



unicef  70 1946
2016
70 AÑOS POR TODOS LOS NIÑOS

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2016

Una oportunidad para cada niño

AGRADECIMIENTOS

Este informe es el resultado de la colaboración entre numerosos individuos e instituciones. El equipo editorial y de investigación da las gracias a todos aquellos que dedicaron voluntariamente su tiempo, sus conocimientos y su energía, en particular:

Junta Asesora: Yoka Brandt, *Directora Ejecutiva Adjunta*; Geeta Rao Gupta, *Directora Ejecutiva Adjunta*; Gerard Bocquenot, Ted Chaiban, Sarah Cook, Paloma Escudero, Andres Franco, Claudia Gonzalez Romo, Goran Holmqvist, Karin Hulshof, Afshan Khan, Olav Kjørven, Jeffrey O'Malley.

Orientación de Programas y Políticas: Abdul Alim, David Anthony, Ivelina Borisova, Josephine Bourne, Nicola Brandt, Jingqing Chai, Kim Dickson, Martin Evans, Antonio Franco Garcia, Vidhya Ganesh, Katherine Holland, Tamara Kummer, George Laryea-Adjei, Dheepa Pandian, David Stewart, Morgan Strecker, Guy Taylor, Justin Van Fleet, Rudina Vojvoda, Frank Borge Wietzke, Alexandra Yuster, Maniza Zaman.

Agradecemos a Rachel Sabates-Wheeler y Jenn Yablonski por el documento informativo "Social Protection and Child Poverty: Evidence, Practice, and Gaps" y a Gonzalo Fanjul por el documento informativo "Child poverty and inequality in rich countries".

Gracias a Ravneet Ahluwalia y Vivek Kumar por su ayuda con los ensayos de perspectiva.

Equipo de comunicación: Justin Forsyth, *Director Ejecutivo Adjunto*; Paloma Escudero, *Directora de la División de Comunicaciones*; Edward Carwardine, *Director Adjunto de la División de Comunicaciones*; Mauricio Aguayo, Gerrit Beger, Penni Berns, Marissa Buckanoff, Patricia Codyre, Jedd Flanscha, Claudia Gonzalez Romo, Bayann Hamid, Angus Ingham, Malene Jensen, Ariel Kastner, Nicholas Ledner, Marixie Mercado, Najwa Mekki, Christine Nesbitt, David Ohana, Rebecca Obstler, Laetitia Pactat, Katarzyna Pawelczyk, Melanie Sharpe, Arissa Sidoti, Tanya Turkovich.

Las oficinas regionales y de país de UNICEF, así como las divisiones de la sede, contribuyeron a este informe mediante su participación en las revisiones oficiales o comentando los diversos borradores. Muchas oficinas y comités nacionales en pro de UNICEF se encargaron de la traducción o adaptación del informe para su uso local.

EQUIPO DEL INFORME

EDITORIAL E INVESTIGACIÓN

Kevin Watkins, *Autor principal*; Maria Quattri, *investigación y asesoramiento técnico sobre los datos*; Tara Dooley, Hirut Gebre-Egziabher, Anna Grojec, Yasmine Hage, Catherine Langevin-Falcon, Timothy Ledwith, Céline Little, Baishalee Nayak, Carlos Perellon, Ami Pradhan, Charlotte Rutsch, Zahra Sethna, Jordan Tamagni.

DATOS Y ANÁLISIS

Agbessi Amouzou, Robert Bain, Nassim Benali, David Brown, Claudia Cappa, Lílana Carvajal, Karoline Hassfurter, Hiroyuki Hattori, Lucia Hug, Priscilla Idele, Claes Johansson, Julia Krasevec, Vrinda Mehra, Padraic Murphy, Colleen Murray, Khin Wityee Oo, Nicole Petrowski, Tyler Porth, Shahrouh Sharif, Tom Slaymaker, Chihou Suzuki, Haogen Yao, Danzhen You.

PRODUCCIÓN Y DIFUSIÓN

Samantha Wauchope, *Especialista en producción*; Germain Ake, Ernest Califra.

DISEÑO Y PRESENTACIÓN:

it's B. Blossoming.it Arreglos y diseños gráficos:

Soapbox, www.soapbox.co.uk: Infografías en las páginas 3, 11, 42, 70 y 90.

Fotografía de portada: Papua Nueva Guinea, © SimonListerPhotography.com

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

Junio de 2016

Para reproducir cualquier parte de esta publicación es necesario solicitar una autorización. Se garantizará el permiso de reproducción gratuito a las organizaciones educativas o sin fines de lucro. A otro tipo de entidades se les solicitará que paguen una pequeña cantidad de dinero. Sírvase dirigirse a:

División de Comunicaciones, UNICEF

Attn: Permisos

3 United Nations Plaza, New York, NY 10017, Estados Unidos

Tel: +1 (212) 326-7434

Correo electrónico: nyhqdoc.permit@unicef.org

Para consultar los datos más recientes, visite <data.unicef.org>

ISBN: 978-92-806-4840-9

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2016

Una oportunidad para cada niño

Contenido

Prefacio

El estado mundial de la infancia

Anthony Lake, Director Ejecutivo, UNICEF

vi

Introducción

Llegar a todos los niños y niñas: la promesa de la equidad

páginas vi–7

¿Por qué centrarse en la equidad ahora?

3

Satisfacer el imperativo de la equidad

5



01

Salud infantil: un comienzo justo en la vida

páginas 8–39

Patrones y riesgos de la mortalidad infantil

10

Perspectivas de la supervivencia infantil

12

Inequidades en materia de supervivencia infantil

13

Disparidades en el acceso y la calidad de la atención

20

Las intervenciones de bajo coste pueden marcar la diferencia

21

Llegar a los más vulnerables

21

¿Qué ocurrirá si no disminuyen los desfases?

24

Los objetivos de equidad

26

La alta rentabilidad de las inversiones en materia de salud

26

Los beneficios de una cobertura de salud universal

29

Una financiación adecuada y equitativa

34

El poder de las alianzas

37



02

Educación: nivelar el terreno de juego

páginas 40–67

El acceso a la educación, desde el principio	42
La equidad y los resultados en el aprendizaje	46
La educación en las situaciones de emergencia y las crisis prolongadas	52
Los beneficios de una educación de calidad	55
Llegar a los niños por medio del proceso de aprendizaje	56
Metas en favor de la equidad	59
La enseñanza importa	60
Financiación de la educación	61
El papel de la asistencia	62
El progreso con equidad es posible	64



03

Los niños y la pobreza: romper el ciclo vicioso

páginas 68–87

Los efectos de la pobreza sobre la infancia	70
Medir cuántos niños viven en la pobreza	71
Los niños que viven en extrema pobreza	72
Los niños que viven en una pobreza “moderada”	75
Niños pobres que viven en países ricos	75
La pobreza infantil en todas sus dimensiones	78
Desventajas que se superponen y refuerzan mutuamente	78
Medida universal de la pobreza infantil	80
El papel de las transferencias de efectivo en la reducción de la pobreza y la inequidad	81
Ampliar la protección social y contemplar el futuro	83



04

Los caminos hacia la equidad

páginas 88–101

Información	90
Integración	92
Innovación	94
Inversión	97



Contenido

Perspectivas	Una oportunidad justa para las niñas – poner fin al matrimonio infantil por <i>Angélique Kidjo</i>	38
	Ofrecer a los niños una oportunidad por <i>Gordon Brown</i>	66
	¿Que estamos esperando? Las sociedades sostenibles comienzan por los niños por <i>Kailash Satyarthi</i>	86
Notas		102
Lista de recuadros	Definición de equidad	7
	RECUADRO 1.1. Mujeres voluntarias colaboran con trabajadores de la salud para llegar a los niños y niñas marginados de Nepal	23
	RECUADRO 1.2. Todos los niños y niñas cuentan: la importancia de disponer de información de calidad sobre la supervivencia infantil	27
	RECUADRO 1.3. Bangladesh, ejemplo de la dificultad de lograr el progreso sostenible en materia de supervivencia infantil	35
	RECUADRO 1.4. Los Fondos de Equidad Sanitaria proveen atención sanitaria gratuita a los pobres	36
	RECUADRO 1.5. Erradicar la malnutrición puede ayudar a romper el ciclo de las oportunidades desiguales	36
	RECUADRO 2.1. Más de la mitad de los 59 millones de niños que están desescolarizados viven en África subsahariana	50
	RECUADRO 2.2. El efecto destructivo de los conflictos armados en la educación	53
	RECUADRO 2.3. Brasil y Viet Nam: aprobar el curso	63
	RECUADRO 3.1: Medidas de la pobreza monetaria infantil	72
	RECUADRO 3.2. Medición de la pobreza multidimensional infantil	74
Lista de gráficos	Gráfico 1.1. Los países con un crecimiento económico limitado también pueden reducir su mortalidad infantil	13
	Gráfico 1.2. El progreso en la mortalidad de menores de 5 años no necesariamente se acompaña de una mayor equidad	14
	Gráfico 1.3. Los pobres deberán progresar más rápido para lograr el objetivo de 2030	15
	Gráfico 1.4. Es necesario acelerar el progreso para los niños más desfavorecidos	18
	Gráfico 1.5. Las tasas de mortalidad neonatal no descienden con la rapidez suficiente para alcanzar la meta del ODS	22
	Gráfico 1.6. Muchos países no alcanzarán la meta de mortalidad de menores de 5 años, algunos de ellos por un margen amplio	25
	Gráfico 1.7. Los cuidados prenatales y la asistencia profesional en los partos salvan vidas de neonatos	29
	Gráfico 1.8. En 63 países, la equidad en la cobertura de las intervenciones podría reducir las tasas de mortalidad de menores de 5 años en casi un 30%	30
	Gráfico 1.9. Muchos países no cuentan con suficientes proveedores de servicios de salud	32

Gráfico 2.1. Más de la mitad de los 59 millones de niños que están desescolarizados viven en África subsahariana	44
Gráfico 2.2. Si persisten las tendencias actuales, el mundo estará muy lejos de lograr la educación primaria y secundaria para todos en 2030	45
Gráfico 2.3. Muchas niñas y niños abandonan la escuela en la transición de un nivel educativo a otro	45
Gráfico 2.4. En el Pakistán, el nivel de educación logrado depende del género, el lugar de residencia y el nivel de ingresos	47
Gráfico 2.5. En Nigeria, el nivel de riqueza, el género y el lugar de residencia inciden en la educación	48
Gráfico 2.6. Los desfases en las habilidades aritméticas básicas asociadas al nivel de riqueza comienzan pronto y persisten a lo largo del tiempo	49
Gráfico 2.7. Las brechas de la educación en la primera infancia varían según la riqueza y el lugar de residencia	57
Gráfico 2.8. Hay que acelerar el progreso de los niños menos adelantados	58
Gráfico 3.1. Una parte desproporcionada de los niños vive en extrema pobreza	73
Gráfico 3.2. En 2030, 9 de cada 10 niños en extrema pobreza vivirán en el África subsahariana	74
Gráfico 3.3. Más de la mitad de la población de los países de ingresos bajos y medianos vive con menos de 5 dólares diarios	76
Gráfico 3.4. Medición de la pobreza multidimensional infantil	77

Tablas estadísticas

páginas 107–172

Panorama general	108
Notas generales a los datos	108
Cálculos sobre mortalidad en la infancia	109
Tasa de mortalidad de menores de 5 años	110
Clasificación regional	112
Notas sobre tablas específicas	113
Tabla 1 Indicadores básicos	118
Tabla 2 Nutrición	122
Tabla 3 Salud	126
Tabla 4 VIH/sida	130
Tabla 5 Educación	134
Tabla 6 Indicadores demográficos	138
Tabla 7 Indicadores económicos	142
Tabla 8 Situación de las mujeres	146
Tabla 9 Protección de la infancia	150
Tabla 10 Ritmo de progreso	154
Tabla 11 Adolescentes	158
Tabla 12 Disparidades por residencia	162
Tabla 13 Disparidades por riqueza	166
Tabla 14 Desarrollo en la primera infancia	170

El estado mundial de la infancia

La inequidad pone en peligro a millones de niños y amenaza el futuro del mundo



Unos alumnos juegan en un centro de desarrollo del niño en la primera infancia del distrito de Gulu, Uganda

© UNICEF/UN03308/Ose

Si echamos un vistazo al mundo de hoy, tenemos que enfrentarnos a una verdad incómoda pero innegable: las vidas de millones de niños están malogradas por el solo hecho de haber nacido en un país, en una comunidad, con un género o en determinadas circunstancias.

Y, como muestran los datos que aparecen en este informe, a menos que aceleramos el ritmo para llegar a ellos, el futuro de millones de niños desfavorecidos y vulnerables –y, por tanto, el futuro de sus sociedades– se encuentra en peligro.

Incluso antes de venir al mundo, la inequidad configura a menudo las posibilidades vitales de los niños pobres y excluidos. Las desventajas y la discriminación contra sus comunidades y sus familias contribuirán a determinar si sobreviven o mueren, o si tienen una posibilidad de aprender y ganar más tarde un salario decente. Los conflictos, las crisis y los desastres relacionados con el clima profundizan sus privaciones y reducen su potencial.

Pero esto no tiene por qué ser así. Como también se ilustra en este informe, el mundo ha logrado enormes progresos para reducir la mortalidad infantil, para enviar a los niños y niñas a la escuela y sacar a millones de la pobreza. Muchas de las intervenciones que respaldan estos progresos –como las vacunas, las sales de rehidratación oral y una mejor nutrición– han resultado prácticas y eficaces con respecto a su costo. El incremento de la tecnología digital y móvil, y otras innovaciones, han facilitado y hecho más rentable la tarea de prestar servicios fundamentales en comunidades de difícil acceso, y de ampliar las oportunidades para los niños y las familias que se encuentran en una mayor situación de riesgo.

En gran parte, los obstáculos para llegar a estos niños no son de naturaleza técnica. Son una cuestión vinculada con el compromiso político. Son una cuestión de recursos. Y también son una cuestión de voluntad colectiva –unir las fuerzas para abordar de frente la inequidad y la desigualdad concentrando una mayor inversión y esfuerzo en la labor de llegar a los niños que han quedado atrás.

La hora de actuar es ahora mismo. Porque si no aceleramos nuestros progresos, para 2030:

- Casi 70 millones de niños y niñas podrían morir antes de cumplir cinco años, 3,6 millones solamente en 2030, el plazo para cumplir los Objetivos de Desarrollo Sostenibles.
- Los niños de África subsahariana tendrán 12 veces más posibilidades de morir antes de cumplir cinco años que los niños de los países de altos ingresos.
- Nueve de cada 10 niños que vivan en una pobreza extrema lo harán en África subsahariana.

-
- Más de 60 millones de niños en edad de asistir a la escuela primaria estarán sin escolarizar, prácticamente el mismo número de los que no van a la escuela hoy en día. Más de la mitad vivirán en África subsahariana.
 - Unos 750 millones de mujeres habrán contraído matrimonio siendo niñas aún.

Estas grandes inequidades y peligros son algo más que una violación de los derechos y una amenaza para el futuro de todos y cada uno de los niños. Perpetúan los ciclos intergeneracionales de desventaja y desigualdad que menoscaban la estabilidad de las sociedades e incluso la seguridad de los países en todas partes.

Más que nunca, debemos reconocer que el desarrollo es solamente sostenible si lo pueden llevar a cabo –sostenerlo– las generaciones futuras. Tenemos la oportunidad de sustituir los ciclos viciosos con ciclos virtuosos por los cuales los niños pobres de hoy en día –si se les ofrece la posibilidad de disfrutar de la salud, la educación y la protección contra el peligro– podrán, cuando sean adultos, competir en un mayor plano de igualdad con los niños que proceden de entornos más prósperos. Esto no solamente llevará a que sus propias vidas sean mejores, sino también a que sus sociedades sean más ricas en todos los sentidos de la palabra.

Porque cuando ayudamos a un niño a tener acceso a los medicamentos y la nutrición que necesita para crecer sano y fuerte, no solamente aumentamos sus posibilidades en la vida, también reducimos los costos económicos y sociales relacionados con la mala salud y la baja productividad.

Cuando educamos a una niña, no solamente le proporcionamos las herramientas y el conocimiento para tomar sus propias decisiones y configurar su propio futuro, también contribuimos a aumentar el nivel de vida de su familia y de su comunidad.

Cuando proporcionamos educación, refugio y protección a los niños atrapados en los conflictos, contribuimos a restañar sus corazones y sus mentes, para que de este modo algún día tengan la capacidad y el deseo de contribuir a reconstruir sus países.

Este informe concluye con cinco modos de reforzar nuestra labor, aprovechando lo que hemos aprendido durante los últimos 25 años y lo que todavía estamos aprendiendo: aumentar la información sobre todos aquellos que han quedado rezagados. Integrar nuestros esfuerzos en varios sectores para abordar las privaciones múltiples que impiden el progreso de tantos niños. Innovar para acelerar los progresos e impulsar cambios en favor de los niños y las familias más excluidos. Invertir en la equidad y encontrar nuevos caminos para financiar los esfuerzos destinados a llegar a los niños y niñas más desfavorecidos. E incorporar a todo el mundo, comenzando por las propias comunidades, y continuando por las empresas, las organizaciones y los ciudadanos del mundo que crean que podemos cambiar los resultados en favor de millones de niños.

Podemos hacerlo. La inequidad no es inevitable. La inequidad es una elección. Promover la equidad –una oportunidad justa para todos y cada uno de los niños y niñas– es también una elección. Una elección que podemos tomar y que debemos tomar. En favor de su futuro, y del futuro de nuestro mundo.

Anthony Lake

Director Ejecutivo, UNICEF





LLEGAR A TODOS

LOS NIÑOS Y NIÑAS

INTRODUCCIÓN

Llegar a todos los niños y niñas

La promesa de la equidad

Si se puede juzgar el alma de una sociedad por el modo en que trata a sus miembros más vulnerables, por una regla análoga se puede predecir el futuro de una sociedad –sus perspectivas de crecimiento sostenible, de estabilidad y de prosperidad compartida a largo plazo– por la medida en que brinda a cada niño una oportunidad justa en la vida. Dar a cada niño esa oportunidad justa es la esencia del progreso equitativo. Y tal como explica esta edición del Estado Mundial de la Infancia, promover la equidad es más que una obligación moral. Es un imperativo de orden práctico a la par que estratégico que contribuye a romper los ciclos intergeneracionales de desventaja, reduciendo así las inequidades que socavan todas las sociedades.

Musamat (sentada mirando a la cámara), de 6 años, juega con sus compañeros en el centro de educación preescolar Bakchora, en Satkhira Sadar, Bangladesh.

© UNICEF/UN016332/Gilbertson VII
Photo

Todos los niños y niñas nacen con el mismo derecho inalienable a gozar de un comienzo saludable en la vida, de una educación y de una infancia segura y protegida; en suma, de todas las oportunidades básicas que se traducen en una vida adulta productiva y próspera. Pero en todo el mundo hay millones de niños a los que se priva de sus derechos y de todo lo que precisan para crecer sanos y fuertes, debido a su lugar de nacimiento, a su origen familiar, a su raza, a su etnicidad o a su género, o porque viven en la pobreza o padecen una discapacidad.

¿Cómo se manifiestan estas privaciones en la vida de un niño, en su progresión hacia la edad adulta?

El niño al que se priva de atención postnatal puede que no sobreviva a sus primeros días. El niño al que se priva de inmunizaciones o de agua potable puede que no llegue a su quinto cumpleaños o que tenga una salud precaria en su vida. El niño al que se priva de una nutrición puede que no alcance nunca el pleno desarrollo de sus capacidades físicas o cognitivas, lo que limitará sus posibilidades de aprender y de ganarse la vida. El niño al que se priva de una educación de calidad puede que no adquiera nunca las habilidades que precisa para tener éxito en el mundo laboral en el futuro o para poder enviar a sus propios hijos a la escuela. Y el niño al que se priva de protección –frente al conflicto, la violencia o el maltrato, frente a la explotación y la discriminación, frente al trabajo infantil, o el matrimonio prematuro y la

maternidad precoz— puede que cargue de por vida con secuelas físicas y emocionales que tendrán profundas consecuencias.

¿Cómo se manifiestan estas inequidades en los países y las comunidades donde crecen estos niños?

Los indicios están por todas partes, en forma de ciclos de privación que se transmiten de una generación a otra, afianzando la inequidad que amenaza a las sociedades de todo el mundo. Los niños que no tienen la oportunidad de cultivar las destrezas que necesitan para competir como adultos, no pueden romper estos ciclos viciosos en sus propias vidas, ni proporcionar tampoco a su progenie la oportunidad de alcanzar el pleno desarrollo de sus posibilidades. Las sociedades en que viven quedan también privadas de la contribución plena que estos niños podrían haber hecho. Si no se abordan, las diferencias aumentarán y los ciclos se tornarán más brutales, afectando a más niños. Esto es especialmente cierto en un mundo cada vez más desgarrado por los conflictos violentos, las crisis crónicas y otras emergencias humanitarias causadas por los desastres naturales y por los efectos crecientes del cambio climático, todos los cuales afectan a la infancia de forma desproporcionada, pero sobre todo a los niños y niñas más desfavorecidos y vulnerables.

Por tanto, el llamamiento a la acción que hace este informe viene motivado por una sensación de urgencia y por la convicción de que es posible lograr otro tipo de resultados y, por ende, un mundo mejor. Los niños que nacen en la pobreza y la privación no están condenados a una vida de desesperanza. La inequidad no es inevitable si los gobiernos invierten en ampliar las oportunidades para todos los niños y niñas, modificando las políticas, la programación y las prioridades de inversión pública a fin de que los más desfavorecidos puedan ponerse a la altura de los más aventajados.

Como muestra el informe, la buena noticia es que existen métodos más eficaces —y más rentables— de llegar a los niños, las familias y las comunidades más inaccesibles. Las nuevas tecnologías, la revolución digital, los innovadores mecanismos para financiar intervenciones fundamentales y las iniciativas encabezadas por los ciudadanos están ayudando a impulsar el cambio en pro de los más desfavorecidos. Invertir en estas intervenciones e iniciativas y alimentar estos movimientos emergentes fructificará en beneficios a corto y largo plazo para millones de niños y para las sociedades en que viven.

La aritmética de la equidad es relativamente sencilla, y es un juego donde siempre ganan todos. Todo el mundo debe progresar, tanto en los países ricos como en los pobres. Pero si dedicamos más recursos y mayores esfuerzos a llegar a los niños y familias que menos han progresado, los avances en materia de supervivencia, salud y educación infantil pueden compartirse de forma más ecuánime en beneficio de todos. Para lograr nuestros objetivos de desarrollo mundial, primero tenemos que invertir en los niños y niñas que están más rezagados.

Invertir en los más desfavorecidos no sólo es correcto en principio; las pruebas demuestran que también lo es en la práctica. En un estudio realizado en 2010¹, UNICEF demostró que un enfoque centrado en la equidad permitiría avanzar hacia los objetivos mundiales de salud con mayor rapidez que por la senda actual, e indicó también que resultaría especialmente rentable en los países de bajos ingresos y alta mortalidad.

Este estudio consistía en una simulación de dos situaciones hipotéticas para comprobar su eficacia en lo que respecta a la consecución de los objetivos de salud materna e infantil. Uno de los métodos ponía el acento en aumentar los esfuerzos para llegar a los niños en peor situación. El otro era un método tradicional en el que no se hacía especial hincapié en los más desfavorecidos.

Se llegó a dos conclusiones fundamentales. En primer lugar, al abordar la concentración de varias formas de inequidad en las poblaciones más desfavorecidas, el enfoque de la equidad acelera el progreso hacia los objetivos de salud más rápidamente que el método tradicional. En segundo lugar, al evitar más muertes con la misma inversión económica, el enfoque de la equidad resultaba notablemente más rentable y sostenible que la alternativa.

Así pues, invertir en equidad no es sólo una necesidad moral: es también un imperativo de orden práctico y estratégico.

A menos que el mundo aborde hoy en día la inequidad, en el año 2030:

167 millones de niños vivirán en **la extrema pobreza**



69 millones de niños menores de 5 años **morirán** entre 2016 y 2030



60 millones de niños en edad de asistir a la escuela primaria **seguirán sin escolarizar**



unicef 

 70 AÑOS POR TODOS LOS NIÑOS

¿Por qué centrarse en la equidad ahora?

A medida que los gobiernos de todo el mundo buscan cuál es el mejor modo de cumplir su compromiso para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en 2030, los esfuerzos realizados en todo en el mundo durante los últimos 15 años pueden servir de ejemplo al respecto.

El progreso alcanzado en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio entre 2000 y 2015 dejó patente cuán poderosa es la actuación nacional, respaldada por las alianzas internacionales, para generar resultados transformadores. Los niños nacidos hoy día tienen muchas menos probabilidades de vivir en la pobreza que los que nacieron al comienzo del nuevo milenio. Sus probabilidades de sobrevivir a su quinto cumpleaños son un 40% mayores² y tienen más probabilidades de asistir a la escuela.

Gobiernos y comunidades de todo el mundo celebran, con motivo, estos avances. Sin embargo, pese a este progreso, millones de niños y niñas continúan viviendo –y muriendo– en condiciones que son inadmisibles. En 2015, se calcula que murieron 5,9 millones de niños antes de cumplir los 5 años, la mayoría a consecuencia de enfermedades que pueden prevenirse y tratarse de forma fácil y económica³. A otros millones de niños más se les sigue negando el acceso a la educación simplemente porque sus progenitores son pobres o porque pertenecen a un grupo estigmatizado, por haber nacido mujeres, o porque crecen en países afectados por conflictos o por crisis crónicas. E incluso aunque la pobreza está retrocediendo a escala mundial, cerca de la mitad de las personas más pobres del mundo son niños; y muchos otros niños experimentan diversas dimensiones de la pobreza en sus vidas.

En muchos casos, los desfases se han reducido en el transcurso de los últimos 25 años. Por ejemplo, en todas las regiones, los hogares más pobres experimentaron mayores descensos absolutos en la mortalidad infantil que los hogares más ricos, y en cuatro regiones se alcanzó la paridad de los géneros en la educación primaria⁴. Pero hay

Llegar a todos los niños y niñas: La promesa de la equidad

>> ¿Por qué centrarse en la equidad ahora?

demasiados casos más en que el progreso general apenas consiguió disminuir disparidades arraigadas y persistentes. Los gobiernos no lograron localizar las brechas de la equidad que separan a los niños más desfavorecidos del resto de la sociedad. Los promedios nacionales que apuntaban un progreso general enmascaraban inequidades notorias –en ocasiones crecientes– entre los niños de los hogares más pobres y los de los hogares más ricos.

No podemos permitir que esta historia se repita.

Para alcanzar los objetivos de 2030, el ritmo del progreso en los próximos 15 años tendrá que ser más rápido que el del período de los ODM. De lo contrario, las consecuencias y los costes serán enormes. De hecho, si las tendencias de los últimos 15 años continúan durante los próximos 15 años, se calcula que para 2030 seguirán viviendo en la pobreza extrema 167 millones de niños, la gran mayoría de ellos en África subsahariana. Aproximadamente 3,6 millones de niños menores de 5 años morirán ese año, también por causas en su mayor parte prevenibles. Y puede que aún sigan sin escolarizar más de 60 millones de niños en edad de cursar la enseñanza primaria⁵.

Un grupo de niñas almuerzan en la escuela de educación primaria para niñas Salam n° 9 situada en el campamento para personas internamente desplazadas de Abu Shouk, Sudán.

© UNICEF/UNI165741/Noorani

Chinmaya Shrestha arropa a su nieto de tres días en el centro de atención primaria de salud del distrito de Gorkha, Nepal.

© UNICEF/UN016489/Shrestha

Los objetivos de 2030 reconocen de forma más explícita que sus precursores, los ODM, la importancia fundamental de promover la equidad. Los 17 objetivos y las 169 metas asociadas que los gobiernos del mundo se han comprometido a lograr son universales, pues se vinculan a la promesa de “que nadie se quedará atrás... y nos esforzaremos por llegar primero a los más rezagados⁶”.

Para cumplir esa promesa debemos comenzar por lograr el progreso en favor de los niños y niñas que están rezagados. Es una necesidad urgente.

La Organización de las Naciones Unidas prevé un aumento de las necesidades humanitarias y un panorama desalentador para la infancia en 2016⁷. Según estimaciones del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, para 2015 habían huido de sus hogares como mínimo 60 millones de personas debido a los conflictos y la violencia⁸. La mitad de todos los refugiados son niños⁹. La cifra de niños que viven situaciones de desastre prolongadas y complejas, como el conflicto de la República Árabe Siria, va en aumento¹⁰.

Los efectos cada vez más intensos del cambio climático también exacerbaban los riesgos que amenazan a los niños y niñas más desfavorecidos. En todo el mundo hay más de 500 millones



NUESTROS NUEVOS OBJETIVOS PARA LA INFANCIA NO PUEDEN LOGRARSE A MENOS QUE DEMOS PRIORIDAD A LOS NIÑOS MÁS DESVENTAJADOS.

de niños que viven en zonas donde las inundaciones son extremadamente frecuentes, y cerca de 160 millones viven en zonas donde las sequías son de carácter grave o muy grave¹¹. La Organización Mundial de la Salud prevé que hasta 2030, cada año se producirán cerca 250.000 muertes más como consecuencia de la desnutrición, el paludismo, la diarrea y el estrés térmico atribuible al cambio climático¹².

Las dificultades que entraña llegar a estos niños para brindarles servicios esenciales y protección son considerables, pero también lo son los beneficios que de ello se derivarían. Y es necesario llegar a estos niños, porque si no lo hacemos, es posible que veamos cómo los avances en materia de desarrollo que con tanto esfuerzo hemos logrado se revierten, y cómo las consecuencias de este fracaso se propagan por todo el mundo.

No hay duda de que el progreso en favor de los niños y familias más desfavorecidos es una condición definitiva de los objetivos de 2030, y que determina las oportunidades futuras de las generaciones por venir. El tiempo de actuar es ahora.

Satisfacer el imperativo de la equidad

Hace 35 años, el primer informe sobre el *Estado Mundial de la Infancia* trataba de una serie anterior de objetivos de desarrollo. La pregunta que se plantea, escribían los autores, "reside en si [el impulso de] tales objetivos... procede de un simple aliento inicial y de una súplica, o si se encontrará confirmado y reforzado por una evidencia suficiente que permita esperar su consecución¹³. El presente informe sostiene que nuestros nuevos objetivos para la infancia no pueden lograrse a menos que demos prioridad a los niños y niñas más desventajados modificando las políticas, los programas y la inversión pública a fin de promover una mayor equidad.

Aunque son muchos los ámbitos en que los niños experimentan la inequidad, en este informe nos centraremos en tres esferas concretas que ejemplifican la magnitud del desafío y la grandeza de la oportunidad que se nos presenta para mejorar las vidas de millones de niños.

Aida, de 16 años, con su bebé, nacido prematuramente en el Hospital Bwaila de Lilongwe, Malawi.

© UNICEF/UN018540/Chikondi



Llegar a todos los niños y niñas: La promesa de la equidad

>> Satisfacer el imperativo de la equidad

EN LA POBREZA INFANTIL INTERVIENEN OTROS FACTORES ADEMÁS DE LOS INGRESOS.

El informe comienza con la inequidad más flagrante de todas –las disparidades en materia de supervivencia infantil–, y prosigue con una exploración de los factores subyacentes que determinan la mortalidad infantil. Sostiene que si queremos satisfacer la meta de la supervivencia infantil para 2030, debemos abordar sin demora las persistentes disparidades que se producen en materia de salud materna, de atención profesional en el parto, de una nutrición adecuada y de acceso a los servicios básicos; además, debemos dar solución a otros factores como la discriminación, la exclusión y la falta de conocimientos sobre la alimentación infantil y la importancia del agua segura, el saneamiento adecuado y la higiene en la prevención de las enfermedades infantiles.

El debate continúa examinando uno de los motores de desarrollo más eficaces, que a la vez es el mejor instrumento para lograr la equidad: la educación. Sin una educación de calidad, los niños desventajados tienen más probabilidades de quedar atrapados en empleos inseguros y mal remunerados, lo que les impedirá como adultos romper los ciclos generacionales de desventaja. Pero si nos centramos más en el desarrollo en la primera infancia, en facilitar el acceso a la educación y mejorar la calidad de la misma, y en proveer servicios educativos en las emergencias, generaremos una cascada de beneficios para esta generación y la siguiente.

Tras debatir sobre dos de las privaciones más notorias que padece la infancia, el informe pasa a examinar la pobreza infantil en todas sus dimensiones y la función que desempeñan los programas de protección social a la hora de reducirla. Aduciendo que en la pobreza infantil intervienen otros factores además de los ingresos, aboga por que las medidas orientadas a reducir la pobreza económica se complementen con soluciones integradas que den respuesta a las múltiples privaciones que experimentan los niños que viven en la pobreza.

Por último, como un llamamiento a la acción, el informe concluye con una serie de principios orientativos para lograr unas políticas, una planificación y una inversión pública más centradas en la equidad. Entre estos principios figuran la difusión de información sobre quiénes son los que se quedan rezagados y por qué; la mejora de la integración con el fin de abordar las múltiples dimensiones de la privación; la promoción y el apoyo de la innovación para llegar a los niños más inaccesibles; el aumento de la inversión en programas que se centren en la equidad, y el fomento de la participación de comunidades y ciudadanos de todo el mundo.

La hora del almuerzo en la escuela de educación básica de Kotingli, Región Norte, Ghana.

© UNICEF/UN04350/Logan

Si bien estos principios son una guía más que un plan de actuación, pueden contribuir a formular políticas, a organizar prioridades y a configurar el debate en torno a la mejor forma de cumplir la promesa de los objetivos de 2030, y asegurar así un futuro mejor no sólo para los niños y niñas más desventajados, sino también para todos nosotros.



RECUADRO 1. DEFINICIÓN DE EQUITAD

El término “equidad” puede tener distintos significados según el contexto, pero cuando lo emplea UNICEF, en este informe y otros documentos, se refiere a que todos los niños tengan las mismas oportunidades de sobrevivir, crecer y alcanzar el pleno desarrollo de sus capacidades. Es, ante todo, una cuestión de justicia y oportunidad. Una oportunidad justa para todos los niños y niñas.

La convicción de que todos los niños tienen el mismo derecho a crecer saludables y fuertes, a gozar de una buena educación y a ser útiles a la sociedad en la que viven constituye un pilar fundamental de todos los acuerdos internacionales cuya finalidad es reconocer y proteger los derechos de la infancia. Esta idea culminó en 1989 con la adopción de la Convención sobre los Derechos del Niño, el tratado de derechos humanos que más rápida y ampliamente se ha ratificado en la historia.

Existe inequidad cuando injustamente se priva a determinados niños de los derechos y las oportunidades básicas de que gozan otros. Con frecuencia tiene su causa en los complejos factores culturales, políticos y sistémicos que conforman las sociedades y la situación socioeconómica de las personas. En última instancia, estos factores determinan una variedad de resultados, entre ellos el bienestar de la infancia.

Las instituciones de la sociedad cumplen una función crucial como determinantes de estos resultados para la infancia, sobre todo en lo que concierne a la salud y la educación. Cuando las políticas, los programas y las prioridades de inversión pública son equitativos y se centran en los más necesitados, pueden culminar en buenos resultados para la mayoría de los niños y niñas desfavorecidos. Pero cuando no son equitativos, devienen, de hecho, en un medio de condenar a determinados niños a un riesgo mayor de padecer enfermedades, hambre, pobreza y analfabetismo por razón de su país, comunidad o familia de origen, de su género, raza o etnicidad y otros factores. Esto puede perpetuar los ciclos intergeneracionales de desventaja, perjudicando a los niños forma individual y minando la fuerza de las sociedades en que viven a medida que las inequidades se acentúan.

Un “enfoque equitativo” del desarrollo comienza por conocer bien quiénes son los que están rezagados y por qué; por localizar a los niños y niñas que corren el mayor riesgo, y por analizar los determinantes estructurales de la inequidad –por ejemplo, la pobreza, la geografía y la discriminación– y su interrelación compleja. Exige plantearse preguntas difíciles acerca de cómo las políticas públicas deficientes, las prácticas discriminatorias, los sistemas de prestación ineficaces y otros obstáculos impiden a los niños hacer valer sus derechos; y hallar soluciones innovadoras a estos problemas. Exige aplicar métodos integrados para aminorar los desfases, que abarquen todos los sectores de desarrollo y humanitarios, en el ámbito nacional, local y comunitario, con el fin de llegar a todos los niños.

Y, sobre todo, exige que la comunidad mundial reconozca el vínculo fundamental que hay entre el bienestar de los niños y niñas más desventajados y el futuro del mundo que compartimos



Unos niños asisten a clases de recuperación impartidas en un edificio que acoge a familias desplazadas en Homs, capital de la República árabe Siria.

© UNICEF/UNI137681/Morooka



SALUD INFANTIL:

UN COMIENZO

JUSTO EN LA VIDA

Salud infantil:

Un comienzo justo en la vida

Cuando se trata de hacer valer su derecho a sobrevivir y crecer, los niños de los hogares más pobres y desfavorecidos lo tienen todo en contra. Que un niño deba enfrentar una merma en sus posibilidades de sobrevivir o de gozar de una salud decente por razón de las circunstancias de su nacimiento es una injusticia flagrante y una vulneración de los derechos del niño. Además, es costoso en términos humanos, económicos, sociales y políticos. Si queremos lograr un progreso sostenible para los niños de hoy y para las generaciones futuras, es preciso centrarse en la equidad y en brindar a cada niño las mismas oportunidades. Llegar a los niños y niñas más marginados es más que un imperativo ético: es una condición previa para lograr los objetivos de 2030 sobre salud y bienestar de la infancia.

Prisca, de 18 años, y su bebé, in el Hospital Bwaila en Lilongwe, Malawi.

© UNICEF/UN04350/Logan

Las disparidades en la supervivencia y las perspectivas de salud de los niños de distintos entornos no son aleatorias. Son el reflejo sistemático de unas situaciones de desventaja social ligadas no sólo al nivel de ingresos sino también al origen étnico, al nivel educativo y a la diferencia entre las zonas rurales y urbanas, entre otros factores.

Una de las lecciones más importantes que nos enseñan los esfuerzos realizados en los últimos 15 años por mejorar la salud infantil y materna, es que los enfoques que se centran en el progreso general no eliminan necesariamente las disparidades que sitúan a las mujeres y los niños más desfavorecidos en una situación de máximo riesgo. Pues incluso cuando los países más pobres han alcanzado un progreso considerable, las inequidades persisten.

En lo que concierne a la supervivencia infantil, si bien la brecha absoluta ha disminuido de forma substancial desde 1990, se siguen registrando grandes inequidades entre los países ricos y los países pobres. El desfase relativo en la mortalidad infantil entre África subsahariana y Asia meridional, por un lado, y los países de ingresos altos, por otro, apenas ha variado en un cuarto de siglo. Los niños nacidos en África subsahariana tienen 12 veces más probabilidades de morir antes de cumplir 5 años que los que nacen en países de ingresos altos: la misma situación que había en 1990¹⁴.

Un niño nacido en Sierra Leona hoy día tiene 30 veces más probabilidades de morir antes de cumplir 5 años que un niño que nazca en el Reino Unido. En África subsahariana, 1 de cada 36 mujeres enfrenta un riesgo de por vida de morir por causas relacionadas con la maternidad, en comparación con los países de ingresos altos, donde la proporción es de 1 de cada 3.300 mujeres. En el Chad, este riesgo de por vida afecta a 1 de cada 18 mujeres¹⁵.

Reducir los desfases entre los países ricos y pobres es uno de los principales desafíos de nuestro tiempo. El punto de partida para lograr este resultado de supervivencia infantil es procurar que, dentro de los países, las tasas de mortalidad entre los más pobres se equiparen a los niveles que registran los más ricos.

Las perspectivas de supervivencia y salud de todos los niños de todas las sociedades, ricas y pobres, deberían mejorar tan rápido como se pueda. Pero son las perspectivas de los niños y niñas más rezagados las que precisan los avances más urgentes. En otras palabras, es necesario acelerar los logros para aquellos que enfrentan los mayores riesgos de muerte y enfermedad. Para que sea eficaz, el planteamiento en respuesta a este desafío deberá abordar los determinantes de la inequidad, en especial la pobreza, la discriminación y la disparidad en el acceso a servicios básicos.

Patrones y riesgos de la mortalidad infantil

Para alrededor de 1 millón de niños en 2015, su primer día de vida fue también el último. En todo el mundo, la tasa de mortalidad neonatal (la muerte acaecida durante los primeros 28 días de vida) está descendiendo con menos rapidez que la tasa de mortalidad de los niños de entre 1 mes y 5 años. Esto significa que la cifra de muertes de menores de 5 años que ocurren durante el período neonatal está aumentando. En 2015, las muertes neonatales representaron el 45% del total de muertes, lo que significa un aumento proporcional del 5% desde 2000¹⁶.

LA CIFRA DE MUERTES DE MENORES DE 5 AÑOS QUE OCURREN DURANTE EL PERÍODO NEONATAL ESTÁ AUMENTANDO.

La proporción creciente de muertes durante el período neonatal revela que el descenso de la mortalidad está siendo más rápido en los niños de entre 1 y 59 meses que en los neonatos. Aun así, casi la mitad de los 5,9 millones de muertes de menores de 5 años que se produjeron en 2015 tuvieron su origen en enfermedades infecciosas y en afecciones como la neumonía, la diarrea, el paludismo, la meningitis, el tétanos, el sarampión, la sepsis y el sida. La neumonía y la diarrea siguen siendo las principales causas de muerte en las tres regiones donde se registran los índices de mortalidad más altos: África meridional, Asia meridional y África occidental y central. Las cargas de enfermedad y mortalidad son con frecuencia las más elevadas entre los más desfavorecidos¹⁷.

En cuanto a la tendencia neonatal general, se observan variaciones regionales pronunciadas. En África subsahariana, las muertes neonatales representan cerca de una tercera parte de las muertes de niños menores de 5 años. En las regiones donde se producen los niveles más bajos de mortalidad infantil, las muertes neonatales representan aproximadamente la mitad del total de muertes infantiles. En Asia meridional, por otra parte, se registra una cifra general de mortalidad infantil elevada y una alta proporción de muertes neonatales¹⁸.

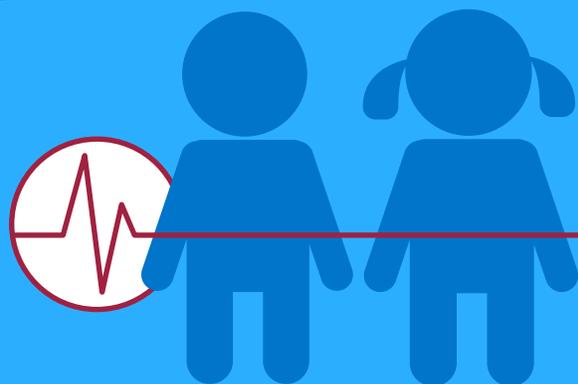
La distribución geográfica de la carga de mortalidad infantil también está cambiando. En general, las muertes infantiles se hallan muy concentradas. En 2015, cerca del 80% de estas muertes acaecían en Asia meridional y África subsahariana, y casi la mitad ocurrían en tan sólo cinco países: República Democrática del Congo, Etiopía, India, Nigeria y Pakistán¹⁹. Los niños que viven en estados frágiles y en países afectados por conflictos enfrentan un alto riesgo. Según el *Informe sobre el desarrollo mundial*, tienen el doble de probabilidades de morir antes de cumplir los 5 años²⁰. De los 20 países que presentan los índices de mortalidad infantil más elevados, 10 figuran en la lista del Banco Mundial relativa a los contextos frágiles²¹.

En los países afectados por conflictos, los daños ocasionados a los sistemas de salud son una amenaza para las vidas de los niños. En la República Árabe Siria, por ejemplo, antes de estallar el conflicto se habían logrado avances impresionantes en la reducción de la mortalidad de menores de 5 años, con un descenso de la tasa, desde 1990, de 37 a 13 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos. Sin embargo, se calcula que desde 2012 el exceso de mortalidad como resultado de la crisis –esto es, la mortalidad de menores de 5 años atribuible a las condiciones de crisis– ha sido de entre 1 y 2 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos²².

En comparación con los más ricos,
los **niños más pobres** tienen:

1,9 veces

más probabilidades de
morir antes de los 5 años



unicef   70 AÑOS POR
TODOS LOS NIÑOS

La destrucción de las infraestructuras y la falta de personal, equipamiento y medicinas han impedido el acceso a los servicios de salud materna y neonatal, ocasionando un importante incremento en el número de partos no atendidos, en un país donde el 96% de los partos acaecidos contaban con asistencia de personal cualificado en 2009²³. Las condiciones de crisis también han hecho que aumenten entre los niños menores de 5 años las enfermedades infecciosas que pueden prevenirse con vacunas, en especial la diarrea y la neumonía²⁴.

A nivel mundial, factores como el acceso a la tierra, al crédito financiero y al derecho de propiedad influyen también en las perspectivas de supervivencia de los niños. Los grupos marginados que viven en asentamientos informales, en viviendas ilegales o en barrios de tugurios urbanos son vulnerables a riesgos de la salud relacionados con el hacinamiento, con la falta de higiene, con un coste elevado del transporte, con las prácticas discriminatorias y con la falta de acceso a servicios básicos. Estos factores generan también obstáculos a la demanda, al impedir el acceso inicial a los servicios por parte de los más desfavorecidos y su uso subsiguiente. Esta situación, en combinación con unos índices de inmunización deficientes, exagera la transmisión de enfermedades como la neumonía, la diarrea, el sarampión y la tuberculosis²⁵.

El cambio climático comporta riesgos adicionales. Cuando el agua escasea debido a la sequía, hay más probabilidades de que los niños y las familias más pobres recurran a fuentes de agua no segura, lo que les hace más vulnerables a enfermedades como el cólera y la diarrea. El cambio climático se asocia también a una mayor incidencia de las enfermedades infecciosas transmitidas por vectores como el paludismo, y a la inseguridad alimentaria, al aumento de la contaminación aérea, a las enfermedades diarreicas y a la malnutrición²⁶.

Si estos y otros riesgos medioambientales relacionados con las deficiencias de salud en la infancia no se mitigan, diluirán el beneficio que se derive del progreso de los países hacia la cobertura sanitaria universal. El saneamiento proporciona un buen ejemplo ilustrativo de cómo se relacionan entre sí los objetivos de 2030.

En 2012, en los países de ingresos medianos y bajos, el agua potable inadecuada y las deficiencias de saneamiento e higiene causaron cerca de 1.000 muertes de menores de

5 años cada día²⁷. Investigaciones practicadas en Nigeria sugieren que la falta de acceso a instalaciones de agua y saneamiento mejoradas puede aumentar el riesgo de mortalidad en los niños de entre 1 y 11 meses hasta en un 38%²⁸. El uso de instalaciones de saneamiento no mejoradas y, en concreto, la prevalencia de la defecación al aire libre, inciden en el retraso en el crecimiento, pues exponen a los niños a problemas de salud que pueden afectar su desarrollo normal.

Aunque el progreso en materia de saneamiento ha sido lento en muchos países, hay indicios alentadores de que es posible lograr un progreso más rápido. En Nepal, con la ayuda del Movimiento Social por el Saneamiento se movilizó a comunidades locales y a las autoridades civiles de algunas de las zonas más pobres del país, lo que llevó a que 27 distritos se proclamaran exentos de la defecación al aire libre²⁹. Este tipo de iniciativas encierran la posibilidad de generar grandes beneficios para la supervivencia infantil. En una evaluación realizada en comunidades donde no se da la defecación al aire libre de Malí se observó una disminución del 57% en las muertes de menores de 5 años relacionadas con la diarrea y una reducción del 13% del retraso en el crecimiento³⁰.

Perspectivas de la supervivencia infantil

Los objetivos de 2030 fijan alto el listón del progreso en materia de salud y supervivencia materna, neonatal e infantil. Una de las metas referidas al Objetivo 3 es reducir la mortalidad neonatal a 12 muertes o menos por cada 1.000 nacimientos vivos, y la mortalidad de menores de 5 años a 25 muertes o menos por cada 1.000 nacimientos vivos. La cobertura sanitaria universal, otra de las metas de 2030, es una de las condiciones para alcanzar estos resultados.

Estas metas pueden lograrse, pero sólo si los gobiernos concentran su atención en los niños más desfavorecidos. Los descensos primeros y más pronunciados deben beneficiar a aquellos que confrontan los mayores riesgos.

Desde 1990, la tasa mundial de mortalidad de menores de 5 años ha disminuido en un 53%³¹. La tasa anual mundial de reducción de la mortalidad de menores de 5 años registrada desde 2000 a 2015 fue de más del doble que la alcanzada en la década de 1990. Entre 2000 y 2015, todas las regiones registraron progresos notables en la supervivencia infantil. En África subsahariana, la tasa promedio anual de descenso de la mortalidad de menores de 5 años ha aumentado desde el 1,6% durante la década de 1990, al 4,1% a partir de 2000³².

Los índices de mortalidad materna también están disminuyendo. Desde 1990, la cifra anual de muertes maternas ha descendido en un 43%. Entre 2005 y 2015, la tasa anual de reducción mundial fue más del doble que la registrada entre 1990 y 2000³³. De los 75 países que representan más del 95% de las muertes maternas, neonatales e infantiles, cerca de tres cuartas partes lograron progresos acelerados³⁴.

Algunos de los países más pobres del mundo han logrado avances extraordinarios. Mientras que a escala mundial no se llegó a alcanzar la meta del ODM de reducir la mortalidad de menores de 5 años en dos terceras partes entre 1990 y 2015, sí lo lograron 24 países de ingresos bajos y medianos³⁵. Algunos de estos países, como Etiopía, Liberia, Malawi, Mozambique y Níger partían de unos índices de mortalidad muy elevados, de más de 200 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos³⁶. Egipto y el Yemen lograron descensos en la mortalidad de menores de 5 años del 72% y el 67%, respectivamente, a pesar del conflicto crónico y de las dificultades económicas³⁷. Entretanto, China ha experimentado un notable y rápido descenso en la mortalidad de menores de 5 años, del 80% desde 1990³⁸.

Estas diversas experiencias nacionales demuestran que es posible lograr reducciones drásticas en la mortalidad infantil en países con contextos sociales, políticos y económicos muy diferentes. Lo mismo puede decirse de la salud materna, dado que una variedad de países con distintos contextos y puntos de partida lograron la meta del ODM de reducir la mortalidad materna en un 75%.

ESTAS METAS PUEDEN
LOGRARSE, PERO SÓLO SI LOS
GOBIERNOS CONCENTRAN SU
ATENCIÓN EN LOS NIÑOS MÁS
DESAVORECIDOS.

Aunque la mortalidad infantil desciende por lo general a medida que aumenta el nivel medio de ingresos, hay muchos países de entre los más pobres que están dejando atrás a sus vecinos más prósperos en lo que atañe a reducir la mortalidad de menores de 5 años (véase el gráfico 1.1). Pero algunos países que avanzan por el carril rápido del crecimiento económico –como Nigeria y la India– van por el carril lento en cuanto a reducir la mortalidad infantil. La lección política que aquí se nos brinda es que el crecimiento económico puede ayudar, pero no garantiza una mejor supervivencia infantil; y que el nivel de ingresos de un país no impide necesariamente el progreso.

Inequidades en materia de supervivencia infantil

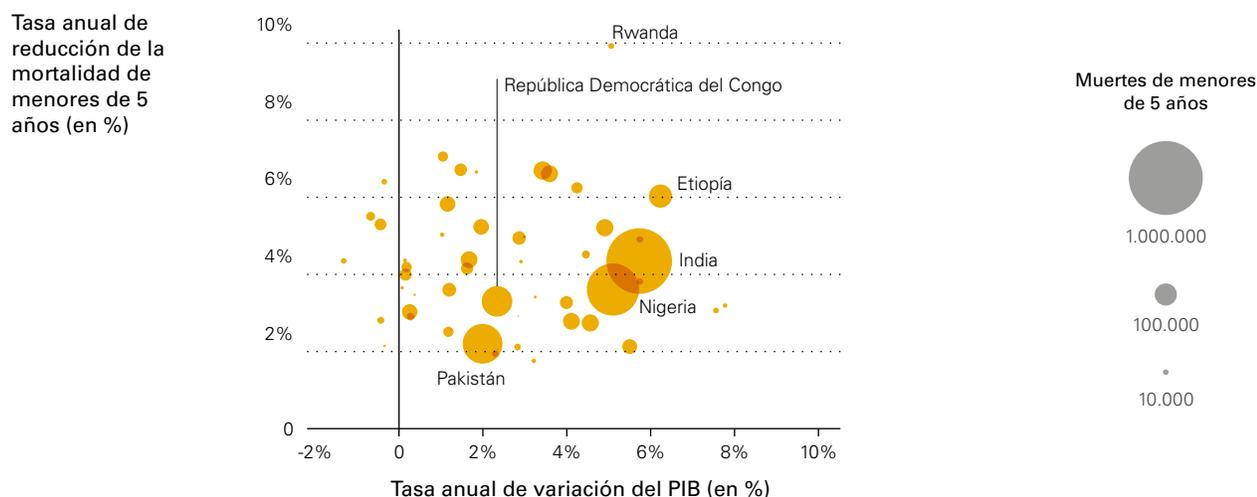
Las disparidades en la salud materna, neonatal e infantil son una importante barrera que frena el progreso sostenible para satisfacer el derecho de todos los niños y niñas a sobrevivir y crecer. Como promedio, los niños nacidos en el 20% de los hogares más pobres tienen casi el doble de probabilidades de morir antes de cumplir los 5 años que los nacidos en el 20% de hogares más ricos³⁹.

Tras este promedio mundial hay una serie de patrones nacionales distintos. Por ejemplo, en Bangladesh, los niños nacidos en el 20% de hogares más pobres tienen casi el doble de probabilidades de morir durante sus primeros 5 años de vida que los niños nacidos en el 20% de hogares más ricos; y en el caso de la India, Indonesia y Filipinas, las probabilidades se triplican⁴⁰.

GRÁFICO 1.1

Los países con un crecimiento económico limitado también pueden reducir su mortalidad infantil

Tasa anual de reducción de la mortalidad de menores de 5 años, 2000–2015, y tasa anual de variación del PIB, 2000–2014, por país



Nota: Los países seleccionados tuvieron una tasa de mortalidad de menores de 5 años de 40 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos en 2015, registraron 10.000 o más nacimientos vivos en 2015, y disponían de datos sobre el PIB respecto al periodo 2000-2014 o al año disponible más reciente. Cada burbuja representa la cifra estimada de muertes de menores de 5 años acaecidas en el país en 2015.

Fuente: Banco Mundial, Indicadores del desarrollo mundial (actualización del 22 de diciembre de 2015), y Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la estimación de la mortalidad infantil, *Niveles y tendencias en la mortalidad infantil: Informe de 2015*.

Salud infantil: Un comienzo justo en la vida

>> Inequidades en materia de supervivencia infantil

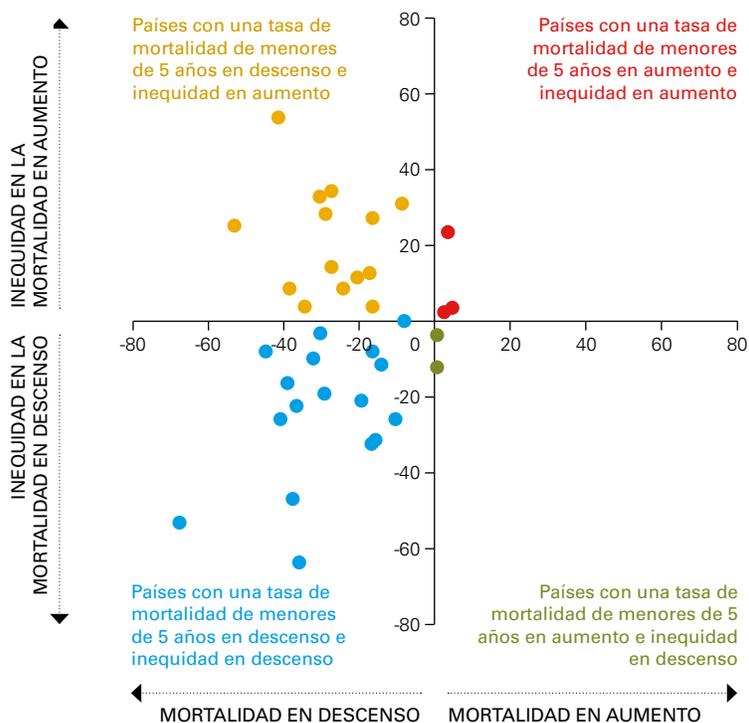
En algunos países se ha registrado un rápido progreso desde 2000, al mismo tiempo que se ha mejorado la equidad (véase el gráfico 1.2, puntos azules). Otros países han logrado un marcado progreso, sin mejoras en la equidad (véase el gráfico 1.2, puntos amarillos). En estos últimos, el desfase en la supervivencia entre los niños ricos y pobres ha aumentado ligeramente.

GRÁFICO 1.2

El progreso en la mortalidad de menores de 5 años no necesariamente se acompaña de una mayor equidad

Variación porcentual en la tasa de mortalidad de menores de 5 años por nivel de riqueza del hogar y variación en la tasa de mortalidad general de menores de 5 años, 2000–2014

Variación porcentual de la tasa de mortalidad de menores de 5 años entre los niños de los hogares más pobres y los niños de los hogares más prósperos



Variación porcentual de la tasa de mortalidad de menores de 5 años

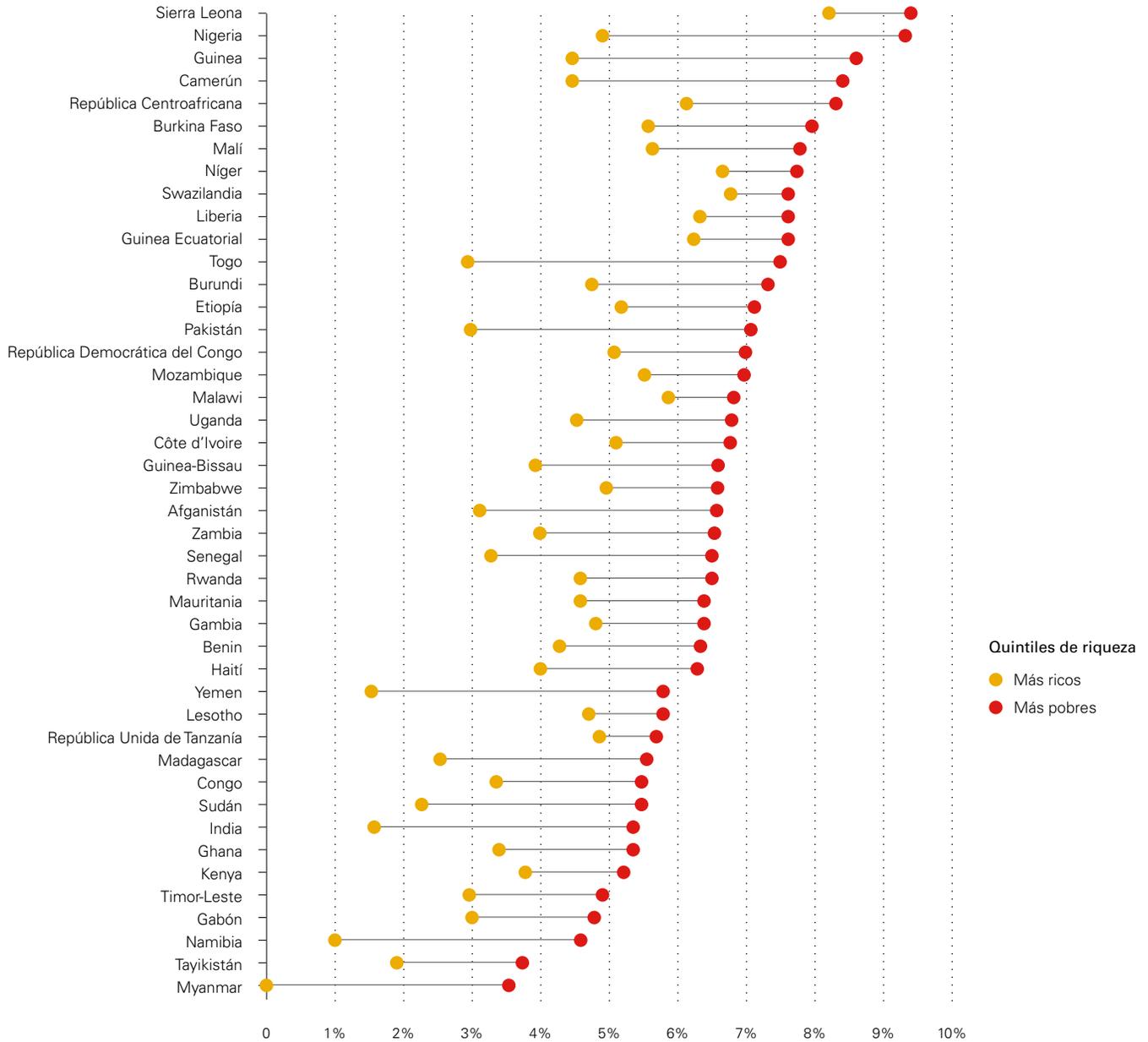
Nota: Se utilizaron encuestas llevadas a cabo en los años 2005-2009 y 2010-2014, con los años de referencia respectivos en 2000-2004 y 2005-2009.

Fuente: Análisis de UNICEF basado en encuestas DHS, MICS y otras fuentes de datos representativos nacionales de 37 países.

GRÁFICO 1.3

Los pobres deberán progresar más rápido para lograr el objetivo de 2030

Tasa anual de reducción de la mortalidad de menores de 5 años que se precisa para lograr la meta del ODS para 2030, por quintiles de riqueza más pobres y más ricos, 2015–2030



Tasa de reducción anual necesaria para alcanzar un índice de mortalidad de menores de 5 años de 25 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos para 2030 (%)

Nota: Datos de las encuestas más recientes disponibles en países que presentan una tasa de mortalidad de menores de 5 años superior a 40 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos en 2015, según estimaciones de 2015 del Grupo Interinstitucional de Estimaciones sobre la Mortalidad Infantil (UN IGME).

Fuente: Análisis de UNICEF basado en encuestas DHS, MICS y otras fuentes representativas nacionales de la encuesta más reciente practicada desde 2006.

Salud infantil: Un comienzo justo en la vida

>> Inequidades en materia de supervivencia infantil

Lograr mejoras substanciales en la nutrición –una meta comprendida en el Objetivo 2– será fundamental para aumentar las tasas de supervivencia infantil. La mitad de las muertes de menores de 5 años pueden atribuirse a la subnutrición, y existen grandes disparidades en indicadores conexos tales como el retraso en el crecimiento. Un análisis de 87 países que disponían de datos recientes revela que los índices de retraso en el crecimiento entre los niños más pobres son más del doble que entre los niños más ricos⁴². En África occidental y central, el progreso en cuanto al retraso en el crecimiento ha sido lento, siendo la reducción entre 1990 y 2014 de menos del 25%. Y en más de una tercera parte de los países de renta baja en los que hay datos sobre las tendencias, la diferencia entre los hogares más ricos y los más pobres en lo que atañe a reducir el retraso en el crecimiento ha ido en aumento⁴³.

La riqueza del hogar es un determinante de las posibilidades que un niño tiene de sobrevivir, pero también la educación materna es un potente indicador. En gran parte de Asia meridional y África subsahariana, los niños nacidos de madres que no recibieron una educación tienen casi el triple de probabilidades de morir antes de cumplir 5 años que los niños nacidos de madres que finalizaron la educación secundaria⁴⁴. La educación facilita que las mujeres retrasen y espacien los embarazos, que obtengan acceso a la atención de la salud materna e infantil, y que busquen tratamiento para sus hijos cuando caen enfermos.

Si todas las madres cursaran la educación secundaria, cada año habría 1,5 millones menos de muertes de niños menores de 5 años en África subsahariana y 1,3 millones menos en Asia meridional⁴⁵.

El matrimonio infantil y la gestión de la salud reproductiva de las mujeres también influyen en los patrones de mortalidad infantil. Aunque los índices de matrimonio infantil están disminuyendo, cada año hay cerca de 15 millones de niñas que contraen matrimonio antes de cumplir los 18 años⁴⁶. Estas niñas representan un grupo extremadamente vulnerable, pues se les priva de su infancia, tienen pocas oportunidades de recibir una educación, y a menudo comienzan a procrear demasiado pronto. Las niñas del 20% más pobre de la población, así como las que viven en zonas rurales, enfrentan los riesgos mayores⁴⁷. En África, la incidencia del matrimonio infantil entre las niñas más pobres permanece invariable desde 1990⁴⁸.

Un niño sonriente con su madre en Bangladesh.

© UNICEF/UNI78184/Siddique





Rita Iriati y Novia, su hija de tres años, a la entrada de su hogar en la aldea de Kemalang, distrito de Klaten, provincia de Java Central, Indonesia.

© UNICEF/UN04255/Estey

Zara, madre de dos hijos, asiste a su primera consulta de atención prenatal en un centro de servicios sanitarios de extensión establecido recientemente por UNICEF y Save the Children en NGuaguam, el Níger.

© UNICEF/UN010548/Abdou



En todo el mundo, las novias niñas tienen menos probabilidades que las mujeres adultas de recibir atención médica durante el embarazo. La falta de cuidados y el hecho de que las niñas no tengan la madurez física suficiente para dar a luz plantean un riesgo tanto para la madre como para el bebé. Las complicaciones durante el embarazo y el parto son la segunda causa más importante de muerte en las niñas de entre 15 y 19 años⁴⁹. Y los bebés que nacen de madres menores de 20 años tienen 1,5 más probabilidades de morir durante los primeros 28 días de vida que los bebés que nacen de madres en la veintena o la treintena⁵⁰.

Cuando se le niega a una mujer la oportunidad de gestionar su salud reproductiva, tanto ella como sus hijos sufren. El poco espaciamiento de los nacimientos, por ejemplo, es un factor de riesgo del nacimiento precoz⁵¹, y el acceso limitado a la contracepción es uno de los problemas que dificultan el espaciamiento seguro. Se calcula que en todo el mundo hay 216 millones de mujeres casadas que precisan acceso a métodos contraceptivos modernos pero carecen de ellos⁵². Si las mujeres que desean evitar el embarazo tuvieran acceso a estos métodos, los embarazos no deseados descenderían en un 70%⁵³. Reducir la cantidad de embarazos no deseados podría evitar a su vez el 60% de las muertes maternas y el 57% de las muertes infantiles de menores de 5 años⁵⁴.

El desfase entre las zonas rurales y urbanas también incide en la desigualdad de oportunidades en relación a la supervivencia infantil. Los niños nacidos en zonas rurales tienen 1,7 más probabilidades de morir antes de cumplir 5 años que los niños nacidos en zonas urbanas⁵⁵.

Una nueva comparación que examina en concreto las disparidades asociadas al nivel de riqueza y al lugar de residencia (véase el gráfico 1.4), emplea los datos de encuestas de los hogares para trazar las trayectorias de la supervivencia infantil entre 2015 y 2030 en un grupo de ocho países que parten de posiciones distintas. Las proyecciones ilustran la necesidad de que el progreso sea más rápido entre los grupos más perjudicados. Llegar a los hogares más marginados es más que un imperativo ético; es una condición previa para poner fin a las muertes prevenibles de los recién nacidos, los niños menores de 5 años y sus madres.

GRÁFICO 1.4

Es necesario acelerar el progreso para los niños más desfavorecidos

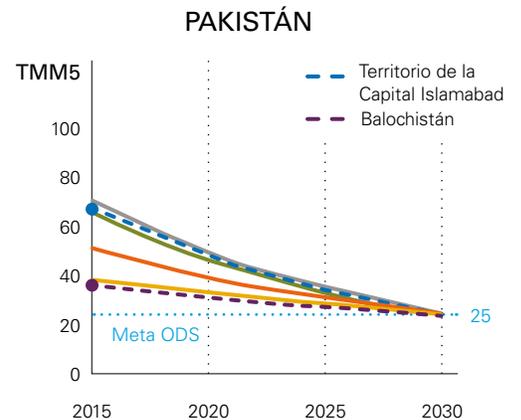
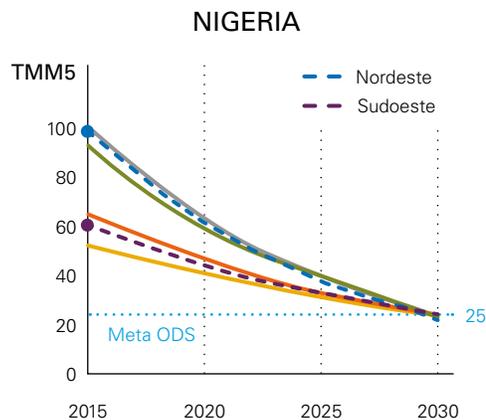
Reducción necesaria de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (muertes por cada 1.000 nacidos vivos) a fin de lograr la meta del ODS para 2030, por subgrupos de determinados países, 2015–2030

Segmento de la población

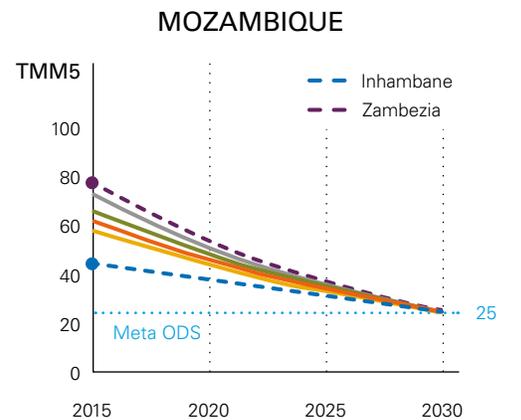
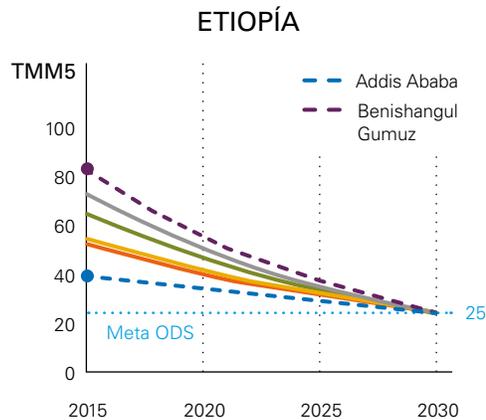
TMM5 = tasa de mortalidad de menores de 5 años (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)

- Más ricos
- Medio urbano
- Medio rural
- Más pobres

Nigeria y el Pakistán. En ambos países, la tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5), tanto en los hogares más ricos como los más pobres, se sitúa por encima de la meta del ODS y persisten disparidades pronunciadas entre las regiones. Por ejemplo, en la región noroccidental de Nigeria, la TMM5 era el doble que en la región suroccidental. Y mientras que el 20% más próspero deberá reducir la mortalidad en más de la mitad para alcanzar la meta en 2030, el 20% más pobre precisará una reducción de tres cuartas partes.



Etiopía y Mozambique. Ambos países alcanzaron el ODM 4 (reducción de la TMM5 en dos tercios entre 1990 y 2015). Para que Etiopía logre el ODS para 2030, la TMM5 de Addis Ababa – que registra los mejores resultados del país– deberá disminuir en más de una tercera parte (en un 38 %). Benishangul-Gumuz, la región que presenta los peores resultados, tendrá que reducir la mortalidad en más de dos tercios (en un 70%) entre 2015 y 2030.



Nota: La tasa anual de reducción necesaria para lograr la meta del ODS de 25 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos para 2030 se calcula a partir del año de referencia (el año medio del periodo de referencia de los 10 años anteriores a la encuesta) correspondiente a la tasa de mortalidad de menores de 5 años usada en los datos de la encuesta. Los subgrupos que ya han logrado el objetivo se mantienen constantes. Los subgrupos representan las regiones con mejores y peores resultados, los quintiles de riqueza más prósperos y más pobres y la residencia en medios rurales y urbanos. Es posible que los subgrupos se solapen.

Fuente: Análisis de UNICEF sobre la base de las encuestas DHS y MICS y otras fuentes representativas a escala nacional.

Segmento de la población

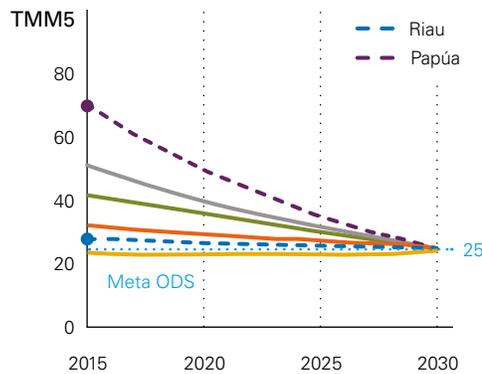
TMM5 = tasa de mortalidad de menores de 5 años (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)

— Más ricos — Medio urbano — Medio rural — Más pobres

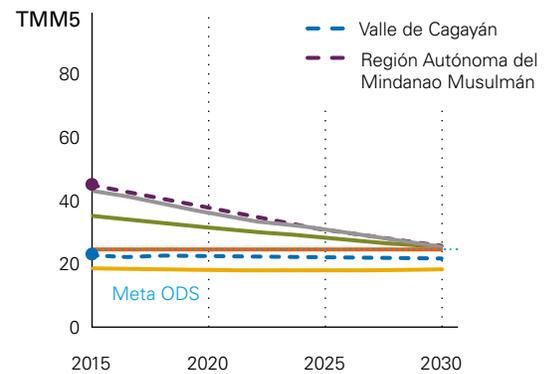
Indonesia y Filipinas.

En ambos países, el 20% más próspero y las regiones más adelantadas ya han cumplido el objetivo de 2030. En Filipinas, tanto el quintil más rico como las zonas urbanas han logrado la meta de 2030, mientras que en el 20% más pobre y en la Región Autónoma del Mindanao Musulmán, las tasas de mortalidad deberán reducirse en cerca de dos quintas partes para alcanzarla.

INDONESIA



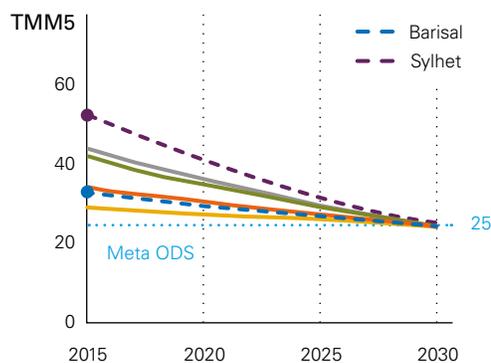
FILIPINAS



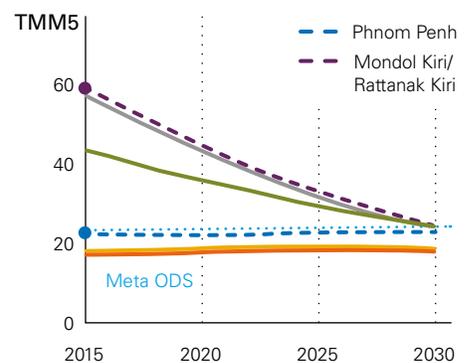
Bangladesh y Camboya.

Camboya es uno de los ejemplos más llamativos del éxito en materia de supervivencia infantil después de 2000 que se hayan registrado en el mundo. En 2015, la TMM5 se hallaba próxima a la meta del ODS. Sin embargo, dos provincias habitadas en su mayor parte por minorías étnicas informaron de tasas de 79 u 80 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos. En comparación con el nivel registrado en Phnom Penh, los niños nacidos en estas dos provincias corrieron un riesgo de morir antes de su quinto cumpleaños de unas 3,5 veces mayor. En cuanto a Bangladesh, para mantener el progreso deberá reducir las inequidades vinculadas a la riqueza del hogar y los elevados niveles de mortalidad en regiones como Sylhet.

BANGLADESH



CAMBOYA



Disparidades en el acceso y la calidad de la atención

Si se dispensa a todas las mujeres cuidados prenatales, atención profesional en el parto y cuidados neonatales básicos, se puede mejorar enormemente la seguridad de los embarazos y las perspectivas de supervivencia infantil. Por desgracia, estos ámbitos se caracterizan por la disparidad extrema, no sólo en el acceso a la atención sino también en la calidad de los cuidados. Las pruebas revelan que la inequidad en el acceso comienza antes del nacimiento y se prolonga durante los primeros años de vida, tan fundamentales.

Las disparidades en la utilización de los servicios de atención prenatal y de asistencia cualificada en el parto van en paralelo con las desigualdades sociales en materia de supervivencia infantil. En todo el mundo, las mujeres del 20% de hogares más prósperos continúan teniendo más del doble de probabilidades de contar con asistencia profesional en el parto que las mujeres del 20% de hogares más pobres⁵⁶. Y el modesto incremento en la cobertura de la atención prenatal registrado desde 2000 apenas ha logrado reducir las disparidades en el período prenatal⁵⁷. Las diferencias entre las zonas rurales y urbanas también han permanecido invariables. En 2015, poco más de la mitad de las mujeres embarazadas se beneficiaron del mínimo recomendado de cuatro visitas de atención prenatal; la gran mayoría de las mujeres que no recibieron el mínimo eran pobres y vivían en zonas rurales⁵⁸.

ESTAS GRANDES INEQUIDADES, QUE SON PREVENIBLES, SE COBRAN VIDAS INFANTILES Y OCASIONAN UN SUFRIMIENTO ENORME.

A escala regional, Asia meridional y África subsahariana presentan disparidades flagrantes en la atención prenatal y la asistencia cualificada en el parto. En Bangladesh y el Pakistán, las mujeres de los hogares más ricos tienen, respectivamente, cuatro y seis veces más probabilidades de recibir cuidados prenatales (cuatro visitas como mínimo) que aquellas de los hogares más pobres. Por otra parte, África oriental y meridional registra algunos de los mayores desfases en asistencia cualificada en el parto. En Eritrea, las mujeres de los hogares más ricos tienen 10 veces más probabilidades de contar con la asistencia de un profesional en el parto que las de los hogares más pobres⁵⁹.

Las madres y los recién nacidos de los hogares más pobres tienen también menos probabilidades de recibir revisiones postnatales, quedando así expuestos a elevados riesgos de padecer complicaciones postparto, hipotermias o infecciones no detectadas.

Estas grandes inequidades, que son prevenibles, se cobran vidas infantiles y ocasionan un sufrimiento enorme. La falta de instalaciones adecuadas de salud en las comunidades pobres también incide en estos resultados, así como las actitudes sociales de algunos proveedores de salud. Las mujeres de los grupos socialmente excluidos a menudo reciben un trato hostil y desconsiderado por parte del sistema de salud y de los proveedores de servicios. Incluso cuando las instalaciones que atienden a los pobres les son accesibles y asequibles, las prácticas discriminatorias pueden ser un obstáculo al tratamiento equitativo.

En el caso de la neumonía, el diagnóstico precoz y el tratamiento eficaz de trabajadores de la salud cualificados pueden salvar vidas. Sin embargo, los niños de los hogares más pobres que presentan síntomas de neumonía —y que afrontan el riesgo mayor— son los que menos probabilidades tienen de que se les lleve a un centro sanitario. En Madagascar, los niños de los hogares más ricos tienen 1,5 veces más probabilidades de que se les lleve a un centro sanitario que los de hogares más pobres⁶⁰, y en Etiopía, las probabilidades son de aproximadamente cuatro veces más⁶¹. Pautas similares se observan en el tratamiento de la diarrea, otra importante causa de muerte.

Las comunidades marginadas como, por ejemplo, las poblaciones romaníes de Europa Central y del Este, padecen inequidades constantes en el acceso y la utilización de los servicios de salud. Uno de cada cinco niños romaníes de Bosnia y Herzegovina y uno de cada cuatro niños romaníes de Serbia presentan retraso en el crecimiento moderado o grave. A fecha de 2012, sólo un 4% de los niños romaníes de 18 a 29 meses de Bosnia y Herzegovina habían recibido todas las vacunas recomendadas, en comparación con el 68% de los niños de los restantes grupos de población⁶².

Lograr la equidad no solo es importante en los países más pobres. En algunos países ricos hay niños de distintos entornos que enfrentan perspectivas marcadamente desiguales. En los

Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de mortalidad de bebés es más elevada que en la mayoría de los países de la OCDE. Para los bebés nacidos en este país, la posibilidad de sobrevivir está muy vinculado a la etnicidad: en 2013, los bebés nacidos de familias afroamericanas tenían más del doble de probabilidades de morir que los nacidos de estadounidenses de raza blanca⁶³.

En los Estados Unidos, al igual que en otros países, factores como los ingresos, el nivel educativo de la madre y el lugar de nacimiento continúan determinando las posibilidades de los niños de sobrevivir hasta los 5 años. Estas disparidades se manifiestan con toda crudeza entre los distintos estados. Por ejemplo, en 2013, la tasa de mortalidad de los bebés en el estado de Mississippi fue del doble que en el estado de Massachusetts⁶⁴. Combinar las visitas al hogar por parte de trabajadores de la salud con unas medidas más amplias orientadas a reducir las inequidades en materia educativa y de ingresos podría ser de vital importancia para abordar esta situación.

Las intervenciones de bajo coste pueden marcar la diferencia

Una abrumadora mayoría de las muertes infantiles pueden prevenirse con intervenciones bien conocidas, de bajo coste y de fácil prestación. Esto es en especial cierto de las muertes que ocurren en el periodo neonatal y después del primer mes de vida. Los cuidados de calidad durante el embarazo, el parto y el alumbramiento, así como en el periodo postnatal inmediato, no sólo previenen la aparición de complicaciones sino que facilitan su detección y tratamiento precoz. La atención postnatal temprana es especialmente importante para reducir la mortalidad en los primeros días de vida.

La proporción creciente de muertes neonatales es un anuncio de los desafíos aún mayores que tendremos que enfrentar para mantener y acelerar el progreso en materia de supervivencia infantil. Como las intervenciones que se precisan para abordar las principales causas de mortalidad neonatal se hallan estrechamente ligadas a las intervenciones cuyo fin es proteger la salud materna (véase el gráfico 1.5), es de vital importancia aumentar la cobertura de las intervenciones antes, durante y después del embarazo.

EL 40% DE LAS MUERTES NEONATALES PODRÍAN EVITARSE MEDIANTE LA APLICACIÓN DE INTERVENCIONES ESENCIALES REALIZADAS DURANTE EL ALUMBRAMIENTO.

En un estudio publicado en *The Lancet* se estimaba que el 40% de las muertes neonatales podrían evitarse mediante la aplicación de intervenciones esenciales realizadas en torno al momento del alumbramiento. Ejemplos de estas medidas son la asistencia profesional en el parto; la atención obstétrica de emergencia; la atención inmediata al recién nacido (en especial el apoyo a la lactancia materna y las prácticas de higiene en el alumbramiento como el cuidado térmico y del cordón umbilical), y la reanimación del recién nacido. Otro 30% de vidas podrían salvarse con medidas como la intervención de "madres canguro", que proporcionan contacto físico directo al recién nacido desde el momento mismo del nacimiento; la prevención o el tratamiento de la sepsis neonatal; el tratamiento de la ictericia neonatal; y la prevención de las lesiones cerebrales causadas por la privación de oxígeno en el alumbramiento⁶⁵.

En numerosos países se siguen infravalorando los beneficios de la lactancia materna. El amamantamiento a largo plazo, que comienza ya en la primera hora de vida, se relaciona con la protección contra las infecciones infantiles, con un incremento de la inteligencia y con una menor prevalencia del sobrepeso y la diabetes. Un estudio concluía que si la lactancia materna se expandiera a niveles casi universales, cada año se salvarían las vidas de 823.000 niños menores de 5 años en 75 países de ingresos medianos y bajos. Para las mujeres que dan el pecho, la lactancia protege del cáncer de mama y ayuda a espaciar los alumbramientos⁶⁶.

Llegar a los más vulnerables

La dirección de los proyectos por parte de los propios países, con el respaldo de la cooperación internacional, ha sido fundamental para impulsar los logros mundiales en materia de supervivencia infantil alcanzados durante los últimos 15 años. El crecimiento económico, el aumento del nivel de ingresos y la disminución de la pobreza ciertamente han contribuido, mejorando el nivel de vida y generando recursos para las inversiones en materia de salud.

Salud infantil: Un comienzo justo en la vida

>> Llegar a los más vulnerables

Pero en muchos países de ingresos medianos y bajos, gran parte del estímulo al progreso ha provenido del fortalecimiento de los sistemas de salud y de las intervenciones de salud comunitarias. Gracias a los trabajadores de la salud comunitarios se ha ampliado el alcance de la atención sanitaria, llegando a las personas vulnerables con intervenciones de salud materna, neonatal e infantil de bajo coste y de gran repercusión⁶⁷.

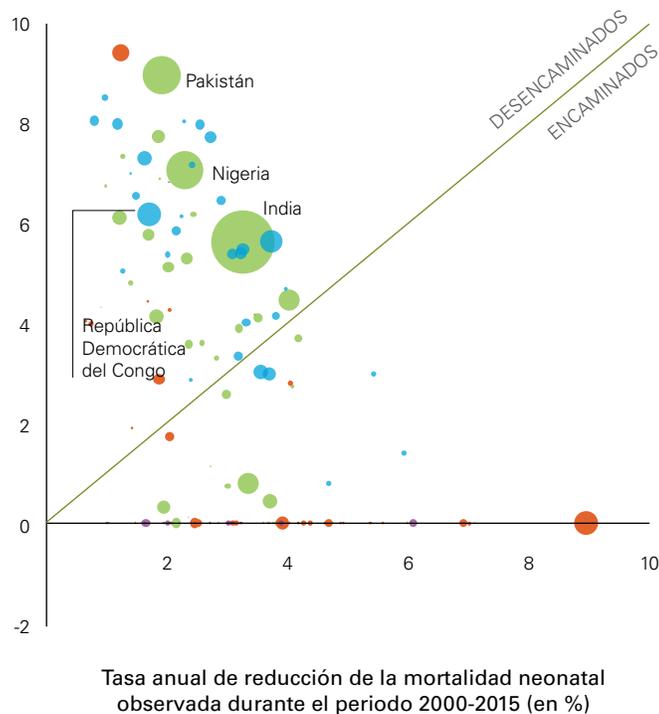
Un ejemplo llamativo es el caso del Etiopía. Entre 2004 y 2010, el Gobierno de Etiopía impartió formación a 38.000 trabajadores de extensión que desplegó en puestos locales de todo el país, donde prestaban servicios básicos de atención prenatal y postnatal, llegando a poblaciones que antes no se beneficiaban del sistema de salud⁶⁸. De modo similar, en Malawi, los asistentes de vigilancia de la salud actuaban como un vínculo esencial entre el sistema de salud oficial y las comunidades, contribuyendo a uno de los descensos nacionales de la mortalidad infantil más acelerados del mundo⁶⁹.

GRÁFICO 1.5

Las tasas de mortalidad neonatal no descienden con la rapidez suficiente para alcanzar la meta del ODS

Tasa anual de reducción necesaria desde 2015 a 2030, frente a la tasa histórica anual de reducción de la mortalidad neonatal

Tasa anual de reducción que se necesita a partir de 2015 para alcanzar una tasa de mortalidad neonatal de 12 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos para 2030 (en %)



● Países de ingresos bajos ● Países de ingresos medianos bajos ● Países de ingresos medianos altos ● Países de ingresos altos

El tamaño de la burbuja indica el número estimado de muertes neonatales en 2015



Nota: Este gráfico ilustra las tasas de reducción necesarias en determinados países concretos para lograr la meta de mortalidad neonatal en 2030. Cada burbuja representa un país; el tamaño de la burbuja representa la cantidad de muertes acaecidas en 2015, y el color representa la clasificación del país por el Banco Mundial según el nivel de ingresos. Los países que se sitúan por encima de la diagonal precisan unas tasas de reducción más rápida para lograr la meta (esto es, deben acelerar el progreso). Los países situados por debajo de la línea diagonal serán capaces de alcanzar la meta si mantienen las tasas de reducción actuales. Los países situados en el eje horizontal ya habían alcanzado la meta en 2015.

Fuente: Análisis de UNICEF basados en estimaciones de UN IGME, 2015.

RECUADRO 1.1 MUJERES VOLUNTARIAS COLABORAN CON TRABAJADORES DE LA SALUD PARA LLEGAR A LOS NIÑOS Y NIÑAS MARGINADOS DE NEPAL

En Nepal, uno de los países más pobres del mundo, se ha producido uno de los descensos más rápidos de la mortalidad materna que se hayan registrado desde 1990. Este progreso es fruto de una reforma política ininterrumpida aplicada a lo largo de dos décadas, incluso en un periodo marcado por el conflicto.

El desarrollo del sistema de salud fue decisivo en el éxito de Nepal. Las políticas de maternidad segura, instauradas en la década de 1990 y subsiguientemente mejoradas, han originado un aumento considerable en el número de trabajadores de la salud y matronas profesionales. Además, el Gobierno, dio primacía, en la ampliación de los presupuestos sanitarios, a la salud materna y a la planificación familiar, con lo que la inversión per cápita en salud se duplicó entre 1995 y 2011. Durante aproximadamente el mismo periodo, la cobertura de la atención prenatal se multiplicó por cinco. Entre 2006 y 2011 se duplicó el número de nacimientos atendidos por matronas profesionales, hasta abarcar el 36% del total de nacimientos.

En paralelo al sistema oficial de salud, Nepal puso en marcha una red de voluntarias de la salud en las comunidades. Después de recibir una formación básica durante 18 días, estas voluntarias, provistas de material médico, comienzan

una colaboración estrecha con los trabajadores de la salud. Este modelo ha hecho posible ampliar el alcance del sistema de salud a algunas de las zonas más marginadas del país.

El objetivo de los planes del sector sanitario ha sido fomentar la profesionalidad del personal de la salud, mejorar la formación y ampliar la prestación de servicios básicos, en todas las coyunturas políticas. El plan nacional de maternidad segura y salud neonatal a largo plazo (2010–2017) hacía hincapié en la mejora de la atención obstétrica y de los sistemas de remisión de pacientes. Entretanto, el hecho de replantear la atención a la madre y el niño como un derecho de salud ha empoderado a las mujeres, que ahora están en mejor posición de pedir cuentas a los proveedores de las intervenciones relacionadas con la maternidad segura, la salud neonatal, la nutrición y la salud reproductiva.

Se han dado también otras mejoras fuera del sistema de salud que han impulsado el progreso igualitario en Nepal. El cambio de conductas, el acceso a los cuidados de salud reproductiva y el aumento del acceso a la educación han contribuido a que se produzca un marcado descenso en las tasas de fertilidad. Además, la proporción de personas que viven en la pobreza ha disminuido de forma drástica, desde el 68% registrado a mediados de la década de 1990 a un 25% en 2011.

Fuente: Engel, Jakob, et al., *Nepal's Story: Understanding improvements in maternal health*, Instituto de Desarrollo de Ultramar, julio de 2013.

El descenso en el número de muertes de menores de 5 años registrado en el mundo desde 2000 puede atribuirse casi en un 70% a la prevención y el tratamiento de las enfermedades infecciosas. La cifra anual muertes de menores de 5 años por causa de la neumonía, la diarrea, el paludismo, la sepsis, la tosferina, el tétanos, la meningitis, el sarampión y el sida descendió de 5,4 millones a 2,5 millones entre 2000 y 2015⁷⁰. Las muertes por paludismo entre niños menores de 5 años han disminuido en un 58% en todo el mundo desde 2000⁷¹, en gran medida gracias al uso de los mosquiteros tratados con insecticida y al tratamiento con el antipalúdico artemisinina. Y los programas de vacunación originaron un descenso del 79% en las muertes por sarampión entre 2000 y 2014, con lo que se previnieron 17,1 millones de muertes infantiles, según estimaciones⁷².

También la innovación acelera el progreso en favor de los niños y niñas más inaccesibles. En Malawi –donde en 2014 había 130.000 niños menores de 14 años que vivían con el VIH– el Gobierno, en colaboración con aliados, está experimentando con el uso de drones como medio rentable para reducir los tiempos de espera en las pruebas de detección del VIH en los bebés, dado que, en su caso, el diagnóstico precoz es fundamental para dispensarles una atención de calidad.

Actualmente, las muestras de sangre seca se transportan por carretera desde los centros locales de salud al laboratorio central que practica la prueba. Las muestras tardan una media de 16 días en llegar al laboratorio, a los que hay que añadir otras ocho semanas hasta la entrega de los resultados. Los retrasos ocasionados por cuestiones como el coste del combustible y el estado precario de las carreteras dificultan el tratamiento eficaz. Si esta innovadora medida resulta exitosa, los costes disminuirían y el tiempo que las familias esperan para recibir los resultados se reduciría de meses a semanas⁷³.

¿Qué ocurrirá si no disminuyen los desfases?

El ritmo del progreso en materia de salud y supervivencia infantil y materna puede aumentar o disminuir en función de las decisiones políticas que en los próximos años adopten los gobiernos y la comunidad internacional. Pero si las tendencias actuales permanecen invariables, en 2030:

- Se producirán 3,6 millones de muertes de menores de 5 años solamente en ese año, y un total de 69 millones entre 2016 y 2030⁷⁴, de las cuales casi la mitad se producirán en África subsahariana y otra tercera parte en Asia meridional⁷⁵.
- Más de la mitad de la carga mundial de muertes de menores de 5 años se concentrará en cinco países: India (el 17%), Nigeria (el 15%), Pakistán (el 8%), República Democrática del Congo (el 7%) y Angola (el 5%)⁷⁶.
- Todos menos cinco de los 30 países que tienen las tasas más altas de mortalidad de menores de 5 años pertenecerán a África subsahariana⁷⁷. Entre 2016 y 2030⁷⁸ habrán nacido en esta región cerca de 620 millones de niños, lo que representa un 30% del total mundial⁷⁹. Es la única región en la que se prevé un crecimiento de la población de menores de 5 años, que es probable que llegue a superar los 40 millones⁸⁰. Solamente en Nigeria se registrará cerca del 6% de los nacimientos acaecidos en todo el mundo⁸¹.
- La tasa mundial de mortalidad materna será de en torno a 161 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos, que sigue siendo cinco veces el nivel que presentaban los países de ingresos altos en 1990⁸².
- La neumonía seguirá siendo la segunda principal causa de muertes de menores de 5 años, y las complicaciones derivadas del parto prematuro la primera⁸³.

LA CONSECUCIÓN DE LA META DE SUPERVIENCIA INFANTIL DEL ODS SALVARÍA LAS VIDAS DE 38 MILLONES DE NIÑOS.

Con las tendencias actuales, las perspectivas de consecución universal de las metas de 2030 sobre salud neonatal y supervivencia de los menores de 5 años son sombrías. Salvo que las tendencias cambien, docenas de países fracasarán en el intento por un amplio margen (véanse los gráficos 1.5 y 1.6). Asia meridional no alcanzará la meta de salud neonatal hasta 2049 y África subsahariana la logrará pasada la media centuria⁸⁴. La tasa promedio anual de reducción de la mortalidad neonatal que se precisa para que la India alcance la meta es de casi el doble de la que registra actualmente.

En comparación con los resultados que se obtendrían si permanecemos en los niveles de supervivencia de los niños menores de 5 años de 2015, la consecución de la meta de supervivencia infantil del ODS salvaría las vidas de 38 millones de niños de todo el mundo en los próximos 15 años. Si cada país se situara al nivel del país de su región que registra los mejores resultados, podrían salvarse 7 millones de vidas más. Si cada país igualara o se situara por debajo de la tasa media de mortalidad de menores de 5 que se registra en los países de ingresos altos, se salvarían 21 millones de vidas más⁸⁵. Esta última hipótesis –de nuevo, en comparación con los resultados que se obtendrían si permanecemos en los niveles de 2015– salvaría 59 millones de vidas infantiles entre el año en curso y 2030.

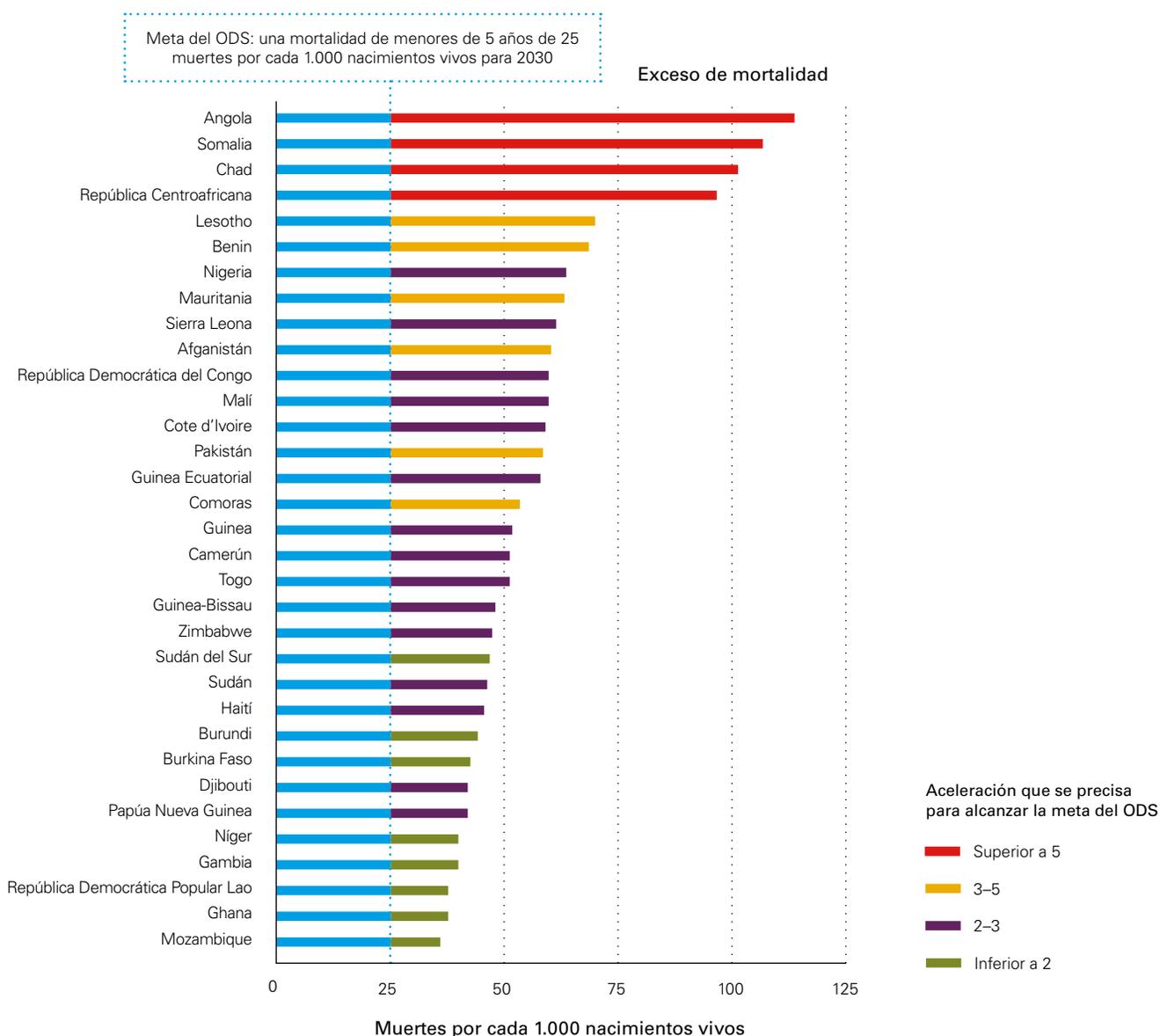
En un análisis practicado en 75 países que tienen tasas de mortalidad elevadas se concluyó que sólo ocho alcanzarían la meta del ODS. Si cada país aumentara la cobertura de las intervenciones con la misma rapidez que el país de mejores resultados en cada ámbito de intervención (p. ej., asistencia profesional en el parto, lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses, etc.), 33 países podrían alcanzar la meta para 2030. La cifra anual de niños que mueren antes de cumplir los 5 años en esos países disminuiría en casi dos terceras partes, desde 5,5 millones en 2015 a 2 millones en 2030⁸⁶.

Estas y otras hipótesis acerca de 2030 apuntan la necesidad urgente de ampliar las intervenciones de eficacia probada. Paliar el desfase entre la trayectoria actual y el ritmo de progreso que se precisa para alcanzar el objetivo de supervivencia infantil de 2030 salvaría la vida de 13 millones de niños menores de 5 años, casi la mitad de ellos recién nacidos. En torno a cuatro de cada cinco vidas salvadas corresponderían a África subsahariana⁸⁷.

GRÁFICO 1.6

Muchos países no alcanzarán la meta de mortalidad de menores de 5 años, algunos de ellos por un margen amplio

Proyección de la tasa de mortalidad de menores de 5 años, de continuar las tendencias actuales, en países que no se prevé que alcancen la meta del ODS para 2030.



Note: Estos países registraron 10.000 o más nacimientos vivos en 2015 y, de continuar las tendencias actuales, se espera que no alcancen la meta del ODS por un margen de más de 10 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos.

Source: Análisis de UNICEF basado en estimaciones de UN IGME, 2015.

Los objetivos de equidad

Los objetivos provisionales de equidad –o metas “trampolín”– vinculados a la consecución de los objetivos de 2030 podrían resultar muy útiles para orientar políticas sobre el bienestar infantil y materno. Las estrategias nacionales destinadas a reducir a la mitad las disparidades en la supervivencia infantil en un plazo de entre cinco y siete años, por ejemplo, ayudarían a situar a las mujeres y los niños más vulnerables en el centro de las políticas. Estas estrategias podrían centrarse en la inequidad relacionada con los ingresos del hogar, el nivel educativo, el desfase entre los medios rurales y urbanos y las diferencias entre regiones o grupos étnicos.

Para traducir estas metas provisionales en resultados, será necesario obrar cambios fundamentales en el modo de financiar y proveer los servicios de salud materna e infantil, así como en las políticas cuyo fin es reducir los riesgos contextuales. Pero los objetivos provisionales relacionados con la equidad podrían actuar como un potente catalizador para lograr los compromisos de 2030.

Estos objetivos proporcionarían también una referencia para la vigilancia y la función informativa; de hecho, servirían como hitos en la senda hacia 2030. Este es un eslabón crucial en la cadena de responsabilidad, pues los objetivos cobran significado sólo cuando se acompañan de unos valores de referencia, respaldados por datos, que permitan comparar y medir los resultados. Actualmente hay grandes deficiencias tanto en la cobertura como en la calidad de los datos existentes. Los sistemas de registro civil sólo abarcan una pequeña parte de los nacimientos acaecidos a escala mundial, y las mayores deficiencias de cobertura se dan en países que tienen las tasas de mortalidad materna e infantil más elevadas. La cobertura de las muertes es aún más deficiente⁸⁸.

En todo el mundo, 1 de cada 4 niños menores de 5 años carece de un acta de inscripción del nacimiento⁸⁹. De los 74 países examinados por la Comisión sobre la información y la rendición de cuentas para la salud de la mujer y el niño, solamente dos inscribían más de la mitad del total de muertes⁹⁰. En los países de ingresos medianos y bajos, hasta un 80% de las muertes acaecían fuera de establecimientos de salud, y en muchos casos no se informaba de ellas con precisión⁹¹. Esto significa que hay información fundamental sobre las muertes de recién nacidos, niños y madres que está incompleta.

Las carencias en estos ámbitos hacen que sea necesario extrapolar e interpolar los datos sobre las muertes infantiles y maternas mediante la modelización. A medida que las muertes infantiles y maternas descienden y devienen estadísticamente más escasas, aumenta la importancia de los datos de observación, sobre todo referidos a las poblaciones más marginadas y de difícil acceso.

La alta rentabilidad de las inversiones en materia de salud

Las inversiones que se precisan para acabar con las muertes infantiles y maternas prevenibles ofrecen una alta rentabilidad. La magnitud de los beneficios refleja los costes ocultos que comportan los riesgos de salud. Las enfermedades infantiles no sólo se cobran vidas y ocasionan sufrimiento, sino que además socavan las posibilidades de los niños, sus comunidades y sus países. La malnutrición y las enfermedades infantiles comprometen el desarrollo cognitivo y limitan la productividad en la edad adulta. Cuando los sistemas de sanidad fracasan en la prevención de enfermedades, la sociedad paga el precio en costes de tratamiento y pérdida de productividad. En cambio, la mejora de la salud y el estado nutricional de la madre y el niño puede instaurar un ciclo beneficioso que permita a los niños alcanzar el pleno desarrollo de sus posibilidades y contribuir a que sus comunidades y países prosperen.

¿Cuánto costaría poner fin a las muertes prevenibles de los niños y sus madres? Los

detallados cálculos de costes elaborados por el Marco mundial de inversiones para salud de la mujer y el niño pueden darnos una buena idea⁹². La instauración de seis programas de inversión básica en 74 países de alta mortalidad supondría un aumento del gasto anual cercano a 30.000 millones de dólares, lo que representa un incremento del 2% respecto de los niveles actuales. Estos programas de inversión comprenderían los ámbitos de salud materna y neonatal, salud infantil, inmunización, planificación familiar, VIH/sida y paludismo, siendo la nutrición un aspecto común a todos ellos. Se calcula que entre 2013 y 2035, esta inversión podrá haber evitado 147 millones de muertes infantiles, 23 millones de muertes de mortinatos y 5 millones de muertes maternas.

La aplicación de este tipo de planteamiento lograría acercar el nivel de cobertura básica en salud materna e infantil que reciben el 20% más pobre de las poblaciones de los 74

RECUADRO 1.2 TODOS LOS NIÑOS CUENTAN: LA IMPORTANCIA DE DISPONER DE INFORMACIÓN DE CALIDAD SOBRE LA SUPERVIVENCIA INFANTIL

Hacer un recuento preciso del número de nacimientos y muertes es el primer paso para asegurar que se reconocen y se respetan los derechos de todos los niños. Sin embargo, más de 100 de los países en desarrollo carecen de los sistemas de registro civil y estadísticas vitales que se precisan para generar datos exactos sobre los nacimientos y los decesos.

En todo el mundo hay hoy 230 millones de niños menores de 5 años que no fueron inscritos al nacer. Esta cifra comprende el 39% de los niños de África subsahariana y el 44% de los niños de Asia meridional. En ausencia de datos fiables, los países que carecen de sistemas de registro civil y estadísticas vitales elaboran sus estimaciones sobre la mortalidad infantil a partir de un complicado modelo estadístico basado en respuestas de encuestas, en información censal y en otras fuentes. Pero ningún modelo puede sustituir a los datos de entrada de alta calidad que se derivan de la inscripción de nacimientos y decesos.

Las encuestas del hogar aportan información valiosa sobre las diferencias en mortalidad infantil según características socioeconómicas como el nivel de riqueza de los progenitores, su nivel educativo, el lugar de residencia y otros. Pero para dar una idea exacta de las localidades que registran los niveles más altos de desventaja en la infancia, se necesita un mayor desglose de la información relativa a diversos grupos de población. Esto significa que hay que recabar y sintetizar datos, y acelerar la función informativa en relación a estos grupos sociales y localidades.

La situación se complica aún más con las importantes carencias de información sobre la mortalidad por causas específicas. Por ejemplo, las estimaciones de la carga mundial de las infecciones

agudas de las vías respiratorias inferiores entre niños de corta edad se basan, necesariamente, en los datos de los hospitales; pero en estas cifras se subestima la incidencia de las infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores relacionadas con el virus de la influenza entre las comunidades de bajos ingresos, que son debidas a la falta de acceso de las familias pobres a la atención especializada. Y las estimaciones mundiales más fiables sobre las infecciones bacterianas graves entre los recién nacidos oscilan entre los 5,5 millones y los 8,3 millones: un amplio margen que refleja la incertidumbre de los datos subyacentes.

A pesar del considerable progreso alcanzado gracias al número creciente de las encuestas, sigue habiendo también lagunas importantes en los datos referidos a la cobertura de las intervenciones. Estos datos son fundamentales para la rendición de cuentas, ya que proveen información sobre el alcance de las intervenciones y sobre las disparidades. Ya que no todos los países tienen capacidad para informar sobre todos los indicadores, sería aconsejable modificar las actuales herramientas de investigación a fin de centrarlas más directamente en la calidad de la atención.

En última instancia, no obstante, nada puede sustituir a los sistemas de registro civil y estadísticas vitales. El coste de alcanzar la cobertura universal de unos sistemas de registro civil y estadísticas vitales en 73 países (entre los que no se incluyen ni China ni la India) para 2024 se ha estimado en 3.800 millones de dólares. Mientras tanto, la ampliación de la cobertura del sistema de salud y la aplicación de nueva información y de nuevas tecnologías de la comunicación pueden generar una información registral fundamental sobre nacimientos y decesos, además de información de vital importancia sobre enfermedades concretas.

Fuentes: Banco Mundial/Organización Mundial de la Salud, *Global Civil Registration and Vital Statistics: Scaling up investment Plan 2015–2024*, Banco Mundial, Washington, D.C., 28 de mayo de 2014, pág. 2.

Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas, *Every Child's Birth Right: Inequities and trends in birth registration*, UNICEF, Nueva York, 2013, págs. 6, 36.

Nair, Harish, et al., 'Global burden of respiratory infections due to seasonal influenza in young children: A systematic review and meta-analysis', *The Lancet*, vol. 378, n.º 9807, 3 de diciembre de 2011, pág. 1925.

Seale, Anna, et al., 'Estimates of possible severe bacterial infection in neonates in sub-Saharan Africa, South Asia, and Latin America for 2012: A systematic review and meta-analysis', *The Lancet*, vol. 14, n.º 8, págs. 731–741, agosto de 2014.

Salud infantil: Un comienzo justo en la vida

>> Los beneficios de una cobertura de salud universal

países, a la cobertura que disfrutaban el 20% más rico. La rentabilidad social y económica que se espera de esta inversión –en términos de productividad, de aumento de resultados y de beneficios asociados a la mejora de la salud– son también impresionantes, con un total de nueve veces el coste⁹³.

Otros beneficios que se prevé obtener de estas inversiones para poner fin a la mortalidad materna e infantil son:

- Una rentabilidad de al menos 10 veces el gasto en nutrición y salud, por vía de la mejora del rendimiento escolar, la participación en el mercado laboral y las aportaciones a la sociedad⁹⁴.
- Un rendimiento de 16 dólares por cada dólar invertido en inmunización. Incluso con la introducción de vacunas nuevas y más costosas, la inmunización sigue siendo una de las inversiones más rentables en planificación de la salud⁹⁵.
- Un rendimiento de 16 dólares por cada dólar invertido en intervenciones de nutrición⁹⁶. La subnutrición infantil puede tener un coste de entre el 1,9% (en Egipto) y el 16,5% (en Etiopía) del PIB de un país⁹⁷.
- Un ahorro de 302.000 millones de dólares al año, proveniente de la protección, la promoción y el apoyo a la lactancia materna⁹⁸.

Nang Doy y su bebé de cuatro meses, Thao Nga, reciben atención del personal del equipo de salud materna e infantil de su distrito encargado de administrar vacunas y supervisar el crecimiento, en la República Popular Democrática Lao.

© UNICEF/UNI76591/Holmes

La inversión contemplada en el marco mundial abordaría el problema de los sistemas



de salud que, debido a una carencia de recursos, ofrecen una baja cobertura de intervenciones que son rentables. Más de 10.000 millones de dólares de ese gasto anual adicional se destinarían a la mejora de los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, lo que incluiría la dotación de 544.000 trabajadores de la salud comunitarios y de 675.000 enfermeras, médicos y matronas⁹⁹.

Los beneficios de una cobertura de salud universal

El progreso sostenible precisará también de unos sistemas de salud que estén equipados tanto para dispensar una atención de calidad en un continuo de servicios como para llegar a todas las mujeres y los niños, empezando por los más desfavorecidos.

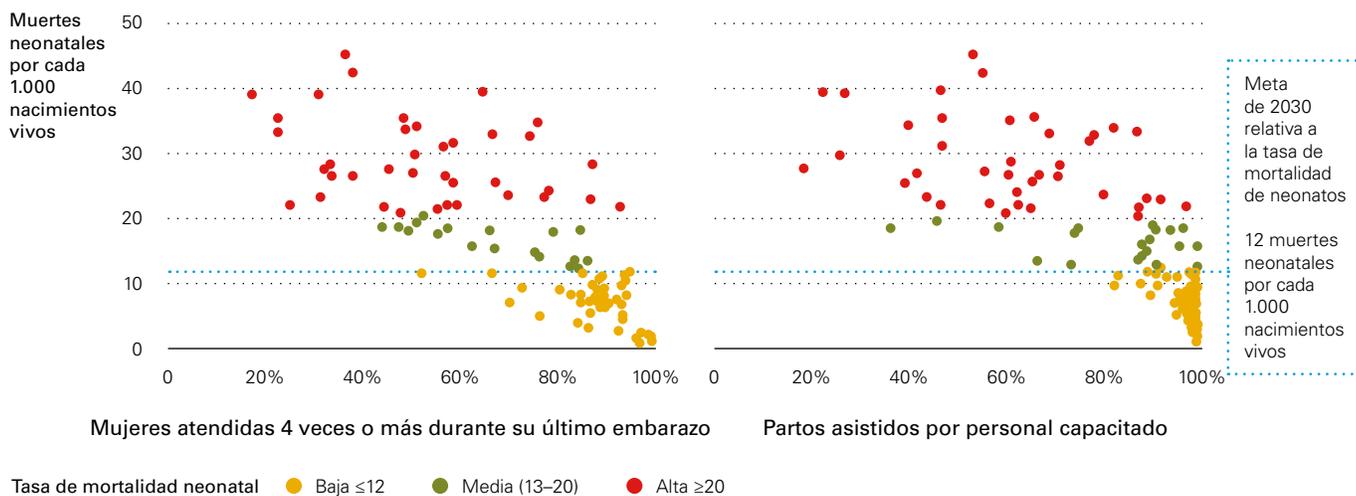
La combinación de la atención de calidad en el embarazo, de los cuidados en torno al alumbramiento, durante el mismo y en la primera semana de vida, y de la atención de los neonatos enfermos y con tamaño inferior al normal, son medidas fundamentales para mejorar los resultados en materia de salud infantil y materna. Una atención prenatal eficaz, por ejemplo, es capaz de detectar a tiempo cualquier complicación del embarazo y ofrece a las mujeres los suplementos de micronutrientes que precisan para su propia salud y para el desarrollo normal del feto. Trabajadores de la salud capacitados y equipados pueden dispensar cuidados obstétricos y atención básica al neonato, además de promover y apoyar la lactancia materna, detectar y tratar las infecciones y administrar vacunas que salvan vidas

La vinculación entre la atención prenatal, la asistencia profesional en el parto y la supervivencia infantil no es automática (véase el gráfico 1.7), en parte porque la calidad de los cuidados que se proveen varía enormemente dentro de un mismo país y entre unos países y otros. En

GRÁFICO 1.7

Los cuidados prenatales y la asistencia profesional en los partos salvan vidas de neonatos

Vinculación entre la atención prenatal (cuatro o más visitas), la asistencia profesional en el parto y la tasa de mortalidad neonatal

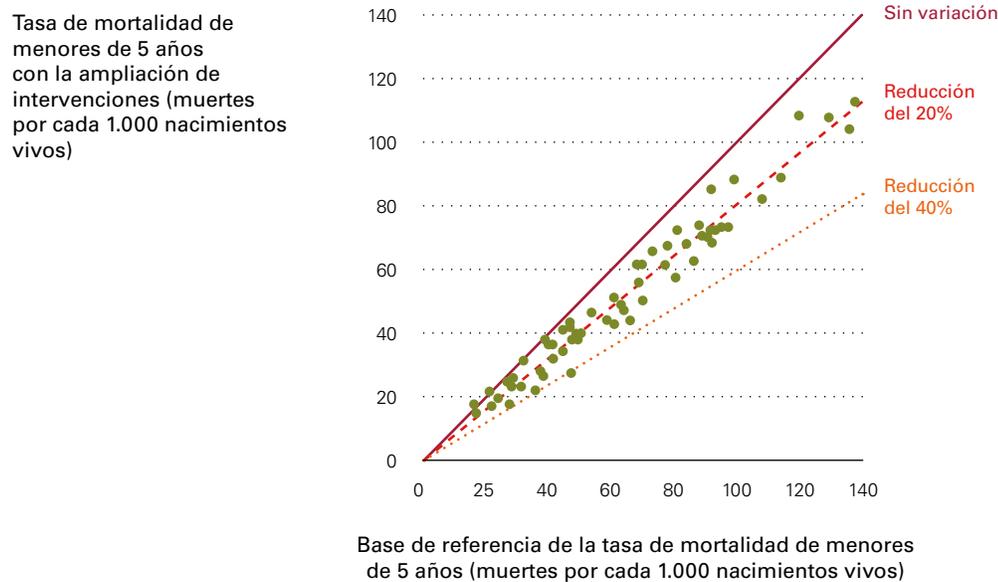


Fuente: Los datos sobre la tasa de mortalidad neonatal provienen de las estimaciones de UN IGME de 2015. Los datos referidos a la atención prenatal y la asistencia cualificada en el parto proceden de las bases de datos mundiales de UNICEF de 2015, basadas en encuestas MICS, DHS y otras fuentes nacionales.

GRÁFICO 1.8

En 63 países, la equidad en la cobertura de las intervenciones podría reducir las tasas de mortalidad de menores de 5 años en casi un 30%

Repercusión en la tasa de mortalidad de menores de 5 años del aumento de la cobertura nacional hasta el nivel de cobertura del quintil más rico



Nota: El modelo ampliado comprendía servicios de salud como la asistencia cualificada en el parto y la administración de suplementos de vitamina A y vacunas. Los 63 países representan el 88% de las muertes de menores de 5 años acaecidas en todo el mundo. Practicaron los análisis Adrienne Clermont, Yvonne Tam y Neff Walker, en el Instituto de Programas Internacionales de la Escuela Bloomberg de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins.

Fuentes: Análisis practicados mediante la herramienta Lives Saved Tool (LiST) por la Universidad Johns Hopkins, 2015.

cualquier caso, la ampliación de la provisión de ambos servicios ha sido fundamental para el progreso en materia de supervivencia infantil. A medida que aumenta la mortalidad neonatal en proporción al número total de muertes infantiles, se hace más urgente lograr la cobertura universal de la atención prenatal de calidad y de la asistencia profesional en los partos.

Las estrategias orientadas a lograr una atención sanitaria universal de calidad para 2030 deben asumir dos objetivos que van íntimamente relacionados: ampliar la cobertura y al mismo tiempo disminuir los desfases de equidad. Y una vez más, las tasas de cobertura del 20% más pobre de la población deben aumentar mucho más rápido que las del 20% más rico para alcanzar la cobertura universal. En 63 países de mortalidad elevada, si se ampliara la cobertura nacional de las intervenciones de salud hasta el nivel del 20% más próspero, se podrían evitar una de cada cuatro muertes de menores de 5 años, y la tasa promedio de mortalidad de menores de 5 años de los países podría descender en casi un 30% (véase el gráfico 1.8).

Otra estrategia –que presentan la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF en el Plan de acción mundial integrado para la prevención y la lucha contra la neumonía y la diarrea– define las medidas que se precisan para eliminar las muertes evitables por neumonía y diarrea para 2025. El simple hecho de ampliar las intervenciones existentes reduciría la cifra de muertes en dos terceras partes, a un coste de 6.700 millones de dólares, en el marco de este plan¹⁰⁰.

En cuanto a la nutrición infantil, un estudio realizado en 34 países que presentan una carga elevada, donde viven el 90% de los niños que padecen retraso en el crecimiento, permitió definir 10 intervenciones probadas con las que podrían evitarse 900.000 muertes de menores de 5 años. Estas intervenciones van desde el tratamiento de la malnutrición aguda a la alimentación complementaria, la lactancia materna y la administración de suplementos de vitamina A y zinc. La ampliación de la cobertura actual en materia de nutrición para satisfacer el 90% de la necesidad de estos 34 países supondría un incremento del gasto anual cercano a 9,6 millones de dólares, según el estudio¹⁰¹.

Pero estas estimaciones, con toda su contundencia, pueden desviar la atención de la importancia decisiva de fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para prestar los servicios.

Los trabajadores de la salud debidamente formados y motivados constituyen la savia vital de todo sistema de salud eficaz, equitativo y resistente. Las intervenciones que se precisan para diagnosticar y tratar las causas de muerte infantil y materna no son tecnologías independientes: deben administrarlas trabajadores de salud comunitarios, matronas, enfermeras y médicos capacitados.

La escasez crónica de personal de salud representa un obstáculo importante a la aceleración del progreso. En muchos países, los trabajadores de salud se concentran en las zonas urbanas o en centros que dan servicio a poblaciones más aventajadas. En ocasiones pueden ser reticentes a trabajar en las zonas remotas debido a la baja remuneración, a la falta de oportunidades de educación permanente, a las duras condiciones de trabajo, a la escasez de suministro y equipos, o a la carencia de servicios sociales para sus propias familias.

Un trabajador de la salud administra una dosis de la vacuna antipoliomielítica oral a un niño a la puerta de su hogar, en Ciudad de Sadr, Bagdad.

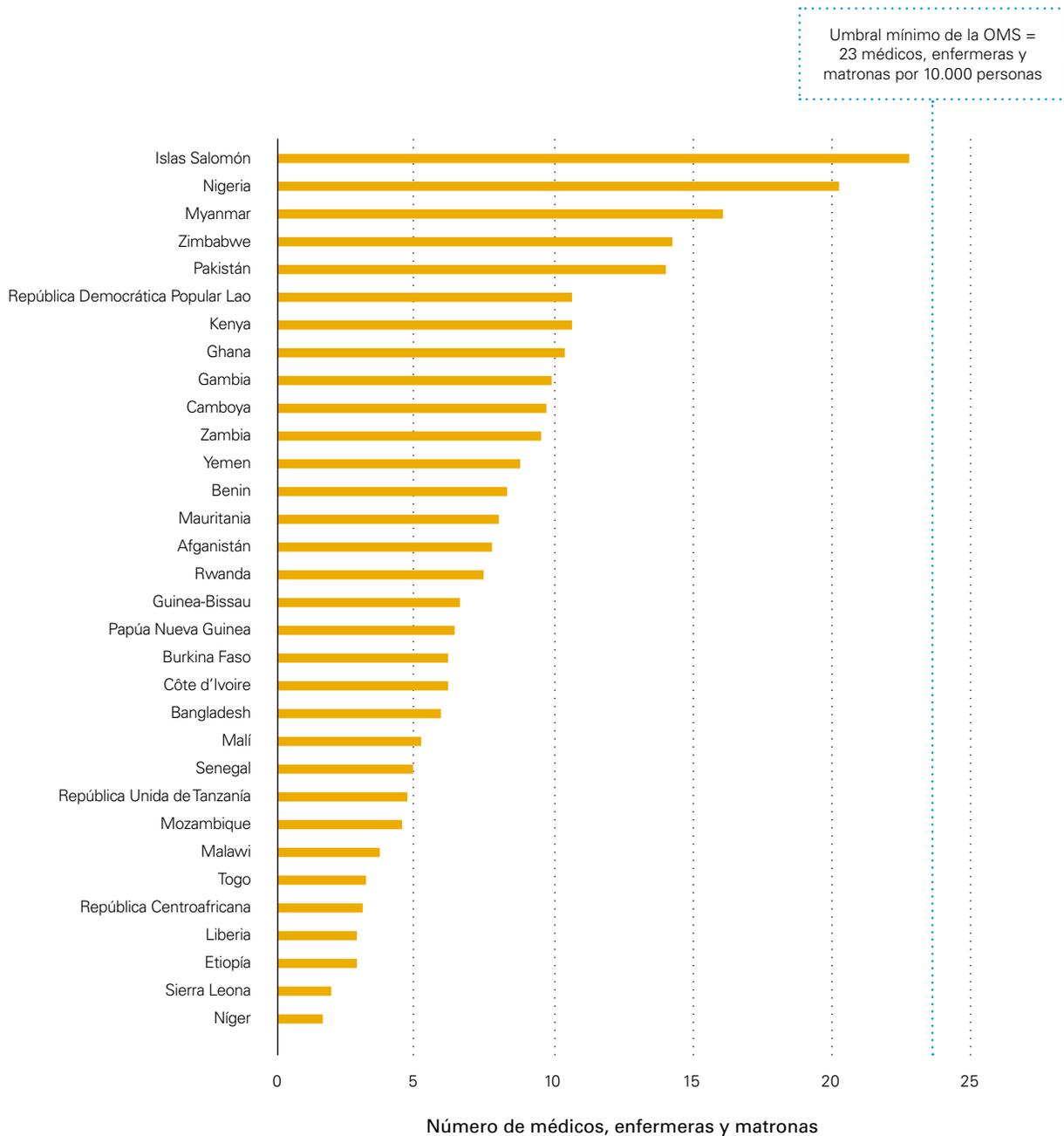
© UNICEF/UNI199369/Khuzai



GRÁFICO 1.9

Muchos países no cuentan con suficientes proveedores de servicios de salud

Número de médicos, enfermeras y matronas por cada 10.000 personas y umbral mínimo de la OMS



Fuente: Estadísticas de la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario, Organización Mundial de la Salud, 2015.

La OMS calcula que en los países que pretenden alcanzar unos niveles relativamente altos de cobertura del sistema sanitario se necesita un mínimo de 23 trabajadores de salud por cada 10.000 personas para responder a las necesidades básicas de su población¹⁰². Los países que no alcanzan este umbral tienen dificultades para proveer servicios de asistencia profesional en el parto y de atención especializada y de emergencia a los recién nacidos y los niños de corta edad. La mayoría de los países de África subsahariana se sitúan muy por debajo del umbral (véase el gráfico 1.9).

Para 2035, se necesitarán en el mundo 12,9 millones más de trabajadores de la salud. En África subsahariana hay ya actualmente un déficit de 1,8 millones y, salvo una acción concertada, durante los próximos 20 años esta cifra aumentará hasta los 4,3 millones a medida que crece la población¹⁰³. El coste adicional de dotar a África subsahariana con tan sólo un millón más de trabajadores de la salud comunitarios costaría 3.100 millones de dólares al año, según una estimación del Instituto de la Tierra de la Universidad de Columbia. La rentabilidad de esta inversión –aparte de las vidas que se salvarían y del sufrimiento evitado– sería, según los cálculos, de 19.400 millones de dólares anuales, proveniente de la mejora en la productividad¹⁰⁴.

La crisis del ébola que asoló África occidental ilustra gráficamente la fragilidad de los sistemas de salud cuando carecen del personal y los recursos suficientes. Antes de la crisis, en Sierra Leona y Liberia había poco menos de tres trabajadores de salud por cada 10.000 personas¹⁰⁵. Liberia tenía aproximadamente 50 médicos, en un país de 4.3 millones de habitantes¹⁰⁶. Las muertes acaecidas entre los trabajadores de salud durante la crisis redujeron el número de proveedores capacitados en los países, que ya de por sí era escaso. Una de las lecciones que la crisis del ébola nos enseña es que los sistemas de salud robustos son necesarios no sólo para contener las epidemias y dispensar intervenciones fundamentales, sino también para que los países y las comunidades aumenten su capacidad de resistencia.

En Indonesia, por su parte, el coeficiente entre el número de trabajadores de salud y el número de habitantes ronda el nivel recomendado por la OMS, pero la distribución de los trabajadores de salud en el país es desigual. Las instalaciones que dan servicio a los pobres a menudo carecen del equipamiento básico y de personal capacitado. Así pues, cerca de la mitad de las mujeres de las provincias de Molucas y Papúa dan a luz a sus bebés sin asistencia de un profesional –esta cifra es más del doble que la registrada en Sumatra–, y las mujeres de las zonas urbanas tienen tres veces más probabilidades de contar con asistencia profesional en el parto que las mujeres de las zonas rurales¹⁰⁷.

Los países que presentan algunas de las proporciones más bajas de trabajadores de la salud por número de habitantes enfrentan también problemas de equidad. En Liberia, la proporción de matronas capacitadas por número de habitantes en el condado de mayor cobertura es de tres veces más que en el condado de más baja cobertura¹⁰⁸.

Un cuidador limpia la cara de un bebé prematuro en la unidad de cuidados especiales para el recién nacido del Hospital Universitario Tangali, Bangladesh.

© UNICEF/UNI195711/Mawa



Una financiación adecuada y equitativa

Según estimaciones de 2012, financiar un sistema de salud equipado para proveer un mínimo de servicios esenciales de forma universal costaría en torno a 86 dólares por persona al año. Esto es más del doble de lo que invierten como promedio en sistemas de salud los países de ingresos bajos¹⁰⁹.

Incluso cuando los servicios existen, los costes ordinarios y extraordinarios ligados a la atención de la salud materna e infantil dificultan el acceso de los pobres. Al igual que otros obstáculos –por ejemplo, la distancia, el tiempo y los costes asociados a la utilización de los servicios, la carencia de información, cuestiones relacionadas con la calidad, e impedimentos de índole social y cultural–, estos costes disminuyen la demanda de unos servicios de importancia crucial, a menudo con consecuencias funestas en el caso de la salud materna, neonatal e infantil. Agotan el patrimonio familiar y atrapan a los hogares pobres en ciclos de salud precaria y pobreza.

Cuando la inversión en salud pública no cubre los costes de prestación, los más perjudicados por la cobertura inadecuada de los servicios y por la imposición de costes para el usuario son los hogares pobres. Según el Informe sobre la salud en el mundo de 2010, *Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, cada año, cerca de 150 millones de personas son víctimas de catástrofes económicas, mientras que 100 millones caen en la pobreza por causa de gastos relacionados con la salud¹¹⁰. El riesgo de empobrecimiento aumenta de forma drástica en cuanto los pagos directos del bolsillo del usuario superan entre el 15% y el 20% de su gasto en salud¹¹¹.

Una característica de muchos de los países que presentan los mejores resultados de supervivencia infantil es una mayor inversión pública en salud. Aunque no hay reglas definitivas e infalibles, las pruebas sugieren que los gobiernos deberían destinar en torno al 5% del PIB a la inversión en salud¹¹². En cambio, en numerosos países de Asia meridional que tienen tasas de mortalidad elevadas se invierte en salud menos del 3% del PIB, y con frecuencia esa inversión se concentra en servicios que no llegan a los pobres¹¹³.

Incluso con unos esfuerzos concertados para asignar fondos a la sanidad, muchos de los países más pobres del mundo no llegarían a poder invertir esos 86 dólares per cápita. En un ejercicio practicado se calculó un déficit de financiación cercano a 74.000 millones de dólares en un caso hipotético donde todos los países de ingresos bajos adhirieran a normas más

Un trabajador de la salud marca a un niño en el dedo para indicar que ha sido vacunado durante una campaña de inmunización contra el sarampión, en un puesto de extensión de la salud en la aldea de Lishiko, Lusaka, Zambia.

© UNICEF/UNI91597/Nesbitt



estrictas en lo tocante a la asignación de recursos y financiación del sector sanitario. Aunque estas cifras son solo orientativas, la estimación nos da una idea aproximada de cuánta más financiación pública se precisa a escala internacional para que las metas de 2030 en materia de salud materna e infantil sean alcanzables¹¹⁴.

Las iniciativas cuyo fin concreto es financiar servicios para los pobres, eximirlos del pago de tarifas al usuario y proveerles de un seguro sanitario arrojan resultados desiguales. La experiencia demuestra que la financiación destinada a grupos específicos a menudo tiene un efecto insignificante en la utilización de los servicios. Financiar la inclusión de los hogares pobres en los programas nacionales de seguro sanitarios existentes, en los que el riesgo se disemina entre todas las poblaciones, ha generado resultados más positivos¹¹⁵.

En el Brasil, por ejemplo, con el programa de salud familiar –que en un inicio se centraba en las zonas desfavorecidas– se logró ampliar la cobertura desde los 10,6 millones de personas a los 100 millones de personas entre 1998 y 2010. Este programa provee acceso a la atención sanitaria –gratuita en el punto de consumo– a más del 90% de los municipios del país¹¹⁶.

En Tailandia se mejoró la equidad gracias al programa de cobertura universal, que logró reunir a una enorme cantidad de población carente de seguro sanitario bajo la tutela de un programa nacional, redujo de forma drástica los pagos –“catastróficos” para los pobres– en materia de salud, y mejoró el acceso a servicios de salud fundamentales¹¹⁷. Apenas un año después de su puesta en marcha, este programa daba ya cobertura al 75% de la población tailandesa, y en especial a 18 millones de personas que antes carecían de seguro¹¹⁸.

RECUADRO 1.3 BANGLADESH, EJEMPLO DE LA DIFICULTAD DE LOGRAR EL PROGRESO SOSTENIBLE EN MATERIA DE SUPERVIVENCIA INFANTIL

En los últimos años, Bangladesh ha registrado avances notables en cuanto a reducir las tasas de mortalidad entre los niños menores de 5 años. Parte del éxito de este país puede atribuirse a la expansión de las intervenciones de salud comunitarias. Para acelerar el progreso, será necesario ampliar los servicios de atención prenatal y de asistencia cualificada en el parto y prestarlos de forma más equitativa.

Partiendo de un nivel bajo, este país ha logrado ya una rápida expansión de la cobertura en estos dos ámbitos. La proporción de bebés que nacen en centros de salud aumentó desde el 8% al 37% entre 2000 y 2014. También aumentó la cobertura de la atención prenatal dispensada por personal capacitado, desde el 33% al 64%.

Sin embargo, aún persisten disparidades enormes. El desfase en el acceso a la atención prenatal profesional según el nivel de riqueza ha disminuido solo ligeramente: la cobertura de estos servicios es del 36% en las mujeres más pobres y del 90% en las más ricas. La proporción entre las mujeres pobres y ricas que se benefician de la asistencia cualificada en el parto era de aproximadamente 1 por cada 4 en 2014, siendo las divisiones de Sylhet y Barisal las más rezagadas del país, con diferencia. Y en

2014, menos de una tercera parte de las mujeres recibieron el mínimo recomendado de cuatro visitas de atención prenatal.

Un aspecto más positivo es que Bangladesh ha progresado hacia la equidad en lo que se refiere a los alumbramientos que se producen en establecimientos de salud. En 2004, la proporción entre las mujeres más pobres y más ricas que daban a luz en centros de salud era de 1 por cada 12. Para 2014, la proporción había aumentado a 1 por cada 4.

Consciente de que para lograr mejoras sostenibles en materia de salud materna e infantil es necesario reducir aún más las disparidades que existen entre los distintos grupos sociales y económicos, el Gobierno ha introducido una serie de metas de equidad referidas a las intervenciones clave. Estas metas son la base para vigilar la cobertura en las comunidades de ingresos bajos, en los barrios de tugurios urbanos, en los distritos con peores resultados y en las zonas donde viven minorías étnicas, como Chittagong Hill Tracts, en el sudeste de Bangladesh. En su conjunto, estas metas representan una posible vía a la equidad para las madres y los niños más desfavorecidos del país.

Fuente: Instituto Nacional de investigación y formación sobre población (NIPORT), Mitra y asociados y ICF International, Bangladesh Demographic and Health Survey 2014: Key indicators, Dhaka, Bangladesh, y Rockville, Maryland, Estados Unidos, 2015.

RECUADRO 1.4 LOS FONDOS DE EQUIDAD SANITARIA PROVEEN ATENCIÓN SANITARIA GRATUITA A LOS POBRES

Camboya ha experimentado avances extraordinarios en la supervivencia infantil y otros indicadores de salud. En el periodo comprendido entre 2000 y 2015, la mortalidad de menores de 5 años descendió desde 108 a 29 muertes por cada 1.000 nacimientos vivos, una de las tasas de descenso más rápidas del mundo. En el mismo periodo se registró un aumento drástico en la utilización de los centros de salud materna e infantil. El seguro social provisto mediante los Fondos de Equidad Sanitaria del país ha sido un factor importante de este éxito.

Los Fondos de Equidad Sanitaria son iniciativas en las que participan múltiples interesados y que consisten en que organizaciones no gubernamentales reembolsan a los establecimientos de salud pública por dar tratamiento a pacientes pobres, mediante una mezcla de financiación procedente del gobierno y de donantes. Este mecanismo ha hecho posible eliminar en gran medida la práctica de los cobros en dinero negro. Asimismo, ha contribuido a mejorar la calidad

de la atención, al proveer incentivos financieros para que el personal y los establecimientos den servicio a los pacientes.

En esencia, los Fondos de Equidad Sanitaria son un mecanismo de adquisición por el que se provee atención sanitaria gratuita a los pobres. Para 2013 daban cobertura a más de 2,5 millones de personas de 51 de los 81 distritos de Camboya, apoyando más de un millón de consultas en los establecimientos de salud.

Los estudios demuestran que los Fondos de Equidad Sanitaria son unos importantes promotores de la inclusión allí donde operan, mejorando el acceso de los pobres a la sanidad y reduciendo los pagos del bolsillo del usuario. No obstante, hay limitaciones a los logros alcanzados, pues se calcula que un 40% de los pobres no emplean los servicios de los Fondos de Equidad Sanitaria, debido quizás a la distancia o a la calidad de la atención; y aquellos que están situados justo por encima del umbral de pobreza quedan excluidos de los servicios.

Fuente: Kelsall, Tim, y Seiha Heng, 'The Political Economy of Inclusive Healthcare in Cambodia', documento de trabajo de ESID n.º. 43, 16 de diciembre de 2014.

RECUADRO 1.5 ERRADICAR LA MALNUTRICIÓN PUEDE AYUDAR A ROMPER EL CICLO DE LAS OPORTUNIDADES DESIGUALES

En 2014 había 159 millones de niños menores de 5 años que padecían retraso en el crecimiento. Otros 41 millones de niños menores de 5 años padecían sobrepeso; y la cifra sigue aumentando. El retraso en el crecimiento y otras formas de subnutrición reflejan inequidades sociales: el retraso en el crecimiento puede servir como indicador de la pobreza.

En África y en Asia, el 11% del PNB se pierde debido a una nutrición deficiente. Erradicar la malnutrición en los niños de corta edad comportaría varios beneficios. Podría mejorar el nivel medio escolar con un ahorro de al menos un año de escolarización; disminuir la pobreza; empoderar a las mujeres; y, a su vez, romper el ciclo generacional de la pobreza.

Todo el mundo tiene derecho a los alimentos y a una buena nutrición. La realización de este derecho es fundamental para satisfacer los derechos de la infancia, en especial el derecho a gozar de una buena salud, que es un requisito previo para gozar de otras oportunidades en la vida.

Ese es el principio que inspira el movimiento SUN para el fomento de la nutrición, que congrega a gobiernos, la sociedad

civil, las Naciones Unidas, donantes, empresas y científicos con el propósito de erradicar todas las formas de malnutrición por medio de procesos que dirigen los propios países. Los países integrantes de SUN trabajan para incrementar el acceso a unos alimentos asequibles y nutritivos, así como la demanda de éstos.

Para marzo de 2016 se habían sumado a la iniciativa SUN 56 países, entre ellos República Democrática del Congo, Etiopía, Haití, Kirguistán, Perú y Sri Lanka. Esto significa que el movimiento SUN tiene la posibilidad de llegar a 82,2 millones de niños.

En el Perú, el programa nacional "Incluir para Crecer" se centra en los niños y las mujeres embarazadas de las zonas más pobres con el propósito de mitigar las inequidades sociales y la pobreza, a fin de combatir la malnutrición y promover el desarrollo. Desde 2006, el retraso en el crecimiento ha descendido a la mitad, desde aproximadamente el 30% registrado entre 2004 y 2006 hasta el 15% en 2014. La prevalencia del retraso en el crecimiento entre los niños de los hogares más pobres disminuyó desde el 54% al 34% durante el mismo periodo de tiempo.

Fuente: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Mejorar la nutrición infantil: el imperativo para el progreso mundial que es posible lograr*, UNICEF, Nueva York, 2013, y base de datos de UNICEF sobre la nutrición mundial, 2016.

En Rwanda, el programa nacional de salud, Mutuelle de Santé, da servicio a cerca del 90% de la población y provee cobertura gratuita a los que son muy pobres. Durante la primera década de aplicación del programa, los pagos directos del bolsillo del usuario descendieron desde el 28% al 12% del gasto total en salud. Y en Camboya, los Fondos de Equidad Sanitaria han sido fundamentales para fortalecer tanto el alcance como la equidad del sistema sanitario de este país (véase el recuadro 1.4).

El poder de las alianzas

Muchas de las intervenciones que se precisan para aumentar la cifra de niños que disfrutan de una buena salud son de sobra conocidas. El desafío consiste en aplicarlas a escala de modo que haya suficientes trabajadores de salud comunitarios, médicos y enfermeras para vincular a las personas más desfavorecidas con la prestación de unos servicios de calidad. La incapacidad de movilizar los recursos necesarios será un freno al progreso en materia de supervivencia y salud infantil.

Es un desafío enorme, pero estrategias concretas y prácticas tales como el Plan de acción para todos los recién nacidos, nos proporcionan una guía para lograr unas políticas y unos medios de financiación equitativos. Movimientos como “Todas las mujeres, todos los niños” y “Una promesa renovada” son plataformas para la acción que congregan a gobiernos, el sector privado, agencias internacionales y activistas.

El movimiento “Una promesa renovada” se puso en marcha en junio de 2012, cuando los Gobiernos de Etiopía, la India y los Estados Unidos, en colaboración con UNICEF, acordaron en Washington D.C. el Llamamiento a la acción sobre la supervivencia infantil. En respuesta a esta llamada, 178 gobiernos –así como cientos de organizaciones de la sociedad civil, del sector privado y organizaciones de base religiosa– suscribieron en el marco de “Una promesa renovada” el compromiso de hacer todo lo posible por evitar que las mujeres y niños mueran por causas que pueden prevenirse fácilmente.

Desde entonces, más de 30 países han afianzado sus compromisos con la instauración de estrategias nacionales en pro de la supervivencia materna, neonatal e infantil basadas en los principios fundamentales de “Una promesa renovada”: estimular el compromiso político, fortalecer la rendición de cuentas y movilizar a las sociedades y comunidades.

Las actuales alianzas multilaterales también proporcionan una base firme para ampliar y fortalecer la cooperación en apoyo de las estrategias nacionales sobre salud materna e infantil. La Alianza GAVI es un ejemplo. En coalición con empresas mundiales de fabricación de medicamentos y gestión de cadenas de suministro –representadas en la Federación de mayoristas farmacéuticos–, la Alianza ha iniciado una colaboración de tres años para inmunizar a los niños más inaccesibles de 73 países. Las empresas farmacéuticas desempeñan ya de por sí una importante función, generando productos asequibles para prevenir y tratar enfermedades mortales como el rotavirus, la neumonía y la sepsis.

La aplicación eficaz de las estrategias referidas en este capítulo precisará de una mayor coordinación y un liderazgo más robusto, tanto a escala nacional como mundial. Las estrategias nacionales orientadas a alcanzar la cobertura sanitaria universal y la atención de calidad y equitativa para los niños y sus madres deberían establecer prioridades claras; en concreto, llegar a los grupos más desventajados con intervenciones que pueden salvar vidas. Estas estrategias deberán contemplar mecanismos de incentivos que estimule a personal capacitado a trabajar en zonas de difícil acceso.

PERSPECTIVA:

Una oportunidad justa para las niñas – poner fin al matrimonio infantil

Por Angélique Kidjo, Artista galardonada y Embajadora de Buena Voluntad de UNICEF



El matrimonio infantil es un claro ejemplo de cómo las niñas más pobres del mundo soportan una mayor carga de desventaja, en especial las que viven en comunidades marginadas de zonas rurales de África subsahariana y Asia meridional, donde esta práctica es muy habitual.

A las niñas que contraen matrimonio se les despoja de su infancia. Yo lo he visto, y sé el daño que les hace.

De niña, cuando vivía en Cotonou, Benin, varias de mis amigas de la escuela primaria se casaron siendo muy jóvenes. A algunas de ellas ya no volví a verlas: su vida matrimonial las llevó a vivir muy lejos. A otras las vi de nuevo después de un tiempo, pero ya no eran las mismas: su alegría y su entusiasmo se habían esfumado. Ya no podían comportarse como niñas, tenían que actuar como personas

adultas. Y noté que estaban como avergonzadas: eran muy conscientes de ser diferentes al resto de nosotras.

Aunque se han logrado progresos en cuanto a reducir la incidencia del matrimonio infantil, el avance ha sido desigual. Las niñas de los hogares más pobres –y las que viven en zonas rurales– tienen un riesgo de contraer matrimonio antes de los 18 años del doble que las niñas de los hogares más ricos o las que viven en zonas urbanas.

Si no hay progresos, para 2030, casi 950 millones de mujeres habrán contraído matrimonio siendo niñas, en comparación con la cifra actual de 700 millones. Y para 2050, casi la mitad de las niñas esposas serán africanas.

Los costes son demasiado altos, tanto para las niñas cuyos



Una oportunidad justa para las niñas – poner fin al matrimonio infantil

derechos se vulneran al obligarlas a contraer matrimonio, como para las sociedades, que necesitan que esas niñas crezcan y se conviertan en adultos productivos y autosuficientes.

Las niñas casadas se cuentan entre las personas más vulnerables. Cuando se interrumpe su educación, las niñas pierden la oportunidad de adquirir las destrezas y los conocimientos que precisan para encontrar un buen empleo y poder abastecerse a sí mismas y a sus familias. Quedan aisladas de la sociedad. Como pude observar en el caso de mis antiguas compañeras de escuela a las que obligaron a casarse, la conciencia de su aislamiento es en sí misma dolorosa.

Subordinadas a sus esposos y familias, las niñas casadas son más vulnerables a la violencia doméstica; y no están en posición de tomar decisiones sobre el sexo seguro y la planificación familiar, de modo que corren un grave riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual como el VIH, o de quedar embarazadas y tener que criar hijos cuando sus cuerpos aún no han madurado del todo. Los embarazos, que ya de por sí son un riesgo, se tornan aún más peligrosos, dado que las niñas casadas tienen menos probabilidades de recibir la atención médica adecuada. Durante el alumbramiento, estas madres que aún son niñas incurrir en un riesgo mayor de sufrir complicaciones como la fístula obstétrica, que pueden dejarlas discapacitadas, y tanto ellas como sus bebés tienen más probabilidades de morir.

Al arrebatar a las niñas sus posibilidades, el matrimonio infantil priva a las familias, las comunidades y las naciones de la aportación que estas niñas podrían haber hecho como mujeres. El matrimonio infantil dificulta los esfuerzos de los países por mejorar la salud de las madres y la infancia, por combatir la malnutrición y por mantener a los niños en la escuela. Cuando las niñas contraen matrimonio prematuro, inevitablemente legan a la próxima generación la pobreza, la formación deficiente y la salud precaria en las que ellas mismas quedaron atrapadas.

Puede parecer que el matrimonio prematuro es un problema sin solución. Este problema se da porque a menudo las sociedades valoran menos a las niñas –y en consecuencia éstas no disfrutan de las mismas oportunidades que sus hermanos–, y porque la pobreza y otras formas de desventaja, como el nivel educativo deficiente, restringen aún más sus oportunidades, haciendo que el matrimonio se presente como la mejor opción para asegurar el futuro de las niñas.

Pero existen estrategias de eficacia demostrada que pueden cambiar las vidas de las niñas, proteger su infancia y capacitarlas para que construyan un futuro mejor para sí mismas y para las sociedades en que viven. Estas estrategias consisten en fomentar el acceso de las niñas a la educación,

en capacitarlas con conocimientos y destrezas, en educar a los progenitores y a las comunidades, en incrementar los incentivos económicos y apoyar a las familias, y en fortalecer y formular leyes y políticas que establezcan la edad mínima para contraer matrimonio en 18 años, tanto para los niños como para las niñas.

La educación es parte esencial de la solución. Las niñas que tienen pocos estudios o que carecen de ellos tienen más probabilidades de contraer matrimonio siendo niñas que aquellas que han finalizado la formación secundaria. Cuando una niña va a la escuela, es más probable que los que están a su alrededor la vean como una niña, más que como una mujer preparada para ser esposa y madre. Y la experiencia de asistir a la escuela fomenta la autonomía de las niñas al permitirles adquirir habilidades y conocimientos y forjar redes sociales mediante las cuales puedan comunicarse y defender sus intereses. Las niñas que han recibido instrucción están más capacitadas para contribuir al crecimiento y el desarrollo de su país, y a la prosperidad y el bienestar de sus futuras familias.

Cada año contraen matrimonio precoz 15 millones de niñas, una cifra que subraya la importancia de invertir en soluciones que puedan repercutir a gran escala con el fin de acelerar el progreso en la erradicación de esta práctica. Las inversiones que se centran en llegar a las niñas pobres y marginadas y en empoderarlas por medio de la salud, la educación, la protección social y otros sistemas, pueden abrir vías alternativas para las niñas y sus familias.

No menos crucial es la labor, lenta y paciente, de cambiar las normas sociales. Este tipo de cambios fundamentales y duraderos se originan en el seno de las comunidades, y dependen de que tanto las madres como los padres participen en hallar soluciones que marquen la diferencia en las vidas de sus hijas.

Cuando el matrimonio infantil sea cosa del pasado, habremos puesto fin a la inequidad que despoja a las niñas de sus derechos fundamentales y les roba su infancia. Más niñas y mujeres podrán sacar el máximo provecho a sus vidas y dar lo mejor de sí a sus familias, comunidades y sociedades, lo que contribuirá enormemente a romper los ciclos generacionales de pobreza y a fortalecer a comunidades y naciones. Erradicar el matrimonio infantil desata posibilidades que pueden transformar la vida de las niñas y beneficiarnos a todos.

Florence, de 14 años, en la escuela Hope de educación secundaria de Kinshasa, República Democrática del Congo.

© UNICEF/UNI199292/Dubourthoumiéu



**EDUCACIÓN:
NIVELAR EL
TERRENO DE JUEGO**

Educación:

Nivelar el terreno de juego

La educación de calidad puede poner fin a los ciclos intergeneracionales de inequidad, mejorando la vida de los niños y las sociedades en que viven. La educación puede aportar a los niños los conocimientos y las habilidades que precisan para tener éxito en la vida. Se asocia a un mayor nivel de ingresos, a una disminución de la pobreza y a una mejor salud. Pero para que la educación cumpla esta función, debe comenzar en la primera infancia y continuar con unas posibilidades de aprendizaje de calidad que brinden a todos los niños y niñas una oportunidad justa de salir adelante en la vida, en especial a los más desfavorecidos.

Jhuma Akhter, de 14 años, hace sus tareas bajo el resplandor de una farola a la puerta de su casa en Khulna, Bangladesh.

© NICEF/UN016303/Gilbertson VII
Photo

En los países ricos y pobres, la educación ha sido desde hace tiempo un gran nivelador de oportunidades, ya que contribuye a que las personas alcancen el pleno desarrollo de sus posibilidades y aporten contribuciones a sus comunidades y al mundo. Una educación de calidad aumenta los conocimientos, estimula la innovación, promueve habilidades que impulsan el crecimiento y la prosperidad, y fomenta sociedades incluyentes. Durante generaciones, la educación de calidad y equitativa ha supuesto para los niños una vía para salir de la pobreza. Y esto que ciertamente afecta a las perspectivas de cada niño se aplica también al futuro de las naciones.

Y sin embargo, a millones de niños y niñas de todo el mundo se les sigue privando de su derecho a la educación por causa de factores ajenos a su control como la pobreza, el género, el origen étnico, la discapacidad o la ubicación geográfica. Los conflictos armados, los desastres naturales y las repercusiones del cambio climático también son causa de que los niños no tengan la oportunidad de asistir a la escuela y aprender. Además, cuando los recursos públicos no se asignan atendiendo a las pruebas que señalan las necesidades más apremiantes, los sistemas educativos pueden hacer que las inequidades se afiancen, en lugar de dismantelarlas.

En este capítulo hablaremos sobre los dos desafíos –la falta de acceso a la educación y la deficiencia en los resultados de aprendizaje– que es imperativo superar para que la educación pueda cumplir su función de agente de la equidad. Para superar estos desafíos, lo mejor que pueden hacer los países es ofrecer oportunidades de aprendizaje y servicios de atención integrados a la primera infancia, centrándose en lograr el progreso más rápido para los niños y niñas más rezagados. Con este planteamiento se podrían reducir los desfases entre el rendimiento educativo de los niños más ricos y los más pobres para 2030.

El acceso a la educación, desde el principio

La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce que todos los niños y niñas tienen derecho a asistir a la escuela y aprender. Este derecho comienza en la primera infancia, y por esta razón, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible se exhorta a los gobiernos a “velar por que todas las niñas y todos los niños tengan acceso a servicios de atención y desarrollo en la primera infancia y a una enseñanza preescolar de calidad”.

Para que la educación cumpla su función de agente catalizador de la equidad debe comenzar con intervenciones en la primera infancia que ayuden a mitigar las desventajas que afectan a los niños nacidos en entornos de pobreza y analfabetismo. Invertir en una atención y una educación de calidad en la primera infancia comporta un doble beneficio: es a un tiempo justo y eficaz.

Una de las claves del éxito está en la prestación de intervenciones integrales que abarquen todos los sectores relacionados con el desarrollo, como la nutrición, la salud, el agua, el saneamiento y las prácticas de higiene. Este tipo de planteamientos holísticos tienen también en cuenta la protección de la infancia y se concentran en la calidad de la atención dispensada a los bebés y a los niños de corta edad.

Hay indicios de que los enfoques holísticos pueden resultar fructíferos. Se ha demostrado que las intervenciones integrales que combinan la nutrición, la protección y la estimulación producen beneficios notables en el desarrollo cognitivo de los niños de corta edad¹²¹. La nutrición mejorada y la preparación para el aprendizaje se traducen en un mejor rendimiento educativo, que a su vez redundará en una mejor salud de los niños y puede propiciar un aumento de su nivel de ingresos como adultos. Un estudio a largo plazo practicado en Jamaica reveló un incremento del 42% en los ingresos medios de los adultos relacionado con la estimulación en la primera infancia¹²². Estudios practicados en los Estados Unidos atribuyen una rentabilidad a las inversiones en la primera infancia de entre el 7% y el 10 % anual¹²³.





La hora del almuerzo en la escuela de educación básica de Kotingli, Región Norte, Ghana.

© UNICEF/UN04349/Logan

Desde hace décadas se realizan esfuerzos por proteger y ampliar el derecho a la educación, comenzando en la primera infancia; y en numerosos casos se han cosechado grandes éxitos. Pero las cifras de matriculación en la escuela indican que el ritmo del progreso está en peligro. Desde 2011, la cifra mundial de niños y niñas que no asisten a la escuela se ha incrementado¹²⁴.

En la mayoría de los países, menos de la mitad de los niños asisten a programas de enseñanza para la primera infancia¹²⁵. Cerca de 124 millones de niños y adolescentes quedan privados de oportunidades de ingresar en la escuela y finalizar su educación; entre ellos, 59 millones de niños en edad de cursar la enseñanza primaria (véase el gráfico 2.1) y 65 millones de jóvenes adolescentes en edad de cursar el primer ciclo de secundaria, según cifras de 2013¹²⁶. Más de la mitad de los niños en edad de cursar la enseñanza primaria que están desescolarizados viven en África subsahariana¹²⁷. Además, la disparidad entre los géneros en cuanto a la matriculación continúa siendo un problema.

Estas tendencias en la matriculación no son buen augurio para la consecución del ODS 4, que además de poner el acento en el desarrollo en la primera infancia, aboga por lograr el acceso de todos los niños y niñas a la educación secundaria en los próximos 15 años. En efecto, si las tendencias actuales persisten, para 2030:

- Podría seguir habiendo más de 60 millones de niños en edad de cursar la enseñanza primaria desescolarizados¹²⁸.
- Los países de ingresos bajos presentarán unas tasas de finalización de la escuela primaria y del primer ciclo de la secundaria cercanas al 76% y el 50%, respectivamente¹²⁹;
- Los países de ingresos medianos bajos tendrán unas tasas de finalización de la educación primaria cercanas al 92%, y de más del 80% respecto al primer ciclo de secundaria (véase el gráfico 2.2¹³⁰).

Sobre la base también de las tendencias actuales, los países que en 2030 se consideren países de ingresos bajos difícilmente lograrán para final de siglo la finalización universal de la escuela primaria y del primer ciclo de la enseñanza secundaria¹³¹.

Educación: nivelar el terreno de juego

>> El acceso a la educación, desde el principio

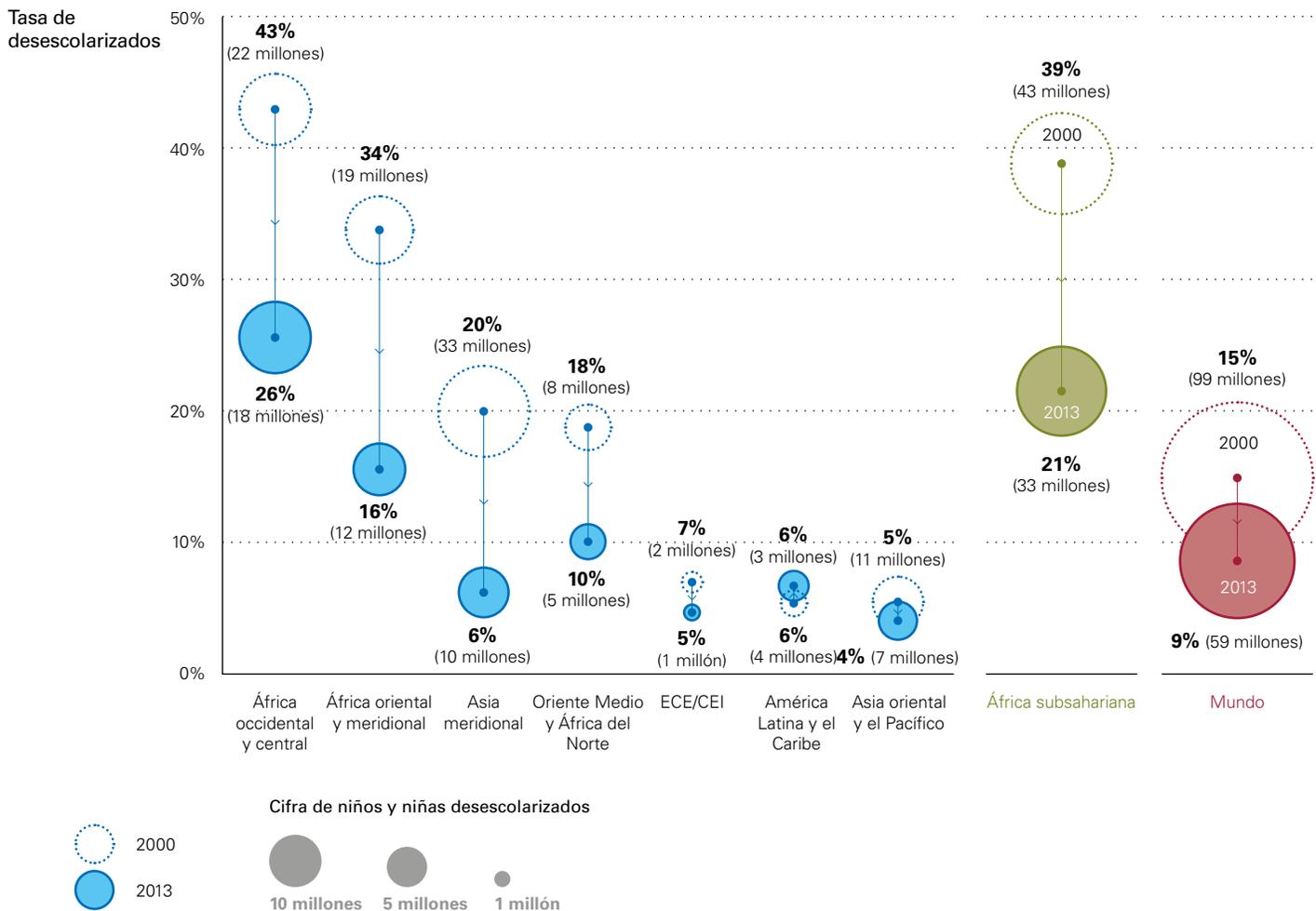
Para trazar el mapa del camino a la participación universal en la educación primaria y secundaria, junto con un aprendizaje eficaz para todos, lo primero es ubicar a los niños y niñas rezagados. Los que quedan excluidos de las oportunidades de aprender suelen enfrentar múltiples formas de desventaja. Las niñas pobres que viven en zonas rurales son por lo general las que menos acceso tienen a la educación¹³². La discriminación por causa del origen étnico o de la discapacidad también puede ocasionar desventajas y carencia de servicios para la infancia.

Algunos niños desescolarizados jamás pisan un aula. Muchos niños –en especial los que proceden de los hogares más pobres– llegan a clase el primer día sin estar preparados para prosperar en la escuela¹³³. En su paso por el sistema educativo, algunos lo abandonan

GRÁFICO 2.1

Más de la mitad de los 59 millones de niños que están desescolarizados viven en África subsahariana

Número de niños en edad de cursar la enseñanza primaria que están desescolarizados en las regiones de UNICEF y en África subsahariana

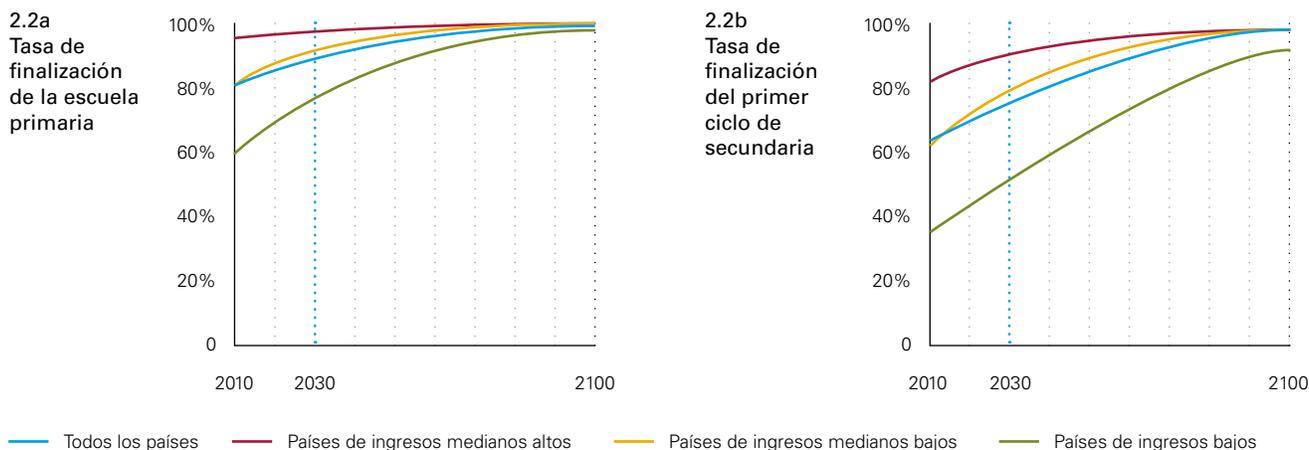


Fuente: Análisis de UNICEF basados en información de la base de datos mundial del Instituto de Estadística de la UNESCO, 2015.

GRÁFICO 2.2

Si persisten las tendencias actuales, el mundo estará muy lejos de lograr la educación primaria y secundaria para todos en 2030

Tasas proyectadas de finalización de la escuela primaria por grupo y nivel de ingresos, 2010-2100

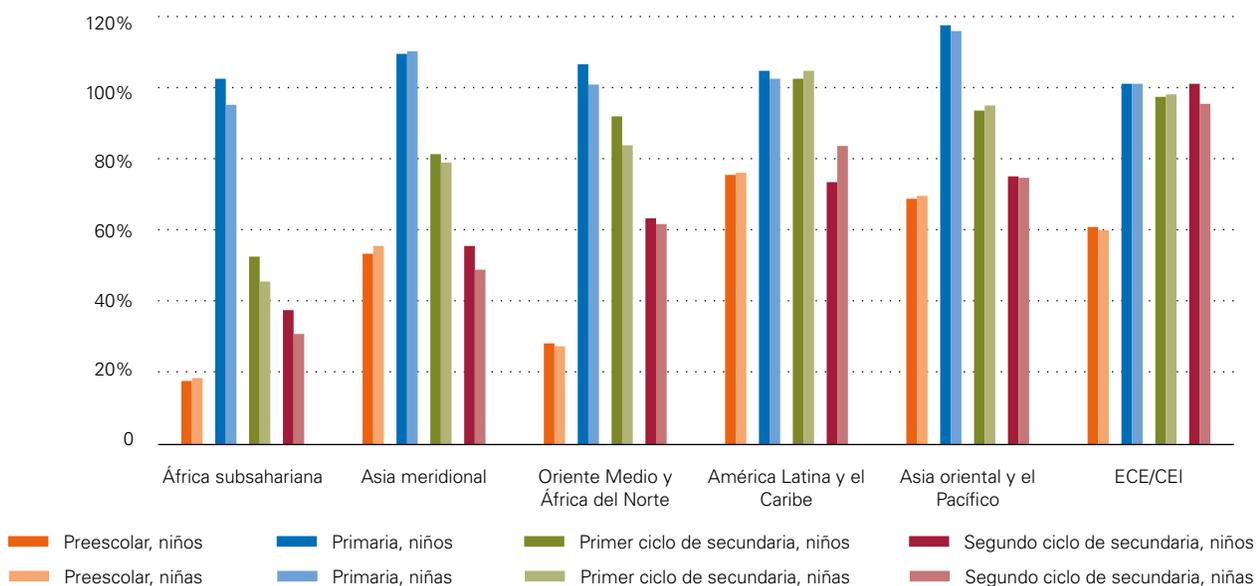


Fuente: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo*, 'How long will it take to achieve universal primary and secondary education?', nota de antecedentes del marco de acción sobre la agenda de educación después de 2015, UNESCO, París, mayo de 2015.

GRÁFICO 2.3

Muchas niñas y niños abandonan la escuela en la transición de un nivel educativo a otro

Tasa bruta de matriculación en la educación preescolar, primaria y secundaria, en cinco regiones de UNICEF y en África subsahariana, 2013



Fuente: Base de datos mundial del Instituto de Estadística de la UNESCO, 2015.

mucho antes de haber finalizado la escuela primaria. Para muchos otros, la transición desde la enseñanza primaria al primer ciclo de enseñanza secundaria, o desde el primer al segundo ciclo de la secundaria continúa siendo un obstáculo insuperable (véase el gráfico 2.3).

Las desventajas en materia educativa pueden deberse a muchas razones. En China, por ejemplo, la migración desde los distritos rurales a los centros urbanos influye en que un niño tenga o no acceso a la educación¹³⁴. Si vive en la ciudad pero continúa inscrito en una zona rural, sus derechos educativos pueden quedar gravemente mermados.

La pobreza también es parte importante de la ecuación. Los efectos de la pobreza en la educación comienzan pronto, porque, en cualquier país, los niños más pobres son los menos tendientes a beneficiarse de los programas de enseñanza para la primera infancia¹³⁵. Y las desventajas continúan. En África subsahariana, casi el 60% de los jóvenes de entre 20 y 24 años del quintil más pobre de la población ha recibido menos de cuatro años de escolarización; en cambio, en el quintil más rico, sólo un 15% han tenido menos de cuatro años de escolarización¹³⁶. En Egipto y la República Unida de Tanzania, el hecho de ser pobre duplica el riesgo de quedar excluido de la educación básica en comparación con la media nacional. Para las mujeres pobres de ambos países el riesgo es aún mayor¹³⁷.

En los últimos años, las disparidades en las tasas de asistencia que se asocian al nivel de riqueza han disminuido en muchos países debido al aumento de matriculación en la escuela primaria¹³⁸. No obstante, aunque los niños de los hogares más pobres tienen hoy más probabilidades de ingresar en la escuela, también tienen más probabilidades que sus compañeros más aventajados de abandonarla¹³⁹.

LA EDUCACIÓN NO CONSISTE
SÓLO EN ASISTIR A LA ESCUELA;
APRENDER ES LO QUE CUENTA.

En el Pakistán hay más de 5,6 millones de niños en edad de cursar la enseñanza primaria desescolarizados¹⁴⁰. Existen también grandes desfases en la asistencia y la permanencia ligados al nivel de riqueza (véase el gráfico 2.4). Los niños del quintil más rico de la población reciben una media de casi nueve años más de escolarización que los niños del quintil más pobre. Las desventajas por razón del género magnifican este desfase asociado a la riqueza entre las niñas más pobres; las disparidades regionales también influyen. Pese a los progresos logrados en el Pakistán en la finalización de la escuela primaria, hay algunos grupos que han quedado rezagados, en especial las niñas pobres de zonas rurales¹⁴¹.

El análisis de los itinerarios educativos ayuda a determinar en qué puntos de la progresión escolar de los niños se intensifican las disparidades. En Nigeria, las disparidades comienzan pronto. Según datos de 2013, menos de una tercera parte de los niños nigerianos pobres de entre 15 y 17 años habían ingresado en la escuela primaria a la edad adecuada, mientras que sí lo hicieron casi todos los niños procedentes de hogares más ricos (véase el gráfico 2.5). Este desfase continúa aumentando al iniciarse cada nivel educativo, a medida que más y más niños pobres abandonan la escuela. Al inicio del segundo ciclo de la educación secundaria sólo un 7% de los niños pobres ingresan en la escuela, en comparación con el 80% de los niños más ricos.

La equidad y los resultados en el aprendizaje

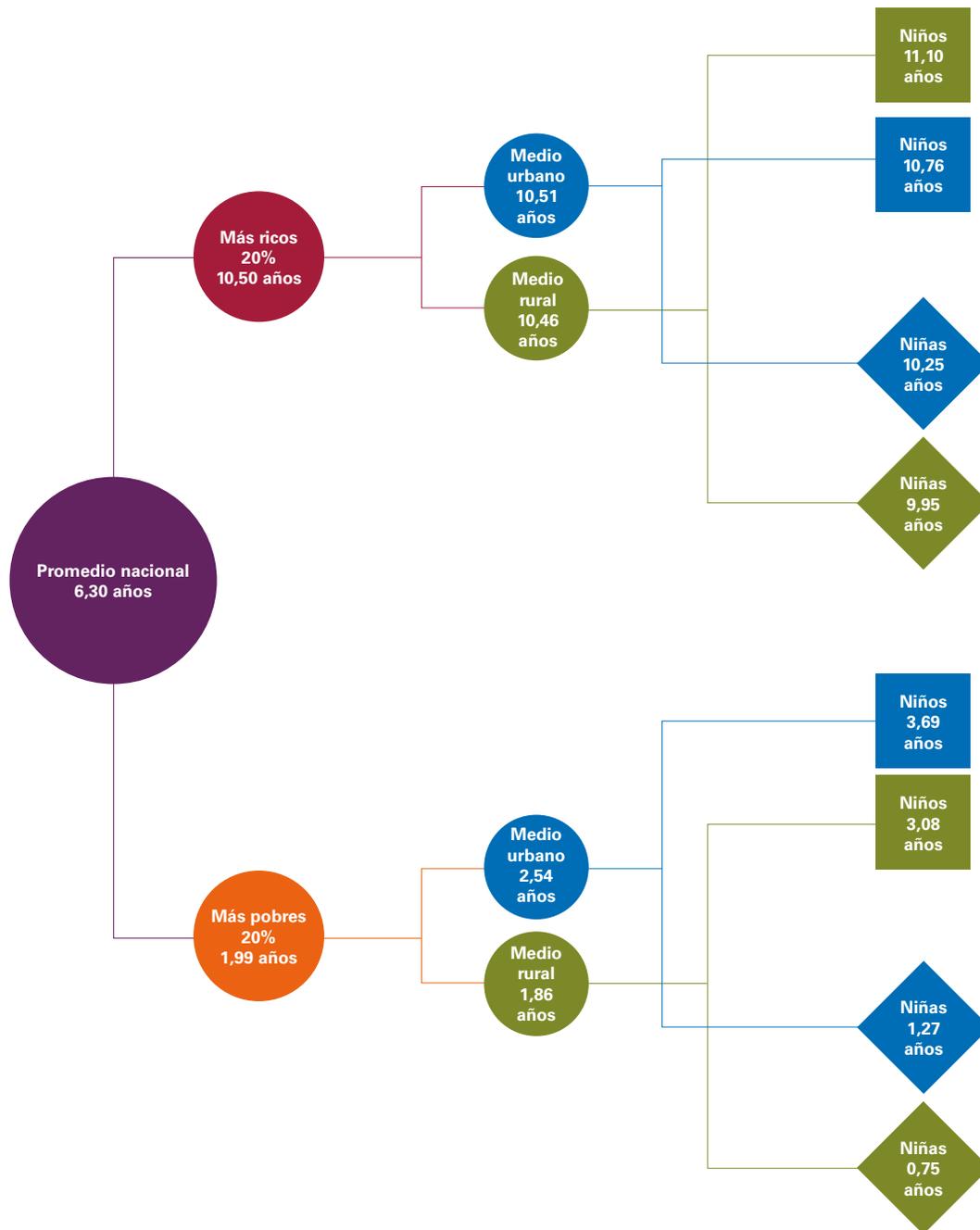
La educación no consiste sólo en asistir a la escuela; aprender es lo que cuenta. Pero las evaluaciones de los conocimientos y las destrezas que los niños adquieren en la escuela indican que los sistemas educativos han fracasado con millones de niños. En todo el mundo, casi 250 millones de niños en edad de cursar la educación primaria –lo que equivale a más de una tercera parte de los 650 millones de niños en este grupo de edad– no dominan las habilidades básicas alfabéticas y numéricas, según una estimación de 2013¹⁴². De estos niños, unos 130 millones siguen careciendo de estas destrezas tras haber asistido a la escuela durante al menos cuatro años.

Las deficiencias de aprendizaje comienzan pronto en la vida, en ocasiones incluso antes

GRÁFICO 2.4

En el Pakistán, el nivel de educación logrado depende del género, el lugar de residencia y el nivel de ingresos

Promedio de años de escolarización de los jóvenes de entre 20 y 24 años del Pakistán, 2013



Nota: No es un gráfico a escala.

Fuente: Informe de Seguimiento de la Educación en el Mundo, base de datos sobre la desigualdad en la educación en el mundo (WIDE), datos de una encuesta sobre demografía y salud de 2013.

GRÁFICO 2.5

En Nigeria, el nivel de riqueza, el género y el lugar de residencia inciden en la educación

Nivel educativo que alcanzan los adolescentes en edad de cursar el segundo ciclo de secundaria por sexo, residencia y quintiles de riqueza, 2013



Nota: Debido al redondeo, algunos totales podrían no coincidir con la suma de las cifras.

Fuente: Análisis de UNICEF basado en la encuesta DHS de Nigeria de 2013.

de comenzar la escuela primaria. En 28 países o zonas que cuentan con datos, menos de la mitad de los niños de entre 3 y casi 5 años poseían en 2014 el nivel de alfabetización y aritmética que corresponde a su edad¹⁴³.

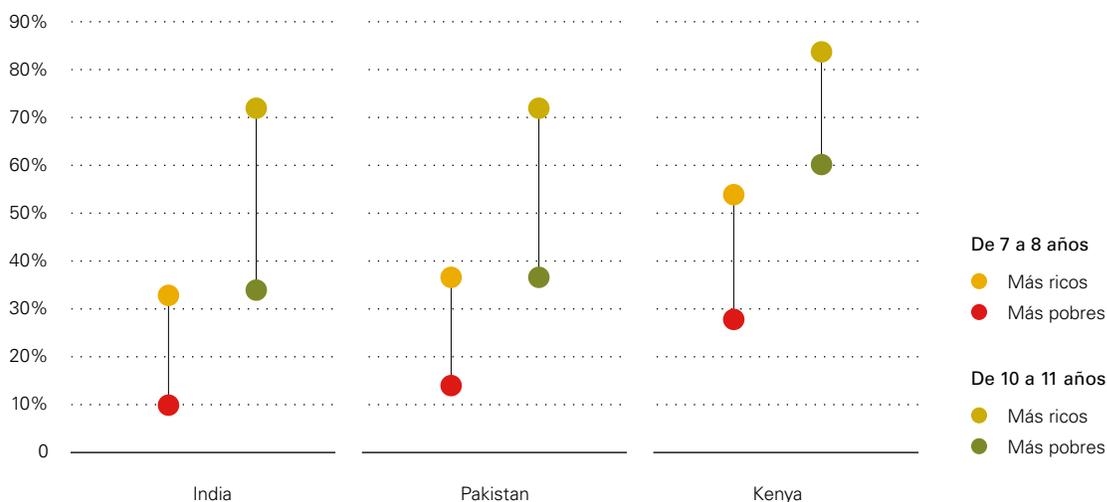
La falta de aprendizaje en la primera infancia es motivo de preocupación por diversas razones. En los primeros años y durante la escuela primaria, los niños adquieren los conocimientos básicos que les permiten desarrollar aptitudes para la solución de problemas, para prosperar en la escuela secundaria y, más tarde, para tener éxito en el mercado laboral.

Las experiencias en el hogar son determinantes para el éxito en el aprendizaje. Mientras que más de la mitad de los niños de entre 3 y casi 5 años de la mayoría de los países participan con un adulto en actividades didácticas en el hogar, menos de la mitad disponen de tres libros o más en el hogar¹⁴⁴. Los resultados de aprendizaje también se relacionan con los diversos tipos de ventajas y desventajas que enfrenta la infancia. Las pruebas indican que la pobreza es a menudo la causa de un rendimiento escolar deficiente en los niños (véase el gráfico 2.6). Ya desde muy pequeños, incluso antes de cumplir los 5 años, los niños de los hogares pobres son más proclives a presentar retrasos en alfabetización y aritmética¹⁴⁵. En la India, el hecho nacer en los hogares más pobres conlleva una "penalización" de aprendizaje en comparación con los niños de los hogares más prósperos. Esta penalización se incrementa entre los 7 y los 11 años, llegando a un desfase del 19% en la capacidad de restar de los estudiantes¹⁴⁶.

GRÁFICO 2.6

Los desfases en las habilidades aritméticas básicas asociadas al nivel de riqueza comienzan pronto y persisten a lo largo del tiempo

Porcentaje de niños que son capaces de restar, por edad, 2012



Nota: Mientras que los niños hindúes y keniatas debían haber finalizado el segundo grado con 8 años, los niños pakistaníes debían haber finalizado el tercer grado con esa misma edad.

Fuente: Datos de 2012 procedentes del ASER (Informe anual sobre el estado de la educación) de la India, del ASER del Pakistán, y de la encuesta Uwezo Kenya, tomados de Rose, Pauline, y Benjamin Alcott, How can education systems become equitable by 2030?: Artículos de reflexión del DFDI - Aprendizaje y equidad, Departamento del Reino Unido para el Desarrollo Internacional, Londres, agosto de 2015.

RECUADRO 2.1 EL CEREBRO EN DESARROLLO: UNA VENTANA DE OPORTUNIDAD PARA EL APRENDIZAJE EN LOS PRIMEROS AÑOS

Mucho antes que el niño pise por primera vez un aula, las inequidades pueden dejar una impronta duradera en la arquitectura de su cerebro.

Investigaciones recientes acerca del desarrollo del cerebro arrojan nueva luz sobre la influencia formativa de las experiencias vividas en la primera infancia. En los primeros años de vida, el cerebro del niño genera entre 700 y 1.000 nuevas conexiones neuronales por segundo, un ritmo que después decrece. Estas primeras conexiones son la base sobre la que se construyen las conexiones posteriores.

Los recientes estudios revelan que la nutrición, la atención de la salud y la interacción entre los niños y sus cuidadores pueden contribuir al desarrollo del cerebro durante la primera infancia. Las conversaciones, la repetición y la conexión de palabras en contextos significativos, además de una exposición temprana a la alfabetización por medio de la lectura y los juegos, se relacionan con el fomento de habilidades lingüísticas.

Por el contrario, la exposición frecuente en la primera infancia a situaciones de estrés crónico como, por ejemplo, la privación

nutricional y la violencia, puede afectar al niño dañando neuronas de zonas que están relacionadas con el aprendizaje y el desarrollo emocional. En otras palabras, estas privaciones afectan al desarrollo del cerebro. Las experiencias negativas en la vida de un niño a menudo se manifiestan más tarde en forma de dificultades en el aprendizaje, en el desarrollo emocional y en la gestión de la ansiedad.

Dado que los primeros años de vida de un niño afectan de manera tan notable al desarrollo del cerebro, la primera infancia ofrece una ventana de oportunidad fundamental para romper los ciclos intergeneracionales de inequidad. Los cuidados, la nutrición y la estimulación en la primera infancia pueden impulsar el desarrollo cerebral, fortalecer la capacidad de aprendizaje de los niños y fomentar su resistencia psicológica y su flexibilidad para adaptarse a los cambios.

Las intervenciones en los primeros años pueden incluso afectar al nivel de ingresos en el futuro. Hay investigaciones que demuestran, por ejemplo, que prevenir la subnutrición en la primera infancia deriva más adelante en la vida del niño en un aumento de sus ingresos por hora del 20% como mínimo.

Fuentes: El Banco Mundial, *Informe del desarrollo mundial 2015: Mente, sociedad y conducta*, Washington, D.C., 2015, Capítulo 5. Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Harvard, 'Brain Architecture', <<http://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/brain-architecture>>, consultado el 15 de marzo de 2016. Lake, Anthony, y Margaret Chan, 'Putting science into practice for early child development', *The Lancet*, vol. 385, n° 9980, 2014, págs. 1816–1817. Instituto internacional de investigación sobre políticas alimentarias, *Global Nutrition Report 2014: Actions and accountability to accelerate the world's progress on nutrition*, Washington, D.C., 2014.

Cuando además de las desventajas relacionadas con el nivel económico, los progenitores no han recibido una educación, la situación empeora, en especial para las niñas de corta edad. En la India, ya a los 11 años, los niños y niñas provenientes de los hogares más ricos y cuyos progenitores recibieron instrucción van mucho más adelantados en la escuela que los restantes niños. Los niños y niñas más aventajados tienen cerca de 6 veces más probabilidades de adquirir las aptitudes básicas de alfabetización y aritmética que las niñas de los hogares más pobres cuyos progenitores no fueron a la escuela¹⁴⁷.

Si bien las pruebas son aún escasas y fragmentadas, cada vez hay más investigaciones que parecen corroborar este patrón de diferencias substanciales en los indicadores clave del aprendizaje entre los niños de los hogares más pobres y más ricos. Los estudios practicados en 5 países de América Latina hallaron desfases en los resultados de las pruebas estandarizadas de competencia lingüística relacionados con el nivel de riqueza. Estos desfases son ya manifiestos a la edad de 3 años, y no hay indicios de que los niños se recuperen al ingresar en la escuela¹⁴⁸.

Las deficiencias continúan a medida que el niño progresa en las distintas etapas escolares. En América Latina, una evaluación practicada a escala regional, mostraba que una cuarta parte de los estudiantes de tercer grado eran incapaces de reconocer frases básicas o localizar información en un texto sencillo¹⁴⁹. En las escuelas rurales de la India, un estudio practicado en 2014 reveló que apenas la mitad de los niños de quinto grado eran capaces de leer un texto básico de 2° curso. En cuanto a las destrezas numéricas, la mitad de los alumnos de quinto grado no sabían restar cifras de dos dígitos, y sólo cerca de una cuarta parte sabían resolver una división básica¹⁵⁰.

Las mismas cuestiones se dan en otros países. En Uganda, pese al éxito registrado en cuanto a la matriculación, sólo algo más de la mitad de los niños de quinto grado podían leer una historia para estudiantes de segundo grado, según los resultados de una evaluación practicada en 2012. En Kenya, una tercera parte de los niños de quinto grado no sabían resolver problemas de cálculo dirigidos a niños de segundo grado. Tampoco alrededor del 10% de los estudiantes de octavo grado fueron capaces de llevar a cabo estas tareas, según una evaluación de 2012¹⁵².

Y en la enseñanza secundaria, las pruebas de evaluación internacional de estudiantes apuntan unos niveles de aprendizaje desesperantemente bajos en muchos países de ingresos medianos y bajos. En la prueba más reciente del Programa de Evaluación Internacional de Estudiantes (PISA), dos tercios o más de los estudiantes de secundaria de Argentina, Brasil, Colombia, Indonesia, Jordania, Perú, Qatar y Túnez presentaban un rendimiento inferior al nivel 2, que es un marcador del nivel mínimo de referencia en matemáticas. Sólo en menos del 1%, el rendimiento académico se situaba en los dos niveles superiores, en comparación con el promedio de los países de ingresos altos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), donde el 23% de los estudiantes registraron un rendimiento bajo y el 13% un rendimiento situado en los niveles máximos¹⁵³.

Pruebas procedentes de estudios practicados en América Latina ponen de manifiesto la interacción entre la inequidad y los niveles bajos de rendimiento académico. Según la investigación del Banco Interamericano de Desarrollo sobre las puntuaciones del PISA de 2012, el desfase medio entre estudiantes de la misma edad más pobres y más ricos era equivalente a dos años de escolarización¹⁵⁴.

Estos fracasos en el aprendizaje repercuten en el futuro de los niños y en la prosperidad del país. Muchos sistemas educativos no cumplen su misión de dotar a los niños de las destrezas que precisan para convertirse en adultos profesionalmente productivos y contribuir al desarrollo social y al crecimiento económico. Los costes de esta falta de alineación entre las aptitudes y los empleos son visibles en muchas partes del mundo.

Según la Organización Internacional del Trabajo, en las economías de ingresos bajos, la proporción de jóvenes trabajadores que tienen una formación insuficiente es del triple que en las economías de ingresos medianos altos. En África subsahariana, tres de cada cinco jóvenes trabajadores no poseen el nivel educativo que precisan para desempeñar sus trabajos¹⁵⁵. Las encuestas a los empleadores practicadas en Oriente Medio y África del Norte revelan una profunda discordancia entre las aptitudes que se enseñan en la escuela y las que demandan las empresas modernas¹⁵⁶. Este desfase es uno de los motivos de que en esta región, los niveles de desempleo sean persistentemente elevados entre jóvenes que han recibido una educación. Y es un problema que afecta a jóvenes de todo el mundo.

EN LOS PAÍSES DE LA OCDE,
UNO DE CADA CINCO JÓVENES
NO FINALIZA LA EDUCACIÓN
SECUNDARIA.

Así es como la Comisión de alto nivel para la educación de calidad para todos en América Latina resume este problema: “Sin mejoras significativas en los niveles de aprendizaje, los crecientes niveles de escolaridad difícilmente se traducirán en las mejoras en calidad de vida a las que aspiran los ciudadanos latinoamericanos¹⁵⁷”.

Los países de ingresos altos también enfrentan desafíos en materia de aprendizaje. Debido al aumento en el número de niños que participan en la educación en los países de la OCDE, el 80% de los jóvenes finalizan la educación secundaria superior, y un 25% la educación terciaria¹⁵⁸. No obstante, en los países de la OCDE, uno de cada cinco jóvenes no finaliza la educación secundaria, de modo que ingresan en la edad adulta enfrentando un panorama de marginación, empleos menos seguros y salarios inferiores¹⁵⁹. Este desfase educativo va generando desigualdades cada vez mayores en cuanto a los ingresos y oportunidades, que impiden la creación de unas sociedades más incluyentes¹⁶⁰.

Para los gobiernos, abordar el problema en su origen –en el seno de los sistemas educativos– es la forma más eficaz de asegurar que los niños y los jóvenes adquieran las destrezas y las competencias que precisan. Se están poniendo en marcha medidas encaminadas a aminorar los desfases en materia de aprendizaje. En Túnez, por

Educación: nivelar el terreno de juego

>> La educación en las situaciones de emergencia y las crisis prolongadas

ejemplo, el Gobierno ha emprendido un importante proceso de reforma para mejorar el rendimiento de los niños en la escuela y un programa integral dirigido a los niños desescolarizados¹⁶¹.

Al mismo tiempo, muchos jóvenes viven con las consecuencias de fracasos anteriores del sistema educativo. En 2012, el *Informe de Seguimiento de la Educación en el Mundo* de la UNESCO concluyó que 200 millones de jóvenes de entre 15 y 24 años habían salido de la escuela sin haber adquirido las destrezas básicas. Para abordar estas deficiencias, será necesario invertir en la educación de "segunda oportunidad" y en la capacitación práctica para adolescentes y adultos jóvenes por medio de alianzas entre los gobiernos y el sector privado¹⁶².

La educación en las situaciones de emergencia y las crisis prolongadas

Cada vez más, las emergencias complejas y las crisis prolongadas impiden realizar el derecho a la educación. Estas emergencias no sólo interrumpen las vidas y la educación de los niños, sino que les cierran las puertas a la educación durante toda la infancia, o incluso durante toda la vida. Si bien los conflictos armados, las epidemias o los desastres naturales pueden destrozarse la vida de cualquier niño, los niños más pobres y desventajados son siempre los más vulnerables.

Las emergencias humanitarias y las crisis prolongadas pueden interrumpir la educación. Alrededor de 75 millones de niños de entre 3 y 18 años en 35 países tienen una desesperada necesidad de recibir educación, según un informe reciente. De estos niños, 17 millones son refugiados, desplazados internos, o forman parte de otra población frágil (véase el recuadro 1.2)¹⁶³. En particular, las niñas que viven en contextos afectados por un conflicto tienen 2,5 veces más probabilidades de estar desescolarizadas que las que viven en entornos más pacíficos¹⁶⁴.

Dos niños transportan leña en la aldea de Kafar Batna, Damasco Rural, República Árabe Siria.

© UNICEF/UN06854/AI Shami



En las situaciones de conflicto, la educación es a menudo blanco de ataque directo o indirecto; los conflictos destruyen las escuelas y ponen en peligro las vidas de profesores y estudiantes¹⁶⁵. Un estudio practicado por la Coalición Mundial para proteger la educación de ataques documentó miles asaltos a estudiantes, docentes e instituciones en 70 países a lo largo de un periodo de cinco años hasta 2013¹⁶⁶. Los incidentes incluían bombardeos, secuestros, detenciones ilegales, torturas y asesinatos de estudiantes y profesores¹⁶⁷.

Los ejemplos concretos son numerosos. En Nigeria, el grupo armado Boko Haram secuestró a cientos de mujeres y niñas en los graves ataques perpetrados en 2014. Entre 2012 y 2014, el grupo mató a 314 niños en escuelas del nordeste de Nigeria¹⁶⁸. Desde el comienzo de la insurgencia de este grupo hasta finales de 2015 habían muerto más de 600 profesores y más de 1.200 escuelas habían resultado destruidas o dañadas¹⁶⁹.

RECUADRO 2.2 EL EFECTO DESTRUCTIVO DE LOS CONFLICTOS ARMADOS EN LA EDUCACIÓN

Los conflictos tienen efectos inmediatos, y con frecuencia letales, en la vida de los niños. Además, frenan la marcha de los sistemas educativos que deberían seguir operando para ayudarles a lograr el pleno desarrollo de sus capacidades. Las recientes experiencias vividas en la República Árabe Siria han demostrado que los conflictos pueden detener e incluso revertir el progreso en materia de educación.

En 2010, antes de comenzar la crisis actual, estaban matriculados en la escuela casi la mitad de todos los niños del país en edad de cursar la enseñanza primaria y el 90% de los niños en edad de cursar la enseñanza secundaria. Cinco años después había en la República Árabe Siria cerca de 2,1 millones de niños de entre 5 y 17 años desescolarizados, además de cerca de 700.000 niños sirios refugiados –la mitad de la población refugiada en edad de asistir a la escuela– desescolarizados en países vecinos.

Más de la mitad de los casi 4,6 millones de refugiados que han huido del conflicto son niños, muchos de los cuales enfrentan ahora un futuro exento de la esperanza que la educación aporta. Los estados vecinos han hecho todo lo posible por acoger esta afluencia de personas. Con el apoyo de donantes, el Gobierno del Líbano ha puesto en marcha un innovador sistema de dos turnos en las escuelas públicas, que ha permitido acomodar a grandes cantidades de niños refugiados desescolarizados. Cerca de 150.000 niños refugiados han accedido de este modo al sistema de educación pública del Líbano.

Aun así, sigue habiendo un enorme desfase entre las necesidades educativas de los niños refugiados sirios y las oportunidades

de aprendizaje de que disponen. El idioma en que se imparte la enseñanza es un factor importante que les impide proseguir su educación. Además, en la mayoría de los países donde acuden los refugiados, el sistema público no contrata a profesores sirios.

Pero la República Árabe Siria no es el único lugar donde los conflictos interrumpen la educación. En Gaza, cerca de 500.000 niños no pudieron regresar a las aulas al comenzar el curso académico 2014–2015, debido a los daños ocasionados en la infraestructura escolar. Para agosto de 2015, en el Yemen, miles de escuelas habían tenido que cerrar debido al conflicto, lo que dejó sin educación a 1,8 millones de niños, además de los 1,6 millones que ya estaban desescolarizados antes de intensificarse la violencia en el país. En el Sudán, una guerra que ya dura décadas en algunas zonas ha privado de la enseñanza a más de 3 millones de niños. Los conflictos armados de la República Centroafricana, la República Democrática del Congo y Sudán del Sur han estancado el progreso en zonas que ya de por sí padecían deficiencias educativas crónicas.

En la República Democrática del Congo, país afectado por el conflicto desde 1993, hay más de 3,5 millones de niños en edad de cursar la enseñanza primaria desescolarizados. Pese a ello, datos recientes indican que el nivel de asistencia a la escuela primaria ha aumentado de forma constante, desde el 51% en 2001 al 87% en 2013. Entretanto, los desfases de asistencia entre varones y niñas, entre los niños que viven en zonas urbanas y zonas rurales, y entre los de los hogares más ricos y más pobres han ido disminuyendo.

Fuentes: Instituto de Estadística de la UNESCO y Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas, *Fixing the Broken Promise of Education for All: Findings from the Global Initiative on Out-of-School Children*, UIS, Montreal, 2015, pág. 49.

Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas, *Syria Crisis Education Strategic Paper*, documento de sesión para la conferencia de Londres de 2016, UNICEF, Nueva York, enero de 2016, pág. 1.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Análisis de la situación del sector educativo, noviembre y diciembre de 2015; en el sitio web de respuesta regional a la situación de refugiados de Siria <http://data.unhcr.org/syrianrefugees/country.php?id=122>, consultado el 12 de enero de 2016.

Oficina Regional para Oriente Medio y África del Norte del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Education under Fire: How conflict in the Middle East is depriving children of their schooling*, UNICEF, Ammán, 3 de septiembre de 2015, pág. 6.

Alianza mundial por la Educación, página de la República Democrática del Congo, <<http://www.globalpartnership.org/country/democratic-republic-of-congo>>, consultado el 8 de abril de 2016.

MICS de 2001 y 2010; DHS de 2007 y 2013–2014.

Educación: nivelar el terreno de juego

>> La educación en las situaciones de emergencia y las crisis prolongadas

Profesores y niños también han sido víctimas de ataques, secuestros y asesinatos en el Yemen, la República Árabe Siria y muchos otros países. Sólo en 2014 se produjeron 163 ataques a escuelas del Afganistán, a 9 escuelas de la República Centroafricana y a 67 escuelas del Iraq¹⁷⁰.

Los conflictos que empujan a los niños y las familias a abandonar sus hogares suelen abocarles a un estado de desplazamiento perpetuo. A finales de 2014, la mitad de los refugiados llevaban más de 10 años exiliados, y como mínimo la mitad de los desplazados internos tenían una alta probabilidad de pasar tres años o más en el desarraigo¹⁷¹. Para estas personas, el desplazamiento se ha convertido en la nueva normalidad.

Pero no son los conflictos lo único que ocasiona crisis prolongadas en las vidas de los niños. El cambio climático representa otro peligro, cada vez mayor, que exacerba los riesgos asociados a las sequías y las inundaciones. Los desastres relacionados con el clima son una amenaza a la vida de los niños y trastornan su proceso educativo, generando condiciones que los hacen más vulnerables al maltrato, el abandono, la trata de seres humanos y el trabajo infantil¹⁷².

Estos desastres también pueden causar daños graves en la infraestructura escolar. Por ejemplo, cuando el ciclón Pam azotó Vanuatu en 2015, afectó a cerca de un 80% de las escuelas. Algunas resultaron dañadas y otras fueron transformadas en centros de evacuación¹⁷³. Este problema es una constante en toda la región del Pacífico, donde muchas escuelas situadas en estados isleños se hallan inevitablemente cerca de zonas costeras. En toda la región, el cambio climático y las emergencias de índole climática han sido un obstáculo a los esfuerzos emprendidos por proveer oportunidades de aprendizaje de calidad a la infancia¹⁷⁴.

A pesar de los desafíos que plantean los conflictos y el cambio climático, la educación representa una pequeña proporción de las peticiones de asistencia humanitaria, y de ellas sólo una mínima parte reciben financiación. Menos del 2% de los fondos recaudados en los llamamientos de ayuda humanitaria se destinaron a la educación en 2013¹⁷⁵. Esta cifra sugiere que en los contextos humanitarios, la educación no se considera una prioridad; un punto de vista que, sorprendentemente, contradice las aspiraciones de los progenitores y los niños afectados por las crisis¹⁷⁶. Para ellos, reanudar la escuela puede ayudarles recobrar una cierta sensación de seguridad, de normalidad y, sobre todo, de esperanza en un futuro mejor.

El problema de fondo es que los mecanismos de ayuda no están muy en consonancia con las necesidades reales. No es posible financiar la educación de unos niños que enfrentan una perspectiva de desplazamientos a largo plazo mediante llamamientos de emergencia a corto plazo, que invariablemente reciben pocos fondos. Es necesario acompañar la respuesta rápida con una financiación a largo plazo. Se necesita un enfoque holístico que salve la brecha entre la intervención de los expertos en desarrollo y la respuesta humanitaria. Si se vinculan los esfuerzos humanitarios y de desarrollo, los programas de educación en contextos de emergencia o posteriores a emergencias podrán brindar a los niños la oportunidad de recuperarse y de tener una vida productiva, pacífica y plena.

Nyden Khot Gatkwoth, de 10 años, y su hermano Chuol, de 12, asisten junto a un amigo al espacio provisional de aprendizaje creado con ayuda de UNICEF en el centro de protección de civiles de Bor, Sudán del Sur.

© UNICEF/UN010064/Rich



Los beneficios de una educación de calidad

Las inequidades que niegan a los niños el derecho a una educación de calidad desde la primera infancia hasta la adolescencia pueden atrapar a los jóvenes en empleos poco cualificados, mal remunerados e inseguros, una situación que frena el crecimiento económico y estimula la inequidad.

Los cambios demográficos ponen de relieve la importancia de educar a todos los niños, especialmente a los que han sido excluidos. En los próximos 15 años, la población de 15 a 24 años de edad aumentará en todo el mundo hasta llegar a casi 100 millones. La mayor parte de esta cohorte estará en Asia y África¹⁷⁷.

Si continúan las tendencias actuales hasta el año 2030, la educación de mala calidad y los altos niveles de inequidad en el acceso a la escuela, dos factores que comprometen las perspectivas de empleo en el futuro de los jóvenes y el crecimiento económico de sus países, pueden también amenazar la estabilidad y la cohesión social de estos últimos. De hecho, en muchos países de ingresos bajos y medianos, las crecientes disparidades en materia de educación entre los diferentes grupos sociales han agravado ya la probabilidad de que se produzcan conflictos¹⁷⁸.

Por el contrario, si esta población cada vez más creciente entra en la edad adulta con los conocimientos necesarios para establecer medios de vida seguros y tomar decisiones positivas, los efectos podrían tener un carácter transformador a escala social y económica¹⁷⁹.

Una educación equitativa y de buena calidad sirve para generar oportunidades y romper los ciclos intergeneracionales de la inequidad: como promedio, cada año adicional de educación que recibe un niño aumenta sus ganancias en aproximadamente un 10% cuando se convierte en adulto. Y por cada año adicional de escolarización de los jóvenes de un país, su tasa de pobreza se reduce en una media de un 9%¹⁸⁰. Los beneficios de la educación son más altos en los países de bajos ingresos y de ingresos bajos y medianos¹⁸¹.

Algunos de los beneficios más elevados están asociados con la educación de las niñas. La escolarización capacita a las niñas más adelante en sus vidas para buscar una mejor atención de la salud durante el embarazo, el parto y en los primeros años de la vida de sus hijos. Los resultados se reflejan en unos niveles más bajos de mortalidad de menores de 5 años, una reducción de la fecundidad, una mejora en las prácticas de atención de la

Educación: nivelar el terreno de juego

>> Llegar a los niños por medio del proceso de aprendizaje

LAS COMPETENCIAS BÁSICAS
UNIVERSALES TAMBIÉN PUEDEN
LOGRAR QUE EL CRECIMIENTO
ECONÓMICO SEA MÁS INCLUSIVO.

salud y un retraso en la edad en que se contrae matrimonio y se inicia la maternidad¹⁸². Los niños –especialmente las niñas– de madres que han recibido una educación tienen más probabilidades de asistir a la escuela, lo que da como resultado la aparición de un ciclo de oportunidades que se extiende a lo largo de generaciones enteras. También hay pruebas de que la educación está asociada con mayores niveles de compromiso cívico y de participación en los procesos políticos¹⁸³.

La educación también puede ser una herramienta en la lucha contra determinadas violaciones de los derechos del niño, como el trabajo infantil, aunque poner fin a estas violaciones exige actuar en muchos frentes. Históricamente, el logro de la escolaridad obligatoria ha servido de impulso poderoso para acabar con el trabajo infantil. En los países que hoy en día son ricos, por ejemplo, este logro formó una parte esencial en el esfuerzo, en gran parte exitoso, encaminado a limitar la práctica del trabajo infantil a finales del siglo XIX y principios del XX¹⁸⁴. Respaldada por una combinación adecuada de medidas de lucha contra la pobreza y de estrategias para mejorar la calidad de las oportunidades de aprendizaje, la enseñanza obligatoria podría desempeñar un papel similar en la lucha por erradicar el trabajo infantil en los países de ingresos bajos, y de ingresos bajos y medianos, en el siglo XXI.

Los beneficios de la educación no son únicamente el producto de un aumento en los años de escolarización. Los resultados del aprendizaje también importan y tienen un efecto poderoso sobre las ganancias, la distribución del ingreso y el crecimiento económico a largo plazo¹⁸⁵. Si se pudiera educar en los países de ingresos bajos y medianos a todos los niños nacidos hoy en día para que alcanzaran un nivel básico de alfabetización y de aritmética, el PIB aumentaría 13 veces más durante el resto de sus vidas¹⁸⁶.

Las competencias básicas universales también pueden lograr que el crecimiento económico sea más inclusivo. Las disparidades en el acceso a una educación de calidad son uno de los elementos que determinan con más fuerza las disparidades en los ingresos a causa del efecto que el aprendizaje y las aptitudes tienen sobre la productividad, los salarios y el empleo. Reducir la brecha que existe en materia de aptitudes podría crear las condiciones para se produzcan unos patrones de crecimiento más equitativos, al mismo tiempo que incrementaría el volumen de la economía y reduciría la pobreza¹⁸⁷.

Llegar a los niños por medio del proceso de aprendizaje

Como se sugirió anteriormente en este capítulo, la educación de calidad comienza con las intervenciones en la primera infancia. Hay pruebas de que la educación en la primera infancia puede preparar a los niños de los hogares más desfavorecidos a tener un mejor desempeño cuando entran en la escuela primaria. Sin embargo, no todos los niños tienen acceso a este tipo de educación temprana (véase el gráfico 2.7).

En Cabo Verde, una evaluación de los niños que iniciaban la escuela primaria reveló una ventaja de 14 puntos porcentuales entre los niños que recibieron educación preescolar sobre los niños que no la recibieron¹⁸⁸. Una evaluación publicada en el año 2009 procedente de la Argentina encontró que haber asistido a la escuela preescolar tuvo un efecto positivo significativo en los resultados de las pruebas estandarizadas en español y matemáticas de tercer grado. También mejoró la atención, el esfuerzo, la disciplina y la participación en el aula. Y los beneficios de la educación preescolar para los niños procedentes de barrios con altos niveles de pobreza eran mayores que para otros niños argentinos¹⁸⁹.

Las intervenciones en la primera infancia que beneficiaron a los niños pobres de Bangladesh, Indonesia, el Estado Plurinacional de Bolivia y otros países muestran todos ellos buenos resultados en la reducción de las brechas de aprendizaje temprano¹⁹⁰. Desafortunadamente, las tasas de asistencia para la educación preescolar son más bajas en los países más pobres con los niveles más altos de pobreza infantil¹⁹¹.

Las intervenciones tempranas establecen por tanto una base para garantizar que todos los niños terminen la escuela y adquieran aptitudes y conocimientos esenciales. Pero la equidad en la educación requiere aún más. Exige un enfoque centrado en los niños que han quedado a la zaga *durante todo* el proceso del aprendizaje. Será preciso acelerar el progreso que logren estos niños si queremos que sus tasas de participación en la escuela y sus resultados en el aprendizaje se equiparen en 2030 con los de los niños más aventajados.

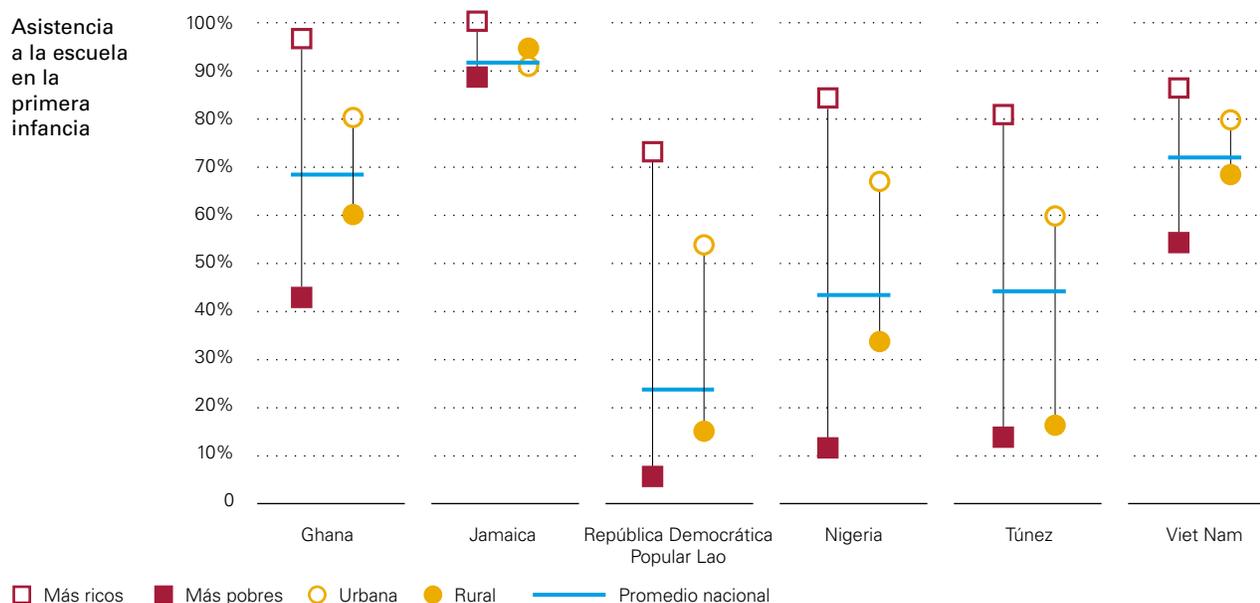
Esta aceleración puede asumir diversas formas, según el contexto nacional. En Filipinas, Senegal y Uganda, por ejemplo, hay grandes poblaciones desescolarizadas en los diferentes niveles de matriculación y terminación. En el caso de Senegal, aunque existen grandes disparidades en las tasas de terminación de la escuela primaria entre los diferentes grupos sociales, todos los grupos están muy lejos de la terminación universal. El reto es acelerar el progreso general con un avance rápido para los grupos desfavorecidos. Por el contrario, en Filipinas y Uganda, los niños de las familias más ricas y las regiones de mejor desempeño están cerca de la terminación universal de la enseñanza. Por lo tanto, los esfuerzos en estos países deberían concentrarse en los niños más pobres y más desfavorecidos (véase el gráfico 2.8).

Las disparidades en el acceso entre los diferentes grupos de niños y niñas dictan la tasa de progreso necesaria en cada grupo para lograr la terminación universal de la escuela primaria. Las necesidades de cada grupo, a su vez, tienen consecuencias de gran alcance en la manera en que los gobiernos formulan las políticas y asignan recursos a las regiones y las escuelas, así como a los propios niños. Para tener éxito, estas políticas deben combinar un compromiso con la equidad en las escuelas e iniciativas que aborden los factores determinantes de la inequidad que operan fuera de las aulas.

GRÁFICO 2.7

Las brechas de la educación en la primera infancia varían según la riqueza y el lugar de residencia

Asistencia a la escuela en la primera infancia por riqueza, residencia y media nacional



Nota: Los datos son para 2011, excepto en la República Democrática Popular Lao y en Túnez (2011-2012) y en Viet Nam (2013-2014).

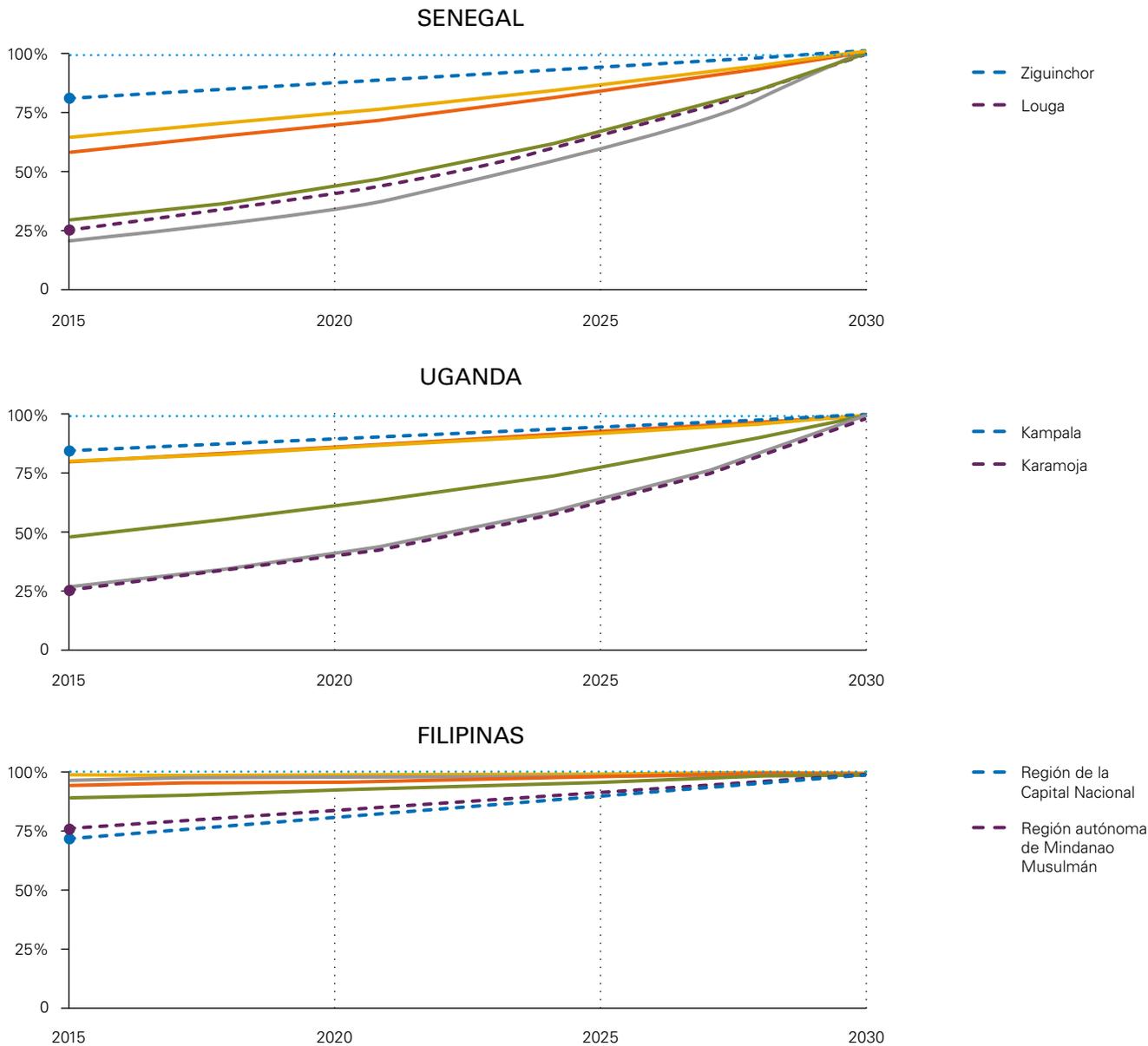
Fuente: Bases mundiales de datos de UNICEF, 2016.

GRÁFICO 2.8

Hay que acelerar el progreso de los niños menos adelantados

Tasa de aceleración necesaria para lograr la terminación universal de la escuela primaria, por antecedentes

— Más ricos — Más pobres — Urbana — Rural



Nota: Los cálculos utilizan el año de la encuesta y la tasa anual compuesta de cambio.

Fuente: Datos de las DHS, cálculos del Instituto de Desarrollo de Ultramar.

El programa “Llegar a los niños no escolarizados” de Bangladesh ilustra cómo las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales pueden elaborar estrategias innovadoras para llegar a los niños más desfavorecidos. Como parte del programa, las escuelas *Ananda* (Alegria en el aprendizaje) han ofrecido una segunda oportunidad en la educación a los niños de las zonas donde hay una pobreza elevada y las tasas de finalización de la escuela son reducidas. Mediante una combinación de métodos estructurados y no estructurados dirigidos a preparar a los estudiantes de 8 a 14 años para los exámenes de quinto grado, las escuelas inscribieron a más de 790.000 niños en 90 de los *upazilas* (subdistritos) más pobres del país entre 2005 y 2012, y lograron una tasa de aprobados del 83%¹⁹². El objetivo es llegar a 148 subdistritos en 2017.

Iniciativas como la de Bangladesh demuestran que la meta de llegar a los niños más aislados con una educación de calidad no depende simplemente de hacer más de lo mismo. Exige un compromiso para intentar llevar a cabo algo nuevo.

Desde Argentina a Zimbabwe se ponen a prueba y se amplían nuevos enfoques a la educación para satisfacer necesidades locales, nacionales y mundiales. Algunas innovaciones hacen uso de las nuevas tecnologías. EduTrac, por ejemplo, es un sistema de recolección de datos basado en el teléfono móvil con tecnología SMS para fomentar el flujo de información en tiempo real sobre los indicadores de educación en Uganda, entre otros países¹⁹³. En Sudán, por medio del sistema eLearning se utilizan tabletas electrónicas para instruir a los niños desescolarizados que viven en aldeas remotas del estado de Kordofán del Norte, donde no están disponibles los métodos tradicionales de educación¹⁹⁴. Otras innovaciones abordan el reto de la educación en situaciones de crisis con planes de estudios para el autoaprendizaje que ofrecen acceso a una educación alternativa con la orientación de los adultos.

Las actitudes y las normas culturales tendrán también que cambiar. En Montenegro, por ejemplo, se han desplegado esfuerzos a nivel nacional para cambiar las actitudes que bloquean el acceso a la educación de los niños con discapacidades. El mayor interés generado por este tema entre el público se atribuye parcialmente a una campaña intensiva de concienciación que comenzó en 2010¹⁹⁵. Una encuesta realizada en 2014 mostró que un 78% de los ciudadanos de Montenegro apoya la educación inclusiva¹⁹⁶.

LAS METAS EN FAVOR DE LA EQUIDAD PUEDEN PROPORCIONAR UN CONJUNTO CLARO DE PRIORIDADES CENTRADAS EN LOS NIÑOS QUE SUFREN LAS MAYORES DESVENTAJAS EDUCATIVAS DE UN PAÍS.

Metas en favor de la equidad

Para acelerar el progreso de aquellos niños a quienes resulta más difícil prestar beneficios, las políticas educativas nacionales pueden considerar establecer metas en favor de la equidad que estén calibradas según las circunstancias nacionales y orientadas a que todos los niños tengan una oportunidad justa para ir a la escuela y aprender. En el camino hacia los objetivos de 2030 para la educación sería también útil disponer de metas temporales, o “bases de partida”, en favor de la equidad.

Por ejemplo, los gobiernos podrían establecer un objetivo provisional de reducir a la mitad en 2022 las disparidades asociadas con la riqueza, el género, el origen étnico y la ubicación geográfica en el acceso a la educación en la primera infancia y la enseñanza primaria y secundaria. O podrían acordar una meta temporal para las niñas más pobres. También se podrían establecer otras metas provisionales similares para reducir las disparidades en los resultados del aprendizaje¹⁹⁷.

Las metas en favor de la equidad solamente pueden hacer mella si están basadas en la reforma de las políticas, y superar las brechas en la participación en la escuela exigirá disponer de datos detallados sobre quién está fuera de la escuela o en riesgo de deserción. Algunas metas en favor de la equidad se pueden lograr a través del sistema educativo; por ejemplo, por medio de herramientas para la evaluación de aprendizaje que determinen quiénes son los niños que se están quedando rezagados y orientar hacia ellos los recursos. Otras metas se pueden lograr abordando las desventajas asociadas con la pobreza, el género, el origen étnico y la discapacidad.

A modo de guía para quienes diseñan las políticas, las metas en favor de la equidad pueden proporcionar un conjunto claro de prioridades centradas en aquellos niños que sufren las mayores desventajas educativas de un país.

La enseñanza importa

Las mujeres y los hombres que interactúan con los niños en los lugares de aprendizaje, es decir, los maestros y maestras, están indisolublemente relacionados con las cuestiones de la enseñanza eficaz y la equidad. Los maestros eficaces pueden transformar vidas. Los maestros mal capacitados, mal pagados e ineficaces, que trabajan en unos sistemas educativos deficientemente gobernados, suelen menoscabar las oportunidades y acentuar las desigualdades.

Los problemas asociados con los maestros y los sistemas de gobernanza en los que operan son evidentes en todo el mundo. Entre otras cuestiones, el ausentismo de los maestros es endémico en muchos países. Por ejemplo, una encuesta realizada en 2013 en las escuelas primarias de Kenya indicó que las tasas de ausentismo de los maestros eran de casi un 17% en las escuelas primarias públicas¹⁹⁸.

Hay otros aspectos de la enseñanza y la planificación académica que no han recibido la suficiente atención. Por ejemplo, una oleada de estudiantes de primera generación –los niños cuyos padres no tuvieron acceso a la educación– ha entrado en la escuela primaria. Se considera que estos estudiantes tienen el riesgo de registrar niveles bajos de aprendizaje. Sin embargo, la formación de los maestros fracasa sistemáticamente a la hora de dotar a estos educadores con los conocimientos necesarios para enseñarles¹⁹⁹.

La manera en que los maestros están distribuidos dentro de un país puede crear dificultades relacionadas con el tamaño de la clase y la calidad de la instrucción para los niños desfavorecidos que viven en los barrios marginados. En países con datos sobre los coeficientes entre alumno y docente y con calificaciones de los maestros, son los primeros grados –irónicamente, los grados en que el número de estudiantes y las necesidades son mayores– los que tienen las clases de mayor tamaño y los maestros menos cualificados²⁰⁰.

La existencia de maestros mal capacitados y desmotivados no es el único problema que afecta la gobernanza en las escuelas de bajo rendimiento. La falta de planificación y financiación se hace evidente en la existencia de clases masificadas, la escasez de recursos y las infraestructuras deficientes. Por ejemplo, en el África subsahariana, más de la mitad de las escuelas carecen de agua potable y de aseos²⁰¹. No todas tienen instalaciones separadas para niños y niñas. Pocas escuelas disponen de electricidad, que se necesita para aprovechar con ventaja las nuevas tecnologías de aprendizaje. El tamaño promedio de una clase en Tanzania y Malawi es de 72 y 90 alumnos, respectivamente²⁰². En Uganda hay un libro de texto para cada tres niños.

A medida que los países tratan de aumentar la escala del desempeño educativo, los maestros –por definición– tienen que desempeñar un papel fundamental. Las sociedades necesitan asegurarse de que la enseñanza se considera una profesión prestigiosa, en consonancia con su papel fundamental en la formación del futuro. Con el futuro en mente, las metas nacionales en favor de la equidad deben procurar establecer una relación entre los mejores maestros y los alumnos más desfavorecidos. Demasiado a menudo, los incentivos de carrera tienen el efecto inverso, y llevan a los mejores maestros hacia los alumnos más aventajados.

La investigación proporciona una serie de pistas para orientar la reforma en este sentido. En la India, un programa dirigido por Pratham, una organización no gubernamental, proporciona educación de recuperación a los alumnos con el rendimiento más bajo en las escuelas públicas²⁰³. Mediante la contratación de maestros no profesionales de la comunidad para que impartieran educación complementaria, el programa logró marcadas mejoras en las clasificaciones. La capacitación pedagógica dirigida a los docentes en Kenya, Malí y Níger mejoró igualmente la lectura en los primeros grados entre los alumnos de bajo rendimiento²⁰⁴.

Como sugieren estos ejemplos, la enseñanza preescolar y en los primeros grados para los alumnos y estudiantes de primera generación que necesiten apoyo de recuperación – ampliada a nivel nacional– podría mejorar considerablemente las trayectorias del aprendizaje. La ruta más eficaz para ampliar estos esfuerzos es a través de programas nacionales de formación de docentes.

También será necesario simplemente contratar a más maestros, ahora que la aprobación de los ODS ha comprometido a los gobiernos de todo el mundo en favor de la educación secundaria universal en 2030. Incluso lograr la educación secundaria universal para la secundaria inferior exigirá que se disponga de 5,1 millones de nuevos maestros, 3,3 millones de ellos para las escuelas primarias. La mitad de los nuevos maestros de educación secundaria inferior y el 63% de los maestros de educación primaria se necesitarán solamente para ofrecer servicios a la creciente población en edad escolar del África subsahariana²⁰⁵.

Financiación de la educación

Una de las lecciones de la última década es que una mayor cantidad de dinero no equivale necesariamente por sí misma a que haya mejores resultados en el aprendizaje. Sin embargo, lo que sí importa es la manera en que se asignan los recursos.

Muchos gobiernos de todo el mundo han aumentado el gasto en la educación. El gasto promedio en la educación de los países de bajos ingresos aumentó de un 3,2% del PIB en 1999 a un 4% en 2012²⁰⁶. Pero muchos gobiernos continúan sin invertir lo suficiente en la educación de forma sistemática, especialmente en Asia meridional. En 2012, la India invirtió un 3,9% de su PIB en educación²⁰⁷. El Gobierno del Pakistán informó que gastaba cerca de 2% del PIB en la educación²⁰⁸. Estos niveles de inversión están por debajo del 5,5% del PIB, aproximadamente, que se requiere para proporcionar educación a todos en 2030²⁰⁹.

La manera en que se asignan los recursos dentro de los países tiene una influencia importante en la equidad. Proporcionar cantidades equitativas de financiación por alumno no es necesariamente una fórmula de financiación equitativa. Un niño que entra en un sistema educativo con una serie de desventajas asociadas a la pobreza, el género, la discapacidad o el origen étnico podría necesitar más recursos para lograr oportunidades equivalentes a las de los niños más privilegiados. Desafortunadamente, el gasto está sesgado a menudo en favor de los alumnos más privilegiados.

En Timor-Leste, una estudiante de preescolar de 5 años traza un número en una pizarra durante una clase de matemáticas.

© UNICEF/UN07789/Nazer



Esto es en parte así porque hay más probabilidades de que los niños pobres abandonen la escuela demasiado pronto, perdiendo de este modo los beneficios de la inversión pública. Las investigaciones de UNICEF en los países de bajos ingresos en general indican que los niños del 10% más rico de la población reciben alrededor del 46% de los beneficios de la inversión pública que se asigna a para la educación²¹⁰.

Varios países, entre ellos el Brasil y Viet Nam (véase el recuadro 2.3), han incorporado reformas destinadas a alcanzar patrones de gastos más equitativos. En Chile, un programa de subsidio escolar, Subvención Escolar Preferencial, proporciona un mecanismo que realiza pagos de tipo fijo para cada alumno y, además, desembolsos adicionales a las escuelas donde hay altas concentraciones de estudiantes con dificultades de aprendizaje y alumnos desfavorecidos²¹¹.

El compromiso mundial para alcanzar la educación secundaria universal refleja una conciencia cada vez mayor del papel que desempeñan las capacidades de alto nivel para impulsar el crecimiento económico. Sin embargo, en los países donde una gran parte, o incluso la mayoría, de los niños no terminan la escuela primaria, aumentar el gasto en la educación secundaria podría en realidad tener consecuencias negativas para la equidad. Los costos por alumno de la educación secundaria son mucho mayores que los de la escuela primaria y, en muchos países de bajos ingresos, sólo una minoría de los niños pobres llega a acceder a la educación secundaria²¹².

Al abordar este importante tema en materia de equidad, los gobiernos deberían considerar establecer aumentos en el gasto de manera escalonada y gradual. En términos generales, los países que se encuentra aún a cierta distancia de lograr la terminación primaria universal deberían centrar la inversión pública en la educación preescolar, primaria y secundaria inferior. A medida que se consiga avanzar hacia el acceso universal, el gasto puede orientarse gradualmente hacia la educación secundaria superior.

LOS OBJETIVOS SOBRE LA EDUCACIÓN PREVISTOS PARA 2030 ESTARÁN FUERA DE NUESTRO ALCANCE SI NO CONTAMOS CON LOS NIÑOS A QUIENES LOS CONFLICTOS HAN INTERRUMPIDO EL RITMO HABITUAL DE SUS VIDAS.

El papel de la asistencia

La asistencia sigue desempeñando un papel fundamental en la movilización de los recursos necesarios para fortalecer los sistemas de educación para los niños más pobres y más desfavorecidos del mundo, incluidos los niños amenazados por el conflicto y el desplazamiento.

Cuando una crisis política llevó a un descenso potencialmente demoledor del presupuesto que Madagascar dedicaba a las escuelas primarias, por ejemplo, un sistema educativo que ya era frágil tuvo que hacer frente a las huelgas de maestros, la falta de recursos y el descenso en la asistencia a la escuela. En 2013, un programa de UNICEF proporcionó sueldos para los docentes y suministros que permitieron a los estudiantes de enseñanza primaria continuar sus estudios²¹³.

Pero la cuestión de la asistencia es mucho más importante que cualquier situación de emergencia individual. Proporcionar educación universal preescolar, primaria y secundaria en países de bajos ingresos y de bajos y medianos ingresos en 2030 costará alrededor de 340.000 millones de dólares al año²¹⁴. Gran parte del costo se podría cubrir por medio de una combinación de crecimiento económico y aumento en la recaudación de ingresos. Sin embargo, incluso si los gobiernos reúnen los criterios mínimos en estas esferas todavía habrá una brecha anual en la financiación de la educación de 39.000 millones de dólares en los países de bajos ingresos e ingresos medianos y bajos.

En el caso de los países de bajos ingresos, la brecha es equivalente al 42% de la financiación necesaria para cumplir con los objetivos de la educación en 2030²¹⁵. De cualquier modo que se considere la ecuación, sin un aumento en la asistencia, la brecha va a dejar muchos países por debajo de los objetivos, y serán los estados frágiles los que sufran algunos de los mayores déficits potenciales²¹⁶.

Las últimas informaciones sobre la ayuda a la educación no son alentadoras. Entre 2010

y 2013, la asistencia al desarrollo para la educación básica descendió un 11%²¹⁷. Varios donantes bilaterales han reducido la asistencia a la educación, y la arquitectura de la ayuda internacional está mal preparada para abordar la difícil situación de los niños afectados por conflictos armados y emergencias humanitarias²¹⁸. Pero lo cierto es que los objetivos sobre la educación previstos para 2030 estarán fuera de nuestro alcance si no contamos con los niños a quienes los conflictos han interrumpido el ritmo habitual de sus vidas.

Para abordar esta preocupación, un grupo de organizaciones y dirigentes, entre ellos UNICEF y el Enviado Especial del Secretario General de la Naciones Unidas para la Educación Mundial, Gordon Brown, han puesto en marcha “La educación no puede esperar – Un fondo para la educación en situaciones de emergencia” Concebido para prestar un desembolso rápido inmediatamente después de una crisis y un apoyo sostenido a largo plazo, un fondo de este tipo podría ayudar a reducir la brecha en la financiación de la educación.

Hay que destacar dos factores como elementos fundamentales de este éxito. En primer lugar, existe un déficit global de alrededor de 8.500 millones de dólares al año, un promedio de 113 dólares por niño, en la financiación necesaria para educar a los aproximadamente 75 millones niños afectados por la crisis²¹⁹. Para compensar ese déficit, el fondo para la educación en situaciones de emergencia tendría que incorporar

RECUADRO 2.3 BRASIL Y VIET NAM: APROBAR EL CURSO

Brasil y Viet Nam ofrecen lecciones valiosas en la reforma de los sistemas de educación.

En 2012, los estudiantes de Viet Nam lograron clasificaciones en matemáticas y lectura en el Programa para la Evaluación Internacional de los Alumnos (PISA) mucho mejores de lo que se pudiera esperar dado el nivel de ingresos del país. Niños y niñas de 15 años obtuvieron un rendimiento a la par con otros niños de la misma edad de Alemania, y superaron a los estudiantes del Reino Unido y los Estados Unidos. Este logro es una consecuencia del compromiso del país en medir los buenos resultados y proporcionar recursos para lograr sus objetivos en una consecuencia. En 2012, Viet Nam asignaba un 21,4% de su presupuesto nacional a la educación. Los maestros estaban capacitados y el ausentismo era muy bajo.

En el Brasil, mientras tanto, se registraron éxitos en la matrícula, un aumento de la equidad y mejores resultados en el aprendizaje. Entre 2003 y 2012, las tasas de matrícula de los alumnos de 15 años aumentaron del 65% al 78%. Muchos de los niños que ingresaron al sistema escolar pertenecían a grupos socioeconómicamente desfavorecidos. También entre 2003 y 2012, el promedio de las puntuaciones de PISA de los estudiantes brasileños aumentó en 25 puntos; en el caso de los alumnos desfavorecidos, el incremento fue de 27 puntos.

Los éxitos del Brasil se debieron a múltiples reformas que comenzaron a mediados de la década de 1990 y que incluyeron el establecimiento de un órgano de evaluación independiente que se convirtió en el sistema de evaluación para la educación básica. El sistema ahora sirve como un mecanismo transparente de información y ha establecido un método común para la medición de los logros en el aprendizaje. A las escuelas de alto rendimiento se les permite una mayor autonomía, mientras que las escuelas de bajo rendimiento reciben apoyo para mejorar sus estándares.

Brasil también aumentó la financiación para la educación, que alcanzó el 6,3% del PIB en 2012. El órgano de financiación del gobierno central destinó fondos a las escuelas de bajo rendimiento de los sistemas municipales de educación, y financia ahora también la educación preescolar. La capacitación de los maestros ha mejorado y se fortaleció la equidad mediante Bolsa Escola, un programa que proporciona transferencias en efectivo a los hogares pobres.

Los ejemplos de Viet Nam y Brasil muestran que acelerar los avances educativos para los niños que están más rezagados puede producir resultados positivos.

Fuente: Bodewig, Christian, ‘What explains Vietnam’s stunning performance in PISA 2012?’, East Asia & Pacific on the Rise, World Bank blogs, 11 de diciembre de 2013, <<http://blogs.worldbank.org/eastasiapacific/blogs/christian-bodewig>>, consultado el 22 de enero de 2015.
Banco Mundial, ‘Government expenditure on education as % of GDP’, <<http://data.worldbank.org/indicator/SE.XPD.TOTL.GD.ZS>>, consultado el 12 de febrero de 2016.
Hanushek, Eric A. y Ludger Woessmann, *Universal Basic Skills: What countries stand to gain*, Publicaciones de la OCDE, 2015, págs. 31 – 33.
Bruns, Barbara, David Evans y Javier Luque, *Achieving World-Class Education in Brazil: The next agenda*, Banco Mundial, Washington, D.C., 2012, págs. 7, 8, 11 y 40.
Instituto de estadística de la UNESCO, base de datos, <<http://data.uis.unesco.org/index.aspx?queryid=189>>, consultado el 10 de febrero de 2016.

Educación: nivelar el terreno de juego

>> El progreso con equidad es posible

a los gobiernos regionales en las zonas afectadas por los conflictos, así como al sector privado y a filántropos. En segundo lugar, es necesario crear acuerdos de gobernanza para coordinar de forma eficaz a las organizaciones de las Naciones Unidas, las asociaciones multilaterales tales como la Alianza Mundial para la Educación, y las organizaciones de ayuda. La coordinación podría dar lugar a alianzas que superen con éxito la brecha entre las respuestas humanitarias y los conocimientos técnicos en materia de desarrollo.

Cinco años de conflicto en la República Árabe Siria han ilustrado la necesidad fundamental de conseguir que la educación forme una parte integral de la respuesta a las crisis humanitarias. En este caso, “Que no se pierda una generación,” una iniciativa de UNICEF y sus aliados, ofrece protección y oportunidades de aprendizaje a los niños y los adolescentes de la República Árabe Siria y de los países donde se han asentado millones de refugiados sirios, incluyendo Egipto, Iraq, Jordania, Líbano y Turquía.

El progreso con equidad es posible

La educación tiene el poder de poner fin a los ciclos intergeneracionales de la inequidad y de mejorar las vidas de los niños y de las sociedades en las que viven. Sin embargo, lograr un aprendizaje efectivo para todos los niños independientemente de sus circunstancias –desde la educación en la primera infancia a la enseñanza primaria y secundaria– es un desafío de enormes proporciones. Un fuerte impulso en favor de una mayor equidad es una condición para afrontar el reto de 2030, pero habría que despejar algunas dudas: ¿Podría este impulso correr el riesgo de socavar la calidad general de los sistemas escolares? ¿Podría ser que las exigencias de equidad y de calidad vayan en direcciones diferentes?

La experiencia internacional ofrece una respuesta inequívoca: los sistemas de educación del mundo con mejores rendimientos –como los de Finlandia, Japón y la República de Corea– han tenido éxito a la hora de combinar equidad con calidad²²⁰. Estos sistemas se

Fajer, de 5 años, sentada en un aula de la escuela Teabat al Reah, en el subdistrito de Zumar, en Nínive, Iraq.

© UNICEF/UNI199908/Anmar



Niños indígenas awá esperan en fila para entrar en la escuela de El Diviso, en Colombia.

© UNICEF/UN013357/LeMoyné



esfuerzan en proporcionar una educación de calidad para todos los niños, reconociendo que las necesidades de los alumnos más desfavorecidos son tan importantes como los logros de los más aventajados. Las pruebas recientes que figuran en las evaluaciones de aprendizaje PISA de los países de la OCDE son reveladoras. De los 13 países que lograron aumentar considerablemente sus calificaciones, nueve lo hicieron desde un punto de partida en el que primaba una equidad sólida y los otros aumentaron la equidad²²¹.

La enseñanza primaria y secundaria universal y la mejora en los resultados del aprendizaje son metas ambiciosas pero que se pueden alcanzar. Muchos países han desarrollado y puesto a prueba métodos innovadores para alcanzar estos objetivos, y cabe destacar algunas experiencias que han tenido éxito. Chile ha sido uno de los países que más rápidamente han ascendido en las evaluaciones internacionales y regionales de aprendizaje, y las brechas en los exámenes de calificación de la educación básica entre los niños más pobres y más ricos del país se han ido reduciendo²²². Como se indicó anteriormente, Viet Nam y el Brasil han tenido éxito a la hora de ampliar el acceso a la educación, mejorar los resultados del aprendizaje y consolidar la equidad.

De estos ejemplos surgen algunos de los ingredientes que podrían servir para que una reforma tenga éxito. Establecer la equidad como un objetivo central para el acceso y el aprendizaje puede orientar a los países en la reforma de sus sistemas educativos a fin de asegurarse de que los niños más desfavorecidos no queden atrás. Los países deben identificar regiones, alumnos y escuelas desfavorecidas y asignar más apoyo financiero hacia ellos. Un mayor gasto en la educación será también esencial. Mientras que gran parte del impulso en favor del cambio tiene que proceder de los gobiernos nacionales, la comunidad internacional puede desempeñar un papel vital en el apoyo y financiación de la educación.

El éxito en proporcionar una educación de calidad para cada niño depende de lograr que el aprendizaje sea un objetivo explícito en la política educativa y de invertir en la creación de instituciones nacionales sólidas de evaluación de aprendizaje. Requiere un fuerte compromiso con la profesionalización de la enseñanza y la mejora de la formación docente y los sistemas de apoyo. Para ayudar a los niños de los grupos pobres y marginados a superar las desventajas con las que comienzan sus vidas, la atención en la primera infancia y la educación preescolar universal deben ser las prioridades.

Además, proporcionar a los niños desfavorecidos acceso a una educación de calidad requiere poner en marcha estrategias integradas para combatir la pobreza y medidas para eliminar los obstáculos financieros a la educación.

Los beneficios de invertir en una educación de calidad para los niños más desfavorecidos son enormes, tanto para esta generación como para la próxima, así como para las comunidades y las sociedades en que viven. La educación nutre las mentes de los jóvenes, amplía los horizontes y puede romper el ciclo de la desventaja que atrapa a las generaciones en la pobreza. Al invertir en sistemas educativos y poner primero las necesidades de los niños más desfavorecidos, los países pueden desbloquear el potencial de la educación para transformar la vida de los niños y el mundo.

Ofrecer a los niños una oportunidad

Por Gordon Brown, Enviado especial de las Naciones Unidas para la Educación Mundial

Las opiniones de los jóvenes están al rojo vivo. Tecnológicamente dotados, hambrientos de conocimientos y con una energía desbordante, los niños y los jóvenes de hoy se adaptan rápidamente. Están conectados. Esta es la generación que “está en la onda”.

Por ello, los dirigentes mundiales deben escuchar. Pero esto ocurre muy pocas veces. De alguna manera, el mundo sigue subestimando, pasando por alto y descuidando a los millones de guardianes del futuro de nuestro planeta. En la actualidad, todo lo que los niños probablemente ven es un mundo voraz que les niega su derecho a la igualdad de oportunidades y a la posibilidad de florecer.

A pesar de las leyes internacionales diseñadas para proteger los derechos de la infancia, las situaciones de emergencia y las crisis prolongadas afectaron la educación de alrededor de 75 millones de niños y jóvenes de 3 a 18 años. Muchos viven sin acceso adecuado a alimentos, vivienda, salud y educación. Muchos de ellos son víctimas de la trata de seres humanos y de la explotación sexual.

Unos 150 millones de niños menores de 14 años están involucrados en el trabajo infantil, a menudo en condiciones peligrosas. La trata de niños está en aumento y 5,5 millones de niños y niñas realizan trabajos forzados, con miles más sujetos a los malos tratos, obligados a casarse y coaccionados para servir en milicias a pesar de la prohibición de tales prácticas bajo el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (CPI).

Durante décadas, los movimientos de derechos civiles y de liberación han combatido algunas de las peores opresiones, desde el colonialismo occidental al apartheid en Sudáfrica, la discriminación contra los afroamericanos y siglos de prejuicio contra adultos gays y lesbianas. En comparación, los derechos de los niños no han recibido la misma atención. Siguen siendo menoscabados incluso cuando los dirigentes mundiales se comprometen a lograr unos objetivos más ambiciosos en materia de salud, educación y seguridad mediante los recientemente aprobados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Aunque el número de niños y niñas en edad escolar primaria que no asisten a la escuela aumentó de unos 56,6 millones en 2010 a 59 millones en 2013, por ejemplo, la ayuda a la educación básica se ha reducido una vez más. Ha descendido en casi un 10% desde 2010.

El desafío más grande del mundo en la década que viene es cerrar la brecha entre dos cuestiones: por una parte, las oportunidades que se han prometido a los jóvenes, que ven como otros niños las disfrutaban y dan por sentado; y por otra, la negación de sus oportunidades a medida que se les cierran las puertas y se eliminan las vías que conducen hacia estas oportunidades.

La buena noticia es que los niños en todo el mundo participan en campañas en favor de sus derechos. En Bangladesh, muchas jóvenes están estableciendo zonas libres de matrimonio infantil. Niños trabajadores se han unido a la marcha mundial contra el trabajo infantil. Y un movimiento en favor de los derechos de las niñas que presiona para lograr acceso a la educación se ha apoyado en el ejemplo de Malala Yousafzai, de las más de 200 niñas todavía desaparecidas en Chibok, Nigeria, y de las 1.000 jóvenes embajadores mundiales de “Un mundo en la escuela”, una campaña que trabaja a favor de que todos los niños vayan a la escuela.

Es el momento de que las personas progresistas en todas partes apoyen estas luchas en favor de la libertad. A continuación se presenta un conjunto de propuestas prácticas y a corto plazo que no sólo puede servir para impulsar los ODS, sino también para apoyar un movimiento mundial en favor de los derechos civiles para los niños y jóvenes.

Invertir en la infancia

Asegurar que los niños tengan las oportunidades que necesitan para prosperar y disfrutar sus derechos va a exigir recursos. Debemos centrarnos en conseguir que todos los niños acudan a la escuela y también en asegurar que la calidad del aprendizaje sea uniformemente elevada.

“La educación no puede esperar – Un fondo para la educación en situaciones de emergencia” puede atender las necesidades de alrededor de 80 millones de niños afectados por las crisis y las emergencias prolongadas. El fondo, puesto en marcha en mayo de 2016, contribuirá a compensar un déficit anual de financiación de 8.500 millones de dólares necesarios para mantener el acceso de estos niños a la educación.

Además de aumentar la asistencia internacional, los países deberían adoptar presupuestos centrados en los niños sobre la base de sus recursos disponibles. En el artículo 4 de la Convención sobre los Derechos del Niño, los Estados partes están obligados a invertir en los niños hasta el máximo de esos recursos. Como resultado, un número creciente de países está



diseñando presupuestos pensando específicamente en los niños. El Comité de los Derechos del Niño, con el apoyo de organizaciones de defensa de la infancia, ya está redactando un Comentario General sobre la inversión pública para lograr la realización de los derechos del niño, que servirá para aclarar las implicaciones políticas del artículo 4.

Defender los derechos del niño

Pero un aumento de los recursos no será suficiente por sí mismo. ¿Qué puede garantizar que los derechos del niño se cumplan o incluso que se tomen en serio?

Ninguna Convención de las Naciones Unidas ha sido ratificada por tantos países como la CDN. Pero en muchas zonas, estos derechos no se están aplicando. Asimismo, el Estatuto de Roma de 1998 reconoce la necesidad de adoptar medidas especiales para proteger a los niños como víctimas y testigos durante un proceso judicial, y exige que el personal judicial tenga conocimientos en temas de la infancia. Sin embargo, diversos actos delictivos que afectan a los niños y que están bajo la competencia de la CPI –la violación, la violencia sexual, la trata y el uso de niños como soldados– no se investigan debidamente. La impunidad sigue siendo generalizada.

El tercer Protocolo Facultativo de la Convención sobre un procedimiento de comunicaciones, que entró en vigor en abril de 2014, permite que los niños presenten directamente al Comité sobre los Derechos del Niño denuncias sobre las violaciones contra sus derechos, pero sólo si no se encuentra una solución a nivel nacional. Hasta febrero de 2016, sólo 26 países habían ratificado el protocolo, y los que más posibilidades tienen de firmarlo son los que menos posibilidades tienen de firmar.

Una Corte Internacional para la Infancia, junto con un Comisionado de la Infancia designado para cada país, es por lo tanto vital para abordar estas cuestiones pendientes.

Escuchar las opiniones de los jóvenes

Hay por lo menos otro requisito previo que posibilite reunir los recursos necesarios para ofrecer oportunidades seguras a los niños y establecer mecanismos jurídicos para proteger sus derechos. Los niños y los jóvenes necesitan efectivamente disponer de un mecanismo de políticas a través del cual puedan debatir estas importantes cuestiones. Los parlamentos de los jóvenes y otras plataformas para la participación son imprescindibles.

Una reunión anual del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas en forma de Consejo de los derechos de infantiles tendría grandes repercusiones. En el transcurso del año, un subconsejo para niños del Consejo de Seguridad podría examinar las cuestiones clave que se deben tratar.

Para que esto suceda, la Asamblea General de las Naciones Unidas debe organizar una sesión para niños y jóvenes, preferentemente antes de su próxima sesión. Lo mejor sería llegar a un acuerdo sobre un Consejo de los derechos infantiles, que responda al Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, para el 70º aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos en 2018. Y para el 30º aniversario de la Convención sobre los Derechos del Niño en el año 2019, podríamos ver cómo se establece una nueva Corte Internacional para la Infancia.

El objetivo a largo plazo es mucho más simple: demos una oportunidad a los niños. Demos a los niños una voz. El futuro es suyo.



Malala Yousafzai, activista de educación, habla con las estudiantes en una escuela del campamento para refugiados sirios de Za'atari, Gobernación de Mafraq, Jordania.

© UNICEF/UNI158222/Malhas



**LOS NIÑOS Y LA
POBREZA:**

**ROMPER EL CICLO
VICIOSO**

Los niños y la pobreza:

Romper el ciclo vicioso

Nadie es más vulnerable a la pobreza que los niños. La pobreza perpetúa el ciclo de desventaja y desigualdad, que priva a millones de niños y niñas de su potencial y causa un daño irreparable que reverbera a lo largo de toda su vida. Situar a los niños en el centro de la reducción de la pobreza es una de las mejores maneras de romper ese ciclo y poner a todos los niños y niñas en un marco de equidad.

Muhammad Modu, de 15 años, un desplazado interno de Malori, escarba entre las basuras buscando artículos que pueda vender en Maiduguri, Nigeria.

© UNICEF/UN016293/Gilbertson VI

La cantidad de dinero disponible en el hogar desempeña un papel crucial a la hora de determinar cuáles son las oportunidades que un niño puede encontrar en la vida. Pero para los niños, la pobreza es algo más que dinero. Afecta a aspectos muy reales de sus vidas, como por ejemplo la posibilidad de asistir a la escuela, de alimentarse bien o de tener acceso a la salud, al agua potable y al saneamiento. Los niños de los hogares más pobres tienen más probabilidades de morir por causas evitables y menos de tener acceso a una educación y un cuidado de la salud de calidad.

Los esfuerzos para reducir la pobreza infantil, por tanto, deben ir más allá de poner a las familias por encima de un umbral monetario. Un enfoque multidimensional es fundamental para responder a este complejo desafío.

Este capítulo comienza por examinar la manera en que los niños sufren la pobreza. Posteriormente, analiza cuántos de los niños del mundo viven en la pobreza, definida en términos de pobreza monetaria “extrema”, “moderada” y “relativa”. También explora las dimensiones múltiples y superpuestas de la pobreza que privan aún más a los niños de sus derechos.

El capítulo defiende que la clave para un mundo más equitativo es reducir la pobreza infantil en todas sus dimensiones y reducir las brechas entre los más favorecidos y los menos favorecidos. Señala que las mediciones uniformes –y saber quiénes son los niños más desfavorecidos, dónde viven y de qué manera sufren privaciones– serán esenciales para establecer políticas y programas que pongan fin a la pobreza infantil. Por último, el capítulo analiza el papel de los programas de transferencias en efectivo en la reducción de la pobreza y la desigualdad, y en la mejora del acceso equitativo a la nutrición, la salud, la educación y otros servicios.

Los efectos de la pobreza sobre la infancia

No existe concretamente ninguna interpretación universal de la pobreza en general, o más específicamente de la pobreza infantil. Aunque puede parecer un concepto simple, la pobreza no es siempre fácil de cuantificar. Algunos pueden entender la pobreza como la falta de ingresos suficientes para satisfacer las necesidades humanas básicas. Otros la definen como la incapacidad para mantenerse a la par del nivel de vida medio de una sociedad dada. Otros más asumen una visión más amplia, e interpretan que la pobreza es la falta de acceso a servicios básicos como la educación, la atención primaria de la salud o el agua potable.

Si se considera desde la perspectiva de un niño, la definición exacta se vuelve inmaterial. Sufrir privaciones en cualquier medida es perjudicial para el desarrollo de un niño, particularmente cuando las privaciones se sufren en la primera infancia. Un niño rara vez tiene una segunda oportunidad de disfrutar de un buen comienzo en la vida. Las carencias en materia de salud, nutrición y estimulación en los primeros meses y años de vida, cuando el cerebro se está desarrollando a un ritmo rápido, pueden causar daños que resultará difícil, o incluso imposible, superar más adelante.

La desnutrición en la primera infancia, por ejemplo, puede causar retraso en el crecimiento. Si en ese punto no se aborda, puede afectar el desarrollo cognitivo y ocasionar dificultades en el aprendizaje y problemas de salud en la adolescencia y la edad adulta. Una salud deficiente, más allá de sus consecuencias físicas y emocionales, también priva a los niños de la oportunidad de jugar y aprender. No recibir una educación en la primera infancia, o vivir en un ambiente que brinda poca estimulación o apoyo emocional, puede restringir gravemente la productividad de una persona en su etapa adulta.

De estas y muchas otras formas, la pobreza, en forma de privaciones que comienzan en la infancia, se hace sentir a lo largo de toda la vida. Los niños que crecen con privaciones no solamente tienen oportunidades limitadas para desarrollar su potencial; a menudo no tienen otra posibilidad que criar a sus propios hijos en la pobreza. Para romper este círculo vicioso, la reducción de la pobreza debe comenzar por un enfoque centrado en la infancia.





Una mujer se lava las manos en agua sucia mientras acampa al aire libre a la espera de inscribirse para solicitar una cartilla de racionamiento alimentario en Thanyang, Sudán del Sur.

© UNICEF/UN016625/Holt

Medir cuántos niños viven en la pobreza

El primer paso para reducir la pobreza infantil es medir su amplitud. Los métodos para calcular la pobreza monetaria ofrecen un baremo útil con el que medir el progreso social. Aunque tienen sus limitaciones, estas medidas son los indicadores más utilizados para aprehender el grado de pobreza a nivel del hogar y pueden medir los obstáculos financieros que afrontan los niños desfavorecidos y sus familias (véase el recuadro 3.1).

Las líneas de la pobreza monetaria se aplican a nivel nacional e internacional. Generalmente funcionan situando un valor en una canasta de bienes y servicios considerados como el requisito mínimo para llevar una vida sin pobreza según los precios actuales. Se considera que los hogares que carecen de los recursos suficientes para poder adquirir esa canasta están en una situación de pobreza.

Sin embargo, los baremos que miden la pobreza monetaria no toman en cuenta otras dimensiones cruciales, como la falta de instrucción, salud, agua o saneamiento, que son muy importantes para comprender la forma en que los niños experimentan la pobreza.

Una dependencia excesiva de esas medidas en el nivel de los hogares puede ocultar también el hecho de que haya individuos dentro del hogar, especialmente los niños, a quienes no se les asignen los recursos suficientes, un factor que les podría llevar a sufrir privaciones en otras dimensiones. Por esas razones, la pobreza infantil se percibe mejor como una combinación de factores monetarios y no monetarios tanto a nivel familiar como individual.

Los niños que viven en extrema pobreza

La medida que se utiliza más frecuentemente para calcular la pobreza monetaria es la línea internacional de la pobreza elaborada por el Banco Mundial, que se fijó en 1,90 dólares por día desde octubre de 2015. Mediante este patrón, casi 900 millones de personas que trataban de sobrevivir en 2012 por debajo de esa línea estaban viviendo en una situación de extrema pobreza²²³. Debido a que las familias más pobres tienden a ser de mayor tamaño, los niños están desproporcionadamente representados entre las personas que viven en la pobreza extrema. Mientras que los menores de 17 años representan una tercera parte (34%) de la población total en los países de ingresos bajos y medianos, conforman casi la mitad (46%) de la población que vive con menos de 1,90 dólares por día (véase el gráfico 3.1).

Sin embargo, durante las últimas tres décadas se ha producido un progreso sin precedentes en la reducción de la pobreza extrema. La proporción total de personas que viven en la pobreza extrema ha descendido, y se prevé que esa tendencia continúe. En 2012, el número de personas que vivían en la pobreza extrema en todo el mundo era casi la mitad de las que lo hacían a finales de la década de 1990²²⁴.

RECUADRO 3.1 MEDIDAS DE LA POBREZA MONETARIA INFANTIL

Los indicadores más comunes para medir la pobreza monetaria infantil son:

La línea internacional de la pobreza extrema

La línea de “la pobreza extrema” del Banco Mundial identifica a las personas que viven en hogares que disponen de menos de 1,90 dólares por persona al día. Se calcula mediante la conversión a una moneda común de las líneas nacionales de la pobreza de una selección de los países más pobres del mundo – utilizando tipos de cambio según la paridad del poder adquisitivo para ajustar la diferencia en el costo de la vida entre los países– y luego obtener un promedio de esas líneas.

Esta medida refleja un estándar muy bajo de la pobreza absoluta sobre la base de las necesidades básicas de supervivencia. Fue utilizada para establecer las metas de reducción de la pobreza en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y ahora forma parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, cuyo propósito es erradicar la pobreza extrema en 2030.

El Banco Mundial calcula también umbrales más elevados para medir la pobreza internacional, tales como 3,10 dólares por persona al día, utilizando el mismo enfoque per cápita. Estas medidas representan los niveles de pobreza por encima de la pobreza extrema.

Líneas de pobreza nacionales

Los gobiernos utilizan líneas de pobreza nacionales para supervisar la pobreza monetaria en sus propios países. Según estas medidas, una persona se considera pobre si vive en un hogar con un consumo o nivel de ingresos inferior a un umbral establecido a nivel nacional. Las líneas de pobreza nacionales se calculan en moneda local y reflejan las normas nacionales.

Mientras que las líneas de la pobreza absoluta reflejan el nivel mínimo de ingresos o de consumo necesario para satisfacer necesidades básicas, algunos gobiernos optan por utilizar las líneas de la “pobreza relativa”. Estos umbrales todavía reflejan la participación en el consumo normal y el nivel de calidad de vida del país, pero miden la pobreza en relación con los niveles de ingreso nacional. (La Unión Europea y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos también utilizan líneas de pobreza relativa para comparar los niveles de pobreza entre sus miembros y con otros países.)

La gran ventaja que tienen las líneas de pobreza nacionales es que se refieren específicamente a un país determinado, reflejando sus características concretas y su nivel de desarrollo. Sin embargo, la metodología utilizada varía mucho entre países y, por lo tanto, no permite comparaciones entre ellos.

Pero es necesario prestar una especial atención al ritmo de progreso en algunas regiones. En Oriente Medio y África del Norte, por ejemplo, después de varios años de progreso, las tasas de pobreza monetaria parecen haberse estancado o, según algunas estimaciones, incluso estar en aumento²²⁵.

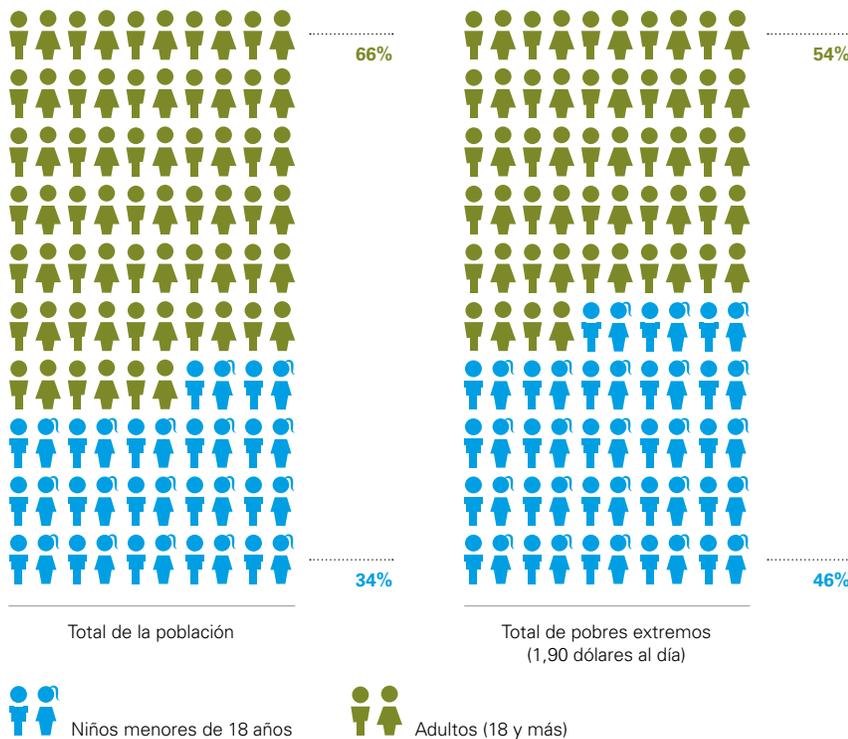
En la República Árabe Siria, los datos sugieren que el conflicto que comenzó allí en 2011 causó un fuerte aumento en la tasa de pobreza si se mide la proporción de la población que vive por debajo de una línea nacional de pobreza. La tasa aumentó de 12,3% en 2007 a aproximadamente 43% en 2013²²⁶. La pobreza es también un motivo de preocupación para los millones de refugiados que huyeron de la crisis. En 2014, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados estimó que 7 de cada 10 refugiados sirios registrados en Jordania y el Líbano podrían considerarse pobres²²⁷. La mitad de esos refugiados son niños.

Otra región de particular interés es el África subsahariana, donde hay una proporción elevada y cada vez mayor de todos los pobres extremos a escala mundial. Sobre la base de las tendencias actuales, 9 de cada 10 de los niños del mundo que sobreviven con menos de 1,90 dólares al día vivirá en el África subsahariana en 2030 (véase el gráfico 3.2).

GRÁFICO 3.1

Una parte desproporcionada de los niños vive en extrema pobreza

Porcentaje de niños menores de 18 años entre el total de la población y los pobres extremos, en los países de ingresos bajos y medianos, 2012



Las estimaciones se presentan como la proporción de niños entre el total de los pobres extremos. El análisis considera cómo las características de edad de los pobres extremos evolucionan según los cambios en la composición de la edad de la población, y las tasas de fecundidad por quintil de riqueza.

El análisis no incluye Oriente Medio ni África del Norte o Europa y Asia Central debido a la falta de datos y a que las tasas de pobreza son reducidas.

Los porcentajes para los países de bajos y medianos ingresos se estiman sobre la base de los datos del Banco Mundial para las regiones de África subsahariana, Asia meridional y América Latina y el Caribe. Los datos correspondientes a otras regiones no estaban disponibles en el momento del cálculo.

Nota: Las tasas de pobreza se derivan de PovcalNet y del *Informe sobre Seguimiento Mundial 2015/2016* del Banco Mundial. Las características desglosadas por edad de la población son las estimaciones de 2012 del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Las tasas de fecundidad por quintil de ingresos se derivan de las encuestas demográficas y de salud (después de 2005).

Las estimaciones de la pobreza infantil se calcularon sobre la base de los agregados de la pobreza regional y los factores demográficos, y no los ingresos del hogar o el análisis de encuestas de consumo.

Aún no están disponibles las estimaciones para los niños utilizando la línea de pobreza internacional actualizada de 1,90 dólares al día. Sin embargo, el último análisis de los pobres extremos del mundo (basado en el nivel anterior de 1,25 dólares al día) reveló que el 47% de quienes viven en la pobreza extrema tenían 18 años o menos. Puesto que los datos utilizados para calcular las primeras estimaciones dependían de características basadas en estudios de clasificaciones que a su vez estaban basadas en antiguas encuestas, el análisis debe proporcionar una referencia válida.

Fuente: Cálculos del Instituto de Desarrollo de Ultramar para UNICEF (2016), sobre la base de los datos del Banco Mundial (2016), el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2013) y DHS (después de 2005).

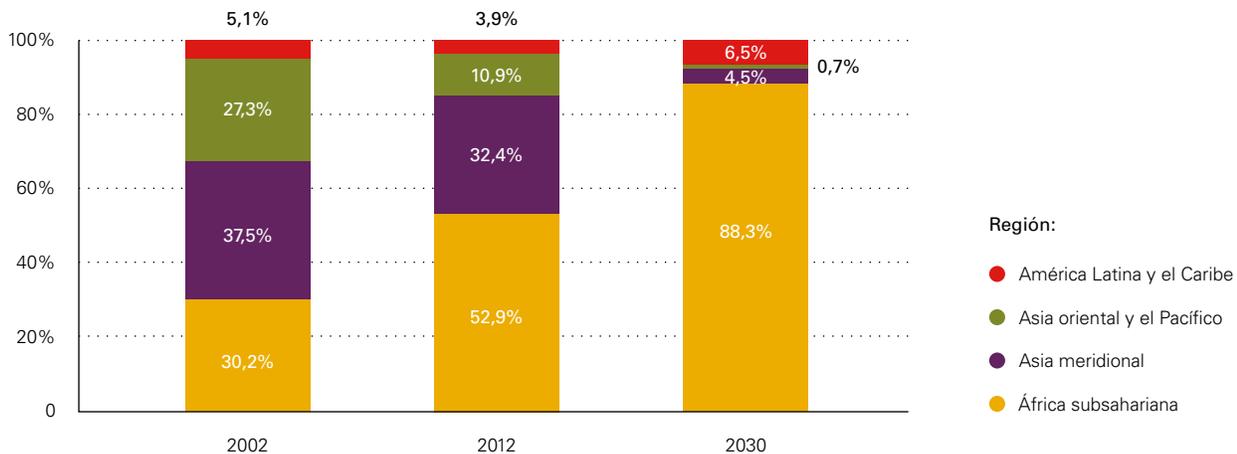
Los niños y la pobreza: romper el ciclo vicioso

>> Los niños que viven en extrema pobreza

GRÁFICO 3.2

En 2030, 9 de cada 10 niños en extrema pobreza vivirán en el África subsahariana

Porcentaje estimado de niños que viven en la pobreza extrema (1,90 dólares al día), por región del Banco Mundial, en 2002, 2012 y las proyecciones para 2030



Nota: Las proyecciones de la pobreza son interpolaciones lineales basadas en las proyecciones publicadas en el *Informe sobre seguimiento mundial de 2015/2016* del Banco Mundial y asumen el crecimiento medio registrado en los últimos 10 años. El análisis no incluye Oriente Medio ni África del Norte, Europa ni Asia Central debido a la falta de datos y a que las tasas de pobreza son reducidas. El análisis considera cómo las características en materia de edad de los pobres extremos evolucionan según los cambios en la composición de edad de la población y las tasas de fertilidad por quintil de riqueza.

Fuente: Cálculos del Instituto de Desarrollo de Ultramar para UNICEF (2016), sobre la base de los datos del Banco Mundial (2016) y el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2013) y DHS (después de 2005).

RECUADRO 3.2 MEDICIÓN DE LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL INFANTIL

En teoría, todos los países informan sobre el número de niños que viven en la pobreza utilizando medidas monetarias y multidimensionales.

Las medidas monetarias, tales como las líneas nacionales e internacionales de la pobreza mencionados anteriormente, se utilizan ya ampliamente para informar sobre los progresos en la reducción de la pobreza. Pueden servir de base para estimar el número de niños que viven en una situación de pobreza monetaria –es decir, la tasa de pobreza infantil– en los planos nacional, regional y mundial.

Las medidas que analizan la pobreza multidimensional infantil añaden profundidad y complejidad a los datos. Pueden ser adaptadas y aplicadas al contexto económico y social de cada país, y servir de base a la elaboración de enfoques nacionales para la reducción de la pobreza.

El índice de Pobreza Multidimensional (IPM) es un ejemplo de una herramienta diseñada para mejorar los datos sobre la pobreza. El índice abarca tres dimensiones de la desventaja –privación sanitaria, educacional y material– con respecto a 10 indicadores. Los informes sobre los datos del IPM, que pueden estar desagregados para cada niño, consideran a las personas como pobres cuando están desfavorecidas en relación con al menos un tercio de los indicadores.

El Análisis de la privación múltiple superpuesta es otra herramienta elaborada por UNICEF para afinar el enfoque basado en la equidad en los análisis de la pobreza y la privación infantiles alrededor del mundo. Selecciona al niño como unidad de análisis, en lugar de la casa, ya que los niños experimentan la pobreza de una manera diferente que los adultos.

Esta concentración es especialmente alarmante debido a que el África subsahariana es la región más joven del mundo, ya que los niños y niñas menores de 18 años que viven allí representan alrededor de la mitad de la población²²⁸. En los próximos 15 años, en esta región se registrará casi todo el aumento de la población infantil en el mundo. Si persisten las tendencias actuales, 156 millones de niños del África subsahariana tratarán de sobrevivir con menos de 1,90 dólares diarios en 2030; como grupo, comprenderán casi la mitad de los pobres extremos del mundo²²⁹.

La pobreza no es sólo más persistente sino también más intensa en África subsahariana que en otras regiones. Como promedio, la gente pobre de la región se está acercando al umbral de extrema pobreza de 1,90 dólares diarios desde una base más baja que sus contrapartes en otros lugares del mundo. Alrededor de 89 millones de personas en la región, o aproximadamente un 10% de la población, vivían con menos de 80 centavos por día en 2012. En el África subsahariana, la gente que está por debajo del umbral de la pobreza extrema vive con un promedio de 1,20 dólares al día, en comparación con 1,50 dólares en el caso de los pobres extremos del Asia meridional²³⁰.

Los niños que viven en una pobreza “moderada”

Cabe destacar que la línea de la pobreza extrema de 1,90 dólares al día no es un obstáculo absoluto que divide a los pobres de los que no lo son. Millones de niños que viven por encima de esta línea todavía se encuentran en la pobreza, son vulnerables a esta condición o sufren privaciones en otras dimensiones de su vida.

Los datos que utilizan líneas de la pobreza más amplias ofrecen una indicación sobre la naturaleza global y universal de la pobreza (véase el gráfico 3.3). En 2012, más de 2.000 millones de personas de países de ingresos bajos y medianos vivieron con menos de 3,10 dólares al día, lo que se considera una situación de pobreza “moderada”. Este total incluye casi 900 millones de personas en Asia meridional, unos 500 millones en Asia oriental y el Pacífico y unos 72 millones en América Latina y el Caribe. Unos 50 millones vivían en el Oriente Medio y África del Norte con menos de 3,10 dólares al día en 2008, el último año del que existen estudios confiables²³¹. En todo el mundo, más de 3.000 millones de personas seguían siendo vulnerables a la pobreza en 2012, al subsistir con menos de 5 dólares al día²³².

En muchos casos, estas personas –que representan más de la mitad de la población de los países de ingresos bajos y medianos– ya están sometidas a algunas dimensiones de la privación y permanecen dentro de la fuerza gravitacional de la pobreza extrema. Una sequía, una enfermedad, el estallido de un conflicto o una crisis económica podrían ser suficientes para que se vuelvan a encontrar por debajo del nivel de 1,90 dólares al día.

La experiencia de América Latina ilustra la necesidad de mirar más allá de los umbrales de la pobreza. Entre mediados de la década de 1990 y 2011, la pobreza extrema en la región se redujo a la mitad, gracias al aumento de los ingresos, de las pensiones y de otras transferencias sociales²³³. En 2012, había más gente en la clase media de América Latina que en las filas de los pobres extremos. Sin embargo, un 38% de la población vivía en 2013 con un ingreso de entre 4 y 10 dólares diarios, y corría el riesgo de deslizarse hacia la pobreza extrema²³⁴.

Niños pobres que viven en países ricos

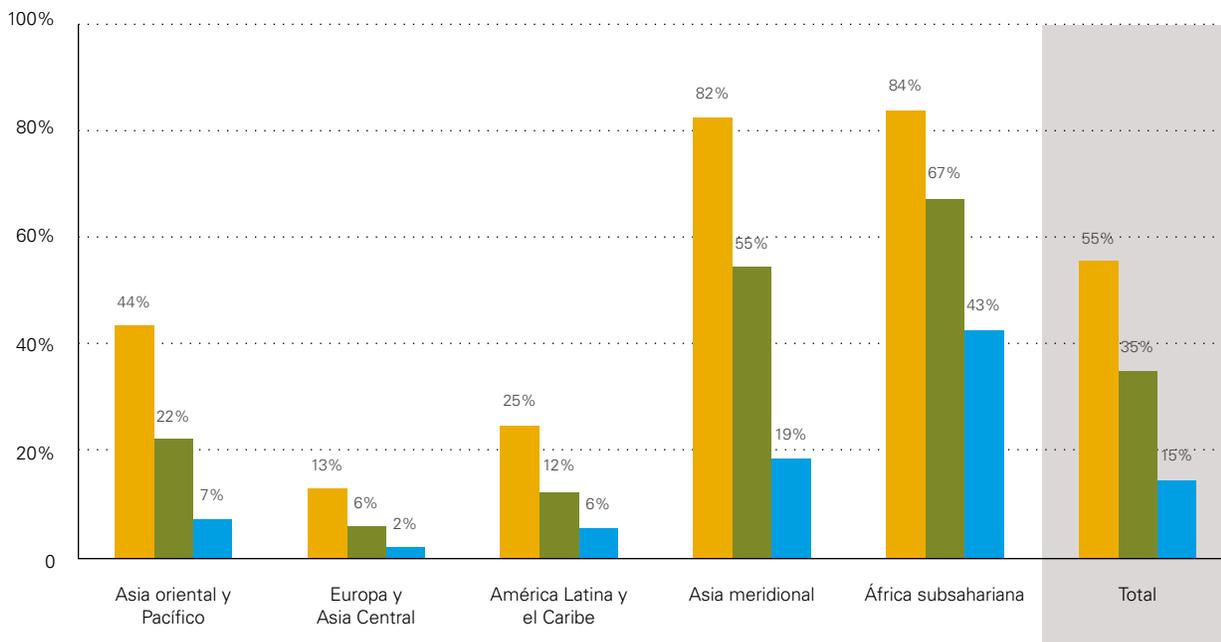
La pobreza relativa, que se da especialmente en los países más ricos, puede afectar también las vidas de los niños. El hecho de tener menos oportunidades de recibir una educación, de estar sano o de estar bien alimentado en comparación con sus pares pone a los niños en situación de desventaja y limita sus posibilidades en la vida.

EN TODO EL MUNDO, MÁS DE 3.000 MILLONES DE PERSONAS SEGUIAN SIENDO VULNERABLES A LA POBREZA EN 2012, AL SUBSISTIR CON MENOS DE 5 DÓLARES AL DÍA.

GRÁFICO 3.3

Más de la mitad de la población de los países de ingresos bajos y medianos vive con menos de 5 dólares diarios

Porcentaje de población que vive por debajo de varias líneas internacionales de la pobreza, por región del Banco Mundial, 2012



- Personas vulnerables a la pobreza (menos de \$5,00 al día)
- Personas que viven en la pobreza moderada (menos de \$3,10 por día)
- Personas que viven en la pobreza extrema (menos de \$1,90 por día)

Nota: El total se refiere a los países de bajos y medianos ingresos disponibles en PovcalNet. No había datos disponibles para Oriente Medio y África del Norte en el momento en que se realizó el cálculo. Todas las estimaciones se basan en las cifras de paridad de poder adquisitivo (dólares internacionales actuales) extrapoladas de las estimaciones de referencia del Programa de Comparación Internacional (PCI) de 2011. La cifra de 5,00 dólares al día no es una línea de pobreza internacional oficial utilizada por el Banco Mundial.

Fuente: Banco Mundial (2016).

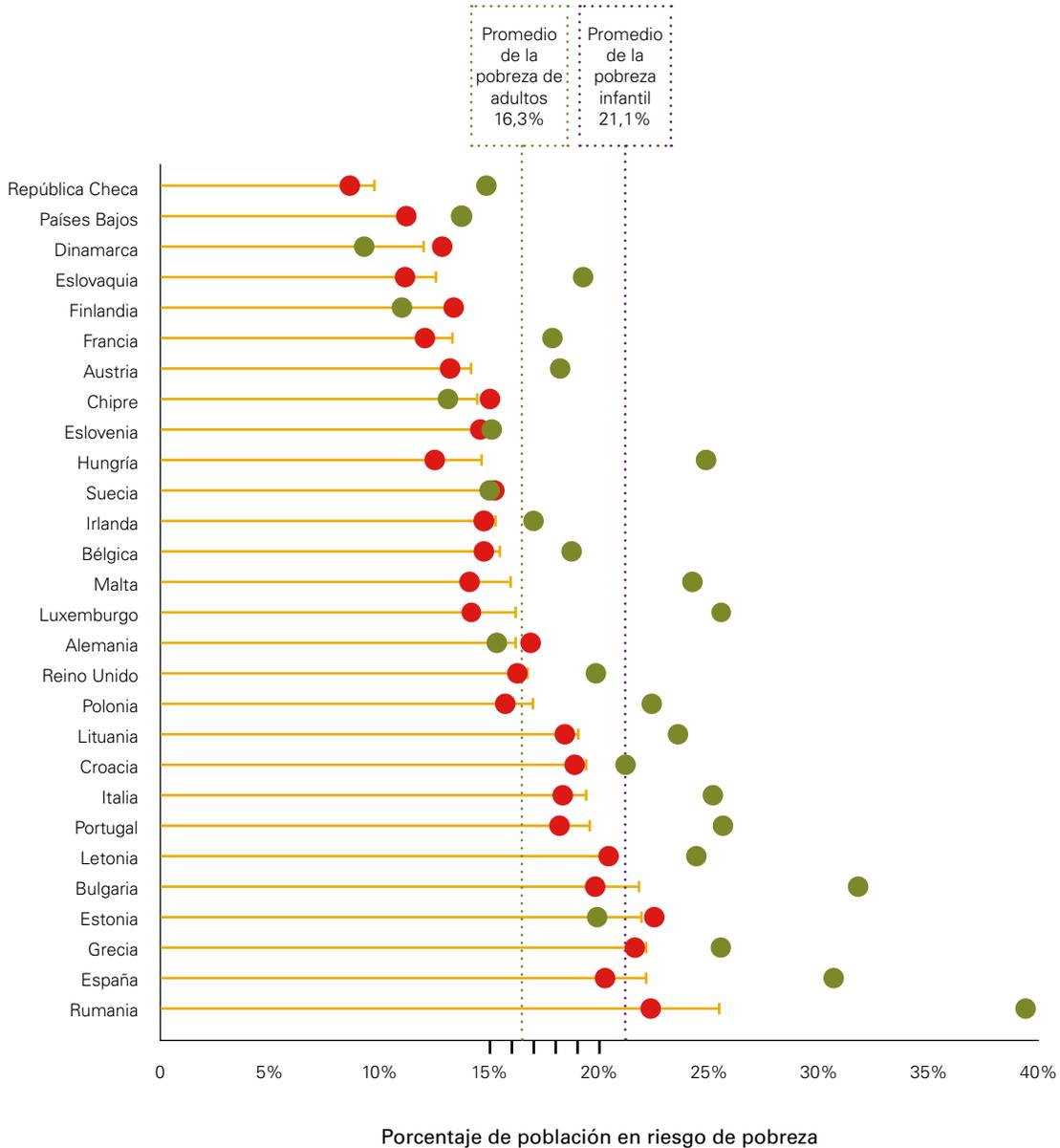
Ocho años después del inicio de la crisis financiera de 2008, la lentitud de la recuperación económica, los altos niveles de desempleo, la presión financiera y el aumento de la desigualdad están poniendo en peligro las esperanzas de una generación de niños en países de altos ingresos pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)²³⁵. Al mismo tiempo, los niños y las familias pobres están sintiendo los efectos de los programas de reducción del déficit iniciados por los gobiernos en respuesta a la crisis²³⁶.

En los 41 países más ricos, casi 77 millones de niños vivían en la pobreza monetaria en 2014²³⁷. Si tomamos los niveles previos a la crisis como punto de referencia, las tasas de pobreza infantil aumentaron en 23 países de la OCDE después de 2008. En cinco países, las tasas de pobreza infantil aumentaron en más del 50%²³⁸. En la mayoría de los países de la Unión Europea, la proporción de niños en situación de pobreza es superior a la tasa de los adultos (véase el gráfico 3.4).

GRÁFICO 3.4

En la mayoría de los países de la Unión Europea, los niños corren un mayor riesgo de sufrir pobreza monetaria que los adultos

Porcentaje de población en riesgo de pobreza en la Unión Europea, por grupo de edad, 2014



— Tasa de pobreza total ● Tasa de pobreza de adultos ● Tasa de pobreza infantil

Nota: "En riesgo de pobreza" se define como estar por debajo del umbral de la pobreza, que es el 60% del ingreso promedio equivalente después de las transferencias sociales.

Fuente: Eurostat (2016), sobre la base de las estadísticas de la Unión Europea sobre ingresos y condiciones de vida.

La pobreza infantil en todas sus dimensiones

Vivir simplemente en un hogar que está por encima del umbral de la pobreza monetaria no indica necesariamente que un niño haya salido de la pobreza. Consideremos una familia cuyos ingresos alcanzan el umbral definido por la línea de pobreza nacional, pero que todavía carece de acceso a la vivienda, comida, agua, saneamiento, educación, salud o información. Según una interpretación monetaria de la pobreza, esta familia no se consideraría pobre. Una interpretación más amplia, sin embargo, consideraría como pobre a cualquier niño que viva en ese hogar, debido a las privaciones que sufre su familia.

Se han establecido varias medidas para comprender y supervisar mejor la pobreza en sus múltiples dimensiones (véase el recuadro 3.2). Si se consideran las diferentes privaciones que experimentan los niños en aspectos cruciales de su vida, los países pueden orientar mejor las políticas y programas que benefician a los más desfavorecidos.

Medidas como el Índice de la Pobreza Multidimensional tienen por objetivo estimar con precisión la magnitud del problema. Sus resultados más recientes indican que 1.600 millones de personas vivían en una situación de pobreza multidimensional en 2015²³⁹.

Otro estudio sobre la pobreza multidimensional se centró en niños que viven en África subsahariana y produjo resultados alarmantes. En los 30 países para los que había datos comparables disponibles, 247 millones de un total de 368 millones de niños menores de 18 años sufren de dos a cinco privaciones que amenazan su supervivencia y desarrollo²⁴⁰. Un estudio en 2008–2009, encontró que 81 millones de niños y adolescentes de los países de América Latina y el Caribe sufrieron los efectos de por lo menos una privación moderada o grave de sus derechos a la educación, la nutrición, la vivienda, el saneamiento, el agua potable o el acceso a la información²⁴¹.

Un niño da de comer a otro más pequeño en el campamento para refugiados de Nyarugusu, en la región de Kigoma, República Unida de Tanzania.

© UNICEF/UNI186112/Calvin



Desventajas que se superponen y refuerzan mutuamente

Cuando los niños sufren a causa de pobreza, de una mala salud, de la desnutrición, del estrés, de la violencia, del abuso, de la negligencia, de la atención inadecuada o de la falta de oportunidades de aprendizaje, particularmente durante los primeros años de su vida, su capacidad para alcanzar su pleno potencial corre peligro.

Una niña que debe caminar grandes distancias para buscar agua tiene menos tiempo para asistir a la escuela. Un niño que está desnutrido es más susceptible de contraer enfermedades transmitidas a través de un saneamiento deficiente. Un bebé que carece de cuidado, estimulación e interacción cuando se están formando sus conexiones neuronales en el cerebro nunca podrá tener la oportunidad de desarrollarse plenamente. Cada privación exacerba el efecto de las otras, y cuando coinciden dos o más, sus efectos sobre los niños pueden ser catastróficos.

Según el *Informe sobre el desarrollo mundial*, las carencias son mayores aun en el caso de los niños que viven en Estados frágiles y países afectados por conflictos. Estos niños tienen dos veces más probabilidades de padecer desnutrición que los niños de otros países de bajos y medianos ingresos. También tienen más de tres veces más posibilidades de no ir a la escuela, dos veces más probabilidades de morir antes de cumplir cinco años y más de dos veces más probabilidades de carecer de acceso a fuentes mejoradas de agua potable²⁴².

Además de los conflictos, los impactos del cambio climático y la degradación del medio ambiente suponen nuevos riesgos y consolidan antiguas vulnerabilidades sociales y económicas creadas por la pobreza y la inequidad. Algunos de los niños más pobres



Moses, Sarah y Paul, de 1, 2 y 7 años respectivamente, junto a su madre, Lucy, y su prima Joslyn, de 7 años, en el exterior de su vivienda, destruida por el supertifón Pam, en la isla de Tanna, Vanuatu.

© UNICEF/UNI181237/Crumb

del mundo viven en zonas especialmente vulnerables a los desastres naturales, como inundaciones, sequías o tormentas graves. Más de 300 millones de niños viven en las zonas con una susceptibilidad elevada a que se produzcan inundaciones en países donde más de la mitad de la población gana menos de 3,10 dólares al día²⁴³.

Los niños que ya sufren privaciones en muchas dimensiones de su vida tienen muchas probabilidades de hacer frente a algunos de los peligros más inmediatos del cambio climático, a medida que sus familias están más expuestas a los daños potenciales y les resulta más difícil recuperarse de las perturbaciones climáticas. Como se indicó anteriormente, muchas familias que viven por encima del umbral de la pobreza extrema podrían caer en ella en caso de que se produzca un desastre. A medida que los peligros climáticos surgen con mayor frecuencia, el efecto acumulativo de estas repetidas perturbaciones hará que para muchos de los hogares más desfavorecidos resulte difícil sobrevivir, recuperarse, confrontar y adaptarse a estas situaciones.

La urbanización es otra fuerza que ejerce presión sobre los esfuerzos de reducción de la pobreza y pone de relieve las inequidades. Las líneas nacionales de la pobreza podrían no tener en cuenta los elevados costos de la vida urbana, especialmente en materia de vivienda, transporte, agua, saneamiento, educación y servicios de salud. Y los niños de las zonas urbanas pueden carecer acceso a servicios esenciales incluso cuando viven en lugares que están cerca de estos servicios. Como resultado, los riesgos para las poblaciones urbanas pueden ser mayores que los que confrontan las poblaciones rurales.

Por ejemplo, un estudio realizado en 2006 en el África subsahariana mostró mayores disparidades en la nutrición infantil entre las comunidades urbanas ricas y pobres que entre las zonas urbanas y rurales²⁴⁴. Un estudio llevado a cabo en 2012 en Egipto encontró que las tasas de pobreza y privación entre algunos niños que vivían en barrios de tugurios urbanos alcanzaban o superaban las tasas de las zonas rurales más necesitadas del país. Y para muchos niños de China que han emigrado a las ciudades con sus familias, tener un registro familiar (*hukou*) de una zona rural significa a menudo carecer del derecho a recibir servicios de salud, educación y de otro tipo en una zona urbana²⁴⁶.

Los problemas que confrontan los niños de las comunidades urbanas pobres son particularmente pertinentes a la luz de las proyecciones que indican que el 66% de la población mundial vivirá en una zona urbana en 2050, y que la urbanización más rápida se producirá en los continentes africano y asiático²⁴⁷. Excluidas de otras oportunidades, muchas personas pobres que viven en zonas urbanas no tienen mayor opción que aceptar trabajos no estructurados que están fuera de la regulación, la tributación y la observación por parte de las autoridades del gobierno. Las personas marginadas –incluyendo las mujeres y las personas con discapacidad– permanecen a menudo atrapadas en la economía no estructurada debido a la discriminación, que limita sus oportunidades²⁴⁸.

Existe un firme vínculo entre el trabajo no estructurado y la pobreza²⁴⁹. Los trabajadores de los sectores no estructurados carecen de protección social básica, hacen frente a condiciones de trabajo inseguras y están sujetos a despidos sin indemnización. Se encuentran condenados a realizar actividades de baja productividad con pocas oportunidades de movilidad y sin protección en caso de que no les paguen el salario.

La raza y el origen desempeñan también a menudo un papel determinante sobre las posibilidades de un niño en su vida, incluso en algunos de los países más ricos del mundo. En los Estados Unidos, el 39% de los niños afroamericanos, el 36% de los niños indios americanos y el 32% de los niños hispanos vivían en 2013 en familias pobres, definidas como hogares que disponían de ingresos por debajo del nivel de pobreza establecido por la autoridad federal. El porcentaje para los niños blancos de ese país es del 13%, la misma cifra que se aplica a los niños asiáticos²⁵⁰.

En Europa, los romaníes son la mayor minoría étnica y se encuentran entre los más desfavorecidos²⁵¹. Un estudio realizado en 2011 en 11 países de la Unión Europea encontró que alrededor del 41% de los niños romaníes vivían en hogares donde alguien se había ido a dormir con hambre al menos una vez durante el mes anterior a la encuesta, porque no podían comprar alimentos²⁵². Sobre la base de los umbrales nacionales, las familias con cuatro o más hijos –prácticamente todos los hogares romaníes encuestados– estaban en riesgo de pobreza²⁵³. La proporción de los niños romaníes que vivían en hogares por debajo de la línea nacional que señala el “riesgo de pobreza” era dos veces más elevada que la de los niños no romaníes que vivían cerca²⁵⁴.

Los hogares de los migrantes en Europa también son especialmente vulnerables debido a la pobreza. En España, uno de cada dos niños de familias migrantes vivían en la pobreza en 2012²⁵⁵. En Grecia, las tasas de pobreza infantil para las familias migrantes aumentaron en un 35% entre 2008 y 2012, frente al 15% para la población general²⁵⁶.

Aunque los desafíos son enormes, muchas de las soluciones están a mano. Un enfoque integrado que se centre en las intervenciones de salud, nutrición, agua y saneamiento, protección y aprendizaje durante los primeros años de vida de los niños tiene la posibilidad de establecer una base firme para el resto de sus vidas.

Medida universal de la pobreza infantil

Los países que firmaron los objetivos para 2030 han alcanzado un compromiso para abordar la pobreza infantil en todas sus dimensiones. Teniendo en cuenta este compromiso, necesitan actualizar constantemente los datos sobre la identidad de las personas pobres y las características de su pobreza con el fin de monitorear el progreso, determinar cuáles son las lagunas y orientar las políticas y programas, todo con el fin de garantizar que los niños vulnerables no se queden atrás.

Los esfuerzos para medir la pobreza infantil no son nuevos. De hecho, muchos países ya han tomado medidas para generar datos sobre cuántos niños viven en la pobreza, tanto sobre la base del umbral internacional de extrema pobreza de 1,90 dólares al día como mediante las líneas de pobreza nacionales. También existen metodologías bien establecidas, mencionados anteriormente, para captar la magnitud de la pobreza multidimensional infantil, y estas mediciones pueden complementar las medidas monetarias.

LOS PAISES QUE FIRMARON
LOS OBJETIVOS PARA 2030 HAN
ALCANZADO UN COMPROMISO
PARA ABORDAR LA POBREZA
INFANTIL EN TODAS SUS
DIMENSIONES.



Unos niños acuden a la escuela primaria Traiko Simeonov, en Shumen, al norte de Bulgaria, donde el 90% de los estudiantes pertenecen a la etnia romaní.

© UNICEF/UNI154479/Pirozzi

Aun así, el número de países que dispone de datos sobre las cifras de la pobreza infantil es limitado. Un reciente análisis interno realizado por UNICEF descubrió que más de una tercera parte de los países no miden la pobreza infantil, y alrededor de la mitad de los que miden este indicador no lo hacen habitualmente²⁵⁷.

En teoría, todos los países informan sobre el número de niños que viven en la pobreza, utilizando medidas monetarias y multidimensionales. Las medidas de la pobreza multidimensional del niño ofrecen una imagen más completa sobre la manera en que los niños experimentan la pobreza. Estos datos pueden ser adaptados y aplicados al contexto económico y social de cada país, y servir de base de la elaboración de enfoques nacionales para la reducción de la pobreza.

Las instituciones financieras internacionales, los organismos de desarrollo, los donantes y los organismos regionales podrían cooperar más eficazmente para aumentar los niveles y fortalecer la capacidad estadística nacional en estos países. Una medida de este tipo situaría al mundo mucho más cerca de la meta de erradicar la pobreza extrema en general y la pobreza infantil en particular.

El papel de las transferencias de efectivo en la reducción de la pobreza y la inequidad

La reducción de la pobreza infantil en todas sus dimensiones es una de las tareas más urgentes e importantes que confronta el mundo, y requiere esfuerzos concertados y sostenidos para dar prioridad a los niños y ofrecerles todo lo que necesitan para tener una oportunidad justa que les permita sobrevivir y prosperar.

Debido a que los niños experimentan la pobreza en diversas facetas, no sólo es fundamental proporcionarles servicios equitativos –como, por ejemplo, atención esencial de la salud y una educación de calidad– sino también asegurarse de que los niños más desfavorecidos tengan acceso a esos servicios. Mecanismos de protección social como

Los niños y la pobreza: romper el ciclo vicioso

>> El papel de las transferencias de efectivo en la reducción de la pobreza y la inequidad

las pensiones, exenciones de pago, subvenciones para manutención y transferencias en efectivo son enfoques eficaces que pueden reducir la vulnerabilidad a la pobreza y la privación, fortalecer la capacidad de las familias para atender a sus hijos, y superar los obstáculos en el acceso a servicios esenciales.

Las transferencias en efectivo pueden servir de “estructura de seguridad” para evitar que los hogares más pobres y más vulnerables caigan en la indigencia en todos los entornos, entre ellos las situaciones de emergencia humanitaria. Al mismo tiempo, ofrecen a las familias una salida de la pobreza reforzando los ingresos, aumentando la asistencia a la escuela, mejorando la nutrición, alentando el uso de servicios de salud y ofreciendo oportunidades de trabajo. Según una estimación, las iniciativas de protección social consiguen mantener fuera de la pobreza a 150 millones de personas²⁵⁸, y tienen repercusiones positivas en la vida de los niños a través de una serie de indicadores. Los resultados de muchas regiones demuestran repercusiones directas tales como el aumento de los ingresos y el consumo, un mayor acceso a bienes y servicios, una mayor inclusión social y una reducción del estrés familiar.

Debido a su tamaño generalmente modesto, los programas de transferencia en efectivo no pueden situar directamente a la mayoría de las familias por encima del umbral de pobreza monetaria por sí solos. Pero pueden lograr una diferencia real en la reducción de los efectos de la pobreza y reforzar a las familias y las economías. Las transferencias en efectivo funcionan porque ponen más dinero en manos de los pobres, fortaleciendo de este modo los mercados locales y creando un flujo de beneficios sociales que acompañan la reducción de la pobreza. A medida que los hogares gastan las transferencias que reciben, se multiplica su impacto sobre la economía local y los beneficios se transmiten a otras personas en la sociedad.

Niños y niñas en Supaul, un distrito proclive a las inundaciones del estado de Bihar, India.

© UNICEF/UNI130498/Singh



Los programas de transferencias en efectivo pueden reducir la inequidad al mismo tiempo que contribuyen al crecimiento económico, a la productividad y a la creación de empleo. En el Brasil, por ejemplo, Bolsa Familia, uno de los mayores programas de transferencias en efectivo del mundo, se combinó con la iniciativa Beneficio de Prestação Continuada, una combinación de pensión social y subsidio de discapacidad. Juntos, estos dos programas contribuyeron en más de una cuarta parte a la reducción de un 2,7% de la inequidad que se produjo en el país entre 1995 y 2004, según la medición del índice de Gini²⁵⁹.

Entretanto, en Ucrania, las prestaciones por hijos contribuyeron a una reducción de alrededor de un 1% en la inequidad entre 2001 y 2007. Las prestaciones fueron concebidas para tener en cuenta las vulnerabilidades específicas que afectaban a los hogares con más de un hijo, que eran los que hacían frente a los mayores riesgos de caer en la pobreza²⁶⁰.

Los programas de transferencias en efectivo ofrecen también protecciones contra las perturbaciones, y ayudan a los hogares a sobrellevar los baches económicos sin tener que vender sus valores productivos, sacar a los hijos de la escuela o reducir gastos vitales en salud y nutrición. Algunos programas están destinados específicamente a las familias con niños, pero las transferencias en efectivo no tienen por qué estar orientados hacia los niños para beneficiarlos.

Algunas pruebas empíricas han revelado que las transferencias en efectivo pueden reforzar también las funciones de la mujer en la toma de decisiones sobre los gastos en el hogar, algo que les ofrece una mayor seguridad financiera y les permite participar en actividades generadoras de ingresos²⁶¹.

En los países afectados por conflictos, en los estados frágiles y en las situaciones de emergencia humanitaria, las subvenciones en efectivo pueden ser uno de los métodos más eficaces y efectivos de llegar a los hogares más pobres²⁶². Un ejemplo reciente es un programa que todos los meses ha prestado asistencia a alrededor de 56.000 niños de 15.000 familias refugiadas sirias vulnerables que viven en comunidades de acogida en Jordania. Las transferencias en efectivo han ofrecido a estas familias los medios para costear sus necesidades básicas y los gastos relacionados específicamente con los niños.

De las 500 familias que participaron en una encuesta sobre el programa, un 88% informó que utilizaba las subvenciones en efectivo para costear por lo menos un gasto relacionado específicamente con los niños. La mayoría dijo que las empleaban en alimentos frescos para los niños (65%), gastos relacionados con la escuela (56%) y medicinas para los niños (52%²⁶³).

En Kenya, el programa *Hunger Safety Net* proporcionó transferencias en efectivo a los hogares pobres en cuatro condados áridos y semiáridos. A pesar de una grave sequía, los hogares que recibieron el subsidio tuvieron un 10% menos posibilidades de sumarse al 10% más pobre de la población que los hogares que no lo recibieron²⁶⁴. Más allá de los efectos sobre la pobreza, el programa de transferencias demostró haber mejorado la seguridad alimentaria y facilitado que los hogares gastaran más en atención de la salud. También tuvo repercusiones positivas sobre el rendimiento escolar de los niños que ya estaban en la escuela.

Transferencias en efectivo y acceso a los servicios esenciales

Como lo demuestran algunos de estos ejemplos, las transferencias en efectivo resuelven privaciones múltiples y ayudan a los niños a obtener acceso a servicios que son fundamentales para su bienestar. Por ejemplo, las transferencias en efectivo para los hogares y los niños más pobres pueden utilizarse para dar lugar a derechos relacionados con la cobertura de la salud, un enfoque adoptado en Ghana mediante su programa *Livelihood Empowerment Against Poverty* (LEAP). Una característica única de LEAP es que, además de una serie de pagos bimensuales en efectivo, ofrece a los beneficiarios

cobertura gratuita de atención de la salud por medio del Mecanismo Nacional del Seguro de Salud²⁶⁵.

Las transferencias en efectivo pueden abordar también algunos de los elementos determinantes de la desventaja educativa, contribuyendo a romper el vínculo que existe entre la pobreza y las tasas de abandono escolar²⁶⁶. En Marruecos, un programa de transferencia de efectivo produjo una mejora considerable en la participación escolar²⁶⁷. Las pruebas muestran que las transferencias en efectivo han aumentado la demanda en favor de la educación²⁶⁸ y han mejorado la matriculación y la asistencia a la escuela²⁶⁹.

LAS TRANSFERENCIAS EN EFECTIVO HAN DEMOSTRADO SU EFICACIA PARA AYUDAR A LOS NIÑOS A PERMANECER MÁS TIEMPO EN LA ESCUELA Y AVANZAR HACIA NIVELES EDUCATIVOS SUPERIORES.

Además, las transferencias en efectivo han demostrado su eficacia para ayudar a los niños a permanecer más tiempo en la escuela y avanzar hacia niveles educativos superiores. En Camboya, una iniciativa que proporciona becas escolares a los pupilos en situación de riesgo que pertenecen a hogares de bajos ingresos aumentaron en más de la mitad de un grado el tiempo promedio en que permanecían en la escuela²⁷⁰. En Colombia, Ghana y el Pakistán, los programas de transferencia en efectivo han contribuido mejorar las tasas de transición a niveles superiores de la educación.

En algunos casos, las transferencias en efectivo y otras medidas de protección social han tenido también repercusiones sobre el aprendizaje. Por ejemplo, los programas de transferencias en efectivo llevaron a una mejora en las clasificaciones de las pruebas para los niños en Burkina Faso y una modesta mejora en Marruecos²⁷¹. Mientras tanto, los programas de alimentación escolar se han relacionado con un mayor aprendizaje y desarrollo cognitivo. En Bangladesh, los alumnos de primaria de un programa de alimentación escolar mostraron una mejora del 15,7% en las métricas del aprendizaje, sobre todo en matemáticas, en comparación con los niños que no participaron en el programa²⁷².

Las transferencias en efectivo también han demostrado tener algunas repercusiones sobre el matrimonio infantil y el trabajo infantil, y por ende sobre las desventajas educativas que conllevan estas prácticas. Aunque hacer frente a estas violaciones de los derechos del niño es un reto complejo que requiere medidas en múltiples sectores, las transferencias en efectivo pueden desempeñar un papel importante a la hora de aliviar algunas de las presiones financieras que obligan a los niños a trabajar, a contraer matrimonio o a abandonar la escuela²⁷³.

Un programa de transferencia en efectivo en Panamá, por ejemplo, condujo a una reducción de casi un 16% en el trabajo infantil de los niños y niñas indígenas de entre 12 y 15 años, y a un aumento de casi un 8% en la matriculación en la escuela primaria en las zonas indígenas²⁷⁴. El programa del Pakistán *Female School Stipend Programme* redujo la participación de las niñas en la fuerza laboral en por lo menos un 5%²⁷⁵. En Bangladesh, un programa de transferencia en efectivo tuvo éxito en impulsar la matriculación de las niñas, especialmente en la escuela secundaria, y en retrasar el matrimonio.

Ampliar la protección social y contemplar el futuro

Todos los países tienen por menos un programa de seguridad social, y en 108 países existen programas específicos de prestaciones a los niños y a las familias que están basados en la legislación. Sin embargo, estos programas suelen beneficiar solamente a pequeños grupos de la población, y en 75 países estos programas no están ni siquiera disponibles²⁷⁶.

Ampliar la protección social es fundamental para alcanzar los objetivos de 2030. De hecho, los objetivos incluyen una meta específica sobre la aplicación de medidas y sistemas apropiados de protección social a nivel nacional para lograr una cobertura sustancial de las personas pobres y vulnerables en 2030.

Un enfoque universal para la ampliación de la protección social no sólo aumentaría la



Unos niños junto a su hogar familiar en la zona de Muhamasheen Mathbah, en Sana'a, Yemen.

© UNICEF/UN013965/Shamsan

Un niño intenta obtener algo de dinero pesando a la gente en la calle en Sana'a, Yemen.

© UNICEF/UN018345/Altwaity



cobertura sino que también reduciría las posibilidades excluir erróneamente a hogares elegibles, reforzaría la solidaridad social y reduciría el estigma que a veces se asocia con los beneficios. Sin embargo, los países pueden alcanzar la protección social adoptando enfoques paulatinos que funcionen de conformidad con sus recursos y sus limitaciones de capacidad, así como sus marcos de política económica y social, hacia el objetivo final de la cobertura universal.

Para los países ricos, el reto inmediato es reparar y fortalecer las redes de seguridad y los beneficios que sufrieron los efectos negativos de la crisis financiera mundial. Para muchos países de ingresos medios, la arquitectura de los programas existentes de transferencia en efectivo proporciona la base para una futura expansión. Los gobiernos de los países de bajos ingresos confrontan opciones más difíciles. Con presupuestos limitados y altos niveles de pobreza infantil, existen tensiones entre los enfoques de transferencia selectivos y los planteamientos universales. Es necesario abordar estas tensiones caso por caso.

Al final, sin embargo, los programas de protección social son una herramienta más en el esfuerzo más amplio de abordar la cuestión subyacente de la pobreza infantil. Cuando aprobaron los ODS, los líderes mundiales reconocieron la importancia central de esta cuestión. El objetivo 1 es efectivamente acabar con la pobreza extrema en 2030 (meta 1.1) y reducir al menos a la mitad la proporción de hombres, mujeres y niños que viven en la pobreza en todas sus dimensiones según las definiciones nacionales (meta 1.2). Los objetivos también hacen hincapié en que ningún país es inmune al impacto de la pobreza, y subrayan el hecho de que acabar con la pobreza infantil es un reto universal.

En la labor hacia el logro de los objetivos de 2030, los gobiernos tendrán a reconocer y responder a los retos que distinguen la pobreza infantil en todas sus dimensiones y llegar a compromisos explícitos para ponerle fin. No hacerlo en esta generación transmitirá los costos humanos, sociales y económicos a las generaciones futuras.

¿Qué estamos esperando? Las sociedades sostenibles comienzan por los niños

Por Kailash Satyarthi, Premio Nobel de la paz y fundadora, Fundación en favor de la Infancia de Kailash Satyarthi

En las estribaciones de la Cordillera del Himalaya, hace muchos años, conocí a un niño trabajador, pequeño y flaco. Me preguntó: "¿Está el mundo tan pobre que no puede darme un juguete y un libro, en lugar de obligarme a tomar un arma o una herramienta?" En otra ocasión, una madre, niña aún, que vivía en las calles de Colombia y que había sido víctima de la trata, y a quien habían violado y esclavizado, me preguntó: "Nunca he tenido un sueño. ¿Podrá mi hijo tener uno?" Un niño de Sudán, secuestrado por una milicia extremista que le había obligado a matar a sus amigos y familiares, me preguntó una vez: "¿Es mi culpa?"

La esclavitud no terminó con su abolición en el siglo XIX. Incluso en tiempos modernos y en los países desarrollados, existe todavía en sus formas más crueles. Los datos más recientes muestran que hay 150 millones de niños trabajadores en el mundo; que 59 millones de niños en edad escolar primaria no asisten a la escuela; y que se obliga a contraer matrimonio a 15 millones de niñas menores de 18 años cada año. Millones de niños que viven con una discapacidad corren un mayor peligro de que los marginen o de no recibir una educación.

Millones de inmigrantes indocumentados y personas al margen de la sociedad son víctimas de la trata y se les obliga a realizar tareas domésticas o a servir en el comercio sexual. En zonas afectadas por la crisis, la esclavitud es mucho más rampante, ya que los niños reciben armas en lugar de juguetes y las niñas tienen que venderse a veces por menos de un paquete de cigarrillos. Lamentablemente, 37 millones de niños que viven en países afectados por alguna crisis no van a la escuela primaria o secundaria. He conocido a niños trabajando en las granjas de cacao de Côte d'Ivoire, vendiendo flores en Colombia, cosiendo balones en el Pakistán, trabajando en las minas de mica y en los hornos de ladrillos de la India y viviendo horrores inimaginables en Nigeria.

Todos los niños merecen un comienzo justo y equitativo en la vida. Merecen libertad y tener una infancia. Merecen una educación amplia, integral y de calidad. Es preciso considerar estas cuestiones no sólo como derechos sino como el vehículo hacia una sociedad más participativa y sostenible.

En septiembre de 2015, más de 200 dirigentes del mundo se reunieron para aprobar un plan de 15 años para el desarrollo sostenible. Aplaudo a las Naciones Unidas por incorporar en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) la necesidad

de eliminar el trabajo infantil, el trabajo forzoso, la esclavitud moderna y la trata de seres humanos, así como por haber hecho un gran hincapié en una educación inclusiva y equitativa de calidad. Por primera vez se han establecido objetivos claros para acabar con estos males, y se ha reconocido la relación entre ellos y el crecimiento sostenible. Mis compañeros activistas y yo habíamos estado pidiendo esto desde hace muchos años.

Las sociedades sostenibles sólo pueden tener un futuro próspero cuando sus hijos estén seguros, educados y sanos. En pocas palabras, poner fin al trabajo infantil, a la esclavitud, a la trata y a la violencia contra los niños tiene una relación directa con el logro de la mayoría de los otros objetivos de desarrollo.

Juntos, hemos forjado una voluntad para un futuro mejor. Sin embargo, lo más importante es la voluntad que acompaña a las palabras y no las palabras que acompañan a la voluntad.

Al dirigirme a la Cumbre de las Naciones Unidas sobre los ODS en Nueva York, yo, en nombre de los niños más marginados, exigí acción, no promesas. Sabemos que el progreso es posible: desde que se pusiera en práctica el último programa de desarrollo, tanto el número de personas que viven en la pobreza extrema como el número de niños de edad escolar primaria que no van a la escuela se ha reducido con éxito a la mitad.

Nuestra generación podría ser la que ponga un punto final a la maldad de la esclavitud infantil. Podemos proporcionar una educación para cada niño. Tenemos una oportunidad para abrazar la paz, la equidad, la inclusión y el desarrollo sostenible, garantizando la libertad para todos.

Pero sólo podremos hacerlo cuando los gobiernos, las empresas, la sociedad civil y los ciudadanos se unan, y cuando cada uno desempeñe su papel deliberadamente y con eficacia. Necesitamos a los gobiernos para establecer políticas que tengan en cuenta a la infancia e inviertan adecuadamente en la educación y los jóvenes. Los gobiernos ya no pueden pasar por alto los argumentos económicos contra el trabajo infantil. Una tasa elevada de trabajo infantil conduce a un mayor desempleo. Hoy en día, por los 150 millones de niños (de 5 a 14 años) que realizan trabajos pensados para adultos, hay 200 millones de adultos desempleados. Con unas medidas económicas acertadas, los gobiernos deberían garantizar un salario vital decente para que los progenitores puedan enviar a sus hijos a la escuela.



¿Qué estamos esperando? Las sociedades sostenibles comienzan por los niños

Son conocidos los beneficios de la educación para contribuir al crecimiento económico y a la reducción de la pobreza. Numerosos informes demuestran que cada dólar invertido en la educación de calidad ofrecerá un rendimiento 15 veces mayor en dos décadas. El estado de derecho debe abarcar a todos los niños. Las empresas deben ser más responsables y los dirigentes religiosos deben reconocer que la compasión por los demás es un principio fundamental para todas las religiones.

Es la responsabilidad de todos y cada uno de nosotros: debemos construir el mundo de nuestros sueños con compasión por nuestros hermanos hombres y mujeres, sin importar el origen étnico, la raza, la religión, la nacionalidad, la política o cualquier otra cosa.

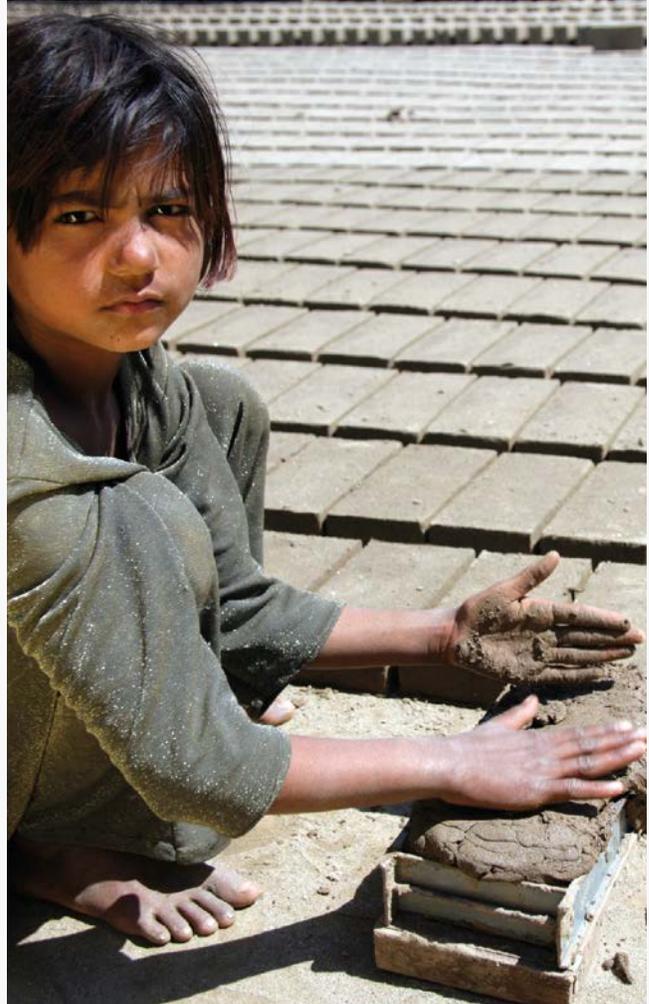
Cuando nosotros como ciudadanos nos unamos para responsabilizar a los gobiernos, las empresas y la sociedad civil, cualquier cosa será posible. Mis colegas y yo hemos puesto humildemente nuestra parte –gota a gota, durante varios años. El resultado es que más de 85.000 niños han sido rescatados del trabajo infantil y de la servidumbre, y han recuperado su infancia. Aunque no es una cantidad suficiente para extinguir la hoguera que representan los millones de niños que siguen siendo esclavos, para estos niños y para sus familias es algo que ha significado mucho.

Podemos y debemos ser la generación que extinga esa hoguera de una vez por todas.

Tenemos que enseñar a nuestra juventud brillante, joven, enérgica e idealista el valor de la compasión, para que no se desilusione ni abrace la violencia en un momento en que ellos y el mundo parecen más susceptibles que nunca a que esto ocurra. Devli, un niño de ocho años que trabajaba como esclavo y que mis colegas y yo rescatamos una vez de una cantera, capturó perfectamente en una pregunta la urgencia con la que debemos actuar. Su pregunta fue: “¿Por qué no has venido antes?”

Esta pregunta es para todos nosotros. ¿Qué estamos esperando? Cada uno de nosotros tiene el potencial para cambiar las cosas si canalizamos nuestras energías y nuestra ira contra las injusticias de la manera adecuada. Incluso una pequeña chispa puede disparar la oscuridad en una habitación. Y cada uno de nosotros representa una chispa, pequeña pero esencial, si nos ponemos a hacer algo para resolver los problemas que vemos, en lugar de limitarnos a ser solamente testigos de ellos.

Juntos podemos asegurar que los compromisos para un mundo sostenible se cumplan y que se relegue la esclavitud a los libros de historia donde pertenece. Hagamos que esto sea el legado de nuestras vidas, nuestro regalo al mundo.



Una niña fabrica ladrillos en una factoría del vecindario de Shahdra, al norte de Lahore, Pakistán.

© UNICEF/UNI44028/Pirozzi



LOS CAMINOS

HACIA LA EQUIDAD

Los caminos hacia la equidad

Todos los niños tienen el derecho a una oportunidad justa, y todas las sociedades tienen la responsabilidad de brindarles esa oportunidad sin dejar a nadie atrás. Es lo correcto y lo más sensato. Este es el momento de trazar el camino hacia un mundo más justo.

Fatuma, de 10 años, perdió a ambos progenitores debido al ébola. Asiste a la escuela de educación primaria en Waterloo Freetown, Sierra Leona.

© UNICEF/UN011612/Holt

Uno de los rasgos definitorios de este siglo recién estrenado es la concienciación cada vez mayor a nivel mundial acerca del alcance –y el coste– de un mundo cada vez más desigual. En este informe se ha puesto de manifiesto que, mientras no se aborden, las desigualdades existentes en la infancia y la adolescencia seguirán generando resultados desiguales en las familias de todo el mundo, estimulando ciclos intergeneracionales de desventajas que amenazan la fuerza y la estabilidad de todas las sociedades.

Los índices actuales de progreso son insuficientes para interrumpir esos ciclos y cerrar las brechas de la inequidad antes de 2030, la fecha límite para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que han sido concebidos como un compromiso para atender las necesidades de todo el mundo sin dejar a nadie atrás. Si se mantienen hasta entonces las tendencias actuales, algunas regiones y países cuyas poblaciones están en aumento y presentan altos niveles de desventajas, como es el caso de África y Asia, seguirán registrando el mismo número de niños que no van a la escuela en la actualidad. Casi 120 millones de niños padecerán retraso en el crecimiento, lo que debilitará su desarrollo físico y cognitivo y tendrá consecuencias irreversibles. Los conflictos y las crisis crónicas derivadas de los efectos del cambio climático pondrán en peligro las vidas y el futuro de los niños, y obligarán a cada vez más familias y niños a desplazarse, lo que aumentará la vulnerabilidad e intensificará esas desventajas.

No obstante, tal y como se refleja en este informe y según demuestra con claridad un número de pruebas en aumento, la inequidad no es ni inevitable ni infranqueable. Si se realizan las inversiones adecuadas en el momento preciso, los niños desfavorecidos podrán disfrutar de su derecho a vivir una vida mejor. Si reducimos las desigualdades que hoy en día constituyen una violación de sus derechos, dichas inversiones ayudarán a que esos niños tengan vidas más productivas cuando sean adultos y, así, podrán brindar más oportunidades a sus propios hijos. De este modo, se sustituirían los ciclos intergeneracionales de privaciones con ciclos sostenibles de oportunidades.

Esa es la promesa –y el imperativo– de la equidad.

Todos los niños tienen el derecho a una oportunidad justa, y todas las sociedades tienen la responsabilidad de brindar oportunidades a sus miembros más jóvenes. Partiendo de la base de la labor conjunta de UNICEF y sus aliados, estos cinco elementos esenciales (información, integración, innovación, inversión e implicación) representan extensos caminos que, a menudo entrelazados, nos dirigen hacia la equidad. Además, llevan consigo una serie de principios operativos y cambios fundamentales que pueden ayudar a los gobiernos, los aliados en desarrollo, la sociedad civil y las comunidades a diseñar políticas y programas con el potencial suficiente para que todos los niños puedan disfrutar de una oportunidad justa.



Información

Superar los promedios para centrar la atención en los más excluidos

La información, que proporciona datos que revelan a quién se está dejando atrás, qué programas están fracasando y cuáles están logrando atender a quienes más lo necesitan, es un principio operativo primordial del desarrollo equitativo.

Uno de los mayores inconvenientes que obstaculizaba el esfuerzo internacional para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (los ODM) residía en el hecho de que los promedios de los países que mostraban las ganancias totales relativas a determinados objetivos escondían a menudo disparidades persistentes, ocultando así que los más pobres no siempre se beneficiaban proporcionalmente de ese progreso general. Por ejemplo, el objetivo mundial en materia de agua potable se cumplió cinco años antes de lo programado, pero seguían existiendo lagunas cada vez más grandes en el acceso a fuentes salubres de agua potable en los países de bajos ingresos.

Cuando no se dispone de datos sólidos que informen sobre el estado de las poblaciones a nivel subnacional, las comunidades que no han podido beneficiarse de los avances en materia de progreso pueden seguir pasando desapercibidas. Por ese motivo, es esencial mejorar la disponibilidad y la calidad de los datos relativos a los niños y las familias en situación de mayor necesidad. Gracias al programa de Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS, por sus siglas en inglés), promovido por UNICEF y llevado a cabo por sus aliados, se están logrando desglosar datos sobre niños atendiendo al patrimonio, ubicación geográfica, género, etnia, lengua, religión, edad y otros factores importantes relativos a cada familia. Cuanto más incorporen los gobiernos estos datos desglosados a la planificación de políticas y a la inversión pública, más oportunidades habrán de lograr un cambio significativo en las vidas de los niños más desfavorecidos, vulnerables y marginados.

1 de cada 4

niños en edad escolar de todo el mundo viven en países **afectados por crisis**



La información no solo contribuye a diseñar programas adaptados a las necesidades de las comunidades, sino que también ayuda a los gobiernos y a sus aliados en materia de desarrollo a cambiar sus estrategias cuando los programas no resultan lo suficientemente eficaces para atender esas necesidades. Un ejemplo es M-Trac, un sistema de supervisión y detección de enfermedades basado en SMS que proporciona datos en tiempo real, lo que ayuda a los gobiernos y a sus aliados en desarrollo a controlar la disponibilidad de las medicinas esenciales de un modo más eficiente. Durante emergencias humanitarias y otras situaciones críticas, la información contribuye a ofrecer respuestas más rápidas y adecuadas a las necesidades concretas, proporcionando ayuda vital donde más se necesita.

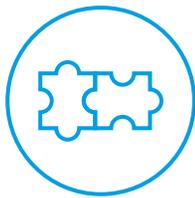
Sin embargo, la información relativa a las disparidades y a otros factores que contribuyen a la desigualdad no es suficiente en sí misma. Las desigualdades persistirán mientras no existan objetivos en materia de equidad ni mecanismos de detección que supervisen el aumento o la disminución de las diferencias. UNICEF y algunos aliados ya están empleando el nuevo Sistema de Supervisión de Resultados para la Equidad (MoRES, por sus siglas en inglés), que tiene por objetivo realizar un seguimiento del progreso logrado gracias a los esfuerzos conjuntos y así acabar con los obstáculos que tienen los niños y las familias para acceder a los servicios que necesitan. MoRES identifica tanto las barreras existentes en la *distribución* de servicios –por ejemplo, la falta de suficientes centros de salud comunitarios o de comadronas preparadas para atender las necesidades de las comunidades más pobres– como en la *demand*a –por ejemplo, la incapacidad de las familias pobres para pagar los servicios de atención médica o la poca información que tienen sobre la importancia urgente de la atención posparto.

Equipados con esos datos, los gobiernos y sus aliados para el desarrollo pueden abordar programas que tengan como objetivo expandir las oportunidades: por ejemplo, transferencias de efectivo para ayudar a las familias a pagar las tasas de la matrícula escolar; o campañas de concienciación pública sobre la importancia del registro de los recién nacidos para que los niños reciban una identidad oficial que les puede brindar acceso a los servicios y protegerlos contra la explotación durante su infancia.

Los gobiernos pueden acelerar aún más el progreso hacia los objetivos de 2030 estableciendo metas de equidad nacional para detectar disparidades, como las que afectan a las regiones desfavorecidas o a algunos grupos étnicos. Por otro lado, pueden adoptar marcadores provisionales que sirvan de “trampolín” para medir el progreso hacia la consecución de los objetivos generales de equidad y, a su vez, hacia el cumplimiento del mandato de los ODS de no dejar a nadie atrás.

La revolución de los datos puede beneficiar a los más desfavorecidos y difíciles de atender solo si verdaderamente incluye a quienes habían quedado olvidados. Entre los cambios más importantes y prometedores de los últimos años cabe destacar el modo en que las comunidades están recogiendo y compartiendo información sobre las necesidades locales, así como el grado en que estas quedan desatendidas. Un ejemplo es U-Informe, una herramienta social de mensajería en tiempo real que permite a sus jóvenes miembros, los U-Reporteros, compartir con sus gobiernos información importante sobre temas urgentes para sus comunidades y sus vidas: desde si las niñas pueden o no ir a la escuela hasta dónde se necesitan intervenciones en materia de salud para detener la propagación de epidemias.

Las personas responsables de la toma de decisiones están escuchando. En Uganda, los miembros del Parlamento se han adherido voluntariamente al U-Report para descubrir lo que tienen que decir los constituyentes más jóvenes, y el sistema ha ayudado a fortalecer la cobertura de la inmunización en la zona. En Zambia, además, la herramienta está contribuyendo a concienciar acerca de la necesidad de hacerse pruebas de VIH. Con más de dos millones de usuarios activos en 23 países hasta la fecha, es evidente que el impulso hacia la recogida de datos dirigidos a los ciudadanos y la publicación de información es una tendencia al alza.



Integración

Adoptar un enfoque multidimensional para afrontar las diversas privaciones que impiden que los niños tengan una oportunidad justa en la vida

La integración –en lo referente a las estrategias utilizadas en la búsqueda de soluciones y el modo en que distribuimos las intervenciones– constituye una vía esencial hacia un desarrollo equitativo.

Las múltiples amenazas a la supervivencia y el bienestar de los niños más desfavorecidos y vulnerables no están claramente diferenciadas por sectores. Existen grandes dificultades que les afectan, como los conflictos, el cambio climático o la pobreza extrema, entre otras, y todas están íntimamente relacionadas. Las distintas privaciones que sufren los niños también se superponen entre sí y, demasiado a menudo, se refuerzan. Por ello, las soluciones también deben estar interconectadas.

Si pensamos en los primeros días de la vida de un niño, vemos una pequeña ventana de oportunidades que se abre cuando el desarrollo cerebral se encuentra en su máximo esplendor. La posibilidad de que los cerebros de los niños alcancen el potencial que la *naturaleza* les ha otorgado depende de cómo se les alimenta: de si reciben la nutrición y las estimulaciones adecuadas y si se les protege de la violencia y las adversidades persistentes. Con esta finalidad, los programas de desarrollo en la primera infancia deben estar integrados y abarcar educación, nutrición y protección.

Integrar las intervenciones en distintos sectores resulta más efectivo que abordarlas de forma individual: si se logran buenos resultados en una esfera, estos contribuirán a lograr buenos resultados en otra. Por ejemplo, la introducción de programas de alimentación para impulsar la nutrición en las escuelas se ha asociado al creciente desarrollo cognitivo y del aprendizaje. Como ya se ha señalado, en Bangladesh, los estudiantes de primaria de una escuela que participaba en un programa de alimentación escolar mostraron una mejora del 15,7% en su rendimiento escolar, sobre todo en matemáticas²⁷⁷.

Las estrategias integradas también pueden ser más rentables, especialmente cuando los proveedores de servicios comparten los recursos humanos²⁷⁸: por ejemplo, llevando campañas de inmunización a zonas remotas para distribuir micronutrientes esenciales o midiendo a los niños para detectar retrasos en el crecimiento.

La medida más urgente para los cientos de millones de niños afectados por el conflicto y las crisis crónicas, incluidas las causadas por el cambio climático, consiste en derribar las barreras artificiales que existen entre las labores de desarrollo y la acción humanitaria. Esa distinción no existe en las vidas de los niños para los que se diseñan intervenciones que les puedan ayudar.

La falta de desarrollo puede intensificar el impacto de los conflictos y empeorar o incluso causar desastres naturales, como inundaciones o desprendimientos. Los desastres y los conflictos pueden interrumpir y hasta deshacer lo conseguido en años de progreso en desarrollo, un riesgo al que están expuestos en la actualidad países como la República Árabe Siria, la República Centroafricana y Yemen, que podrían sufrir consecuencias devastadoras a corto y largo plazo. En contraste, un desarrollo sólido reduce el impacto e incluso las posibilidades de sufrir crisis en el futuro.

La acción humanitaria inmediata también puede facilitar las vías para lograr una “mejor reconstrucción” y avanzar en materia de desarrollo. Por ejemplo, después del terremoto que hubo en Nepal en 2015, los programas de asistencia social promovidos por el gobierno proporcionaron una plataforma para distribuir transferencias de efectivo a unas 400.000 del total de personas afectadas. Desde el punto de vista humanitario, esta asistencia atendió las necesidades inmediatas de aquellas personas cuyas vidas acababan de ser truncadas. Desde la perspectiva del desarrollo, evitó que esas familias gastaran sus bienes para hacer frente a



Unos alumnos cuya educación ha sido interrumpida por el conflicto asisten a clases del plan de estudios B en la escuela Hasan Zaiat en Aleppo, República Árabe Siria.

© UNICEF/UN018888/AI-Issa

las secuelas del desastre y animó al gobierno a establecer un nuevo sistema de supervisión que fortaleciera los esfuerzos de asistencia social en el futuro.

Ocurrió algo similar durante la peor crisis de ébola en África Occidental, cuando UNICEF y sus aliados no solo construyeron nuevos centros de atención médica para cuidar a las víctimas del virus, sino que también trabajaron para reforzar los centros de atención médica primaria y facilitar que pudiesen tratar a quienes sufrían otras enfermedades, realizando así una inversión importante en el futuro.

Al contrario que los ODM, los ODS reconocen explícitamente las conexiones inherentes que existen entre el desarrollo económico, el desarrollo social, la protección medioambiental y la consolidación de la paz. No lograremos alcanzar los objetivos mundiales sin un enfoque integrado en la acción humanitaria y para el desarrollo. Al menos, no mientras millones de niños soportan el impacto de los desastres relacionados con el cambio climático y las crisis crónicas, y cerca de 250 millones de niños sigan viviendo en países y zonas afectadas por conflictos armados. No mientras 24 millones de los niños que viven en esas zonas sigan sin ir a la escuela. No mientras esos países representen casi dos tercios del total de niños del mundo a los que no se ha inmunizado con las vacunas básicas²⁷⁹. Y no mientras millones de niños estén en situación de desplazamiento junto a sus familias, huyendo desesperados de sus hogares y embarcándose en peligrosos viajes que dejan a los niños aún más vulnerables y profundizan sus privaciones.

Es necesario insistir en la necesidad de una coordinación más estrecha entre las organizaciones humanitarias y del desarrollo; de este modo, se contribuirá a acortar las distancias existentes entre ambos sectores. Esto incluye planificar de forma conjunta, mantener las necesidades humanitarias en primer plano conforme se ponen en marcha los ODS e integrar los llamamientos para recaudar fondos humanitarios y para el desarrollo durante crisis específicas. Además, durante las emergencias es necesario emplear más herramientas de protección social, como las transferencias en efectivo, para proporcionar apoyo a corto plazo a las familias, al tiempo que se refuerzan las redes de seguridad social para el futuro.



Si se llevan a cabo de forma conjunta, estas medidas prácticas y rentables centradas en países en crisis no solo servirán de ayuda a corto plazo para las respuestas a las situaciones de emergencia, sino que también trazarán un camino hacia más oportunidades para la vida de los niños más vulnerables y excluidos.

Innovación

Acelerar el cambio para los niños más desfavorecidos mediante el uso de nuevos y diferentes enfoques para el desarrollo

Un niño recibe alimentos terapéuticos listos para el consumo como parte de un módulo de servicios de salud y nutrición para el tratamiento de la malnutrición en Somalia.

© UNICEF/UNI201564/Rich

En el campamento de refugiados de Nyarugusu, en la región de Kigoma, Burundi, un trabajador fotografía a una mujer con una aplicación de teléfonos móviles creada para ubicar y reunir a las familias.

© UNICEF/UNI188792/Beechey

Para UNICEF, la innovación significa hacer nuestro trabajo de una manera diferente que agrega valor a la vida de los niños. La innovación no es un valor en sí mismo sino, más bien, un nuevo enfoque para resolver problemas difíciles.

UNICEF tiene una larga historia de apoyo a la innovación en favor de los niños. Hemos sido precursores y colaborado en soluciones como la bomba manual Mark II (para mejorar el acceso al agua potable) y los alimentos terapéuticos listos para usar (para tratar la desnutrición grave aguda). Y hemos encontrado nuevas maneras de trabajar con los gobiernos y otros asociados para aumentar las tasas mundiales de inmunización de los niños menores de 5 años –del 20% al 76%– en una sola década (1980–1990).

Los desafíos cambiantes a los que hacen frente ahora los niños del mundo –desde los brotes de enfermedades hasta la crisis de los refugiados y migrantes, o la situación de millones de niños que no van a la escuela– tienen algo en común: están perturbando las vidas de los jóvenes a una gran velocidad. Resolver estos desafíos significa, una vez más, reinventar la manera en que trabajamos. Significa mostrarse ágiles y adaptables en la forma en que establecemos las soluciones. Significa la búsqueda de nuevas alianzas, incluidas las colaboraciones con empresas que puede que no sean nuestros socios tradicionales, y con los propios jóvenes.



En un mundo que está cada vez más conectado, más y más gente accede a una serie de servicios de información básica. Como resultado, el impulso mundial en pro de nuevas soluciones está involucrando a un número cada vez mayor de jóvenes que no son sólo los beneficiarios de las soluciones sino que actúan como solucionadores de problemas por derecho propio.

La innovación en los sectores del desarrollo y el ámbito humanitario requiere también mostrarse abierto tanto ante el fracaso como ante el éxito. Se trata de utilizar la tecnología para obtener información de nuevas maneras y a nuevas velocidades.

En un entorno de emergencia, las herramientas de mensajería social hacen posible ahora obtener información de las poblaciones afectadas en tiempo real. Por ejemplo, durante la epidemia del ébola en África, UNICEF pudo hablar con la gente joven directamente utilizando el sistema de U-informe, nuestra plataforma de mensajería social para la comunicación entre los jóvenes y los responsables de tomar decisiones. En Liberia, UNICEF y los asociados que participaron en la respuesta al ébola encuestaron más de 43.000 personas en un solo día por medio de mensajes de texto para conocer sus necesidades, incorporar esa información y actuar en consecuencia.

U-informe ya está disponible en 22 países y cuenta con más de 2,1 millones de usuarios. Es una de las numerosas herramientas nuevas que cambian drásticamente la manera en que los problemas salen a la luz, y la forma en que se descubren las soluciones. Estas herramientas añaden urgencia a la labor de los gobiernos y el resto de la comunidad internacional. Cuando obtenemos información en tiempo real, tenemos la obligación de responder.

Las innovaciones tecnológicas no sólo mejoran la comunicación y la colaboración, sino que también proporcionan nuevas formas de recolección de datos. Por ejemplo, la Oficina de Estadísticas de Uganda está utilizando la herramienta para encuestas del U-informe a fin de crear microencuestas que el gobierno puede distribuir por vía del teléfono móvil. Estas herramientas digitales complementan las encuestas en papel, que a menudo reflejan información obtenida varios meses o incluso años antes. El uso de datos en tiempo real proporciona a los gobiernos y sus asociados para el desarrollo una comprensión más rápida de temas críticos en el momento en que se presentan, y les permite orientar estratégicamente sus respuestas.

Pero las soluciones innovadoras no se refieren solamente a la tecnología; también demuestran cómo la tecnología puede apoyar el comportamiento humano como un factor clave de éxito para resolver problemas complejos y sistémicos en 2016 y más adelante.

Para UNICEF y sus aliados, la innovación significa trabajar con los jóvenes de maneras nuevas. En Blantyre, Malawi, nuestro laboratorio de innovación trabaja con el Instituto Politécnico y los alumnos de las escuelas primarias y secundarias que tienen así la posibilidad de diseñar soluciones a sus problemas. Estos jóvenes están utilizando conceptos y técnicas de diseño moderno para averiguar la mejor forma de configurar su mundo, incluida la manera de crear un entorno escolar que sea más propicio para el aprendizaje.

En este tipo de relación, UNICEF funciona como un intermediario y un convocante; no trata de imponer sus ideas, sino que trabaja con los jóvenes y los asociados institucionales para ayudarles a ampliar la escala de las mejores ideas.

Este enfoque apunta a una nueva forma de hacer las cosas, ya que la innovación crea oportunidades para establecer nuevos tipos de asociaciones en esferas tales como los datos personales. Por ejemplo, en colaboración con ARM, una compañía líder en tecnología digital, UNICEF lanzó recientemente Wearables for Good Challenge para acelerar el desarrollo de nuevas tecnologías que ayuden a salvar y mejorar las vidas de los niños. Más de 250 equipos de todo el mundo solicitaron participar. La mayoría de ellos eran jóvenes que creen que podrían trabajar juntos en tecnologías de código abierto para ofrecer a las madres de los entornos rurales la información que necesitan para protegerse a ellas mismas y a sus hijos.

La innovación para la equidad consiste también en cómo financiar el trabajo y hacerlo realidad. El Fondo de Innovación de UNICEF, que se puso en marcha en 2015, es un novedoso instrumento

Los caminos hacia la equidad

>> Innovación

que nos permite apoyar a diseñadores y empresarios locales en un sentido muy concreto. Al crear un híbrido con elementos procedentes del mundo de la financiación inicial de empresas y del desarrollo, estamos en condiciones de establecer ahora una red de empresas que trabajen en soluciones de código abierto para los niños que han quedado atrás.

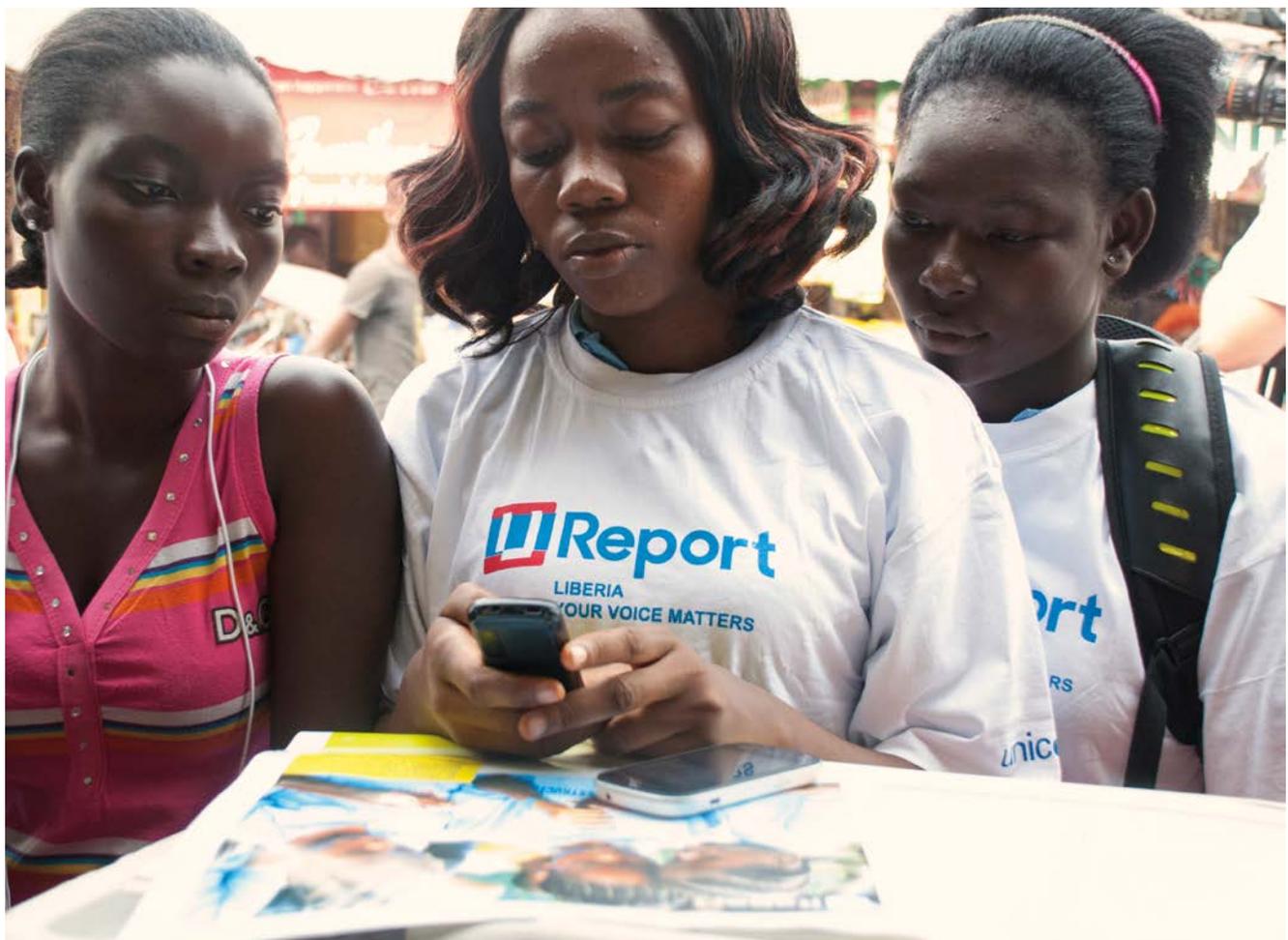
El Fondo de Innovación alienta a UNICEF a trabajar con asociados, entre ellos los laboratorios, incubadoras y aceleradores de la innovación, de nuevas maneras. Permite que las ideas innovadoras permeen más rápidamente el sistema mundial de UNICEF, y facilita que las pongamos a prueba, las evaluemos y las adaptemos a las necesidades de los niños más vulnerables del mundo.

Al final, nuestro objetivo es lograr un cambio real para los niños. Hay pruebas de que la adopción de nuevas formas de llevar a cabo nuestra labor puede ayudarnos a conseguir este cambio.

La U-reportera Michelle Abika (en el centro) ayuda a la difusión de conocimientos sobre la prevención del ébola en las comunidades, en Monrovia, Liberia.

© NICEF/UNI178336/Naftalin

En Uganda, por ejemplo, los datos preliminares aún no publicados indican que se ha producido un aumento notable en los niveles nacionales de registro del nacimiento debido a los cambios en las políticas, la legislación y la divulgación en la comunidad, así como la aplicación de la tecnología móvil. Y en Liberia, más de 13.000 U-reporteros respondieron casi al instante a una pregunta sobre la violencia sexual en las escuelas: el 86% dijo que era un problema grave. También proporcionan ideas sobre cómo abordar el tema. Posteriormente, el gobierno utilizó sus comentarios para dar forma a los cambios y las intervenciones en las políticas locales y nacionales.





En todo el mundo, la innovación está marcando la diferencia. Construir flujos de información en tiempo real y multidireccionales, establecer comunidades de agentes de cambio de código abierto y financiarlos para ampliar la escala de las innovaciones: estos y otros enfoques tienen el potencial de reducir las desigualdades al acelerar los resultados en favor de los niños más pobres y más desfavorecidos.

Inversión

Calcular presupuestos centrados en la equidad y realizar una financiación innovadora para atender a los niños y las familias más excluidas

Tal y como se ha afirmado en este informe, invertir en los niños y las comunidades más desfavorecidas es más que un imperativo moral. Se trata de una inversión inteligente y estratégica que favorece la consecución de resultados más efectivos y rentables y, al mismo tiempo, ayuda a romper los ciclos intergeneracionales de privaciones y a fortalecer a las sociedades. Lo contrario también es cierto: cuando no logramos invertir en los niños y las familias más marginadas, les fallamos a ellos y a sus sociedades. Las disparidades en el acceso a ayuda y servicios esenciales cuestan cientos de miles de millones de dólares cada año en todo el mundo²⁸⁰.

A la hora de calcular los presupuestos y la inversión pública, la prioridad debería ser la creación de más oportunidades para los niños más desfavorecidos. El presupuesto de un país refleja el grado en que las promesas de los políticos se traducen en acciones directas para beneficiar a los niños más excluidos. Ese gasto desempeña un papel fundamental al financiar los sistemas que conectan a los niños y las familias desfavorecidas con la ayuda y los servicios esenciales, lo que incluye redes de seguridad social que protegen a las familias durante crisis y otras perturbaciones emocionales.

Sin embargo, no es suficiente con que los niños sean la prioridad en los presupuestos nacionales. Todos los gobiernos, ya sean los de países de ingresos bajos, medianos o altos, deben analizar el impacto que sus decisiones presupuestarias producen en los niños más vulnerables. En algunos casos, la inversión pública está sesgada y favorece a los más aventajados, en lugar de a los menos. El ejemplo que mejor ilustra esta injusticia podría ser la laguna existente en el gasto per cápita en educación. En algunos países de bajos ingresos, son los estudiantes mejor formados quienes se benefician de casi la mitad de la inversión pública destinada a la educación, lo que representa solo un 10% de la población estudiantil total. Del mismo modo, hay muchos países donde los estudiantes que crecen en las familias más ricas tienen un acceso hasta 18 veces mayor que los de las familias más pobres a recursos educativos públicos, entre los que se incluyen libros de texto y otros materiales²⁸¹.

No obstante, una mejor coordinación y planificación entre los ministerios de finanzas y desarrollo puede contribuir a que los presupuestos nacionales respondan mejor a las necesidades de los más desfavorecidos. Asimismo, un seguimiento más detallado de los gastos ayudaría a saber si los programas que financian están atendiendo a quienes es más difícil acceder.

Es sumamente importante controlar el impacto de la inversión pública con el fin de cumplir con todas las prioridades posibles propuestas por el gobierno, y lograr la equidad para los niños no debe ser una excepción. Algunos países cuentan con mecanismos para proporcionar una base sobre la que controlar el impacto de la inversión pública en la pobreza infantil. En Bangladesh, por ejemplo, se ha desarrollado un marco presupuestario centrado en los niños, empleado en el Ministerio de Finanzas, para prever el impacto que podría causar en ellos. En Sudáfrica, el Instituto del Niño controla las dotaciones presupuestarias destinadas a ejecutar las disposiciones de la Ley del Niño de 2005 de ese país.

Al mismo tiempo, los gobiernos pueden incrementar el rendimiento de sus inversiones adoptando mecanismos más integrados para la elaboración de planes y presupuestos, y

distribuir de forma más integral los programas en distintos sectores, como se ha explicado previamente en este capítulo.

En mitad de un periodo en el que escasean los fondos y crece la competencia por la ayuda humanitaria y la asistencia oficial para el desarrollo, los países de bajos y medianos ingresos y sus aliados en el desarrollo están buscando nuevas formas de salvar las distancias existentes en la financiación y asegurar fuentes de financiación más predecibles y diversificadas. Si bien es cierto que unas inversiones bien planificadas a corto plazo a menudo consiguen eliminar los obstáculos que impiden que los niños y sus familias puedan acceder a la ayuda y a los servicios esenciales, es fundamental contar con una financiación más sostenible que permita que esos logros se puedan mantener a largo plazo.

Hoy en día, las nuevas alianzas ponen de manifiesto que los fondos públicos y privados se pueden obtener y destinar directamente a los más desfavorecidos: tanto las subvenciones en efectivo para que las familias pobres puedan pagar la educación de sus hijos y los servicios de salud, como la financiación para llevar a cabo programas de formación para profesionales de la salud de primera línea y de la comunidad, o las ayudas para emprender más programas educativos en comunidades de minorías étnicas e indígenas.

Algunas de las alianzas más prometedoras están buscando nuevas formas de financiación para el desarrollo y el abastecimiento de suministros esenciales como vacunas, mosquiteros tratados con insecticidas y suplementos nutritivos para los niños y las comunidades más excluidas. Por ejemplo, la alianza “El poder de la nutrición” tiene por objetivo recaudar 1.000 millones de dólares destinados a la nutrición, utilizando un mecanismo innovador de ajuste que multiplica por seis cada dólar del fondo público con nueva financiación garantizada por otros inversores. UNITLIFE, un mecanismo similar, emplea micro impuestos de industrias extractivas para incrementar los recursos para luchar contra la malnutrición en el África subsahariana: por ejemplo, la República del Congo contribuirá con el equivalente a 0,10 dólares estadounidenses por cada barril de petróleo vendido por la empresa nacional de petróleo. Por otra parte, UNITAID, una iniciativa mundial de salud para combatir el VIH/sida, la tuberculosis y el paludismo, recaudó más de la mitad de su financiación durante los últimos cinco años mediante los impuestos sobre billetes de avión.

Uno de los ejemplos más prósperos de alianzas innovadoras lo representa GAVI, la alianza para la vacunación, que ayuda a diseñar planes de mercado y hacer que las vacunas sean más rentables para los países en vías de desarrollo. Por ejemplo, GAVI se ha asociado con el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud, la Fundación de Bill y Melinda Gates y UNICEF con el fin de acelerar el desarrollo y la disponibilidad de vacunas para prevenir la enfermedad del neumococo, una de las principales causas de mortalidad entre niños menores de 5 años. La necesidad de obtener una financiación predecible e inversiones sostenidas se hace más urgente en el contexto de las emergencias humanitarias. Las necesidades humanitarias han crecido de manera exponencial al tiempo que se han extendido los conflictos y las crisis se han vuelto más frecuentes e intensas. Dada la creciente escasez de fondos, los donantes, los gobiernos y las organizaciones internacionales están explorando nuevas vías de financiación para la labor humanitaria.

Invertir en la preparación ante las situaciones de emergencia antes de que sucedan mejora la capacidad de respuesta de los gobiernos y las organizaciones internacionales, lo que produce altos rendimientos sobre la inversión. Asimismo, si se hace una distribución anticipada de suministros en regiones con tendencia a sufrir sequías e inundaciones, se realizan simulacros y se ofrece formación en esos países, se reducirá la carga de los trabajadores durante las emergencias, disminuirán los costes de distribución y transporte, se agilizarán los tiempos de respuesta e incluso se recortarán las emisiones de dióxido de carbono. De igual forma, invertir en la mejora de los sistemas de salud locales y otras infraestructuras fundamentales no solo fortalece el desarrollo, sino que también reduce el impacto y el coste de la respuesta a las crisis.

Una iniciativa de investigación emprendida de forma conjunta por el Programa Mundial de Alimentos y UNICEF, con la ayuda del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID), estimó que la inversión en la preparación humanitaria para contextos de alto riesgo cosecha un promedio de ganancias del 200%, lo que significa que cada dólar invertido en preparación equivale a un promedio de 2 dólares en caso de que se produzca una situación de emergencia²⁸².



En el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, cada vez es más importante que los recursos funcionen mejor para los niños más desfavorecidos y se garanticen inversiones más equitativas. Los nuevos objetivos globales, que apelan a los gobiernos a no dejar a nadie atrás, requieren cambios deliberados en las políticas, el diseño de presupuestos y la inversión pública para beneficiar a quienes más lo necesitan.

Implicación

Lograr la equidad para los niños es una responsabilidad de todos

Por definición, el desarrollo equitativo es un desarrollo inclusivo. Los métodos tradicionales que promueven el desarrollo de arriba abajo –un sistema vertical liderado casi al completo por los gobiernos y los organismos internacionales– están comenzando a cambiar. El desarrollo se está volviendo más horizontal; está cruzando sectores, ubicaciones geográficas y grupos de edad, y sobrepasa las barreras tradicionales a la participación. La mayor cooperación, coordinación y colaboración entre los países de ingresos bajos y medianos está favoreciendo la creación de un intercambio sustancial de recursos, tecnología y conocimientos para abordar los obstáculos más frecuentes. Las redes sociales y la tecnología digital están organizando, aumentando y sosteniendo de forma más rápida y efectiva el compromiso público, ya que los grupos comparten información, amplían su número de miembros y multiplican el número de aliados dedicados a las mismas causas.

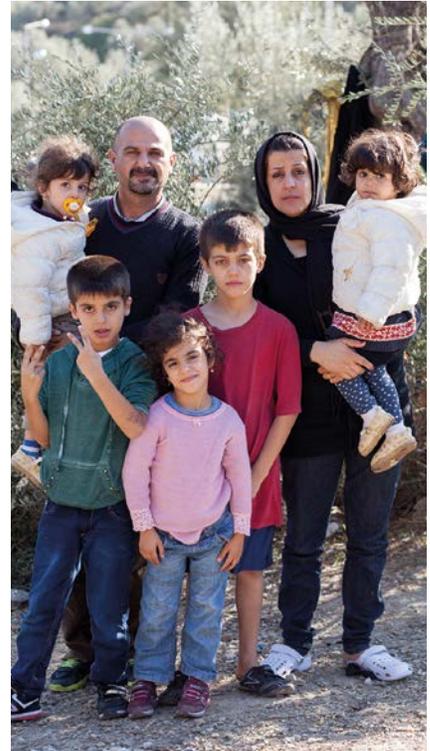
Esas nuevas oportunidades y redes dan voz a los ciudadanos y les permiten denunciar públicamente los problemas más urgentes que afectan a sus vidas. Así, desde su propia experiencia, proporcionan a los gobiernos información valiosa sobre las vidas y las necesidades de aquellos a quienes se ha dejado atrás y, lo que es más importante, ponen en marcha una nueva era de implicación y compromiso público que va desde la realización de campañas locales hasta movimientos a mayor escala que hacen un llamamiento al cambio y ofrecen a la gente una forma nueva y poderosa de exigir responsabilidad en las promesas hechas por sus líderes.

Estos esfuerzos generalizados pueden ser locales, nacionales, regionales o mundiales; también pueden entremezclarse entre ellos. En la India, el movimiento “I Paid a Bribe” (“Yo pagué un soborno”) comenzó como una página web para que los ciudadanos pudieran denunciar casos de corrupción del gobierno que afectarían a sus vidas, pero creció rápidamente hasta convertirse en un movimiento para combatir la corrupción gubernamental dentro y fuera de la India.

En Nigeria, la campaña #bringbackourgirls (“devuélvannos a nuestras niñas”), que tuvo un alcance mundial, comenzó con el simple tuit de un abogado de Abuja en el que protestaba por el secuestro de cientos de niñas estudiantes por parte del grupo terrorista Boko Haram.

En los Estados Unidos, fueron unos estudiantes universitarios quienes comenzaron el “Ice Bucket Challenge” (el reto del cubo de hielo) en 2014, después de que a un amigo suyo le diagnosticaran esclerosis lateral amiotrófica (ELA), un trastorno degenerativo incurable. El reto que lanzaron por la red a sus amigos, que podían elegir entre volcarse un cubo lleno de hielo en la cabeza en un límite de 24 horas y retar a otros a que hicieran lo mismo, o realizar una contribución a la Fundación ELA, ha recaudado 115 millones de dólares hasta la fecha y ha llevado a millones de personas a comprometerse para buscar una cura para la enfermedad²⁸³.

Algunas iniciativas no se ponen en marcha con la intención de hacerse “virales” ni transformar un problema nacional o local en un llamamiento mundial a la acción; aun así, pueden tener un impacto enorme sobre las vidas de la gente. Otro ejemplo es el movimiento para erradicar la defecación al aire libre emprendido en Nepal para movilizar a los ciudadanos y a las autoridades públicas en algunas de las zonas más pobres del país, que en poco tiempo logró que 27 distritos abandonaran oficialmente esa práctica.



Mohammad Abdullah-Shariff, su esposa, Shirin Aziz-Amah y sus cinco hijos. Después de huir de Iraq recibieron asistencia de voluntarios cerca de la aldea de Skala Eressos, en Lesbos, Grecia. A la derecha, la familia posa en el centro de recepción Moria para refugiados y migrantes.

© UNICEF/UNI197504/Gilbertson VII
Photo

Este tipo de iniciativas también pueden constituir un sólido pilar de ayuda para que los esfuerzos realizados por los gobiernos beneficien a los niños más desfavorecidos. Por ejemplo, el movimiento SUN para el fomento de la nutrición ha logrado que la prevención de la desnutrición se convierta en una prioridad en todo el mundo; un éxito que se debe a la poderosa combinación entre los recursos y el compromiso del gobierno, ayudados además por las redes de activistas y expertos de todo el mundo que utilizan la tecnología para llamar la atención sobre las graves consecuencias del retraso en el crecimiento y la necesidad de organizarse para el cambio.

Independientemente de en qué consistan, estos movimientos requieren cambios en la forma de trabajar y en el tipo de liderazgo. Los movimientos reales se dirigen desde dentro, no solo desde las oficinas de los encargados de la toma de decisiones de los gobiernos nacionales o las Naciones Unidas. Pero los gobiernos, las organizaciones internacionales y la sociedad civil deberían ver esto como una oportunidad de trabajar juntos con las comunidades y abordar los problemas comunes: salvar el medioambiente, erradicar la pobreza extrema, promover los derechos de las mujeres y, fundamentalmente, repartir las oportunidades de forma que los niños puedan cumplir su derecho a tener una oportunidad justa en la vida.

Equidad para todos los niños

La información y los datos nos ayudan a identificar a los niños y las comunidades a los que no se ha atendido, así como a supervisar la efectividad de los esfuerzos que realizamos con el fin de atenderlos. La integración en distintos sectores aborda las privaciones y dificultades entrelazadas a las que los niños se deben enfrentar. La innovación brinda nuevas soluciones a problemas antiguos, y ayuda a los niños y a las comunidades a afrontar las dificultades de un mundo en continuo cambio. Las inversiones, cuando se planifican de una forma equitativa, estimulan un progreso más sostenible para los más desfavorecidos. La implicación de las comunidades, incluyendo a los niños y la gente joven, está cambiando nuestra forma de establecer prioridades y tomar medidas. Todo esto constituye caminos que llevan a construir un mundo más igualitario donde todos los niños disfruten de la oportunidad de tener un futuro mejor.

Cumplir la promesa de la equidad es posible. Las desigualdades en las oportunidades para los niños pueden reducirse drásticamente en solo una generación.

Conforme el mundo toma un rumbo nuevo y ambicioso en el desarrollo internacional, el compromiso de atender a todos sin dejar a nadie atrás debe ser algo más que un eslogan. Que todos los niños tengan una oportunidad justa debe ser un principio operativo para todos nosotros.

Lograr la equidad para los niños es una cuestión de prioridades, de reconocer la importancia moral pero también estratégica que tienen las inversiones destinadas a aquellos que lo necesitan.

Se trata, además, de un desafío práctico; consiste en superar los obstáculos y las dificultades que alejan a los niños de la ayuda que necesitan y bloquean su acceso a oportunidades esenciales.

Es también una cuestión de voluntad política, de traducir el compromiso en acciones centrando las políticas, los programas y la inversión pública en la equidad para mejorar las vidas de los más desfavorecidos.

Es una inversión que requiere cambiar la forma en que los gobiernos y los donantes financian el desarrollo para atender mejor a los más excluidos.

Es un compromiso que va aún más lejos, que trata de poner fin al conflicto y la violencia que sufren los niños y cumplir las promesas dirigidas a abordar los efectos del cambio climático.

Por último, es un llamamiento a la acción para todas aquellas personas que deseen comprometerse para construir un mundo más igualitario, siendo conscientes de que lograr un futuro sostenible –y un destino compartido– depende de ello.

1. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Reducir las diferencias para alcanzar los objetivos*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2010.
2. Grupo Interinstitucional de Estimaciones sobre la Mortalidad Infantil, *Levels & Trends in Child Mortality – Report 2015*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2015, pág. 3 (referido a partir de ahora como 'UN IGME 2015').
3. Ibid.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la infancia: más allá de los promedios – Lecciones de los ODM*, No. 11, UNICEF, Nueva York, junio de 2015, págs. 22, 26.
5. Las proyecciones en este párrafo fueron calculadas para UNICEF por el Instituto de Desarrollo de Ultramar, 2015.
6. Naciones Unidas, *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, Resolución de la Asamblea General A/RES/70/1, párrafo 4, Naciones Unidas, Nueva York, 25 de septiembre de 2015.
7. Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios, *Global Humanitarian Overview 2016*, OCAH Naciones Unidas, Nueva York 2015, pág. 5.
8. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, *Tendencias de Mitad de Año de ACNUR 2015*, ACNUR, Ginebra, 2015, pág. 3.
9. Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios, *Global Humanitarian Overview 2016*, OCAH Naciones Unidas, Nueva York, diciembre de 2015, pág. 3.
10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Acción humanitaria en favor de la infancia 2016 – Panorama general*, UNICEF, Nueva York, enero de 2016, págs. 3, 6–7.
11. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *A menos que actuemos ahora: Las consecuencias del cambio climático sobre los niños*, UNICEF, Nueva York, noviembre de 2015.
12. Organización Mundial de la Salud, *Quantitative Risk Assessment of the Effects of Climate Change on Selected Causes of Death, 2030s and 2050s*, OMS, Ginebra, 2014.
13. Grant, James P., *Estado Mundial de la Infancia 1980–81*, UNICEF, Nueva York, n.d., pág. 6.
14. UN IGME 2015.
15. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 – Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*, OMS, Ginebra, noviembre de 2015.
16. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada – Informe sobre los progresos de 2015*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2015 (A partir de ahora denominado 'APR 2015'), pág. 35.
17. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Reducir las diferencias para alcanzar los objetivos*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2010.
18. APR 2015, pág. 35.
19. APR 2015, págs. 28, 29.
20. Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial: Conflicto, seguridad y desarrollo*, Banco Mundial, Washington, D.C., 2011, pág. 62.
21. APR 2015, pág. 32.
22. UN IGME 2015.
23. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2012: Niños y niñas en un mundo urbano*, UNICEF, Nueva York, febrero de 2012.
24. Save the Children, *A Devastating Toll: The impact of three years of war on the health of Syria's children*, Save the Children, Londres, marzo de 2014, pág. iv.
25. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *A menos que actuemos ahora: Las consecuencias del cambio climático sobre los niños*, UNICEF, Nueva York, noviembre de 2015, pág. 8.
26. Ibid.
27. Organización Mundial de la Salud, *Preventing Diarrhoea through Better Water, Sanitation and Hygiene: Exposures and impacts in low- and middle-income countries*, OMS, Ginebra, diciembre de 2014.
28. Ezeh, Osita K., et al., 'The Impact of Water and Sanitation on Childhood Mortality in Nigeria: Evidence from Demographic and Health Surveys, 2003–2013', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 11, no. 9, septiembre de 2014, págs. 9256–9272.
29. Comité de coordinación nacional del Nepal sobre saneamiento e higiene, 'Nepal Country Paper on Sixth South Asian Conference on Sanitation (SACOSAN-VII)', Dhaka, enero de 2016, pág. 17.
30. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Annual Results Report 2014: Water, Sanitation and Hygiene*, UNICEF, Nueva York, junio de 2015, pág. 3.
31. UN IGME 2015.
32. APR 2015, pág. 19.
33. Organización Mundial de la Salud, *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 – Estimates by OMS, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*, OMS, Ginebra, noviembre de 2015.
34. Victora, Cesar G., et al., 'Countdown to 2015: A decade of tracking progress for maternal, newborn, and child survival', *The Lancet*, octubre de 2015, págs. 1–2.
35. You, Danzhen, et al., 'Global, Regional, and National Levels and Trends in Under-5 Mortality between 1990 and 2015, with Scenario-Based Projections to 2030: A systematic analysis by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation', *The Lancet*, vol. 386, no. 10010, págs. 2275–2286, diciembre de 2015.
36. Ibid.
37. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Niveles y tendencias en la mortalidad infantil*, UNICEF, Nueva York, 2015, págs. 20, 26.
38. Wang, Yanping, et al., 'Under-5 mortality in 2851 Chinese Counties, 1996–2012: A subnational assessment of achieving MDG 4 goals in China', *The Lancet*, vol. 387, no. 10015, enero de 2016, págs. 273–283.
39. APR 2015, pág. 9.
40. Bangladesh (DHS 2014), Indonesia (DHS 2012), India (DHS 2005–2006), Filipinas (DHS 2013).
41. Lawn, Joy E., et al., 'Every Newborn: Progress, priorities, and potential beyond survival', *The Lancet*, vol. 384, no. 9938, julio de 2014, págs. 189–205.
42. Base mundial de datos de UNICEF, 2016.
43. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la infancia: más allá de los promedios – Lecciones de los ODM*, No. 11, UNICEF, Nueva York, junio de 2015.
44. APR 2015.
45. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Informe de seguimiento de la EPT en el mundo 2013/14 – Enseñanza y aprendizaje: Lograr la calidad para todos*, UNESCO, París, págs. 158–159.
46. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Ending Child Marriage: Progress and prospects*, UNICEF, Nueva York, 2014, pág. 6.
47. Ibid. pág. 4.
48. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *A Profile of Child Marriage in Africa*, UNICEF, Nueva York, 2015 y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la infancia: más allá de los promedios Lecciones de los ODM*, No. 11, UNICEF, Nueva York, junio de 2015.
49. Organización Mundial de la Salud, 'Adolescent pregnancy', Hoja de datos No. 364, OMS, Ginebra, actualizado en septiembre de 2014.
50. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Compromiso con la supervivencia infantil: Una promesa renovada – Informe sobre los progresos de 2014*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2014, pág. 34.
51. DeFranco, Emily A., Shelley Ehrlich and Louis J. Muglia, 'Influence of interpregnancy interval on birth timing', *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, vol. 121, no. 13, diciembre de 2014, págs. 1633–1641.
52. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, 'World Contraceptive Patterns 2015', Naciones Unidas, Nueva York, 2015.
53. Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Adding it up: The costs and benefits of investing in sexual and reproductive health*, PNUD, 2014, pág. 4.
54. Organización Mundial de la Salud, *Every Newborn: An action plan to end preventable deaths*, OMS, Ginebra, junio de 2014, pág. 17.
55. Base mundial de datos de UNICEF 2016.
56. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2016: Una oportunidad justa para cada niño*, UNICEF, Nueva York, 2016.
57. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la infancia: más allá de los promedios – Lecciones de los ODM*, No. 11, UNICEF, Nueva York, junio de 2015, pág. 2.
58. Base mundial de datos de UNICEF 2016.
59. Bangladesh DHS 2014; Pakistán DHS 2012–2013; Población de Eritrea y encuesta de la salud de 2010.
60. Encuesta sobre los ODM 2012–2013.
61. Agencia Central de Estadísticas (Etiopía) e ICF International, 2012; *Ethiopia Demographic and Health Survey 2011*, Addis Ababa Etiopía y Calverton, Maryland, USA; Central Statistical Agency e ICF International, pág. 143.
62. Oficina regional de UNICEF para ECE/CEI, 'Realizing the Rights of Roma Children and Women in Bosnia and Herzegovina, the former Yugoslav Republic of Macedonia, and Serbia: Summary analysis of key findings from MICS surveys in Roma settlements in the three countries', Oficina regional de UNICEF para ECE/CEI, volumen 2, 2014.
63. Mathews, T.J., Marian F. MacDorman y Marie E. Thoma, 'Infant Mortality Statistics From the 2013 Period: Linked birth/infant death data set', Division of Vital Statistics, National Vital Statistics Reports, vol. 64, no. 9, agosto de 2015, págs. 3–4.
64. Ibid. pág. 6.
65. APR 2015, pág. 12.
66. Victora, Cesar G., et al., 'Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect', *The Lancet*, vol. 387, no. 10017, págs. 475–490, enero de 2016.
67. John Hopkins University, Oficina del Enviado Especial de las Naciones Unidas para los ODM relacionados con la salud, el Banco Mundial, Partners in Health, Last Mile Health, la Fundación Clinton, ALMA, los gobiernos de Etiopía y Liberia, *Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers: Investment case and financing*

- recommendations, Nueva York, julio de 2015.
68. Ibid. pág. 14.
69. Doherty, Tanya, et al., 'Assessment of Malawi's Success in Child Mortality Reduction through the Lens of the Catalytic Initiative Integrated Health Systems Strengthening Programme: Retrospective evaluation', *Journal of Global Health*, vol. 5, no. 2, noviembre de 2015.
70. APR 2015, pág. 39.
71. Organización Mundial de la Salud, *World Malaria Report 2015*, OMS, diciembre de 2015.
72. Organización Mundial de la Salud, 'Measles', Hoja de datos OMS/286, OMS, Ginebra, actualizado en marzo de 2016'.
73. Comunicación por correo electrónico de la oficina de UNICEF en Malawi, 23 de marzo de 2016.
74. Proyección de UNICEF, basado en UN IGME 2015, pág. 6.
75. Proyección de UNICEF, basado en APR 2015, págs. 61–64.
76. Proyección de UNICEF, basado en APR 2015, pág. 64.
77. Análisis de UNICEF basado en UN IGME 2015.
78. Proyección de UNICEF, basado en APR 2015, pág. 63.
79. Proyección de UNICEF, basado en APR 2015, pág. 63.
80. Proyección de UNICEF, basado en APR 2015, pág. 63.
81. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *Perspectivas de la Población Mundial: La revisión de 2015*, Naciones Unidas, Nueva York, 2015.
82. Alkema, Leontine, et al., 'Regional, and National Levels and Trends in Maternal Mortality between 1990 and 2015, with Scenario-based Projections: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group', *The Lancet*, vol. 387, no. 10017, enero de 2016, pág. 10; Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015 – Estimates by OMS, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*, OMS, Ginebra, noviembre de 2015, pág. 54.
83. Liu, Li, et al., 'Global, regional, and national causes of child mortality in 2000–13, with projections to inform post-2015 priorities: an updated systematic analysis', *The Lancet*, vol. 385, no. 9966, octubre de 2014.
84. Análisis de UNICEF basado en UN IGME 2015.
85. APR 2015, págs. 62–70.
86. APR 2015, pág. 70.
87. APR 2015, pág. 62.
88. Mikkelsen, Lene, et al., 'A Global Assessment of Civil Registration and Vital Statistics Systems: Monitor data quality and progress', *The Lancet*, vol. 386, no. 10001, octubre de 2015, págs. 1395–1406.
89. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Every Child's Birth Right: Inequities and trends in birth registration*, UNICEF, Nueva York, 2013.
90. Organización Mundial de la Salud, 'Working Group on Accountability for Results: Final Paper', Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño, OMS, mayo de 2011.
91. Banco Mundial/OMS, *Global Civil Registration and Vital Statistics Scaling up Investment Plan 2015–2024*, Banco Mundial/OMS, mayo de 2014.
92. Stenberg, Karin, et al., 'Advancing Social and Economic Development by Investing in Women's and Children's Health', *The Lancet*, vol. 383, no. 9925, págs. 1333–1354, abril de 2014.
93. Ibid.
94. Naciones Unidas, *The Global Strategy For Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030): Survive, thrive, transform, Every Woman Every Child*, Naciones Unidas, Nueva York, 2015, pág. 9.
95. Ozawa, Sachiko, et al., 'Return On Investment From Childhood Immunization In Low- And Middle-Income Countries, 2011–20', *Health Affairs*, vol. 35, no. 2, págs. 199–207, febrero de 2016.
96. Ibid.
97. Comisión de la Unión Africana, Agencia de Coordinación y Planificación del NEPAD, Comisión Económica de las Naciones Unidas para África y Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas, *The Cost of Hunger in Africa: Social and economic impact of child undernutrition in Egypt, Ethiopia, Swaziland and Uganda – Abridged Report*, UNECA, Addis Ababa, 2014, pág. 4.
98. Rollins, Nigel C., et al., 'Why Invest, and What it Will Take to Improve Breastfeeding Practices?', *The Lancet*, vol. 387, no. 10017, págs. 491–504, enero de 2016.
99. Stenberg, Karin, et al., 'Advancing Social and Economic Development by Investing in Women's and Children's Health: A new global investment framework', *The Lancet*, vol. 383, no. 9925, págs. 1333–1354, abril de 2014.
100. Chopra, Mickey, et al., 'Ending of Preventable Deaths from Pneumonia and Diarrhoea: An achievable goal', *The Lancet*, vol. 381, no. 9876, abril–mayo de 2013, págs. 1499–1506.
101. Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Nutrition: Building momentum for impact', *The Lancet*, vol. 382, no. 9890, agosto de 2013.
102. Organización Mundial de la Salud, 'Achieving the Health-Related MDGs. It Takes a Workforce!', OMS, Ginebra, febrero de 2016.
103. Campbell, Jim, et al., 'A Universal Truth: No health without a workforce – Forum Report' (Tercer foro mundial sobre recursos humanos para la salud, Recife, Brasil), Alianza Mundial de los Profesionales de la Salud y Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2013.
104. John Hopkins University, Oficina del Enviado Especial de las Naciones Unidas para los ODM relacionados con la salud, el Banco Mundial, Partners in Health, Last Mile Health, la Fundación Clinton, ALMA, los gobiernos de Etiopía y Liberia, *Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers: Investment case and financing recommendations*, Nueva York, julio de 2015.
105. World Health Statistics 2015, OMS, pág. 116.
106. Boozary, Andrew S., et al., 'The Ebola Outbreak, Fragile Health Systems, and Quality as a Cure', *The Journal of the American Medical Association*, vol. 312, no. 18, págs. 1859–1860, noviembre de 2014.
107. Estadísticas de Indonesia (Badan Pusat Statistik—BPS), Junta nacional de planificación de la población y la familia (BKKBN), and Kementerian Kesehatan (Kemenkes—MOH), e ICF International. 2013. Encuesta Demográfica y de Salud de Indonesia 2012. Jakarta, Indonesia: BPS, BKKBN, Kemenkes, e ICF International.
108. Evaluación del sistema de salud de Liberia, 2015, pág. 28.
109. 'What Steps Countries Are Taking To Implement Pro-Poor Universal Health Coverage?' Un documento de antecedentes preparado por el The Bellagio Workshop sobre la cobertura universal de salud en favor de los pobres, Evans, David, Naomi Beyeler and Alix Beith, julio de 2015, pág. 11.
110. Organización Mundial de la Salud, *Informe sobre la salud en el mundo – Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*, OMS, Ginebra, 2010.
111. Ibid.
112. The Royal Institute of International Affairs, *Shared Responsibilities for Health: A coherent global framework for health financing*, Final Report of the Centre on Global Health Security Working Group on Health Financing, Chatham House, Londres, mayo de 2014.
113. Martin, Roma, et al., 'Addressing Inequality in South Asia', Foro de desarrollo de Asia meridional, Grupo del Banco Mundial, Washington, D.C., 2015.
114. Greenhill, Romilly, et al., *Financing the Future: How international public finance should fund a global social compact to eradicate poverty*, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Londres, abril de 2015.
115. Save the Children, la Fundación Rockefeller, UNICEF y la Organización Mundial de la Salud, *Universal Health Coverage: A commitment to close the gap, Save the Children Fund*, Londres, septiembre de 2013, pág. 39.
116. Lindelow, Magnus, y Edson C. Araujo, Brazil – *Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development: Country summary report*, Working Paper 91214, Grupo del Banco Mundial, Washington, D.C., septiembre de 2014.
117. Health Insurance System Research Office, *Thailand's Universal Coverage Scheme: Achievements and challenges – An Independent Assessment of the First 10 Years (2001–2010): Synthesis report*, Health Insurance System Research Office, mayo de 2012, págs. 11, 19.
118. Tangcharoensathien, Viroj, et al., 'Promoting Universal Financial Protection: How the Thai universal coverage scheme was designed to ensure equity', *Health Research Policy and Systems*, vol. 11, no. 25, agosto de 2013, pág. 12.
119. Makaka, Andrew, Sarah Breen y Agnes Binagwaho, 'Universal Health Coverage in Rwanda: A report of innovations to increase enrolment in community-based health insurance', *The Lancet*, vol. 380, Special Issue, S7, octubre de 2012.
120. GAVI, la Alianza para vacunas, 'Immunisation Leaders Call for Increased Political Support for Immunisation in Pakistan', GAVI, Secretaría de la Alianza para vacunas, Ginebra, febrero de 2015.
121. Behrman, Jere R., Yingmei Cheng y Petra E. Todd, 'Evaluating Preschool Programs When Length of Exposure to the Program Varies: A nonparametric approach', *Review of Economics and Statistics*, vol. 86, no. 1, febrero de 2004, págs. 108–132.
122. Gertler, Paul, et al., 'Labor Market Returns to Early Childhood Stimulation: A 20-year follow up to an experimental intervention in Jamaica', Documento de trabajo de investigación de políticas no. 6529, Banco Mundial, Washington D.C., julio de 2013, pág. 2.
123. Heckman, James J., 'The Economics of Inequality: The value of early childhood education', *American Educator*, Primavera de 2011, pág. 32.
124. Instituto de Estadísticas de la UNESCO, 'A Growing Number of Children and Adolescents Are Out of School as Aid Fails to Meet the Mark', Documento de políticas 22, Hoja de datos 31, IEU, Montreal, julio de 2015.
125. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Early Childhood Development: A statistical snapshot – Building better brains and sustainable outcomes for children*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2014, pág. 7.

126. Instituto de Estadísticas de la UNESCO, 'A Growing Number of Children and Adolescents Are Out of School as Aid Fails to Meet the Mark', Documento de políticas 22, Hoja de datos 31, IEU, Montreal, julio de 2015.
127. Ibid., pág. 4.
128. Una proyección de UNICEF basada en los datos de matriculación de 2013 del Instituto de Estadísticas de la UNESCO; Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, *Perspectivas de la Población Mundial: Revisión de 2015, Económicos y Sociales*, División de Población, Nueva York, 2015.
129. *Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo* de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 'How Long Will it Take to Achieve Universal Primary and Secondary Education?', Nota técnica de antecedentes para el marco para la acción de la agenda de educación para después de 2015, UNESCO, París, mayo de 2015, pág. 3.
130. Ibid.
131. Ibid.
132. Instituto de Estadísticas de la Unesco y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Fixing the Broken Promise of Education for All Findings from the Global Initiative on Out-of-School Children*, IEU, Montreal, 2015, pág. 101.
133. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Early Childhood Development: A statistical snapshot – Building better brains and sustainable outcomes for children*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2014, pág. 7.
134. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia China, *What Matters to UNICEF China*, UNICEF, Beijing, 2014, pág. 11.
135. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Early Childhood Development: A statistical snapshot – Building better brains and sustainable outcomes for children*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2014, pág. 7.
136. Dabla-Norris, Era, et al., *Causes and Consequences of Income Inequality: A Global perspective*, Fondo Monetario Internacional, Washington, D.C., junio de 2015, pág. 17.
137. Base de Datos Mundial sobre la Desigualdad en la Educación (WIDE).
138. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la infancia: más allá de los promedios – Lecciones de los ODM*, No. 11, UNICEF, Nueva York, junio de 2015, pág. 19.
139. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Informe de seguimiento de la EPT en el mundo 2015: 2000–2015 – Logros y desafíos*, UNESCO, París, marzo de 2015, pág. 83.
140. Base de datos del Instituto de Estadísticas de la UNESCO. *Note: Government of Pakistan's Academy of Educational Planning and Management, Pakistan Education Statistics 2014–2015*, AEPAM, Islamabad, febrero de 2016. La página 1 indica que hay más de 6 millones de niños en edad escolar primaria que no van a la escuela.
141. Malik, Rabea, y Pauline Rose, *Financing Education in Pakistan Opportunities for Action*, Country Case Study for the Oslo Summit on Education for Development, 2015, pág. 5.
142. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Informe de seguimiento de la EPT en el mundo 2013/14: Enseñanza y aprendizaje: Lograr la calidad para todos*, UNESCO, París, 2014, págs. 5, 19.
143. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Early Childhood Development: A statistical snapshot – Building Better Brains and Sustainable Outcomes for Children*, UNICEF, Nueva York, 23 de septiembre de 2014, pág. 7; y Base mundial de datos de UNICEF, 2014, basado en MICS y DHS, 2009–2012.
144. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Early Childhood Development: A statistical snapshot – Building better brains and sustainable outcomes for children*, UNICEF, Nueva York, septiembre de 2014, pág. 7.
145. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Progreso para la infancia: más allá de los promedios – Lecciones de los ODM*, No. 11, UNICEF, Nueva York, junio de 2015, pág. 53.
146. Rose, Pauline, y Benjamin Alcott, 'How Can Education Systems Become Equitable by 2030?', DFID think pieces – Learning and equity, United Kingdom Department for International Development, Londres, agosto de 2015, págs. 12–14.
147. Ibid. pág. 14.
148. Schady, Norbert, et al., 'Wealth Gradients in Early Childhood Cognitive Development in Five Latin American Countries', *Journal of Human Resources*, vol. 50, no. 22015, págs. 446–463.
149. Oviedo, Maria, Ariel Fiszbein y Federico Sucre, 'Learning For All: An Urgent Challenge in Latin America', *Commission For Quality Education For All Background Paper*, The Dialogue Leadership for the Americas, Washington, D.C., julio de 2015, pág. 4.
150. ASER Centre, *Annual Status of Education Report (Rural)* 2014, ASER Centre, Nueva Delhi, 13 de enero de 2015, págs. 10, 15.
151. Uwezo, Uganda, *Are Our Children Learning?: Annual learning assessment report*, Uwezo Uganda, Kampala, 2012, pág. 14.
152. Uwezo Kenya, *Are Our Children Learning?: Annual Learning Assessment Report*, Uwezo Kenya, Nairobi, 2012, pág. 3.
153. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *PISA 2012 Results in Focus: What 15-year-olds know and what they can do with what they know*, OECD, París, 2014, págs. 4–5.
154. Bos, Maria Soledad, Alejandro J. Ganimian y Emiliana Vegas, *América Latina en PISA 2012: ¿Cómo se desempeñan los estudiantes pobres y ricos?* Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 2013, citado en Oviedo, M., Ariel Fiszbein y Federico Sucre, 'Learning For All: An Urgent Challenge in Latin America', *Commission For Quality Education For All Background Paper*, The Dialogue Leadership for the Americas, Washington, D.C., julio de 2015, pág. 4.
155. Organización Internacional del Trabajo, *Global Employment Trends for Youth 2015: Scaling up investments in decent jobs for youth*, ILO, Ginebra, 2015, pág. 33.
156. Steer, Liesbet, Hafez Ghanem, Maysa Jalbout, et al., *Arab Youth: Missing Educational Foundations for a Productive Life?*, The Center for Education at the Brookings Institution, Washington, D.C., febrero de 2014, pág. 16.
157. Oviedo, Fiszbein y Sucre, 'Learning For All', pág. 10.
158. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Equity and Quality in Education Supporting Disadvantaged Students and Schools*, OECD, París, 2012, pág. 80.
159. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Education at a Glance 2014: OECD indicators*, OECD, París, 2014, pág. 9.
160. Ibid., pág. 14.
161. Correo electrónico de la oficina del UNICEF en Túnez, 4 de marzo de 2016.
162. Instituto de Estadísticas de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Informe de seguimiento de la EPT en el mundo 2012: Youth and skills – Putting education to work*, UNESCO, París, marzo de 2012, pág. 16.
163. Nicolai, Susan, et al., *Education Cannot Wait: Proposing a fund for education in emergencias*, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Londres, mayo de 2016, pág. 7.
164. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Informe de seguimiento de la EPT en el mundo*, 'Humanitarian Aid for Education: Why it matters and why more is needed', documento de políticas 21, IEU y UNESCO, París, junio de 2015, pág. 3.
165. Oficina Regional del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia para Oriente Medio y África del Norte, *Education under Fire: How conflict in the Middle East is depriving children of their schooling*, UNICEF, Ammán, septiembre de 2015, págs. 4, 12.
166. The Global Coalition to Protect Education from Attack, *Education under Attack 2014*, Secretaría de The Global Coalition to Protect Education from Attack, Nueva York, 2014, pág. 8.
167. Ibid.
168. Naciones Unidas, *Los niños y los conflictos armados: Informe del Secretario General*, A/69/926–S/2015/409, Naciones Unidas, Nueva York, 5 de junio de 2015, págs. 2, 39 and 40.
169. Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios, 2016 *Humanitarian Response Plan*, Nigeria, OCHA, Nueva York, diciembre de 2015, pág. 5.
170. Naciones Unidas, *Los niños y los conflictos armados: Informe del Secretario General*, A/69/926–S/2015/409, Naciones Unidas, Nueva York, 5 de junio de 2015, págs. 2, 6, 9.
171. Crawford, Nicholas, et al., *Protracted Displacement: Uncertain paths to self-reliance in exile*, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Londres, septiembre de 2015, pág. 1.
172. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *A menos que actuemos ahora: Las consecuencias del cambio climático sobre los niños*, UNICEF, Nueva York, noviembre de 2015, págs. 25, 32.
173. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Cyclone Pam Humanitarian Situation Report 7', marzo de 2015.
174. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Pacific Education for All: 2015 review*, UNESCO, París, 2015, págs. 53, 64.
175. Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas, Servicio de Supervisión Financiera, <https://fts.unocha.org/pageloder.aspx?page=emerg-global/Overview&year=2016>, consultado el 3 de junio de 2016.
176. Nicolai, Susan, y Sébastien Hine, *Investment for Education in Emergencies: A review of evidence*, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Londres, febrero de 2015, pág. 10.
177. División de Asuntos económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 'Youth Population Trends and Sustainable Development', N° 2015/1, DAES ONU, Nueva York, mayo de 2015, pág. 1.
178. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *El argumento en favor de la inversión en la Educación y la Equidad*, UNICEF, Nueva York, enero de 2015, pág. 13.
179. División de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 'Youth Population Trends and Sustainable Development', N° 2015/1, DAES ONU, Nueva York, mayo de 2015, pág. 1.
180. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *El argumento en favor de la inversión en la Educación y la Equidad*, UNICEF, Nueva York, enero de 2015, págs. 8–9.
181. Montenegro, Claudio E. y Harry Anthony Patrinos, 'Comparable Estimates of Returns to Schooling around the World', Policy Research Working Paper 7020, el Banco Mundial, Washington, D.C., 2014, pág. 16.
182. Organización de las Naciones Unidas para la

- Educación, la Ciencia y la Cultura, *Informe de seguimiento de la educación en el mundo 2013/14: enseñanza y aprendizaje – lograr la calidad para todos*, UNESCO, París, 2014, págs. 140-185.
183. *Ibid.*, pág. 175.
184. Cunningham, Hugh y Pier Paolo Viazzo, eds., *Child Labour in Historical Perspective: 1800–1985 – Case studies from Europe, Japan and Colombia*, Centro Internacional de desarrollo infantil de UNICEF e Instituto degli Innocenti, Florencia, 1996.
185. Hanushek, Eric A., y Ludger Wößmann, *Education Quality and Economic Growth*, Banco Mundial, Washington, D.C., 2007, pág. 1; y Hanushek, Eric A. y Ludger Wößmann, 'The Role of Cognitive Skills in Economic Development', *Journal of Economic Literature*, vol. 46, no. 3, 2008, págs. 607–668.
186. Hanushek, Eric A. y Ludger Wößmann *Universal Basic Skills: What countries stand to gain*, Editorial de la OCDE, París, 2015, pág. 10.
187. Hanushek, Eric A., y Ludger Wößmann, *Education Quality and Economic Growth*, Banco Mundial, Washington, D.C., 2007, pág. 1; y Hanushek, Eric A., and Ludger Wößmann, 'The Role of Cognitive Skills in Economic Development', *Journal of Economic Literature*, vol. 46, no. 3, 2008, págs. 607–668.
188. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Bilan de Compétences Enfants à l'Entrée au Primaire au Cap-Vert*, UNICEF, Cabo Verde, 2013, pág. 46.
189. Berlinski, Samuel, Sebastian Galiani y Paul Gertler, 'The Effect of Pre-primary Education on Primary School Performance', *Journal of Public Economics*, vol. 93, no. 1–2, sección 4.5 y sección 6.
190. Rosa, Pauline, y Benjamin Alcott, 'How Can Education Systems Become Equitable by 2030?', agosto de 2015.
191. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *El argumento en favor de la inversión en la Educación y la Equidad*, UNICEF, Nueva York, enero de 2015, pág. 27.
192. Instituto de estudios sobre el desarrollo de Bangladesh, *Impact Evaluation Study of Reaching Out-of-School Children (ROSC) Project of the Ministry of Primary and Mass Education*, Instituto de estudios sobre el desarrollo de Bangladesh, Dhaka, junio de 2014, pág. 9.
193. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *EduTrac: seguimiento y monitoreo de la educación*, UNICEF, Nueva York, marzo de 2013.
194. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *El Estado Mundial de la Infancia 2015: Reimaginar el futuro*, UNICEF, Nueva York, 2014.
195. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Resultados de la campaña "Se trata de capacidad" en el 80% de los ciudadanos que apoyan la educación incluyente', UNICEF, Nueva York, febrero de 2016; y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *El Estado Mundial de la Infancia: niños y niñas con discapacidades*, UNICEF, Nueva York, mayo de 2013, pág. 13.
196. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Informe anual de UNICEF de 2014: Montenegro*, UNICEF, Nueva York, 2014, pág. 5.
197. Rosa, Pauline, y Benjamin Alcott, 'How Can Education Systems Become Equitable by 2030?', pág. 15.
198. Martin, Gayle, H. y Obert Pimhidzai, *Service Delivery Indicators Kenya: Education and Health*, el Banco Mundial, Washington, DC, julio de 2013, págs. 10–11.
199. Rosa, Pauline, y Benjamin Alcott, 'How Can Education Systems Become Equitable by 2030?', págs. 13, 23.
200. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *El argumento en favor de la inversión en la Educación y la Equidad*, UNICEF, Nueva York, enero de 2015, pág. 66.
201. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Advancing WASH in Schools Monitoring', documento de trabajo, UNICEF Nueva York, 2015, págs. 17, 20.
202. Instituto de Estadísticas de la UNESCO, enero de 2015.
203. Muralidharan, Karthik, 'Priorities for Primary Education Policy in India's 12th Five-year Plan', India Policy Forum 2013, vol. 9, National Council of Applied Economic Research and the Brookings Institution, New Delhi, 2013, págs. 15–16; y Banerjee, Abhijit, V, et al., 'Remediating Education: Evidence from two randomized experiments in India', *The Quarterly Journal of Economics*, vol. 122, no. 3, págs. 1235–1264.
204. Rosa, Pauline, y Benjamin Alcott, 'How Can Education Systems Become Equitable by 2030?', pág. 23.
205. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Informe de seguimiento de la educación en el mundo 2013/14 – Enseñanza y aprendizaje: Lograr la calidad para todos*, UNESCO, París, 2014, págs. 186, 223.
206. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Informe de seguimiento de la educación en el mundo 2015: 2000–2015 – Logros y desafíos*, UNESCO, París, marzo de 2015, pág. 242.
207. El Banco Mundial, 'Government expenditure on education as % of GDP (%)', el Banco Mundial, Washington, DC, febrero de 2016.
208. Ministerio de Finanzas del Gobierno de Pakistán, *Pakistan Economic Survey 2014–2015*, Gobierno de Pakistán, Islamabad, marzo de 2016, pág. 171. Nota: El Banco Mundial sitúa la cifra en 2,5%. El Banco Mundial, 'Government expenditure on education as % of GDP (%)', El Banco Mundial, Washington, DC, febrero de 2016.
209. Steer, Lisbeth y Katie Smith, *Financing Education: Opportunities for global action*, Center for Universal Education at the Brookings Institution, Washington, DC, junio de 2015, pág. 23.
210. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *El argumento en favor de la inversión en la Educación y la Equidad*, UNICEF, Nueva York, enero de 2015, pág. 59.
211. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Education Policy Outlook Chile*, OCDE, París, noviembre de 2013, pág. 8.
212. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *El argumento en favor de la inversión en la Educación y la Equidad*, UNICEF, Nueva York, enero de 2015.
213. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, 'Rapport final d'évaluation du Programme Appui d'Urgence à l'Éducation Nationale Malgache (AUENM)', informe de evaluación interna, UNICEF, junio de 2015.
214. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Informe de seguimiento de la educación en el mundo*, 'Pricing the Right to Education: The cost of reaching new targets by 2030', documento de políticas 18, UNESCO, pARIS, julio de 2015, pág. 4. Las cifras eran en dólares estadounidenses, en 2012.
215. *Ibid.*
216. Steer, Lisbeth y Katie Smith, *Financing Education: Opportunities for global action*, Center for Universal Education at the Brookings Institution, Washington, DC, junio de 2015, pág. 70;
217. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Informe de seguimiento de la educación en el mundo*, 'A Growing Number of Children and Adolescents are Out of School as Aid Fails to Meet the Mark', Documento de políticas 22, Hoja de datos 31, UNESCO, París, julio de 2015.
218. Crawford, Nicolás, et al., *Protracted Displacement: Uncertain paths to self-reliance in exile*, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Londres, septiembre de 2015, págs. 2 – 3.
219. Nicolai, Susan, et al., *Education Cannot Wait: Proposing a fund for education in emergencies*, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Londres, mayo 2016, págs. 9–10.
220. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, *Equity and Quality in Education Supporting Disadvantaged Students and Schools*, OCDE, París, 2012, pág. 15.
221. Hanushek, Eric A. y Ludger Wößmann, *Universal Basic Skills: What countries stand to gain*, Editorial de la OCDE, París, 2015, pág. 12.
222. Vales, José, et al., *Improvements in the Quality of Basic Education: Chile's experience*, Instituto de Desarrollo de Ultramar, Londres, julio de 2014, pág. 8.
223. Ferreira, Francisco H.G., et al., *A Global Count of the Extreme Poor in 2012: Data issues, methodology and initial results*, de documento de trabajo de investigación de políticas 7432, Banco Mundial, Washington, D.C., octubre de 2015.
224. Agregados regionales de la PovcalNet del Banco Mundial.
225. Comisión Económica y Social para Asia Occidental, *The Arab Millennium Development Goals Report: Facing challenges and looking beyond 2015*, CESPAA, agosto 2013, pág. 3.
226. Comisión Económica y Social para Asia Occidental, *Conflict in the Syrian Arab Republic: Macroeconomic implications and obstacles to achieving the Millennium Development Goals*, CESPAA, junio de 2014, pág. 27.
227. Verme, Paolo, et al., *The Welfare of Syrian Refugees: Evidence from Jordan and Lebanon*, Banco Mundial y la Agencia de Refugiados de las Naciones Unidas, diciembre de 2015, pág. xvi.
228. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales Las Naciones Unidas, *División de Población, Perspectivas de la Población Mundial: Revisión de 2015*, ONU DAES, Nueva York, 2015.
229. Cálculos de ODI para UNICEF en base a los datos del Banco Mundial y ONU DAES.
230. Cálculos de ODI para UNICEF en base a los datos del Banco Mundial.
231. PovcalNet del Banco Mundial.
232. Cálculos de ODI para UNICEF en base a los datos del Banco Mundial.
233. El Banco Mundial, *Shifting Gears to Accelerate Shared Prosperity in Latin America and the Caribbean*, Banco Mundial, Washington, D.C., junio de 2013, pág. 9. Nota: La pobreza extrema se define en este caso cuando las personas viven con menos de US\$2,50 al día. Vulnerabilidad a la pobreza se define cuando las personas viven con menos de US\$ 4,10 al día o menos.
234. Stampini, M., et al., 'Poverty, Vulnerability and the Middle Class in Latin America', Serie de documentos de trabajo núm. 591, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington, D.C., mayo de 2015.
235. Oficina de Investigación de UNICEF, 'Children of the Recession: The impact of the economic crisis on child well-being in rich countries', Innocenti Report Card 12, Oficina de Investigación de UNICEF, Florencia, septiembre de 2014.
236. Ortiz, Isabel y Matthew Cummins, eds., *A Recovery for All: Rethinking socio-economic policies for children and poor households*,

- UNICEF División de Políticas y Prácticas, Nueva York, 2012.
237. Oficina de investigación de UNICEF, 'Children of the Recession: The impact of the economic crisis on child well-being in rich countries', Innocenti Report Card 12, Oficina de Investigación de UNICEF, Florencia, septiembre de 2014.
238. *Ibid.*, pág. 9.
239. Alkire, Sabina, et al., Global Multidimensional Poverty Index 2015 Summary, Oxford Poverty & Human Development Initiative, Oxford, de junio de 2015, pág. 1.
240. de Milliano, M. and I. Plavgo (2014). 'Analysing Child poverty and deprivation in sub-Saharan Africa: CC-MODA – Cross Country Multiple Overlapping Deprivation Analysis', Documento de trabajo de Innocenti No.2014-19, Oficina de Investigación de UNICEF, Florencia.
241. ECLAC-UNICEF, *La pobreza infantil en América Latina y el Caribe*, CEPAL, Chile, diciembre de 2010.
242. El Banco Mundial, *Informe sobre desarrollo mundial: Conflicto, seguridad y desarrollo*, Banco Mundial, Washington, D.C., 2011, pág. 62.
243. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *A menos que actuemos ahora: Las consecuencias del cambio climático sobre los niños*, UNICEF, Nueva York, noviembre de 2015, pág. 33.
244. Fotso, Jean-Christophe, 'Child health Inequities in Developing Countries: Differences across urban and rural areas', *International Journal for Equity in Health*, vol. 5, n° 9, 2006, pág. 8.
245. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia e Informal Settlements Development Facility, *Egipto, Multidimensional Child Poverty in Slums and Unplanned Areas in Egypt*, UNICEF Egipto y ISDF, El Cairo, de 2013, pág. 1.
246. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en China, *What Matters to UNICEF China*, UNICEF en China, 2014, pág. 11.
247. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, *División de población, Perspectivas de la Población Mundial: Revisión de 2015*, ONU DAES, Nueva York, 2014, pág. 2.
248. Organización Internacional del Trabajo, 'La economía informal y el trabajo decente: una guía de recursos sobre políticas, apoyando la transición hacia la formalidad', OIT, marzo de 2013, pág. 329.
249. *Ibid.*, pág. 30.
250. Jiang, Yang, Mercedes Ekono y Curtis Skinner, 'Basic Facts About Low-Income Children: Children under 18 years, 2013', Hoja de datos, National Center for Children in Poverty, Mailman School of Public Health, Universidad de Columbia, Nueva York, enero de 2015, págs. 1-4.
251. Oficina Regional de UNICEF para Europa Oriental y Central y la Comunidad de Estados Independientes (CEE/CIS), Sección de educación, *The Right of Roma Children to Education: Position paper*, Oficina Regional de UNICEF para ECE/CEI, Ginebra, 2011.
252. Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA), *Poverty and Employment: The situation of Roma in 11 EU Member States*, Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, Viena, 2014, pág. 12.
253. *Ibid.*
254. *Ibid.*, pág. 37.
255. Fanjul, Gonzalo, 'Child poverty and inequality in rich countries', documento de antecedentes para *El Estado Mundial de la Infancia de 2016*, UNICEF, 2015, pág. 4, citando las estadísticas de Eurostat (inédito).
256. *Ibid.*
257. Análisis interno de Protección Social de UNICEF para el *Informe anual de resultados de 2015* (no publicado aún).
258. Fiszbein, Ariel, Ravi Kanbur and Ruslan Yemtsov, *Social Protection, Poverty and the Post-2015 Agenda*, Banco Mundial, Washington, D.C., mayo de 2013, pág. 12.
259. Soares, Fabio Veras, et al., *Cash Transfer Programmes in Brazil: Impacts on inequality and poverty*, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, junio de 2006, pág. 1.
260. De Neubourg, Chris, Bruno Martarano y Marco Sanfilippo, *The Impact of Social Protection on Children: A review of the literature*, Oficina de Investigación de UNICEF, Florencia, junio de 2012, pág. 12.
261. Plagerson, Sophie y Marianne S. Ulriksen, *Cash Transfer Programmes, Poverty Reduction and Empowerment of Women in South Africa*, Documento de trabajo No. 4 / 2015, Organización Internacional del Trabajo, Rama de género, igualdad y diversidad, Departamento de Condiciones de Trabajo e Igualdad, Ginebra, 2015, pág. 33.
262. Instituto de Desarrollo de Ultramar, *Doing Cash Differently: How cash transfers can transform humanitarian aid – Report of the high level panel on humanitarian cash transfers*, ODI, Londres, septiembre de 2015, pág. 18.
263. Barakat, Nesreen, et al., *A Window of Hope: UNICEF child cash grant programme in Jordan – Post-distribution monitoring report* (febrero-junio de 2015), Oficina de UNICEF en Jordania, agosto de 2015, pág. 29.
264. Mertens, Fred, et al., *Kenya Hunger Safety Net Programme Monitoring and Evaluation Component Impact Evaluation: Impact evaluation final report: 2009 to 2012*, Oxford Policy Management, Oxford, junio de 2013, pág. 22.
265. Handa, Sudhanshu, et al., *Livelihood Empowerment against Poverty Impact Evaluation*, Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill, Carolina del Norte, octubre de 2013.
266. Fiszbein, Ariel y Norbert Schady, 'Conditional Cash Transfers: Reducing Present and Future Poverty', Informe de investigación de políticas del Banco Mundial 47603, Banco Mundial, Washington, D.C., 2009, pág. xi.
267. Benhassine, Najj, et al., 'Turning a Shove into a Nudge?: A 'labeled cash transfer' for education', *American Economic Journal: Economic Policy*, vol. 7, no. 3, agosto de 2015, págs. 86-125.
268. Guarcello, Lorenzo, Scott Lyon y Furio Rosati, 'Child Labour and Out-of-School Children: Evidence from 25 developing countries', documento de antecedentes para *Fixing the Broken Promise of Education for All*, Instituto de Estadísticas de la UNESCO y UNICEF, Montreal, 2015, pág. 29; Organización Internacional del Trabajo, *Informe mundial de 2015 sobre el trabajo infantil: Allonar el camino hacia el trabajo decente para los jóvenes*, OIT, Ginebra, 2015, págs. 66-67.
269. Instituto de Estadísticas de la UNESCO y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Fixing the Broken Promise of Education for All: Findings from the Global Initiative on Out-of-School Children*, UNESCO-IEU, Montreal, 2015, pág. 42.
270. Filmer, Deon y Norbert Schady, 'The Medium-term Effects of Scholarships in a Low-Income Country', *Journal of Human Resources*, vol. 49, no. 3, verano de 2014, págs. 663-694.
271. Kazinga, Harounan, et al., *Seven-Year Impacts of Burkina Faso's BRIGTH Program*, Millennium Challenge Corporation, Washington, D.C., febrero de 2016; y Benhassine, Najj, et al., 'Turning a Shove into a Nudge?: A 'labeled cash transfer' for education', *American Economic Journal: Economic Policy*, vol. 7, no. 3, agosto de 2015, págs. 86-125.
272. Ahmed, Akhter, U., 'Impact of Feeding Children in School: Evidence from Bangladesh', International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., noviembre de 2004, pág. 41, mencionado en Sabates-Wheeler, Rachel y Jennifer Yablonski, 'Social Protection and Child Poverty: Evidence, practice, and gaps', documento inédito de UNICEF para esta edición de *El Estado Mundial de la Infancia de 2016*, pág. 19.
273. Instituto de Estadísticas de la UNESCO y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Fixing the Broken Promise of Education for All: Findings from the Global Initiative on Out-of-School Children*, UNESCO-IEU, Montreal, 2015, pág. 65.
274. Arráiz, Irani y Sandra Rozo, 'Same Bureaucracy, Different Outcomes in Human Capital?: How indigenous and rural non-indigenous areas in Panama responded to the CCT', Banco Interamericano de Desarrollo, Oficina de Evaluación y Supervisión, Documento de trabajo OVE/WP-0311, mayo de 2011.
275. Alam, Andaleeb, et al., 'Does Cash for School Influence Young Women's Behavior in the Longer Term? Evidence from Pakistan', Serie de documentos de trabajo sobre investigación de políticas 5669, Banco Mundial, Washington, D.C., mayo de 2011.
276. Organización Internacional del Trabajo, *Informe mundial sobre la protección social, 2014-2015: Hacia la recuperación económica, el desarrollo inclusivo y la justicia social*, OIT, Ginebra, junio de 2014, pág. 16.
277. Ahmed, Akhter, U., *Impact of Feeding Children in School: Evidence from Bangladesh*, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., 5 de noviembre de 2004, pág. 41, mencionado en Sabates-Wheeler, Rachel y Jenn Yablonski, 'Social Protection and Child Poverty: Evidence, Practice, and Gaps', documento inédito de UNICEF para esta edición de *El Estado Mundial de la Infancia de 2016*, pág. 19.
278. Organización Mundial de la Salud, 'Integrated Health Services – What and why?' Nota técnica informativa No. 1, 2008, pág. 6.
279. Se refiere a los países y regiones que están parcial o totalmente afectados por un conflicto. Los cálculos de UNICEF están basados en bases de datos mundiales de UNICEF.
280. Hutton, G., 'Global Costs and Benefits of Drinking-Water Supply and Sanitation Interventions to Reach the MDG target and Universal Coverage', Organización Mundial de la Salud, 2012.
281. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *El argumento en favor de la inversión en la Educación y la Equidad*, UNICEF, Nueva York, enero de 2015.
282. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Programa Mundial de Alimentos, Return on Investment for Emergency Preparedness Study, Informe final, Análisis realizado por el Boston Consulting Group para UNICEF y el PMA, pág., 2015.
283. <http://www.alsa.org/flight-als/ice-bucket-challenge-spending.html> (consultado el 27 de abril de 2016).

Tablas estadísticas

Estadísticas económicas y sociales de los países y zonas del mundo, con especial referencia al bienestar de la infancia.

Tablas

Panorama general	108	1. Indicadores básicos	118
Notas generales a los datos	108	2. Nutrición	122
Cálculos sobre mortalidad en la infancia	109	3. Salud	126
Tasa de mortalidad de menores de 5 años	110	4. VIH/sida	130
Clasificación regional	112	5. Educación	134
Notas sobre tablas específicas	113	6. Indicadores demográficos	138
		7. Indicadores económicos	142
		8. Situación de las mujeres	146
		9. Protección de la infancia	150
		10. Ritmo de progreso	154
		11. Adolescentes	158
		12. Disparidades por residencia	162
		13. Disparidades por riqueza	166
		14. Desarrollo en la primera infancia	170

EXPLICACIÓN DE LOS SÍMBOLOS

Los símbolos siguientes se aplican a todas las tablas:

- Indica que los datos no están disponibles.
- x Indica los datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales, a menos que se señale de otro modo.
- y Indica los 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.
- * Los datos se refieren al año disponible más reciente durante el período especificado en el titular de la columna.
- ** Excluye China.

Las fuentes y los años de los puntos específicos de los datos están disponibles en <data.unicef.org>. Los símbolos que aparecen en cada una de las tablas se explican en las notas a pie de página de esas tablas.

Panorama general

Esta guía de consulta presenta en un solo volumen las estadísticas fundamentales más recientes sobre la supervivencia, el desarrollo y la protección de la infancia en los países, zonas y regiones del mundo.

Las tablas estadísticas que aparecen en este informe también 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.

Se han hecho esfuerzos para maximizar la posibilidad de comparar las estadísticas entre diversos países y períodos. Sin embargo, los datos que se utilizan a nivel de país podrían diferir debido a los métodos que se usan para recopilar los datos o para obtener las estimaciones, y en lo que atañe a la cobertura demográfica. Además, los datos que se presentan aquí están sujetos a la evolución de las metodologías, a las revisiones de series de datos por períodos (por ejemplo, inmunización, tasas de mortalidad materna) y a los cambios en las clasificaciones regionales. Cabe destacar también que, en el caso de algunos indicadores, no hay datos disponibles para compararlos de un año al otro. Por tanto, no se aconseja comparar los datos de ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la Infancia*.

Todas las cifras que se presentan en esta guía de consulta están disponibles en Internet en <www.unicef.org/sowc2016> y por medio de la base estadística mundial de datos de UNICEF en <data.unicef.org>. Sírvase consultar con estos sitios web para obtener las últimas versiones de las tablas estadísticas, así como cualquier actualización o corrección posterior a la impresión.

Notas generales a 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. Las tablas 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.

Los datos presentados en las tablas estadísticas de este año reflejan por lo general la información que había disponible hasta enero de 2016. Para obtener más información sobre la metodología y las fuentes de los datos, visite <data.unicef.org>.

Este informe incluye las últimas estimaciones y predicciones de la publicación *Perspectiva de la población mundial: revisión de 2015* y *Perspectiva de la urbanización mundial: revisión de 2014* (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.

Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS): UNICEF apoya a los países en la recopilación de datos estadísticamente correctos y comparables internacionalmente a través de las MICS. Desde 1995 se han realizado alrededor de 280 encuestas en más de 100 países y zonas.

Las encuestas MICS se encuentran entre las mayores fuentes de datos para supervisar el progreso hacia las metas de desarrollo acordadas internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Hay más información disponible en <data.unicef.org>.

Cálculos sobre mortalidad en la infancia

Todos los años, en el *Estado Mundial de la Infancia*, UNICEF presenta una serie de estimaciones sobre mortalidad en la infancia, como la tasa anual de mortalidad de lactantes, la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, y los fallecimientos de niños menores de 5 años. Estas cifras representan las mejores estimaciones de que se dispone en el momento en que se imprime el informe y se basan en las tareas del Grupo Interorganismos sobre Estimaciones de Mortalidad Infantil (IGME, por sus siglas en inglés), que incluye a UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. El IGME actualiza estas estimaciones cada año, emprendiendo una revisión detallada de todos los datos nuevos. En ocasiones, esta revisión da como resultado ajustes de las estimaciones anteriormente anunciadas. Como resultado, las estimaciones publicadas en ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la Infancia* no deben utilizarse para analizar las tendencias de la mortalidad a lo largo de un período de tiempo. A continuación se presentan estimaciones comparables sobre niños menores de 5 años para los períodos 1970 y 2015. Los indicadores de mortalidad específicos de cada país para el período de 1970 a 2015, sobre la base de las estimaciones más recientes del IGME, se presentan en la Tabla 10 (para los años 1970, 1990, 2000 y 2015) y están disponibles en <data.unicef.org/child-mortality/under-five> y <www.childmortality.org>.

Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por cada 1.000 nacidos vivos)

Región de UNICEF	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015
África subsahariana	244	219	201	188	180	172	154	127	101	83
África oriental y meridional	213	195	189	175	167	159	140	111	84	67
África occidental y central	276	246	218	206	198	190	172	145	119	99
África septentrional y Oriente Medio	200	164	127	91	71	61	50	42	34	29
Asia meridional	213	195	171	149	129	111	94	77	64	53
Asia Oriental y Pacífico	116	94	76	64	58	51	42	30	23	18
América Latina y el Caribe	120	103	85	68	54	42	32	25	24	18
ECE/CEI	97	74	69	56	48	47	37	28	21	17
Países menos adelantados	242	230	212	192	175	158	138	111	90	73
Mundo	145	129	116	101	91	85	76	63	52	43

Muertes de menores de 5 años (millones)

Región de UNICEF	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015
África subsahariana	3,2	3,2	3,4	3,6	3,9	4,1	4,1	3,7	3,3	2,9
África oriental y meridional	1,3	1,4	1,6	1,6	1,7	1,8	1,8	1,5	1,3	1,1
África occidental y central	1,7	1,7	1,8	1,9	2,0	2,2	2,2	2,1	1,9	1,8
África septentrional y Oriente Medio	1,2	1,1	1,0	0,8	0,7	0,5	0,4	0,4	0,3	0,3
Asia meridional	5,8	5,8	5,5	5,3	4,7	4,1	3,5	2,9	2,4	1,9
Asia Oriental y Pacífico	5,0	3,5	2,4	2,4	2,5	1,6	1,2	0,9	0,7	0,5
América Latina y el Caribe	1,2	1,1	1,0	0,8	0,6	0,5	0,4	0,3	0,3	0,2
ECE/CEI	0,6	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
Países menos adelantados	3,3	3,5	3,6	3,6	3,6	3,6	3,4	3,0	2,5	2,2
Mundo	17,2	15,6	13,9	13,4	12,7	11,0	9,8	8,3	7,0	5,9

POSICIÓN DE LOS PAÍSES Y ZONAS SEGÚN SU TMM5

La lista siguiente presenta a los países y zonas en orden descendente según las estimaciones de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) de 2015, un indicador fundamental para medir el bienestar de los niños. Los países y las zonas aparecen en orden alfabético en las tablas que siguen.

TASA MÁS ALTA DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS

Países y territorios	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (2015)		Países y territorios	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (2015)		Países y territorios	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (2015)	
	Tasa	Posición		Tasa	Posición		Tasa	Posición
Angola	157	1	Malawi	64	33	Micronesia (Estados Federados de)	35	65
Chad	139	2	Zambia	64	33	Nauru	35	65
Somalia	137	3	Ghana	62	35	Bhután	33	67
República Centroafricana	130	4	Swazilandia	61	36	Azerbaiyán	32	68
Sierra Leona	120	5	Etiopía	59	37	Iraq	32	68
Malí	115	6	Papua Nueva Guinea	57	38	República Dominicana	31	70
Nigeria	109	7	Kiribati	56	39	Camboya	29	71
Benin	100	8	Uganda	55	40	Guatemala	29	71
República Democrática del Congo	98	9	Timor-Leste	53	41	Marruecos	28	73
Níger	96	10	Gabón	51	42	Filipinas	28	73
Guinea Ecuatorial	94	11	Turkmenistán	51	42	Islas Salomón	28	73
Guinea	94	11	Madagascar	50	44	Vanuatu	28	73
Côte d'Ivoire	93	13	Myanmar	50	44	Indonesia	27	77
Guinea-Bissau	93	13	Kenya	49	46	Tuvalu	27	77
Sudán del Sur	93	13	República Unida de Tanzania	49	46	Argelia	26	79
Afganistán	91	16	India	48	48	Cabo Verde	25	80
Lesotho	90	17	Eritrea	47	49	República Popular Democrática de Corea	25	80
Burkina Faso	89	18	Santo Tomé y Príncipe	47	49	Egipto	24	82
Camerún	88	19	Senegal	47	49	Niue	23	83
Mauritania	85	20	Congo	45	52	Ecuador	22	84
Burundi	82	21	Namibia	45	52	Fiji	22	84
Pakistán	81	22	Tayikistán	45	52	Mongolia	22	84
Mozambique	79	23	Botswana	44	55	Nicaragua	22	84
Togo	78	24	Rwanda	42	56	Viet Nam	22	84
Comoras	74	25	Yemen	42	56	Dominica	21	89
Zimbabwe	71	26	Sudáfrica	41	58	Kirguistán	21	89
Liberia	70	27	Guyana	39	59	Paraguay	21	89
Sudán	70	27	Uzbekistán	39	59	Estado de Palestina	21	89
Gambia	69	29	Bangladesh	38	61	Suriname	21	89
Haití	69	29	Bolivia (Estado Plurinacional de)	38	61	Honduras	20	94
República Democrática Popular Lao	67	31	Islas Marshall	36	63	Trinidad y Tabago	20	94
Djibouti	65	32	Nepal	36	63	Jordania	18	96

UNOS 16.000 NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SIGUEN MURIENDO TODOS LOS DÍAS.

TASA MÁS BAJA DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS

Países y territorios	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (2015)	
	Tasa	Posición
San Vicente y las Granadinas	18	96
Samoa	18	96
Belice	17	99
El Salvador	17	99
Panamá	17	99
Perú	17	99
Tonga	17	99
Brasil	16	104
Colombia	16	104
Irán (República Islámica del)	16	104
Jamaica	16	104
Palau	16	104
República de Moldova	16	104
Arabia Saudita	15	110
Venezuela (República Bolivariana de)	15	110
Albania	14	112
Armenia	14	112
Kazajstán	14	112
Mauricio	14	112
Santa Lucía	14	112
Seychelles	14	112
Túnez	14	112
Turquía	14	112
Argentina	13	120
Barbados	13	120
Libia	13	120
México	13	120
República Árabe Siria	13	120
Bahamas	12	125
Georgia	12	125
Granada	12	125
Omán	12	125

Países y territorios	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (2015)	
	Tasa	Posición
Tailandia	12	125
China	11	130
Rumania	11	130
Saint Kitts y Nevis	11	130
Brunei Darussalam	10	133
Bulgaria	10	133
Costa Rica	10	133
Federación de Rusia	10	133
Sri Lanka	10	133
Uruguay	10	133
Kuwait	9	139
Maldivas	9	139
Ucrania	9	139
Antigua y Barbuda	8	142
Chile	8	142
Islas Cook	8	142
Letonia	8	142
Libano	8	142
Qatar	8	142
Malasia	7	148
Serbia	7	148
Eslovaquia	7	148
Emiratos Árabes Unidos	7	148
Estados Unidos	7	148
Bahrein	6	153
Cuba	6	153
Hungría	6	153
Malta	6	153
Nueva Zelandia	6	153
ex República Yugoslava de Macedonia	6	153
Belarús	5	159
Bosnia y Herzegovina	5	159
Canadá	5	159

Países y territorios	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (2015)	
	Tasa	Posición
Grecia	5	159
Lituania	5	159
Montenegro	5	159
Polonia	5	159
Australia	4	166
Austria	4	166
Bélgica	4	166
Croacia	4	166
Dinamarca	4	166
Francia	4	166
Alemania	4	166
Irlanda	4	166
Israel	4	166
Italia	4	166
Mónaco	4	166
Países Bajos	4	166
Portugal	4	166
España	4	166
Suiza	4	166
Reino Unido	4	166
Andorra	3	182
Chipre	3	182
República Checa	3	182
Estonia	3	182
Japón	3	182
Noruega	3	182
República de Corea	3	182
San Marino	3	182
Singapur	3	182
Eslovenia	3	182
Suecia	3	182
Finlandia	2	193
Islandia	2	193
Luxemburgo	2	193
Santa Sede	-	-
Liechtenstein	-	-

Clasificación regional

Los promedios que se ofrecen al final de cada una de las 14 tablas estadísticas se calculan utilizando datos de los países y zonas agrupados como se indica a continuación.

África subsahariana

África oriental y meridional; África occidental y central; Djibouti y el Sudán

África oriental y meridional

Angola; Botswana; Burundi; Comoras; Eritrea; Etiopía; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauricio; Mozambique; Namibia; República Unida de Tanzania; Rwanda; Seychelles; Somalia; Sudáfrica; Sudán del Sur; Swazilandia; 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

Oriente Medio y África del Norte

Arabia Saudita; Argelia; Bahrein; Djibouti; Egipto; Emiratos Árabes Unidos; Estado de Palestina; Irán (República Islámica de); Iraq; Jordania; Kuwait; Líbano; Libia; Marruecos; Omán; Qatar; República Árabe Siria; Sudán; Túnez; Yemen

Asia meridional

Afganistán; Bangladesh; Bhután; India; Maldivas; Nepal; Pakistán; Sri Lanka

Asia oriental y el Pacífico

Brunei Darussalam; Camboya; China; Estados Federados de Micronesia; Fiji; Filipinas; Indonesia; Islas Cook; Islas Marshall; Islas Salomón; Kiribati; Malasia; Mongolia; Myanmar; Nauru; Niue; Palau; Papua Nueva Guinea; República de Corea; República Democrática Popular de Corea; República Democrática Popular Lao; Samoa; Singapur; Tailandia; Timor-Leste; Tonga; Tuvalu; Vanuatu; Viet Nam

América Latina y el Caribe

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; 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)

Europa central y del Este y Comunidad de Estados Independientes

Albania; Armenia; Azerbaiyán; Belarús; Bosnia y Herzegovina; Bulgaria; Croacia; ex República Yugoslava de Macedonia; Federación de Rusia; Georgia; Kazajstán; Kirguistán; Montenegro; República de Moldova; Rumania; Serbia; Tayikistán; Turquía; Turkmenistán; Ucrania; Uzbekistán

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 2. NUTRICIÓN

Bajo peso, retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso: UNICEF y la OMS han comenzado un proceso para armonizar los datos antropométricos que se utilizan para computar y estimar los promedios regionales y mundiales y los análisis de tendencias. Como parte de este proceso, los promedios regionales y mundiales para las incidencias de bajo peso (moderado y grave), retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso se derivan de un modelo descrito en M. de Onis et al., 'Methodology for Estimating Regional and Global Trends of Child Malnutrition' (*International Journal of Epidemiology*, vol. 33, 2004, págs. 1260–1270). Debido a las diferencias en las fuentes de los datos (por ejemplo, se incorporan nuevos datos empíricos a medida que están disponibles) y la metodología de la estimación, puede que estas estimaciones sobre el promedio de incidencia regional no sean comparables con los promedios publicados en anteriores ediciones del *Estado Mundial de la Infancia*.

Administración de suplementos de vitamina A: Al hacer hincapié en la importancia de que los niños reciban dos dosis anuales de vitamina A (con un espaciado de 4 a 6 meses), este informe presenta solamente la cobertura completa de la administración de suplementos de vitamina A. Al no disponer de un método directo para medir este indicador, la cobertura completa se registra como la cobertura más baja estimada desde el semestre 1 (enero – junio) hasta el semestre 2 (julio – diciembre), en un año dado. Los agregados regionales y mundiales contienen sólo los 82 países indicados como países prioritarios para los programas a nivel nacional. De ahí que los agregados se publiquen allí donde se alcanzó al menos el 50% de cobertura de la población de los países prioritarios en cada región. En otras palabras, las estimaciones de Asia oriental y el Pacífico se presentan a pesar de no haber datos para China, porque China no es un país prioritario para un programa a nivel nacional.

Bajo peso al nacer: Estos datos no se han actualizado desde noviembre de 2014 debido a la labor metodológica en marcha para revisar el método de análisis sobre las estimaciones de las encuestas en los hogares donde no se pesa a un gran número de niños.

Sal yodada: Estos datos no se han actualizado desde noviembre de 2014 debido a un próximo cambio en la definición del indicador que se presentará en las futuras ediciones del *Estado Mundial de la Infancia*.

TABLA 3. SALUD

Agua y saneamiento: Las estimaciones sobre la cobertura de agua potable y saneamiento presentadas en este informe proceden del Programa Conjunto de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento de la OMS/ UNICEF. Para obtener más información sobre la metodología y las estimaciones por país del Programa Conjunto, visite <data.unicef.org> y <www.wssinfo.org>. Debido a que las estimaciones del Programa Conjunto utilizan una línea de regresión lineal que se ajusta a los datos sobre cobertura procedentes de todas las muestras de las encuestas en los hogares y censos disponibles, y a que se obtienen nuevos datos entre los períodos que transcurren en la publicación de estimaciones, no se deben comparar las estimaciones subsiguientes del Programa Conjunto.

Inmunización: Este informe presenta las estimaciones de la OMS y UNICEF sobre la cobertura nacional de inmunización. Desde 2000, las estimaciones se actualizan una vez al año en julio, después de un proceso de consulta en el que los países reciben borradores de informes para que los analicen y los comenten. Debido a que el sistema incorpora nuevos datos empíricos, cada revisión anual sustituye las presentaciones anteriores de datos, y los niveles de cobertura de las revisiones anteriores no son comparables. Una explicación más detallada del proceso se puede encontrar 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.

Indicadores de tratamiento: Hasta hace poco, “Proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con fármacos antipalúdicos apropiados” era el indicador estándar de seguimiento de la cobertura del tratamiento contra el paludismo en niños menores de 5 años. Sin embargo, se ha vuelto cada vez más difícil realizar un seguimiento de las tendencias de este indicador, después de una recomendación de la OMS realizada en 2010 que asesoró sobre el uso universal de pruebas de diagnóstico para confirmar la infección del paludismo antes de aplicar cualquier tratamiento. Para poner en práctica esta recomendación, muchos países están ampliando el uso de pruebas de diagnóstico para centrarse en el tratamiento de las personas diagnosticadas con paludismo. Teniendo en cuenta que un número cada vez mayor de casos de fiebre no son paludismo, los bajos niveles de tratamiento contra el paludismo en los niños febriles pueden indicar que los antipalúdicos son ofrecidos únicamente en los casos confirmados. Para obtener más información sobre este tema, véase la edición de 2013 de los indicadores de la encuesta de hogares para el control del paludismo. Teniendo en cuenta estas cuestiones metodológicas, este indicador ya no se registra para el seguimiento de la cobertura y ahora se ha sustituido en esta publicación por “Búsqueda de atención en caso de fiebre”. El indicador “Tratamiento con antibióticos para niños con síntomas de neumonía” ha sido abandonado también en esta tabla. Este indicador se refiere al tratamiento con antibióticos de los niños cuyos cuidadores informan que padecen síntomas relacionados con la infección respiratoria aguda. Sin embargo, estos niños no han sido médicamente diagnosticados con neumonía, lo que conduce a problemas sustanciales de validez. Los estudios han demostrado que el alto porcentaje de niños con síntomas de infección respiratoria aguda no tienen verdadera neumonía. Por lo tanto, este indicador ya no se recomienda para el seguimiento de la cobertura.

TABLA 4. VIH/SIDA

En 2015, 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 2014 que reflejaban los principales cambios en las pautas de la OMS de tratamiento del VIH en adultos y niños y para la prevención de la transmisión vertical del VIH, así como mejoras en los supuestos de la probabilidad de transmisión del VIH de madre a hijo y las tasas netas de supervivencia de los niños infectados. Además, hay más datos fiables disponibles procedentes de encuestas basadas en la población, sistemas nacionales ampliados de vigilancia centinela y estadísticas de servicios de programas en varios países. Sobre la base de la metodología refinada, ONUSIDA ha generado retrospectivamente nuevas estimaciones para la prevalencia de VIH, el número de personas que viven con VIH y aquellas que requieren tratamiento, las muertes relacionadas con el sida, las nuevas infecciones y el número de niños cuyos progenitores han muerto debido a todas las causas, incluido el sida, durante los últimos años.

Para los análisis de tendencias solamente se deben utilizar las nuevas estimaciones. Las nuevas estimaciones sobre el VIH y el sida que se incluyen en esta tabla también se publican en *How AIDS Changed Everything, 2015*, de ONUSIDA. En general, las cifras mundiales y regionales publicadas en el *Estado Mundial de la Infancia* de 2014 no son comparables a las estimaciones publicadas previamente. Para obtener más información sobre las estimaciones, las metodologías y las actualizaciones sobre el VIH y el sida, sírvase consultar <www.unaids.org>.

TABLA 7. INDICADORES ECONÓMICOS

Pobreza monetaria infantil nacional es un indicador que se ha agregado en 2016 a la tabla 7 para reflejar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 1, meta 1.2, que incluye un compromiso explícito de reducir la pobreza entre los niños. Este indicador mide el porcentaje de “niños de 0-17 años de edad que viven en hogares con ingresos o un nivel de consumo por debajo del umbral nacional de la pobreza definido por el gobierno”. Los datos proceden de fuentes oficiales del gobierno, como tabulaciones de la Oficina de Estadística, encuestas nacionales en los hogares e informes sobre la pobreza, y de bases de datos regionales, como Eurostat.

Hay que tener en cuenta que la metodología utilizada para el cálculo de la prevalencia nacional de pobreza varía según el país. Por ejemplo, algunos países utilizan el ingreso y otros el consumo, algunos de aplican una línea de pobreza absoluta y otros el umbral de la pobreza relativa. Por lo tanto, para verificar el progreso se deben utilizar las tasas de pobreza nacional infantil, pero no se deben usar para comparar o clasificar a los países. Este indicador es el primero de tres indicadores de pobreza infantil y se complementará con una medida internacional, “extrema pobreza infantil”, relacionada con la meta 1 del objetivo ODS 1, y pobreza infantil “multidimensional” para la meta 1.2.

TABLA 8. SITUACIÓN DE LAS MUJERES

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad (ajustada): La tasa sobre salud materna presenta las tasas de mortalidad derivada de la maternidad “ajustadas” para el año 2015, tal como fueron publicadas por el Grupo Interorganismos sobre Estimaciones de Mortalidad Infantil, que está compuesto por la OMS, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas, junto a expertos técnicos independientes. El grupo interinstitucional ha utilizado un enfoque dual para generar las estimaciones sobre mortalidad derivada de la maternidad, que requiere hacer ajustes a las estimaciones existentes sobre mortalidad derivada de la maternidad en los sistemas de registro civil para corregir las clasificaciones erróneas y las notificaciones incompletas, y generar estimaciones basadas en modelos para los países que no disponen de estimaciones fiables sobre mortalidad derivada de la maternidad a nivel nacional, procedentes de los sistemas de registro civil. Estas estimaciones “ajustadas” no se deben comparar con estimaciones interinstitucionales anteriores. El informe completo –con estimaciones completas nacionales y regionales para los años 1990, 1995, 2000, 2005 y 2013, así como una detallada información metodológica– se encuentra en <data.unicef.org/maternal-health/maternal-mortality>.

Indicadores de la atención posnatal: El período inmediatamente posterior al parto, o período postnatal, es una fase crítica en la vida de las madres y los recién nacidos, ya que la mayoría de las muertes maternas y neonatales se producen durante este tiempo. Dada la importancia fundamental de la atención esencial del recién nacido y la atención postnatal para el bebé y la madre, los programas de encuestas en los hogares, tales como DHS y MICS, han incluido recientemente indicadores para el seguimiento de su cobertura. Por lo tanto, en esta tabla se han incluido dos indicadores estándar relacionados con la atención posnatal temprana para las madres y los bebés: el control de la salud postnatal para los recién nacidos a los 2 días después del parto y el control de la salud posnatal para las madres a los 2 días después del parto. Estos dos indicadores forma ahora parte de los indicadores mundiales de seguimiento del plan de acción para cada recién nacido (ENAP).

A pesar de que tanto las encuestas DHS y MICS se esfuerzan en proporcionar resultados comparables para los mismos indicadores, el método de recopilación de datos y elaboración de informes para estos indicadores difiere ligeramente entre los dos programas de encuestas. Los resultados de la cobertura interregional y los agregados regionales deben ser analizados con cautela. Para la fuente específica de cada punto de datos, sírvase consultar la base de datos de atención posnatal publicada en data.unicef.org, así como los informes específicos de cada país disponibles en el sitio web de los respectivos programas de encuestas (para MICS: véase <<http://mics.unicef.org>>; para las DHS, véase <<http://dhsprogram.com>>).

TABLA 9. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Inscripción del nacimiento: Los cambios en la definición de la inscripción del nacimiento se hicieron desde la segunda y tercera rondas de MICS (MICS2 y MICS3) hasta la cuarta ronda (MICS4). Con el fin de permitir la comparabilidad con las últimas rondas, los datos de MICS2 y MICS3 sobre el registro de nacimientos se volvieron a calcular según la definición del indicador MICS4. Por lo tanto, los datos recalculados presentados aquí pueden diferir de las estimaciones incluidas en los informes nacionales sobre MICS2 y MICS3.

Trabajo infantil: Las tasas de prevalencia de trabajo infantil que se presentan en la tabla varían ampliamente entre los países debido a las importantes diferencias en la metodología de la encuesta, el contenido del cuestionario, las definiciones nacionales y los umbrales utilizados para establecer la prevalencia del trabajo infantil. Sólo un número limitado de países han producido datos de la prevalencia del trabajo infantil sobre la base de normas y clasificaciones internacionales. Los datos de la cuarta ronda de las encuestas MICS (MICS4, 2009–2012) incluidos en la tabla se han recalculado según la definición de los indicadores utilizada en las encuestas MICS3, para garantizar que se pueden comparar entre los países. En esta definición, las actividades de recolectar agua o leña se clasifican como tareas domésticas en lugar de actividad económica. Según este enfoque, un niño entre los 5 y los 14 años tendría que emplear 28 horas a la semana en la recolección de agua o de leña para que se le considere un trabajador infantil.

La mutilación/ablación genital femenina: Los datos sobre la prevalencia de esta práctica entre las niñas de 0 a 14 años de edad se calculó de nuevo por razones técnicas y puede diferir de los que se presentaron en informes originales de los países sobre DHS y MICS. Para obtener más detalles, consulte *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*, UNICEF, Nueva York, 2013. Las estimaciones regionales sobre la prevalencia de la mutilación/ablación genital femenina y las actitudes hacia la práctica se basan solamente en los datos disponibles de los países donde se practica y, por tanto, reflejan la situación de quienes viven en los países afectados dentro de la región, y no de la región en su conjunto, ya que hay algunos países en la región donde no se realiza esta práctica.

Disciplina violenta: Las estimaciones previas utilizadas en publicaciones de UNICEF y en los informes de país de las MICS antes de 2010 se calcularon utilizando ponderaciones en los hogares que no tenían en cuenta la última etapa de selección de niños para la administración del módulo sobre disciplina infantil en las MICS. (Se lleva a cabo una selección al azar de un niño de 2–14 años para la administración del módulo de disciplina infantil.) En enero de 2010 se decidió que es posible lograr estimaciones más exactas mediante una ponderación en el hogar que tenga en cuenta la última etapa de selección. Los datos de MICS 3 se volvieron a calcular utilizando el nuevo enfoque.

TABLA 10. LA TASA DEL PROGRESO

La mortalidad de menores de 5 años se utiliza como el principal indicador de progreso en el bienestar infantil. En 1970, alrededor de 17,1 millones de niños y niñas morían todos los años. Por comparación, en 2015, el número estimado de niños y niñas que murieron antes de cumplir 5 años se mantuvo en 5,9 millones, lo que significa que hubo un declive considerable a largo plazo en el número mundial de muertes de menores de 5 años.

La TMM5 tiene varias ventajas como patrón para medir el bienestar de la infancia:

- En primer lugar, este indicador mide los resultados finales del proceso de desarrollo en vez de factores intermedios tales como el nivel de escolarización, la disponibilidad de calorías per cápita o el número de médicos por cada 1.000 habitantes, todos los cuales son medios para conseguir un fin.
- En segundo lugar, la TMM5 es el resultado de una amplia variedad de factores: por ejemplo, antibióticos para tratar la neumonía; mosquiteros tratados con insecticida para

evitar el paludismo; salud nutricional y conocimientos básicos de salud de la madre; cobertura de inmunización y utilización de la terapia de rehidratación oral; acceso a servicios de atención materno-infantil (incluida la atención prenatal); nivel de ingresos y disponibilidad de alimentos de la familia; acceso a agua potable y saneamiento básico; y grado de seguridad del medio ambiente infantil.

- En tercer lugar, la TMM5 está menos expuesta que, por ejemplo, el ingreso nacional bruto (INB) per cápita, a la falacia del promedio estadístico. Esto se debe a que los límites naturales impiden que los hijos de los ricos puedan tener una probabilidad 1.000 veces mayor de sobrevivir, aunque los límites sociales establecidos les permitan poseer un ingreso 1.000 veces más elevado. En otras palabras, es mucho más difícil que la presencia de una minoría rica afecte a la TMM5 de un país y, por tanto, este indicador representa de forma más adecuada, aunque imperfecta, el estado de salud de la mayoría de la población infantil y de la sociedad en su conjunto. La velocidad del ritmo de reducción de la TMM5 puede medirse mediante el cálculo de la tasa media anual de reducción (TMAR). A diferencia de las comparaciones entre niveles absolutos, la TMAR mide cambios relativos que reflejan diferencias en comparación con el valor de partida.

A medida que se alcanzan niveles más reducidos de mortalidad infantil, la misma reducción absoluta representa un mayor porcentaje de reducción. Así pues, la TMAR indica un avance más rápido en el caso de una reducción de 10 puntos, por ejemplo, cuando ésta se logra con niveles iniciales más bajos de mortalidad de menores de 5 años en comparación con un nivel más alto durante el mismo periodo. Una disminución de 10 puntos de la TMM5 desde 100 en 1990 hasta 90 en 2015 representa una reducción del 10%, correspondiente a una TMAR de alrededor de 0,4%, mientras la misma disminución de 10 puntos desde el 20 al 10 durante el mismo periodo representa una reducción del 50% o una reducción de la TMAR del 2,8%. (Un valor negativo para la reducción del porcentaje indica un aumento de la TMM5 durante el período especificado.) La utilización combinada de la TMM5 y su tasa de reducción, junto con la tasa de crecimiento del PIB per cápita, permite obtener un cuadro representativo de los avances logrados por cualquier país, zona o región, durante un determinado periodo de tiempo, en la satisfacción de las necesidades humanas más básicas.

Como muestra la tabla 10, no existe una relación fija entre la tasa anual de reducción de la TMM5 y la tasa anual de crecimiento del PIB per cápita. Estas comparaciones ayudan a destacar las relaciones entre los avances económicos y el desarrollo humano.

Finalmente, la tabla muestra la tasa global de fecundidad por países y zonas, y la TMAR correspondiente. Como se puede apreciar, muchos de los países y zonas que han logrado reducciones significativas de la TMM5 han alcanzado asimismo reducciones igualmente significativas en las tasas de fecundidad.

TABLA 12-13. DISPARIDADES POR RESIDENCIA Y RIQUEZA

Retraso en el crecimiento: A partir de 2016, el *Estado Mundial de la Infancia* ya no incluye las disparidades en la prevalencia de peso inferior al normal (peso para la edad), y en su lugar se presenta el desglose del retraso en el crecimiento (talla para la edad). Esto se debe a que el retraso del crecimiento ha ganado precedencia como un marcador global clave de la desnutrición infantil, y ahora es uno de los puntos centrales de la agenda de los ODS, mientras que el bajo peso ya no está entre los indicadores que se van a utilizar para registrar los progresos nacionales, regionales o mundiales en la nutrición. El bajo peso había sido el indicador utilizado para realizar un seguimiento de la meta 1.c de los ODM sobre la nutrición de los niños menores de 5 años; sin embargo, incluso durante el periodo de los ODM, UNICEF y otros asociados se habían centrado en los avances en el retraso del crecimiento como el marcador del éxito.

TABLA 1. INDICADORES BÁSICOS

Países y zonas	Orde- nación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5)		TMM5 por género 2015		Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año)		Tasa de mortalidad neonatal	Población total (miles)	Nacim- ientos anuales (miles)	Muertes anuales <5 años (miles)	INB per cápita (dólares)	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa total de alfabe- tización de adultos (%)	Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria (%)	
		1990	2015	hombres	mujeres	1990	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2009-2014*	2010-2014*
		Afganistán	16	181	91	95	87	123	66	36	32.527	1.081	94	680	61	32
Albania	112	41	14	15	13	35	13	6	2.897	40	1	4.450	78	97	96	
Alemania	166	9	4	4	3	7	3	2	80.689	685	3	47.640	81	-	100	
Andorra	182	9	3	3	3	8	2	1	70	-	0	43.270 x	-	-	-	
Angola	1	226	157	165	149	134	96	49	25.022	1.128	169	c	53	71	84	
Antigua y Barbuda	142	26	8	9	7	24	6	5	92	1	0	13.300	76	99	86	
Arabia Saudita	110	44	15	16	14	36	13	8	31.540	619	9	25.140 x	74	94	96	
Argelia	79	47	26	27	24	40	22	16	39.667	936	24	5.490	75	73 x	99	
Argentina	120	28	13	14	11	24	11	6	43.417	753	10	13.480	76	98	100	
Armenia	112	50	14	16	13	43	13	7	3.018	39	1	4.020	75	100	-	
Australia	166	9	4	4	3	8	3	2	23.969	318	1	64.540	83	-	97	
Austria	166	10	4	4	3	8	3	2	8.545	82	0	49.670	82	-	-	
Azerbaiyán	68	95	32	34	29	76	28	18	9.754	193	7	7.590	71	100	95	
Bahamas	125	24	12	13	11	20	10	7	388	6	0	20.980	76	-	98	
Bahrein	153	23	6	6	6	20	5	1	1.377	20	0	21.060 x	77	95	-	
Bangladesh	61	144	38	40	35	100	31	23	160.996	3.134	119	1.080	72	60	95	
Barbados	120	18	13	14	12	16	12	8	284	3	0	15.310 x	76	-	91	
Belarús	159	17	5	5	4	14	3	2	9.496	112	1	7.340	71	100	94	
Bélgica	166	10	4	5	4	8	3	2	11.299	130	1	47.260	81	-	99	
Belice	99	40	17	18	15	32	14	8	359	8	0	4.350 x	70	-	97	
Benin	8	180	100	104	95	108	64	32	10.880	388	37	890	60	29 x	96	
Bhután	67	134	33	36	30	93	27	18	775	13	0	2.370	70	53 x	89	
Bolivia (Estado Plurinacional de)	61	124	38	42	35	86	31	20	10.725	253	9	2.870	69	92	88	
Bosnia y Herzegovina	159	18	5	6	5	16	5	4	3.810	34	0	4.760	77	98	-	
Botswana	55	54	44	47	40	42	35	22	2.262	55	2	7.240	65	87	91	
Brasil	104	61	16	18	15	51	15	9	207.848	3.016	52	11.530	75	90	-	
Brunei Darussalam	133	12	10	11	9	9	9	4	423	7	0	37.320 x	79	96	-	
Bulgaria	133	22	10	12	9	18	9	6	7.150	68	1	7.620	74	98	96	
Burkina Faso	18	202	89	94	83	103	61	27	18.106	717	60	700	59	29 x	68	
Burundi	21	172	82	88	76	104	54	29	11.179	488	37	270	57	87 x	96	
Cabo Verde	80	63	25	27	22	48	21	12	521	11	0	3.450	74	85	98	
Cambodia	71	117	29	32	25	85	25	15	15.578	371	10	1.020	69	74	95	
Camerún	19	138	88	94	82	86	57	26	23.344	847	71	1.350	56	71	95	
Canadá	159	8	5	5	5	7	4	3	35.940	387	2	51.630	82	-	99	
Chad	2	215	139	146	131	116	85	39	14.037	630	83	980	52	38	84	
Chile	142	19	8	9	7	16	7	5	17.948	234	2	14.910	82	97	93	
China	130	54	11	11	10	42	9	6	1.376.049	16.601	182	7.400	76	95	- x	
Chipre	182	11	3	3	3	10	3	2	1.165	13	0	26.370	80	99	97	
Colombia	104	35	16	18	14	29	14	9	48.229	747	12	7.970	74	93	97	
Comoras	25	125	74	79	68	88	55	34	788	26	2	790	64	77	85	
Congo	52	94	45	49	41	61	33	18	4.620	167	7	2.720	63	79	93	
Costa Rica	133	17	10	11	9	14	9	6	4.808	70	1	10.120	80	97	96	
Côte d'Ivoire	13	153	93	101	84	105	67	38	22.702	838	75	1.450	52	41	75	
Croacia	166	13	4	5	4	11	4	3	4.240	40	0	12.980	77	99	98	
Cuba	153	13	6	6	5	11	4	2	11.390	115	1	5.880 x	80	100	93	
Dinamarca	166	9	4	4	3	7	3	3	5.669	59	0	61.310	80	-	99	
Djibouti	32	119	65	71	59	93	54	33	888	22	1	b	62	-	65 x	
Dominica	89	17	21	23	20	14	20	16	73	-	0	6.930	-	-	97	
Ecuador	84	57	22	24	19	44	18	11	16.144	331	7	6.090	76	92	97	
Egipto	82	86	24	25	23	63	20	13	91.508	2.488	66	3.050	71	72	100	
El Salvador	99	59	17	19	15	46	14	8	6.127	105	2	3.920	73	84	96 x	
Emiratos Árabes Unidos	148	17	7	8	6	14	6	4	9.157	98	1	44.600	77	90 x	96	
Eritrea	49	151	47	51	41	93	34	18	5.228	175	8	480 x	64	72	41	
Eslovaquia	148	18	7	8	7	16	6	4	5.426	57	0	17.750	76	-	-	
Eslovenia	182	10	3	3	2	9	2	1	2.068	22	0	23.580	81	100	97	
España	166	11	4	4	4	9	4	3	46.122	413	2	29.440	83	98	100	
Estado de Palestina	89	44	21	23	19	36	18	12	4.668	151	3	3.060	73	95	93	
Estados Unidos	148	11	7	7	6	9	6	4	321.774	4.025	25	55.200	79	-	93	
Estonia	182	20	3	3	3	17	2	2	1.313	14	0	19.030	77	100	100	
Etiopía	37	205	59	65	54	122	41	28	99.391	3.176	184	550	65	39 x	86	
ex República Yugoslava de Macedonia	153	37	6	6	5	33	5	4	2.078	23	0	5.150	76	98	88	

TABLA 1. INDICADORES BÁSICOS

Países y zonas	Orde- nación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5)		TMM5 por género 2015		Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año)		Tasa de mortalidad neonatal	Población total (miles)	Nacim- ientos anuales (miles)	Muertes anuales <5 años (miles)	INB per cápita (dólares)	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa total de alfabeti- zación de adultos (%)	Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria (%)
		1990	2015	hombres	mujeres	1990	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2009-2014*
Túnez	112	57	14	15	13	44	12	8	11.254	202	3	4.230	75	79	100
Turkmenistán	42	91	51	59	44	73	44	23	5.374	112	6	8.020	66	100	–
Turquía	112	75	14	15	12	56	12	7	78.666	1.289	19	10.830	76	93	93
Tuvalu	77	57	27	30	25	44	23	18	10	–	0	5.720	–	–	96
Ucrania	139	20	9	10	8	17	8	6	44.824	484	4	3.560	71	100	97
Uganda	40	187	55	60	49	111	38	19	39.032	1.665	85	670	59	73	94
Uruguay	133	23	10	11	9	20	9	5	3.432	49	0	16.350	77	98	100
Uzbekistán	59	72	39	44	34	59	34	20	29.893	667	26	2.090	69	100	95
Vanuatu	73	36	28	30	25	29	23	12	265	7	0	3.160	72	84	–
Venezuela (República Bolivariana de)	110	30	15	17	13	25	13	9	31.108	599	9	12.500 x	74	95	93
Viet Nam	84	51	22	25	19	37	17	11	93.448	1.582	34	1.890	76	94	98
Yemen	56	126	42	46	38	89	34	22	26.832	856	34	1.300 x	64	68	85
Zambia	33	191	64	69	59	113	43	21	16.212	645	39	1.680	61	61 x	89
Zimbabwe	26	76	71	76	65	51	47	24	15.603	539	38	840	59	84	89

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana		180	83	89	77	108	56	29	1.001.417	36.812	2.947	1.661	59	60	79
África oriental y meridional		167	67	72	62	103	46	25	480.144	16.694	1.068	1.610	61	67	84
África occidental y central		198	99	105	92	116	66	32	480.150	18.778	1.789	1.703	57	53	74
África septentrional y Oriente Medio		71	29	31	27	53	23	15	455.880	11.039	324	6.561	72	79	90
Asia meridional		129	53	52	53	92	42	30	1.743.865	36.381	1.870	1.500	68	67	94
Asia Oriental y Pacífico		58	18	19	16	44	15	9	2.097.940	29.541	538	6.845	74	95	96
América Latina y el Caribe		54	18	20	16	43	15	9	628.992	10.772	196	9.634	75	92	94
ECE/CEI		48	17	19	15	39	15	9	413.760	6.084	108	9.216	72	99	95
Países menos adelantados		175	73	78	68	109	51	27	954.158	30.969	2.181	845	64	60	82
Mundo		91	43	44	41	63	32	19	7.309.846	140.244	5.945	10.647	72	85	91

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 112 o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar los datos de las ediciones consecutivas del *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 completos de vida, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

INB per cápita – El Ingreso Nacional Bruto (INB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto sobre productos que no haya sido incluido en la valoración de la producción (menos subsidios), más los ingresos primarios netos (remuneración de empleados y rentas de propiedades) de las personas no residentes. El INB per cápita, convertido en dólares de los Estados Unidos utilizando el método del Atlas del Banco Mundial, es el ingreso nacional bruto dividido por la población a mediados del año.

Esperanza de vida al nacer – El número de años que un recién nacido podría vivir si en el momento de su nacimiento está sujeto a los riesgos de mortalidad prevalecientes en una muestra representativa de la población.

Tasa total de alfabetización de adultos – Porcentaje de población de 15 años o más que puede leer y escribir y comprender un texto simple y breve en su vida cotidiana.

Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria – Número de niños matriculados o que asisten a la escuela primaria o secundaria, expresado como porcentaje del número total de niños en edad de ir a la escuela primaria. Debido a la inclusión de niños en edad escolar primaria que están matriculados en escuelas secundarias, este indicador se puede denominar también como tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años – Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad de las Naciones Unidas (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial).

Tasa de mortalidad neonatal – Organización Mundial de la Salud, mediante sistemas de registro civil, sistemas de seguimiento y encuestas en los hogares.

Total de población y nacimientos – División de Población de las Naciones Unidas.

Muertes de menores de 5 años – Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad de las Naciones Unidas (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial).

INB per cápita – Banco Mundial.

Esperanza de vida al nacer – División de Población de las Naciones Unidas.

Tasa de alfabetización de adultos y tasa de matriculación en la escuela primaria – Instituto de Estadísticas de la UNESCO (UIS).

NOTAS

- a país de bajos ingresos (INB per cápita de 1.045 dólares o menos).
- b país de bajos y medianos ingresos (INB per cápita de 1.046 a 4.125 dólares).
- c país de medianos y altos ingresos (INB per cápita de 4.126 a 12.735 dólares).
- d país de altos ingresos (INB per cápita de 12.736 dólares o más).
- 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.
- z Datos proporcionados por el Ministerio de Educación de China. El IEU de la UNESCO no publica actualmente las tasas netas de matriculación de China.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna

TABLA 2. NUTRICIÓN

Países y zonas	Bajo peso al nacer (%)	Iniciación temprana a la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva <6 meses (%)	Incorporación de alimentos sólidos, semisólidos o blandos 6 a 8 meses (%)	Alimentación mínima aceptable (6 a 23 meses, %)	Lactancia materna a los 2 años (%)	Insuficiencia ponderal (%)	Retraso en el crecimiento (%)	Emaciación (%)	Sobrepeso (%)	Suplementos de vitamina A, cobertura completa ^d (%)	Consumo de sal yodada adecuadamente (%)
	2009-2013*						2010-2015*				2014	2009-2013*
							moderado y grave ^e					
Afganistán	—	54	—	—	—	54 x	25	41	10	5	95 α	20
Albania	—	43 x	39 x	78 x	—	31 x	6 x	23 x	9 x	23 x	—	75
Alemania	7	—	—	—	—	—	1 x	1 x	1 x	4 x	—	—
Andorra	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Angola	12 x	55 x	—	—	—	—	16 x	29 x	8 x	—	6 α	45 x
Antigua y Barbuda	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Arabia Saudita	9	—	—	—	—	30 x	5 x	9 x	12 x	6 x	—	—
Argelia	6 x	36	26	28	—	27	3	12	4	12	—	61 x
Argentina	7	53	33	93	—	29	2 x	8 x	1 x	10 x	—	—
Armenia	8	36	35	75	32	23	5	21	4	17	—	97 x
Australia	6	—	—	—	—	—	0 x	2 x	0 x	8 x	—	—
Austria	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Azerbaiyán	10 x	20	12	77	22	16 x	5	18	3	13	58 α,w	54 x
Bahamas	12	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bahrein	10	—	34 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bangladesh	22 x	57	55	42	23	87	33	36	14	1	0 α	58
Barbados	12	40	20 p	—	—	—	4	8	7	12	—	17
Belarús	5	53	19	64	—	12	1 x	5 x	2 x	10 x	—	85
Bélgica	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Belice	11	62	15	69	—	35	6	19	3	8	—	—
Benin	15 x	47	41	73	16	46	18	34	5	2	99 α	86
Bhután	10	78	51	87	—	61	13	34	6	8	— α	— f
Bolivia (Estado Plurinacional de)	6 x	78	64	83 x	—	40 x	4	18	2	—	— α	— f
Bosnia y Herzegovina	5	42	19	71	—	12	2	9	2	17	—	62 x,y
Botswana	13 x	40 x	20 x	—	—	6 x	11 x	31 x	7 x	11 x	70 α	65 x
Brasil	9	43 x	39 x	94 x	—	26 x	2 x	7 x	2 x	7 x	—	96 x
Brunei Darussalam	12	—	—	—	—	—	10 x	20 x	3 x	8 x	—	—
Bulgaria	9	—	—	—	—	—	2 x	9 x	3 x	14 x	—	92
Burkina Faso	14	42	50	59	3	80	24	33	11	—	98 α	34 x,f
Burundi	13	74	69	70	9	79	29	58	6	3	69 α	— f
Cabo Verde	6 x	73 x	60 x	—	—	13 x	—	—	—	—	—	75 x
Cambodia	11	63	65	82	30	37	24	32	10	2	71 α	— f
Camerún	11 x	31	28	83	—	19	15	32	5	7	96 α	85
Canadá	6	—	—	—	—	—	—	—	—	10 x	—	—
Chad	20	29	0	46	5	65	29	40	13	3	96 α	54
Chile	6	—	—	—	—	—	1	2	0	9	—	—
China	—	41 x	28 x	60 x	—	9 x	3	9	2	7	—	97 y
Chipre	12 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Colombia	10	57	43	86	60	33	3	13	1	5	—	—
Comoras	25 x	34	12	81	6	57	17	32	11	11	14 α	77 x,f
Congo	13 x	24	33	84	—	11	12	21	8	6	99 α	73 x,f
Costa Rica	7	60	33	86	—	28	1 x	6 x	1 x	8 x	—	—
Côte d'Ivoire	17 x	31	12	64	5	38	16	30	8	3	99 α	30 x,f
Croacia	5	—	23 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Cuba	5	48	33	91	56	24	3 x	7 x	2 x	—	—	88 x
Dinamarca	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Djibouti	10 x	55 x	1 x	35 x	—	18 x	30	34	22	8	— α	0 x
Dominica	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ecuador	9	55	40 x	74	—	19	6	25	2	8	—	—
Egipto	13 x	27	40	77	23	20	7	22	10	16	— α	78 x
El Salvador	9	42	47	90	—	57	5	14	2	6	—	62 x
Emiratos Árabes Unidos	6	—	34 x	—	—	29 x	—	—	—	—	—	—
Eritrea	14 x	93	69	40 x	—	73	39	50	15	2	49 α	68 x
Eslovaquia	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Eslovenia	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
España	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Estado de Palestina	9	41	39	90	42	12	1	7	1	8	—	77
Estados Unidos	8	—	—	—	—	—	1	2	1	6	—	—
Estonia	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Etiopía	20 x	52	52	49	4	82	25	40	9	3	71 α	20 x,f
ex República Yugoslava de Macedonia	6	21	23	41	—	13	1	5	2	12	—	94 x,y
Federación de Rusia	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	— f
Fiji	10 x	57 x	40 x	—	—	—	5 x	8 x	6 x	5 x	—	—

TABLA 2. NUTRICIÓN

Países y zonas	Bajo peso al nacer (%)	Iniciación temprana a la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva <6 meses (%)	Incorporación de alimentos sólidos, semisólidos o blandos 6 a 8 meses (%)	Alimentación mínima aceptable (6 a 23 meses, %)	Lactancia materna a los 2 años (%)	Insuficiencia ponderal (%)	Retraso en el crecimiento (%)	Emaciación (%)	Sobrepeso (%)	Suplementos de vitamina A, cobertura completa ^a (%)	Consumo de sal yodada adecuadamente (%)
	2009-2013*						2010-2015*				2014	2009-2013*
							moderado y grave ^b					
Filipinas	21 x	50	34 x	90 x	—	41	20	30	8	5	83 α	45 x
Finlandia	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Francia	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gabón	14 x	32	6	82	—	4	7	18	3	8	— α	— f
Gambia	10	52	47	47	8	42	16	25	12	3	27 α	22
Georgia	7	69	55 x	85 x	—	17 x	1 x	11 x	2 x	20 x	—	100
Ghana	11	56	52	73	13	50	11	19	5	3	23 α	35
Granada	9	—	39 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Grecia	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Guatemala	11	56 x	53	—	51	57	13	47	1	5	19 α	— f
Guinea	12 x	17	21	43	4	66	19	31	10	4	— α	— f
Guinea-Bissau	11	34	53	71	—	51	17	28	6	2	98 α	12
Guinea Ecuatorial	13 x	21	7	76	11	5	6	26	3	10	— α	— f
Guyana	14	49	23	81	30	41	9	12	6	5	—	10
Haití	23	47	40	87	14	31	12	22	5	4	30 α	3 x,f
Honduras	10	64	31	70	54	43	7	23	1	5	— α	—
Hungría	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
India	28 x	41 x	46 x	56 x	—	77 x,y	29	39	15	—	61 α	71
Indonesia	9 x	49	42	91	37	55	20	36	14	12	84 α	58
Irán (República Islámica de)	8	69	53	76	—	51	4	7	4	—	—	— f
Iraq	13	43	20	36	—	23	9	23	7	12	—	29
Irlanda	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islandia	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islas Cook	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Islas Marshall	18 x	73 x	31 x	—	—	53 x	—	—	—	—	— α	—
Islas Salomón	13 x	75 x	74 x	—	—	67 x	12 x	33 x	4 x	3 x	—	—
Israel	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Italia	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jamaica	11	65	24	55	—	31	3	6	3	8	—	—
Japón	10	—	—	—	—	—	3	7	2	2	—	—
Jordania	13 x	19	23	92	33	13	3	8	2	5	—	— f
Kazajstán	6	68	32	49	—	26	4	13	4	13	— α	85
Kenya	8	62	61	80	22	53	11	26	4	4	28 α	93
Kirguistán	6	83	41	85	36	23	3	13	3	7	— α	76 x
Kiribati	8	—	69 x	—	—	82 x	15 x	—	—	—	— α	—
Kuwait	8	—	12 x	—	—	9 x	3	6	2	9	—	—
Lesotho	11	53 x	67	68 x	11	30	10	33	3	7	67 α	79
Letonia	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Líbano	12	41 x	27 x	—	—	11 x	4 x	17 x	7 x	17 x	—	71
Liberia	14 x	61	55	46	4	44	15	32	6	3	0 α	—
Libia	—	—	—	—	—	—	6 x	21 x	7 x	22 x	—	—
Liechtenstein	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituania	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Luxemburgo	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Madagascar	16	66	42	90	—	83	37 x	49 x	15 x	6 x	99 α	50
Malasia	11	—	29 x	—	—	—	13 x	17 x	—	—	—	—
Malawi	14	75	70	89	14	75	17	42	4	5	41 α	62
Maldivas	11	64 x	48 x	91 x	—	68 x	18 x	20 x	10 x	7 x	— α	44 x
Malí	18	46 x	38 x	27 x	—	56 x	28 x	39 x	15 x	5 x	— α	74 x
Malta	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Marruecos	15 x	30	28	86 x	—	15 x	3	15	2	11	— α	21 x
Mauricio	14 x	—	21 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mauritania	35	56	27	48	—	36	20	22	12	1	89 α	7
México	9	39	14	95	—	14	3	14	2	9	— α	91 x
Micronesia (Estados Federados de)	11	—	60 x	—	—	—	—	—	—	—	— α	—
Mónaco	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolia	5	71	47	95	—	53	2	11	1	11	79 α	70
Montenegro	5	14	17	95	66	9	1	9	3	22	—	71 x
Mozambique	17	69	41	95	11	52	16	43	6	8	99 α	25 f
Myanmar	9	76	24	76	—	65	23	35	8	3	94 α	69
Namibia	16 x	71	49	80	13	21	13	23	7	4	— α	57 x
Nauru	27 x	76 x	67 x	—	—	65 x	5 x	24 x	1 x	3 x	—	—
Nepal	18	49	57	74	32	87	30	37	11	2	85 α	80

TABLA 2. NUTRICIÓN

Países y zonas	Bajo peso al nacer (%)	Iniciación temprana a la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva <6 meses (%)	Incorporación de alimentos sólidos, semisólidos o blandos 6 a 8 meses (%)	Alimentación mínima aceptable (6 a 23 meses, %)	Lactancia materna a los 2 años (%)	Insuficiencia ponderal (%)	Retraso en el crecimiento (%)	Emaciación (%)	Sobrepeso (%)	Suplementos de vitamina A, cobertura completa ^a (%)	Consumo de sal yodada adecuadamente (%)
	2009-2013*						2010-2015*				2014	2009-2013*
							moderado y grave ^b					
Nicaragua	8	68	32	—	—	43	6 x	23 x	2 x	6 x	4 α	97 x
Niger	27 x	53	23	—	6	50	38	43	19	3	95 α	19
Nigeria	15	33	17	67	10	35	20	33	8	2	80 α	80
Niue	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Noruega	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nueva Zelandia	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Omán	10	71	33	90	—	48	10	14	8	4	—	— f
Países Bajos	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Pakistán	32 x	18	38	66	15	56	32	45	11	5	96 α	69
Palau	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Panamá	8	47	22	61	—	34	4 x	19 x	1 x	—	—	—
Papúa Nueva Guinea	11 x	—	56 x	—	—	72 x	28	50	14	14	— α	—
Paraguay	6	47 x	24 x	—	—	14 x	3	11	3	12	—	93 y
Perú	7	55	68	82	—	55 y	3	15	1	—	—	88
Polonia	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Portugal	9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Qatar	8	34	29	50	—	32	—	—	—	—	—	—
Reino Unido	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
República Árabe Siria	10	46 x	43 x	—	—	25 x	10 x	28 x	12 x	18 x	—	79 x
República Centroafricana	14	44	34	59	—	32	24	41	7	2	34 α	65
República Checa	8	—	—	—	—	—	2 x	3 x	5 x	4 x	—	—
República de Corea	4 x	—	—	—	—	—	1	3	1	7	—	—
República de Moldova	6	61	36	62	—	12	2	6	2	5	—	44
República Democrática del Congo	10	52	48	79	8	66	23	43	8	4	99 α	59
República Democrática Popular Lao	15	39	40	52	—	40	27	44	6	2	89 α	— f
República Dominicana	11 x	43	5	81	38	12	4	7	2	8	—	— f
República Popular Democrática de Corea	6	28	69	66	—	22	15	28	4	—	99 α	25
República Unida de Tanzania	8	51	41	90	—	48	13	35	4	—	88 α	56
Rumania	8	12 x	16 x	—	—	—	4 x	13 x	4 x	8 x	—	74 x
Rwanda	7	71	87	79	17	87	9	38	2	8	95 α	87 x,f
Saint Kitts y Nevis	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	— f
Samoa	10	88 x	51 x	—	—	74 x	—	—	—	—	—	—
San Marino	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
San Vicente y las Granadinas	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Lucía	10	50	—	—	—	—	3	3	4	6	—	46
Santa Sede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santo Tomé y Príncipe	10	38	74	74	—	24	9	17	4	2	— α	65
Senegal	19	30	33	63	8	41	13	19	6	1	89 α	43
Serbia	6	51	13	97	72	9	2	6	4	14	—	32 x
Seychelles	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sierra Leona	11	54	32	63	7	48	18	38	9	9	8 α	63
Singapur	10	—	—	—	—	—	3 x	4 x	4 x	3 x	—	—
Somalia	—	23 x	5 x	16 x	—	27 x	23 x	26 x	15 x	3 x	30 α	4 y
Sri Lanka	17 x	80 x	76 x	—	—	84 x	26	15	21	1	72 α	92 x
Sudáfrica	—	61 x	8 x	—	—	31 x	9 x	24 x	5 x	—	— α	—
Sudán	—	69	55	51	—	49	33	38	16	3	99 α	10
Sudán del Sur	—	48	45	21	—	38	28	31	23	6	18 α	45
Suecia	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suiza	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Suriname	14	45	3	47	—	15	6	9	5	4	—	—
Swazilandia	9	48	64	90	—	8	6	26	2	9	43 α	52
Tailandia	11	46	12	75	—	18	9	16	7	11	—	71
Tayikistán	10 x	50	34	49	20	50	13	27	10	7	99 α	39
Timor-Leste	12 x	93	62	97	18	39	38	50	11	2	— α	60 x
Togo	11	61	58	67	12	61	16	28	7	2	— α	32
Tonga	—	79	52	—	—	30	2	8	5	17	—	—
Trinidad y Tabago	12	41 x	13 x	83 x	—	22 x	4 x	5 x	5 x	5 x	—	28 x
Túnez	7	40	9	27	—	19	2	10	3	14	—	97 x
Turkmenistán	5	60 x	11 x	—	—	37 x	9 x	19 x	7 x	5 x	— α	75 x,f
Turquía	11 x	50	30	—	—	34	2	10	2	11	—	69 x
Tuvalu	6 x	15 x	35 x	—	—	51 x	2 x	10 x	3 x	6 x	—	—

TABLA 2. NUTRICIÓN

Países y zonas	Bajo peso al nacer (%)	Iniciación temprana a la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva <6 meses (%)	Incorporación de alimentos sólidos, semisólidos o blandos 6 a 8 meses (%)	Alimentación mínima aceptable (6 a 23 meses, %)	Lactancia materna a los 2 años (%)	Insuficiencia ponderal (%)	Retraso en el crecimiento (%)	Emaciación (%)	Sobrepeso (%)	Suplementos de vitamina A, cobertura completa ^a (%)	Consumo de sal yodada adecuado (%)
	2009–2013*						2010–2015*				2014	2009–2013*
							moderado y grave ^b					
Ucrania	5	66	20	43	–	22	1 x	4 x	0 x	–	–	21
Uganda	12	53	63	67	6	46	12	34	4	6	66 α	87 x,f
Uruguay	8	77	–	–	–	–	4	11	1	7	–	–
Uzbekistán	5 x	67 x	26 x	47 x	–	38 x	4 x	20 x	5 x	13 x	99 α	53 x
Vanuatu	10 x	85	73	72	–	49	11	29	4	5	–	23 x
Venezuela (República Bolivariana de)	9	–	7 x	–	–	–	3 x	13 x	4 x	6 x	–	–
Viet Nam	5	27	24	91	59	22	12	19	6	5	94 α,w	45
Yemen	32	53	10	69	15	45	16	47	16	2	7 α	30 x
Zambia	11 x	66	73	82	11	42	15	40	6	6	– α	64 x
Zimbabwe	11	59	41	87	13	17	11	28	3	4	32 α	– f
DATOS CONSOLIDADOS												
África subsahariana	13	49	40	69	9	52	19	36	8	4	74	59
África oriental y meridional	11	59	54	73	10	60	16	36	6	5	62	–
África occidental y central	14	40	29	68	9	46	22	35	10	4	83	65
África septentrional y Oriente Medio	–	45	35	61	–	33	7	18	8	9	–	–
Asia meridional	28	39	46	57	–	75	30	37	15	4	62	69
Asia Oriental y Pacífico	–	44	31	69	41 **	24	5	11	4	6	86	86
América Latina y el Caribe	9	49	32	88	–	28	3	10	1	7	–	–
ECE/CEI	6	54	27	–	–	29	2	10	2	14	–	–
Países menos adelantados	14	55	47	66	11	63	–	–	–	–	67	50
Mundo	16 **	44	39	66	–	49	14	24	8	5	69	75

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 112 o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar los datos de las ediciones consecutivas del *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.

Iniciación temprana a la lactancia materna – Porcentaje de lactantes que reciben lactancia materna durante la primera hora de nacidos.

Lactancia materna exclusiva (<6 meses) – Porcentaje de niños de 0 a 5 meses alimentados exclusivamente con leche materna en las últimas 24 horas antes de la encuesta.

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.

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.

Lactancia materna a los 2 años – Porcentaje de niños de 20 a 23 meses que recibieron leche materna en las últimas 24 horas antes de la encuesta.

Insuficiencia ponderal – 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 edad del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud.

Retraso en el crecimiento – 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 – 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.

Sobrepeso – 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.

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 en 2008.

Consumo adecuado de sal yodada – Porcentaje de hogares que consumen sal adecuadamente yodada (15 partes por millón o más sobre la base de equipos rápidos de pruebas).

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Bajo peso al nacer – Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), otras encuestas nacionales en los hogares y datos de los sistemas de notificación periódica, UNICEF y la OMS.

Alimentación de lactante y del niño pequeño – DHS, MICS, otras encuestas nacionales en los hogares y UNICEF.

Insuficiencia ponderal, emaciación, retraso en el crecimiento y sobrepeso – DHS, MICS, otras encuestas nacionales en los hogares, OMS y UNICEF.

Suplementos de vitamina A – UNICEF.

Consumo adecuado de sal yodada – DHS, MICS, otras encuestas nacionales en los hogares y UNICEF.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- w Identifica a los países con programas nacionales de administración de suplementos de vitamina A dirigidos a una categoría reducida de edad. La cifra de cobertura se registra como seleccionada.
- 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, con excepción de los datos de 2005 a 2006 y 2007 a 2008 de la India y 2008 de China. 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.
- p Basado en denominadores pequeños (típicamente 25-49 casos no ponderados). No se presentan datos en menos de 25 casos no ponderados.
- Δ La cobertura completa con suplementos de vitamina A se registra como el porcentaje inferior de 2 puntos de cobertura anuales (por ejemplo, el punto inferior entre el semestre 1 (enero-junio) y el semestre 2 (julio-diciembre) de 2014). Los datos sólo se presentan para los países prioritarios en materia de suplementos de vitamina A; por tanto, los agregados se basan en estos países prioritarios y sólo son representativos de estos países.
- ε Los promedios regionales del bajo peso (moderado y grave), del retraso en el crecimiento (moderado y grave), de la emaciación (moderada y grave) y el sobrepeso (incluida la obesidad) se estiman utilizando modelos estadísticos de datos de la base de datos mundial conjunta de nutrición de UNICEF y la OMS, revisión de 2013 (completada en septiembre de 2013). Para más información, consulte <http://data.unicef.org/resources/2013/webapps/nutrition>
- α Identifica a los países que son designados como "prioritarios". Los países prioritarios para los programas de administración de suplementos de vitamina A se determinan como aquellos que tienen tasas elevadas de mortalidad de menores de 5 años (más de 70 por cada 1000 nacidos vivos), y/o pruebas de carencia de vitamina A entre este grupo de edad, y/o una historia de programas de administración de vitamina A.
- f La encuesta más reciente de este país utiliza una definición del indicador que no está en consonancia con la norma internacional. Cuando está disponible, en su lugar se presenta un punto de datos anterior que se ajusta a la definición estándar.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

** No incluye China.

TABLA 6. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países y zonas	Población (miles)			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Tasa bruta de mortalidad			Tasa bruta de natalidad			Esperanza de vida			Tasa total de fecundidad	Población urbana (%)	Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%)	
	2015			1990-2015	2015-2030 ^a	1970	1990	2015	1970	1990	2015	1970	1990	2015	2015	2015	1990-2015	2015-2030 ^a
	total	menos de 18	menos de 5															
Viet Nam	93.448	25.578	7.741	1,3	0,8	12	6	6	36	29	17	60	71	76	2,0	34	3,2	2,2
Yemen	26.832	12.629	3.925	3,2	2,0	25	12	7	53	52	32	41	58	64	4,0	35	5,1	3,4
Zambia	16.212	8.535	2.851	2,8	3,0	17	19	9	50	46	40	49	44	61	5,3	41	2,9	4,3
Zimbabwe	15.603	7.504	2.505	1,6	2,1	13	9	9	48	37	35	55	60	59	3,9	32	1,9	2,3
DATOS CONSOLIDADOS																		
África subsahariana	1.001.417	496.043	163.267	2,7	2,5	21	16	10	47	44	37	44	50	59	4,9	37	4,0	3,6
África oriental y meridional	480.144	233.503	75.181	2,6	2,4	19	16	9	47	43	35	46	50	61	4,5	31	3,7	3,6
África occidental y central	480.150	243.243	82.032	2,8	2,6	22	17	11	47	45	39	42	49	57	5,4	44	4,2	3,7
África septentrional y Oriente Medio	455.880	165.800	53.283	2,1	1,6	15	8	5	44	34	24	53	65	72	2,9	60	2,7	1,9
Asia meridional	1.743.865	621.390	173.210	1,7	1,1	17	11	7	40	33	21	48	58	68	2,5	32	2,8	2,3
Asia Oriental y Pacífico	2.097.940	504.114	146.650	0,9	0,4	11	7	7	37	24	14	58	68	74	1,8	54	3,3	1,7
América Latina y el Caribe	628.992	195.496	53.155	1,4	0,9	10	7	6	37	27	17	60	68	75	2,1	79	1,9	1,1
ECE/CEI	413.760	98.592	30.726	0,2	0,1	10	11	11	20	18	15	66	68	72	1,9	65	0,3	0,4
Países menos adelantados	954.158	444.297	139.575	2,5	2,2	21	15	8	47	42	32	44	52	64	4,1	31	4,0	3,6
Mundo	7.309.846	2.262.157	668.970	1,3	1,0	13	9	8	33	26	19	59	65	72	2,5	54	2,2	1,6

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 112 o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar los datos de las ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa bruta de mortalidad – Número anual de defunciones por cada 1.000 habitantes.

Tasa bruta de natalidad – Número anual de nacimientos por cada 1.000 habitantes.

Esperanza de vida – Número de años de vida de un recién nacido según los riesgos de mortalidad prevalentes para una muestra representativa de la población en el momento de su nacimiento.

Tasa total de fecundidad – Número de nacimientos por mujer durante el período de procreación en el caso de que viva hasta el final de su edad de procrear y tenga hijos en los períodos correspondientes a cada grupo de edad, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalentes para cada grupo de edad.

Población urbana – Proporción de población residente en zonas urbanas según las definiciones utilizadas en los censos nacionales más recientes.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Población – División de Población de las Naciones Unidas. Tasas de crecimiento calculados por UNICEF sobre la base de los datos de la División de Población de las Naciones Unidas.

Tasas brutas de mortalidad y natalidad – División de Población de las Naciones Unidas.

Esperanza de vida – División de Población de las Naciones Unidas.

Tasa total de fecundidad – División de Población de las Naciones Unidas.

NOTAS

– Datos no disponibles.

^a Basado en proyecciones variables de la fecundidad promedio.

TABLA 7. INDICADORES ECONÓMICOS

Países y zonas	INB per cápita		Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa media anual de inflación (%)	Población que vive por debajo de la línea internacional de la pobreza de US\$ 1,90 al día (%)	Pobreza monetaria infantil nacional (%)	Gasto público como % del PIB (2008-2012*) asignado a:			Flujos de AOD en millones de dólares	Flujos de AOD como % del INB del país receptor*	Servicio de la deuda como % de las exportaciones de bienes y servicios	Distribución familiar del ingreso (% 2009-2013*)	
	US\$	PPP US\$	1970-1990	1990-2014	1990-2014	2009-2013*	2010-2014*	salud	educación	ejército	2014	2014	2013	más pobres 40%	más ricos 20%
	2014	2014													
Federación de Rusia	13.220	24.710	-	2,5	43	0	-	3	-	4	-	-	-	16	48
Fiji	4.870	8.410	0,6	1,1	4	4 x	-	3	4	2	92	2	2	16 x	50 x
Filipinas	3.500	8.450	0,6	2,3	6	13	-	2	3	1	676	0	6	15	50
Finlandia	48.420	39.940	2,9	2,1	2	-	-	7	7	1	-	-	-	23	37
Francia	42.960	39.610	2,2	1,2	2	-	-	9	6	2	-	-	-	20	41
Gabón	9.720	17.200	0,6	-0,7	6	8 x	-	2	-	1	111	1	-	16 x	49 x
Gambia	500 x	1.600 x	0,7	0,3 x	6 x	45 x	-	4	4	1	100	-	-	14 x	53 x
Georgia	3.720	7.510	3,1	3,3	52	12	27 y	2	2	3	563	3	13	16	46
Ghana	1.590	3.900	-2,0	2,9	25	25 x	-	4	8	1	1.126	3	5	15 x	49 x
Granada	7.910	11.720	4,2 x	2,4	4	-	-	3	-	-	39	5	14	-	-
Grecia	22.680 x	25.660 x	1,3	1,4	4	-	-	7	-	3	-	-	-	17	42
Guatemala	3.430	7.250	0,1	1,3	6	12	68	2	3	0	277	0	16	12	57
Guinea	470	1.130	-	0,6	11	35	-	2	4	3	561	9	4	20	42
Guinea-Bissau	550	1.380	0,8	-0,9	14	67	-	2	-	2	109	11	-	13	57
Guinea Ecuatorial	10.210	17.660	-2,4 x	19,0	7	-	-	4	-	4	1	0	-	-	-
Guyana	3.940 x	6.940 x,e	-1,5	2,9 x	10 x	-	-	4	3	1	159	5	2	-	-
Haití	820	1.730	-	-0,6 x	12 x	54	-	1	-	-	1.084	12	0	8	64
Honduras	2.270	4.570	0,8	1,7	11	19	-	4	6	1	604	3	10	10	58
Hungría	13.340	23.630	-	2,5 x	9 x	0	-	5	5	1	-	-	-	21	39
India	1.570	5.630	2,0	5,0	6	21	-	1	4	3	2.984	0	7	20	44
Indonesia	3.630	10.190	4,5	2,9	14	16	17 x	1	4	1	-388	0	19	19	44
Irán (República Islámica de)	7.120 x	16.590 x	-4,3	2,4	21	0	-	3	4	2	81	-	-	18	45
Iraq	6.500	15.030	4,2	3,7	30	-	-	3	-	3	1.370	1	-	22	39
Irlanda	46.550	42.270	2,8	3,8	3	-	-	6	6	1	-	-	-	20	41
Islandia	46.350 x	41.090 x	3,2	2,1	5	-	-	7	7	0	-	-	-	23	36
Islas Cook	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Islas Marshall	4.390	4.700 e	-	0,7	2	-	-	14	-	-	56	24	-	-	-
Islas Salomón	1.830	2.020 e	-	-0,4	7	46 x	-	7	10	-	199	18	7	14 x	52 x
Israel	35.320	32.830	1,9	2,4	4	-	-	4	6	6	-	-	-	14	47
Italia	34.270	34.700	2,8	0,6	3	-	-	7	4	2	-	-	-	19	42
Jamaica	5.150	8.640	-1,3	0,4	14	2 x	-	3	6	1	92	1	14	15 x	52 x
Japón	42.000	37.920	3,4	0,7	-1	-	-	8	4	1	-	-	-	20 x	40 x
Jordania	5.160	11.910	2,5 x	2,6	4	0	19	5	-	4	2.699	8	4	20	42
Kazajistán	11.850	21.710	-	4,3	45	0	-	3	3	1	88	0	34	24	36
Kenya	1.290	2.940	1,2	0,8	10	34 x	-	2	6	2	2.665	4	5	13 x	54 x
Kirguistán	1.250	3.220	-	1,1	30	3	46 y	4	7	3	624	9	7	24	37
Kiribati	2.950	3.340 e	-5,0	1,0	3	14 x	-	8	-	-	79	26	-	18 x	44 x
Kuwait	49.300	79.850	-6,7 x	0,0 x	6 x	-	-	2	-	3	-	-	-	-	-
Lesotho	1.330	3.150	3,0	2,7	8	60	-	9	-	2	104	4	3	10	58
Letonia	15.280	22.690	-	5,7 x	6 x	1	-	4	5	1	-	-	-	19	42
Líbano	10.030	17.590 e	-	2,1	6	-	-	4	3	4	820	2	12	-	-
Liberia	370	700	-4,1	2,4	4	69 x	-	3	3	1	744	44	0	18 x	44 x
Libia	7.820	16.000 e	-	-1,4 x	11 x	-	-	3	-	4	210	0	-	-	-
Liechtenstein	d	-	2,2	2,9 x	1 x	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-
Lituania	15.430	25.490	-	5,8 x	3 x	1	-	5	5	3	-	-	-	19	42
Luxemburgo	75.990	65.040	2,6	2,2	3	-	-	6	-	0	-	-	-	19	42
Madagascar	440	1.400	-2,4	-0,3	12	82	-	3	2	1	583	6	2	17	48
Malasia	11.120	24.770	4,0	3,2	4	0	-	2	6	2	12	0	4	13	51
Malawi	250	790	0,0	1,4	24	71	-	4	8	2	930	23	-	15	52
Maldivas	6.410	10.920	-	4,1 x	6 x	6	-	6	6	-	25	1	2	18	44
Malí	650	1.510	1,4	1,5	5	49	-	2	4	1	1.234	11	2	20	41
Malta	21.000 x	27.020 x	6,0	2,2 x	3 x	-	-	6	7	1	-	-	-	-	-
Marruecos	3.070	7.290	2,6	2,8	2	3 x	11 x	2	6	4	2.247	2	13	17 x	48 x
Mauricio	9.630	18.150	3,1 x	3,6	6	1	-	2	4	0	49	0	41	19	44
Mauritania	1.270	3.710	-1,1	1,2	9	11 x	-	2	4	3	257	5	5	17 x	44 x
México	9.870	16.640	1,7	1,1	10	3	54	3	5	1	807	0	8	14	54
Micronesia (Estados Federados de)	3.200	3.590 e	-	0,6	2	50 x	-	11	-	-	116	34	-	7 x	64 x
Mónaco	d	-	-	1,5	1,7 x	2 x	-	-	4	1	-	-	-	-	-
Mongolia	4.280	11.120	-	4,1	23	0	-	4	5	1	315	3	24	20	42
Montenegro	7.320	14.530	-	2,8 x	6 x	2	13 y	4	-	1	102	2	16	20	41
Mozambique	600	1.120	-1,1 x	5,1	13	69 x	-	3	7	1	2.103	13	2	15 x	51 x

TABLA 7. INDICADORES ECONÓMICOS

Países y zonas	INB per cápita		Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa media anual de inflación (%)	Población que vive por debajo de la línea internacional de la pobreza de US\$ 1,90 al día (%)	Pobreza monetaria infantil nacional (%)	Gasto público como % del PIB (2008-2012*) asignado a:			Flujos de AOD en millones de dólares	Flujos de AOD como % del INB del país receptor*	Servicio de la deuda como % de las exportaciones de bienes y servicios	Distribución familiar del ingreso (% 2009-2013*)	
	US\$	PPP US\$	1970-1990	1990-2014	1990-2014	2009-2013*	2010-2014*	salud	educación	ejército	2014	2014	2013	más pobres 40%	más ricos 20%
	2014	2014													
Myanmar	1.270	—	1,4	11,8 x	15 x	—	—	0	—	4	1.380	2	1	—	—
Namibia	5.630	9.810	-2,1 x	2,2	8	23	34 y	5	8	4	227	2	—	9	66
Nauru	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nepal	730	2.410	1,2	2,6	8	15	—	3	4	2	880	4	3	20	41
Nicaragua	1.870	4.790	-3,7	2,1	16	11	—	4	4	1	430	4	11	14	51
Níger	410	910	-1,9	0,0	4	50	63 x	2	5	1	918	12	—	22	41
Nigeria	2.970	5.710	-2,3	3,4	19	54	—	1	—	0	2.476	0	—	15	49
Niue	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Noruega	103.630	66.330	3,3	1,6	4	—	—	8	7	1	—	—	—	24	35
Nueva Zelanda	41.070	34.970	1,5 x	1,7	2	—	—	8	7	1	—	—	—	—	—
Omán	16.870 x	33.690 x	3,2	0,6	6	—	—	2	4	9	—	—	—	—	—
Países Bajos	51.890	48.260	1,5	1,7	2	—	—	10	6	1	—	—	—	23	37
Pakistán	1.400	5.090	2,7	1,7	11	8	—	1	2	3	3.612	1	9	23	40
Palau	11.110	14.280 e	—	-0,4 x	4 x	—	—	8	—	—	23	10	—	—	—
Panamá	11.130	19.930	0,2	3,8	3	3	—	5	3	—	-196	0	6	11	56
Papúa Nueva Guinea	2.240	2.790 e	-1,0	0,9	7	39	—	4	—	1	577	3	—	14	49
Paraguay	4.400	8.470	3,8	0,9	10	2	—	4	5	1	60	0	12	13	53
Perú	6.360	11.440	-0,5	3,4	8	4	—	3	3	1	325	0	13	14	50
Polonia	13.690	23.930	—	4,2	8	0	—	5	5	2	—	—	—	20	41
Portugal	21.360	28.010	2,5	1,2	3	—	—	7	5	2	—	—	—	19	43
Qatar	92.200	134.420	—	1,5 x	8 x	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—
Reino Unido	43.430	39.040	2,2	1,8	2	—	—	8	6	2	—	—	—	20	40
República Árabe Siria	b	—	2,1	1,8 x	7 x	—	—	2	5	—	4.198	—	—	19 x	44 x
República Centroafricana	320	600	-1,3	-0,6	3	66 x	—	2	1	3	610	35	—	10 x	61 x
República Checa	18.370	28.020	—	2,5	5	0	—	6	4	1	—	—	—	24	36
República de Corea	27.090	34.620	7,5	4,3	3	—	—	4	5	3	—	—	—	—	—
República de Moldova	2.560	5.500	1,8 x	0,8	32	0	13 y	5	8	0	517	6	12	23	38
República Democrática del Congo	380	650	-2,1	-1,9	165	77	—	2	2	1	2.398	8	3	16	48
República Democrática Popular Lao	1.660	5.060	—	4,9	18	30	—	1	3	0	472	4	11	18	46
República Dominicana	6.040	12.600	2,1	3,7	10	2	—	3	4	1	167	0	12	14	53
República Popular Democrática de Corea	a	—	—	—	—	—	—	—	—	—	153	—	—	—	—
República Unida de Tanzania	920	2.510	—	2,5	14	47	—	3	5	1	2.648	6	2	19	46
Rumania	9.520	19.020	—	3,4	36	0	32	4	3	1	—	—	27	23	36
Rwanda	700	1.630	1,1	3,3	9	60	47 y	7	5	1	1.034	13	3	13	58
Saint Kitts y Nevis	14.920	22.600	6,5 x	1,8	3	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—
Samoa	4.060	5.610 e	—	2,5	5	1 x	—	7	—	—	93	12	4	16 x	50 x
San Marino	d	—	1,8	3,4 x	3 x	—	—	5	2	—	—	—	—	—	—
San Vicente y las Granadinas	6.610	10.730	3,3	2,9	2	—	—	4	5	—	9	1	14	—	—
Santa Lucía	7.260	10.540	5,1 x	1,2	3	—	—	5	5	—	18	1	5	—	—
Santa Sede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santo Tomé y Príncipe	1.670	3.140	—	3,0 x	14 x	34	—	3	9	—	39	12	7	21	40
Senegal	1.050	2.300	-0,6	1,1	3	38	49	2	6	2	1.107	7	—	17	47
Serbia	5.820	12.150	—	3,7 x	20 x	0	30	6	4	2	371	1	33	22	38
Seychelles	14.100	24.780	2,9	2,1	7	0 x	—	3	4	1	10	1	—	16 x	49 x
Sierra Leona	700	1.770	-0,6	1,4	18	52	—	2	3	1	911	21	1	20	42
Singapur	55.150	80.270	5,9	3,5	1	—	—	2	3	3	—	—	—	—	—
Somalia	a	—	-0,8	—	—	—	—	—	—	0	1.109	21	—	—	—
Sri Lanka	3.460	10.370	3,0	4,4	10	2	—	1	2	2	488	1	7	18	47
Sudáfrica	6.800	12.700	0,1	1,2	8	17	56	4	6	1	1.070	0	7	7	69
Sudán	1.710	3.920	-0,1	3,5	24	15	—	2	2	—	872	1	4	19	42
Sudán del Sur	970	1.800 e	—	—	—	—	—	1	—	7	1.964	17	—	—	—
Suecia	61.610	46.750	1,8	2,0	2	—	—	8	6	1	—	—	—	23	36
Suiza	88.120 x	57.960 x	1,7 x	1,0	1	—	—	8	5	1	—	—	—	21	40
Suriname	9.950	17.040	-2,3 x	2,2	37	—	—	3	—	—	13	0	—	—	—
Swazilandia	3.550	7.880	3,1	1,0	9	42	—	5	8	2	86	2	1	12	57
Tailandia	5.780	14.870	4,8	3,1	3	0	—	4	5	1	351	0	4	17	46
Tayikistán	1.080	2.660	—	0,9	59	5	—	2	4	1	356	4	8	21	39
Timor-Leste	2.680	5.080 e	—	3,4 x	5 x	47 x	—	1	9	2	247	8	—	22 x	41 x
Togo	570	1.290	-0,5	0,1	4	54	—	4	4	2	208	5	—	14	52
Tonga	4.260	5.270 e	—	1,3	6	1	—	4	—	—	80	18	—	18	45
Trinidad y Tabago	20.070	31.970	-0,5	5,1	5	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—

TABLA 7. INDICADORES ECONÓMICOS

Países y zonas	INB per cápita		Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa media anual de inflación (%)	Población que vive por debajo de la línea internacional de la pobreza de US\$ 1,90 al día (%)	Pobreza monetaria infantil nacional (%)	Gasto público como % del PIB (2008–2012*) asignado a:			Flujos de AOD en millones de dólares	Flujos de AOD como % del INB del país receptor*	Servicio de la deuda como % de las exportaciones de bienes y servicios	Distribución familiar del ingreso (%; 2009–2013*)	
	US\$	PPP US\$	1970–1990	1990–2014	1990–2014	2009–2013*	2010–2014*	salud	educación	ejército	2014	2014	2013	más pobres 40%	más ricos 20%
	2014	2014													
Túnez	4.230	11.020	2,5	3,0	4	2	–	4	6	2	921	2	10	18	43
Turkmenistán	8.020	14.520 e	–	3,5	74	–	–	1	3	–	34	0	–	–	–
Turquía	10.830	18.980	1,9	2,5	37	0	33	4	–	2	3.442	0	26	16	47
Tuvalu	5.720	5.410 e	–	1,6	4	–	–	20	–	–	34	63	–	–	–
Ucrania	3.560	8.560	–	1,0	54	0	–	4	7	2	1.404	1	34	25	35
Uganda	670	1.720	–	3,6	8	33	22	4	2	1	1.633	6	1	16	49
Uruguay	16.350	20.220	0,9	2,5	14	0	–	5	4	2	89	0	–	15	48
Uzbekistán	2.090	5.830 e	–	3,2	64	67 x	–	3	–	–	324	0	–	19 x	43 x
Vanuatu	3.160	3.030 e	1,1 x	0,6	3	15	–	3	5	–	98	12	1	18	44
Venezuela (República Bolivariana de)	12.500 x	17.700 x	-1,2	0,6	31 x	9 x	–	2	7	1	41	–	–	12 x	51 x
Viet Nam	1.890	5.350	–	5,5	11	3	–	3	6	2	4.218	2	3	17	46
Yemen	1.300 x	3.650 x	–	0,7 x	15 x	–	–	1	–	5	1.164	–	2	20 x	44 x
Zambia	1.680	3.690	-2,4	2,4	24	64	65 y	3	–	1	995	4	3	11	61
Zimbabwe	840	1.650	-0,4	-2,8	3	–	78	–	2	1	758	6	–	–	–

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	1.661	3.416	-0,1	2,4	17	47	–	3	5	2	40.706	2	6	16	49
África oriental y meridional	1.610	3.383	0,3	1,7	10	41	–	3	5	2	22.543	3	7	16	51
África occidental y central	1.703	3.405	-0,7	2,8	22	56	–	–	–	–	17.129	2	–	16	48
África septentrional y Oriente Medio	6.561	14.047	0,8	1,4	11	–	–	–	–	–	20.921	1	6	–	–
Asia meridional	1.500	5.297	2,0	4,6	7	22	–	1	4	2	15.360	1	7	20	43
Asia Oriental y Pacífico	6.845	12.983	6,0	7,7	5	11	–	3**	4**	2**	8.723	0	3	15	47
América Latina y el Caribe	9.634	14.247	1,4	1,8	22	5	–	4	6	1	7.739	0	15	12	55
ECE/CEI	9.216	17.627	–	2,8	43	0	–	–	–	–	9.549	1	24	19	44
Países menos adelantados	845	2.133	0,0	3,1	19	45	–	2	3	2	43.726	5	4	18	45
Mundo	10.647	14.633	2,5	2,9	7	18	–	7**	5**	2**	101.963	0	8	17	46

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 112 o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>.

No es aconsejable comparar los datos de las ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

INB per cápita – El Ingreso Nacional Bruto (INB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto sobre productos (menos subsidios) que no haya sido incluido en la valoración de la producción, más los ingresos primarios netos (remuneración de empleados y rentas de propiedades) procedentes del exterior. El INB per cápita, convertido en dólares de los Estados Unidos utilizando el método del Atlas del Banco Mundial, es el ingreso nacional bruto dividido por la población a mediados del año.

INB per cápita (PPA US\$) – INB per cápita convertido a dólares internacionales, teniendo en cuenta las diferencias en los niveles de precios (poder adquisitivo) entre los países. Basado en los datos del Programa de Comparación Internacional (PCI).

PIB per cápita – El Producto Interno Bruto (PIB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto sobre productos (menos subsidios) que no haya sido incluido en la valoración de la producción. El PIB per cápita es el producto interno bruto dividido por la población a mediados del año. El crecimiento se calcula sobre la base de los datos del PIB a precios constantes, en moneda local.

Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de US\$1,90 al día – La tasa de incidencia de la pobreza en \$1,90 por día es el porcentaje de la población que vive con menos de \$1,90 por día en relación a los precios internacionales de 2011. Como resultado de las revisiones en las tasas de cambio PPA, las tasas de pobreza para los países individuales no pueden compararse con las tasas de pobreza presentadas en ediciones anteriores.

Pobreza nacional monetaria infantil – Porcentaje de niños de 0-17 años que viven en hogares con unos ingresos o un consumo por debajo del umbral nacional de la pobreza monetaria definida por el gobierno.

AOD – Asistencia oficial al desarrollo neta.

Servicio de la deuda – Suma total pagada por intereses y principal de la deuda externa con garantía pública.

Distribución familiar del ingreso – Proporción del ingreso recibido por el 20% de los hogares con el ingreso más alto y el 40% de los hogares con el ingreso más bajo.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

INB per cápita – Banco Mundial.

PIB per cápita – Banco Mundial.

Tasa de inflación – Banco Mundial.

Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de US\$1,90 al día – Banco Mundial.

Pobreza nacional monetaria infantil – Estos datos se recopilan de fuentes oficiales de los gobiernos nacionales como las tabulaciones de la Oficina de Estadísticas y las encuestas nacionales en los hogares e informes sobre la pobreza, y de bases de datos oficiales regionales como las que compila Eurostat. Las estimaciones nacionales se basan en encuestas representativas en los hogares sobre ingresos o gastos.

Gastos en salud, educación y ejército – Fondo Monetario Internacional.

AOD – Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.

Servicio de la deuda – Banco Mundial.

Distribución familiar del ingreso – Banco Mundial.

- a país de bajos ingresos (INB per cápita de 1.045 dólares o menos).
- b país de bajos y medianos ingresos (INB per cápita de 1.046 a 4.125 dólares).
- c país de medianos y altos ingresos (INB per cápita de 4.126 a 12.735 dólares).
- d país de altos ingresos (INB per cápita de 12.736 dólares o más).
- Datos no disponibles.
- x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren sólo a una parte de un país. Si están dentro del período de referencia, dichos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
- e Estimado basado en una regresión; otras cifras sobre el PPC han sido extrapoladas de las estimaciones de referencia del Programa Internacional de Comparación de 2011.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.
- ** No incluye China.

TABLA 8. SITUACIÓN DE LAS MUJERES

Países y zonas	Esperanza de vida: mujeres con respecto al % de hombres	Tasa de alfabetización femenina: con respecto al % de hombres	Tasas de matriculación: mujeres como % de hombres		Tasa de supervivencia hasta el último grado de primaria: mujeres como % de hombres	Prevalencia de anticonceptivos (%)	Atención prenatal (%)		Atención durante el parto (%)			Control posnatal de la salud (%) ²		Tasa de mortalidad derivada de la maternidad ¹		
			Primaria TNE	Secundaria TNE			Por lo menos 1 visita	Por lo menos 4 visitas	Nacimientos atendidos por personal especializado	Partos en instituciones	Cesárea	Para recién nacidos	Para madres	registrada	ajustada	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida: (1 en:)
	2015	2009-2014*	2010-2014*		2010-2014*	2010-2015*	2010-2015*		2010-2015*			2010-2015*		2015		
Federación de Rusia	117	100	101	99	—	68	—	—	100	—	—	—	—	11	25	2.300
Fiji	109	—	101	111	98	44	100 x	94	100	99	—	—	—	59	30	1.200
Filipinas	111	101 x	100	110	111 x	55	95	84	73	61	9	53	72	220	114	280
Finlandia	107	—	100	109	100	—	100 x	—	—	100	16 x	—	—	—	3	21.700
Francia	107	—	99	101	—	76 x	100 x	99	—	98	21 x	—	—	—	8	6.100
Gabón	102	94	97	—	—	31	95	78	89	90	10	25	60	320	291	85
Gambia	105	72	105	95	107	9	86	78	57	63	2	6	76	430	706	24
Georgia	110	100	101	100	100	53	98	87	100	100	39	—	—	32	36	1.500
Ghana	103	83	100	94	97	27	91	87	71	73	13	23	81	450 x	319	74
Granada	107	—	96	98	—	54 x	100 x	—	99	—	—	—	—	23	27	1.500
Grecia	107	98	99	96	101	76 x	—	—	—	—	—	—	—	—	3	23.700
Guatemala	110	85	96	94	99	61	91	86	66	65	26	—	75	140	88	330
Guinea	102	33	88	66	152	6	85	57	45	40	2	25	37	720	679	29
Guinea-Bissau	107	64	93	—	—	16	92	65	45	44	4	55	48	900	549	38
Guinea Ecuatorial	105	95	98	—	100	13	91	67	68	67	7	—	—	310	342	61
Guyana	107	106	97	99	105	34	91	87	92	93	17	95	93	86 x	229	170
Haití	107	84 x	99	—	—	35	90	67	37	36	6	19	32	380	359	90
Honduras	107	100	98	117	103	73	97	89	83	83	19	81	85	73	129	300
Hungría	110	100	99	100	100	—	—	—	99	—	31 x	—	—	15	17	4.400
India	104	75	112	101	—	55 x	74 x	45	52 x	79	9 x	—	—	170	174	220
Indonesia	106	94	100	97	—	60	95	84	87	70	12	48	80	360	126	320
Irán (República Islámica de)	103	88	104	99	84	77	97	94 x	96	95	46	—	—	25 x	25	2.000
Iraq	107	85	—	—	—	53	78	50	91	77	22	—	—	35	50	420
Irlanda	105	—	101	102	—	65 x	100 x	—	100 x	100	25 x	—	—	—	8	6.100
Islandia	104	—	100	99	102	—	—	—	—	—	17 x	—	—	—	3	14.600
Islas Cook	—	—	97	110	94	31	100 x	—	100 x	100 x	—	—	—	0	—	—
Islas Marshall	—	—	99	103 x	91 x	45 x	81 x	77 x	90	85 x	9 x	—	—	110	—	—
Islas Salomón	104	—	97	94	93	35 x	74 x	65 x	86 x	85 x	6 x	—	—	150 x	114	220
Israel	104	—	100	102	99	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	6.200
Italia	106	100	99	98	101	—	99 x	68 x	—	100	40 x	—	—	—	4	19.700
Jamaica	107	111	—	108	103	72 x	98	86	99	99	21	—	—	80	89	520
Japón	108	—	100	100	100	54 x	—	—	—	100	—	—	—	—	5	13.400
Jordania	105	93	99	105	102	61	99	95	100	99	28	75	82	19 x	58	490
Kazajstán	115	100	100	103	100	51	99	87	100	100	15	—	—	13	12	3.000
Kenya	106	86 x	100	93	—	58	96	58	62	61	9	36	53	360	510	42
Kirguistán	112	99	99	101	102	42	98	95	98	98	7	99	98	36	76	390
Kiribati	110	—	104	110 x	—	22 x	88 x	71 x	80 x	66 x	10 x	—	—	33	90	300
Kuwait	103	99	102	108	101	—	100 x	—	100 x	100	—	—	—	2	4	10.300
Lesotho	100	130	98	137	134	60	95	74	78	77	7 x	—	61	1.200 x	487	61
Letonia	114	100	99	97	100	—	92 x	—	100 x	98	—	—	—	24	18	3.500
Libano	105	92 x	91	101	106	54 x	96 x	—	98 x	—	—	—	—	—	15	3.700
Liberia	103	44 x	92	78	85 x	20	96	78	61	56	4	35	71	1.100	725	28
Libia	108	88	—	—	—	42 x	93 x	—	100 x	100	—	—	—	—	9	4.200
Liechtenstein	—	—	102	85	96 x	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Lituania	116	100	100	96	100	63 x	100 x	—	100 x	—	—	—	—	7	10	6.300
Luxemburgo	106	—	101	103	105	—	—	97	100 x	100 x	29 x	—	—	—	10	6.500
Madagascar	105	91	100	98	106	40	82	51	44	38	2	—	—	480	353	60
Malasia	106	95	—	—	—	49 x	97	—	99	99	—	—	—	23	40	1.200
Malawi	103	71	102	91	94	59	96	45	87	89	5	82	75	570	634	29
Maldivas	103	100 x	97 x	—	106	35 x	99 x	85 x	96	95 x	32 x	—	—	140 x	68	600
Mali	99	47	90	76	94	8 x	70 x	35 x	49 x	45 x	2 x	—	—	460 x	587	27
Malta	104	103	95	89	102	—	100 x	—	—	100	—	—	—	—	9	8.300
Marruecos	103	76	95	85	99	67	77	55	74	73	16	—	—	110	121	320
Mauricio	110	94	102	102	101	76 x	—	—	100	98 x	—	—	—	22 x	53	1.300
Mauritania	105	62 x	106	91	98	11	84	48	65	65	10	—	9	630	602	36
México	106	97	99	107	102	52	97	91	96	96	46	—	—	38	38	1.100
Micronesia (Estados Federados de)	103	—	99	—	—	55 x	80 x	—	100 x	87 x	11 x	—	—	160	100	310
Mónaco	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mongolia	113	100	98	103	—	55	99	90	99	98	23	99	95	51	44	800
Montenegro	106	98	98	100	102	23	92	87	99	99	20	99	95	0 x	7	8.300

TABLA 8. SITUACIÓN DE LAS MUJERES

Países y zonas	Esperanza de vida: mujeres con respecto al % de hombres	Tasa de alfabetización femenina: mujeres con respecto al % de hombres	Tasas de matriculación: mujeres como % de hombres		Tasa de supervivencia hasta el último grado de primaria: mujeres como % de hombres	Prevalencia de anticonceptivos (%)	Atención prenatal (%)		Atención durante el parto (%)			Control posnatal de la salud (%) ^a		Tasa de mortalidad derivada de la maternidad ^b		
			Primaria TNE	Secundaria TNE			Por lo menos 1 visita	Por lo menos 4 visitas	Nacimientos atendidos por personal especializado	Partos en instituciones	Cesárea	Para recién nacidos	Para madres	registrada	ajustada	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida: (1 en:)
Mozambique	105	54	92	92	96	12	91	51	54	55	4	–	–	410	489	40
Myanmar	106	95	97	103	107 x	46	83	73 x	71	36	–	–	–	280	178	260
Namibia	108	105 x	97	–	104	56	97	63	88	87	14	20	69	390	265	100
Nauru	–	–	92	102	–	36 x	95 x	40 x	97 x	99 x	8 x	–	–	0	–	–
Nepal	104	68	108	106	105	50	68	60	56	55	9	58	58	280 x	258	150
Nicaragua	108	100 x	99	113	–	80	95	88	88	71	30	–	–	51	150	270
Níger	103	38	86	70	104	13	83	38	40	59	1	13	37	520	553	23
Nigeria	101	68 x	92	89	107 x	15	61	51	38	36	2	14	40	550	814	22
Niue	–	–	98	–	–	23 x	100 x	–	100	–	–	–	–	0	–	–
Noruega	105	–	100	97	–	88 x	–	–	–	97	16 x	–	–	–	5	11.500
Nueva Zelanda	104	–	100	106	–	–	–	–	–	97	23 x	–	–	–	11	4.500
Omán	105	91	109	101	99	30	99	94	99	99	19	98	95	12	17	1.900
Países Bajos	105	–	99	99	–	69 x	–	–	–	100 x	14 x	–	–	–	7	8.700
Pakistán	103	60	85	79	90	35	73	37	52	48	14	43	60	280 x	178	140
Palau	–	100	96	106	–	22	90	81	100	100	–	–	–	0	–	–
Panamá	108	99	97	106	–	63	93	88	91	91	28	93	92	81	94	420
Papúa Nueva Guinea	107	93	91	76	–	32 x	79 x	55 x	53 x	43	–	–	–	730 x	215	120
Paraguay	106	98	97	107	104	79 x	96 x	91 x	96	96	33 x	–	–	96	132	270
Perú	107	94	100	100	103	75	97	95	90	90	29	92	93	93	68	570
Polonia	111	100	100	96	101	–	–	–	100 x	100	21 x	–	–	2	3	22.100
Portugal	107	96	96	98	–	67 x	100 x	–	100 x	99	31 x	–	–	–	10	8.200
Qatar	103	99	95	89	97	38	91	85	100	99	20	–	–	13	13	3.500
Reino Unido	105	–	100	104	–	84 x	–	–	–	–	26 x	–	–	–	9	5.800
República Árabe Siria	120	88	97	100	101	54 x	88 x	64 x	96 x	78 x	26 x	–	–	65 x	68	440
República Centroafricana	108	48	74	51	96	15	68	38	54	53	5	–	–	540 x	882	27
República Checa	108	–	100	101	100	86 x	–	–	100	100	20 x	–	–	1	4	14.800
República de Corea	108	–	99	99	100	80 x	–	97	–	100	32 x	–	–	–	11	7.200
República de Moldova	112	99	100	101	99	60	99	95	99	99	16	–	–	30	23	3.200
República Democrática del Congo	105	72	91	62	99	20	88	48	80	80	5	8	44	850	693	24
República Democrática Popular Lao	104	77 x	95	91	104	50	54	37	42	38	4	41	39	360	197	150
República Dominicana	109	100	91	111	105	70	98	93	98	98	58	95	95	110	92	400
República Popular Democrática de Corea	110	100 x	100 x	100 x	–	71	100 x	94 x	100 x	95 x	13 x	–	–	77 x	82	660
República Unida de Tanzania	104	81	101	91	115	34	88	43	49	50	5	2	31	430	398	45
Rumania	110	99	98	98	100	70 x	94 x	76 x	99	98 x	19 x	–	–	15	31	2.300
Rwanda	109	87	102	107	125	53	99	44	91	91	15	5	18	210	290	85
Saint Kitts y Nevis	–	–	102	103	–	54 x	100 x	–	100	–	–	–	–	310	–	–
Samoa	109	100	100	112	98	27	93	73	83	82	5	–	63	29 x	51	500
San Marino	–	–	99	103	103	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	106	–	97	97	127	48 x	100 x	100 x	99	–	–	–	–	45	45	1.100
Santa Lucía	107	–	–	99	100	56	97	90	99	100	19	100	90	34	48	1.100
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	106	75 x	96	–	–	41	98	84	93	91	6	91	87	–	156	140
Senegal	106	61	109	91	108	22	96	48	59	77	4	45	67	430	315	61
Serbia	108	97	100	102	101	58	98	94	98	98	29	–	–	14	17	3.900
Seychelles	113	101	101	102	–	–	–	–	–	–	–	–	–	57 x	–	–
Sierra Leona	102	62	100	85	101	17	97	76	60	54	3	39	73	1.200	1.360	17
Singapur	108	96	–	–	100 x	–	–	–	–	100	–	–	–	–	10	8.200
Somalia	106	–	–	–	–	15 x	26 x	6 x	33 x	9 x	–	–	–	1.000 x	732	22
Sri Lanka	109	97	98	105	100	68 x	99 x	93 x	99 x	98 x	24 x	–	–	31	30	1.600
Sudáfrica	107	97	95	126	–	60 x	97 x	87 x	94 x	95 x	21 x	–	–	580	138	300
Sudán	105	81	89	91	98	12	79	51	23	28	9	28	27	220	311	72
Sudán del Sur	104	55 x	66	–	–	4	62	17	19	12	1	–	–	2.100 x	789	26
Suecia	104	–	106	113	100	–	100 x	–	–	–	–	–	–	–	4	12.900
Suiza	105	–	100	97	–	–	–	–	–	–	30 x	–	–	–	5	12.400
Suriname	109	99	97	131	122	48	91	67	91	92	19	–	–	130	155	270
Swazilandia	97	98	92	98	107	66	99	76	88	88	12	90	87	590 x	389	76
Tailandia	109	100	98	107	–	79	98	93	100	100	32	–	–	12 x	20	3.600
Tayikistán	111	100	100	90	101	28	79	53	87	77	4	54	80	29	32	790
Timor-Leste	105	83	99	108	109	22	84	55	29	22	2	–	–	570	215	82

TABLA 8. SITUACIÓN DE LAS MUJERES

Países y zonas	Esperanza de vida: mujeres con respecto al % de hombres	Tasa de alfabetización femenina: con respecto al % de hombres	Tasas de matriculación: mujeres como % de hombres		Tasa de supervivencia hasta el último grado de primaria: mujeres como % de hombres	Prevalencia de anticonceptivos (%)	Atención prenatal (%)		Atención durante el parto (%)			Control posnatal de la salud (%) ²		Tasa de mortalidad derivada de la maternidad ¹		
			Primaria TNE	Secundaria TNE			Por lo menos 1 visita	Por lo menos 4 visitas	Nacimientos atendidos por personal especializado	Partos en instituciones	Cesárea	Para recién nacidos	Para madres	registrada	ajustada	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida: (1 en:)
Togo	103	65	94	—	95	20	73	57	59	73	7	35	71	400	368	58
Tonga	108	100	100	103	—	34	99	70	98	98	17	—	—	36	124	230
Trinidad y Tabago	110	99	97	—	106 x	43 x	96 x	100	100	97 x	—	—	—	84	63	860
Túnez	106	81	97	—	98	63	98	85	99	99	27	98	92	—	62	710
Turkmenistán	114	100	98	96	—	48 x	99 x	83 x	100 x	98 x	3 x	—	—	7	42	940
Turquía	109	91	99	97	98	73	97	89	97	97	48	72	88	29 x	16	3.000
Tuvalu	—	—	101	125	—	31 x	97 x	67 x	98 x	93 x	7 x	—	—	0 x	—	—
Ucrania	115	100	102	98	101	65	99	87	99	99	12	99	96	14	24	2.600
Uganda	107	78	102	87	97	30	93	48	57	57	5	11	33	440	343	47
Uruguay	110	101	97	114	103 x	78 x	97	77	98	100	30	—	—	10	15	3.300
Uzbekistán	110	100	98	99	101	65 x	99 x	—	100 x	97 x	—	—	—	20	36	1.000
Vanuatu	106	97	98	100	94 x	49	76	52	89	89	12	—	—	86 x	78	360
Venezuela (República Bolivariana de)	112	101	98	108	91	—	94 x	61	100	95	—	—	—	72	95	420
Viet Nam	113	95	99	—	115	76	96	74	94	94	28	89	90	67	54	870
Yemen	104	62	84	69	93	34	60	25	45	30	5	11	20	150	385	60
Zambia	107	72 x	101	—	94	49	96	56	64	67	4	16	63	400	224	79
Zimbabwe	105	91	99	97	—	67	94	70	80	80	6	85	77	—	443	52

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	105	76	93	86	102	27	78	49	50	51	4	21	43	—	546	36
África oriental y meridional	106	82	94	93	105	40	80	45	49	49	5	18	36	—	417	51
África occidental y central	103	69	91	79	100	18	76	52	54	54	3	22	49	—	679	27
África septentrional y Oriente Medio	105	83	95	94	101	57	85	63	80	75	29	—	—	—	110	280
Asia meridional	104	75	100	94	106	47 †	69 †	42	49 †	69	15 †	40 †	48 †	—	182	200
Asia Oriental y Pacífico	105	95	99	101	102	63 **	95	82 **	93	88	28	57 **	80 **	—	62	880
América Latina y el Caribe	109	99	98	106	104	65	96	87	94	93	44	—	—	—	68	670
ECE/CEI	113	99	100	98	101	65	96	85	98	96	28	—	—	—	25	2.000
Países menos adelantados	105	77	93	88	103	37	77	42	50	49	6	20	37	—	436	52
Mundo	106	91	98	97	103	53 ***	85 †	58 **	75 †	73	20 †	34 ***	54 †**	—	216	180

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 112 o visite <data.unicef.org/regionalclassifications >. No es aconsejable comparar los datos de las ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Esperanza de vida – Promedio de años de vida de un recién nacido según la probabilidad de muerte prevalente para una muestra representativa de la población en el momento de su nacimiento.

Tasa de alfabetización de adultos – Número de personas de 15 años o más que pueden leer y escribir y comprender un texto corto y simple sobre la vida cotidiana, expresado como porcentaje del total de la población en ese grupo de edad.

Tasa bruta de matriculación en la escuela primaria (TBM) – Matriculación total en la escuela primaria, independientemente de la edad, expresado como porcentaje de la población oficial en edad escolar primaria.

Tasa bruta de matriculación en la escuela secundaria (TBM) – Matriculación total en la escuela secundaria, independientemente de la edad, expresado como porcentaje de la población oficial en edad escolar secundaria.

Tasa de supervivencia hasta el último grado de primaria – Porcentaje de niños que ingresan al primer grado de la escuela primaria y que completan el último grado (datos de encuestas).

Prevalencia de anticonceptivos – Proporción de mujeres de 15 y 49 años de edad en uniones, que utilizan en la actualidad métodos anticonceptivos.

Atención prenatal – Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que durante el embarazo fueron atendidas al menos una vez por personal de salud especializado (médicos, enfermeras o parteras) y el porcentaje que recibieron la atención de cualquier personal de salud por lo menos cuatro veces.

Nacimientos atendidos por personal especializado – Proporción de nacimientos atendidos por personal especializado de la salud (médicos, enfermeras, parteras).

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 (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 15-49 años que recibieron un control de salud a los 2 días después del parto para su hijo más reciente nacido vivo en los últimos 2 años. 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.

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad – Número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período. La columna "registrada" indica las cifras presentadas por los países, que no han sido ajustadas para tomar en cuenta las clasificaciones erróneas y la población que ha quedado sin registrar. Para la columna "ajustada", véase la nota más abajo (†). Los valores la tasa de mortalidad materna han sido redondeados de acuerdo con el siguiente esquema: <100, sin redondeo, 100-999, redondeados hasta el 10 más cercano y >1.000, redondeados hasta el 100 más cercano. Ajustado: <1000, redondeados hasta el 1 más cercano; y ≥1.000, redondeados hasta el 10 más cercano.

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. Los valores de riesgo de por vida se han redondeados de acuerdo con el siguiente esquema: <1000, redondeados hasta el 1 más cercano; y ≥1.000, redondeados hasta el 10 más cercano.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Esperanza de vida – División de Población de las Naciones Unidas.

Adultos alfabetizados – Instituto de Estadísticas de la UNESCO (IEU).

Matriculación en la escuela primaria y secundaria – IEU

Tasa de supervivencia hasta el último grado de primaria – IEU, promedios regionales y mundiales calculados por UNICEF.

Prevalencia de anticonceptivos – DHS, MICS, otras fuentes nacionalmente representativas, División de Población de las Naciones Unidas y UNICEF.

Atención prenatal, asistencia cualificada en el parto, partos en instituciones y cesárea – DHS, MICS y otras fuentes nacionalmente representativas.

Control de salud posnatal para el recién nacido y la madre – DHS y MICS.

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad (registrada) – Fuentes nacionalmente representativas, entre ellas encuestas en hogares y registro civil.

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad (ajustada) – Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad de las Naciones Unidas (OMS, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y División de Población de las Naciones Unidas).

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).

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.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.
- ** No incluye China.
- † Los datos de mortalidad materna en la columna titulada "registrada" se refieren a los datos presentados por las autoridades nacionales. Los datos en la columna titulada "ajustada" se refieren a las estimaciones interinstitucionales para 2015 de las Naciones Unidas sobre mortalidad materna. Periódicamente, el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas (Banco Mundial, OMS, UNFPA y UNICEF) produce series de datos sobre mortalidad materna

comparables que tienen en cuenta varios problemas bien fundamentados, como las notificaciones incompletas y las clasificaciones erróneas de las muertes derivadas de la maternidad, incluyendo también estimaciones para países que carecen de datos. Es preciso señalar que debido a una metodología en evolución estos valores no son comparables con los valores sobre las tasas de mortalidad materna "ajustadas" registradas anteriormente. Las series comparables de tasas de mortalidad materna a lo largo del tiempo para los años 1990, 1995, 2000, 2005 y 2015 están disponibles en <http://data.unicef.org/maternal-health/maternal-mortality >.

+ Los métodos de recopilación de datos para este indicador varían según las encuestas y puede afectar la comparabilidad de las estimaciones de cobertura. Para una explicación más detallada, véase la Nota general sobre los datos, en la página 108.

TABLA 9. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Países y zonas	Trabajo infantil (%) ^a 2009-2015*			Matrimonio precoz (%) 2008-2014*		Inscripción del nacimiento (%) ^b 2010-2015*	Mutilación/excisión genital (%) ^c 2004-2015*			Justificación de golpear a la mujer (%) 2010-2015*		Disciplina violenta (%) ^d 2010-2015*		
	total	hombre	mujer	casadas a los 15 años	casadas a los 18 años		prevalencia		actitudes apoyo a la práctica ^e	hombre	mujer	total	hombre	mujer
						Mujeres ^f	hijas ^g							
Afganistán	29 y	34 y	24 y	–	33	37	–	–	–	–	90	74	75	74
Albania	5 y	6 y	4 y	0	10	99 x	–	–	–	36 x	30 x	77 x	81 x	73 x
Alemania	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	24 x	22 x	25 x	–	–	36 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	5	6	5	0	3	100	–	–	–	–	59 y	86	88	85
Argentina	4	5	4	–	–	100 y	–	–	–	–	2	72	74	71
Armenia	4	5	3	0	7	100	–	–	–	20	9	70	72	67
Australia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Austria	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaiyán	7 x,y	8 x,y	5 x,y	2	11	94 x	–	–	–	–	28	77 x	80 x	74 x
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	5 x	6 x	3 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	4 y	5 y	4 y	18	52	37	–	–	–	–	33 y	82 y	83 y	82 y
Barbados	2	3	1	1	11	99	–	–	–	–	3	75	78	72
Belarús	1	1	2	0	3	100 y	–	–	–	4	4	65 y	67 y	62 y
Bélgica	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Belice	3 y	5 y	1 y	3	26	95	–	–	–	–	9	71	71	70
Benin	15	15	16	11	32	85	9	0	3	17	36	91 y	–	–
Bhután	3	3	3	6	26	100	–	–	–	–	68	–	–	–
Bolivia (Estado Plurinacional de)	26 x,y	28 x,y	24 x,y	3	22	76 x,y	–	–	–	–	16 x	–	–	–
Bosnia y Herzegovina	5 x	7 x	4 x	0	4	100 x	–	–	–	6	5	55	60	50
Botswana	9 x,y	11 x,y	7 x,y	–	–	72 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Brasil	8 y	10 y	6 y	11 x	36 x	96	–	–	–	–	–	–	–	–
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	39	42	36	10	52	77	76	13	9	34	44	83 x	84 x	82 x
Burundi	26	26	27	3	20	75	–	–	–	44	73	–	–	–
Cabo Verde	6 y	–	–	3 x	18 x	91	–	–	–	16 x,y	17 x,y	–	–	–
Camboya	19 y	20 y	19 y	2	19	73	–	–	–	27 y	50 y	–	–	–
Camerún	47 y	–	–	13	38	66	1	1 y	7	39	36	85 y	–	–
Canadá	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Chad	26	25	28	29	68	12	44	18 y	38	–	62	84	85	84
Chile	7 y	–	–	–	–	99 y	–	–	–	–	–	–	–	–
China	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	10 y	13 y	7 y	6	23	97	–	–	–	–	–	–	–	–
Comoras	22	20	24	10	32	87	–	–	–	17	39	–	–	–
Congo	23 y	–	–	6	33	96	–	–	–	40	54	83 y	–	–
Costa Rica	4	4	5	7	21	100 y	–	–	–	–	4	46	52	39
Côte d'Ivoire	26	25	28	10	33	65	38	10	14	42	48	91 x	91 x	91 x
Croacia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	–	–	–	5	26	100	–	–	–	7 y	4 y	36 y	37 y	35 y
Dinamarca	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	8 x	8 x	8 x	2 x	5 x	92 x	93	49 y	37	–	–	72 x	73 x	71 x
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	3 y	4 y	2 y	4 x	22 x	92	–	–	–	–	–	–	–	–
Egipto	7 y	8 y	6 y	2	17	99	87	14 y	54	–	36 y	93 y	93 y	93 y
El Salvador	19 y	–	–	5	25	99	–	–	–	–	8	52 y	–	–
Emiratos Árabes Unidos	–	–	–	–	–	100 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	–	–	–	13	41	–	83	33	12	45	51	–	–	–
Eslovaquia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Eslovenia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
España	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Estado de Palestina	6	7	4	1	15	99	–	–	–	–	–	92 y	93 y	92 y
Estados Unidos	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Estonia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Etiopía	27	31	24	16	41	7 x	74	24	31	45	68	–	–	–
ex República Yugoslava de Macedonia	13	12	13	1	7	100	–	–	–	–	15	69	71	67
Federación de Rusia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Fiji	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	72 x,y	–	–

TABLA 9. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Países y zonas	Trabajo infantil (%) ^a 2009-2015*			Matrimonio precoz (%) 2008-2014*		Inscripción del nacimiento (%) ^a 2010-2015*	Mutilación/excisión genital (%) ^a 2004-2015*			Justificación de golpear a la mujer (%) 2010-2015*		Disciplina violenta (%) ^a 2010-2015*		
	total	hombre	mujer	casadas a los 15 años	casadas a los 18 años		prevalencia		actitudes apoyo a la práctica ^a	hombre	mujer	total	hombre	mujer
						Mujeres ^a	hijas ^b							
Filipinas	11 y	14 y	8 y	2	15	90	–	–	–	–	13	–	–	–
Finlandia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Francia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabón	13	15	12	6	22	90	–	–	–	40	50	–	–	–
Gambia	19	21	18	9	30	72	75	56	65	33	58	90	90	91
Georgia	18 x	20 x	17 x	1	14	100	–	–	–	–	7 x	67 x	70 x	63 x
Ghana	22 y	23 y	21 y	5	21	71	4	1	2	13	28	94	94	94
Granada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grecia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	26 y	35 y	16 y	7	30	97 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea	28	29	27	21	52	58	97	46	76	66	92	–	–	–
Guinea-Bissau	38	40	36	7	22	24	45	30	13	29	42	82 y	–	–
Guinea Ecuatorial	28 x	28 x	28 x	9	30	54	–	–	–	52	53	–	–	–
Guyana	18 y	–	–	6	23	89	–	–	–	10	10	70 y	–	–
Haití	24	25	24	3	18	80	–	–	–	15	17	85	85	84
Honduras	15 y	22 y	8 y	8	34	94	–	–	–	10	12	–	–	–
Hungría	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
India	12 x	12 x	12 x	18 x	47 x	72	–	–	–	42 x	47 x	–	–	–
Indonesia	7	8	6	–	14	69 y	–	49 y	–	18 y	35	–	–	–
Irán (República Islámica de)	11 y	13 y	10 y	3	17	99 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	5	5	4	5	24	99	8	3 y	5	–	51	79	81	77
Irlanda	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Islandia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	–	–	–	6 x	26 x	96 x	–	–	–	58 x	56 x	–	–	–
Islas Salomón	–	–	–	3 x	22 x	–	–	–	–	65 x	69 x	72 x,y	–	–
Israel	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Italia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaica	3	4	3	1	8	100	–	–	–	–	5	85	87	82
Japón	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordania	2 x,y	3 x,y	0 x,y	0	8	99	–	–	–	–	70 y	90	91	89
Kazajstán	2 x	2 x	2 x	0	6	100	–	–	–	17	12	49	54	45
Kenya	26 x	27 x	25 x	4	23	67	21	3	6	36	42	–	–	–
Kirguistán	26 y	30 y	22 y	1	12	98	–	–	–	–	33	57 y	60 y	54 y
Kiribati	–	–	–	3	20	94 x	–	–	–	60 x	76 x	81 x,y	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	23 x	25 x	21 x	2	19	45 x	–	–	–	48 x	37 x	–	–	–
Letonia	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Líbano	2	3	1	1	6	100 x	–	–	–	–	10 x,y	82 x	82 x	82 x
Liberia	21 x	21 x	21 x	9	36	25 y	50	–	39	24	43	90 x	90 x	90 x
Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Luxemburgo	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	23 y	23 y	23 y	12	41	83	–	–	–	46 y	45	–	–	–
Malasia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Malawi	39 y	42 y	37 y	9	46	6 y	–	–	–	8	13	72 y	73 y	72 y
Maldivas	–	–	–	0	4	93 x	–	–	–	14 x,y	31 x,y	–	–	–
Malí	21	22	21	15	55	81	89	74 y	73	–	87	–	–	–
Malta	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Marruecos	8 x	9 x	8 x	3 x	16 x	94 y	–	–	–	–	64 x	91 x	92 x	90 x
Mauricio	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	15	14	15	14	34	59	69	54	41	–	38	87	87	87
México	4	–	–	5	23	93	–	–	–	–	–	–	–	–
Micronesia (Estados Federados de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mónaco	–	–	–	–	–	100 v	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	15 y	–	–	0	5	99	–	–	–	9 y	10	47 y	–	–
Montenegro	13 y	15 y	10 y	1	5	99	–	–	–	5	3	69 y	73 y	66 y
Mozambique	22 x	21 x	24 x	14	48	48	–	–	–	20	23	–	–	–
Myanmar	–	–	–	–	–	72	–	–	–	–	–	–	–	–
Namibia	–	–	–	2	7	87 y	–	–	–	22	28	–	–	–
Nauru	–	–	–	2 x	27 x	83 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	37 y	37 y	38 y	10	37	58	–	–	–	–	43	82 y	83 y	81 y

TABLA 9. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Países y zonas	Trabajo infantil (%) ^a 2009-2015*			Matrimonio precoz (%) 2008-2014*		Inscripción del nacimiento (%) ^a 2010-2015*	Mutilación/excisión genital (%) ^a 2004-2015*			Justificación de golpear a la mujer (%) 2010-2015*		Disciplina violenta (%) ^a 2010-2015*		
	total	hombre	mujer	casadas a los 15 años	casadas a los 18 años		prevalencia		actitudes apoyo a la práctica ^a	hombre	mujer	total	hombre	mujer
						Mujeres ^a	hijas ^b							
Nicaragua	15 x	18 x	11 x	10 x	41 x	85	-	-	-	-	14 x,y	-	-	-
Níger	31	31	30	28	76	64	2	2 y	6	27	60	82	82	81
Nigeria	25	24	25	17	43	30 y	25	17	23	25	35	91	91	90
Niue	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Noruega	-	-	-	-	-	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-
Nueva Zelanda	-	-	-	-	-	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-
Omán	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	-	-
Países Bajos	-	-	-	-	-	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-
Pakistán	-	-	-	3	21	34	-	-	-	32 y	42 y	-	-	-
Palau	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Panamá	6 y	8 y	3 y	7	26	96	-	-	-	-	6	45 y	47 y	43 y
Papúa Nueva Guinea	-	-	-	2 x	21 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Paraguay	28 y	32 y	24 y	-	18 x	85 y	-	-	-	-	-	-	-	-
Perú	34 x,y	31 x,y	36 x,y	3	19	97 y	-	-	-	-	-	-	-	-
Polonia	-	-	-	-	-	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-
Portugal	3 x,y	4 x,y	3 x,y	-	-	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-
Qatar	-	-	-	0	4	-	-	-	-	16	7	50 y	53 y	46 y
Reino Unido	-	-	-	-	-	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-
República Árabe Siria	4 x	5 x	3 x	3 x	13 x	96 x	-	-	-	-	-	89 x	90 x	88 x
República Centroafricana	29	27	30	29	68	61	24	1	11	75	80	92	92	92
República Checa	-	-	-	-	-	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Corea	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
República de Moldova	16	20	12	0	12	100	-	-	-	13	11	76	77	74
República Democrática del Congo	38 y	36 y	41 y	10	37	25	-	-	-	61	75	82 y	82 y	81 y
República Democrática Popular Lao	10 y	9 y	11 y	9	35	75	-	-	-	49	58	76	77	74
República Dominicana	13 y	-	-	10	37	88	-	-	-	-	2	63 y	-	-
República Popular Democrática de Corea	-	-	-	-	-	100 x	-	-	-	-	-	-	-	-
República Unida de Tanzania	29 y	29 y	28 y	7	37	15 y	15	3 y	6	38	54	-	-	-
Rumania	1 x	1 x	1 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Rwanda	29	27	30	1	8	63	-	-	-	25	56	-	-	-
Saint Kitts y Nevis	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Samoa	-	-	-	1	11	59	-	-	-	30	37	-	-	-
San Marino	-	-	-	-	-	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-
San Vicente y las Granadinas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santa Lucía	4	5	3	1	8	92	-	-	-	-	7	68	71	64
Santa Sede	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Santo Tomé y Príncipe	26 y	-	-	5	34	95	-	-	-	14	19	80 y	-	-
Senegal	15	19	10	9	32	73	25	13	16	27	57	-	-	-
Serbia	10 y	12 y	7 y	0	3	99	-	-	-	-	4	43 y	44 y	42 y
Seychelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sierra Leona	37	38	37	13	39	77	90	31 y	69	34	63	82	81	82
Singapur	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Somalia	49 x	45 x	54 x	8 x	45 x	3 x	98	46 y	65	-	76 x,y	-	-	-
Sri Lanka	3 y	3 y	2 y	2 x	12 x	97 x	-	-	-	-	53 x,y	-	-	-
Sudáfrica	-	-	-	1 x	6 x	85 y	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudán	25 y	-	-	7	33	67	87	32	41	-	34	64 y	-	-
Sudán del Sur	-	-	-	9	52	35	-	-	-	-	79	-	-	-
Suecia	-	-	-	-	-	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-
Suiza	-	-	-	-	-	100 v	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	4	4	4	5	19	99	-	-	-	-	13	86	87	85
Swazilandia	7	8	7	1	7	54	-	-	-	17	20	88 y	-	-
Tailandia	8 x	8 x	8 x	4	22	99 y	-	-	-	-	13	-	-	-
Tayikistán	10 x	9 x	11 x	0	12	88	-	-	-	-	60	78 x	80 x	75 x
Timor-Leste	4 x	4 x	4 x	3	19	55	-	-	-	81	86	-	-	-
Togo	28 y	29 y	27 y	6	22	78	5	0	1	18	29	81 y	81 y	80 y
Tonga	-	-	-	0	6	93	-	-	-	21	29	-	-	-
Trinidad y Tabago	1 x	1 x	1 x	2 x	8 x	97 x	-	-	-	-	8 x	77 x	78 x	77 x
Túnez	2	3	2	0	2	99	-	-	-	-	30	93	94	92
Turkmenistán	-	-	-	1 x	7 x	96 x	-	-	-	-	38 x,y	-	-	-
Turquía	6 y	8 y	4 y	1	15	99 y	-	-	-	-	13	-	-	-
Tuvalu	-	-	-	0 x	10 x	50 x	-	-	-	73 x	70 x	-	-	-
Ucrania	2	3	2	0	9	100	-	-	-	9	3	61	68	55
Uganda	16 y	17 y	16 y	10	40	30	1	1	9	44	58	-	-	-

TABLA 9. PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Países y zonas	Trabajo infantil (%) ^a 2009–2015*			Matrimonio precoz (%) 2008–2014*		Inscripción del nacimiento (%) ^b 2010–2015*	Mutilación/excisión genital (%) ^c 2004–2015*			Justificación de golpear a la mujer (%) 2010–2015*		Disciplina violenta (%) ^d 2010–2015*		
	total	hombre	mujer	casadas a los 15 años	casadas a los 18 años		prevalencia		actitudes	hombre	mujer	total	hombre	mujer
						Mujeres ^e	hijas ^f	apoyo a la práctica ^g						
Uruguay	8 x,y	8 x,y	8 x,y	1	25	100	–	–	–	–	2	55	58	51
Uzbekistán	–	–	–	0 x	7 x	100 x	–	–	–	61 x	70 x	–	–	–
Vanuatu	15 y	15 y	16 y	3	21	43 y	–	–	–	60	60	84	83	84
Venezuela (República Bolivariana de)	8 x	9 x	6 x	–	–	81 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	16 y	17 y	16 y	1	11	96	–	–	–	–	28	68 y	72 y	65 y
Yemen	23 x	21 x	24 x	9	32	31	19	16 y	19	–	49	79 y	81 y	77 y
Zambia	41 x,y	42 x,y	40 x,y	6	31	11	–	–	–	32	47	–	–	–
Zimbabwe	–	–	–	4	34	32	–	–	–	24	37	63 y	63 y	62 y

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	28	27	27	12	39	46	39	16	22	35	50	–	–	–
África oriental y meridional	26	28	24	10	36	45	43	13	19	37	52	–	–	–
África occidental y central	28	27	28	14	42	45	31	17	23	34	49	87	88	87
África septentrional y Oriente Medio	10	8	6	3	18	89	–	16	–	–	43	83	88	86
Asia meridional	–	–	–	–	–	62	–	–	–	–	–	–	–	–
Asia Oriental y Pacífico	10 **	11 **	9 **	–	15 **	80 **	–	–	–	–	28 **	–	–	–
América Latina y el Caribe	9	12	7	5	23	94	–	–	–	–	–	–	–	–
ECE/CEI	–	–	–	1	11	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Países menos adelantados	24	25	23	13	41	45	–	–	–	40	52	–	–	–
Mundo	–	–	–	–	–	71 **	–	–	–	–	–	–	–	–

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 112 o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar los datos de las ediciones consecutivas del *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: 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 28 horas y 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 28 horas.

Matrimonio precoz – Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años de edad que ya estaban casadas o tenían algún tipo de vínculo antes de cumplir 15 años y porcentaje de mujeres de 20 a 24 años de edad que ya estaban casadas o tenían algún tipo de vínculo antes de cumplir 18 años.

Inscripción del nacimiento – Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que estaban inscritos en el momento de la encuesta. El numerador de este indicador incluye niños y niñas 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/excisión 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) apoyo a la práctica – el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que han escuchado hablar de la mutilación/excisión genital y creen que la práctica debe continuar.

Justificación de golpear a la mujer – 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 2 a 14 años que sufren algún tipo de disciplina violenta (agresión psicológica y/o castigo físico).

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Trabajo infantil – Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras encuestas nacionales.

Matrimonio precoz – MICS, DHS y otras encuestas nacionales.

Inscripción del nacimiento – MICS, DHS, otras encuestas nacionales y sistemas del registro civil.

Mutilación/excisión genital de la mujer – MICS, DHS y otras encuestas nacionales.

Justificación de golpear a la mujer – MICS, DHS y otras encuestas nacionales.

Disciplina violenta – MICS, DHS y otras encuestas nacionales.

Los datos en cursiva son de fuentes más antiguas que los datos de un país presentados para otros indicadores del mismo tema.

NOTAS

– Datos no disponibles.

v Se asumió que las estimaciones son de un 100%, dado que los sistemas de registro civil en estos países son completos y todos los eventos vitales (incluyendo los nacimientos) se registran. Fuente: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Sociales, División de Economía y Estadística, *Population and Vital Statistics Report, Series A Vol. LXV*, Nueva York, 2013.

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, con la excepción de los datos de la India en 2005–2006 y del Brasil en 2007. No se presentan las estimaciones de los 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.

+ En las Notas generales a los datos se puede encontrar una explicación más detallada sobre la metodología y los recientes cambios en el cálculo de estas estimaciones, página 108.

++ Los cambios en la definición de la inscripción de nacimientos se hicieron de la segunda y tercera rondas de MICS (MICS2 y MICS3) a la cuarta ronda (MICS4). Con el fin de permitir la comparabilidad con rondas posteriores, los datos de MICS2 y MICS3 en el registro de nacimientos se volvieron a calcular de acuerdo con la definición del indicador de MICS4. Por lo tanto, los datos recalculados presentados aquí pueden diferir de las estimaciones incluidas en los informes nacionales de MICS2 y MICS3.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

** No incluye China.

TABLA 10. RITMO DE PROGRESO

Países y zonas	Orde- nación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años				Tasa media anual de reducción (%) ^a Tasa de mortalidad de menores de 5 años				Reducción desde 1990 (%) ^a	Re- ducción desde 2000 (%) ^a	Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa global de fecundidad			Tasa media anual de reducción (%) Tasa global de fecundidad	
		1970	1990	2000	2015	1970- 1990	1990- 2000	2000- 2015	1990- 2015			1970-1990	1990-2014	1970	1990	2015	1970- 1990	1990- 2015
		Turquía	112	187	75	40	14	4,6	6,3			7,2	6,8	82	66	1,9	2,5	5,6
Tuvalu	77	–	57	43	27	–	2,9	3,0	3,0	53	36	–	1,6	–	–	–	–	–
Ucrania	139	–	20	19	9	–	0,5	4,8	3,1	54	51	–	1,0	2,0	1,8	1,5	0,7	0,6
Uganda	40	190	187	148	55	0,1	2,3	6,7	4,9	71	63	–	3,6	7,1	7,1	5,7	0,0	0,9
Uruguay	133	54	23	17	10	4,3	3,2	3,4	3,3	56	40	0,9	2,5	2,9	2,5	2,0	0,7	0,9
Uzbekistán	59	–	72	63	39	–	1,2	3,2	2,4	45	38	–	3,2	5,7	4,1	2,4	1,6	2,1
Vanuatu	73	109	36	29	28	5,6	2,2	0,2	1,0	23	4	1,1 x	0,6	6,3	4,9	3,3	1,2	1,6
Venezuela (República Bolivariana de)	110	63	30	22	15	3,7	3,1	2,5	2,7	50	31	-1,2	0,6	5,4	3,4	2,3	2,2	1,6
Viet Nam	84	86	51	34	22	2,6	4,1	3,0	3,4	57	36	–	5,5	6,5	3,6	2,0	3,0	2,4
Yemen	56	329	126	95	42	4,8	2,8	5,5	4,4	67	56	–	0,7 x	7,8	8,6	4,0	-0,5	3,0
Zambia	33	182	191	163	64	-0,2	1,6	6,2	4,4	66	61	-2,4	2,4	7,4	6,5	5,3	0,7	0,8
Zimbabwe	26	114	76	106	71	2,0	-3,3	2,7	0,3	7	33	-0,4	-2,8	7,4	5,2	3,9	1,8	1,2

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	244	180	154	83	1,5	1,6	4,1	3,1	54	46	-0,1	2,4	6,7	6,4	4,9	0,3	1,0
África oriental y meridional	213	167	140	67	1,2	1,8	4,9	3,7	60	52	0,3	1,7	6,9	6,1	4,5	0,6	1,3
África occidental y central	276	198	172	99	1,6	1,4	3,7	2,8	50	43	-0,7	2,8	6,6	6,6	5,4	0,0	0,8
África septentrional y Oriente Medio	200	71	50	29	5,2	3,4	3,7	3,6	59	43	0,8	1,4	6,7	5,1	2,9	1,4	2,2
Asia meridional	213	129	94	53	2,5	3,2	3,9	3,6	59	44	2,0	4,6	5,8	4,3	2,5	1,5	2,1
Asia Oriental y Pacífico	116	58	42	18	3,5	3,4	5,6	4,7	69	57	6,0	7,7	5,7	2,6	1,8	3,8	1,5
América Latina y el Caribe	120	54	32	18	4,0	5,2	3,9	4,4	67	44	1,4	1,8	5,3	3,2	2,1	2,5	1,7
ECE/CEI	97	48	37	17	3,5	2,5	5,1	4,1	64	54	–	2,8	2,8	2,3	1,9	0,9	0,8
Países menos adelantados	242	175	138	73	1,6	2,4	4,2	3,5	58	47	0,0	3,1	6,8	6,0	4,1	0,6	1,5
Mundo	145	91	76	43	2,3	1,8	3,9	3,0	53	44	2,5	2,9	4,8	3,3	2,5	1,9	1,1

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 112 o visite <data.unicef.org/regionalclassifications >.

No es aconsejable comparar los datos de las ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa de mortalidad de menores de 5 años – Probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de 5 años, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

PIB per cápita – El Producto Interno Bruto (PIB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto a los productos (menos subsidios) que no haya sido incluido en la valoración de la producción. El PIB per cápita es el producto interno bruto dividido por la población a mediados del año. El crecimiento se calcula sobre la base de los datos del PIB a precios constantes, en moneda local.

Tasa global de fecundidad – Número de niños que nacerían por mujer si viviera hasta el final de sus años de fecundidad y tuviera hijos a cada edad según las tasas prevalentes de fecundidad para cada edad.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Tasa de mortalidad de menores de 5 años – Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial).

PIB per cápita – Banco Mundial.

Fecundidad – División de Población de las Naciones Unidas.

NOTAS

– Datos no disponibles.

e Un valor negativo indica un aumento de la tasa de mortalidad de menores de 5 años.

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.

TABLA 11. ADOLESCENTES

Países y zonas	Población adolescente		Adolescentes actualmente casados o en unión (%) 2010-2015*		Nacimientos a los 18 años (%) 2010-2015*	Tasa de partos entre las adolescentes 2009-2014*	Justificación de golpear a la mujer entre los adolescentes (%) 2010-2014*		Uso de medios de difusión entre los adolescentes (%) 2010-2014*		Tasa bruta de matriculación en la secundaria de primer ciclo	Tasa bruta de matriculación en la secundaria superior	Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes (%) 2010-2014*	
	Población de 10-19 años (miles)	Proporción del total de la población (%)	hombre	mujer			hombre	mujer	hombre	mujer	2010-2014*		hombre	mujer
					2015	2015					2010-2014*	2010-2014*		
Afganistán	8.305	26	–	20	26	90 x	–	84	–	–	66	44	–	2
Albania	454	16	1 x	8 x	3 x	18	37 x	24 x	97 x	99 x	99	94	21 x	36 x
Alemania	7.644	9	–	–	–	8	–	–	–	–	102	104	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	5	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	5.954	24	–	–	–	191	–	–	–	–	36	21	26 x	24 x
Antigua y Barbuda	16	17	–	–	–	67 x	–	–	–	–	116	82	55	40
Arabia Saudita	5.285	17	–	–	–	7 x	–	–	–	–	108	108	–	–
Argelia	5.924	15	–	3	1	12	–	55 y	–	–	132	63	–	7
Argentina	7.020	16	–	–	12	70	–	2	–	–	128	84	–	36
Armenia	338	11	1	8	2	23	21	8	94	92	97 x	99	4	10
Australia	2.900	12	–	–	–	14	–	–	–	–	115	181	–	–
Austria	874	10	–	–	–	8	–	–	–	–	99	99	–	–
Azerbaiyán	1.295	13	–	9	4	47	–	24	–	98	89	135	2 x	3 x
Bahamas	55	14	–	–	–	40 x	–	–	–	–	98	87	–	–
Bahrein	177	13	–	–	–	15	–	–	–	–	–	85	–	–
Bangladesh	32.530	20	–	34	24	83	–	33 y	–	63	76	45	–	10
Barbados	37	13	–	1	7	49 x	–	5	–	98	107	113	–	66
Belarús	879	9	1	7	3 x	22	3	3	–	–	104	113	53	51
Bélgica	1.231	11	–	–	–	8	–	–	–	–	181	155	–	–
Belice	78	22	–	15	17	64	–	11	–	–	91	59	–	39
Benin	2.528	23	1	17	20	98	16	15	67	59	68	35	27	26
Bhután	144	19	–	15	15	28	–	70	–	–	92	69	–	22
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2.216	21	4 x	13 x	20 x	89 x	–	17 x	100 x	97 x	100	77	24 x	20 x
Bosnia y Herzegovina	386	10	0	1	–	11	5	1	100	100	–	–	41	42
Botswana	441	19	–	–	–	39	–	–	–	–	91	73	–	–
Brasil	34.887	17	1	4	–	65	–	–	–	–	–	–	–	–
Brunei Darussalam	69	16	–	–	–	17 x	–	–	–	–	108	96	–	–
Bulgaria	635	9	–	2 y	5	43	–	–	–	–	93	108	–	–
Burkina Faso	4.319	24	2	32	28	136 x	40	39	61	55	42	13	31	29
Burundi	2.403	21	1	9	11	65 x	56	74	83	69	50	21	45	43
Cabo Verde	104	20	2 x	8 x	22 x	92 x	24 x	23 x	88 x	88 x	114	72	–	–
Camboya	3.064	20	3	16	7	57	26 y	46 y	77	74	61	29 x	42	33
Camerún	5.405	23	1	22	28	128 x	43	50	77	66	67	42	30	26
Canadá	3.966	11	–	–	–	13	–	–	–	–	100	119	–	–
Chad	3.428	24	–	48	47	203	–	59	55 x	24 x	26	18	–	10
Chile	2.568	14	–	–	–	50	–	–	–	–	103	99	–	–
China	154.222	11	–	2	–	6	–	–	–	–	107	87	–	–
Chipre	139	12	–	–	–	4	–	–	–	–	101	98	–	–
Colombia	8.139	17	–	14	20	85 x	–	–	–	–	110 x	82	–	21
Comoras	175	22	8	16	17	71	17	43	79	67	66	50	21	18
Congo	1.020	22	2	16	26	147	76 y	73 y	56	68	65	38	25	16
Costa Rica	759	16	2	10	13	67	–	3	–	–	133	102	–	29
Côte d'Ivoire	5.329	23	1	21	31	125	51	51	73	62	50	26	21	15
Croacia	448	11	–	–	–	12	–	–	–	–	102	98	–	–
Cuba	1.348	12	7	16	6	50	5 y	4 y	–	–	101	99	48	59
Dinamarca	688	12	–	–	–	2	–	–	–	–	117	142	–	–
Djibouti	181	20	–	3	–	21	–	–	–	–	51	40	–	16 x
Dominica	–	–	–	–	–	47 x	–	–	–	–	106	81	39	49
Ecuador	3.005	19	–	16 x	–	100 x	–	–	–	–	116	92	–	–
Egipto	16.511	18	–	14	7	56	–	46 y	100	100	100	72	–	3 y
El Salvador	1.230	20	–	21	18	63	–	–	–	–	101	55	–	–
Emiratos Árabes Unidos	781	9	–	–	–	34	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	1.178	23	1	17	19	–	60	51	70	54	45	28	32	22
Eslovaquia	543	10	–	–	–	21	–	–	–	–	97	86	–	–
Eslovenia	185	9	–	–	–	5	–	–	–	–	99	120	–	–
España	4.373	9	–	–	–	9	–	–	–	–	132	130	–	–
Estado de Palestina	1.086	23	–	9	22	67	–	–	–	–	87	68	–	5
Estados Unidos	41.364	13	–	–	–	27	–	–	–	–	101	91	–	–
Estonia	118	9	–	–	–	16	–	–	–	–	110	107	–	–
Etiopía	24.725	25	–	20	22	71	51	64	42	38	42	13	32	24
ex República Yugoslava de Macedonia	261	13	–	4	2	19	–	14	–	–	85	79	–	23 x
Federación de Rusia	13.252	9	–	–	–	27	–	–	–	–	97	102	–	–

TABLA 11. ADOLESCENTES

Países y zonas	Población adolescente		Adolescentes actualmente casados o en unión (%) 2010-2015*		Nacimientos a los 18 años (%) 2010-2015*	Tasa de partos entre las adolescentes 2009-2014*	Justificación de golpear a la mujer entre los adolescentes (%) 2010-2014*		Uso de medios de difusión entre los adolescentes (%) 2010-2014*		Tasa bruta de matriculación en la secundaria de primer ciclo 2010-2014*	Tasa bruta de matriculación en la secundaria superior 2010-2014*	Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes (%) 2010-2014*	
	Población de 10-19 años (miles)	Proporción del total de la población (%)	hombre	mujer			hombre	mujer	hombre	mujer			hombre	mujer
	2015	2015												
Fiji	157	18	-	-	-	28 x	-	-	-	-	105	76	-	-
Filipinas	20.389	20	-	10	8	59	-	14	-	90	92	77	-	19 x
Finlandia	592	11	-	-	-	7	-	-	-	-	101	182	-	-
Francia	7.792	12	-	-	-	9	-	-	-	-	108	115	-	-
Gabón	366	21	1	14	28	115	47	58	95	94	-	-	35	29
Gambia	464	23	0	24	19	88	42	58	82	70	64	48	27	22
Georgia	434	11	-	11	6	40	-	5 x	-	-	109	91	-	-
Ghana	5.860	21	1	6	17	65	20	35	81	67	85	48	25	18
Granada	19	17	-	-	-	53 x	-	-	-	-	104	97	67	59
Grecia	1.040	9	-	-	-	9	-	-	-	-	104	113	-	-
Guatemala	3.721	23	-	20 x	22 x	92	-	-	-	-	69	55	24 x	20 x
Guinea	2.899	23	1	33	40	154	63	89	55	53	44	31	29	20
Guinea-Bissau	410	22	0	12	28	137	-	39 y	-	-	-	-	-	12
Guinea Ecuatorial	178	21	5	22	42	177 x	56	57	91	91	-	-	12	17
Guyana	185	24	13	13	16	97 x	25 x	18 x	94 x	94 x	93	83	45 x	53 x
Haití	2.285	21	2	12	13	65	22	24	85	80	57	-	25	32
Honduras	1.793	22	5	23	22	99	18	15	98	94	73	61	33	29
Hungría	979	10	-	-	-	20	-	-	-	-	101	114	-	-
India	250.098	19	5 x	30 x	22 x	39	47 x	45 x	88 x	72 x	85	56	35 x	19 x
Indonesia	46.476	18	-	11 x	7	47	48 y	45	88 y	91	90	74	4 y,p	9
Irán (República Islámica de)	10.905	14	-	16 x	5	35	-	-	-	-	100	83	-	-
Iraq	8.040	22	-	21	12	68 x	-	50	-	-	-	-	-	3
Irlanda	582	12	-	-	-	9	-	-	-	-	115	145	-	-
Islandia	43	13	-	-	-	7	-	-	-	-	97	121	-	-
Islas Cook	-	-	-	-	-	56	-	-	-	-	97	72	-	-
Islas Marshall	-	-	5 x	21 x	21 x	85	71 x	47 x	86 x	85 x	125	97 x	35 x	27 x
Islas Salomón	133	23	0 x	13 x	15 x	62 x	73 x	72 x	71 x	54 x	75	29	26 x	29 x
Israel	1.296	16	-	-	-	10	-	-	-	-	103	100	-	-
Italia	5.611	9	-	-	-	6	-	-	-	-	109	99	-	-
Jamaica	510	18	-	3	15	72 x	-	8	-	-	86	79	34 y	39 y
Japón	11.564	9	-	-	-	4	-	-	-	-	101	102	-	-
Jordania	1.577	21	-	6	4	27	-	84 y	-	100 y	87	78	-	6
Kazajstán	2.274	13	1	5	2	31 x	14	9	99	99	109	98	30	30
Kenya	10.392	23	1	12	23	101	37	45	84	75	97	52	58	52
Kirguistán	1.003	17	-	14	4	42	-	22	-	100	95	82	18	14
Kiribati	23	20	5 x	16 x	9 x	49	65 x	77 x	58 x	57 x	103	74 x	46 x	41 x
Kuwait	445	11	-	-	-	8	-	-	-	-	99	85	-	-
Lesoto	493	23	1 x	16 x	13 x	94	54 x	48 x	64 x	69 x	62	37	28 x	35 x
Letonia	172	9	-	-	-	15	-	-	-	-	111	110	-	-
Líbano	1.061	18	-	3 x	-	18 x	-	22 x,y	-	-	79	58	-	-
Liberia	1.044	23	2	14	37	147	29	45	59	47	45	30	19	35
Libia	1.089	17	-	-	-	4 x	-	-	-	-	-	-	-	-
Liechtenstein	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	104	118	-	-
Lituania	292	10	-	-	-	14	-	-	-	-	104	110	-	-
Luxemburgo	65	12	-	-	-	6	-	-	-	-	114	94	-	-
Madagascar	5.714	24	7	28	36	147 x	44	47	62	59	50	22	24	21
Malasia	5.400	18	5	6	-	13	-	-	-	-	92	56	-	-
Malawi	4.111	24	3	28	31	143	15	16	70	51	47	22	50	43
Maldivas	62	17	-	5 x	1 x	14	-	41 x,y	-	100 x	101	-	-	22 x,y
Mali	4.151	24	-	40	46 x	178	-	83	81 x	79 x	55	30	31	23
Malta	48	12	-	-	-	16	-	-	-	-	90	82	-	-
Marruecos	5.827	17	1	11	8 x	32 x	-	64 x	-	90 x	95	55	-	-
Mauricio	193	15	-	-	-	31	-	-	-	-	112	87	-	-
Mauritania	909	22	-	25	24	71	-	36	55 x	44 x	36	21	-	5
México	23.754	19	6	15	39	84	-	-	-	-	111	63	-	-
Micronesia (Estados Federados de)	25	24	-	-	-	33	-	-	-	-	86	-	-	-
Mónaco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mongolia	448	15	1	5	3	40	9	14	99	98	95	85	24	28
Montenegro	83	13	0	2	3	12	5	2	-	-	95	86	35	42
Mozambique	6.731	24	8	37	40	166	20	24	73	57	31	14	49	27
Myanmar	10.278	19	4	12	13 x	17 x	-	-	-	-	59	34	-	31
Namibia	538	22	1	5	15	78	30	28	65 y	69	-	-	51	56

TABLA 11. ADOLESCENTES

Países y zonas	Población adolescente		Adolescentes actualmente casados o en unión (%) 2010-2015*		Nacimientos a los 18 años (%) 2010-2015*	Tasa de partos entre las adolescentes 2009-2014*	Justificación de golpear a la mujer entre los adolescentes (%) 2010-2014*		Uso de medios de difusión entre los adolescentes (%) 2010-2014*		Tasa bruta de matriculación en la secundaria de primer ciclo 2010-2014*	Tasa bruta de matriculación en la secundaria superior 2010-2014*	Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes (%) 2010-2014*	
	Población de 10-19 años (miles) 2015	Proporción del total de la población (%) 2015	hombre	mujer			hombre	mujer	hombre	mujer			hombre	mujer
	Nauru	—	—	9 x	18 x	22 x	106	—	—	89 x	86 x	77	94	8 x
Nepal	6.623	23	—	25	16	87 x	—	35	—	77	89	50	—	38
Nicaragua	1.207	20	—	24 x	28 x	92	—	19 x,y	—	95 x	85	58	—	—
Níger	4.654	23	3	61	48	210	41	54	35	44	24	10	21	12
Nigeria	41.386	23	1	29	29	123	25	33	54	50	46	41	29	22
Niue	—	—	—	—	—	16	—	—	—	—	91	—	—	—
Noruega	632	12	—	—	—	6	—	—	—	—	99	126	—	—
Nueva Zelanda	604	13	—	—	—	22	—	—	—	—	103	135	—	—
Omán	476	11	—	3	2	12	—	—	—	—	108	97	—	—
Países Bajos	1.985	12	—	—	—	5	—	—	—	—	135	126	—	—
Pakistán	38.797	21	2	14	8	48	33 y	53 y	59 y	49 y	56	31	5 y,p	1 y
Palau	—	—	—	—	—	27	—	—	—	—	104	119	—	—
Panamá	686	17	—	14	—	89	—	9	—	96	94	57	—	—
Papúa Nueva Guinea	1.698	22	3 x	15 x	14 x	65 x	—	—	—	—	73	22	—	—
Paraguay	1.342	20	—	11 x	—	63 x	—	—	—	—	84	69	—	—
Perú	5.606	18	—	11	15	68	—	—	—	90	100	88	—	21 x
Polonia	3.751	10	—	—	—	14	—	—	—	—	100	116	—	—
Portugal	1.072	10	—	—	—	12	—	—	—	—	120	119	—	—
Qatar	213	10	1	4	—	16	22	6 y	98	98	102	98	23	10
Reino Unido	7.252	11	—	—	—	21	—	—	—	—	111	133	—	—
República Árabe Siria	4.469	24	—	10 x	9 x	75 x	—	—	—	—	61	32	—	6 x
República Centroafricana	1.120	23	11	55	45	229	83	79	—	—	23	9	26	17
República Checa	932	9	—	—	—	11	—	—	—	—	104	105	—	—
República de Corea	5.740	11	—	—	—	2	—	—	—	—	102	94	—	—
República de Moldova	444	11	1	10	4	25	14	13	96	96	87	92	26	35
República Democrática del Congo	18.121	23	1	21	27	135	69	75	49	38	56	37	20	17
República Democrática Popular Lao	1.484	22	9	25	18	94	50	56	92	93	71	39	25	23
República Dominicana	2.007	19	—	28	21	90	—	7	91	96	87	74	39	39
República Popular Democrática de Corea	3.820	15	—	—	—	1 x	—	—	—	—	102 x	102 x	—	7 x
República Unida de Tanzania	12.291	23	8	17	28	128 x	39	52	79	70	43	9	42	37
Rumania	2.108	11	—	—	—	36	—	—	—	—	95	101	—	—
Rwanda	2.654	23	—	4	5	41 x	35	56	88	73	48	31	44	49
Saint Kitts y Nevis	—	—	—	—	—	75 x	—	—	—	—	95	86	55	54
Samoa	43	22	1	8	6	39	28	34	99	97	102	80	5 x	2 x
San Marino	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	94	95	—	—
San Vicente y las Granadinas	19	17	—	—	—	70	—	—	—	—	118	85	—	—
Santa Lucía	31	17	—	4	—	50 x	—	15	—	99	88	84	—	58
Santa Sede	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santo Tomé y Príncipe	45	24	2	19	27	110 x	25 x	23 x	96 x	95 x	105	45	39 x	39 x
Senegal	3.430	23	0	23	18	80	38	58	96	96	39 x	16 x	28	26
Serbia	1.078	12	—	4	1	22	—	2	99	100	99	90	43	53
Seychelles	13	14	—	—	—	62	—	—	—	—	110	49	—	—
Sierra Leona	1.507	23	1	19	36	131	32	55	55	49	63	27	29	28
Singapur	674	12	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
Somalia	2.599	24	—	25 x	—	123 x	—	75 x,y	—	—	—	—	—	3 x
Sri Lanka	3.284	16	—	9 x	4 x	24 x	—	54 x,y	—	88 x,y	100	99	—	—
Sudáfrica	10.328	19	2 x	4 x	15 x	54 x	—	—	—	—	95	95	—	—
Sudán	9.240	23	—	21	22	102	—	52	—	—	50	33	10	4
Sudán del Sur	2.874	23	—	40	28	158 x	—	72	—	—	17	—	—	8
Suecia	1.025	10	—	—	—	3	—	—	—	—	112	142	—	—
Suiza	833	10	—	—	—	3	—	—	—	—	110	86	—	—
Suriname	96	18	—	12	—	66 x	—	19	—	99	100	52	—	40
Swazilandia	295	23	0	4	17	89	34	42	94 x	89 x	73	49	52	56
Tailandia	8.604	13	—	16	13	60	—	10	—	—	94	78	—	57
Tayikistán	1.707	20	—	13	2	47	—	47	—	89	97	68	—	7
Timor-Leste	277	23	0	8	9	54 x	72	81	61	62	81	64	15	11
Togo	1.650	23	1	13	15	77	19	26	67	63	68	36	28	23
Tonga	24	23	4	5	2	30	29	27	92	95	—	—	13	10
Trinidad y Tabago	177	13	—	6 x	—	36 x	—	10 x	—	—	98 x	—	—	49 x
Túnez	1.618	14	—	1	1	7	—	27	—	98	107	78	—	15
Turkmenistán	959	18	—	5 x	2 x	21 x	—	37 x,y	—	96 x	87	82	—	4 x

TABLA 11. ADOLESCENTES

Países y zonas	Población adolescente		Adolescentes actualmente casados o en unión (%)		Nacimientos a los 18 años (%)	Tasa de partos entre las adolescentes	Justificación de golpear a la mujer entre los adolescentes (%)		Uso de medios de difusión entre los adolescentes (%)		Tasa bruta de matriculación en la secundaria de primer ciclo	Tasa bruta de matriculación en la secundaria superior	Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes (%)	
	Población de 10-19 años (miles)	Proporción del total de la población (%)	2010-2015*				2010-2015*	2009-2014*	2010-2014*				2010-2014*	
			hombre	mujer	hombre	mujer			hombre	mujer	hombre	mujer		
Turquía	13.397	17	–	7	6	29	–	10	–	–	140	95	–	–
Tuvalu	–	–	2 x	8 x	3 x	42 x	83 x	69 x	89 x	95 x	99	56	57 x	31 x
Ucrania	3.954	9	0	7	4	27	2	2	97	96	102	93	37	43
Uganda	9.603	25	2	20	33	140	52	62	88	82	31 x	14 x	36	36
Uruguay	508	15	–	7	–	60	–	3	–	–	110	71	–	36
Uzbekistán	5.148	17	–	5 x	2 x	26 x	63 x	63 x	–	–	99	136	–	27 x
Vanuatu	54	21	4	11	13	78	63	56	58	58	69	47	–	14 x
Venezuela (República Bolivariana de)	5.640	18	–	16	–	101	–	–	–	–	99	80	–	–
Viet Nam	13.588	15	–	10	5	36	–	28	–	97	94	–	–	51
Yemen	6.283	23	–	17	17	67	–	49	–	85	58	39	–	2 x,y
Zambia	3.863	24	1	17	31	145	41	49	75	69	63	–	42	39
Zimbabwe	3.504	22	2	25	22	120	37	50	66	64	67	36	49	51

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	230.815	23	2	24	27	122	40	51	63	56	50	35	32	26
África oriental y meridional	111.070	23	4	21	26	114	42	52	67	60	50	34	40	34
África occidental y central	110.324	23	1	27	29	130	39	49	59	53	49	36	27	21
África septentrional y Oriente Medio	81.187	18	–	14	9	52	–	50	–	–	89	63	–	4
Asia meridional	339.843	19	–	–	16 ‡	44	–	–	–	–	81	54	–	7 ‡
Asia Oriental y Pacífico	276.692	13	–	6	7 **	22	–	33 **	–	91 **	95	76	–	25 **
América Latina y el Caribe	110.944	18	3	11	26	74	–	–	–	–	104	80	–	–
ECE/CEI	50.538	12	–	7	4	29	–	12	–	–	98	99	–	–
Países menos adelantados	217.127	23	–	25	26	112	46	52	63	60	51	31	31	22
Mundo	1.192.785	16	–	14	18†**	50	–	–	–	–	85	66	–	21 ‡**

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 112 o visite <data.unicef.org/regionalclassifications >. No es aconsejable comparar los datos de las ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Adolescentes actualmente casados o en unión – Porcentaje de niños y niñas de 15 a 19 años que se encuentran casados o en unión en la actualidad. Este indicador trata de proporcionar un panorama general sobre el estado civil actual de los niños y niñas de este grupo de edad. Sin embargo, es importante señalar que aquellos que no están aún casados están todavía expuestos al riesgo de casarse antes de terminar la adolescencia.

Nacimientos a los 18 años – Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que dan a luz antes de cumplir los 18 años. Este indicador estandarizado, obtenido de encuestas basadas en la población, registra los niveles de fecundidad entre las adolescentes hasta los 18 años. Hay que señalar que los datos están basados en las respuestas dadas por mujeres de 20 a 24 años, que han dejado atrás el riesgo de dar a luz antes de los 18 años.

Tasa de partos entre las adolescentes – Número de nacimientos por cada 1.000 niñas adolescentes de 15 a 19 años.

Justificación de golpear a la mujer – Porcentaje de niños y niñas de 15 a 19 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.

Uso de los medios de difusión entre los adolescentes – El porcentaje de niños y niñas de 15 a 19 años que hacen uso de al menos uno de los siguientes medios de información, al menos una vez a la semana: periódicos, revistas, televisión o radio.

Tasa bruta de matriculación en la secundaria de primer ciclo – Número de niños matriculados en la escuela secundaria de primer ciclo, independientemente de su edad, expresado como porcentaje del número total de niños en edad oficial de recibir una educación secundaria de primer ciclo.

Tasa bruta de matriculación en la secundaria superior – Número de niños matriculados en la escuela secundaria superior, independientemente de su edad, expresado como porcentaje del número total de niños en edad oficial de recibir una educación secundaria superior.

Conocimiento amplio del VIH – Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) que identifican correctamente los dos sistemas principales para evitar la transmisión sexual del VIH (uso del preservativo y limitar la actividad sexual a un compañero fiel y no infectado), que rechazan los dos conceptos erróneos más comunes definidos localmente sobre la transmisión del VIH y que saben que una persona que parece saludable puede estar infectada con el VIH.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Población adolescente – División de Población de las Naciones Unidas.

Adolescentes actualmente casados o en unión – Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS), y otras encuestas y censos nacionales.

Nacimientos a los 18 años – DHS, MICS y otras encuestas nacionales.

Tasa de partos entre las adolescentes – División de Población de las Naciones Unidas.

Justificación de golpear a la mujer – DHS, MICS y otras encuestas nacionales.

Uso de los medios de difusión entre los adolescentes – DHS, MICS y otras encuestas nacionales.

Tasa bruta de matriculación – Instituto de Estadísticas de la UNESCO (IEU).

Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes – EIS, DHS, MICS, y otras encuestas nacionales en los hogares; DHS STATcompiler, www.statcompiler.com.

Los datos en bastardilla proceden de fuentes diferentes que los datos presentados para los mismos indicadores en otras tablas del informe.

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 estimados de los años anteriores a 2000.

y Datos referidos a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.

p Sobre la base de denominadores pequeños (normalmente 25-49 casos no ponderados). No se presentan datos de menos de 25 casos no ponderados.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

** No incluye China.

‡ No incluye la India

TABLA 14. DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

Países y zonas	Asistencia a la educación en la primera infancia 2005-2014*					Apoyo de los adultos al aprendizaje ** 2005-2014*					Apoyo del padre al aprendizaje ** 2005-2014*	Materiales de aprendizaje en el hogar 2005-2014*						Niños que reciben atención inadecuada 2005-2014*				
	total	hombre	mujer	Más pobres 20%	Más ricos 20%	total	hombre	mujer	Más pobres 20%	Más ricos 20%		Libros infantiles			Juegos**			total	hombre	mujer	Más pobres 20%	Más ricos 20%
												total	Más pobres 20%	Más ricos 20%	total	Más pobres 20%	Más ricos 20%					
Omán	29	-	-	-	-	81	-	-	-	-	22 y	25	-	-	75	-	-	45	-	-	-	-
Panamá	37	38	35	28	67	74	73	74	55	89	45	26	7	59	69	67	68	3	3	2	6	1
Qatar	41	41	41	-	-	88	89	88	-	-	85	40	-	-	55	-	-	12	12	11	-	-
República Árabe Siria	8	8	7	4	18	70	70	69	52	84	62	30	12	53	52	52	51	17	17	17	22	15
República Centroafricana	5	5	6	2	17	74	74	74	70	78	42	1	0	3	49	41	51	61	60	62	58	60
República de Moldova	71	74	67	50	88	89	86	92	81	95	47	68	33	87	68	75	69	6	6	6	9	5
República Democrática del Congo	7 y	7 y	7 y	1 y	20 y	52 y	55 y	48 y	45 y	64 y	4 y	1 y	0 y	2 y	27 y	18 y	49 y	49 y	50 y	48 y	57 y	29 y
República Democrática Popular Lao	23	21	25	5	73	57	58	57	42	87	52	5	1	24	41	29	50	14	15	13	20	8
República Dominicana	40	-	-	-	-	58	-	-	-	-	6 y	10	-	-	57	-	-	5	-	-	-	-
República Popular Democrática de Corea	98	98	97	-	-	91	88	93	-	-	75	79	-	-	47	-	-	17	17	16	-	-
Santa Lucía	85	87	84	-	-	93	89	96	-	-	50	68	-	-	59	-	-	5	5	5	-	-
Santo Tomé y Príncipe	36	-	-	-	-	63	-	-	-	-	3 y	6	-	-	65	-	-	16	-	-	-	-
Senegal	22 y	23 y	21 y	7 y	43 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Serbia	50	52	49	9	82	96	95	96	87	98	37 y	72	44	83	75	78	76	1	2	1	3	2
Sierra Leona	14	13	15	5	42	54	53	55	45	79	42	2	0	10	35	24	50	32	33	32	29	28
Somalia	2	2	2	1	6	79	80	79	76	85	48	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudáfrica	37 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sudán	22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	46	-	-	-	-	-	-	-
Sudán del Sur	6	6	6	2	13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suriname	34	33	35	16	63	73	71	75	56	91	26	25	4	61	59	61	60	7	7	7	9	8
Swazilandia	30	-	-	-	-	39	-	-	-	-	2 y	6	-	-	67	-	-	17	-	-	-	-
Tailandia	84	84	85	85	82	93	92	93	87	96	35	43	24	71	71	69	70	5	5	4	7	2
Tayikistán	6	-	-	-	-	74	73	74	56	86	23	17	4	33	46	43	44	13	13	12	15	11
Togo	26 y	26 y	26 y	15 y	52 y	25 y	25 y	25 y	20 y	42 y	21 y	1 y	0 y	3 y	34 y	22 y	48 y	29 y	26 y	33 y	36 y	26 y
Trinidad y Tabago	75	74	76	65	87	98	98	98	96	100	63	81	66	93	65	63	72	1	1	1	2	0
Túnez	44	42	47	13	81	71	68	74	44	90	71	18	3	40	53	46	56	13	13	14	18	9
Turkmenistán	24	23	26	10	64	93	93	92	92	96	66	42	24	65	61	64	48	15	15	16	18	10
Ucrania	52	54	50	30	68	98	97	98	95	99	71	91	92	92	52	61	51	7	6	7	11	5
Uruguay	81	83	80	-	-	93	94	91	-	-	66 y	59	-	-	75	-	-	3	3	3	-	-
Uzbekistán	20	20	19	5	46	91	91	90	83	95	54	43	32	59	67	74	62	5	5	5	6	7
Venezuela (República Bolivariana de)	66 y	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Viet Nam	71	74	69	53	86	76	76	76	52	96	15 y	26	6	58	52	44	54	7	6	8	14	2
Yemen	3	3	3	0	8	33	34	32	16	56	37	10	4	31	49	45	49	34	36	33	46	22
Zimbabwe	22	20	23	17	34	43	43	43	35	59	3 y	3	1	12	62	48	74	19	19	18	25	7

DATOS CONSOLIDADOS

África subsahariana	25	-	-	-	-	51	-	-	-	-	24	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África oriental y meridional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
África occidental y central	26	28	21	8	53	52	56	48	43	72	25	4	0	13	38	28	48	41	42	42	44	34
África septentrional y Oriente Medio	23	25	21	13	35	63	60	66	-	-	60	16	-	-	45	-	-	11	11	11	14	8
Asia meridional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia Oriental y Pacífico	34 **	36 **	32 **	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
América Latina y el Caribe	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ECE/CEI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países menos adelantados	13	13	12	7	25	57	57	63	50	72	21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mundo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 112 o visite <data.unicef.org/regionalclassifications>. No es aconsejable comparar los datos de las ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la Infancia*.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Asistencia a la educación 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.

Apoyo de los adultos al aprendizaje – Proporción de niños 36 a 59 meses de edad con los que 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 tres días: a) leer libros con el niño, b) contar cuentos al niño, c) cantar canciones al niño, d) sacar al niño fuera del hogar, e) jugar con el niño y f) nombrar, contar o dibujar cosas con el niño.

Apoyo del padre al aprendizaje – Porcentaje de niños de 36 a 59 meses de edad cuyo padre ha participado en una o más de las siguientes actividades para promover el aprendizaje y la preparación para la escuela en los últimos tres días: a) leer libros con el niño, b) contar cuentos al niño, c) cantar canciones al niño, d) sacar al niño fuera del hogar, e) jugar con el niño y f) nombrar, contar o dibujar cosas con el niño.

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 atención 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 educación en la primera infancia – Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras encuestas nacionales.

Apoyo de los adultos al aprendizaje – DHS, MICS y otras encuestas nacionales.

Apoyo del padre al aprendizaje – DHS, MICS y otras encuestas nacionales.

Materiales de aprendizaje en el hogar: libros infantiles – DHS, MICS y otras encuestas nacionales.

Materiales de aprendizaje en el hogar: juguetes – DHS, MICS y otras encuestas nacionales.

Niños que reciben atención inadecuada – DHS, MICS y otras encuestas nacionales.

NOTAS

- Datos no disponibles.
- 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.
- 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.
- * Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.
- ++ Los cambios en las definiciones de varios indicadores sobre el desarrollo en la primera infancia se realizaron entre la tercera y cuarta rondas de MICS (MICS3 y MICS4). Con el fin de permitir la comparabilidad con las MICS4, los datos de las MICS3 sobre los indicadores relativos al apoyo de los adultos al aprendizaje, al apoyo del padre al aprendizaje y al aprendizaje en el hogar (juguetes) se volvieron a calcular según las definiciones de los indicadores de las MICS4. Por lo tanto, los datos recalculados que aquí se presentan diferirán de las estimaciones registradas en los informes nacionales de las MICS3.

“Si echamos un vistazo al mundo de hoy, tenemos que enfrentarnos a una verdad incómoda pero innegable: las vidas de millones de niños están malogradas por el solo hecho de haber nacido en un país, en una comunidad, con un género o en determinadas circunstancias.

Y, como muestran los datos que aparecen en este informe, a menos que aceleramos el ritmo para llegar a ellos, el futuro de millones de niños desfavorecidos y vulnerables –y, por tanto, el futuro de sus sociedades– se encuentra en peligro.”

Anthony Lake, Director Ejecutivo de UNICEF



Publicado por UNICEF
División de Comunicaciones
3 United Nations Plaza
Nueva York, NY 10017, USA

ISBN: 978-92-806-4840-9

pubdoc@unicef.org
www.unicef.org

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Junio de 2016