	56	49	77	52	68
Granada	-	98	96	96	84	74	96	96	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	-	99	99	99	97	83	96	99	20	96	-	-	-	-	-	-
Guatemala	88	94	86	85	87	76	86	86	87	85	90	52	49	50	-	-
Guinea	72	63	45	45	48	-	45	45	-	-	80	83	55	62	27	44
Guinea-Bissau	91	89	88	89	86	-	88	88	88	88	83	34	35	51	81	90
Guinea Ecuatorial	63	44	25	27	30	-	25	25	-	-	70	54 x	40 x	62 x	23 x	38 x
Guyana	99	99	95	94	98	84	95	95	91	91	99	84	43	71	7	5
Haití	83	84	64	64	69	38	64	64	58	1	81	37	39	40	18	31
Honduras	94	94	90	90	89	94	90	90	91	90	99	64 x	60 x	62 x	-	-
Hungría	99	99	99	99	99	99	-	99	-	99	-	-	-	-	-	-
India	92	92	89	89	90	80	89	89	35	6	90	78	51	73	5	1
Indonesia	81	85	79	80	75	67	79	79	-	8	85	92	36	90	3 x	3 x
Irán (República Islámica del)	99	99	99	99	99	98	99	99	-	-	95	76 x	61 x	-	-	-
Iraq	95	92	84	71	83	81	84	84	60	32	75	44	25	75	-	-
Irlanda	-	98	94	94	92	-	94	94	89	90	-	-	-	-	-	-
Islandia	-	97	91	91	93	95	-	91	-	90	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	99	99	99	99	99	99	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	98	97	81	80	83	61	84	72	42	67	-	-	38 x	63 x	-	-
Islas Salomón	83	86	85	85	93	54	85	85	-	84	85	79	37	62	70	86
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	-	99	98	98	98	96	97	98	81	94	-	-	-	-	-	-
Italia	-	98	95	95	93	89	95	94	19	92	-	-	-	-	-	-
Jamaica	93	99	97	98	89	82	97	98	-	-	90	82 x	64 x	-	-	-
Japón	99	99	99	97	97	93	-	99	-	98	-	-	-	-	-	-
Jordania	94	98	96	92	92	96	96	96	93	-	90	72	44	68	-	-
Kazajstán	95	99	98	98	99	98	98	98	-	95	-	81 x	62 x	-	-	-
Kenya	95	97	92	81	89	45	92	92	78	81	88	66	54	72	56	59
Kirguistán	97	98	94	92	96	96	92	92	-	92	-	60	33	56	-	-
Kiribati	89	98	95	93	84	79	95	95	97	94	-	81 x	62 x	27 x	-	-
Kuwait	99	99	99	99	99	99	99	99	3	99	99	-	-	-	-	-
Lesotho	98	98	93	90	90	82	93	93	70	93	85	63	53	61	-	-
Letonia	95	97	96	96	98	94	96	96	79	82	-	-	-	-	-	-
Libano	-	96	83	81	82	63	80	85	-	82	-	74 x	44 x	-	-	-
Liberia	92	99	84	84	91	-	84	84	74	84	89	51	60	78	44	62
Libia	99	98	97	97	97	96	97	97	97	96	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	96	95	92	92	92	92	93	92	1	82	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	-	99	99	99	99	90	96	99	89	96	-	-	-	-	-	-
Macedonia del Norte	97	97	91	91	83	97	91	91	-	-	-	93 x	62 x	-	-	-
Madagascar	70	81	75	76	62	-	75	75	78	75	78	41	15	46	73	80
Malasia	98	99	99	99	96	99	99	99	-	-	92	-	-	-	-	-
Malawi	92	96	92	91	87	72	92	92	90	92	89	78	65	54	68	82
Maldivas	99	99	99	99	99	99	99	99	-	-	99	22 x	75	86	-	-
Mali	83	82	71	73	70	-	71	71	55	68	85	71	21	53	73	85
Malta	-	99	97	97	96	95	98	97	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	88	70 x	22 x	-	-	-
Mauricio	99	98	97	98	99	99	97	97	95	96	95	-	-	-	-	-
Mauritania	90	89	81	81	78	-	81	81	76	77	80	34	25	35	18	49
México	96	90	88	88	97	99	55	88	77	88	96	73	61	-	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	80	97	75	75	73	48	83	59	52	67	-	-	-	-	-	-
Mónaco	89	99	99	99	87	79	99	99	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	99	99	99	99	99	98	99	99	-	26	-	70	42	-	-	-
Montenegro	83	95	87	87	58	83	73	87	-	-	-	89 x	16 x	74	-	-

TABLA 4. SALUD INFANTIL

Países y zonas	Cobertura de intervención															
	Inmunización para enfermedades que se pueden evitar con vacunas (%) 2018 ^b										Neumonía 2013–2018*	Diarrea 2013–2018*	Paludismo 2013–2018*			
	BCG	DTP1 ^b	DTP3 ^b	Polio3	MCV1	MCV2 ^a	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protección al nacer contra el tétanos ^a	Búsqueda de atención para niños con síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) (%)	Tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO) (%)	Búsqueda de atención para niños con fiebre (%)	Niños que duermen bajo un MTI (%)	Hogares con por lo menos un MTI (%)
Montserrat	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mozambique	95	90	80	80	85	59	80	80	80	80	86	57	46	69	73	82
Myanmar	90	95	91	91	93	87	91	91	–	91	90	58	62	65	19	27
Namibia	94	94	89	84	82	50	89	89	92	61	88	68	72	63	6	24
Nauru	99	99	90	90	99	94	90	90	–	–	–	69 x	23 x	51 x	–	–
Nepal	96	96	91	91	91	69	91	91	–	82	89	85	37	80	–	–
Nicaragua	98	99	98	99	99	95	98	98	98	98	90	58 x	65 x	–	–	–
Niger	87	91	79	79	77	48	79	79	79	79	81	59	41	75	96	87
Nigeria	53	70	57	57	65	–	57	57	–	57	60	73	40	72	49	65
Niue	99	99	99	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–
Noruega	–	99	96	96	96	93	–	96	93	94	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelanda	–	95	93	93	92	90	93	92	86	96	–	–	–	–	–	–
Omán	99	99	99	99	99	99	99	99	–	99	99	56	59	–	–	–
Países Bajos	–	97	93	93	93	89	92	93	–	93	–	–	–	–	–	–
Pakistán	86	83	75	75	76	67	75	75	58	79	85	84	37	81	0	4
Palau	–	99	95	98	90	75	98	92	93	89	–	–	–	–	–	–
Panamá	99	96	88	88	98	99	88	88	95	92	–	82	52	–	–	–
Papua Nueva Guinea	69	67	61	67	61	–	61	61	–	43	70	63	30	48	–	69
Paraguay	91	91	88	88	93	83	88	88	91	94	95	89	28	86	–	–
Perú	81	90	84	83	85	66	84	84	85	82	95	62	32	61	–	–
Polonia	92	98	95	87	93	92	91	95	–	60	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	99	99	99	99	96	98	99	–	98	–	–	–	–	–	–
Qatar	99	99	98	98	99	95	98	98	95	98	–	–	–	–	–	–
Reino Unido	–	98	94	94	92	88	–	94	91	92	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	79	67	47	53	63	54	47	48	–	–	91	77 x	50 x	–	–	–
República Centroafricana	74	69	47	47	49	–	47	47	–	47	60	30 x	16 x	–	36 x	47 x
República de Corea	98	98	98	98	98	97	98	98	–	97	–	–	–	–	–	–
República de Moldova	96	96	93	94	93	96	94	92	75	94	–	79 x	42 x	–	–	–
República Democrática del Congo	83	82	81	79	80	–	81	81	–	81	85	42	39	55	56	70
República Democrática Popular Lao	79	73	68	67	69	57	68	68	–	56	90	40	56	58	50	61
República Dominicana	99	99	94	89	95	31	92	90	82	70	99	73	48	65	–	–
República Popular Democrática de Corea	96	99	97	99	98	99	97	97	–	–	98	86	74	–	–	–
República Unida de Tanzania	99	99	98	91	99	84	98	98	98	98	90	55	45	75	55	78
Rumania	96	94	86	86	90	81	93	86	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	97	98	97	97	99	96	97	97	98	97	95	54	28	56	68	84
Saint Kitts y Nevis	97	99	97	97	96	96	98	98	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	62	56	34	31	31	13	34	34	–	–	–	78	63	59	–	–
San Marino	–	94	90	93	89	84	78	91	–	58	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	99	99	97	99	99	99	97	97	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	99	99	95	95	86	68	95	95	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	96	97	95	95	95	76	95	95	95	95	99	69	49	66	61	78
Senegal	83	83	81	81	82	63	82	82	80	81	95	60	28	51	61	84
Serbia	98	98	96	96	92	90	91	96	–	48	–	90 x	36 x	–	–	–
Seychelles	97	99	99	99	96	97	99	99	99	16	100	–	–	–	–	–
Sierra Leona	90	98	90	90	80	55	90	90	92	90	90	74	78	70	60	71
Singapur	98	98	96	96	95	84	96	96	–	82	–	–	–	–	–	–
Somalia	37	52	42	47	46	–	42	42	–	–	67	13 x	13 x	–	11 x	12 x
Sri Lanka	99	99	99	99	99	99	99	99	–	–	99	52	54	92	3 x	6
Sudáfrica	70	81	74	74	70	50	74	74	70	73	90	88	51	68	–	–
Sudán	88	97	93	93	88	72	93	93	94	93	80	48	20	–	30 x	25 x
Sudán del Sur	52	58	49	50	51	–	49	49	–	–	68	48 x	39 x	57	46	66
Suecia	26	99	97	97	97	95	92	97	–	97	–	–	–	–	–	–
Suiza	–	97	96	96	96	89	72	95	–	85	–	–	–	–	–	–
Suriname	–	95	95	95	98	39	95	95	–	–	93	76 x	42 x	–	43 x	61 x
Tailandia	99	99	97	97	96	87	97	–	–	–	98	80	73	76	–	–
Tayikistán	99	98	96	96	98	97	96	96	96	–	–	69	62	44	1 x	2 x
Timor-Leste	95	92	83	83	77	54	83	83	–	–	83	71	70	58	55	64
Togo	83	92	88	66	85	–	88	88	89	88	83	49	19	56	70	85
Tokelau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tonga	88	86	81	83	85	85	81	81	–	–	–	–	–	64 x	–	–
Trinidad y Tabago	–	99	99	99	90	92	99	99	–	99	–	74 x	45 x	–	–	–

TABLA 4. SALUD INFANTIL

Países y zonas	Cobertura de intervención															
	Inmunización para enfermedades que se pueden evitar con vacunas (%) 2018 ^β											Neumonía 2013–2018*	Diarrea 2013–2018*	Paludismo 2013–2018*		
	BCG	DTP1 ^β	DTP3 ^β	Polio3	MCV1	MCV2 ^α	HepB3	Hib3	Rota	PCV3	Protección al nacer contra el tétanos ^α	Búsqueda de atención para niños con síntomas de infección respiratoria aguda (IRA) (%)	Tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO) (%)	Búsqueda de atención para niños con fiebre (%)	Niños que duermen bajo un MTI (%)	Hogares con por lo menos un MTI (%)
Túnez	92	98	97	97	96	99	97	97	–	–	96	60 x	65 x	–	–	–
Turkmenistán	98	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	59	47	59	–	–
Turquía	96	99	98	98	96	87	98	98	–	97	95	–	–	–	–	–
Tuvalu	99	99	89	89	88	81	89	89	–	–	–	–	44 x	79 x	–	–
Ucrania	90	65	50	48	91	90	52	39	–	–	–	92 x	59 x	–	–	–
Uganda	88	99	93	88	86	–	93	93	36	92	85	80	47	81	62	78
Uruguay	98	96	91	91	97	91	91	91	–	93	–	91	–	–	–	–
Uzbekistán	96	99	98	98	96	99	98	98	84	96	–	68 x	28 x	–	–	–
Vanuatu	94	93	85	85	75	–	85	85	–	–	78	72	48	57	51	83
Venezuela (República Bolivariana de)	92	84	60	53	74	39	60	60	–	–	70	72 x	38 x	–	–	–
Viet Nam	95	78	75	90	97	90	75	75	–	–	94	81	51	–	9 x	10 x
Yemen	64	75	65	59	64	46	65	65	64	64	70	34	25	33	–	–
Zambia	91	94	90	90	94	65	90	90	91	90	85	70	64	75	41	68
Zimbabwe	95	94	89	89	88	78	89	89	90	89	87	51	41	50	9	48

DATOS CONSOLIDADOS

Asia Oriental y el Pacífico	93	93	91	92	92	87	88	35	1	14	89**	–	–	–	–	–
Europa y Asia Central	93	97	94	93	95	91	84	76	24	77	–	–	–	–	–	–
Europa Oriental y Asia Central	96	96	93	93	96	94	94	61	16	72	–	–	–	–	–	–
Europa Occidental	69	98	95	94	94	88	71	94	35	84	–	–	–	–	–	–
América Latina y el Caribe	91	90	85	85	89	78	78	85	73	79	92	–	–	–	–	–
Oriente Medio y África del Norte	93	94	90	88	89	87	90	90	32	39	87	59	28	–	–	–
América del Norte	–	97	94	93	92	93	89	92	74	91	–	–	–	–	–	–
Asia Meridional	91	91	87	87	87	78	87	87	36	29	89	75	50	73	4	2
África Subsahariana	79	84	76	74	74	26	76	76	50	72	81	57	38	60	53	68
África Oriental y Meridional	86	88	81	78	77	40	81	81	74	77	86	56	40	60	51	67
África Occidental y Central	73	79	70	70	71	12	70	70	28	67	76	58	36	61	55	70
Países menos adelantados	86	87	80	79	78	40	80	80	50	76	86	51	42	57	51	64
Mundo	89	90	86	85	86	69	84	72	35	47	86**	68	44	67	–	–

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

BCG – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron el bacilo Calmette–Guérin (vacuna contra la tuberculosis).

DPT1 – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron su primera dosis de la vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos.

DPT3 – 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.

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 a 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 (SRO) – 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 empaquetados de SRO).

Búsqueda de atención para niños con fiebre – Porcentaje de niños menores de 5 años con fiebre para quienes se solicitó asesoramiento o tratamiento de un proveedor apropiado o de un centro de salud. Se excluyen vendedores de medicamentos, tiendas, comercios y curanderos tradicionales. En algunos países, especialmente los países no endémicos de paludismo, también se han excluido del cálculo las farmacias.

Niños que duermen bajo un mosquitero tratado con insecticida – Porcentaje de niños menores de 5 años que habían dormido bajo un mosquitero tratado con insecticida la noche anterior a la encuesta.

Hogares que disponen de por lo menos un mosquitero tratado con insecticida – Porcentaje de hogares con por lo menos un mosquitero tratado con insecticida.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Inmunización – Estimaciones de la cobertura de inmunización nacional de UNICEF y OMS, revisión de 2018. Última actualización: julio de 2019.

Búsqueda de atención para niños con síntomas de infecciones respiratorias agudas (IRA) – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares. Última actualización: mayo de 2019.

Tratamiento contra la diarrea con sales de rehidratación oral – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares. Última actualización: mayo de 2019.

Niños que duermen bajo mosquiteros tratados con insecticida – DHS, MICS, MIS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: mayo de 2019.

Hogares con al menos un mosquitero tratado con insecticida – DHS, MICS, MIS y otras encuestas nacionales de hogares. Última actualización: mayo de 2019.

NOTAS

– Datos no disponibles o vacuna no incluida en el calendario nacional.

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales. No se presentan las estimaciones de los años anteriores a 2000.

β 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 que no informaron sobre la cobertura, con la excepción de la BCG, que sólo se recomienda en países o entornos con una alta incidencia de tuberculosis o una elevada carga de lepra. Para el cálculo de los agregados mundiales y regionales se utilizaron las estimaciones de las poblaciones objetivo de Perspectivas de la población mundial (revisión de 2019).

α En general, la segunda dosis de vacuna que contiene sarampión (MCV2) se recomienda para su administración durante el segundo año de vida; sin embargo, en muchos países, la MCV2 está programada para después del segundo año. 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 que no informaron sobre la cobertura, con la excepción de la BCG, que sólo se recomienda en países o entornos con una alta incidencia de tuberculosis o una elevada carga de lepra.

Δ La OMS y UNICEF emplean un proceso complejo que se basa en datos administrativos, encuestas (sistemáticas y de suplementos), encuestas serológicas e información sobre otras vacunas para calcular el porcentaje de nacimientos que pueden considerarse como protegidos contra el tétanos debido a que las mujeres embarazadas recibieron dos dosis o más de la vacuna antitoxina tetánica. La metodología completa se encuentra disponible en <http://who.int/immunization/monitoring_surveillance/data/en/>.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

** No incluye China.

TABLA 5. 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 2018				Número de niños que viven con VIH 2018			
	niños 0-14	adolescentes 10-19	niñas adolescentes 10-19	niños adolescentes 10-19	niños 0-14	adolescentes 10-19	niñas adolescentes 10-19	niños adolescentes 10-19	niños 0-14	adolescentes 10-19	niñas adolescentes 10-19	niños adolescentes 10-19
Fiji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Filipinas	0,01	0,30	0,04	0,55	0,14	0,31	0,07	0,54	<500	6.700	<500	6.200
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	<0,01	0,05	0,05	0,06	0,13	0,01	0,02	0,02	<500	600	<500	<500
Gabón	1,43	1,22	2,28	0,19	37,50	18,93	19,59	18,78	3.200	2.200	1.400	840
Gambia	0,77	0,33	0,56	0,09	17,64	7,04	6,68	7,78	1.900	920	520	<500
Georgia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ghana	0,81	0,69	1,26	0,16	24,53	14,97	13,61	16,27	30.000	21.000	13.000	8.400
Granada	0,09	0,11	<0,01	0,21	3,19	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	0,11	0,07	0,08	0,05	2,86	1,36	1,41	1,31	2.000	1.900	990	930
Guinea	0,62	0,63	1,06	0,21	17,30	8,32	8,56	8,08	10.000	7.800	4.800	3.100
Guinea-Bissau	2,46	0,93	1,31	0,56	57,90	33,74	31,39	36,08	5.700	3.000	1.600	1.400
Guinea Ecuatorial	4,89	2,86	4,13	1,60	110,08	36,17	31,55	40,69	5.300	2.500	1.400	1.100
Guyana	0,37	0,31	0,42	0,20	8,18	2,08	1,40	1,37	<500	<500	<200	<100
Haití	0,69	0,80	1,38	0,22	14,38	6,28	6,14	6,33	8.700	8.300	5.100	3.200
Honduras	0,07	0,15	0,12	0,18	1,98	0,75	0,71	0,79	890	1.300	610	710
Hungría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indonesia	0,14	0,27	0,20	0,33	3,45	0,63	0,59	0,67	18.000	18.000	6.900	11.000
Irán (República Islámica del)	0,01	0,02	0,02	0,02	0,23	0,16	0,15	0,17	880	660	<500	<500
Iraq	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irlanda	<0,01	0,02	0,02	0,02	<0,01	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Islandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	<0,01	0,03	0,02	0,03	0,08	<0,01	<0,01	<0,01	<100	<100	<100	<100
Italia	0,02	0,03	0,03	0,03	0,35	0,02	0,04	0,03	<500	<500	<200	<200
Jamaica	0,11	0,42	0,41	0,42	1,14	0,41	0,42	0,40	<500	<500	<500	<500
Japón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kazajstán	0,03	0,04	0,05	0,03	0,45	0,04	<0,01	<0,01	<500	<200	<200	<100
Kenya	1,12	1,45	2,33	0,56	27,56	26,64	25,31	27,94	120.000	130.000	71.000	57.000
Kirguistán	0,03	0,02	0,03	0,02	0,48	0,09	<0,01	<0,01	<500	<200	<100	<100
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	6,31	8,10	14,00	2,52	95,13	51,44	53,65	48,77	12.000	13.000	8.300	4.800
Letonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liberia	0,40	0,58	0,90	0,26	14,66	12,33	10,60	13,99	3.700	3.300	1.900	1.400
Libia	0,04	0,03	0,03	0,03	1,06	0,27	0,18	0,17	<500	<200	<100	<100
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macedonia del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Madagascar	0,11	0,47	0,37	0,57	2,51	0,94	0,82	1,01	1.900	3.800	1.600	2.200
Malasia	<0,01	0,28	0,01	0,56	0,06	0,25	0,07	0,43	<500	2.500	<500	2.200
Malawi	1,20	2,64	4,75	0,56	31,39	24,90	25,00	24,79	74.000	75.000	44.000	31.000
Maldivas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mali	1,03	1,15	1,85	0,47	24,84	9,30	9,43	9,17	19.000	14.000	8.800	5.300
Malta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	0,02	0,05	0,05	0,05	0,14	0,07	0,07	0,06	560	700	<500	<500
Mauricio	0,15	0,19	0,23	0,14	2,97	1,60	1,09	1,05	<100	<100	<100	<100
Mauritania	0,06	0,01	0,01	0,01	1,37	0,78	0,68	0,88	<500	<200	<100	<100
México	0,02	0,03	0,02	0,05	-	-	-	-	2.300	2.400	1.000	1.400
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Montenegro	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	3,05	7,16	11,63	2,84	62,88	37,24	39,24	35,29	140.000	130.000	86.000	43.000

TABLA 5. 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 2018				Número de niños que viven con VIH 2018			
	niños 0-14	adolescentes 10-19	niñas adolescentes 10-19	niños adolescentes 10-19	niños 0-14	adolescentes 10-19	niñas adolescentes 10-19	niños adolescentes 10-19	niños 0-14	adolescentes 10-19	niñas adolescentes 10-19	niños adolescentes 10-19
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrania	0,02	0,09	0,07	0,10	0,76	0,22	0,20	0,24	850	1.000	510	520
Uganda	1,03	1,73	3,08	0,41	29,02	20,76	20,15	21,36	100.000	90.000	54.000	35.000
Uruguay	0,03	0,13	0,10	0,15	0,73	0,20	<0,01	<0,01	<200	<200	<100	<100
Uzbekistán	0,30	0,03	0,04	0,03	3,93	0,43	0,43	0,44	6.000	1.500	750	720
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	0,04	0,03	0,04	0,02	0,50	0,13	0,16	0,10	5.000	3.000	1.600	1.400
Yemen	0,02	0,07	0,03	0,10	0,38	0,11	0,06	0,12	<500	680	<200	<500
Zambia	1,68	4,31	6,79	1,82	36,43	24,50	24,69	24,16	62.000	64.000	39.000	25.000
Zimbabwe	2,02	3,67	5,94	1,42	53,17	49,51	49,01	50,21	84.000	81.000	46.000	36.000
DATOS CONSOLIDADOS												
Asia Oriental y el Pacífico	0,04	0,10	0,07	0,13	0,84	0,27	0,25	0,29	50.000	62.000	25.000	36.000
Europa y Asia Central	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Europa Oriental y Asia Central	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Europa Occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
América Latina y el Caribe	0,08	0,12	0,13	0,12	1,68	0,63	0,63	0,62	42.000	48.000	25.000	23.000
Oriente Medio y África del Norte	0,01	0,03	0,02	0,03	0,23	0,06	0,05	0,06	3.500	3.300	1.500	1.800
América del Norte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Asia Meridional	0,03	0,05	0,05	0,04	0,54	0,15	0,15	0,15	64.000	61.000	30.000	31.000
África Subsahariana	0,85	1,42	2,33	0,52	19,69	12,48	12,53	12,45	1.550.000	1.460.000	880.000	580.000
África Oriental y Meridional	1,03	2,14	3,57	0,72	22,65	15,72	16,08	15,35	1.110.000	1.120.000	680.000	440.000
África Occidental y Central	0,67	0,67	1,04	0,32	16,76	9,19	8,86	9,52	440.000	340.000	200.000	140.000
Países menos adelantados	0,20	0,36	0,58	0,15	13,04	7,37	7,38	7,36	810.000	720.000	430.000	290.000
Mundo	0,25	0,33	0,51	0,16	5,18	2,69	2,76	2,64	1.730.000	1.650.000	970.000	680.000

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

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.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Incidencia del VIH por cada 1.000 personas no infectadas – Estimaciones de ONUSIDA para 2019. Última actualización: julio de 2019.

Mortalidad relacionada con el sida por cada 100.000 habitantes – Estimaciones de ONUSIDA para 2019. Última actualización: julio de 2019.

Número de niños que viven con el VIH – Estimaciones de ONUSIDA para 2019. Última actualización: julio de 2019.

NOTAS

- Datos no disponibles.
Debido al redondeo de las estimaciones, es posible que los datos desagregados no sumen el total

TABLA 6. COBERTURA DE LA INTERVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Países y zonas	Mujeres embarazadas que reciben ART para la transmisión de madre a hijo (%) 2018	Diagnóstico precoz del VIH en los lactantes (%) 2018	Niños que viven con VIH y reciben terapia antirretroviral (ART) (%) 2018		Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes 15-19 (%) 2012-2018*		Uso de preservativo entre jóvenes con compañeros múltiples (%) 2012-2018*		Adolescentes 15-19 sometidos a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que recibieron los resultados (%) 2012-2018*	
			niños 0-14	adolescentes 10-19	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Eswatini	79,2	78,0	75,7	83,6	44,4	44,5	92,4 px	–	30,4	40,8
Etiopía	91,7	60,8	59,3	–	37,6	24,0	56,9 p	–	8,9	12,4
Federación de Rusia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fiji	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Filipinas	18,5	3,6	20,3	5,8	–	15,7	34,3 px	–	–	0,3
Finlandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Francia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabón	71,6	17,4	57,1	–	34,8	28,8	77,3	58,3	6,1	20,4
Gambia	67,6	28,2	29,5	–	26,5	21,9	–	–	1,9	5,9
Georgia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1,6 x
Ghana	78,9	58,2	19,9	–	24,5	18,1	24,4 x	21,6 p	1,3	4,5
Granada	>95	>95	36,4	–	66,7 x	58,5 x	80,0 x	92,3 x	–	–
Grecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	34,5	23,5	36,4	38,6	17,5	19,8	66,3	38 p	2,3	4,8
Guinea	65,0	15,0	20,3	–	27,2	14,0	46,2 p	17,9	0,9	4,7
Guinea-Bissau	47,7	26,7	6,1	–	19,3	20,3	59,5	40,9	1,8	4,8
Guinea Ecuatorial	50,1	–	14,4	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	89,3	61,2	37,5	–	33,2	47,6	82,6 p	–	10,1	15,8
Haiti	83,4	46,1	39,5	39,7	33,5	36,2	72,5	42,3	6,2	12,2
Honduras	58,7	44,5	40,5	–	–	–	72,6	38,9	2,8	9,6
Hungría	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
India	–	–	–	–	28,2	18,5	29,9	35,3 p	0,7	1,9
Indonesia	15,4	1,2	22,1	–	4,0 py	9,4	–	–	–	–
Irán (República Islámica del)	80,9	39,8	58,3	28,8	–	–	–	–	–	–
Iraq	–	–	–	–	–	5,1	–	–	–	0,7
Irlanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Salomón	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Turcas y Caicos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Vírgenes Británicas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israel	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaica	>95	–	50,9	62,6	33,7	39,1	75,2	55,9 p	20,0	34,7
Japón	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordania	–	–	–	–	7,7 y	1,9 y	–	–	–	–
Kazajstán	59,4	51,5	>95	>95	29,5	19,6	93,6 px	–	13,8 x	10,9
Kenya	91,2	67,3	60,7	–	57,7	49,0	64,1	26,1 p	26,6	35,3
Kirguistán	88,1	82,1	>95	>95	18,3	17,0	–	–	0,9	10,5
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	77,2	69,5	70,0	–	29,7	34,8	79,7	57,9 p	24,9	40,5
Letonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Líbano	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	93,2	14,7	18,2	–	19,0	34,6	21,6 p	27,1	3,6	13,1
Libia	62,7	45,1	32,6	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Luxemburgo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Macedonia del Norte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	25,0	–	4,7	–	24	20,9	5,2	5,5 p	0,8	2,0
Malasia	>95	>95	93,9	–	–	–	–	–	–	–
Malawi	>95	>95	61,0	–	43,1	38,9	59,1	44	22	31,9
Maldivas	–	–	–	–	21,3	26,9	–	–	1,8	2,7
Malí	23,7	13,8	18,0	–	26,7	20,7	47,0	25,7	1,6	5,0
Malta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Marruecos	61,0	–	>95	–	–	12,2 x	–	–	–	–
Mauricio	>95	75,3	44,9	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	37,5	–	54,3	66,5	7,4	7,0	–	–	1,0	2,4
México	–	–	–	>95	–	27,6	–	36,3 p	–	6,9

TABLA 6. COBERTURA DE LA INTERVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Países y zonas	Mujeres embarazadas que reciben ART para la transmisión de madre a hijo (%) 2018	Diagnóstico precoz del VIH en los lactantes (%) 2018	Niños que viven con VIH y reciben terapia antirretroviral (ART) (%) 2018		Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes 15-19 (%) 2012-2018*		Uso de preservativo entre jóvenes con compañeros múltiples (%) 2012-2018*		Adolescentes 15-19 sometidos a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que recibieron los resultados (%) 2012-2018*	
			niños 0-14	adolescentes 10-19	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Micronesia (Estados Federados de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mónaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	–	–	–	–	17,3	17,5	77,8 p	–	4,6	6,5
Montenegro	–	–	–	–	35,2	42,3	64,4 p	–	0,0	0,4
Montserrat	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mozambique	>95	66,4	60,2	–	28,0	27,7	38,6	43,2 p	10,1	25,3
Myanmar	79,7	25,0	80,1	–	14,3	13,4	–	–	2,0	0,9
Namibia	>95	–	77,9	>95	61,0	55,9	75,1 p	61,4 p	13,9	28,5
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	50,7	70,8	91,2	–	24,3	18,3	–	–	3,0	2,5
Nicaragua	90,4	77,2	54,7	–	–	16,4 x	–	–	–	–
Níger	57,7	7,7	52,5	40,3	20,3	11,2	–	–	1,5	4,1
Nigeria	43,6	18,1	35,0	34,2	24,8	28,1	62,0	42,7	7,3	7,9
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Omán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Países Bajos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistán	10,0	1,9	11,2	9,6	0,2 y	1,0 y	–	–	0,0 py	0,2 y
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	92,1	90,1	75,8	>95	–	–	–	–	–	–
Papua Nueva Guinea	78,6	74,6	49,2	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	87,5	59,8	43,0	27,7	–	24,9	–	61,0	–	9
Perú	84,6	82,2	47,6	>95	–	–	–	–	–	–
Polonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	22,8	9,7	–	–	–	–
Reino Unido	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Centroafricana	70,7	24,3	23,4	87,8	26,4 x	17,1 x	49,8 x	28,1 x	6,8 x	14,6 x
República de Corea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República de Moldova	72,6	74,2	40,4	59,8	25,6	35,2	–	–	6,4	9,9
República Democrática del Congo	43,9	19,7	24,9	–	20,3	17,1	17,3	12,1	1,4	4,5
República Democrática Popular Lao	35,4	12,7	39,7	–	21,2	19,1	57,2	27,4 p	0,5	1,0
República Dominicana	84,2	67,7	54,6	–	39,2	39,4	67,4	40,3	5,3	11,6
República Popular Democrática de Corea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Unida de Tanzania	93,3	46,9	65,0	56,2	41,9	36,8	45,2	37,7	13,1	20,8
Rumania	>95	–	>95	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	>95	82,5	63,2	–	59,5	61,6	–	–	21,9	27,4
Saint Kitts y Nevis	50,0	–	<1	25,0	55,2 x	54,4 x	53,8 x	50,0 x	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	36,4	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	–	71,4	5,6	–	–	57,7	–	–	–	11,9
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	–	>95	62,2	30,8	42,0	40,5	78,5	–	8,0	22,1
Senegal	65,1	23,8	30,7	–	25,7	20,3	49,1 p	–	1,5	6,1
Serbia	–	–	–	–	43,0 x	52,9 x	62,8 x	–	1,3 x	1,3 x
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	–	–	16,9	–	26,0	24,8	8,8	11,5	3,0	7,4
Singapur	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	19,4	–	14,3	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudáfrica	86,5	88,7	63,0	–	35,5	38,3	87,9	54,8	28,7	38,4
Sudán	5,1	–	14,7	–	9,8	7,7	–	–	–	0,6
Sudán del Sur	56,0	5,7	8,9	–	–	8,3 x	–	6,1 px	–	3,2 x
Suecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suiza	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	>95	–	71,6	>95	–	40,3 x	–	–	–	11,4 x
Tailandia	>95	>95	82,6	84,8	45,0	46,5	–	–	3,5	6,3
Tayikistán	46,5	29,1	>95	–	9,4 x	8,5	–	–	–	2,1

TABLA 6. COBERTURA DE LA INTERVENCIÓN DEL VIH/SIDA

Países y zonas	Mujeres embarazadas que reciben ART para la transmisión de madre a hijo (%) 2018	Diagnóstico precoz del VIH en los lactantes (%) 2018	Niños que viven con VIH y reciben terapia antirretroviral (ART) (%) 2018		Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes 15-19 (%) 2012-2018*		Uso de preservativo entre jóvenes con compañeros múltiples (%) 2012-2018*		Adolescentes 15-19 sometidos a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y que recibieron los resultados (%) 2012-2018*	
			niños 0-14	adolescentes 10-19	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Timor-Leste	–	–	–	–	12,7	5,9	–	–	0,3	0,0
Togo	80,3	46,0	33,6	–	27,9	22,8	–	46,5 px	6,7	11,2
Tokelau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	–	–	–	–	–	55,3 x	–	–	–	10,0 x
Túnez	–	–	–	–	12,2	13,0	–	–	0,0	0,3
Turkmenistán	–	–	–	–	–	18,6	–	–	–	4,8
Turquía	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrania	>95	65,0	>95	–	36,6	42,6	89,8	–	9,9	6,9
Uganda	92,9	44,8	65,7	–	40,2	40,7	52,1	26,0	28,4	39,4
Uruguay	>95	75,0	63,9	–	–	36,4	–	66,8 p	–	7,2
Uzbekistán	35,4	31,3	92,8	>95	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	81,0	50,8	91,7	–	–	50,5	–	–	–	3,8
Yemen	12,8	–	33,0	–	–	–	–	–	–	–
Zambia	>95	71,4	78,7	–	42,3	38,9	37,7	33	14,9	28,8
Zimbabwe	93,9	63,0	76,4	88,9	48,7	51,4	71,1	–	19,9	29,1

DATOS CONSOLIDADOS

Asia Oriental y el Pacífico	55,0	36,9	60,8	–	–	–	–	–	–	–
Europa y Asia Central	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Europa Oriental y Asia Central	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Europa Occidental	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
América Latina y el Caribe	78,6	48,5	46,0	–	–	–	–	–	–	–
Oriente Medio y África del Norte	53,2	35,5	73,1	–	–	–	–	–	–	–
América del Norte	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Asia Meridional	56,2	30,8	91,1	–	23,6	15,2	29,9	35,3	0,6	1,7
África Subsahariana	84,4	60,4	52,0	–	31,1	28,0	51,3	32,9	10,3	15,0
África Oriental y Meridional	91,5	68,8	61,2	–	37,6	33,0	53,6	33,2	15,8	21,9
África Occidental y Central	58,8	29,3	28,4	–	23,6	22,2	48,6	32,6	4,5	7,1
Países menos adelantados	88,5	49,8	51,0	–	27,7	21,5	41,4	–	7,2	11,6
Mundo	82,4	58,7	54,2	–	24,1	20,3	–	–	–	6,7

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Mujeres embarazadas que viven con el VIH y que reciben antirretrovirales para la prevención de la transmisión de la madre al hijo – Porcentaje del número estimado de mujeres embarazadas que viven con el VIH y que recibieron regímenes eficaces (excluida la nevirapina de dosis única) de medicamentos antirretrovirales para la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH.

Diagnóstico precoz del VIH en los lactantes – Porcentaje de lactantes expuestos al VIH que fueron sometidos a una prueba virológica del VIH en los dos meses siguientes al nacimiento.

Niños que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral – Porcentaje de niños que viven con el VIH que recibieron terapia antirretroviral.

Conocimiento integral 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 los dos conceptos erróneos más comunes acerca de la transmisión del VIH.

Uso del preservativo entre adolescentes de 15 a 19 años – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que tuvieron 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 sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y recibieron resultados – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y recibieron el resultado de la última prueba.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Mujeres embarazadas que viven con el VIH que reciben antirretrovirales para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo – Monitoreo mundial del sida y estimaciones de ONUSIDA para 2019. Última actualización: julio de 2019.

Diagnóstico precoz del VIH en lactantes – Monitoreo mundial del sida y estimaciones de ONUSIDA para 2019. Última actualización: julio de 2019.

Niños que viven con el VIH que reciben terapia antirretroviral – Monitoreo mundial del SIDA y estimaciones de ONUSIDA para 2019. Última actualización: julio de 2019.

Conocimiento integral del VIH entre los adolescentes de 15 a 19 años de edad – Encuestas basadas en la población representativas a nivel nacional, incluidas las encuestas MICS, DHS, AIS y otras encuestas de hogares 2012-2018. Última actualización: abril de 2019.

Uso de preservativos entre adolescentes de 15 a 19 años de edad con múltiples parejas – Encuestas representativas a nivel nacional basadas en la población, incluyendo MICS, DHS, AIS y otras encuestas de hogares 2012-2018. Última actualización: abril de 2019.

Adolescentes de 15 a 19 años que se sometieron a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y recibieron resultados – Encuestas de población representativas a nivel nacional, incluyendo MICS, DHS, AIS y otras encuestas de hogares 2012-2018. Última actualización: abril de 2019.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales. No se presentan estimaciones de datos de años anteriores a 2000.
- p Sobre la base de denominadores pequeños (típicamente de 25 a 49 casos no ponderados). No se presentan datos sobre menos de 25 casos no ponderados.
- y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren sólo a una parte del país. Si se encuentran dentro del período de referencia indicado, estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

TABLA 7. NUTRICIÓN: RECIÉN NACIDOS, LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

Países y zonas	Peso al nacer		Alimentación del lactante y del niño pequeño (0-23 meses) 2013–2018*									
	Bajo peso al nacer (%) 2015	Sin pesar al nacer (%) 2010–2018*	Iniciación temprana a la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva <6 meses (%)	Introducción a los alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) (%)	Lactancia materna continuada (12–23 meses) (%)			Diversificación mínima de la alimentación (6–23 meses) (%)	Frecuencia mínima de las comidas (6–23 meses) (%)	Alimentación mínima aceptable (6–23 meses) (%)	Cero consumo de verduras o frutas (6–23 meses) (%)
						Todos los niños	20% más pobre	20% más rico				
Arganistán	–	86	63	58	61	74	80	70	22	51	15	59
Albania	5	13	57	37	89	43	38	37	52	51	29	26
Alemania	7	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Andorra	7	14	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	15	45	48	37	79	67	74	53	29	33	13	36
Anguila	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua y Barbuda	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	7	11	36 x	25 x	77 x	36 x	35 x	34 x	–	52 x	–	–
Argentina	7	4	53 x	32 x	97 x	39 x	49 x	33 x	–	68 x	–	–
Armenia	9	0	41	44	90	29	32	24	36	72	24	22
Australia	7	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Austria	7	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaiyán	7	3	20	12	77	26 x	24 x	15 x	35 x	–	–	38 x
Bahamas	13	16	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	12	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	28	68	51	55	65	92	94	85	27	64	23	53
Barbados	–	2	40 x	20 x	90 x	41 x	– x,p	– x,p	–	61 x	–	–
Belarús	5	0	53 x	19 x	95 x	17 x	26 x	19 x	–	74 x	–	–
Bélgica	7	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belice	9	1	68	33	79	47	59	37	58	68 x	–	30
Benin	17	40	54	41	56	69	77	52	26	45	15	54
Bhután	12	28	78	51	87	80 x	88 x	76 x	–	63 x	–	–
Bolivia (Estado Plurinacional de)	7	17	55	58	81 x	55	74 x,r	53 x,r	64 x	–	–	20 x
Bosnia y Herzegovina	3	2	42 x	18 x	76 x	12 x	16 x	10 x	–	72 x	–	–
Botswana	16	5	53	30	73	15	–	–	–	–	–	–
Brasil	8	3	43 x	39 x	94 x	–	–	–	–	–	–	–
Brunei Darussalam	11	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	10	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	13	36	56	48	75	90 x	93 x	77 x	5 x	57	3 x	75 x
Burundi	15	20	85	82	86	89	92	84	18	39	10	9
Cabo Verde	–	–	73 x	60 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Camboya	12	9	63	65	82	58	65	39	40	72	30	35
Camerún	12	40	31	28	83	46	75	16	23	60	16	42
Canadá	6	1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chad	–	88	23	<1.0	59	79	82	68	9	37	6	70
Chequia	8	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chile	6	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
China	5	0	29	21	83	–	–	–	35	69	25	–
Chipre	–	27	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	10	18	72	36	78	45 x	49 x	33 x	–	61	–	–
Comoras	24	33	34 x	11 x	80 x	65 x	68 x	69 x	22 x	30 x	6 x	52 x
Congo	12	10	25	33	84	32	54	20	14	32	5	51
Costa Rica	7	2	60 x	33 x	90 x	40 x	50 x	13 x	–	79 x	–	–
Côte d'Ivoire	15	25	37	23	65	63	76	36	23	49	14	44
Croacia	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	5	5	48	33	91	31	–	–	70	79	56	27
Dinamarca	5	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	–	–	52 x	12 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	11	19	55 x	40 x	74 x	–	–	–	–	–	–	–
Egipto	–	39	27	40	75	50	58	43	35	60	23	45
El Salvador	10	7	42	47	90	67	71	57	73	87	65	16
Emiratos Árabes Unidos	13	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	–	65	93 x	69 x	44 x	86 x	–	–	–	–	–	–
Eslovaquia	8	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eslovenia	6	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
España	8	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estado de Palestina	8	0	41	38	90	31	33	29	50	79	39	27
Estados Unidos	8	2	–	35	–	13	–	–	–	–	–	–
Estonia	4	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eswatini	10	9	48	64	90	28	29	19	48	85	38	–
Etiopía	–	86	73	57	60	85	84	83	12	45	7	69

TABLA 7. NUTRICIÓN: RECIÉN NACIDOS, LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

Países y zonas	Peso al nacer		Alimentación del lactante y del niño pequeño (0-23 meses) 2013-2018*									
	Bajo peso al nacer (%) 2015	Sin pesar al nacer (%) 2010-2018*	Iniciación temprana a la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva <6 meses (%)	Introducción a los alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) (%)	Lactancia materna continuada (12-23 meses) (%)			Diversificación mínima de la alimentación (6-23 meses) (%)	Frecuencia mínima de las comidas (6-23 meses) (%)	Alimentación mínima aceptable (6-23 meses) (%)	Cero consumo de verduras o frutas (6-23 meses) (%)
						Todos los niños	20% más pobre	20% más rico				
Federación de Rusia	6	0	25 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fiji	—	11 x	57 x	40 x	—	—	—	—	—	—	—	—
Filipinas	20	16	57	33 x	89 x	60	68	49	54 x	—	—	22 x
Finlandia	4	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Francia	7	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gabón	14	9	32 x	5 x	82 x	23 x	34 x	19 x	18 x	—	—	52 x
Gambia	17	41	52	47	55	78	81	69	10	58	8	76
Georgia	6	0	69 x	55 x	85 x	30 x	31 x	31 x	—	—	—	—
Ghana	14	40	56	52	73	76	92	71	24	43	13	51
Granada	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Grecia	9	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	11	6	63	53	80	72	85	48	59	82	52	27
Guinea	—	49	34	33	54	78	91 r	53 r	6	24	2	85
Guinea-Bissau	21	56	34	53	57	77	83	57	10	57	8	44
Guinea Ecuatorial	—	30	—	7 x	—	31 x	47 x,r	34 x,r	—	39 x	—	—
Guyana	16	11	49	21	81	46	64	25	40	63	28	33
Haití	—	67	47	40	91	52	59	43	19	39	11	55
Honduras	11	17	64 x	31 x	86 x	59 x	76 x	42 x	61 x	86 x	55 x	36 x
Hungría	9	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
India	— z	22	41	55	46	80	88	69	20	36	10	55
Indonesia	10	10	58	51	86	67	74	56	54	72	40	18
Irán (República Islámica del)	—	—	69 x	53 x	76 x	—	—	—	—	—	—	—
Iraq	—	28	32	26	85	35	47	32	45	78	35	25
Irlanda	6	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islandia	4	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islas Cook	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islas Marshall	—	10	61	43	64	36	25	— p	34	61	16	46
Islas Salomón	—	14	79	76	—	71	—	—	—	—	—	—
Islas Turcas y Caicos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islas Vírgenes Británicas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Israel	8	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Italia	7	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica	15	4	65 x	24 x	64 x	38 x	39 x	29 x	—	42 x	—	—
Japón	9	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jordania	14	5	67	25	83	26	28	33	35	62	23	41
Kazajstán	5	1	83	38	66	41	40	45	49	77	38	21
Kenya	11	34	62	61	80	75	79	69	36	51	22	29
Kirguistán	6	0	81	46	91	47	53	36	60	76	44	14
Kiribati	—	24 x	80 x	66 x	70 x	85 x	92 x	80 x	27 x	—	—	—
Kuwait	10	30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lesotho	15	17	65	67	83	53	74	26	17	61	11	50
Letonia	5	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Libano	9	0	41 x	—	—	14 x	—	—	—	—	—	—
Liberia	—	77	61	55	47	69	76	53	10	30	5	39
Libia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituania	5	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo	7	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Macedonia del Norte	9	4	21 x	23 x	87 x	27 x	25 x	26 x	—	65 x	—	—
Madagascar	17	60 x	66 x	42 x	90 x	79 x	79 x	77 x	22 x	—	—	33 x
Malasia	11	1	—	40	—	—	—	—	—	—	—	—
Malawi	14	16	76	59	85	84	87	78	23	29	8	23
Maldivas	12	11	67	63	97	73	79	— p	71	70	51	15
Malí	—	63	53	40	42	79	82 r	73 r	11	23	3	70
Malta	6	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Marruecos	17	27	43	35	84 x	35 x	45 x	19 x	—	—	—	—
Mauricio	17	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mauritania	—	64	68	40	74	70	75	61	28	39	14	51
México	8	2	51	30	82	36	52	16	59	81	48	18
Micronesia (Estados Federados de)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mónaco	5	0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolia	5	1	84	59	97	64	66	58	45	92	41	37

TABLA 7. NUTRICIÓN: RECIÉN NACIDOS, LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

Países y zonas	Peso al nacer		Alimentación del lactante y del niño pequeño (0-23 meses) 2013-2018*									
	Bajo peso al nacer (%) 2015	Sin pesar al nacer (%) 2010-2018*	Iniciación temprana a la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva <6 meses (%)	Introducción a los alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) (%)	Lactancia materna continuada (12-23 meses) (%)			Diversificación mínima de la alimentación (6-23 meses) (%)	Frecuencia mínima de las comidas (6-23 meses) (%)	Alimentación mínima aceptable (6-23 meses) (%)	Cero consumo de verduras o frutas (6-23 meses) (%)
						Todos los niños	20% más pobre	20% más rico				
Montenegro	5	1	14	17	95	15	27	11	69	90	61	9
Montserrat	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mozambique	14	49	69	41	95	75 x	80 x	53 x	28 x	41 x	13 x	36 x
Myanmar	12	55	67	51	75	78	84	66	21	58	16	56
Namibia	16	14	71	48	80	47	55	27	25	41	13	52
Nauru	–	4	76 x	67 x	–	67 x	–	–	–	–	–	–
Nepal	22	39	55	65	84	94	97	91	45	71	36	38
Nicaragua	11	8	54 x	32 x	89 x	52 x	64 x	28 x	–	–	–	–
Níger	–	77	53 x	23 x	62 x	78 x	85 x	71 x	8 x	51 x	6 x	67 x
Nigeria	–	75	33	25	66	51	80 r	48 r	34	46	15	32
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	4	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelanda	6	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Omán	11	0	82	23	95	–	–	–	–	65	–	–
Países Bajos	6	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistán	–	84	20	47	65	63	75	52	15	63	13	61
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	10	9	47	21	78	41	57	18	–	64	–	–
Papua Nueva Guinea	–	–	–	56 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	8	2	50	30	87	33	41	43	52	75	40	16
Perú	9	5	50	66	95	65	69	53	83	–	–	7
Polonia	6	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	9	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	7	2	34 x	29 x	74 x	47 x	–	–	–	49 x	–	–
Reino Unido	7	4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	–	52 x	46 x	43 x	44 x	45 x	57 x	42 x	–	–	–	–
República Centroafricana	15	39	53	29	94 x	66 x	74 x	57 x	27 x	20 x	9 x	22 x
República de Corea	6	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República de Moldova	5	1	61 x	36 x	75 x	27 x	44 x	22 x	70 x	49 x	–	10 x
República Democrática del Congo	11	24	52	47	79	82	87	67	17	35	8	29
República Democrática Popular Lao	17	33	50	44	87	43	66	19	36	70	27	36
República Dominicana	11	4	38	5	81	20	27	14	51	80	43	35
República Popular Democrática de Corea	–	0	43	71	78	–	–	–	47	75	29	–
República Unida de Tanzania	10	36	51	59	92	72	75	70	21	40	9	29
Rumania	8	2	58 x	16 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	8	8	80	87	57	91	94	81	28	47	18	25
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	24	81	70	74	73	–	–	–	–	–	–
San Marino	3	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	–	0	50 x	3 x	– x,p	29 x	– x,p	– x,p	–	50 x	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	7	7	38	72	74	51	65	46	37	60	23	27
Senegal	18	40	34	42	67	70	77	61	20	31	8	52
Serbia	5	2	51	13	97	15	20	18	77	96	70	3
Seychelles	12	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	14	52	56	47	68	61	71	33	18	43	9	41
Singapur	10	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	–	96 x	23 x	5 x	17 x	43 x	61 x	23 x	–	–	–	–
Sri Lanka	16	0	90	82	88	91	–	–	–	–	–	–
Sudáfrica	14	19	67	32	83	34	47	25	40	52	23	37
Sudán	–	89	69	55	61	73	72	74	24	42	15	67
Sudán del Sur	–	–	50 x	45 x	42 x	62 x	67 x	58 x	–	12 x	–	–
Suecia	2	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suiza	6	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	15	19	45 x	3 x	79 x	17 x	16 x	15 x	–	64 x	–	–
Tailandia	11	1	40	23	85	24	35	11	63	85	54	22
Tayikistán	6	9	62	36	63	57	63	53	23	40	9	58
Timor-Leste	–	47	75	50	63	52	61	44	28	46	13	35
Togo	16	40	61	57	67	82	92	69	18	46	12	45
Tokelau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tonga	–	6	79 x	52 x	–	41 x	–	–	–	–	–	–

TABLA 7. NUTRICIÓN: RECIÉN NACIDOS, LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

Países y zonas	Peso al nacer		Alimentación del lactante y del niño pequeño (0-23 meses) 2013-2018*									
	Bajo peso al nacer (%) 2015	Sin pesar al nacer (%) 2010-2018*	Iniciación temprana a la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) (%)	Introducción a los alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) (%)	Lactancia materna continuada (12-23 meses) (%)			Diversificación mínima de la alimentación (6-23 meses) (%)	Frecuencia mínima de las comidas (6-23 meses) (%)	Alimentación mínima aceptable (6-23 meses) (%)	Cero consumo de verduras o frutas (6-23 meses) (%)
						Todos los niños	20% más pobre	20% más rico				
Trinidad y Tabago	12	19	46 x	21 x	56 x	34 x	45 x	– x,p	–	70 x	–	–
Túnez	7	3	32	14	97	30	39	28	–	88	55	20
Turkmenistán	5	1	73	58	82	44	54	24	82	93	77	9
Turquía	11	0	50	30	75	50	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	3 x	15 x	35 x	–	53 x	–	–	–	–	–	–
Ucrania	6	3	66 x	20 x	75 x	31 x	31 x	30 x	–	64 x	–	–
Uganda	–	33	66	65	81	67	77	53	26	42	15	44
Uruguay	8	6	77	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uzbekistán	5	1 x	67 x	24 x	47 x	57 x	66 x	52 x	–	–	–	–
Vanuatu	11	13	85	73	72	58	–	–	–	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	8	6	26	24	91	43	55	29	59	91	55	14
Yemen	–	92	53	10	69	63	73	56	21	59	15	66
Zambia	12	34	66	70	82	63	87 r	48 r	18	42	10	35
Zimbabwe	13	18	58	47	91	55	61	45	23	36	8	32

DATOS CONSOLIDADOS

Asia Oriental y el Pacífico	8	6	38	30	84	60 q	68 q	47 q	40	71	30	23 q
Europa y Asia Central	7	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Europa Oriental y Asia Central	7	2	57 q	33 q	75 q	47 q	–	–	–	–	–	–
Europa Occidental	7	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
América Latina y el Caribe	9	7	54 q	38 q	84 q	45 q	57 q	28 q	60 q	75 q	–	21 q
Oriente Medio y África del Norte	11	35	36	31	78	47	55	42	36	65	26	42
América del Norte	8	2	–	35	–	13	–	–	–	–	–	–
Asia Meridional	27	39	40	54	52	78	86	67	20	44	12	55
África Subsahariana	14	52	52	44	72	67	79	59	24	43	12	42
África Oriental y Meridional	14	48	65	55	77	72	77	65	24	43	13	44
África Occidental y Central	14	54	41	34	68	64	82	53	25	42	12	40
Países menos adelantados	16	54	58	51	72	78	82	69	21	45	13	49
Mundo	15	29	44	42	69	65	78	58	29	53	19	44

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Bajo peso al nacer – Porcentaje de lactantes que pesan menos de 2.500 gramos al nacer.

Sin pesar al nacer – Porcentaje de nacimientos sin pesar al nacer en la fuente de datos; Nótese que (i) las estimaciones de las encuestas de hogares incluyen nacimientos vivos entre mujeres de 15 a 49 años de edad en el período de referencia de la encuesta (por ejemplo, los dos últimos años) para los que no se disponía de peso al nacer reflejado en un documento oficial (por ejemplo, los dos últimos años de la encuesta), (ii) las estimaciones de fuentes administrativas (por ejemplo, los sistemas de información de gestión de la salud) se calcularon utilizando datos de numerador de la fuente administrativa del país y los datos del denominador fueron el número de nacimientos anuales según la División de Población de las Naciones Unidas, Perspectivas de la Población Mundial, edición de 2017. Estas estimaciones incluyen los nacimientos sin pesar y los nacimientos ponderados no registrados en el sistema.

Iniciación temprana a 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 (12-23 meses) – Porcentaje de niños de 12-23 meses de edad que recibieron leche materna durante el día anterior.

Incorporación de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6 a 8 meses) – Porcentaje de niños de 6 a 8 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos en las últimas 24 horas antes de la encuesta.

Diversificación mínima de la alimentación (6-23 meses) – Porcentaje de niños de 6-23 meses de edad que recibieron durante el día anterior alimentos de al menos 5 de los 8 grupos de alimentos recomendados.

Frecuencia mínima de comidas (6-23 meses) – Porcentaje de niños de 6-23 meses de edad que recibieron durante el día anterior alimentos sólidos, semisólidos o blandos (pero también se incluyen las tomas de leche para niños no amamantados) el número mínimo de veces o más.

Alimentación mínima aceptable (6 a 23 meses) – Porcentaje de niños alimentados con leche materna de 6 a 23 meses de edad que tuvieron al menos en su alimentación la diversidad y la frecuencia mínimas de comidas durante el día anterior y porcentaje de niños no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron al menos 2 tomas de leche y tuvieron al menos la diversidad mínima en su alimentación sin incluir alimentos lácteos y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior.

Consumo cero de verduras o frutas (6-23 meses) – Porcentaje de niños de 6-23 meses de edad que no consumieron ninguna verdura o fruta durante el día anterior.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Bajo peso al nacer – Estimaciones modeladas de UNICEF y la OMS. Última actualización: mayo de 2019.

Sin pesar al nacer – Encuestas de Demografía y Salud (EDS), Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), otras encuestas nacionales en los hogares, datos de los sistemas de información de rutina. Última actualización: junio de 2019.

Alimentación de lactantes y niños pequeños (0-23 meses) – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares. Última actualización: junio de 2019.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales. No se presentan estimaciones de datos de años anteriores a 2000.
- p Sobre la base de denominadores pequeños (típicamente de 25 a 49 casos no ponderados). No se presentan datos sobre menos de 25 casos no ponderados.
- q Las estimaciones regionales para Asia oriental y el Pacífico excluyen a China, para América Latina y el Caribe excluyen al Brasil, y para Europa oriental y Asia central excluyen a la Federación de Rusia.
- r Los datos desagregados provienen de fuentes diferentes a los datos presentados para todos los niños para el mismo indicador.
- z La estimación se basa en datos parciales de la encuesta más reciente, por lo que no se muestran estimaciones modeladas para cada país, pero sí se han utilizado en las estimaciones regionales y mundiales.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

TABLA 8. NUTRICIÓN: NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR, MUJERES Y HOGARES

Países y zonas	Malnutrición entre los niños en edad preescolar (0–4 años de edad) 2013–2018*						Suplementos de vitamina A cobertura completa* (%) 2017	Malnutrición entre los niños en edad escolar (5–19 años de edad) 2016		Malnutrición entre las mujeres 2016		Porcentaje de hogares que consumen sal yodada 2013–2018*
	Retraso en el crecimiento (%) (moderado y grave)			Emaciación (%)		Sobrepeso (%)		Delgadez (%)	Sobrepeso (%)	Insuficiencia ponderal 18+ años (%)	Anemia 15–49 años (%)	
	Todos los niños	20% más pobres	20% más ricos	grave	moderado y grave	moderado y grave		delgado y gravemente delgado	sobrepeso y obesidad	BMI <18.5 kg/m ²	leve, moderada y grave	
Afganistán	41	49	31	4	10	5	95 f	17	9	16	42	57
Albania	11	17	9	1	2	16	–	1	25	2	25	65
Alemania	1 x	–	–	<1 x	1 x	4 x	–	1	26	1	16	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	1	36	1	14	–
Angola	38	47	20	1	5	3	3 f	8	11	11	48	82
Anguila	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	3	27	4	22	–
Arabia Saudita	9 x	–	–	5 x	12 x	6 x	–	8	36	3	43	70 x,y
Argelia	12	13 x	11 x	1 x	4 x	12 x	–	6	31	4	36	81
Argentina	8 x	–	–	<1 x	1 x	10 x	–	1	37	1	19	–
Armenia	9	12	6	2	4	14	–	2	19	3	29	99
Australia	2 x	–	–	<1 x	<1 x	8 x	–	1	34	2	9	–
Austria	–	–	–	–	–	–	–	2	27	3	17	–
Azerbaiyán	18	28	16	1	3	14	41 f,w	3	19	3	38	93
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	3	36	3	23	–
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–	6	35	4	42	–
Bangladesh	36	49	20	3	14	2	99 f	18	9	22	40	68
Barbados	8	8 x	3 x	2 x	7 x	12 x	–	4	28	3	22	37 x
Belarús	4 x	10 x	2 x	1 x	2 x	10 x	–	2	23	2	23	–
Bélgica	–	–	–	–	–	–	–	1	24	2	16	–
Belice	15	26	5	1	2	7	–	3	29	3	22	85
Benin	32	46	18	1	5	2	99 f	7	11	9	47	85
Bhután	34 x	41 x	21 x	2 x	6 x	8 x	– f	16	10	11	36	–
Bolivia (Estado Plurinacional de)	16	32 x,r	9 x,r	1	2	10	31 f	1	28	2	30	86
Bosnia y Herzegovina	9	10 x	10 x	2 x	2 x	17 x	–	2	21	2	29	–
Botswana	31 x	–	–	3 x	7 x	11 x	83 f	6	18	7	30	83 x
Brasil	7 x	–	–	<1 x	2 x	6 x	–	3	28	3	27	98 x
Brunei Darussalam	20 x	–	–	<1 x	3 x	8 x	–	6	27	6	17	–
Bulgaria	9 w,x	–	–	1 w,x	3 w,x	14 w,x	–	2	29	2	26	92 x,y
Burkina Faso	21	42 x,r	19 x,r	2	9	2	0 f	8	8	13	50	92 x
Burundi	56	69	31	1	5	1	79 f	7	10	12	27	89
Cabo Verde	–	–	–	–	–	–	–	7	12	8	33	97 x,y
Camboya	32	42	19	2	10	2	73 f	11	11	14	47	68
Camerún	32	42	14	1	5	7	9 f	6	13	7	41	86
Canadá	–	–	–	–	–	10 x,y	–	1	32	2	10	–
Chad	40	41	31	4	13	3	67 f	8	9	14	48	77
Chequia	3 x	–	–	1 x	5 x	4 x	–	2	28	1	26	–
Chile	2	–	–	–	<1	9	–	1	35	1	15	–
China	8	–	–	1 x	2	9	–	3	29	6	26	96 b,y
Chipre	–	–	–	–	–	–	–	1	33	2	25	–
Colombia	13 x	19 x	6 x	<1 x	1 x	5 x	–	2	24	3	21	–
Comoras	31	39 x	24 x	4 x	11 x	11 x	21 f	7	12	9	29	82 x
Congo	21	30	14	3	8	6	12 f	7	11	12	52	91
Costa Rica	6 x	–	–	–	1 x	8 x	–	2	32	2	15	–
Côte d'Ivoire	22	30	9	1	6	1	94 f	6	13	8	53	80
Croacia	–	–	–	–	–	–	–	1	28	2	27	–
Cuba	7 x	–	–	–	2 x	–	–	3	30	4	25	–
Dinamarca	–	–	–	–	–	–	–	1	25	3	16	–
Djibouti	34	41 x	23 x	9 x	22 x	8 x	– f	6	17	8	33	4 x
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	3	33	3	24	–
Ecuador	24	37 x,r	14 x,r	1	2	8	–	1	28	2	19	–
Egipto	22	25	24	5	9	16	– f	3	37	1	29	93
El Salvador	14	24	5	<1	2	6	–	2	30	3	23	–
Emiratos Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	5	36	3	28	–
Eritrea	52 x	59 x	29 x	4 x	15 x	2 x	– f,z	8	11	17	38	86 x
Eslovaquia	–	–	–	–	–	–	–	1	23	2	27	–
Eslovenia	–	–	–	–	–	–	–	1	27	2	24	–
España	–	–	–	–	–	–	–	1	34	1	17	–
Estado de Palestina	7	7	6	<1	1	8	–	–	–	–	–	88
Estados Unidos	4	–	–	<1 x	<1	9	–	1	42	2	13	–
Estonia	–	–	–	–	–	–	–	2	21	2	26	–
Eswatini	26	30	9	<1	2	9	33 f	4	17	6	27	90

TABLA 8. NUTRICIÓN: NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR, MUJERES Y HOGARES

Países y zonas	Malnutrición entre los niños en edad preescolar (0-4 años de edad) 2013-2018*						Suplemen- tos de vitamina A cobertura completa* (%) 2017	Malnutrición entre los niños en edad escolar (5-19 años de edad) 2016		Malnutrición entre las mujeres 2016		Porcentaje de hogares que consumen sal yodada 2013-2018*
	Retraso en el crecimiento (%) (moderado y grave)			Emaciación (%)		Sobrepeso (%)		Delgadez (%)	Sobrepeso (%)	Insuficiencia ponderal 18+ años (%)	Anemia 15-49 años (%)	
	Todos los niños	20% más pobres	20% más ricos	grave	moderado y grave	moderada y grave		delgado y gravemente delgado	sobrepeso y obesidad	BMI <18.5 kg/m ²	leve, moderada y grave	
Etiopía	38	45	26	3	10	3	77 f	10	9	15	23	86
Federación de Rusia	-	-	-	-	-	-	-	2	21	2	23	-
Fiji	8 x	-	-	2 x	6 x	5 x	-	4	34	2	31	-
Filipinas	33	49	15	2 x	7	4	- f	10	13	14	16	52 y
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	1	27	1	16	-
Francia	-	-	-	-	-	-	-	1	30	3	18	-
Gabón	17	31 x	6 x	1 x	3 x	8 x	0 f	6	16	7	59	89 x
Gambia	25	29	15	4	11	3	32 f	7	12	10	58	69
Georgia	11 x	22 x	8 x	1 x	2 x	20 x	-	3	20	3	27	>99 xy
Ghana	19	25	8	1	5	3	50 f	6	11	7	46	64
Granada	-	-	-	-	-	-	-	4	26	4	23	-
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	1	37	1	16	-
Guatemala	47	66	17	<1	1	5	26 f,w	1	29	2	16	88 x
Guinea	32	39	18	3	8	4	64 f	7	10	11	51	73
Guinea-Bissau	28	31	15	1	6	2	95 f	7	11	9	44	26
Guinea Ecuatorial	26 x	28 x	19 x	2 x	3 x	10 x	5 f	8	11	10	44	57 x
Guyana	11	20	7	2	6	5	-	5	25	5	32	43
Haití	22	34	9	1	4	3	17 f	4	28	6	46	8
Honduras	23	42 x	8 x	<1 x	1 x	5 x	-	2	27	3	18	-
Hungría	-	-	-	-	-	-	-	2	28	2	26	-
India	38	51	22	8	21	2	- f,z	27	7	24	51	93
Indonesia	36	48	29	7	14	12	62 f	10	15	12	29	92 by
Irán (República Islámica del)	7 x	-	-	1 x	4 x	-	-	9	26	4	30	-
Iraq	22 x	24 x	21 x	3 x	6 x	11 x	-	5	32	3	29	68
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	<1	31	1	15	-
Islandia	-	-	-	-	-	-	-	1	28	2	16	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	<1	63	<1	-	-
Islas Marshall	35	44	20	1	4	4	- f	<1	59	1	27	-
Islas Salomón	32	37	25	4	8	5	-	1	23	2	39	88
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	-	-	-	-	-	-	-	1	35	1	16	-
Italia	-	-	-	-	-	-	-	1	37	1	17	-
Jamaica	6	-	-	1	4	8	-	2	30	4	23	-
Japón	7 x	-	-	<1 x	2 x	2 x	-	2	14	10	22	-
Jordania	8	14 x	2 x	1 x	2 x	5 x	-	4	31	2	35	88 b,xy
Kazajstán	8	10	6	1	3	9	- f	2	20	4	31	94
Kenya	26	36	14	1	4	4	44 f	8	11	10	27	95
Kirguistán	13	18	11	1	3	7	- f	3	16	4	36	99
Kiribati	-	-	-	-	-	-	37 f	<1	55	1	26	-
Kuwait	5	-	-	1	3	6 x,y	-	4	42	1	24	-
Lesotho	33	46	13	1	3	7	18 f	5	15	5	27	85
Letonia	-	-	-	-	-	-	-	2	22	2	25	-
Líbano	17 x	-	-	3 x	7 x	17 x	-	5	33	3	31	95 x
Liberia	32	36	20	2	6	3	97 f	7	10	8	35	91
Libia	21 x	-	-	3 x	7 x	22 x	-	6	33	2	33	69 x
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	-	-	-	-	-	-	-	3	21	1	26	-
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	1	26	2	16	-
Macedonia del Norte	5 x	7 x	2 x	<1 x	2 x	12 x	-	2	26	2	23	-
Madagascar	49	39	47	1	8	1	87 f	7	11	15	37	68 x
Malasia	21	-	-	-	12	6	-	7	27	7	25	28 xy
Malawi	37	46	25	1	3	5	91 f	6	11	9	34	78
Maldivas	19 x	22 x	15 x	3 x	11 x	6 x	69 f	14	17	9	43	97 x
Malí	30	41	15	3	13	2	9 f	8	11	10	51	90
Malta	-	-	-	-	-	-	-	1	37	1	16	-
Marruecos	15 x	28 x	7 x	1 x	2 x	11 x	99 f,w	6	27	3	37	43 x
Mauricio	-	-	-	-	-	-	-	7	15	7	25	-
Mauritania	28	36	19	4	15	1	0 f	8	13	8	37	8
México	10	16	7	<1	2	5	- f	2	35	2	15	-
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	- f	<1	51	2	23	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	<1	<1	<1	-	-

TABLA 8. NUTRICIÓN: NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR, MUJERES Y HOGARES

Países y zonas	Malnutrición entre los niños en edad preescolar (0–4 años de edad) 2013–2018*						Suplementos de vitamina A cobertura completa* (%) 2017	Malnutrición entre los niños en edad escolar (5–19 años de edad) 2016		Malnutrición entre las mujeres 2016		Porcentaje de hogares que consumen sal yodada 2013–2018*
	Retraso en el crecimiento (%) (moderado y grave)			Emaciación (%)		Sobrepeso (%)		Delgadez (%)	Sobrepeso (%)	Insuficiencia ponderal 18+ años (%)	Anemia 15–49 años (%)	
	Todos los niños	20% más pobres	20% más ricos	grave	moderado y grave	moderado y grave		delgado y gravemente delgado	sobrepeso y obesidad	BMI <18.5 kg/m ²	leve, moderada y grave	
Mongolia	7	14	3	<1	1	12	83 f	2	18	3	19	80
Montenegro	9	5	9	1	3	22	–	2	25	2	25	–
Montserrat	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mozambique	43 x	51 x	24 x	2 x	6 x	8 x	61 f	4	13	10	51	42 x
Myanmar	29	38	16	1	7	2	89 f	13	12	14	46	81
Namibia	23	31	9	3	7	4	27 f	8	15	9	23	74
Nauru	24 x	52 x	18 x	<1 x	1 x	3 x	–	<1	65	<1	–	–
Nepal	36	48	18	2	10	1	81 f	16	8	17	35	94
Nicaragua	17	35 x	6 x	1 x	2 x	8 x	– f	2	29	3	16	–
Níger	41	47 x,r	35 x,r	2	10	1	53 f	10	8	13	49	59
Nigeria	44	63	18	3	11	2	83 f	10	8	10	50	93 x
Niue	–	–	–	–	–	–	–	<1	59	1	–	–
Noruega	–	–	–	–	–	–	–	1	27	2	15	–
Nueva Zelanda	–	–	–	–	–	–	–	<1	40	2	12	–
Omán	14	–	–	2	8	4	–	7	32	5	38	88
Países Bajos	–	–	–	–	–	–	–	1	25	2	16	–
Pakistán	38	56	22	2	7	3	92 f	19	10	15	52	69 x,y
Palau	–	–	–	–	–	–	–	<1	64	1	–	–
Panamá	19 x	–	–	<1 x	1 x	10 x	–	2	29	3	23	–
Papua Nueva Guinea	49 x	–	–	6 x	14 x	14 x	– f	1	32	3	37	60 x
Paraguay	6	12	1	<1	1	12	–	2	28	3	23	93 x
Perú	13	29	5	<1	1	8	–	1	27	2	18	89
Polonia	3	–	–	–	–	–	–	2	26	2	26	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	–	1	32	1	18	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	5	39	2	28	–
Reino Unido	–	–	–	–	–	–	–	1	31	2	15	–
República Árabe Siria	28 x	33 x	22 x	5 x	12 x	18 x	91 f	6	28	3	34	65 x
República Centroafricana	40	45 x	30 x	2 x	8 x	2 x	0 f	8	11	13	46	84 x
República de Corea	3 x	–	–	<1 x	1 x	7 x	–	1	27	5	23	–
República de Moldova	6	11 x	3 x	<1 x	2 x	5 x	–	3	18	2	27	58 x
República Democrática del Congo	43	49	23	3	8	4	1 f	9	10	14	41	82
República Democrática Popular Lao	44 x	61 x	20 x	2 x	6 x	2 x	57 f	9	14	12	40	94
República Dominicana	7	12	4	1	2	8	–	3	33	4	30	30 x
República Popular Democrática de Corea	19	–	–	1	3	2	90 f	5	23	8	32	–
República Unida de Tanzania	34	40	19	1	5	4	87 f	7	12	10	37	76
Rumania	13 x	–	–	1 x	4 x	8 x	–	3	25	2	27	–
Rwanda	37 w	49	21	<1 w	2 w	6	98 f	6	11	8	22	90
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	4	28	3	–	–
Samoa	5	6	3	1	4	5	–	<1	53	1	31	96
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	<1	<1	<1	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	–	–	–	–	–	3	29	4	25	–
Santa Lucía	2	5 x	– x,p	1 x	4 x	6 x	–	4	23	4	22	75 x
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	17	25	7	1	4	2	23 f	5	13	8	46	91
Senegal	17	27	6	1	9	1	58 f	9	10	11	50	62
Serbia	6	14	4	1	4	14	–	2	27	2	27	–
Seychelles	8	–	–	1 x	4 x	10 x	–	6	23	5	22	–
Sierra Leona	38	42	29	4	9	9	98 f	7	11	10	48	85
Singapur	4 x	–	–	1 x	4 x	3 x	–	2	22	8	22	–
Somalia	25 x	52 x	25 x	5 x	15 x	3 x	11 f	7	13	10	44	7 x
Sri Lanka	17	25	12	3	15	2	93 f	15	13	13	33	95 y
Sudáfrica	27	36	13	1	2	13	47 f	5	25	3	26	91
Sudán	38	44	21	5	17	3	20 f	<1	<1	<1	31	34
Sudán del Sur	31 x	31 x	27 x	12 x	24 x	6 x	51 f	<1	<1	<1	34	60 x
Suecia	–	–	–	–	–	–	–	1	24	2	15	–
Suiza	–	–	–	–	–	–	–	<1	22	3	18	–
Suriname	9 x	13 x	6 x	2 x	6 x	4 x	–	4	31	3	24	–
Tailandia	11	13	12	1	5	8	–	8	22	8	32	85
Tayikistán	18	22	17	2	6	3	–	4	15	5	31	91
Timor–Leste	51	59	39	2	11	1	66 f	11	13	19	41	83
Togo	28	33	11	1	7	2	87 f	6	10	9	49	77

TABLA 8. NUTRICIÓN: NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR, MUJERES Y HOGARES

Países y zonas	Malnutrición entre los niños en edad preescolar (0-4 años de edad) 2013-2018*						Suplementos de vitamina A cobertura completa* (%) 2017	Malnutrición entre los niños en edad escolar (5-19 años de edad) 2016		Malnutrición entre las mujeres 2016		Porcentaje de hogares que consumen sal yodada 2013-2018*
	Retraso en el crecimiento (%) (moderado y grave)			Emaciación (%)		Sobrepeso (%)		Delgadez (%)	Sobrepeso (%)	Insuficiencia ponderal 18+ años (%)	Anemia 15-49 años (%)	
	Todos los niños	20% más pobres	20% más ricos	grave	moderado y grave	moderada y grave		delgado y gravemente delgado	sobrepeso y obesidad	BMI <18.5 kg/m ²	leve, moderada y grave	
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	8	7 x	10 x	2 x	5 x	17 x	-	<1	58	<1	21	-
Trinidad y Tabago	9 x	9 x	15 x	2 x	6 x	11 x	-	6	25	3	24	63 x
Túnez	10	16 x	8 x	2 x	3 x	14 x	-	7	25	3	31	-
Turkmenistán	11	16	11	1	4	6	- f	3	18	4	33	>99
Turquía	10	19	5	<1	2	11	-	5	30	2	31	85 x
Tuvalu	10 x	8 x	13 x	1 x	3 x	6 x	-	<1	58	1	-	-
Ucrania	23 x	-	-	4 x	8 x	27 x	-	2	21	2	24	36 x
Uganda	29	32	17	1	3	4	27 f	6	10	10	29	91
Uruguay	11 x	-	-	<1 x	1 x	7 x	-	2	33	1	21	-
Uzbekistán	20 x	21 x	16 x	2 x	4 x	12 x	99 f	3	17	4	36	82 x
Vanuatu	29	39	16	1	4	5	-	2	31	3	24	63
Venezuela (República Bolivariana de)	13 x	-	-	-	4 x	6 x	-	2	34	2	24	-
Viet Nam	25	41 x,r	6 x,r	1	6	5	99 f,w	14	10	18	24	61 x
Yemen	46	59	26	5	16	2	- f	14	20	9	70	49
Zambia	40	47	28	2	6	6	99 f	6	13	9	34	88
Zimbabwe	27	33	17	1	3	6	43 f	6	15	6	29	93
DATOS CONSOLIDADOS												
Asia Oriental y el Pacífico	8	44 q	22 q	1	3	6	74	6	23	8	27	92
Europa y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	2	26	2	23	-
Europa Oriental y Asia Central	9 e	18 q	8 q	1 e	2 e	15 e	-	3	23	2	28	-
Europa Occidental	-	-	-	-	-	-	-	1	30	2	18	-
América Latina y el Caribe	9	24 q	7 q	<1	1	7	-	2	30	3	22	-
Oriente Medio y África del Norte	15	-	-	3	8	11	-	6	31	3	34	-
América del Norte	3 d	-	-	<1 d	<1 d	9 d	-	1	41	2	13	-
Asia Meridional	34	51	22	5	15	3	66	25	8	23	50	89
África Subsahariana	33	46	20	2	8	4	55	7	10	10	39	80
África Oriental y Meridional	34	42	22	2	6	4	57	7	11	9	31	82
África Occidental y Central	34	50	18	2	6	4	53	9	10	10	48	76
Países menos adelantados	32	45	22	2	8	4	58	10	10	14	40	74
Mundo	22	45	20	2	7	6	62	11	18	9	33	88

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Retraso en el crecimiento (preescolares) – Moderado y grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de altura por edad del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS.

Emaciación (preescolares) – Moderada y grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de peso por altura del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS.

Emaciación (preescolares) – Grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos tres desviaciones estándar por debajo de la media de peso por altura del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS.

Sobrepeso (preescolares) – Moderado y grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están más de dos desviaciones estándar por encima de la media de peso por altura del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS (incluye obesidad).

Suplementos de vitamina A, cobertura completa – Porcentaje estimado de niños y niñas de 6 a 59 meses que recibieron 2 dosis de suplementos de vitamina A con una

diferencia aproximada de 4 a 6 meses de 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 IMC > 1 DS de la mediana de acuerdo con la referencia de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar.

Bajo peso (mujeres de 18 años o más) – Porcentaje de mujeres de 18 años o más 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 para mujeres no embarazadas y mujeres lactantes, e inferior a 110 g/l para mujeres embarazadas, ajustada en función de la altitud y el tabaquismo.

Hogares que consumen sal yodada – Porcentaje de hogares que consumen sal yodada (superior a 0 ppm).

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Retraso en el crecimiento, sobrepeso, emaciación y emaciación grave (niños en edad preescolar) – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares. Última actualización: Marzo de 2019.

Suplementos de vitamina A – UNICEF. Última actualización: febrero de 2019.

Delgadez y sobrepeso (niños en edad escolar) – NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), basado en las tendencias mundiales en el índice de masa corporal, el peso inferior al normal, el sobrepeso y la obesidad de 1975 a 2016; un análisis combinado de 2.416 estudios de medición basados en la población realizados con 128,9 millones de niños, adolescentes y adultos. The Lancet 2017, 390 (10113): 2627-2642. Última actualización: agosto de 2019.

Insuficiencia ponderal (mujeres mayores de 18 años) – Observatorio de Salud Mundial, OMS. Última actualización: agosto de 2019.

Anemia (mujeres de 15 a 49 años) – Observatorio Mundial de la Salud, OMS. Última actualización: agosto de 2019.

Consumo de sal yodada – DHS, MICS, otras encuestas nacionales en los hogares y encuestas en las escuelas. Última actualización: junio de 2019.

NOTAS

– Datos no disponibles.

a La cobertura completa 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 primer semestre (enero-junio) y el segundo semestre (julio-diciembre) de 2017). Los datos sólo se presentan para los países prioritarios en materia de suplementos de vitamina A; por lo tanto, los agregados sólo se basan en estos países prioritarios y son representativos de estos países.

b No se puede confirmar si el valor indicado incluye hogares sin sal o no.

c Los promedios mundiales y regionales para el retraso del crecimiento (moderado y grave), el sobrepeso (moderado y grave), la emaciación (moderada y grave) y la emaciación (grave) se calculan utilizando los datos de los modelos estadísticos de las Estimaciones Conjuntas sobre Desnutrición Infantil de UNICEF, la OMS y el Grupo del Banco Mundial, edición de marzo de 2019. Para más información, véase <data.unicef.org/malnutrition>. Las desagregaciones para el retraso en el crecimiento (moderado y grave) están ponderadas por población, lo que significa que se utiliza la estimación más reciente para cada país con datos entre 2013 y 2018; por lo tanto, las desagregaciones pueden no coincidir con las estimaciones totales

a nivel mundial y regional presentadas en esta tabla.

d Para las estimaciones de retraso en el crecimiento, emaciación y emaciación grave, el promedio regional de América del Norte se basa únicamente en datos de los Estados Unidos; las estimaciones regionales de Australia y Nueva Zelanda para el retraso en el crecimiento y el sobrepeso se basan únicamente en datos australianos.

e Cobertura reducida consecutiva de la población, interpretar con precaución.

f Identifica los países que se designan como "prioritarios". Los países prioritarios para los programas nacionales de administración de suplementos de vitamina A son los que tienen altas tasas de mortalidad de menores de cinco años (más de 70 por cada 1.000 nacidos vivos), y/o pruebas de deficiencia de vitamina A en este grupo de edad, y/o un historial de programas de administración de suplementos de vitamina A.

p Basado en denominadores pequeños (típicamente 25-49 casos no ponderados). No se presentan datos en menos de 25 casos no ponderados.

q Las estimaciones regionales para Asia oriental y el Pacífico excluyen a China, las de América Latina y el Caribe excluyen al Brasil, las de Europa oriental y Asia central excluyen a la Federación de Rusia.

r Los datos desagregados provienen de fuentes diferentes a los datos presentados para todos los niños para el mismo indicador.

w Reducción del rango de edad. En cuanto a la administración de suplementos de vitamina A, esto identifica a los países con programas nacionales de administración de suplementos de vitamina A dirigidos a una edad reducida. La cifra de cobertura se presenta como objetivo.

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales. No se presentan estimaciones de datos de años anteriores a 2000.

y Datos referidos a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Si están dentro del período de referencia señalado, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

z Identifica los países para los que no se muestra la estimación nacional, sino aquellos para los que se ha utilizado la estimación nacional para las estimaciones regionales y para todas las estimaciones nacionales prioritarias.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

TABLA 9. DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

Países y zonas	Asistencia a la escuela en la primera infancia 2010-2018*					Estimulación temprana y atención receptiva por parte de los adultos+ 2010-2018*					Estimulación temprana y atención receptiva por parte del padre* 2010-2018*	Materiales de aprendizaje en el hogar 2010-2018*						Niños que reciben una supervisión inadecuada 2010-2018*				
	total	hombres		mujeres		total	hombres		mujeres			Libros infantiles			Juguetes*			total	hombres		mujeres	
		20% más pobres	20% más ricos	20% más pobres	20% más ricos		20% más pobres	20% más ricos	total	20% más pobres		20% más ricos	total	20% más pobres	20% más ricos	total	hombres		mujeres	20% más pobres	20% más ricos	
Filipinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Finlandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gambia	18	17	19	12	32	48	49	47	50	55	21 y	1	0	4	42	28	50	21	22	19	25	18
Georgia	62 y	-	-	-	-	83	82	84	85	82	35 y	58 y	40 y	74 y	38 x	41 x	41 x	6 y	6 y	7 y	6 y	8 y
Ghana	68	65	72	42	97	40	38	42	23	78	30 y	6	1	23	41	31	51	21	21	21	27	15
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guinea	9	9	9	3	32	31	33	30	22	51	4	0	0	1	32	17	54	34	36	33	38	36
Guinea-Bissau	13	13	14	3	46	34	41	28	33	51	0	1	0	3	31	24	46	31	31	31	27	38
Guinea Ecuatorial	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guyana	61	63	59	45	76	87	85	90	82	94	16	47	25	76	69	65	70	5	5	5	10	1
Haití	63 y	63 y	63 y	31 y	84 y	54 y	52 y	57 y	34 y	79 y	7 y	8 y	1 y	20 y	48 y	33 y	58 y	22 y	23 y	22 y	28 y	15 y
Honduras	19	17	21	13	28	39	38	39	20	64	17	11	1	34	78	74	81	4	5	4	8	2
Hungría	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indonesia	17	16	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Irán (República Islámica del)	20 y	19 y	22 y	-	-	70 y	69 y	70 y	-	-	60 y	36 y	-	-	67 y	-	-	15 y	15 y	15 y	-	-
Iraq	2	2	3	1	5	44 y	44 y	45 y	31 y	53 y	10 y	3	1	9	47	52	43	10	10	10	12	12
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islandia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	5	5	5	4	11	72	72	73	71	83	2	19	3	44	71	61	82	9	9	10	10	9
Islas Salomón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	92	92	91	88	100	88	86	90	76	86	28 y	55	34	73	61	64	56	2	2	2	2	1
Japón	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	13 y	12 y	14 y	5 y	35 y	92 y	92 y	91 y	85 y	99 y	32 y	16 y	6 y	32 y	71 y	69 y	66 y	16 y	17 y	16 y	16 y	21 y
Kazajstán	55	53	58	45	70	86	84	87	83	95	7	51	35	73	60	63	61	5	4	6	8	3
Kenya	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kirguistán	23	23	23	12	50	72	74	70	63	73	3	27	15	54	59	63	54	5	5	4	6	5
Kiribati	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesoto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Letonia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	62 x	63 x	60 x	-	-	56 xy	58 xy	54 xy	-	-	74 xy	29 x	-	-	16 xy	-	-	9 x	8 x	10 x	-	-
Liberia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macedonia del Norte	35	-	-	-	-	92	92	91	81	96	71 y	52	18	81	71	70	79	5	5	5	11	1
Madagascar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Malasia	53	52	55	-	-	25	25	24	-	-	-	56	-	-	62	-	-	3	3	3	-	-
Malawi	39	37	41	26	67	29	29	30	22	44	3	1	0	6	45	35	66	37	37	37	39	28
Maldivas	78 y	78 y	79 y	69 y	82 py	96 y	96 y	97 y	97 y	-	25 y	59 y	50 y	70 y	48 y	50 y	33 y	12 y	10 y	14 y	11 y	22 y
Mali	5	6	5	1	21	55	55	55	53	65	5	0	0	2	52	42	70	32	32	32	31	27
Malta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	39 x	36 x	41 x	6 x	78 x	36 y	36 y	36 y	26 y	47 y	65 y	21 xy	9 xy	52 xy	14 xy	19 xy	7 xy	7	-	-	-	-
Mauricio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	12	12	12	3	30	44	46	42	30	65	5	1	0	3	33	24	52	34	35	34	39	26
México	60	58	62	58	71	76	71	80	62	94	14	35	15	64	76	74	85	5	5	5	8	3
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	68	68	68	36	90	55	55	55	38	71	10	33	13	57	56	57	58	10	9	11	15	8
Montenegro	40	39	42	7	66	98	97	99	93	98	45	73	48	87	60	61	66	3	3	3	2	3
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	-	-	-	-	-	47 x	45 x	48 x	48 x	50 x	20 xy	3 x	2 x	10 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	6 y	5 y	1 y	15 y	72 y	64 y	76 y	13 y	14 y	13 y	21 y	5 y

TABLA 9. DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

Países y zonas	Asistencia a la escuela en la primera infancia 2010-2018*					Estimulación temprana y atención receptiva por parte de los adultos+ 2010-2018*					Estimulación temprana y atención receptiva por parte del padre* 2010-2018*	Materiales de aprendizaje en el hogar 2010-2018*					Niños que reciben una supervisión inadecuada 2010-2018*					
	total	hombres		mujeres		total	hombres		mujeres			Libros infantiles		Juguetes*			total	hombres		mujeres		
		20% más pobres	20% más ricos	20% más pobres	20% más ricos		20% más pobres	20% más ricos	total	20% más pobres		20% más ricos	total	20% más pobres	20% más ricos	total		hombres	mujeres	20% más pobres	20% más ricos	
Tuvalu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ucrania	52	54	50	30	68	98	97	98	95	99	71 y	91	92	92	52	61	51	7	6	7	11	5
Uganda	37 y	34 y	39 y	15 y	66 y	53 y	51 y	55 y	38 y	74 y	3 y	2 y	0 y	8 y	50 y	39 y	59 y	37 y	37 y	37 y	49 y	21 y
Uruguay	81	83	80	-	-	93	94	91	-	-	66 y	59	-	-	75	-	-	3	3	3	-	-
Uzbekistán	32 y	33 y	31 y	-	-	91 x	91 x	90 x	83 x	95 x	54 xy	43 x	32 x	59 x	67 x	74 x	62 x	5 x	5 x	5 x	6 x	7 x
Vanuatu	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	66 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	71	74	69	53	86	76	76	76	52	96	15	26	6	58	52	44	54	7	6	8	14	2
Yemen	3 x	3 x	3 x	0 x	8 x	33 x	34 x	32 x	16 x	56 x	37 xy	10 x	4 x	31 x	49 x	45 x	49 x	34 x	36 x	33 x	46 x	22 x
Zambia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Zimbabwe	22	20	23	17	34	43	43	43	35	59	3	3	1	12	62	48	74	19	19	18	25	7
DATOS CONSOLIDADOS																						
Asia Oriental y el Pacífico	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa Oriental y Asia Central	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa Occidental	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América Latina y el Caribe	61	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oriente Medio y África del Norte	28	28	28	20	37	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	9	9	9	6
América del Norte	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Meridional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África Subsahariana	26	24	25	8	55	51	51	51	40	70	7	3	0	10	42	33	57	35	35	34	38	27
África Oriental y Meridional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África Occidental y Central	24	24	24	7	56	52	52	51	41	71	8	3	0	12	41	32	56	35	35	34	38	28
Países menos adelantados	17	16	17	8	35	56	56	55	47	71	10	3	1	9	46	38	57	31	31	31	36	22
Mundo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Asistencia a la enseñanza en la primera infancia – Porcentaje de niños de 36 a 59 meses de edad que asisten a un programa de educación en la primera infancia.

Estimulación temprana y cuidado receptivo por parte de los adultos – Porcentaje de niños de 36 a 59 meses de edad con quienes un adulto ha participado en cuatro o más de las siguientes actividades para promover el aprendizaje y la preparación para la escuela en los últimos 3 días: a) leer libros al niño, b) contarle cuentos al niño, c) cantarle canciones, d) sacar al niño de la casa, e) jugar con el niño, y f) pasar tiempo con el niño nombrando, contando o dibujando cosas.

Estimulación temprana y cuidado receptivo por parte del padre – Porcentaje de niños de 36 a 59 meses de edad cuyo padre ha participado en cuatro o más de las siguientes actividades para promover el aprendizaje y la preparación para la escuela en los últimos 3 días:

a) leer libros al niño, b) contarle cuentos al niño, c) cantarle canciones, d) sacar al niño fuera del hogar, 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 de edad 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 de edad que tienen dos o más de los siguientes juguetes en el hogar: objetos del hogar u objetos encontrados fuera (palos, rocas, 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 han estado solos o al cuidado de otro niño menor de 10 años durante más de una hora por lo menos una vez durante la semana pasada.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Asistencia a la enseñanza en la primera infancia – Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras encuestas nacionales. Última actualización: agosto de 2019.

Estimulación temprana y atención receptiva por parte de los adultos – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: agosto de 2019.

Estimulación temprana y atención receptiva por parte del padre – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: agosto de 2019.

Materiales de aprendizaje en el hogar: libros infantiles – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: agosto de 2019.

Materiales de aprendizaje en el hogar: juguetes – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: agosto de 2019.

Niños que reciben una supervisión inadecuada – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: agosto de 2019.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- p Basado en denominadores pequeños (típicamente 25-49 casos no ponderados). No se presentan datos en menos de 25 casos no ponderados.
- x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- y Datos referidos a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Si están dentro del período de referencia señalado, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.
- + Una explicación más detallada de la metodología y de los cambios en el cálculo de estas estimaciones puede encontrarse en la Nota General sobre los Datos, página 180.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

TABLA 10. EDUCACIÓN

Países y zonas	Acceso equitativo								Terminación						Aprendizaje								
	Tasa de niños sin escolarizar 2012–2018*								Tasa de terminación 2012–2018*						Resultados del aprendizaje 2010–2018*								
	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 ó 3 que logran un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños al final de la enseñanza primaria que han alcanzado el nivel mínimo de competencia		Proporción de niños al final del segundo ciclo de enseñanza secundaria superior que han alcanzado el nivel mínimo de competencia		Tasa de alfabetización de jóvenes (15–24 años) (%)		
	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	lectura	matemá- ticas	lectura	matemá- ticas	lectura	matemá- ticas	hom- bres
Afganistán	-	-	-	-	-	-	46	69	67	40	49	26	32	14	47	52	55	63	-	-	62	32	
Albania	10	11	2	4	1	4	17	18	91	93	97	96	43	60	86	-	95	97	48	39	99	99	
Alemania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	97	96	84	83	-	-	
Andorra	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Angola	30	38	-	-	-	-	-	-	53	49	41	31	21	15	-	-	-	-	-	-	-	85	71
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	59	38	76	67	-	-	-	-	
Antigua y Barbuda	14	12	18	17	16	24	21	22	-	-	-	-	-	-	38	46	50	78	-	-	-	-	
Arabia Saudita	63	61	1	0	-	-	9	8	-	-	-	-	-	-	65	43	-	-	-	34	99	99	
Argelia	-	-	0	2	-	-	-	-	93	94	57	72	30	47	-	41 x	-	-	21	19	-	-	
Argentina	1	3	0	1	1	1	13	5	95	97	72	81	53	66	62	63	67	59	62	38	99	100	
Armenia	-	-	8	8	8	6	-	-	100	99	94	99	91	96	-	-	-	95	-	76	100	100	
Australia	12	13	4	3	1	2	2	0	-	-	-	-	-	-	95	96	94	95	82	78	-	-	
Austria	2	0	-	-	0	1	7	7	-	-	-	-	-	-	-	-	87	95	84	87	-	-	
Azerbaiján	39	39	7	5	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	82	71	27 x	55 x	100	100	
Bahamas	65	60	15	8	11	5	15	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bahrein	23	24	1	1	3	0	7	5	-	-	-	-	-	-	-	72	-	-	-	75	94	95	
Bangladesh	-	-	8	2	-	-	37	38	69	79	53	55	31	26	65	39	91	81	87	57	92	94	
Barbados	8	12	10	9	4	0	-	-	99	99	98	98	91	97	-	-	87	60	-	-	100	100	
Belarús	1	4	4	4	2	1	2	0	100	100	100	100	96	98	-	-	-	-	-	-	-	-	
Bélgica	0	0	1	1	3	3	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	80	80	-	-	
Belice	16	16	0	1	11	11	38	34	78 x	86 x	40 x	48 x	20 x	25 x	25 x	-	-	-	-	-	-	-	
Benin	12	12	-	-	26	43	46	66	51	44	25	13	12	5	10	34	52	40	-	-	64	41	
Bhután	-	-	19	17	20	10	34	27	67 x	71 x	41 x	38 x	25 x	18 x	-	-	-	-	33	51	90	84	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	8	9	7	8	13	13	17	18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99	
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100	97	97	92	92	-	-	-	-	-	77 x	100	100	
Botswana	67	65	11	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	61	66	66	79	80	96	99	
Brasil	4	1	4	2	3	4	19	16	94	97	73	82	53	64	78	77	97	100	49	30	99	99	
Brunei Darussalam	5	5	3	4	-	-	20	16	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	99	100	
Bulgaria	5	4	7	7	6	7	8	12	-	-	-	-	-	-	-	-	93	92	59	58	98	98	
Burkina Faso	83	83	22	24	48	46	67	68	32 x	29 x	13 x	6 x	6 x	2 x	35	59	57	59	-	-	57	44	
Burundi	58	58	4	2	31	27	60	57	46	54	26	19	4	3	79	97	56	87	-	-	85	75	
Cabo Verde	21	20	13	14	20	20	37	32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	98	99	
Camboya	58	56	9	10	12	14	-	-	68	79	41	39	20	20	-	-	61	-	38	17	92	93	
Camerún	54	54	1	9	31	39	48	57	67	64	46	41	18	14	30	55	49	35	-	-	85	76	
Canadá	-	-	-	-	0	0	8	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	89	86	-	-	
Chad	89	90	17	34	51	70	71	88	31	24	18	10	15	6	18	48	16	19	39	33	41	22	
Chequia	8	8	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-	-	-	98	96	-	-	78	78	-	-	
Chile	3	3	5	5	8	8	7	6	-	-	-	-	-	-	70	63	94	98	72	63	99	99	
China	-	-	-	-	-	-	-	-	97	97	93	93	64	67	82	85	-	-	80	79	100	100	
Chipre	5	6	2	2	2	2	6	5	-	-	-	-	-	-	87 x	93	-	-	64	78 x	100	100	
Colombia	13	12	7	6	6	5	17	15	91	95	74	81	69	78	82	82	87	57	89	79	98	99	
Comoras	60	62	15	16	30	29	57	55	75	77	47	45	24	32	-	-	66 x	70 x	-	-	74	70	
Congo	79	77	16	9	-	-	-	-	78	82	56	45	28	19	38	71	41	29	-	-	86	77	
Costa Rica	10	11	3	3	5	6	14	9	94 x	95 x	55 x	71 x	38 x	56 x	89	84	94	95	60	38	99	99	
Côte d'Ivoire	78	78	7	15	36	49	57	69	60	53	36	22	17	15	17	34	48	27	-	-	59	47	
Croacia	2	7	4	1	3	0	16	12	-	-	-	-	-	-	-	-	99	93	80	68	100	100	
Cuba	0	0	3	3	0	0	23	15	99	100	98	98	81	86	-	-	94 x	95 x	-	-	100	100	
Dinamarca	3	2	1	1	1	1	14	11	-	-	-	-	-	-	99	96	-	-	85	86	-	-	
Djibouti	91	91	39	46	48	56	66	72	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Dominica	29	30	3	1	-	-	10	10	-	-	-	-	-	-	81	50	40	29	-	-	-	-	
Ecuador	4	4	3	1	-	-	16	16	-	-	-	-	-	-	75	78	68	64	72	43	99	99	
Egipto	62	62	2	1	8	7	22	25	91	92	79	81	71	69	5	-	-	-	-	47	89	87	
El Salvador	19	18	19	18	16	17	34	35	84	89	73	74	34	36	-	23 x	78 x	79 x	-	20 x	98	98	
Emiratos Árabes Unidos	12	11	2	4	1	2	13	19	-	-	-	-	-	-	64	70	-	-	60	74	-	-	
Eritrea	82	83	61	64	53	60	66	71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Eslovaquia	19	17	-	-	4	5	10	10	-	-	-	-	-	-	-	-	96	88	68	72	-	-	
Eslovenia	4	6	3	2	1	2	5	4	-	-	-	-	-	-	95	95	-	-	85	84	100	100	
España	4	4	2	1	1	0	2	1	-	-	-	-	-	-	94	93	-	-	84	78	100	100	
Estado de Palestina	38	38	6	6	12	7	44	26	99	100	80	93	52	73	-	-	-	-	-	52	99	99	
Estados Unidos	10	8	4	4	3	1	7	6	-	-	-	-	-	-	69	95	-	-	81	71	-	-	

TABLA 10. EDUCACIÓN

Países y zonas	Acceso equitativo								Terminación						Aprendizaje							
	Tasa de niños sin escolarizar 2012–2018*								Tasa de terminación 2012–2018*						Resultados del aprendizaje 2010–2018*							
	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 ó 3 que logran un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños al final de la enseñanza primaria que han alcanzado el nivel mínimo de competencia		Proporción de niños al final del segundo ciclo de enseñanza secundaria superior que han alcanzado el nivel mínimo de competencia		Tasa de alfabetización de jóvenes (15–24 años) (%)	
	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	lectura	matemá- ticas	lectura	matemá- ticas	lectura	matemá- ticas	hom- bres	mu- jeres
Estonia	10	7	7	6	–	–	5	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	89	89	100	100	
Eswatini	–	–	24	25	13	13	25	30	52	68	38	45	31	33	–	–	99 x	91 x	–	–	92	95
Etiopía	61	63	11	17	45	49	73	75	51	51	42	36	13	13	–	–	–	–	–	–	–	–
Federación de Rusia	3	4	3	2	2	1	10	9	–	–	–	–	–	–	–	–	99	98	84	81	100	100
Fiji	–	–	2	2	–	–	30	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Filipinas	21	19	5	4	9	5	24	17	89	95	75	88	54	66	–	34 x	–	–	–	39 x	97	99
Finlandia	2	1	1	1	1	1	5	4	–	–	–	–	–	–	99	97	–	–	89	86	–	–
Francia	1	0	1	1	2	2	6	5	–	–	–	–	–	–	95	87	–	–	79	77	–	–
Gabón	–	–	–	–	–	–	–	–	57	67	23	26	11	11	–	–	95 x	90 x	–	–	87	89
Gambia	–	–	25	17	–	–	–	–	56	57	50	46	31	29	23	31	33	22	–	–	66	56
Georgia	–	–	2	2	1	2	8	5	–	–	–	–	–	–	86	78	–	–	48	43	100	100
Ghana	13	8	17	15	16	13	31	31	64	68	50	50	42	35	71	55	72	61	–	21	88	83
Granada	14	17	4	3	2	26	17	11	–	–	–	–	–	–	54	43	66	57	–	–	99	100
Grecia	12	11	7	7	6	8	10	11	–	–	–	–	–	–	95 x	–	–	–	73	64	99	99
Guatemala	19	19	12	12	30	36	56	61	83	77	54	46	27	25	50	41	40	45	15	18	95	93
Guinea	57	61	14	29	41	59	59	75	58	49	43	25	29	15	–	–	–	–	–	–	57	37
Guinea-Bissau	–	–	–	–	–	–	–	–	33	26	20	14	11	8	–	–	–	–	–	–	71	50
Guinea Ecuatorial	57	55	56	55	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	99
Guyana	10	6	5	3	7	5	34	25	96	99	80	88	49	64	–	–	–	–	–	–	96	97
Haití	–	–	–	–	–	–	–	–	49	58	32	38	17	16	–	–	–	–	–	–	–	–
Honduras	19	18	17	16	37	35	54	48	81	85	42	55	27	33	93	92	84	77	89	61	95	97
Hungría	8	9	3	3	4	4	12	12	–	–	–	–	–	–	–	–	95	92	73	88	99	99
India	–	–	3	2	17	12	47	49	92	91	82	79	46	40	25	28	–	–	17 x	15 x	90	82
Indonesia	6	3	5	10	14	10	17	13	91	92	64	59	40	37	66	49	–	–	45	31	100	100
Irán (República Islámica del)	51	52	–	–	2	2	27	23	–	–	–	–	–	–	76	65	–	–	–	63	98	98
Iraq	–	–	–	–	–	–	–	–	78	73	46	47	45	43	–	–	–	–	–	–	57	49
Irlanda	2	2	0	0	–	–	2	0	–	–	–	–	–	–	97	97	–	–	90	94	–	–
Islandia	2	2	0	1	2	1	18	14	–	–	–	–	–	–	93 x	–	–	–	78	76	–	–
Islas Cook	2	0	2	5	8	7	37	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	34	35	24	19	23	23	40	28	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	99
Islas Salomón	35	34	31	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Turcas y Caicos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	70	–	–	–	–	–
Islas Vírgenes Británicas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israel	2	0	3	2	–	–	4	0	–	–	–	–	–	–	93	–	–	–	73	68	–	–
Italia	1	3	1	2	–	–	5	5	–	–	–	–	–	–	98	93	–	–	79	89	100	100
Jamaica	7	4	–	–	22	17	24	19	99 x	100 x	97 x	97 x	80 x	83 x	87	14	–	–	64	77	94	99
Japón	–	–	2	2	–	–	4	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordania	–	–	–	–	28	29	53	46	96	97	86	88	49	63	–	50	–	–	54	45	99	99
Kazajstán	37	35	2	0	–	–	3	0	100	100	100	100	95	96	–	–	–	96	59	91	100	100
Kenya	–	–	19	15	–	–	–	–	77	82	61	69	44	38	60	71	80	77	–	–	87	86
Kirguistán	6	4	1	2	1	1	30	26	99	99	95	97	82	85	–	–	36	35	17 x	13 x	–	–
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	25	23	7	7	9	4	20	16	–	–	–	–	–	–	58	33	–	–	–	45	99	100
Lesotho	65	63	19	17	29	21	46	39	60	83	29	46	20	27	–	–	79 x	58 x	–	–	80	94
Letonia	2	1	4	2	2	1	5	4	–	–	–	–	–	–	98 x	96 x	–	–	82	79	100	100
Líbano	1	7	9	14	21	26	34	34	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	30	71	–	–
Liberia	13	18	61	64	24	31	24	34	36	33	29	23	18	9	–	–	–	–	–	–	–	–
Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	1	0	3	2	2	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	88	86	–	–
Lituania	1	0	0	0	0	0	4	3	–	–	–	–	–	–	–	–	92	99	75	75	100	100
Luxemburgo	2	1	1	1	6	4	20	16	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	74	74	–	–
Macedonia del Norte	56	56	8	8	–	–	–	–	100 x	99 x	98 x	97 x	80 x	69 x	66 x	–	–	–	29	30	99	99
Madagascar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	79 x	94 x	–	–
Malasia	2	1	2	1	13	11	41	32	–	–	–	–	–	–	86	71	88	47	73	42	97	98
Malawi	–	–	–	–	23	25	59	65	43	52	23	21	15	13	22	51	24	41	–	–	72	73
Maldivas	1	3	0	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	99
Malí	48	52	29	37	52	58	68	77	50	41	36	25	23	12	2	3	12	13	–	–	61	39
Malta	4	0	3	0	3	2	16	9	–	–	–	–	–	–	74	87	–	–	64	84	98	99
Marruecos	42	50	3	3	9	14	26	33	–	–	–	–	–	–	21	41	–	–	–	41	95	88
Mauricio	8	10	5	3	8	5	22	15	–	–	–	–	–	–	–	–	78	79	77	42	98	99

TABLA 10. EDUCACIÓN

Países y zonas	Acceso equitativo								Terminación						Aprendizaje									
	Tasa de niños sin escolarizar 2012–2018*								Tasa de terminación 2012–2018*						Resultados del aprendizaje 2010–2018*									
	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 enseñanza primaria que han alcanzado el nivel mínimo de competencia		Proporción de niños al final del segundo ciclo de enseñanza secundaria superior que han alcanzado el nivel mínimo de competencia		Tasa de alfabetización de jóvenes (15–24 años) (%)			
	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	lectura	matemá- ticas	lectura	matemá- ticas	lectura	matemá- ticas	hom- bres	mu- jeres
Mauritania	–	–	25	22	45	44	72	73	64	56	42	34	14	15	–	–	47	x	38	x	–	–	–	–
México	1	0	2	0	10	7	32	29	97	96	88	87	25	22	78	78	50	40	66	35	99	99	99	99
Micronesia (Estados Federados de)	20	27	17	15	20	16	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mónaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	3	5	1	2	–	–	–	–	96	99	88	93	64	78	–	67	x	–	–	–	66	x	98	99
Montenegro	31	32	3	4	4	5	14	14	100	100	99	99	84	87	–	–	–	–	58	48	99	99	99	99
Montserrat	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	57	54	70	81	–	–	–	–	–	–
Mozambique	–	–	11	14	40	48	66	74	43	x	37	x	13	x	10	x	8	x	4	x	–	–	79	63
Myanmar	–	–	–	–	25	23	50	43	78	84	43	46	13	18	–	–	–	–	–	–	–	–	85	84
Namibia	35	31	4	0	–	–	–	–	75	86	48	62	33	39	–	–	86	x	52	x	–	–	93	95
Nauru	33	16	17	14	21	14	55	60	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	12	18	4	7	14	8	33	18	79	76	68	65	52	39	–	–	–	–	–	–	–	90	80	
Nicaragua	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	63	45	76	77	–	–	–	–	–	–
Níger	78	78	29	38	61	69	83	89	35	24	10	4	4	1	10	28	8	8	–	–	–	49	32	
Nigeria	–	–	–	–	–	–	–	–	81	79	78	72	70	59	75	28	54	18	–	–	–	–	–	–
Niue	77	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	4	3	0	0	0	1	8	7	–	–	–	–	–	–	95	98	–	–	85	83	–	–	–	–
Nueva Zelandia	4	3	1	1	2	2	4	0	–	–	–	–	–	–	76	84	–	–	83	78	–	–	–	–
Omán	18	15	1	1	10	7	12	12	–	–	–	–	–	–	47	61	–	–	–	52	98	99	99	99
Países Bajos	2	1	–	–	1	0	1	1	–	–	–	–	–	–	100	99	–	–	82	83	–	–	–	–
Pakistán	–	–	18	29	42	50	57	67	64	55	55	45	43	38	17	15	52	48	73	68	80	66	66	66
Palau	–	20	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	99	99
Panamá	28	26	12	13	10	10	35	31	95	96	75	81	57	68	68	54	77	74	35	x	21	x	98	97
Papua Nueva Guinea	26	27	20	25	7	17	39	50	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	65	71	71
Paraguay	29	29	11	11	4	15	32	30	89	95	57	54	0	0	71	72	69	69	68	68	98	99	99	99
Perú	3	3	1	0	2	1	–	–	95	95	83	83	78	72	94	71	–	–	42	28	99	99	99	99
Polonia	1	1	4	4	5	5	8	7	–	–	–	–	–	–	95	96	–	–	86	83	–	–	–	–
Portugal	0	1	3	4	1	1	0	3	–	–	–	–	–	–	98	97	–	–	83	76	99	99	99	99
Qatar	9	5	1	2	13	9	43	16	–	–	–	–	–	–	60	64	–	–	48	64	95	97	97	97
Reino Unido	0	0	0	0	1	1	3	2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	82	78	–	–	–	–
República Árabe Siria	61	62	32	33	42	44	68	67	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	43	–	–	–	–
República Centroafricana	–	–	23	40	44	66	79	90	54	x	33	x	16	x	8	x	8	x	6	x	–	–	49	27
República de Corea	3	4	4	3	6	5	1	1	–	–	–	–	–	–	–	100	–	–	86	85	–	–	–	–
República de Moldova	7	4	10	10	15	15	36	35	99	100	95	98	63	74	–	–	91	x	88	54	50	99	100	100
República Democrática del Congo	–	–	–	–	–	–	–	–	71	66	59	49	30	21	–	–	81	85	–	–	–	91	80	80
República Democrática Popular Lao	37	36	6	7	21	22	35	41	87	86	57	55	33	31	83	46	–	–	–	–	94	91	91	91
República Dominicana	13	12	6	6	7	9	26	23	88	94	76	89	48	66	46	28	65	63	28	9	99	99	99	99
República Popular Democrática de Corea	–	–	–	–	8	8	11	11	100	100	100	100	100	100	94	83	–	–	–	–	–	–	–	–
República Unida de Tanzania	49	47	20	18	–	–	85	88	75	84	31	27	32	27	56	35	97	x	87	x	–	–	87	85
Rumania	12	12	10	10	9	10	23	22	–	–	–	–	–	–	86	79	–	–	61	60	99	99	99	99
Rwanda	59	58	6	6	–	–	–	–	48	61	25	30	19	16	–	–	–	–	–	–	–	84	86	86
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	65	61	4	3	2	2	23	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	99	99
San Marino	6	5	7	7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	12	10	1	2	–	–	11	14	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	8	19	–	–	10	14	24	17	99	99	85	98	70	90	68	62	62	46	–	–	–	–	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	47	45	3	3	12	6	20	18	79	86	32	36	12	12	81	100	–	–	–	–	–	97	96	96
Senegal	82	80	29	21	52	45	64	62	48	51	28	24	14	10	18	62	61	59	42	16	76	64	64	64
Serbia	3	3	2	1	1	2	12	10	99	100	99	99	71	81	–	–	–	91	67	61	100	100	100	100
Seychelles	3	7	–	–	–	–	5	4	–	–	–	–	–	–	–	–	88	74	86	79	99	99	99	99
Sierra Leona	65	63	1	1	40	40	61	63	63	65	47	42	27	18	–	–	–	–	–	–	–	65	51	51
Singapur	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	97	99	–	–	89	99	100	100	100	100
Somalia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sri Lanka	–	–	2	4	1	2	21	16	–	–	–	–	–	–	86	84	–	–	90	68	99	99	99	99
Sudáfrica	–	–	9	8	–	–	15	19	95	98	85	91	45	52	84	39	92	71	84	34	99	99	99	99
Sudán	–	–	37	38	–	–	–	–	71	73	45	43	34	29	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudán del Sur	80	83	64	72	54	67	61	75	30	x	18	x	23	x	10	x	13	x	4	x	–	–	–	–
Suecia	2	1	0	1	5	4	1	3	–	–	–	–	–	–	98	95	–	88	82	82	–	–	–	–
Suiza	1	1	0	0	–	–	17	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	80	84	–	–	–	–

TABLA 10. EDUCACIÓN

Países y zonas	Acceso equitativo								Terminación						Aprendizaje									
	Tasa de niños sin escolarizar 2012–2018*								Tasa de terminación 2012–2018*						Resultados del aprendizaje 2010–2018*									
	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 ó 3 que logran un nivel mínimo de competencia		Proporción de niños al final de la enseñanza primaria que han alcanzado el nivel mínimo de competencia		Proporción de niños al final del segundo ciclo de enseñanza secundaria superior que han alcanzado el nivel mínimo de competencia		Tasa de alfabetización de jóvenes (15–24 años) (%)			
	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	lectura	matemá- ticas	lectura	matemá- ticas	lectura	matemá- ticas	hom- bres	mu- jeres		
Suriname	10	7	12	8	17	9	42	33	80	90	41	58	19	28	–	–	–	–	–	–	98	97		
Tailandia	3	3	–	–	11	11	21	21	98	98	76	88	50	62	–	77	–	–	50	46	98	98		
Tayikistán	87	88	1	2	–	–	–	–	99	98	95	93	80	63	–	–	–	–	–	–	100	100		
Timor–Leste	67	67	21	18	14	12	30	26	77	85	63	70	49	55	80	–	–	–	–	–	80	79		
Togo	–	–	5	11	16	28	47	66	66	59	31	20	20	10	20	41	38	48	–	–	90	78		
Tokelau	22	–	–	–	–	–	62	80	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Tonga	–	–	5	3	13	9	48	38	–	–	–	–	–	–	15	x	–	–	–	–	99	100		
Trinidad y Tabago	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	78	–	76	63	58	48	100	100		
Túnez	–	–	–	–	–	–	–	–	94	97	68	80	40	57	–	34	–	–	28	25	97	96		
Turkmenistán	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	93	91	83	80	–	–	–	–	–	–	100	100		
Turquía	33	36	5	6	9	10	15	16	99	98	94	90	58	48	–	–	72	x	81	60	70	100	99	
Tuvalu	6	–	–	–	–	–	58	46	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–		
Ucrania	–	–	8	6	3	3	6	4	100	99	100	100	97	97	–	–	–	79	x	–	81	100	100	
Uganda	–	–	10	8	–	–	–	–	33	36	24	21	16	14	60	72	52	53	–	–	86	82		
Uruguay	3	2	2	2	2	1	23	16	92	95	52	70	45	28	81	75	90	94	61	48	99	99		
Uzbekistán	63	64	1	2	4	5	16	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100		
Vanuatu	–	–	14	12	1	1	43	46	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	95	96		
Venezuela (República Bolivariana de)	17	18	14	14	18	17	32	24	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	58	x	40	x	98	99
Viet Nam	0	1	–	–	–	–	–	–	96	97	81	87	50	61	–	–	99	87	86	81	–	–		
Yemen	95	96	12	22	23	35	46	68	70	55	55	39	37	23	–	9	–	–	–	–	–	–		
Zambia	–	–	16	12	–	–	–	–	73	75	54	48	34	23	1	9	56	x	33	x	–	–	91	87
Zimbabwe	64	63	16	14	8	11	52	55	87	89	66	74	15	11	–	–	81	x	73	x	–	–	88	93

DATOS CONSOLIDADOS

Asia Oriental y el Pacífico	14	12	4	4	9	8	23	15	96	96	82	83	56	59	79	77	–	–	72	68	99	99
Europa y Asia Central	13	14	3	3	3	4	10	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	76	78	100	100
Europa Oriental y Asia Central	22	23	4	4	4	5	14	14	–	–	–	–	67	61	–	–	–	89	70	75	100	100
Europa Occidental	3	3	2	2	2	2	7	6	–	–	–	–	–	–	96	93	–	–	81	81	–	–
América Latina y el Caribe	6	4	5	4	7	7	24	21	94	95	75	80	45	50	76	72	75	70	58	38	99	99
Oriente Medio y África del Norte	51	53	5	7	12	15	31	36	87	85	66	68	52	53	37	–	–	–	–	46	89	86
América del Norte	7	6	4	4	1	1	5	5	–	–	–	–	–	–	69	95	–	–	82	72	–	–
Asia Meridional	–	–	6	7	18	17	47	49	88	88	75	71	44	38	29	28	–	–	–	–	88	80
África Subsahariana	57	57	19	24	34	37	54	61	64	64	48	42	35	29	52	42	57	45	–	–	80	72
África Oriental y Meridional	56	57	19	20	32	37	54	60	60	63	41	38	28	25	–	–	–	–	–	–	86	83
África Occidental y Central	56	57	19	27	37	40	53	61	69	65	54	46	41	33	50	35	53	37	–	–	73	60
Países menos adelantados	56	57	17	20	29	34	53	59	60	60	41	36	26	20	–	–	–	–	–	–	81	73
Mundo	31	31	8	10	15	16	36	36	83	83	71	69	47	43	54	53	–	–	–	61	92	88

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa de niños sin escolarizar, un año antes de la edad oficial de entrada en la primaria – Número de niños de un año antes de la edad oficial de ingreso a la escuela primaria que no están matriculados en escuelas preescolares o primarias, expresada como porcentaje de la población de un año antes de la edad oficial de ingreso a la escuela primaria.

Tasa de niños sin escolarizar en la educación primaria – Número de niños en edad oficial de asistir a la escuela primaria que no están matriculados en la escuela primaria o secundaria, expresado como porcentaje de la población en edad oficial de asistir a la escuela primaria.

Tasa de niños sin escolarizar en el 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 terminación en la educación primaria – Número de niños o jóvenes de 3 a 5 años de edad por encima de la

edad prevista para el último grado de la educación primaria que han terminado el último grado de la escuela primaria.

Tasa de terminación 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 enseñanza secundaria que han terminado el último grado del primer ciclo de secundaria.

Tasa de terminación 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 terminado 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 4.4.1.1 de los ODS.

Tasa de alfabetización de los jóvenes – Porcentaje de población de 15 años a 24 años, expresado como un porcentaje del total de la población en ese grupo.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Tasa de niños sin escolarizar – Instituto para Estadísticas de la UNESCO. Última actualización: febrero de 2019.

Tasa de terminación – Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), otras encuestas nacionales en los hogares, datos de los sistemas de presentación de informes sistemáticos. Última actualización: junio de 2019.

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: abril de 2019.

Alfabetización de los jóvenes – Instituto para Estadísticas de la UNESCO. Última actualización: febrero de 2019.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

Todos los datos se refieren a la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) para los niveles de educación primaria y secundaria inferior y, por lo tanto, es posible que no correspondan directamente a un sistema escolar específico de un país.

TABLA 11. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Países y zonas	Trabajo infantil (%) ^a 2010–2018*			Matrimonio precoz (%) ^b 2012–2018*			Inscripción del nacimiento (%) ^c 2010–2018*			Mutilación genital femenina (%) ^d 2010–2018*				Justificación de golpear a la mujer (%) ^e 2012–2018*		Disciplina violenta (%) ^f 2012–2018*			Violencia sexual en la infancia (%) ^g 2012–2018*		
				mujeres		hombres				prevalencia	actitudes quieren que la práctica se termine ^h										
	total	hom- bres	mu- jeres	casadas a los 15 años	casadas a los 18 años	casadas a los 18 años	mujeres ^a	niñas ^b	hom- bres		mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	total	hom- bres	mu- jeres			
	Afganistán	21	23	20	9	35	7	42	43	42	-	-	-	-	71 y	78 y	74 x y	75 x y	74 x y	-	1 y
Albania	3 y	4 y	3 y	1	12	1	98	99	98	-	-	-	-	11	5	48 y	49 y	45 y	-	-	
Alemania	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Andorra	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Angola	19	17	20	8	30	6	25	25	25	-	-	-	-	24	25	-	-	-	-	-	5
Anguila	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Antigua y Barbuda	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Arabia Saudita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Argelia	4 y	5 y	4 y	0	3	-	100	100	100	-	-	-	-	-	55 y	86 y	88 y	85 y	-	-	-
Argentina	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	2	72 y	74 y	71 y	-	-	-
Armenia	4	5	3	0	5	0	99	100	99	-	-	-	-	25	9	69	71	67	-	-	-
Australia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Austria	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Azerbaiján	-	-	-	2 x	11 x	0 x	94 x	93 x	94 x	-	-	-	-	-	24 x	77 x y	80 x y	74 x y	-	0 x	-
Bahamas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bahrein	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bangladesh	-	-	-	22	59	4 x	20	20	20	-	-	-	-	-	29 y	82	83	82	-	-	3 y
Barbados	1 y	2 y	1 y	1	11	-	99	99	99	-	-	-	-	-	5	75 y	78 y	72 y	-	-	-
Belarús	1 y	1 y	1 y	0	3	1	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	3	3	65 y	67 y	62 y	-	-	-
Bélgica	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Belice	3	4	3	6	34	22	96	95	96	-	-	-	-	8	6	65	67	63	-	-	-
Benin	41	42	41	7	26	5	85	85	84	9	0	89	86	17	29	91	92	90	-	-	-
Bhután	4 y	3 y	4 y	6 x	26 x	-	100	100	100	-	-	-	-	-	70 x	-	-	-	-	-	-
Bolivia (Estado Plurinacional de)	-	-	-	3	20	5	92 y	-	-	-	-	-	-	-	17 x	-	-	-	-	-	-
Bosnia y Herzegovina	-	-	-	0	4	0	100 x	100 x	99 x	-	-	-	-	5	1	55 y	60 y	50 y	-	-	-
Botsuana	-	-	-	-	-	-	88 y	87 y	88 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brasil	-	-	-	6 x	26 x	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Brunei Darussalam	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Bulgaria	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Burkina Faso	42 y	44 y	40 y	10 x	52 x	4 x	77	77	77	76	13	87	90	40 x	39 x	83 x y	84 x y	82 x y	-	-	-
Burundi	31	30	32	3	19	1	84	84	83	-	-	-	-	48	63	90	91	89	0	4	-
Cabo Verde	-	-	-	3 x	18 x	3 x	91	-	-	-	-	-	-	24 x	23 x	-	-	-	-	-	-
Camboya	13	12	14	2	19	4	73	74	73	-	-	-	-	26 y	46 y	-	-	-	-	-	2
Camerún	39	40	38	10	31	4	66	67	65	1 x	1 x y	85 x	84 x	45	37	85	85	85	4 x	16 x	-
Canadá	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chad	39	37	41	30	67	8	12	12	12	38	10	49 x	45	54	69	71	72	71	-	-	2
Chequia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chile	6	7	5	-	-	-	99 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
China	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chipre	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Colombia	4	4	3	5	23	7	97	97	97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	2	-
Comoras	28 y	25 y	32 y	10	32	12	87	87	87	-	-	-	-	29	43	-	-	-	-	-	3
Congo	14	13	15	7	27	6	96	96	96	-	-	-	-	45	56	83	83	82	-	-	-
Costa Rica	2	2	2	7 x	21 x	-	100 y	-	-	-	-	-	-	-	3 x	46 x y	52 x y	39 x y	-	-	-
Côte d'Ivoire	29 y	27 y	31 y	7	27	4	72	73	71	37	10	82	79	29	43	87	88	85	-	-	-
Croacia	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuba	-	-	-	5	26	11	100	100	100	-	-	-	-	5 y	4 y	36	37	35	-	-	-
Dinamarca	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Djibouti	-	-	-	2 x	5 x	-	92 x	93 x	91 x	93 x	43	-	51 x	-	-	72 x y	73 x y	71 x y	-	-	-
Dominica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ecuador	-	-	-	3	20	-	82 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Egipto	5	6	4	2	17	0 x	99	100	99	87	14 y	28	38	-	46 y	93	93	93	-	-	-
El Salvador	10	9	11	6	26	-	99	99	98	-	-	-	-	-	10	52	55	50	-	-	-
Emiratos Árabes Unidos	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eritrea	-	-	-	13 x	41 x	2 x	-	-	-	83	33	85	82	60 x	51 x	-	-	-	-	-	-
Eslovaquia	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eslovenia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
España	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estado de Palestina	9 y	10 y	8 y	1	15	-	96	-	-	-	-	-	-	-	-	92	93	92	-	-	-
Estados Unidos	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Estonia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Eswatini	8 y	8 y	7 y	1	5	1	54	51	56	-	-	-	-	29	32	88	89	88	-	-	-
Etiopía	49 y	51 y	46 y	14	40	5	3	3	3	65	16	87	79	33	60	-	-	-	-	-	5

TABLA 11. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Países y zonas	Trabajo infantil (%) ^a 2010–2018*			Matrimonio precoz (%) ^b 2012–2018*			Inscripción del nacimiento (%) ^c 2010–2018*			Mutilación genital femenina (%) ^d 2010–2018*				Justificación de golpear a la mujer (%) ^e 2012–2018*		Disciplina violenta (%) ^f 2012–2018*			Violencia sexual en la infancia (%) ^g 2012–2018*		
				mujeres		hombres				prevalencia		actitudes que quieren que la práctica se termine ^c									
	total	hom- bres	mu- jeres	casadas a los 15 años	casadas a los 18 años	casados a los 18 años	total	hombres	mujeres	muje- res ^a	niñas ^b	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	total	hom- bres	mu- jeres	
	Federación de Rusia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Fiji	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	72 x,y	-	-	-	-	-	-
Filipinas	-	-	-	2	17	3 x	92	92	91	-	-	-	-	12	-	-	-	-	-	2	-
Finlandia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Francia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Gabón	20 y	19 y	17 y	6	22	5	90	91	88	-	-	-	-	47	58	-	-	-	-	9	-
Gambia	-	-	-	9	30	1	72	73	71	75	56	-	33	42	58	90 x,y	90 x,y	91 x,y	-	0	-
Georgia	2	2	1	1 x	14 x	-	100	100	100	-	-	-	-	5 x	67 x,y	70 x,y	63 x,y	-	-	-	-
Ghana	20 y	19 y	21 y	5	21	2	71	71	70	4	1	-	93 x	20	35	94 x,y	94 x,y	94 x,y	-	10 x	-
Granada	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grecia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Guatemala	-	-	-	6	30	10	96 y	-	-	-	-	-	-	12	14	-	-	-	1	4	-
Guinea	24	24	25	19	51	2	75	75	75	97	45	38	22	-	60	89	90	89	-	-	-
Guinea-Bissau	36	36	37	6	24	2	24	24	24	45	29	-	81	37	40	82	83	82	-	-	-
Guinea Ecuatorial	-	-	-	9 x	30 x	4 x	54	53	54	-	-	-	-	56 x	57 x	-	-	-	-	-	-
Guyana	11	10	12	4	30	9	89	88	89	-	-	-	-	14	10	70	74	65	-	-	-
Haití	36 y	44 y	26 y	2	15	2	85	84	85	-	-	-	-	15	23	83	84	82	-	5	-
Honduras	-	-	-	8	34	12	94	94	94	-	-	-	-	18	15	-	-	-	-	5	-
Hungría	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
India	-	-	-	7	27	4	80	79	80	-	-	-	-	35	41	-	-	-	1	-	-
Indonesia	-	-	-	1	11	5	72 y	-	-	-	49 y	-	-	48 y	45	-	-	-	-	-	-
Irán (República Islámica del)	-	-	-	3 x	17 x	-	99 y	99 y	99 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Iraq	6 y	6 y	6 y	7	28	-	99	99	99	7	1	-	94	-	31	81	82	80	-	-	-
Irlanda	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islandia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	-	-	-	6 x	26 x	12 x	84	85	82	-	-	-	-	71 x	47 x	-	-	-	-	-	-
Islas Salomón	18 y	17 y	19 y	6	21	4	88	87	89	-	-	-	-	60	78	86 y	86 y	85 y	-	-	-
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jamaica	3	3	2	1 x	8 x	-	98	-	-	-	-	-	-	17	85 x,y	87 x,y	82 x,y	-	2 y	-	-
Japón	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Jordania	2	2	1	0	8	-	99	99	99	-	-	-	-	64 y	63 y	90 y	91 y	89 y	-	-	-
Kazajstán	-	-	-	0	7	0 x	100	100	100	-	-	-	-	8	53	55	50	-	-	-	-
Kenya	-	-	-	4	23	3	67	67	66	21	3	89	93	37	45	-	-	2	4	-	-
Kirguistán	16	18	14	1	12	0	98	98	98	-	-	-	-	22	57	60	54	-	-	-	-
Kiribati	-	-	-	3 x	20 x	5 x	94 x	95 x	93 x	-	-	-	-	65 x	77 x	81 x,y	-	-	-	-	-
Kuwait	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lesotho	-	-	-	1	17	1	43	42	44	-	-	-	-	49	48	-	-	-	-	-	-
Letonia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Líbano	-	-	-	1 x	6 x	-	100 x	100 x	100 x	-	-	-	-	22 x,y	82 x,y	82 x,y	82 x,y	-	-	-	-
Liberia	14	15	13	9	36	5	25 y	25 y	24 y	44	-	-	55	29	45	90 x,y	90 x,y	90 x,y	-	4 x	-
Libia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Macedonia del Norte	8 y	8 y	7 y	1 x	7 x	-	100	100	100	-	-	-	-	14 x	69 x,y	71 x,y	67 x,y	-	-	-	-
Madagascar	-	-	-	12	41	13	83	83	83	-	-	-	-	44	47	-	-	-	-	-	-
Malasia	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71 y	74 y	67 y	-	-	-	-
Malawi	19	20	19	9	42	7	6 y	6 y	5 y	-	-	-	-	24	21	72	73	72	-	4	-
Maldivas	-	-	-	0 x	4 x	1 x	93 x	93 x	92 x	-	-	-	-	33 y	35 y	-	-	-	-	-	-
Mali	37	40	35	18	50	3	87	88	87	83	73	22 x	14	54	68	73	73	73	-	-	-
Malta	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Marruecos	-	-	-	1 x	13 x	-	96 y	-	-	-	-	-	-	64 x	91 x,y	92 x,y	90 x,y	-	-	-	-
Mauricio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mauritania	17 y	17 y	18 y	18	37	2	66 y	66 y	66 y	67	51	19 x	50	18	26	80	80	80	-	-	-
México	5	6	4	4	26	-	95	96	95	-	-	-	-	6	63	63	63	-	-	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	17	18	15	0	5	3	99	99	99	-	-	-	-	9 x	14 x	49	52	46	-	-	-
Montenegro	9	10	9	1	5	0	99	100	99	-	-	-	-	5	2	69	73	66	-	-	-

TABLA 11. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Países y zonas	Trabajo infantil (%) ^a 2010–2018*			Matrimonio precoz (%) ^a 2012–2018*			Inscripción del nacimiento (%) ^a 2010–2018*			Mutilación genital femenina (%) ^a 2010–2018*				Justificación de golpear a la mujer (%) ^a 2012–2018*		Disciplina violenta (%) ^a 2012–2018*			Violencia sexual en la infancia (%) ^a 2012–2018*		
	total	hom- bres	mu- jeres	mujeres		hombres	total	hombres	mujeres	prevalencia		actitudes quieren que la práctica se termine ^c		hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	total	hom- bres	mu- jeres	
				casadas a los 15 años	casadas a los 18 años	casadas a los 18 años				mujeres ^a	niñas ^b	hom- bres	mu- jeres								
Montserrat	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mozambique	-	-	-	17	53	10	55	54	56	-	-	-	-	21	14	-	-	-	0	2	-
Myanmar	-	-	-	2	16	5	81	82	81	-	-	-	-	57	53	77 y	80 y	75 y	-	1	-
Namibia	-	-	-	2	7	1	78 y	-	-	-	-	-	-	30	28	-	-	-	-	-	1
Nauru	-	-	-	2 x	27 x	12 x	96	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nepal	22	20	23	7	40	10	56	57	55	-	-	-	-	31	33	82	83	81	-	3	-
Nicaragua	-	-	-	10	35	19	85	-	-	-	-	-	-	19 x,y	-	-	-	-	-	-	-
Níger	34 y	34 y	34 y	28	76	6	64	65	62	2	2 y	91	82	41	54	82 y	82 y	81 y	-	-	-
Nigeria	31	32	31	18	44	3	47	47	47	18	13	62	68	25	30	85	86	84	-	4	-
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelanda	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	-	-	-	1	4	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-	-
Países Bajos	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	-	-	-	3	21	3	34	34	33	-	-	-	-	58 p,y	51 y	-	-	-	-	-	-
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	-	-	-	7	26	-	96	95	96	-	-	-	-	-	9	45	47	43	-	3	-
Papua Nueva Guinea	-	-	-	2 x	21 x	5 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	18	20	13	4	22	-	69 y	69 y	69 y	-	-	-	-	-	7	52	55	49	-	-	-
Perú	15	14	15	3	19	-	98 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Polonia	-	-	-	-	-	-	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	0	4	1	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	22	6 y	50 y	53 y	46 y	-	-	-
Reino Unido	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	-	-	-	3 x	13 x	-	96 x	96 x	96 x	-	-	-	-	-	-	89 x,y	90 x,y	88 x,y	-	-	-
República Centroafricana	30 y	29 y	32 y	29 x	68 x	28 x	61	61	62	24	1	-	75	83 x	79 x	92 x,y	92 x,y	92 x,y	-	-	-
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	-	-	-	0	12	1	100	99	100	-	-	-	-	14	13	76 y	77 y	74 y	-	5 x	-
República Democrática del Congo	27	22	31	10	37	6	25	24	25	-	-	-	-	69	75	82	82	81	-	13	-
República Democrática Popular Lao	12	11	14	7	33	11	73	73	73	-	-	-	-	17	30	69	70	68	-	-	-
República Dominicana	7	8	6	12	36	8	88	88	88	-	-	-	-	-	3	63	64	61	-	1	-
República Popular Democrática de Corea	4	5	4	-	-	-	100 x	100 x	100 x	-	-	-	-	4	4	59	63	55	-	-	-
República Unida de Tanzania	24	25	24	5	31	4	26	28	25	10	0	89 x	95	50	59	-	-	-	-	7	-
Rumania	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	19 y	17 y	21 y	0	7	1	56	56	56	-	-	-	-	24	45	-	-	-	0	10	-
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	1	11	2	59	59	58	-	-	-	-	28	34	-	-	-	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	3 y	5 y	2 y	1	8	-	92	91	93	-	-	-	-	-	15	68 y	71 y	64 y	-	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	18	17	19	8	35	3	95	96	95	-	-	-	-	19	24	80	80	79	-	3 x	-
Senegal	23	27	19	8	29	1	77	79	76	24	14	79	81	43	48	-	-	-	-	2	-
Serbia	7	8	6	0	3	1 x	99	99	100	-	-	-	-	-	2	43	44	42	-	-	-
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	39 y	39 y	38 y	13	30	7	81	82	81	86	8	40	27	29	44	87	87	86	0	2	-
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	-	-	-	8 x	45 x	-	3 x	3 x	3 x	98 x	46 x,y	-	33 x	-	75 x,y	-	-	-	-	-	-
Sri Lanka	-	-	-	1	10	-	97 x	97 x	97 x	-	-	-	-	-	54 x,y	-	-	-	-	-	-
Sudáfrica	4 y	4 y	3 y	1 x	6 x	-	89 y	-	-	-	-	-	-	14	7	-	-	-	-	-	-
Sudán	18	20	16	12	34	-	67	69	66	87	30	64	53	-	36	64	65	63	-	-	-
Sudán del Sur	-	-	-	9 x	52 x	-	35	35	36	-	-	-	-	-	72 x	-	-	-	-	-	-
Suecia	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4 y	13 y	-
Suiza	-	-	-	-	-	-	100 v	100 v	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	4 y	4 y	4 y	5 x	19 x	-	99	99	99	-	-	-	-	-	19 x	86 x,y	87 x,y	85 x,y	-	-	-
Tailandia	-	-	-	4	23	10	100 y	100 y	100 y	-	-	-	-	9	9	75	77	73	-	-	-
Tayikistán	-	-	-	0	9	-	96	96	96	-	-	-	-	-	44	69	70	68	-	0	-
Timor-Leste	-	-	-	3	15	1	60	60	61	-	-	-	-	48	69	-	-	-	-	3	-
Togo	23	23	22	6	22	3	78	79	77	5	0	96	95	19	26	81	81	80	-	4	-
Tokelau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tonga	-	-	-	0	6	6	93	94	93	-	-	-	-	29	27	-	-	-	-	-	-
Trinidad y Tabago	1 y	1 y	1 y	3 x	11 x	-	97	97	97	-	-	-	-	-	8 x	77 x,y	79 x,y	75 x,y	-	25 y	-

TABLA 11. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Países y zonas	Trabajo infantil (%)* 2010-2018*			Matrimonio precoz (%)+ 2012-2018*			Inscripción del nacimiento (%)* 2010-2018*			Mutilación genital femenina (%)* 2010-2018*				Justificación de golpear a la mujer (%)+ 2012-2018*		Disciplina violenta (%)* 2012-2018*			Violencia sexual en la infancia (%)* 2012-2018*	
	total	hom- bres	mu- jeres	mujeres		hombres	total	hombres	mujeres	prevalencia		actitudes quieren que la práctica se termine ^c		hom- bres	mu- jeres	hom- bres	mu- jeres	total	hom- bres	mu- jeres
				casadas a los 15 años	casadas a los 18 años	casados a los 18 años				muje- res ^a	niñas ^b	hom- bres	mu- jeres							
Túnez	2 y	3 y	1 y	0	2	-	99	99	100	-	-	-	-	-	27	93 y	94 y	92 y	-	-
Turkmenistán	0	0	0	0	6	-	100	100	100	-	-	-	-	-	17	37 y	39 y	34 y	-	-
Turquía	-	-	-	1	15	-	99 y	99 y	99 y	-	-	-	-	-	10	-	-	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	0 x	10 x	0 x	50 x	49 x	51 x	-	-	-	-	-	83 x	69 x	-	-	-	-
Ucrania	3 y	3 y	3 y	0	9	4	100	100	100	-	-	-	-	2	2	61 y	68 y	55 y	-	2 x
Uganda	18	17	19	7	34	6	32	32	32	0	1	-	83	53	58	85	85	85	1	5
Uruguay	4	5	3	1	25	-	100	100	100	-	-	-	-	-	3	55 y	58 y	51 y	-	-
Uzbekistán	-	-	-	0 x	7 x	1 x	100 x	100 x	100 x	-	-	-	-	63 x	63 x	-	-	-	-	-
Vanuatu	16 y	15 y	16 y	3	21	5	43 y	44 y	43 y	-	-	-	-	63	56	84 y	83 y	84 y	-	-
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	-	-	-	81 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	13	13	14	1	11	3 x	96	96	96	-	-	-	-	-	28	68	72	65	-	-
Yemen	-	-	-	9	32	-	31	31	30	19	15	-	75	-	49	79 y	81 y	77 y	-	-
Zambia	23	23	23	6	31	2	11	12	11	-	-	-	-	41	49	-	-	-	-	5
Zimbabwe	-	-	-	4	32	1	38	-	-	-	-	-	-	49	54	63	63	62	-	6
DATOS CONSOLIDADOS																				
Asia Oriental y el Pacífico	-	-	-	1	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa y Asia Central	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Europa Oriental y Asia Central	-	-	-	1	11	-	99	99	99	-	-	-	-	-	11	-	-	-	-	-
Europa Occidental	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América Latina y el Caribe	-	-	-	4	25	-	94	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Oriente Medio y África del Norte	5	5	4	4	18	-	92	92	92	-	-	-	-	-	44	87	88	86	-	-
América del Norte	-	-	-	-	-	-	100	100	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Meridional	-	-	-	8	30	4	65	65	65	-	-	-	-	39	42	-	-	-	-	2
África Subsahariana	29	29	29	12	37	4	46	45	44	35	13	-	73	36	44	81	82	81	-	6
África Oriental y Meridional	27	27	26	9	34	5	40	36	35	42	11	-	81	35	44	-	-	-	-	5
África Occidental y Central	31	30	31	15	40	4	53	53	52	29	15	68	66	37	45	83	84	82	-	6
Países menos adelantados	29	29	29	12	39	6	40	40	40	-	-	-	-	43	48	80	81	79	-	5
Mundo	-	-	-	5	21	-	73	75	74	-	-	-	-	37	38	-	-	-	-	-

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Trabajo infantil – Porcentaje de niños de 5 a 14 años que trabajaban en el momento de la encuesta. Se considera que un niño está sometido al trabajo infantil cuando se dan las condiciones siguientes: (a) niños de 5 a 11 años que, durante la semana de referencia, realizaron una actividad económica al menos durante una hora o realizaron tareas domésticas por lo menos durante 21 horas, (b) niños de 12 a 14 años que, durante la semana de referencia de la encuesta, realizaron una actividad económica al menos durante 14 horas o realizaron tareas domésticas por lo menos durante 21 horas, (c) niños de 15 a 17 años que, durante la semana de referencia, realizaron al menos 43 horas de actividad económica.

Matrimonio precoz – Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que ya estaban casadas o tenían algún tipo de vínculo antes de cumplir 15 años y porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que ya estaban casadas o tenían algún tipo de vínculo antes de cumplir 18 años; porcentaje de hombres de 20 a 24 años que se casaron o unieron por primera vez antes de cumplir los 18 años.

Inscripción del nacimiento – Porcentaje de niños de menos de 5 años que estaban inscritos en el momento de la encuesta. El numerador de este indicador incluye niños sobre los que se informó que disponían de un certificado de nacimiento, independientemente de si el entrevistador lo vio o no, y aquellos sin certificado de nacimiento cuya madre o cuidador dijeron que el nacimiento había sido inscrito.

Mutilación genital femenina – (a) Mujeres – El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que sufrieron una mutilación/excisión; (b) niñas – el porcentaje de niñas de 0 a 14 años que han sufrido una mutilación/excisión (según informaron sus madres); (c) quieren que la práctica se abandone: porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que han oído hablar de la mutilación/excisión genital de la mujer y piensan que la práctica debería cesar.

Justificación de golpear a la mujer entre los adolescentes – Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que consideran que está justificado que un marido 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 tener 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 sufrieron violencia sexual antes de cumplir 18 años.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Trabajo infantil – Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2019.

Matrimonio precoz – MICS, DHS y otras encuestas nacionales. Última actualización: agosto de 2019.

Inscripción del nacimiento – MICS, DHS, otras encuestas nacionales y sistemas del registro civil. Última actualización: marzo de 2019.

Mutilación genital femenina – MICS, DHS y otras encuestas nacionales. Última actualización: agosto de 2019.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- p Basado en denominadores pequeños (típicamente 25-49 casos no ponderados). No se presentan datos en menos de 25 casos no ponderados.
- v Se asumieron estimaciones del 100%, dado que los sistemas de registro civil en estos países están completos y todos los eventos vitales (incluyendo los nacimientos) están registrados. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Estadística, última actualización, diciembre de 2017.
- x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- y Datos referidos a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Si están dentro del

Justificación de golpear a la mujer entre adolescentes – MICS, DHS y otras encuestas nacionales. Última actualización: agosto de 2019.

Disciplina violenta – MICS, DHS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2019.

Violencia sexual en la infancia – DHS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2019.

periodo de referencia señalado, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

+ Una explicación más detallada de la metodología y de los cambios en el cálculo de estas estimaciones puede encontrarse en la Nota General sobre los Datos, página 180.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna. Los datos *en cursiva* provienen de fuentes más antiguas que los datos presentados para otros indicadores sobre el mismo tema en esta tabla. Estas discrepancias pueden deberse a que un indicador no está disponible en la última fuente de datos o a que las bases de datos de cada indicador se han actualizado en fechas diferentes.

TABLA 12. PROTECCIÓN SOCIAL Y EQUIDAD

Países y zona	Madres con hijos recién nacidos que reciben prestaciones en metálico (%) 2010–2018*	Proporción de niños que reciben protección social 2010–2018	Distribución de las prestaciones de protección social (%; 2010–2016*)			Distribución familiar del ingreso (%; 2010–2018*)			Coeficiente Gini 2010–2018*	Índice de desigualdad de ingresos de Palma 2010–2018*	PIB per cápita (dólares actuales) 2010–2018*
			40% inferior	20% superior	20% inferior	40% inferior	20% superior	20% inferior			
Afganistán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	556,3	
Albania	–	–	28,2	30,3	13,5	–	37,8	8,9	29,0	4.532,9	
Alemania	100,0	100,0	–	–	–	20,7	39,7	7,8	31,7	44.681,1	
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	39.134,4	
Angola	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2,2	
Anguila	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Antigua y Barbuda	40,0	–	–	–	–	–	–	–	–	15.824,7	
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	20.803,7	
Argelia	11,2	–	–	–	–	–	37,2	9,4	27,6	4.048,3	
Argentina	34,0	84,6	16,7	39,6	6,7	15,3	46,0	5,2	40,6	14.591,9	
Armenia	61,0	21,4	37,7	23,1	17,8	20,8	42,4	8,4	33,6	3.914,5	
Australia	–	100,0	–	–	–	18,8	43,0	6,8	35,8	54.093,6	
Austria	100,0	100,0	–	–	–	21,1	38,4	7,9	30,5	47.380,8	
Azerbaiyán	14,0	–	29,4	32,4	17,3	–	–	–	–	4.147,1	
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	31.857,9	
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	23.715,5	
Bangladesh	20,9	29,4	20,0	52,7	8,7	21,0	41,4	8,6	32,4	1.564,0	
Barbados	–	–	–	–	–	–	–	–	–	16.327,6	
Belarús	–	–	37,3	21,8	16,9	24,1	35,5	9,9	25,4	5.761,7	
Bélgica	100,0	100,0	–	–	–	22,6	36,5	8,6	27,7	43.507,2	
Belice	–	–	40,4	32,5	18,9	–	–	–	–	4.956,8	
Benin	–	–	–	–	–	–	52,1	3,2	47,8	827,4	
Bhután	–	–	16,5	41,1	1,3	–	44,4	6,7	37,4	1,8	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	51,5	65,0	29,3	37,3	14,5	–	–	–	–	3.351,1	
Bosnia y Herzegovina	–	–	27,8	29,0	11,8	–	40,7	7,5	33,0	5.394,6	
Botswana	–	5,5	28,5	28,6	12,8	–	58,5	3,9	53,3	7.893,7	
Brasil	45,0	96,8	12,6	51,7	4,2	–	57,8	3,2	53,3	9.880,9	
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	28.572,1	
Bulgaria	100,0	48,6	–	–	–	17,8	43,9	6,0	37,4	8.228,0	
Burkina Faso	0,4	–	3,8	69,5	1,5	–	44,3	8,3	35,3	1,9	
Burundi	–	–	–	–	–	–	46,3	6,9	38,6	293,0	
Cabo Verde	–	31,5	–	–	–	–	–	–	–	3.295,3	
Camboya	1,5	–	8,7	46,9	0,1	–	–	–	–	1,5	
Camerún	0,6	0,4	2,9	59,4	0,7	–	51,7	4,5	46,6	1.421,6	
Canadá	100,0	39,7	–	–	–	18,9	40,7	6,6	34,0	45.069,9	
Chad	–	–	15,2	45,7	1,6	–	48,8	4,9	43,3	664,3	
Chequia	100,0	–	–	–	–	24,4	35,9	9,7	25,9	20.379,9	
Chile	44,0	93,1	17,1	48,8	7,6	–	52,9	5,2	46,6	3,5	
China	64,9	2,2	9,2	51,1	3,0	17,0	45,4	6,4	38,6	2,1	
Chipre	100,0	60,3	–	–	–	20,0	42,1	7,9	34,0	25.760,8	
Colombia	–	27,3	6,7	71,7	3,0	12,4	54,8	4,1	49,7	4,5	
Comoras	–	–	–	–	–	–	50,4	4,5	45,3	–	
Congo	–	–	–	–	–	–	53,7	4,2	48,9	–	
Costa Rica	–	17,7	13,1	61,2	5,3	12,8	54,0	4,4	48,3	3,3	
Côte d'Ivoire	–	–	16,3	52,8	6,6	–	47,8	5,7	41,5	–	
Croacia	100,0	–	29,1	30,5	13,1	20,4	38,4	7,3	31,1	–	
Cuba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Dinamarca	100,0	100,0	–	–	–	23,3	37,7	9,4	28,2	–	
Djibouti	–	–	22,3	43,3	10,3	–	47,6	5,4	41,6	–	
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Ecuador	–	6,7	14,0	61,6	6,7	14,1	50,1	4,7	44,7	3,1	
Egipto	100,0	–	15,6	53,5	7,2	21,9	41,5	9,1	31,8	–	
El Salvador	–	–	7,2	70,9	2,4	17,4	44,7	6,4	38,0	3,0	
Emiratos Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Eritrea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Eslovaquia	100,0	100,0	27,9	18,4	10,5	23,1	35,0	8,5	26,5	0,9	
Eslovenia	96,0	79,4	–	–	–	24,1	35,1	9,6	25,4	–	
España	100,0	100,0	–	–	–	17,5	42,1	5,8	36,2	–	
Estado de Palestina	–	–	39,3	13,1	18,8	19,2	41,1	7,3	33,7	1,5	
Estados Unidos	–	–	–	–	–	15,2	46,9	5,0	41,5	–	
Estonia	100,0	100,0	–	–	–	20,0	40,4	7,5	32,7	–	
Eswatini	–	–	24,7	36,9	13,7	–	–	–	–	3,5	
Etiopía	–	–	–	–	–	17,6	46,7	6,6	39,1	1,4	
Federación de Rusia	63,0	100,0	28,8	23,8	9,5	18,0	45,3	6,9	37,7	1,9	

TABLA 12. PROTECCIÓN SOCIAL Y EQUIDAD

Países y zona	Madres con hijos recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%) 2010–2018*	Proporción de niños que reciben protección social 2010–2018	Distribución de las prestaciones de protección social (% 2010–2016*)			Distribución familiar del ingreso (% 2010–2018*)			Coeficiente Gini 2010–2018*	Índice de desigualdad de ingresos de Palma 2010–2018*	PIB per cápita (dólares actuales) 2010–2018*
			40% inferior	20% superior	20% inferior	40% inferior	20% superior	20% inferior			
Turquía	–	–	16,7	38,7	6,1	15,6	48,3	5,7	41,9	1,9	10.499,7
Tuvalu	–	–	–	–	–	17,4	46,4	6,6	39,1	–	3.572,6
Ucrania	100,0	100,0	32,0	25,7	14,0	24,5	35,1	10,1	25,0	0,9	2.640,7
Uganda	–	–	11,4	68,2	0,9	–	49,8	6,1	42,8	2,3	631,5
Uruguay	100,0	66,2	11,9	50,7	3,2	16,5	45,8	5,9	39,5	2,5	16.437,2
Uzbekistán	16,0	22,0	–	–	–	–	–	–	–	–	1.826,6
Vanuatu	–	–	–	–	–	17,8	44,8	6,7	37,6	–	2.976,1
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	16.054,5
Viet Nam	44,5	–	10,6	54,4	3,7	18,8	42,5	6,9	35,3	–	2.365,6
Yemen	–	–	–	–	–	–	44,7	7,3	36,7	–	963,5
Zambia	–	21,1	1,3	75,5	0,3	8,9	61,3	2,9	57,1	4,8	1.534,9
Zimbabwe	–	–	7,6	58,7	2,2	–	49,7	5,8	43,2	–	1.602,4

DATOS CONSOLIDADOS

Asia Oriental y el Pacífico	57,8	5,4	17,9	44,5	8,2	17,3	45,1	6,6	38,2	2,0	10.092,7
Europa y Asia Central	85,8	93,2	–	–	–	19,7	41,4	7,4	33,7	–	23.451,8
Europa Oriental y Asia Central	62,8	84,1	26,8	29,0	10,5	18,9	43,1	7,3	35,4	1,6	8.000,9
Europa Occidental	100,0	99,6	–	–	–	20,2	40,1	7,5	32,4	–	36.682,3
América Latina y el Caribe	32,3	62,8	13,3	56,6	5,5	14,5	53,2	4,4	47,8	3,6	9.271,8
Oriente Medio y África del Norte	51,6	–	–	–	–	–	42,7	7,9	34,3	–	7.497,5
América del Norte	100,0	39,7	–	–	–	15,6	46,3	5,2	40,7	–	58.411,2
Asia Meridional	38,9	–	–	25,7	18,5	21,0 †	43,9	8,2	35,1	1,4	1.864,8
África Subsahariana	–	–	13,9	56,5	5,6	14,1	49,7	5,8	43,1	2,8	1.625,3
África Oriental y Meridional	–	–	21,8	47,2	9,9	–	51,3	5,7	44,5	2,8	1.879,2
África Occidental y Central	4,7	–	8,5	62,8	2,7	–	47,4	5,8	41,0	2,7	1.365,2
Países menos adelantados	11,1	17,1	14,2	56,7	5,8	18,5	46,0	6,9	38,5	1,7	1.113,8
Mundo	47,1	33,1	24,1	39,5	11,3	18,2	45,6	6,9	38,1	2,0	10.046,2

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%) – Proporción de mujeres que dan a luz con cobertura de prestaciones por maternidad: proporción de mujeres que reciben prestaciones en efectivo por maternidad con respecto a las que dan a luz en el mismo año (estimado sobre la base de las tasas de fecundidad específicas por edad publicadas en las Perspectivas de la Población Mundial de las Naciones Unidas o del número de nacimientos con vida corregido en función de la proporción de nacimientos de mellizos y trillizos).

Proporción de niños que reciben prestaciones de protección social – Proporción de niños que reciben prestaciones de protección social: proporción de niños/hogares que reciben prestaciones familiares en efectivo en relación con el número total de niños/hogares con niños.

Distribución de las prestaciones de protección social – Porcentaje de las prestaciones destinadas al primer quintil, al 40% inferior y al 5º quintil en relación con el total de las prestaciones destinadas a la población. La cobertura de la protección social incluye: la prestación de asistencia social mediante transferencias en efectivo a quienes la necesitan, especialmente los niños; prestaciones y apoyo a las personas en edad de trabajar en caso de maternidad, discapacidad, accidentes de trabajo o para quienes no tienen empleo; y cobertura de pensiones para las personas de edad avanzada.

Porcentaje de los ingresos de los hogares – Porcentaje de los ingresos que recibe el 20% de los hogares con ingresos más altos, el 40% de los hogares con ingresos más bajos y el 20% de los hogares con ingresos más bajos.

Coeficiente de Gini – El índice de Gini mide el grado en que la distribución del ingreso (o, en algunos casos, el gasto de consumo) entre individuos u hogares dentro de una economía se desvía de una distribución perfectamente igualitaria. Una curva de Lorenz representa los porcentajes acumulados 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 la igualdad perfecta, mientras que un índice de 100 implica la desigualdad perfecta.

Índice de desigualdad de ingresos de Palma – El índice de Palma se define como la relación entre el 10% más rico de la renta nacional bruta de la población y el 40% más pobre.

PIB per cápita (en dólares actuales) – El PIB per cápita es el producto interno bruto dividido por la población de mitad de año. El PIB es la suma del valor añadido bruto de todos los productores residentes en la economía más todos los impuestos sobre el producto y menos todas las subvenciones no incluidas en el valor de los productos. Se calcula sin hacer deducciones por la depreciación de los activos fabricados o por el agotamiento y degradación de los recursos naturales. Los datos están en dólares estadounidenses actuales.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Madres con recién nacidos que reciben prestaciones en efectivo (%) – Informe sobre la protección social en el mundo de la OIT, 2017-2019. Última actualización: julio de 2019.

Proporción de niños que reciben protección social – OIT, Informe sobre la protección social en el mundo, 2017-2019. Última actualización: julio de 2019.

Distribución de las prestaciones de protección social – Atlas de la protección social: Indicadores de Resistencia y Equidad. Última actualización: mayo de 2019.

Porcentaje de los ingresos de los hogares – Indicadores del desarrollo mundial. Última actualización: julio de 2019.

Coeficiente de Gini – Indicadores del Desarrollo Mundial. Última actualización: julio de 2019.

Índice de desigualdad de ingresos de Palma – Banco Mundial. Informe de Monitoreo Global, 2014-2015. Última actualización: 2015.

PIB per cápita (dólares actuales) – Indicadores del desarrollo mundial. Última actualización: julio de 2019.

NOTAS

– Datos no disponibles.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

† Excluye a la India.

TABLA 13. AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE

Países y zonas	Hogares									Escuelas									Centros de salud			
	Uso de servicios básicos de agua potable (%) 2017			Uso de servicios básicos de saneamiento (%) 2017			Instalaciones básicas de higiene (%) 2017			Servicios básicos de agua (%) 2016			Servicios básicos de saneamiento (%) 2016			Servicios básicos de higiene (%) 2016			Servicios básicos de agua (%) 2016	Servicios básicos de saneamiento (%) 2016	Servicios básicos de higiene (%) 2016	Servicios básicos de gestión de residuos (%) 2016
	total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	pri- maria	secundaria	total	pri- maria	secundaria	total	pri- maria	secundaria	total	total	total	total
Afganistán	67	96	57	43	62	37	38	64	29	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Albania	91	92	90	98	98	97	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
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	56	71	27	50	64	23	27	34	13	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Anguila	97	97	–	97	97	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua y Barbuda	97	–	–	88	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	100	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	94	95	89	88	90	82	84	88	73	93	87	98	99	98	100	99	98	99	–	–	–	–
Argentina	–	100	–	–	96	–	–	–	–	–	–	–	77	77	–	–	–	–	–	–	–	–
Armenia	100	100	100	94	100	83	94	97	90	–	–	–	–	–	–	–	–	–	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	91	99	82	93	96	88	83	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	48	100	–
Bahamas	99	–	–	95	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	100	–	–	100	–	–	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–
Bangladesh	97	97	97	48	51	47	35	51	26	74	73	87	59	57	67	44	39	58	70	–	–	11
Barbados	98	–	–	97	–	–	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–
Belarús	96	96	98	98	98	96	–	–	–	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	97	88	93	83	90	91	90	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Benin	66	76	58	16	27	8	11	17	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	74	–	–	26
Bhután	97	98	97	69	73	67	–	–	–	59	58	63	76	75	93	–	–	–	–	–	–	–
Bolivia (Estado Plurinacional de)	93	99	78	61	72	36	25	28	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bosnia y Herzegovina	96	95	97	95	99	92	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Botswana	90	97	76	77	89	51	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Brasil	98	100	90	88	93	60	–	–	–	–	–	–	84	84	–	61	61	65	–	–	–	–
Brunei Darussalam	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	99	99	98	86	87	84	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	48	80	35	19	39	11	12	23	8	53	55	42	70	74	52	18	18	–	79	–	–	31
Burundi	61	90	57	46	42	46	6	20	4	42	39	–	48	35	89	19	20	16	73	–	–	84
Cabo Verde	87	93	76	74	80	62	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Camboya	79	97	73	59	96	48	66	88	60	–	–	–	39	48	67	41	49	40	–	–	–	–
Camerún	60	77	39	39	56	18	9	15	3	34	31	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Canadá	99	100	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chad	39	70	29	8	30	2	6	18	2	23	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	55
Chequia	100	100	100	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	95	100	100
Chile	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	–	–	96	96	–	–	–	–	–	–	–	–
China	93	98	86	85	91	76	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	91	–	36	–
Chipre	100	100	100	99	100	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	97	100	86	90	93	76	65	73	35	55	–	–	61	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Comoras	80	88	77	36	45	32	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	21	2	–	–
Congo	73	87	46	20	27	6	48	56	32	–	–	–	–	–	–	–	–	–	37	–	–	12
Costa Rica	100	100	100	98	98	96	–	–	–	82	85	78	70	68	76	70	68	76	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	73	88	58	32	46	18	19	28	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	57	–	–	–
Croacia	100	100	100	97	98	95	–	–	–	51	–	–	34	–	–	26	–	–	–	–	–	–
Cuba	95	97	90	93	92	95	85	88	76	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dinamarca	100	100	100	100	100	100	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–
Djibouti	76	84	47	64	76	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	35
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–
Ecuador	94	100	83	88	91	83	81	84	75	51	40	61	83	83	–	87	80	94	–	–	–	49
Egipto	99	99	99	94	98	91	90	93	88	–	–	–	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–
El Salvador	97	99	92	87	91	79	91	92	86	84	80	87	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Emiratos Árabes Unidos	98	–	–	99	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eslovaquia	100	100	100	98	99	97	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–
Eslovenia	100	100	99	99	99	99	–	–	–	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	97	97	96	97	97	96	–	–	–	80	81	86	81	78	86	23	22	29	–	–	–	–
Estados Unidos	99	100	97	100	100	100	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–
Estonia	100	100	99	99	99	99	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	–	100	100

TABLA 13. AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE

Países y zonas	Hogares									Escuelas						Centros de salud						
	Uso de servicios básicos de agua potable (%) 2017			Uso de servicios básicos de saneamiento (%) 2017			Instalaciones básicas de higiene (%) 2017			Servicios básicos de agua (%) 2016			Servicios básicos de saneamiento (%) 2016			Servicios básicos de higiene (%) 2016			Servicios básicos de agua (%) 2016	Servicios básicos de saneamiento (%) 2016	Servicios básicos de higiene (%) 2016	Servicios básicos de gestión de residuos (%) 2016
	total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	urbana	rural	total	pri- maria	secundaria	total	pri- maria	secundaria	total	pri- maria	secundaria	total	total	total	total
Tayikistán	81	96	76	97	95	98	73	87	67	79	–	–	44	–	–	26	–	–	–	–	–	–
Timor-Leste	78	98	70	54	76	44	28	43	22	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Togo	65	89	48	16	29	7	10	20	4	–	–	–	23	–	–	–	–	–	58	–	–	30
Tokelau	100	–	100	97	–	97	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tonga	100	100	100	93	97	92	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	98	–	–	93	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Túnez	96	100	89	91	95	81	79	90	54	70	70	–	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Turkmenistán	99	100	98	99	98	99	100	100	100	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turquía	99	99	100	97	100	90	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	99	100	99	84	83	86	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ucrania	94	91	99	96	97	94	–	–	–	–	–	–	–	–	83	69	93	–	–	–	–	–
Uganda	49	75	41	18	26	16	21	34	17	69	–	–	79	–	–	37	–	–	31	12	–	43
Uruguay	99	100	95	97	97	–	–	–	–	–	–	–	83	83	–	–	–	–	–	–	–	–
Uzbekistán	98	100	96	100	100	100	–	–	–	90	90	89	92	93	91	89	90	89	–	–	–	–
Vanuatu	91	100	88	34	48	29	25	48	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	96	–	–	94	–	–	–	–	–	97	97	–	90	90	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	95	99	93	84	94	78	86	93	82	–	–	–	–	–	–	–	–	51	–	–	–	–
Yemen	63	79	55	59	88	43	50	71	38	36	–	46	25	–	–	8	–	–	–	–	–	13
Zambia	60	84	42	26	36	19	14	26	5	79	76	94	66	–	–	54	52	63	40	–	–	40
Zimbabwe	64	94	50	36	46	31	37	49	31	64	64	65	–	–	–	–	–	–	81	17	58	55
DATOS CONSOLIDADOS																						
Asia Oriental y Pacífico	93	98	86	84	91	75	–	–	–	–	66	–	–	43	–	–	53	–	87	–	36	–
Europa y Asia Central	98	99	97	97	98	93	–	–	–	97	99	98	95	99	93	97	98	–	–	–	–	–
Europa Oriental y Asia Central	96	97	94	94	97	88	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	58	96	–	–
Europa Occidental	100	100	100	99	99	99	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	–
América Latina y el Caribe	97	99	88	87	91	69	–	–	59	–	–	–	78	79	–	61	60	65	–	–	–	–
Oriente Medio y África del Norte	94	97	88	91	95	82	80	–	70	73	–	80	81	94	99	75	95	94	–	–	–	–
América del Norte	99	100	97	100	100	100	–	–	–	100	100	100	100	100	100	100	100	–	–	–	–	–
Asia Meridional	92	96	91	59	70	53	57	77	46	68	66	77	71	71	78	53	53	53	–	–	–	–
África Subsahariana	61	84	46	31	45	22	25	37	17	–	–	–	–	–	–	21	–	–	51	23	–	40
África Oriental y Meridional	58	85	44	31	49	22	24	38	16	–	–	–	62	–	–	21	18	–	48	33	–	46
África Occidental y Central	64	84	48	30	41	21	26	35	19	–	–	–	–	–	–	–	–	55	12	43	36	36
Países menos adelantados	65	84	55	34	47	28	28	39	22	57	–	–	53	51	62	26	24	38	55	–	–	27
Mundo	90	97	81	74	85	59	60	–	46	69	66	75	66	63	72	53	53	55	74	–	–	–

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

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 para 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 y protegidos; manantiales protegidos; agua de lluvia; y agua embotellada o agua suministrada).

Población que utiliza al menos servicios básicos de saneamiento

– Porcentaje de la población que utiliza una instalación de saneamiento mejorada que no se comparte con otros hogares (las instalaciones mejoradas incluyen: cisternas/bocas de descarga para los sistemas de alcantarillado por tubería, fosas sépticas o letrinas de pozo; letrinas de pozo mejoradas ventiladas; letrinas de pozo mejoradas de compostaje o letrinas de pozo con losa).

Población con instalaciones básicas de higiene – Porcentaje de la población con una instalación para el lavado de manos con agua y jabón disponible en las instalaciones.

Proporción de escuelas con servicios básicos de agua

– Porcentaje de escuelas con agua potable de una fuente mejorada disponible en el momento de la encuesta.

Proporción de escuelas con servicios básicos de saneamiento

– Porcentaje de escuelas con instalaciones mejoradas de saneamiento, que son de un solo sexo y utilizables.

Proporción de escuelas con servicios básicos de higiene

– Porcentaje de escuelas con instalaciones disponibles para lavarse las manos con agua y jabón.

Proporción de establecimientos de atención de la salud con servicios básicos de abastecimiento de agua

– Porcentaje de establecimientos de atención de la salud con agua disponible procedente de una fuente mejorada situada en un local.

Proporción de instalaciones de atención de la salud con servicios básicos de saneamiento

– Porcentaje de instalaciones de atención de la salud con instalaciones de saneamiento mejoradas que son utilizables con al menos un inodoro dedicado al personal, al menos un inodoro separado para hombres y mujeres con instalaciones de higiene menstrual, y al menos un inodoro accesible para las personas con movilidad limitada.

Proporción de establecimientos de atención de la salud con servicios básicos de gestión de desechos

– Porcentaje de establecimientos de atención de la salud donde los desechos se separan en forma segura en por lo menos tres recipientes, y donde los objetos punzantes y los desechos infecciosos se tratan y eliminan de forma segura.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Servicios básicos de agua potable, saneamiento e higiene

– Programa Conjunto de Monitoreo para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento de la OMS y UNICEF. Última actualización: junio de 2019.

Servicios básicos de agua, saneamiento e higiene en las escuelas

– Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, Saneamiento e Higiene (JMP). Última actualización: julio de 2018.

Servicios básicos de agua, saneamiento, higiene y gestión de residuos en los centros de salud

– Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua, Saneamiento e Higiene (JMP). Última actualización: abril de 2019.

NOTAS

– Datos no disponibles.

TABLA 14. ADOLESCENTES

Países y zonas	Población adolescente 2018		Salud				Protección			Educación y aprendizaje 2010–2017*				Transición al trabajo 2010–2018*						
	Población de 10–19 años (miles)	Proporción del total de la población (%)	Consumo de alcohol 2016	Consumo de tabaco 2013–2017*	Delgadez 2016	Sobrepeso 2016	Violencia por parte de la pareja íntima 2010–2018*	Intimidación 2010–2017*			Competencia en matemáticas		Competencia en lectura		No estudia, no trabaja ni recibe capacitación		Desempleo		Participación en las tareas domésticas	
								mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres
	total	total	total	total	total	total	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	
Afganistán	9.442	25	0	9	17	9	29	42	45	–	–	–	–	17	59	17	20	9	22	
Albania	391	14	38	11	1	24	–	–	–	39	40	45	51	21	22	27	17	1	2	
Alemania	7.973	10	70	–	1	25	–	–	–	85	81	81	86	–	–	8	7	–	–	
Andorra	–	–	64	–	1	34	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Angola	7.290	24	34	–	8	11	24	–	–	–	–	–	–	5	7	15	12	15	19	
Anguila	–	–	–	–	–	–	–	22	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Antigua y Barbuda	14	15	35	12 x	3	25	–	24 x	27 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Arabia Saudita	4.791	14	3	15 x	8	35	–	–	–	31	37	–	–	–	–	37	65	–	–	
Argelia	6.242	15	2	9	6	29	–	48	55	18	21	15	28	–	–	32	38	1	1	
Argentina	7.085	16	55	24 x	1	34	–	25	24	41	35	59	65	13	14	24	32	–	–	
Armenia	356	12	16	7 x	2	18	–	–	–	74	79	–	–	34	20	–	–	0	1	
Australia	3.029	12	69	–	1	33	–	–	–	78	78	77	87	–	–	19	15	–	–	
Austria	876	10	68	–	2	26	–	–	–	81	75	79	88	10	5	11	12	–	–	
Azerbaiyán	1.311	13	13	7 x	3	18	12 x	–	–	58 x	51 x	22 x	32 x	–	–	13	15	–	–	
Bahamas	65	17	30	13	3	34	–	25	22	–	–	–	–	–	–	38	46	–	–	
Bahrein	171	11	4	19	6	34	–	36	23	70	80	–	–	–	–	10	21	–	–	
Bangladesh	31.080	19	1	9	18	8	28 y	27	17	62	52	87	87	10	30	12	18	–	–	
Barbados	37	13	38	15	4	26	–	15	11	–	–	–	–	–	–	44	45	0	0	
Belarús	896	9	58	10	2	22	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	0	
Bélgica	1.285	11	66	–	1	23	–	–	–	81	79	78	83	4	4	19	20	–	–	
Belice	78	20	27	12	4	27	–	30	31	–	–	–	–	17	33	13	33	1	3	
Benin	2.638	23	15	5	7	11	–	47	52	–	–	–	–	10	20	3	5	18	33	
Bhután	140	19	17	24	15	9	–	31	29	–	–	–	–	–	–	5	7	2	5	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2.280	20	31	19 x	1	27	–	32	28	–	–	–	–	4	8	6	5	–	–	
Bosnia y Herzegovina	360	11	34	16	2	21	–	–	–	76 x	77 x	–	–	16	15	43	51	–	–	
Botswana	453	20	19	24 x	6	16	–	53 x	52 x	75	84	70	87	24 x	32 x	34	51	–	–	
Brasil	32.143	15	27	8 y	3	26	–	–	–	33	26	44	53	16	22	34	44	–	–	
Brunei Darussalam	67	16	25	10	6	25	–	25	22	–	–	–	–	15	13	41	48	–	–	
Bulgaria	654	9	54	29	2	27	–	–	–	57	59	50	68	12	15	–	–	–	–	
Burkina Faso	4.730	24	24	–	8	8	5	–	–	–	–	–	–	–	–	5	12	9	29	
Burundi	2.526	23	19	19 x	7	10	38	–	–	–	–	–	–	3	3	3	–	20	30	
Cabo Verde	100	18	21	13 x	7	12	–	–	–	–	–	–	–	–	–	27	47	–	–	
Camboya	3.041	19	19	2	11	10	7	23	22	14	18	31	44	9	11	1	1	1	5	
Camerún	5.833	23	26	10	6	12	27	–	–	–	–	–	–	9	18	3	5	8	22	
Canadá	3.974	11	52	–	1	31	–	–	–	86	85	86	92	13	11	17	14	–	–	
Chad	3.803	25	13	19 x	9	8	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15	30	
Chequia	1.002	9	65	21	2	26	–	–	–	78	79	73	83	2	3	19	–	–	–	
Chile	2.514	13	54	25	1	34	–	16	14	67	59	69	74	13	15	20	29	8	10	
China	166.857	12	41	7	4	25	–	–	–	84	84	76	81	–	–	–	–	–	–	
Chipre	143	12	55	20 x	1	32	–	–	–	73 x	82 x	53	75	6	9	–	–	–	–	
Colombia	8.314	17	25	–	2	24	23	–	–	80	77	88	90	13	24	16	27	1	3	
Comoras	183	22	2	12	7	12	4	–	–	–	–	–	–	19 x	29 x	–	–	15	28	
Congo	1.176	22	37	24 x	8	11	–	–	–	–	–	–	–	17 x	21 x	–	–	8	9	
Costa Rica	731	15	24	10 x	2	30	–	18 x	20 x	43	32	56	63	13	15	35	51	0	3	
Côte d'Ivoire	5.874	23	25	19 x	6	12	20 y	–	–	–	–	–	–	22	42	–	4	7	18	
Croacia	416	10	47	29 x	2	26	–	–	–	70	66	75	85	16	12	–	–	–	–	
Cuba	1.288	11	33	17 x	4	28	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5 y	13 y	–	–	
Dinamarca	682	12	64	–	1	24	–	–	–	87	86	82	88	3	2	14	10	–	–	
Djibouti	180	19	11	15	6	16	–	44 x	36 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Dominica	–	–	31	25 x	3	31	–	29 x	26 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Ecuador	3.115	18	32	–	1	27	–	–	–	44	41	70	74	10	19	6	9	–	–	
Egipto	17.670	18	1	14	3	35	17	70	70	45	49	–	–	8	18	16	25	1	5	
El Salvador	1.210	19	19	13	2	29	7 y	21	24	24 x	17 x	–	–	14	33	8 y	14 y	7	20	
Emiratos Árabes Unidos	818	8	8	12	5	34	–	33	22	70	78	48	70	8	9	27	23	–	–	
Eritrea	796	23	12	7 x	8	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Eslovaquia	541	10	57	29 x	1	22	–	–	–	72	72	61	75	7	6	37	36	–	–	
Eslovenia	190	9	60	21 x	1	25	–	–	–	84	84	79	91	4	3	–	–	–	–	
España	4.614	10	57	–	1	32	–	–	–	80	76	80	87	11	10	50	50	–	–	
Estado de Palestina	1.072	22	–	–	–	–	–	–	–	47	57	–	–	20	18	42	61	1	6	
Estados Unidos	42.365	13	60	13	1	41	–	26 y	25 y	71	70	77	85	12	11	15 y	11 y	–	–	
Estonia	130	10	62	31 x	2	19	–	–	–	88	90	86	93	3	5	–	–	–	–	
Eswatini	270	24	18	12 x	4	16	–	33	31	–	–	–	–	17	24	37	43	2	3	
Etiopía	26.128	24	13	–	10	8	24	–	–	–	–	–	–	5	11	2	3	49	58	

TABLA 14. ADOLESCENTES

Países y zonas	Población adolescente 2018		Salud				Protección			Educación y aprendizaje 2010-2017*				Transición al trabajo 2010-2018*					
	Población de 10-19 años (miles)	Proporción del total de la población (%)	Consumo de alcohol 2016	Consumo de tabaco 2013-2017*	Delgadez 2016	Sobrepeso 2016	Violencia por parte de la pareja íntima 2010-2018*			Competencia en matemáticas		Competencia en lectura		No estudia, no trabaja ni recibe capacitación		Desempleo		Participación en las tareas domésticas	
							mujeres	hombr	mujeres	hombr	mujeres	hombr	mujeres	hombr	mujeres	hombr	mujeres	hombr	mujeres
Federación de Rusia	14.358	10	40	15	2	19	–	–	–	82	81	79	88	–	–	28	31	–	–
Fiji	154	17	10	12	4	33	–	33	26	–	–	–	–	8	13	16	32	–	–
Filipinas	21.091	20	21	15	10	12	11	53	49	35 x	42 x	–	–	12	15	5	8	–	–
Finlandia	599	11	62	21 x	1	25	–	–	–	84	89	84	94	5	6	26	25	–	–
Francia	7.832	12	65	–	1	29	–	–	–	76	77	74	83	8	6	24	29	–	–
Gabón	399	19	52	9	6	15	40	–	–	–	–	–	–	–	–	27	38	6	7
Gambia	526	23	16	–	7	11	5	–	–	–	–	–	–	20	36	6	14	–	–
Georgia	457	11	24	12	3	19	–	–	–	40	46	37	61	–	–	25	31	0	0
Ghana	6.384	21	15	13 x	6	10	23 x	–	–	25	17	–	–	9	18	5	7	3	11
Granada	16	14	35	10	4	25	–	29 x	26 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grecia	1.072	10	53	16 x	1	35	–	–	–	63	65	66	80	10	10	44	59	–	–
Guatemala	3.855	22	17	17	1	27	9	26	20	–	–	–	–	7	40	4	7	–	–
Guinea	3.062	25	13	26 x	7	9	–	–	–	–	–	–	–	4 x	5 x	–	–	11	18
Guinea-Bissau	426	23	17	–	7	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5	13
Guinea Ecuatorial	251	19	59	22 x	8	10	56 p	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	151	19	26	15	6	24	–	40	37	–	–	–	–	30	40	26	35	2	3
Haití	2.322	21	22	–	4	26	28	–	–	–	–	–	–	–	–	7	10	19	13
Honduras	2.081	22	18	8	2	26	16	13 y	12 y	26	17	–	–	13	38	6	10	–	–
Hungría	974	10	55	25	2	27	–	–	–	90	87	68	77	5	6	23	–	–	–
India	252.611	19	25	15 x	27	6	18	–	–	14 x	16 x	11 x	21 x	7	32	12	9	–	–
Indonesia	46.369	17	13	13	10	14	–	24	19	30	32	38	51	12	17	20	21	–	–
Irán (República Islámica del)	11.349	14	2	27 x	9	25	–	–	–	62	65	–	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	8.411	22	2	14	5	30	–	32	22	–	–	–	–	17	56	19	7	1	6
Irlanda	636	13	71	–	<1	29	–	–	–	94	94	88	92	10	9	21	22	–	–
Islandia	44	13	59	–	1	27	–	–	–	76	77	71	84	4	–	11	–	–	–
Islas Cook	–	–	36	22	<1	62	6 y	29	32	–	–	–	–	–	–	26	24	–	–
Islas Marshall	–	–	–	28	<1	58	27 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Salomón	142	22	7	40 x	1	24	–	64	68	–	–	–	–	2	2	–	–	6	9
Islas Turcas y Caicos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Vírgenes Británicas	–	–	–	–	–	–	–	18 x	17 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Israel	1.352	16	41	–	1	34	–	–	–	68	68	68	78	–	–	9	9	–	–
Italia	5.733	9	51	–	1	34	–	–	–	90	89	76	82	14	14	46	56	–	–
Jamaica	484	16	23	29 x	2	28	11 y	26	25	–	–	–	–	–	–	41	58	0	0
Japón	11.415	9	46	–	2	13	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4	3	–	–
Jordania	2.129	21	2	24	4	30	18	46 x	37 x	41	48	37	70	–	–	36	39	0	2
Kazajistán	2.445	13	26	3	2	19	–	–	–	90	92	55	63	–	–	2	3	–	–
Kenya	12.220	24	14	10	8	11	23	57 x	57 x	–	–	–	–	–	–	5	5	–	–
Kirguistán	1.044	17	15	8	3	15	3	–	–	14	13 x	12 x	22 x	–	–	15	27	2	3
Kiribati	23	20	7	29 x	<1	54	–	42	32	–	–	–	–	–	–	27	8	–	–
Kuwait	489	12	0	22	4	43	–	36	28	43	46	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	433	21	10	25 x	6	15	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Letonia	180	9	65	25	2	20	–	–	–	77	80	76	89	3	2	–	–	–	–
Líbano	1.182	17	3	60 x	5	31	–	24	12	72	70	28	31	–	–	24 x	37 x	–	–
Liberia	1.120	23	19	–	7	10	37 x	43	51	–	–	–	–	7	11	–	19	1	5
Libia	1.146	17	0	8 x	6	31	–	40 x	31 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	89	83	85	90	–	–	–	–	–	–
Lituania	257	9	71	28	3	19	–	–	–	73	76	68	82	3	2	–	–	–	–
Luxemburgo	66	11	86	–	1	25	–	–	–	75	73	71	78	3	–	–	–	–	–
Macedonia del Norte	239	11	39	15	2	25	–	–	–	29	31	22	38	–	–	61	63	1	1
Madagascar	6.110	23	12	23 x	7	10	–	–	–	–	–	–	–	3	3	3	2	–	–
Malasia	5.262	17	18	17	8	25	–	24	18	73	78	54	70	–	–	–	–	–	–
Malawi	4.467	25	14	14 x	6	10	28	43 x	47 x	–	–	–	–	17	28	40	50	5	11
Maldivas	60	12	4	11	14	16	–	30	30	–	–	–	–	20	17	29	16	–	–
Mali	4.642	24	13	17 x	8	10	23 x	–	–	–	–	–	–	24	42	–	–	13	24
Malta	42	10	49	–	1	35	–	–	–	83	86	57	72	8	11	–	–	–	–
Marruecos	5.995	17	1	6	6	26	–	44	32	41	41	–	–	–	–	17	11	–	–
Mauricio	182	14	20	19	7	14	–	29	22	50 x	49 x	45 x	61 x	14	19	29 y	42 y	–	–
Mauritania	956	22	1	22 x	8	13	–	48	46	–	–	–	–	19	42	10	11	10	20
México	22.353	18	29	20 x	2	34	–	–	–	46	41	54	63	8	21	7	8	2	2
Micronesia (Estados Federados de)	24	21	9	43	<1	50	35 y	–	–	–	–	–	–	14	19	–	29 y	–	–
Mónaco	–	–	–	–	<1	<1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	56 y	42 y	–	–
Mongolia	466	15	20	14	2	17	8 y	36	25	67 x	64 x	–	–	9	7	14	30	15	19

TABLA 14. ADOLESCENTES

Países y zonas	Población adolescente 2018		Salud				Protección			Educación y aprendizaje 2010–2017*				Transición al trabajo 2010–2018*					
	Población de 10–19 años (miles)	Proporción del total de la población (%)	Consumo de alcohol 2016	Consumo de tabaco 2013–2017*	Delgadez 2016	Sobrepeso 2016	Violencia por parte de la pareja íntima 2010–2018*	Intimidación 2010–2017*	Competencia en matemáticas		Competencia en lectura		No estudia, no trabaja ni recibe capacitación		Desempleo		Participación en las tareas domésticas		
									hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres	
Tonga	23	22	8	19	<1	57	41 x,y	46	31	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Trinidad y Tabago	181	13	44	12 x	6	23	–	13	18	43	52	48	67	–	–	7	–	0	0
Túnez	1.604	14	3	11 x	7	24	–	37 x	24 x	27	24	23	33	15	20	32	28	1	1
Turkmenistán	969	17	18	0	3	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0	0
Turquía	13.559	16	4	17 x	5	28	18 y	–	–	69	71	54	66	14	25	16	20	–	–
Tuvalu	–	–	8	21	<1	57	–	40	15	–	–	–	–	15	23	–	–	–	–
Ucrania	4.188	9	45	19 x	2	20	2 x	–	–	80	82	–	–	–	–	–	–	2	2
Uganda	10.668	25	24	17 x	6	10	31	50 x	41 x	–	–	–	–	8	13	4	3	7	18
Uruguay	488	14	57	13	2	32	–	18	20	50	45	55	66	14	16	33	44	1	2
Uzbekistán	5.309	16	12	14	3	16	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Vanuatu	62	21	7	26 x	2	29	–	60	46	–	–	–	–	–	–	10 x	11 x	1	0
Venezuela (República Bolivariana de)	5.170	18	25	9 x	2	33	–	–	–	46 x	36 x	55 x	61 x	12	21	13	18	–	–
Viet Nam	13.324	14	23	4	14	9	16 y	26	26	79	83	81	91	8	9	8	7	2	4
Yemen	6.511	23	0	16	14	18	–	47	33	–	–	–	–	18	58	–	–	–	–
Zambia	4.298	25	17	26 x	6	12	30	63 x	67 x	–	–	–	–	26	34	28	21	8	9
Zimbabwe	3.366	23	10	20	6	14	32	–	–	–	–	–	–	8	17	9	18	–	–
DATOS CONSOLIDADOS																			
Asia Oriental y el Pacífico	306.894	13	35	9	6	21	–	–	–	72	71	67	73	–	–	–	–	–	–
Europa y Asia Central	103.924	11	47	–	2	25	–	–	–	78	78	72	81	10	12	19	19	–	–
Europa Oriental y Asia Central	52.241	12	30	12	3	21	–	–	–	72	75	64	75	–	–	19	23	–	–
Europa Occidental	51.683	10	62	–	1	28	–	–	–	82	80	78	85	8	7	19	18	–	–
América Latina y el Caribe	107.327	17	30	–	2	29	–	–	–	42	37	54	61	13	22	18	27	–	–
Oriente Medio y África del Norte	75.078	17	3	13	6	29	–	52	46	45	48	–	–	–	21	21	1	4	–
América del Norte	46.355	13	59	13	1	40	–	26	25	86	71	86	85	12	11	15	12	–	–
Asia Meridional	347.435	19	19	–	24	7	19	–	–	–	–	–	–	8	33	12	13	–	–
África Subsahariana	249.734	23	21	–	8	10	22	–	–	–	–	–	–	13	20	8	9	13	20
África Oriental y Meridional	129.479	23	16	–	7	11	26	–	–	–	–	–	–	9	14	8	9	19	25
África Occidental y Central	120.256	23	26	–	9	9	18	–	–	–	–	–	–	17	25	–	8	8	16
Países menos adelantados	228.359	23	13	–	10	9	26	–	–	–	–	–	–	11	23	9	10	15	24
Mundo	1.236.747	16	30	–	11	17	–	–	–	–	–	–	–	10	24	13	14	–	–

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Consumo de alcohol – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que han consumido al menos una bebida alcohólica en cualquier momento durante los últimos 12 meses.

Consumo de tabaco – Porcentaje de adolescentes de 13 a 15 años que fumaron cigarrillos o consumieron productos de tabaco con o sin humo en cualquier momento durante el último mes.

Delgadez – Porcentaje de adolescentes de 10 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 – Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años con IMC > 1 DS de la mediana de acuerdo con la referencia de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar.

Violencia por parte de la pareja íntima – Porcentaje de niñas de 15 a 19 años que han sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja actual o anterior durante los últimos 12 meses.

Intimidación – Porcentaje de estudiantes de 13 a 15 años de edad que informaron haber sufrido intimidación durante 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 alcanzan al menos un nivel mínimo de competencia en lectura.

No estudia, ni trabaja ni recibe capacitación (NEET) – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que no estudia, ni trabaja ni recibe capacitación.

Desempleo – Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años de edad en la fuerza laboral que están desempleados.

Participación en las 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.

NOTAS

– Datos no disponibles.

p Sobre la base de denominadores pequeños (típicamente de 25 a 49 casos no ponderados). No se presentan datos sobre menos de 25 casos no ponderados.

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales. No se presentan las estimaciones de los años anteriores a 2000.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren sólo a una parte del país. Si se encuentran dentro del período de referencia indicado, estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Población adolescente – División de Población de las Naciones Unidas. Última actualización: agosto de 2019.

Consumo de alcohol – Estimaciones de la OMS basadas en encuestas internacionales (WHIS, STEPS, GENACIS y ECAS), así como en encuestas nacionales. Última actualización: agosto de 2019.

Consumo de tabaco – Encuestas escolares, otras encuestas y censos nacionales. Última actualización: agosto de 2019.

Delgadez y sobrepeso (niños en edad escolar) – NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC), basado en las tendencias mundiales en el índice de masa corporal, el peso inferior al normal, el sobrepeso y la obesidad de 1975 a 2016: un análisis combinado de 2.416 estudios de medición 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.

Violencia por parte de la pareja íntima – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2019.

Intimidación – Estudio de Comportamiento de Salud en Niños en Edad Escolar (HBSC) y Encuestas Globales de Salud Estudiantil (GSHS). Última actualización: agosto de 2019.

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: febrero de 2019.

Desempleo – Organización Internacional del Trabajo. Última actualización: agosto de 2019.

Participación en las tareas domésticas – DHS, MICS y otras encuestas nacionales. Última actualización: marzo de 2019.

TABLA 15. INDICADORES ECONÓMICOS

Países y zonas	Ingresos públicos como % del PIB 2010–2018*	Gasto gubernamental 2010–2018*							Asistencia Oficial para el Desarrollo 2010–2018*			
		Como % del PIB				Como % del presupuesto gubernamental			Flujo de entrada en millones de dólares	Flujo de entrada como % del INB del receptor	Flujo de salida en millones de dólares	Flujo de salida como % del INB de los donantes
		Total	Salud	Educación	Protección social	Salud	Educación	Protección social				
Afganistán	12,2	36,7	0,5	3,2	–	2,0	12,5	–	3.804,0	18,1	–	–
Albania	25,7	23,9	2,9	3,4	1,6	9,5	11,3	0,1	157,0	1,2	–	–
Alemania	28,3	27,9	9,3	4,8	–	21,3	11,0	–	–	–	25.005,0	0,7
Andorra	–	–	5,0	3,3	–	15,2	–	–	–	–	–	–
Angola	16,4	16,7	1,4	3,5	2,3	4,6	8,7	0,1	223,0	0,2	–	–
Anguila	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua y Barbuda	19,3	–	3,2	–	–	12,3	–	–	10,0	0,7	–	–
Arabia Saudita	–	28,0	4,1	–	0,7	10,1	–	0,0	–	–	–	–
Argelia	40,4	29,5	4,9	–	–	10,7	–	–	189,0	0,1	–	–
Argentina	19,5	24,3	6,8	5,8	2,1	16,6	14,0	0,1	–5,0	0,0	–	–
Armenia	22,5	22,6	1,6	2,8	1,4	6,1	10,7	0,1	255,0	2,1	–	–
Australia	24,8	26,6	6,4	5,3	–	17,2	14,1	–	–	–	3.036,0	0,2
Austria	43,5	44,2	7,5	5,5	–	14,8	10,7	–	–	–	1.251,0	0,3
Azerbaiyán	35,2	28,0	1,4	3,0	0,8	3,7	7,6	0,0	116,0	0,3	–	–
Bahamas	16,9	19,1	3,0	–	–	15,9	–	–	–	–	–	–
Bahrein	24,0	23,4	3,2	2,7	–	8,8	7,3	–	–	–	–	–
Bangladesh	10,2	9,4	0,4	1,5	0,7	3,4	11,4	0,1	3.740,0	1,4	–	–
Barbados	27,5	36,3	3,2	4,7	–	9,1	12,9	–	–	–	–	–
Belarús	29,6	29,3	3,7	4,8	3,1	8,5	11,5	0,1	–253,0	–0,5	–	–
Bélgica	39,0	40,2	8,4	6,6	–	15,7	12,2	–	–	–	2.196,0	0,5
Belice	29,0	27,2	4,1	6,7	–	11,4	21,2	–	34,0	2,0	–	–
Benin	16,7	–	0,8	4,4	3,0	3,2	17,5	–	676,0	7,3	–	–
Bhután	–	17,9	2,7	7,4	0,3	10,0	26,4	0,0	119,0	5,1	–	–
Bolivia (Estado Plurinacional de)	–	–	4,4	7,3	2,2	9,8	16,8	–	947,0	2,6	–	–
Bosnia y Herzegovina	38,8	34,4	6,6	–	3,9	15,2	–	0,1	441,0	2,4	–	–
Botswana	31,1	26,1	3,3	–	1,7	8,8	–	0,1	102,0	0,6	–	–
Brasil	27,2	34,9	3,8	6,2	1,4	9,9	16,2	0,0	265,0	0,0	–	–
Brunei Darussalam	–	–	2,3	4,4	–	5,9	11,4	–	–	–	–	–
Bulgaria	32,4	32,3	4,2	–	1,4	10,3	11,4	0,0	–	–	–	–
Burkina Faso	19,2	21,1	1,7	4,2	2,0	7,2	18,0	0,1	885,0	7,1	–	–
Burundi	14,5	17,0	2,5	6,4	2,3	9,1	24,2	0,1	428,0	12,3	–	–
Cabo Verde	–	28,4	3,6	5,3	2,5	11,4	16,7	0,1	123,0	7,3	–	–
Camboya	18,6	14,3	1,3	1,9	0,9	6,6	8,8	0,1	843,0	4,1	–	–
Camerún	–	10,9	0,7	2,8	0,0	3,3	13,2	0,0	1.213,0	3,5	–	–
Canadá	17,8	17,3	7,6	5,3	–	19,2	12,2	–	–	–	4.305,0	0,3
Chad	–	–	1,1	2,9	0,7	5,8	12,5	–	648,0	6,6	–	–
Chequia	31,8	32,1	6,0	5,8	–	14,3	13,9	–	–	–	304,0	0,2
Chile	21,1	22,4	4,9	4,9	3,5	19,6	19,6	0,2	69,0	0,0	–	–
China	15,7	8,6	2,9	–	0,8	9,4	–	0,1	–1045,0	0,0	–	–
Chipre	38,3	36,1	2,9	6,4	–	7,1	16,3	–	–	–	–	–
Colombia	22,7	25,3	3,8	4,5	3,0	12,8	15,1	0,1	845,0	0,3	–	–
Comoras	–	–	1,0	4,3	0,7	3,8	15,3	–	67,0	10,2	–	–
Congo	43,8	20,1	1,6	4,6	0,1	2,9	8,0	0,0	108,0	1,4	–	–
Costa Rica	24,4	26,4	5,8	7,1	0,7	29,9	–	0,0	99,0	0,2	–	–
Côte d'Ivoire	16,5	20,6	1,1	4,8	–	5,0	21,2	–	827,5	2,1	–	–
Croacia	39,8	38,6	5,6	4,6	3,4	11,7	9,5	0,1	–	–	–	–
Cuba	–	–	11,5	12,8	–	18,2	–	–	718,0	–	–	–
Dinamarca	38,9	37,5	8,6	7,6	–	15,8	13,8	–	–	–	2.448,0	0,7
Djibouti	–	–	2,4	4,5	0,2	4,1	12,3	–	134,0	7,3	–	–
Dominica	26,3	–	3,6	3,4	–	10,6	10,5	–	19,0	3,5	–	–
Ecuador	–	–	4,2	5,0	1,5	10,8	12,6	–	203,0	0,2	–	–
Egipto	21,0	30,2	1,6	–	0,2	5,0	–	0,0	–114,0	–0,1	–	–
El Salvador	25,3	24,9	4,4	4,0	0,8	20,8	16,6	0,0	152,0	0,7	–	–
Emiratos Árabes Unidos	3,5	4,1	2,6	–	–	7,9	–	–	–	–	–	–
Eritrea	–	–	0,4	–	–	1,2	–	–	79,0	–	–	–
Eslovaquia	37,5	38,9	5,4	4,6	2,4	12,0	10,3	0,1	–	–	119,0	0,1
Eslovenia	37,9	38,0	6,1	4,9	2,6	12,7	11,2	0,1	–	–	76,0	0,2
España	15,6	18,7	6,5	4,3	–	14,9	9,8	–	–	–	2.560,0	0,2
Estado de Palestina	6,9	8,3	–	5,1	2,3	–	–	0,3	2.111,0	12,8	–	–
Estados Unidos	19,7	22,4	13,8	5,0	–	36,6	13,6	–	–	–	34.732,0	0,2
Estonia	35,0	35,2	4,9	5,2	2,6	12,1	13,0	0,1	–	–	–	–
Eswatini	29,2	–	5,0	7,1	1,7	14,9	24,9	–	147,0	3,3	–	–

TABLA 15. INDICADORES ECONÓMICOS

Países y zonas	Ingresos públicos como % del PIB 2010-2018*	Gasto gubernamental 2010-2018*							Asistencia Oficial para el Desarrollo 2010-2018*			
		Como % del PIB			Como % del presupuesto gubernamental			Flujo de entrada en millones de dólares	Flujo de entrada como % del INB del receptor	Flujo de salida en millones de dólares	Flujo de salida como % del INB de los donantes	
		Total	Salud	Educación	Protección social	Salud	Educación					Protección social
Etiopía	9,6	11,2	1,0	4,7	1,0	5,9	27,1	0,1	4.117,0	5,1	-	-
Federación de Rusia	24,4	30,6	3,1	3,8	1,9	8,8	10,9	0,1	-	-	-	-
Fiji	28,7	26,5	2,3	3,9	1,1	7,0	14,3	0,0	146,0	3,0	-	-
Filipinas	15,6	14,3	1,4	-	0,7	7,3	-	0,0	160,0	0,0	-	-
Finlandia	36,9	38,2	7,6	7,1	-	13,3	12,4	-	-	-	1.084,0	0,4
Francia	44,8	47,5	8,8	5,5	-	15,5	9,6	-	-	-	11.331,0	0,4
Gabón	-	17,1	1,6	2,7	0,2	7,0	11,2	0,0	106,0	0,8	-	-
Gambia	-	-	0,8	3,1	-	2,8	10,4	-	270,0	27,3	-	-
Georgia	25,0	24,8	2,8	3,8	7,0	9,6	13,0	0,3	446,0	3,1	-	-
Ghana	17,5	30,5	2,1	5,9	0,6	8,6	23,8	0,0	1.257,0	2,8	-	-
Granada	20,4	20,0	1,9	10,3	2,0	7,4	42,8	0,1	6,0	0,5	-	-
Grecia	46,7	47,4	4,7	-	-	8,8	-	-	-	-	314,0	0,2
Guatemala	11,0	11,8	1,9	3,0	0,2	15,7	24,1	0,0	367,0	0,5	-	-
Guinea	-	-	0,4	2,5	1,6	2,0	11,6	-	457,0	4,4	-	-
Guinea-Bissau	-	12,6	2,2	2,1	0,0	9,4	16,2	0,0	113,0	8,4	-	-
Guinea Ecuatorial	17,2	9,8	0,6	-	-	1,4	-	-	7,0	0,1	-	-
Guyana	-	-	2,3	5,3	-	7,8	17,8	-	51,0	1,4	-	-
Haití	-	-	0,9	3,2	-	4,0	14,4	-	980,0	11,6	-	-
Honduras	23,4	22,0	3,0	6,4	0,8	11,4	24,6	0,0	441,0	2,1	-	-
Hungría	39,9	42,1	4,7	4,6	3,1	9,4	9,1	0,1	-	-	149,0	0,1
India	-	14,9	0,9	3,8	1,5	3,1	14,1	0,1	3.094,0	0,1	-	-
Indonesia	12,2	14,3	1,2	3,6	0,8	6,9	20,5	0,1	234,0	0,0	-	-
Irán (República Islámica del)	-	-	4,0	2,8	-	22,6	18,6	-	140,0	0,0	-	-
Iraq	26,9	26,0	0,7	-	2,6	1,7	-	0,1	2.907,0	1,5	-	-
Irlanda	24,8	24,4	5,3	3,8	-	18,4	13,0	-	-	-	838,0	0,3
Islandia	32,2	29,9	6,7	7,7	-	15,9	18,2	-	-	-	68,0	0,3
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	19,0	-	-	-
Islas Marshall	39,3	63,2	11,6	-	1,1	20,2	-	0,0	72,0	27,4	-	-
Islas Salomón	32,7	33,6	3,5	9,9	-	7,3	17,5	-	187,0	15,3	-	-
Islas Turcas y Caicos	-	-	-	3,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Vírgenes Británicas	-	-	-	6,3	-	-	-	-	-	-	-	-
Israel	33,6	36,7	4,6	5,9	-	11,6	15,0	-	-	-	-	-
Italia	38,0	41,5	6,7	4,1	-	13,3	8,1	-	-	-	5.858,0	0,3
Jamaica	29,3	26,6	3,6	5,5	-	12,9	20,1	-	59,0	0,4	-	-
Japón	12,8	16,4	9,1	3,5	-	23,2	9,1	-	-	-	11.463,0	0,2
Jordania	30,0	26,1	3,6	3,6	0,7	12,0	12,5	0,0	2.921,0	7,3	-	-
Kazajstán	16,6	19,5	1,9	2,8	1,6	8,4	12,2	0,1	59,0	0,0	-	-
Kenya	21,9	26,2	1,7	5,3	0,4	6,3	16,7	0,0	2.475,0	3,3	-	-
Kirguistán	28,5	26,0	2,7	6,0	3,1	7,3	15,8	0,1	461,0	6,3	-	-
Kiribati	100,5	77,4	6,9	-	0,7	6,3	-	0,0	77,0	22,2	-	-
Kuwait	38,6	52,0	3,4	-	0,8	6,2	-	0,0	-	-	-	-
Lesotho	33,8	35,2	5,4	-	7,1	11,3	13,8	0,2	147,0	5,0	-	-
Letonia	41,0	42,6	3,3	5,3	0,8	8,5	14,1	0,0	-	-	-	-
Líbano	19,8	25,8	3,9	2,5	1,0	14,3	8,6	0,0	1.306,0	2,5	-	-
Liberia	-	16,5	1,1	4,1	2,6	3,1	7,2	0,2	622,0	33,5	-	-
Libia	-	-	-	-	-	0,0	-	-	432,0	0,8	-	-
Liechtenstein	-	-	-	2,6	-	-	-	-	-	-	-	-
Lituania	31,2	31,2	4,3	4,2	0,5	12,3	12,3	0,0	-	-	-	-
Luxemburgo	42,0	39,8	5,1	3,9	-	12,2	9,4	-	-	-	424,0	1,0
Macedonia del Norte	26,5	28,1	4,1	-	-	12,8	-	-	-	-	-	-
Madagascar	-	-	2,4	-	0,2	15,6	19,0	-	780,0	7,0	-	-
Malasia	16,3	16,0	2,1	5,0	0,7	8,2	19,8	0,0	-29,0	0,0	-	-
Malawi	18,5	18,8	2,7	5,6	1,5	9,7	21,6	0,1	1.515,0	24,6	-	-
Maldivas	25,7	25,1	6,4	4,5	1,2	18,2	12,9	0,0	42,0	1,0	-	-
Malí	17,4	12,5	1,0	3,8	0,6	4,7	18,2	0,0	1.356,0	9,1	-	-
Malta	39,5	34,9	5,7	5,3	-	14,2	13,2	-	-	-	-	-
Marruecos	32,7	24,5	2,4	-	1,1	7,7	-	0,0	1.885,0	1,8	-	-
Mauricio	22,3	23,0	2,4	4,9	3,5	9,5	19,5	0,2	12,0	0,1	-	-
Mauritania	-	-	1,8	2,6	2,5	5,5	9,3	-	284,0	5,7	-	-
México	20,1	20,4	3,0	5,2	1,7	10,9	19,0	0,1	737,0	0,1	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	34,2	24,2	3,2	12,5	-	5,8	22,3	-	98,0	25,1	-	-

TABLA 15. INDICADORES ECONÓMICOS

Países y zonas	Ingresos públicos como % del PIB 2010–2018*	Gasto gubernamental 2010–2018*							Asistencia Oficial para el Desarrollo 2010–2018*			
		Como % del PIB			Como % del presupuesto gubernamental				Flujo de entrada en millones de dólares	Flujo de entrada como % del INB del receptor	Flujo de salida en millones de dólares	Flujo de salida como % del INB de los donantes
		Total	Salud	Educación	Protección social	Salud	Educación	Protección social				
Mónaco	-	-	1,6	-	-	8,1	-	-	-	-	-	-
Mongolia	21,1	23,8	2,0	4,2	2,0	6,0	12,4	0,1	764,0	7,7	-	-
Montenegro	-	-	-	-	1,8	-	-	-	117,0	2,4	-	-
Montserrat	-	-	-	-	-	-	-	-	36,0	-	-	-
Mozambique	25,1	18,4	0,4	6,5	1,3	1,2	19,0	0,1	1.776,0	14,9	-	-
Myanmar	15,8	16,8	1,1	2,2	0,3	4,9	9,4	0,0	1.543,0	2,3	-	-
Namibia	34,2	34,8	5,3	3,1	3,2	12,4	7,6	0,1	187,0	1,4	-	-
Nauru	-	85,0	5,3	-	-	5,0	-	-	26,0	17,8	-	-
Nepal	23,2	19,6	1,0	3,7	1,3	5,1	17,0	0,1	1.258,0	5,1	-	-
Nicaragua	17,8	16,4	4,5	4,1	2,2	17,9	-	0,1	563,0	4,2	-	-
Níger	-	-	1,5	6,0	0,7	4,6	18,5	-	1.207,0	15,2	-	-
Nigeria	5,0	-	0,6	-	0,3	5,3	-	-	3.359,0	0,9	-	-
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	15,0	-	-	-
Noruega	45,4	38,8	8,6	7,6	-	17,7	15,7	-	-	-	4.125,0	1,0
Nueva Zelandia	32,6	30,5	7,4	6,3	-	22,1	16,4	-	-	-	450,0	0,2
Omán	49,5	34,6	3,8	6,7	-	7,6	15,3	-	-	-	-	-
Países Bajos	39,2	37,8	8,4	5,4	-	18,8	12,3	-	-	-	4.958,0	0,6
Pakistán	-	17,6	0,7	2,7	0,6	3,7	13,2	0,0	2.283,0	0,7	-	-
Palau	26,6	41,7	4,5	-	-	13,3	-	-	22,0	7,9	-	-
Panamá	-	-	4,2	3,2	1,5	11,6	13,0	-	41,0	0,1	-	-
Papua Nueva Guinea	15,4	16,9	1,7	-	0,0	8,2	-	0,0	532,0	2,6	-	-
Paraguay	17,3	15,6	4,2	4,5	-	10,9	-	-	143,0	0,5	-	-
Perú	17,0	20,3	3,2	4,0	1,4	14,5	17,6	0,1	-8,0	0,0	-	-
Polonia	33,6	34,2	4,4	4,8	2,0	10,7	11,6	0,1	-	-	679,0	0,1
Portugal	37,8	41,7	5,9	4,9	-	12,3	10,2	-	-	-	381,0	0,2
Qatar	34,2	18,7	2,6	2,9	-	6,3	8,9	-	-	-	-	-
Reino Unido	35,7	36,4	7,9	5,6	-	18,5	13,8	-	-	-	18.103,0	0,7
República Árabe Siria	-	-	-	-	-	0,0	-	-	10.361,0	-	-	-
República Centrafricana	-	7,8	0,6	1,2	2,8	4,3	7,8	0,4	508,0	26,0	-	-
República de Corea	27,8	25,4	4,2	5,3	-	12,9	-	-	-	-	2.201,0	0,1
República de Moldova	32,2	26,8	4,6	-	1,3	12,2	18,3	0,0	241,0	2,8	-	-
República Democrática del Congo	14,3	8,4	0,7	2,2	0,7	4,0	11,7	0,1	2.280,0	6,3	-	-
República Democrática Popular Lao	14,5	-	0,9	2,9	0,2	3,8	-	-	476,0	3,0	-	-
República Dominicana	16,0	16,9	2,5	-	1,2	14,0	-	0,1	118,0	0,2	-	-
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	133,0	-	-	-
República Unida de Tanzania	16,4	15,7	1,3	3,5	0,5	7,3	17,3	0,0	2.584,0	5,0	-	-
Rumania	28,6	31,6	3,9	3,1	1,1	10,8	9,1	0,0	-	-	-	-
Rwanda	20,0	18,9	2,2	3,8	1,5	7,9	12,5	0,1	1.225,0	13,7	-	-
Saint Kitts y Nevis	28,0	24,4	2,1	2,8	-	6,6	8,6	-	-	-	-	-
Samoa	27,0	22,9	4,5	4,1	0,8	11,5	10,5	0,0	130,0	15,6	-	-
San Marino	39,8	42,2	5,5	2,4	-	13,3	10,6	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	27,5	26,6	2,6	5,8	-	9,2	19,0	-	7,0	0,9	-	-
Santa Lucía	22,3	19,4	2,2	4,4	0,5	8,6	16,5	0,0	13,0	0,8	-	-
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	16,0	18,2	1,7	3,9	-	4,9	11,3	-	40,0	10,2	-	-
Senegal	17,2	18,0	1,7	7,1	1,0	5,8	23,8	0,1	910,0	5,8	-	-
Serbia	34,9	36,9	5,4	4,0	2,0	12,3	8,9	0,1	1.688,0	4,4	-	-
Seychelles	36,4	33,3	3,2	4,4	2,6	10,0	11,7	0,1	19,0	1,4	-	-
Sierra Leona	9,8	11,8	1,6	4,6	0,9	7,9	19,9	0,1	538,0	14,7	-	-
Singapur	21,4	14,5	2,2	2,9	-	12,4	20,0	-	-	-	-	-
Somalia	-	0,0	-	-	0,2	-	-	1422,8	1.760,0	24,0	-	-
Sri Lanka	13,8	16,4	1,7	2,2	0,7	8,4	11,0	0,0	297,0	0,4	-	-
Sudáfrica	30,9	34,4	4,4	6,0	3,3	13,3	18,7	0,1	1.014,0	0,3	-	-
Sudán	-	10,5	2,1	-	1,0	18,1	-	0,1	840,0	0,8	-	-
Sudán del Sur	-	-	-	1,4	10,1	-	3,3	-	2.183,0	-	-	-
Suecia	33,1	31,3	9,2	7,6	-	18,5	15,5	-	-	-	5.563,0	1,0
Suiza	18,4	17,4	7,5	5,1	-	22,1	15,5	-	-	-	3.138,0	0,5
Suriname	25,7	22,4	4,0	-	-	12,7	-	-	20,0	0,6	-	-
Tailandia	19,2	18,4	2,8	4,1	0,5	15,3	19,1	0,0	250,0	0,1	-	-
Tayikistán	-	-	1,9	5,2	0,6	6,1	16,4	-	304,0	3,7	-	-

TABLA 15. INDICADORES ECONÓMICOS

Países y zonas	Ingresos públicos como % del PIB 2010–2018*	Gasto gubernamental 2010–2018*							Asistencia Oficial para el Desarrollo 2010–2018*			
		Como % del PIB				Como % del presupuesto gubernamental			Flujo de entrada en millones de dólares	Flujo de entrada como % del INB del receptor	Flujo de salida en millones de dólares	Flujo de salida como % del INB de los donantes
		Total	Salud	Educación	Protección social	Salud	Educación	Protección social				
Timor-Leste	32,4	36,4	2,3	2,7	6,5	4,5	6,8	0,2	232,0	8,9	–	–
Togo	18,8	15,4	1,3	5,2	0,2	4,2	16,7	0,0	345,0	6,9	–	–
Tokelau	–	–	–	–	–	–	–	–	7,0	–	–	–
Tonga	–	31,4	2,7	–	–	6,8	–	–	80,0	18,6	–	–
Trinidad y Tabago	39,4	35,8	3,2	–	–	8,3	–	–	–	–	–	–
Túnez	31,4	35,5	4,0	6,6	0,8	13,9	22,9	0,0	776,0	2,0	–	–
Turkmenistán	–	–	1,5	3,0	–	8,7	20,8	–	29,0	0,1	–	–
Turquía	29,7	31,9	3,2	4,3	1,1	9,7	12,8	0,0	3.142,0	0,4	–	–
Tuvalu	–	–	13,2	–	–	10,3	–	–	27,0	45,3	–	–
Ucrania	32,6	33,6	2,9	5,0	4,4	6,6	12,4	0,1	1.166,0	1,0	–	–
Uganda	14,6	13,3	1,0	2,8	0,8	5,1	12,1	0,1	2.008,0	7,9	–	–
Uruguay	32,6	34,1	6,2	4,4	1,2	19,0	14,9	0,0	41,0	0,1	–	–
Uzbekistán	21,8	15,0	3,0	7,1	–	9,0	21,1	–	638,0	1,3	–	–
Vanuatu	25,0	27,9	2,0	5,5	0,3	4,9	13,0	0,0	132,0	15,5	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–	2,0	–	–	4,1	–	–	87,0	–	–	–
Viet Nam	21,5	21,6	2,4	5,7	1,0	7,9	18,5	0,0	2.376,0	1,1	–	–
Yemen	–	–	0,6	–	–	2,2	–	–	3.234,0	–	–	–
Zambia	16,9	20,8	2,1	–	0,3	7,4	–	0,0	1.023,0	4,1	–	–
Zimbabwe	17,4	26,6	4,0	7,5	0,4	15,9	30,0	0,0	726,0	4,6	–	–

DATOS CONSOLIDADOS

Asia Oriental y el Pacífico	15,9	11,8	2,9	4,0 **	0,8	9,9	16,6 **	0,1	–497,8	0,2	7.908,9 **	0,2 **
Europa y Asia Central	31,0	32,7	5,4	4,7	–	12,7	11,8	–	1.461,6	1,1	9.847,3	0,4
Europa Oriental y Asia Central	27,2	29,4	3,1	4,3	2,0	8,8	12,5	0,1	1.461,6	1,1	–	–
Europa Occidental	34,2	35,4	7,4	5,1	–	16,0	11,2	–	–	–	9.847,3	0,4
América Latina y el Caribe	22,7	26,6	3,8	5,5	1,7	11,8	17,0	0,1	386,9	0,4	–	–
Oriente Medio y África del Norte	27,4	27,9	2,8	–	0,9	9,4	–	0,0	1.346,5	0,9	–	–
América del Norte	19,5	21,9	13,2	5,0	–	34,8	13,5	–	–	–	31.625,9	0,2
Asia Meridional	12,3 †	15,3	0,8	3,5	1,3	3,3	13,7	0,1	3.007,2	0,7	–	–
África Subsahariana	14,5	16,9	1,5	4,3	1,0	7,0	17,7	29,9	2.018,1	5,2	–	–
África Oriental y Meridional	17,6	17,9	2,0	4,6	1,4	8,9	19,0	43,8	1.993,3	5,6	–	–
África Occidental y Central	11,3	15,1	0,9	3,8	0,7	5,1	15,9	–	2.043,5	4,8	–	–
Países menos adelantados	14,2	14,0	1,1	3,2	1,0	5,8	15,3	27,4	2.196,7	6,6	–	–
Mundo	17,9	18,8	2,9	4,1	1,2	9,1	15,2	4,6	1.447,8	1,3	11.263,6	–

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Ingresos del gobierno como % del PIB – Los ingresos son ingresos en efectivo procedentes de impuestos, cotizaciones sociales y otros ingresos como multas, tasas, alquileres e ingresos procedentes de la propiedad o de las ventas. Las subvenciones también se consideran ingresos, pero se excluyen aquí.

Gasto público – El gasto en consumo final de las administraciones públicas (antiguo consumo de las administraciones públicas) incluye todos los gastos corrientes de las administraciones públicas para la adquisición de bienes y servicios (incluida la remuneración de los asalariados). También incluye la mayoría de los gastos en defensa y seguridad nacional, pero excluye los gastos militares del gobierno que forman parte de la formación de capital del gobierno.

Gasto público expresado en % del PIB – Gasto público total, así como los gastos específicos en salud, educación y protección social.

Gasto público expresado en % del gasto público total – Gasto específico en salud, educación y protección social.

AOD (Ayuda oficial al desarrollo neta) – Los flujos de ayuda oficial al desarrollo se definen como aquellos que se dirigen a los países y territorios que figuran en la lista de receptores de AOD del CAD y a las instituciones multilaterales de desarrollo: (a) proporcionados por organismos oficiales, incluidos los gobiernos estatales y locales, o por sus organismos ejecutivos; (b) cada transacción se administra con el objetivo principal de promover el desarrollo económico y el bienestar de los países en desarrollo; y (c) es de carácter concesional.

AOD (Asistencia oficial para el desarrollo neta) para los países donantes – Expresada como una salida de recursos (en dólares y como porcentaje del ingreso nacional bruto).

AOD (Asistencia oficial para el desarrollo neta) a los países receptores – Expresada como una corriente de recursos (en dólares y en porcentaje del ingreso nacional bruto).

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

ODA – Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. Última actualización: febrero de 2019.

Ingresos del gobierno en % del PIB – Indicadores del desarrollo mundial. Última actualización: junio de 2019.

Gasto público – Indicadores del desarrollo mundial. Última actualización: junio de 2019.

NOTAS

– Datos no disponibles.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

** Excluye a China

† Excluye a la India

TABLA 16. 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	Prestaciones por licencia de maternidad 2018	Prestaciones por licencia de paternidad 2018	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2013-2018*	Nivel de estudios 2010-2017*		Tasa de participación en la fuerza laboral 2010-2018*						Tasa de desempleo 2010-2018*						Propiedad de teléfonos móviles 2014-2017*		Inclusión financiera 2014-2017*				
						secundaria superior		hombre			mujer			hombre			mujer			hombre	mujer	hombre	mujer			
						hombre	mujer	rural	urbana	total	rural	urbana	total	rural	urbana	total	rural	urbana	total	rural	urbana	total	hombre	mujer	hombre	mujer
Afganistán	Muy alto	–	No	Sí	42	–	–	74	71	73	23	16	21	10	12	10	9	36	14	–	–	23	7			
Albania	Bajo	0,7	Sí	Sí	5	46	44	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	42	38			
Alemania	Muy bajo	–	Sí	No	–	88	79	68	67	67	57	56	56	2	4	4	2	3	3	–	–	99	99			
Andorra	–	–	–	–	–	48	47	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Angola	–	–	No	No	30	20	12	89	73	80	90	63	75	2	12	7	1	15	8	78	80	36	22			
Anguila	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Antigua y Barbuda	–	–	No	No	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Arabia Saudita	–	0,9	Sí	Sí	–	51	46	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	96	92	81	58			
Argelia	–	1,0	Sí	No	77	28 x	23 x	65	57	60	10	15	13	–	–	–	–	–	–	–	–	56	29			
Argentina	–	–	No	Sí	–	40 x	44 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	46	51			
Armenia	Bajo	–	Sí	Sí	37	92	92	74	68	71	61	48	53	8	25	18	7	25	17	–	–	56	41			
Australia	Muy bajo	–	No	Sí	–	78	75	67	72	71	57	61	60	–	–	–	–	–	–	–	–	100	99			
Austria	Muy bajo	0,8	Sí	No	–	86	73	67	67	67	57	55	56	2	7	5	3	6	5	–	–	98	98			
Azerbaiyán	Bajo	1,0	Sí	Sí	22 x	92	85	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	88	80	29	28			
Bahamas	–	–	Sí	No	–	81 x	82 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Bahrein	–	–	Sí	No	–	39	47	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	86	75			
Bangladesh	Muy alto	–	–	–	73	34	24	80	81	81	39	31	36	3	3	3	6	9	7	54	31	65	36			
Barbados	–	–	No	Sí	70 x	23 x	25 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Belarús	Bajo	0,2	Sí	No	74 x	88 x	82 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	91	95	81	81			
Bélgica	Muy bajo	0,4	No	No	–	69	65	61	59	59	52	49	50	4	7	6	4	6	6	–	–	98	99			
Belice	–	0,5	Sí	No	66	36	37	81	77	79	41	57	49	4	5	5	12	8	10	–	–	44	52			
Benin	Medio	–	Sí	Sí	26	–	–	78	70	74	73	65	70	1	4	2	2	4	3	–	–	49	29			
Bhután	–	–	Sí	No	85 x	8	3	70	75	71	60	46	56	–	–	–	–	–	–	–	–	39	28			
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Bajo	–	Sí	Sí	50	46	39	91	76	80	77	58	64	1	5	3	1	5	4	–	–	55	54			
Bosnia y Herzegovina	Bajo	–	No	Sí	22 x	75	51	53	53	53	27	37	31	16	19	17	21	19	20	–	–	63	55			
Botswana	–	–	No	Sí	–	–	–	71 x	69 x	70 x	53 x	57 x	56 x	12 x	14 x	13 x	19 x	20 x	20 x	–	–	56	47			
Brasil	Bajo	–	Sí	Sí	89 x	42	46	82	77	78	55	56	56	2 x	7 x	6 x	5 x	12 x	11 x	83	84	73	68			
Brunei Darussalam	–	0,8	Sí	Sí	–	–	–	68	69	69	53	58	56	9	9	9	12	9	10	99	99	–	–			
Bulgaria	Bajo	–	No	No	–	77	74	55	65	62	38	54	49	10	4	6	9	3	5	–	–	71	74			
Burkina Faso	Medio	1,0	Sí	Sí	56	4	2	77	69	75	59	55	58	3	6	4	9	9	9	–	–	51	35			
Burundi	–	–	Sí	Sí	38	5	2	79	69	78	83	55	80	1	10	2	0	10	1	16	7	8	7			
Cabo Verde	–	–	No	Sí	73 x	20	20	66	55	63	55	36	49	31	–	31	30	–	32	75	74	–	–			
Camboya	Bajo	0,7	No	Sí	57	47	29	89	85	88	78	70	76	1	1	1	1	1	1	–	–	22	22			
Camerún	Muy alto	–	No	No	47	25	11	80	74	78	74	58	67	1	6	3	1	9	4	–	–	39	30			
Canadá	Muy bajo	0,4	Sí	Sí	–	83	83	67	70	70	59	62	61	6	6	6	5	6	6	–	–	100	100			
Chad	Alto	–	Sí	Sí	20	10 x	2 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	29	15			
Chequia	Muy bajo	0,9	Sí	Sí	86 x	94	86	68	69	69	52	53	53	2	2	2	3	3	3	97	97	84	79			
Chile	Medio	–	Sí	No	–	58	56	72	70	71	42	50	49	5	7	7	7	8	8	87	97	78	71			
China	–	0,8	Sí	Sí	97 x	25	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	84	76			
Chipre	Bajo	–	–	–	–	73	70	63	69	68	51	59	57	9	8	8	9	9	9	100	99	87	90			
Colombia	Muy bajo	–	Sí	Sí	87	46	48	86	79	80	46	60	57	3	9	7	8	12	12	72	74	49	42			
Comoras	–	–	Sí	No	29 x	–	–	52 x	48 x	51 x	34 x	29 x	33 x	4 x	6 x	4 x	4 x	7 x	5 x	–	–	26	18			
Congo	–	0,8	Sí	Sí	43	–	–	77 x	64 x	69 x	80 x	58 x	67 x	6 x	27 x	18 x	7 x	34 x	21 x	–	–	31	21			
Costa Rica	Bajo	–	Sí	No	89 x	37	39	75	73	74	39	49	46	7	8	8	14	12	12	87	87	75	61			
Côte d'Ivoire	Alto	0,6	Sí	No	39	15	7	77	66	66	52	46	46	1	3	3	1	4	4	81	47	47	36			
Croacia	Muy bajo	0,8	Sí	Sí	–	79	63	56	58	57	41	48	46	8	7	8	12	8	9	–	–	90	83			
Cuba	–	1,0	Sí	No	89	58	57	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Dinamarca	Muy bajo	–	No	Sí	–	78	79	64	69	67	55	60	58	4	5	5	4	6	5	82	83	100	100			
Djibouti	–	–	No	No	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	61	52	17	9			
Dominica	–	0,9	Sí	Sí	–	11 x	10 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Ecuador	Bajo	–	No	No	79 x	43	42	85	77	79	61	52	55	1	4	3	2	6	4	59	58	60	43			
Egipto	–	–	Sí	No	80	–	–	68	65	67	22	22	22	7	10	8	19	29	23	99	97	39	27			
El Salvador	Bajo	0,9	Sí	Sí	80	31	28	82	75	77	35	52	46	4	5	5	3	4	4	81	78	38	24			
Emiratos Árabes Unidos	–	–	Sí	Sí	–	43 x	60 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	99	93	76			
Eritrea	–	0,4	No	No	21 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–			
Eslovaquia	Muy bajo	–	No	Sí	–	92	83	67	68	68	50	54	52	8	5	6	9	6	7	–	–	85	83			
Eslovenia	Muy bajo	–	Sí	No	–	87	77	64	64	64	54	54	54	4	5	5	6	6	6	–	–	98	97			
España	Muy bajo	–	Sí	Sí	–	49	48	59	65	64	46	53	52	13	14	14	18	17	17	–	–	96	92			
Estado de Palestina	–	–	Sí	Sí	65	40	40	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	82	65	34	16			
Estados Unidos	Muy bajo	0,8	No	Sí	77	89	90	64	70	69	53	58	57	4	4	4	4	4	4	–	–	94	93			

TABLA 16. 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	Prestaciones por licencia de maternidad 2018	Prestaciones por licencia de paternidad 2018	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2013-2018*	Nivel de estudios 2010-2017*		Tasa de participación en la fuerza laboral 2010-2018*						Tasa de desempleo 2010-2018*						Propiedad de teléfonos móviles 2014-2017*		Inclusión financiera 2014-2017*				
						secundaria superior		hombre			mujer			hombre			mujer			hombre	mujer	hombre	mujer			
						hombre	mujer	rural	urbana	total	rural	urbana	total	rural	urbana	total	rural	urbana	total	rural	urbana	total	hombre	mujer	hombre	mujer
Estonia	Muy bajo	-	No	No	-	84	90	67	74	71	55	59	57	5	6	5	5	5	5	-	-	98	98			
Eswatini	-	-	Sí	Sí	83	-	-	51	71	56	42	63	47	24	15	21	26	22	24	-	-	30	27			
Etiopía	Bajo	-	No	No	62	13	6	88	73	85	79	61	75	-	-	-	-	-	-	-	-	41	29			
Federación de Rusia	Bajo	-	No	No	72 x	86	83	67	73	71	50	58	56	7	4	5	7	4	5	-	-	75	76			
Fiji	-	-	No	No	-	39 x	40 x	82	72	77	38	39	39	2	5	4	5	6	6	-	-	-	-			
Filipinas	Muy alto	-	No	No	53	57	60	74	71	72	43	48	45	2	3	2	2	3	3	-	-	30	39			
Finlandia	Muy bajo	-	Sí	No	-	73	75	59	65	63	53	57	56	6	8	7	7	8	7	95	103	100	100			
Francia	Muy bajo	0,6	No	No	96 x	73	67	59	61	60	52	51	52	7	10	9	8	10	9	-	-	97	91			
Gabón	Alto	0,9	No	Sí	44 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	64	54			
Gambia	-	1,0	Sí	Sí	27	-	-	67	70	69	52	49	50	4	9	7	11	14	13	-	-	-	-			
Georgia	Bajo	0,9	Sí	Sí	53 x	94	93	82	68	75	71	49	58	6	24	15	4	21	13	89	81	58	64			
Ghana	Medio	-	Sí	Sí	46	27	15	53	64	59	50	60	55	2	6	4	2	6	4	-	-	62	54			
Granada	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Grecia	Bajo	-	Sí	No	-	57	52	59	61	60	41	46	44	13	16	15	20	26	24	-	-	86	85			
Guatemala	Bajo	-	No	No	66	26	27	89	81	85	30	47	39	1	3	2	3	4	4	-	-	46	42			
Guinea	Muy alto	1,0	Sí	Sí	22	-	-	73 x	55 x	66 x	70 x	45 x	63 x	2 x	15 x	6 x	2 x	11 x	4 x	-	-	27	20			
Guinea-Bissau	-	0,6	No	Sí	56	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Guinea Ecuatorial	-	1,0	Sí	Sí	21 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Guyana	-	-	Sí	No	52	29 x	33 x	68	71	69	40	52	44	10	10	10	15	15	15	-	-	-	-			
Haití	Medio	-	No	No	43	-	-	80	67	74	59	49	54	5	19	11	10	22	16	-	-	35	30			
Honduras	Bajo	-	No	No	76 x	23	26	92	77	84	37	52	46	1	5	3	3	7	6	-	-	50	41			
Hungría	Bajo	-	No	No	-	81	72	67	65	66	49	49	49	4	3	3	4	4	4	-	-	78	72			
India	Medio	-	Sí	Sí	67	34	19	80	76	79	26	18	23	2	3	2	3	7	4	-	-	83	77			
Indonesia	Alto	0,3	Sí	No	78	38	30	85	79	82	55	50	52	3	6	4	3	5	4	65	54	46	51			
Irán (República Islámica del)	Muy alto	-	No	Sí	69 x	48	49	66	63	64	16	15	15	-	-	-	-	-	-	77	55	96	92			
Iraq	Muy alto	-	Sí	Sí	55	34	24	74	72	72	7	13	11	6	8	7	4	16	12	83	57	26	20			
Irlanda	Muy bajo	0,6	Sí	No	-	68	73	67	70	69	53	58	56	5	6	6	5	6	6	83	83	95	95			
Islandia	-	-	No	No	-	67 x	55 x	87	85	86	79	78	78	2	3	3	1	3	3	-	-	-	-			
Islas Cook	-	-	Sí	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Islas Marshall	-	-	Sí	Sí	81 x	72	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Islas Salomón	-	-	No	No	38	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Islas Turcas y Caicos	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Islas Vírgenes Británicas	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Israel	-	-	Sí	Sí	-	82	81	70	68	68	64	59	60	-	-	-	-	-	-	-	-	92	94			
Italia	Muy bajo	-	Sí	Sí	-	50	48	59	60	59	40	41	41	9	10	10	11	12	12	93	90	96	92			
Jamaica	Bajo	-	-	-	79 x	-	-	76	71	73	59	62	61	-	-	-	-	-	-	96	97	79	78			
Japón	Bajo	-	No	No	-	82	79	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90	87	98	98			
Jordania	Muy alto	-	No	No	57	43	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	56	27			
Kazajstán	Bajo	-	-	-	79	86 x	85 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87	87	57	60			
Kenya	Medio	-	-	-	76	26	18	76	80	78	74	68	71	1	5	3	1	7	3	46	44	86	78			
Kirguistán	Bajo	-	No	No	66	90 x	87 x	75	75	75	50	43	46	2	9	4	3	8	4	-	-	41	39			
Kiribati	-	-	Sí	No	36 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Kuwait	-	-	Sí	Sí	-	26	36	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83	73			
Lesotho	Medio	0,9	No	Sí	79	13 x	14 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	45	46			
Letonia	Muy bajo	0,2	No	No	-	87	91	65	70	68	52	58	56	9	8	8	8	6	6	-	-	94	93			
Líbano	Muy alto	-	Sí	No	-	33 x	33 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57	33			
Liberia	Alto	-	Sí	No	41	-	-	91	75	82	84	63	72	1	7	4	1	4	2	-	-	44	28			
Libia	-	-	No	No	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	71	60			
Liechtenstein	-	-	No	No	-	81 x	63 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Lituania	Muy bajo	-	No	No	-	89	84	64	70	68	50	60	57	10	5	7	8	4	5	97	97	85	81			
Luxemburgo	-	-	Sí	Sí	-	83	76	61	66	64	54	57	56	4	6	5	5	7	6	-	-	99	98			
Macedonia del Norte	-	-	No	Sí	22 x	-	-	72	66	67	45	42	43	17	23	21	18	21	20	-	-	80	73			
Madagascar	Alto	0,5	No	No	61	-	-	92	80	89	87	72	84	1	5	2	1	7	2	-	-	20	16			
Malasia	-	-	Sí	No	-	58	59	83	79	80	49	56	54	-	-	-	-	-	-	97	94	88	82			
Malawi	Alto	-	Sí	No	74	-	-	56	75	60	47	65	50	24	13	21	37	36	37	52	33	38	30			
Maldivas	-	-	-	-	43 x	6 x	4 x	77	80	78	46	48	47	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Malí	Alto	1,0	Sí	Sí	35	8	3	84	75	81	59	46	55	1	4	1	0	4	1	-	-	45	26			
Malta	Bajo	-	Sí	Sí	-	39	37	70	70	70	54	49	49	5	4	4	7	4	4	-	-	98	97			
Marruecos	Muy alto	-	Sí	No	69	-	-	80	70	74	36	18	25	-	-	-	-	-	-	92	92	41	17			
Mauricio	-	0,3	No	No	41	48	40	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	78	71	93	87			

TABLA 16. 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	Prestaciones por licencia de maternidad 2018	Prestaciones por licencia de paternidad 2018	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2013-2018*	Nivel de estudios 2010-2017*		Tasa de participación en la fuerza laboral 2010-2018*						Tasa de desempleo 2010-2018*						Propiedad de teléfonos móviles 2014-2017*		Inclusión financiera 2014-2017*				
						secundaria superior		hombre			mujer			hombre			mujer			hombre	mujer	hombre	mujer			
						hombre	mujer	rural	urbana	total	rural	urbana	total	rural	urbana	total	rural	urbana	total	rural	urbana	total	hombre	mujer	hombre	mujer
Mauritania	-	0,4	Sí	No	30	-	-	63	63	63	29	26	28	4	14	8	5	23	12	-	-	26	15			
México	Bajo	-	No	No	80	34	32	81	76	77	31	47	43	2	4	3	2	4	3	73	70	41	33			
Micronesia (Estados Federados de)	-	-	No	Sí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Mónaco	-	-	Sí	Sí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Mongolia	Bajo	-	Sí	Sí	65	64	71	76	60	66	67	48	54	4	9	7	4	7	6	-	-	91	95			
Montenegro	-	-	Sí	Sí	43	80	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69	68			
Montserrat	-	-	Sí	Sí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Mozambique	Bajo	0,8	No	No	56	11	8	84	73	80	87	62	78	1	7	3	1	12	4	-	-	51	33			
Myanmar	Alto	-	No	No	75	-	-	79	72	77	49	46	48	1	2	1	2	3	2	-	-	26	26			
Namibia	Bajo	-	-	-	80	19 x	16 x	54	70	63	49	61	55	16	24	21	13	22	19	-	-	81	81			
Nauru	-	-	Sí	No	43 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Nepal	Medio	-	Sí	No	56	25	10	48	60	54	21	32	26	12	9	10	13	13	13	-	-	50	42			
Nicaragua	Muy bajo	-	Sí	Sí	93 x	-	-	90	78	83	35	56	48	1	6	4	5	6	6	-	-	37	25			
Niger	-	-	No	No	46	5	2	90	70	86	68	40	63	0	2	1	-	3	0	77	55	20	11			
Nigeria	Alto	-	-	-	43	51 x	39 x	58	54	56	48	49	49	5	8	6	4	10	7	49	32	51	27			
Niue	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Noruega	Muy bajo	-	Sí	Sí	-	78	77	65	68	66	59	64	62	3	5	4	3	4	4	-	-	99	100			
Nueva Zelanda	Muy bajo	0,7	No	Sí	-	72	68	81	76	76	70	65	65	-	-	-	-	-	-	-	-	99	99			
Omán	-	0,3	No	No	40	45	63	81	89	88	21	33	30	-	-	-	-	-	-	94	87	84	64			
Países Bajos	Muy bajo	-	-	-	-	74	66	69	70	70	58	59	59	2	4	4	3	4	4	86	82	99	100			
Pakistán	Muy alto	-	-	-	49	34	21	82	78	80	28	12	22	4	5	4	3	10	5	-	-	35	7			
Palau	-	-	Sí	No	-	88	88	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Panamá	-	-	Sí	No	73	40	46	80	74	76	45	52	50	2	4	3	4	6	5	-	-	51	42			
Papua Nueva Guinea	-	-	No	No	41 x	-	-	48	57	49	47	52	48	3	13	4	1	8	1	-	-	-	-			
Paraguay	Medio	1,0	Sí	Sí	79	36	37	87	83	84	55	62	59	4	6	5	7	8	8	-	-	51	46			
Perú	Bajo	0,0	No	No	67	61	51	92	80	83	86	64	69	0	4	3	0	5	4	69	65	51	34			
Polonia	Muy bajo	0,7	Sí	Sí	-	87	83	65	65	65	46	50	48	4	4	4	4	3	4	-	-	85	88			
Portugal	Muy bajo	-	No	No	-	35	38	63	65	64	50	56	54	6	7	7	7	8	7	-	-	94	91			
Qatar	-	1,0	Sí	Sí	69 x	37	59	-	96	96	-	59	59	-	-	-	-	-	-	100	100	69	62			
Reino Unido	Muy bajo	-	-	-	-	76	73	64	69	68	55	58	58	3	4	4	3	4	4	-	-	97	96			
República Árabe Siria	-	-	Sí	Sí	53 x	25 x	19 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	27	20			
República Centroafricana	Alto	-	Sí	No	29 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	18	10			
República de Corea	-	1,0	Sí	Sí	-	83	70	76	73	74	56	53	53	3	4	4	3	4	4	96	93	95	95			
República de Moldova	Bajo	-	Sí	Sí	60 x	76	74	45	47	46	42	39	41	2	5	3	1	4	2	-	-	43	45			
República Democrática del Congo	Medio	-	No	No	19	39	17	76	61	70	75	44	63	2	11	5	1	10	4	-	-	27	24			
República Democrática Popular Lao	Bajo	-	Sí	No	72	-	-	39	59	45	30	49	37	14	7	11	11	4	8	-	-	26	32			
República Dominicana	Muy bajo	0,1	No	No	82	31	38	79	76	76	40	51	49	3	5	4	5	9	8	70	69	58	54			
República Popular Democrática de Corea	Bajo	-	Sí	Sí	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
República Unida de Tanzania	Alto	0,5	Sí	No	54	5	2	91	83	88	86	72	80	1	3	2	1	6	3	-	-	52	42			
Rumania	Muy bajo	-	Sí	Sí	47 x	72	61	65	65	65	43	47	46	5	4	5	4	3	3	-	-	62	54			
Rwanda	Bajo	0,9	Sí	Sí	63	11	7	58	70	61	41	57	44	15	16	16	19	20	19	-	-	56	45			
Saint Kitts y Nevis	-	-	Sí	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Samoa	-	-	Sí	Sí	39	70	75	54	60	55	29	42	31	11	10	11	24	14	21	-	-	-	-			
San Marino	-	-	Sí	Sí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	Sí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Santa Lucía	-	-	Sí	No	72 x	38	43	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Santa Sede	-	-	No	Sí	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Santo Tomé y Príncipe	-	-	Sí	Sí	52	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Senegal	Medio	-	-	-	51	17	5	62	55	58	33	36	35	3	10	6	3	11	7	-	-	47	38			
Serbia	Muy bajo	0,8	No	Sí	39	77	66	66	61	63	46	47	47	10	14	12	12	15	14	92	91	73	70			
Seychelles	-	-	Sí	Sí	-	48 x	44 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Sierra Leona	Alto	-	No	Sí	45	-	-	49	62	58	46	62	56	12	3	6	7	3	4	-	-	25	15			
Singapur	Bajo	-	No	No	-	74	68	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	91	88	100	96			
Somalia	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	44	34			
Sri Lanka	Alto	1,0	Sí	Sí	74	60	63	76	73	75	37	30	36	3	3	3	7	6	7	-	-	74	73			
Sudáfrica	Bajo	-	-	-	78	67	63	48	69	62	35	55	48	29	24	25	32	28	29	117	57	68	70			
Sudán	-	-	No	No	30	-	-	73	66	70	30	25	28	12	14	12	24	42	31	70	54	20	10			
Sudán del Sur	-	-	Sí	No	6 x	16 x	11 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	5			
Suecia	Muy bajo	-	-	-	-	76	75	73	76	76	69	72	71	6	7	6	5	7	6	-	-	99	100			

TABLA 16. 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	Prestaciones por licencia de maternidad 2018	Prestaciones por licencia de paternidad 2018	Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos (%) 2013-2018*	Nivel de estudios 2010-2017*		Tasa de participación en la fuerza laboral 2010-2018*						Tasa de desempleo 2010-2018*						Propiedad de teléfonos móviles 2014-2017*		Inclusión financiera 2014-2017*				
						secundaria superior		hombre			mujer			hombre			mujer			hombre	mujer	hombre	mujer			
						hombre	mujer	rural	urbana	total	rural	urbana	total	rural	urbana	total	rural	urbana	total	rural	urbana	total	hombre	mujer	hombre	mujer
Suiza	Muy bajo	-	No	No	-	89	81	75	74	74	67	62	63	3	5	4	3	6	5	-	-	98	99			
Suriname	-	-	Sí	Sí	73 x	23	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Tailandia	Medio	-	No	No	89	34	32	77	76	77	59	61	60	1	1	1	1	1	1	82	81	84	80			
Tayikistán	Medio	-	No	No	45	85	76	57 x	54 x	56 x	29 x	28 x	29 x	6 x	8 x	7 x	3 x	7 x	4 x	-	-	52	42			
Timor-Leste	-	1,0	Sí	Sí	37	-	-	75	65	73	65	50	61	2	9	3	4	18	6	-	-	-	-			
Togo	Alto	-	Sí	No	37	17	3	53	45	49	69	53	61	1	5	3	2	4	2	49	39	53	38			
Tokelau	-	-	No	No	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Tonga	-	-	No	No	48 x	53	55	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Trinidad y Tabago	Bajo	-	Sí	No	58 x	57 x	57 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	88	74			
Túnez	Alto	-	No	Sí	73 x	50	39	73	69	70	18	29	26	14	13	13	22	23	23	-	-	46	28			
Turkmenistán	-	-	-	-	76	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	46	36			
Turquía	Bajo	-	Sí	Sí	60	40	29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	83	54			
Tuvalu	-	0,8	Sí	No	41 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Ucrania	Bajo	-	-	-	68 x	78 x	71 x	67	70	69	54	58	57	-	-	-	-	-	-	-	-	65	61			
Uganda	Alto	-	No	Sí	54	14	6	57	77	62	39	60	45	2	5	3	3	12	4	-	-	66	53			
Uruguay	Bajo	-	Sí	Sí	-	26	33	77	72	72	51	56	56	2	7	7	7	10	10	78	80	68	61			
Uzbekistán	-	-	Sí	No	-	94	91	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	38	36			
Vanuatu	-	-	No	No	51	-	-	82 x	68 x	78 x	63 x	51 x	60 x	2 x	10 x	4 x	2 x	15 x	5 x	-	-	-	-			
Venezuela (República Bolivariana de)	-	-	-	-	-	59	65	76	69	69	32	46	45	-	-	-	-	-	-	-	-	77	70			
Viet Nam	Bajo	0,7	Sí	Sí	70	30 x	21 x	85	74	81	77	63	72	2	3	2	1	3	2	-	-	31	30			
Yemen	Muy alto	-	-	-	38	-	-	65	66	65	5	8	6	13	10	12	25	29	26	-	-	11	2			
Zambia	Medio	-	No	No	62	-	-	34	59	45	20	36	28	12	10	11	10	15	13	-	-	52	40			
Zimbabwe	Medio	-	Sí	No	85	19	12	90	70	82	95	87	92	1	12	5	1	19	6	-	-	59	52			

DATOS CONSOLIDADOS

Asia Oriental y Pacífico	-	-	-	-	86	35	29	-	-	78 **	-	-	55 **	-	-	3 **	-	-	3 **	-	-	75	71
Europa y Asia Central	-	-	-	-	77	74	69	-	-	66	-	-	53	-	-	6	-	-	7	-	-	84	79
Europa Oriental y Asia Central	-	-	-	-	69	76	71	-	-	69	-	-	53	-	-	6	-	-	6	-	-	68	62
Europa Occidental	-	-	-	-	83	72	68	-	-	65	-	-	53	-	-	7	-	-	7	-	-	95	93
América Latina y el Caribe	-	-	-	-	83	42	44	-	-	78	-	-	52	-	-	5	-	-	8	-	-	59	52
Oriente Medio y África del Norte	-	-	-	-	68	43	40	-	-	68	-	-	19	-	-	-	-	-	-	-	-	59	43
América del Norte	-	-	-	-	83	88	89	-	-	69	-	-	58	-	-	4	-	-	4	-	-	94	93
Asia Meridional	-	-	-	-	67	34	20	-	-	79	-	-	25	-	-	3	-	-	4	-	-	75	64
África Subsahariana	-	-	-	-	53	30	20	-	-	70	-	-	59	-	-	6	-	-	8	-	-	47	35
África Oriental y Meridional	-	-	-	-	62	24	18	-	-	75	-	-	63	-	-	7	-	-	10	-	-	49	41
África Occidental y Central	-	-	-	-	41	35	22	-	-	64	-	-	54	-	-	5	-	-	5	-	-	44	28
Países menos adelantados	-	-	-	-	58	23	13	-	-	75	-	-	52	-	-	4	-	-	7	-	-	41	28
Mundo	-	-	-	-	76	44	38	-	-	74	-	-	44	-	-	4	-	-	5	-	-	72	65

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 los datos de las ediciones consecutivas de *El Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Índice de Instituciones Sociales y Género (SIGI) – Nivel de discriminación de género en las instituciones sociales definida 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 – Medidas como porcentaje del logro de 0 a 100, siendo 100 las mejores prácticas, y los esfuerzos del Gobierno por 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 conformidad 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).

Demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos – Porcentaje de mujeres (15–49) que tienen sus necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos.

Nivel educativo – Porcentaje de la población de 25 años o más que ha completado al menos la educación secundaria superior (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 en 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.

FUENTES ESTADÍSTICAS 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, hacen cumplir y supervisan la igualdad de género en el empleo y los beneficios económicos – ONU Mujeres, Grupo del Banco Mundial, Centro de Desarrollo de la OCDE. Última actualización: julio de 2019.

Prestaciones por licencia de maternidad – Banco Mundial, Women Business and the Law. Última actualización: febrero de 2019.

Paternity leave benefits – World Bank Women Business and the Law. Última actualización: febrero de 2019.

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), sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud (EDS), las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), las Encuestas de Salud Reproductiva, otras

encuestas nacionales, y los Sistemas Nacionales de Información sobre la Salud. Última actualización: marzo de 2019.

Nivel de estudios – Instituto de Estadística de la UNESCO (IEU). Última actualización: junio de 2019.

Tasa de participación en la fuerza laboral – Organización Internacional del Trabajo (OIT). Última actualización: agosto de 2019.

Tasa de desempleo – Organización Internacional del Trabajo (OIT). Última actualización: agosto de 2019.

Propiedad de teléfonos móviles – Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT). Última actualización: marzo de 2019.

Inclusión financiera – Banco Mundial. Última actualización: Julio de 2019.

Los datos de los países sobre los indicadores de los ODS incluidos en esta tabla (marcos legales sobre igualdad de género en el empleo, demanda de planificación familiar satisfecha con métodos modernos, propiedad de teléfonos móviles e inclusión financiera) se refieren al año más reciente disponible según se informa en la versión 2019 de la Base de Datos Mundial de los ODS.

NOTAS

– Datos no disponibles.

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales. No se presentan estimaciones de datos de años anteriores a 2000.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

** Excluida China.

Por primera vez en 20 años, el Estado Mundial de la Infancia de UNICEF examina la cuestión de los niños, los alimentos y la nutrición, aportando una nueva perspectiva sobre un problema que evoluciona rápidamente. A pesar de los progresos realizados en las dos últimas décadas, una tercera parte de los niños menores de 5 años están malnutridos (con retraso en el crecimiento, emaciación o sobrepeso), mientras que dos terceras partes corren el riesgo de padecer emaciación y hambre oculta a causa de la deficiente calidad de su alimentación. Estos patrones reflejan una profunda triple carga de malnutrición -desnutrición (retraso en el crecimiento y emaciación), hambre oculta y sobrepeso - que amenaza la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños y de los países. En el núcleo de este desafío se encuentra un sistema alimentario deficiente que no proporciona a los niños los alimentos que necesitan para crecer sanos. Este informe ofrece datos y análisis exclusivos sobre la malnutrición en el siglo XXI y ofrece recomendaciones para situar los derechos de la infancia en el centro de los sistemas alimentarios.



ISBN: 978-92-806-5005-1



© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Octubre de 2019.

PARA CADA NIÑO, NUTRICIÓN