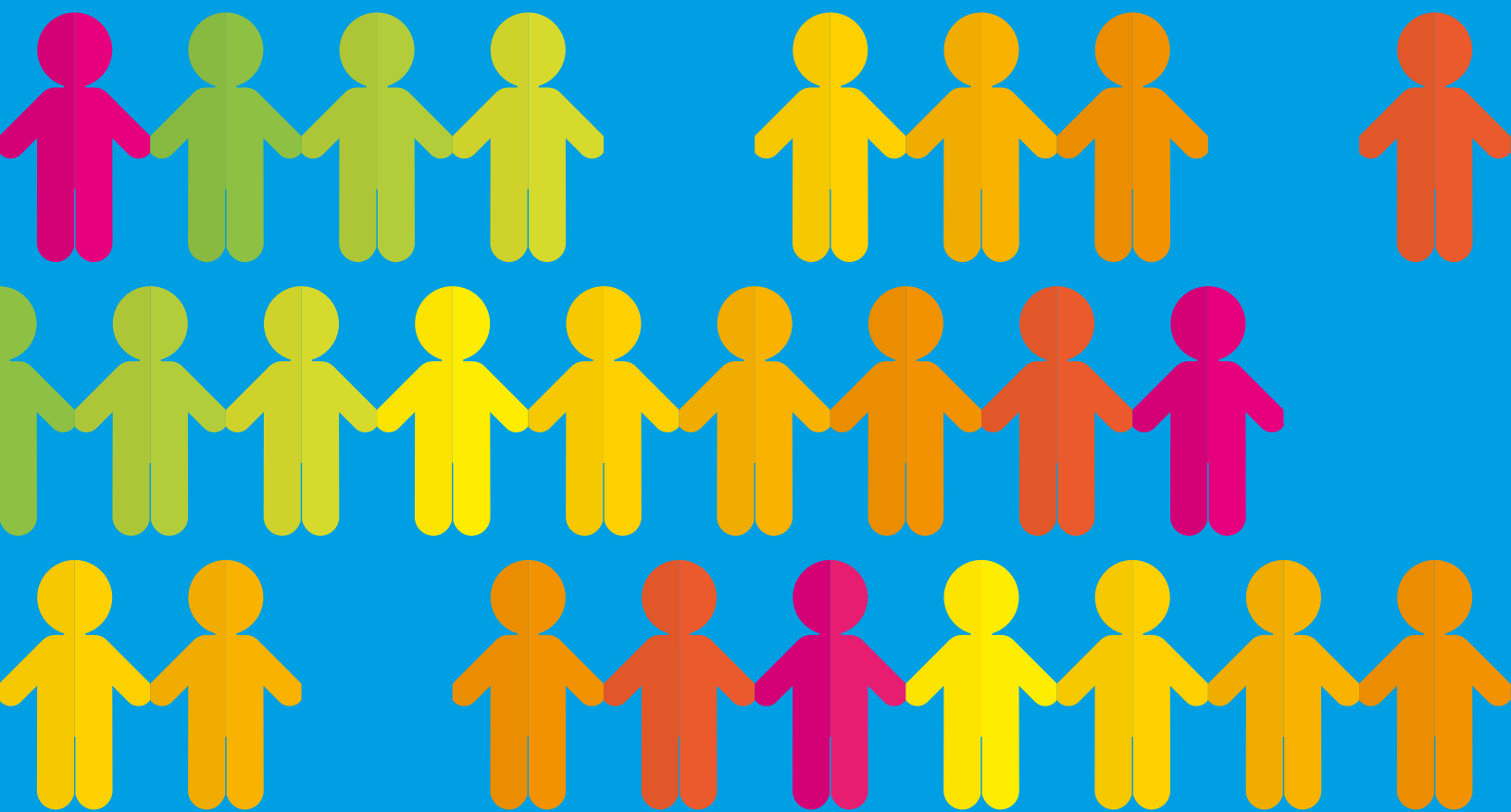


NÚMERO 11 | 2015

PROGRESO PARA LA INFANCIA

MÁS ALLÁ DE
LOS PROMEDIOS:
LECCIONES DE LOS ODM



DESARROLLO EDITORIAL

Kai Bucher, Tara Dooley, Céline Little, Claudia Gonzalez Romo, Zahra Sethna, Jordan Tamagni

DATOS, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS

Agbessi Amouzou, Robert Bain, David Brown, Claudia Cappa, Liliana Carvajal, Archana Dwivedi, Karoline Hassfurter, Hiroyuki Hattori, Lucia Hug, Priscilla Idele, Claes Johansson, Julia Krasevec, George Laryea Adjei, Padraic Murphy, Colleen Murray, Holly Newby, Rada Noeva, Jeffrey O'Malley, Khin Wityee Oo, Nicole Petrowski, Tyler Porth, Shahrouh Sharif, Tom Slaymaker, Chiho Suzuki, Daniel Vadnais, Tessa Wardlaw, Danzhen You

ORIENTACIÓN DE PROGRAMAS Y POLÍTICAS

Pia Britto, Antonio Franco Garcia, Katherine Holland, Ken Legins, Vivian Lopez, Maniza Zaman, Jennifer Yablonski, Yarlina Balarajan, Josephine Bourne, Lisa Bender, Mathieu Brossard, Manuel Cardoso, Theresa Diaz, Nora Fyles, Ayanna Marie Harrison, Changu Mannathoko, Aarti Saihjee, Robert Kezzala, Kim Dickson, Mark Young, Valentina Buj, Craig McClure, Chewe Luo, Susan Kasedde, Thomas Fenn, Sostena Romano, Thilly De Bodt, Amaya Gillespie, Andrew Trevett, Alyssa Sharkey, Debra Jackson, Evangelia Grammatikaki

TRADUCCIÓN

Marc Chalamet, Carlos Perellón

PRODUCCIÓN Y DIFUSIÓN

Germain Ake, Ernest Califra, Hirut Gebre-Egziabier, Yasmine Hage, Charlotte Rutsch, Ami Pradhan, Anne Santiago, Nogel S. Viyar, Samantha Wauchope, Judith Yemane

AGRADECIMIENTO ESPECIAL

Asesores: David Anthony, Colin Kirk, Catherine Langevin-Falcon, Matthew Varghese, Frank Borge Wietzke

Comunicación, Medios de difusión y digital: Nigina Baykabalova, Kwame Boyce, Edward Carwardine, Kate Donovan, Paloma Escudero, Sara Felsenstein, Elissa Jobson, Ueli Johner, Najwa Mekki, Christine Nesbitt, Rebecca Obstler, Hugh Reilly, Kristin Taylor, Sophia Tewa, Georgina Thompson, Tanya Turkovich, Rita Ann Wallace

Diseño: Soapbox, www.soapbox.co.uk

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

Junio de 2015

Para reproducir cualquier sección de esta publicación es necesario solicitar permiso. 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

Atención: Permisos

3 UN Plaza, NY, NY 10017, EE.UU.

Tel: 212 326 7434

Correo electrónico: nyhqdoc.permit@unicef.org

Para obtener los últimos datos, visite data.unicef.org

ISBN: 978-92-806-4807-2

Fotografías:

Página 4: © UNICEF/INDA2014-00687/Singh

Página 8: © UNICEF/INDA2013-00373/Romana

Página 16: © UNICEF/NYHQ2009-0224/Estey

Página 20: © UNICEF/NYHQ2008-1591/Pirozzi

Página 24: © UNICEF/NYHQ2010-1249/Volpe

Página 30: © UNICEF/BRDA2013-00028/Colfs

Página 36: © UNICEF/HIVA2015-0008/Schermbrucker

Página 44: © UNICEF/UKLA2013-00946/Schermbrucker

Página 50: © UNICEF/ZIMA2011-00015/Pirozzi

PROGRESO PARA LA INFANCIA

Más allá de los promedios:
Lecciones de los ODM

NUMÉRO 11, 2015

CONTENIDO

Prefacio	iii
Introducción	1
Nutrición y pobreza	9
Educación primaria	17
Igualdad entre los géneros	21
Mortalidad infantil	25
Salud materna	31
VIH/SIDA y paludismo	37
Agua y saneamiento	45
Desarrollo en la primera infancia	51
Matrimonio infantil	55
Datos sobre la situación de la infancia: 1990 a 2015	58
Nota general sobre los datos	60
Notas	62
Clasificaciones regionales	62

PREFACIO

LO QUE NOS ENSEÑAN LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

“Tenemos un deber que cumplir respecto de todos los habitantes del planeta, en especial los más vulnerables y, en particular, los niños del mundo, a los que pertenece el futuro.”

La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas

Con estas palabras, que los gobiernos mundiales afirmaban al comenzar el nuevo milenio, la comunidad mundial decidía lograr un cambio a gran escala para millones de personas; construir un mundo más pacífico, próspero y justo para los niños que lo heredarán y para todas las generaciones venideras.

Y desde 2000, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) han contribuido a impulsar un progreso impresionante en pro de la infancia, demostrando así lo que se puede conseguir cuando los esfuerzos mundiales se aúnan en torno a unos objetivos comunes concretos.

Gran parte de ese progreso se recoge en las páginas de este informe. No son meras estadísticas. Cada niño al que se salva de la enfermedad o de la desnutrición, cada bebé al que se protege frente al VIH, cada niña que asiste a la escuela, cada comunidad que disfruta de una fuente de agua más segura, cada familia que escapa a la pobreza atrozadora... constituye una victoria.

Pero a la vez que celebramos estos éxitos, no podemos –y no debemos– ignorar los fracasos.

Porque pese al progreso logrado hemos fracasado con millones de niños: los más vulnerables, a quienes debemos nuestros mayores esfuerzos. Y mientras que se han reducido algunas desigualdades, otras han persistido y en algunos casos hasta se han intensificado, incluso en países donde se registraba una mejoría a escala nacional.

¿Qué es lo que esto nos enseña?

El problema no es el que pensamos: que hemos sido demasiado ambiciosos o que nuestras expectativas eran demasiado elevadas y por eso no conseguimos llegar a todos los niños y niñas a los que se pretendía.

El problema no ha sido un exceso de ambición. Es que no hemos sido lo bastante ambiciosos.

Al fijar unas metas mundiales generales, los ODM invitaron involuntariamente a los países a que midieran el progreso mediante los promedios nacionales. Así pues, en el afán de lograr ese progreso, muchos países se centraron en los niños, niñas y comunidades a los que era más fácil llegar, no en los que más lo necesitaban, frenando quizás de ese modo el progreso nacional en lugar de impulsarlo.

Esto se debió a que nuestro enfoque no era lo bastante estratégico. Si bien antaño se asumía que la idea de llegar a los sectores más difíciles de alcanzar no era realista, en la actualidad sabemos que invertir en los niños más desfavorecidos puede ser de hecho más rentable, como informamos en las páginas del estudio realizado en 2010, *Reducir las diferencias para alcanzar los objetivos*. En los cinco años transcurridos desde entonces han ido surgiendo más y más pruebas que revelan que los planteamientos de equidad –basados en el desglose de los datos y en la orientación de los programas para llegar a los más desfavorecidos y para superar las barreras que los excluyen de servicios vitales– puede acelerar el progreso.

Por otra parte, nuestras miras no eran lo bastante amplias. Los datos que figuran en este informe revelan que el progreso equitativo es más que posible. Se está consiguiendo. La programación basada en la equidad puede marcar una diferencia enorme en las vidas de millones de niños. Es posible reducir las diferencias entre los que no carecen de casi nada y los que carecen de casi todo.

¿Por qué es esto importante? Porque la desigualdad de hoy asienta los cimientos de las disparidades del mañana. Cuando

persisten las diferencias de oportunidades –entre los hogares prósperos y pobres, las comunidades urbanas y rurales, los niños y las niñas, los grupos mayoritarios y las minorías– se perpetúan los ciclos generacionales de privación y desventaja y se profundizan brechas sociales que nos perjudican a todos.

Publicamos este informe en un momento en que la comunidad mundial se preocupa cada vez más por los costes sociales, económicos, políticos y humanos de la desigualdad. Los medios de comunicación están llenos de historias sobre cómo la esperanza de vida de un niño puede disminuir por el mero hecho de haber nacido en una zona distinta de la misma ciudad afectada por desigualdades económicas, étnicas y sociales, o sobre el vertiginoso aumento del desempleo y de las bandas violentas entre los jóvenes a los que se priva de una educación de calidad o de la oportunidad de participar.

Y estos ejemplos a menudo provienen de países prósperos. La desigualdad es una enfermedad cuyos síntomas pueden detectarse prácticamente en todas las sociedades; que se mide en las vidas y en las oportunidades perdidas y que se caracteriza por una productividad menor, por un crecimiento más lento y por un clima de resentimiento social.

Pero tal como escribía recientemente el economista Joseph Stiglitz, la desigualdad no es inevitable. Es una enfermedad que puede curarse, pero solo si abordamos su principal causa: la desigualdad de oportunidades, que limita el futuro de los niños y niñas desde los primeros días de su vida.

Todos los niños merecen una oportunidad en la vida. De ello depende nuestro futuro. Ahora que la comunidad mundial aúna voluntades en torno a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, nuestro primer objetivo debería ser llegar a los niños y niñas que han quedado rezagados cuando tratábamos de lograr los ODM.

Eso implica esforzarse más en recabar datos y en emplearlos para averiguar quiénes son los niños más vulnerables y excluidos y dónde están. Significa superar los obstáculos que dificultan su progreso, en especial fortaleciendo los sistemas locales sanitarios, educativos y de protección social. Significa

concebir programas, servicios e inversiones orientados directamente a las necesidades de los más desfavorecidos. Y significa medir nuestro progreso hacia los objetivos de desarrollo generales no solo en función de los promedios estadísticos, sino también del grado en que ese progreso beneficia a los niños y niñas más desfavorecidos.

Pues para que el desarrollo sea de verdad sostenible ha de ser realmente equitativo y tratar de llegar a toda la infancia. Porque si los niños y niñas gozan de igualdad de oportunidades, a su vez crearán oportunidades mejores para sus propios hijos y para las generaciones subsiguientes.

Esto no puede contemplarse como algo opcional. Lo que está en juego es enorme, como también lo son las necesidades, sobre todo con la rapidez del crecimiento demográfico en los lugares donde ya de por sí la infancia padece las mayores desventajas, con los efectos del cambio climático, cada vez más intensos, y con la ola creciente de conflictos, desastres y otras emergencias humanitarias que afecta a millones de niños y niñas cada año...

Gracias a la innovación, a las nuevas tecnologías, a que contamos con datos más precisos sobre la vida y las necesidades de los niños y niñas más desfavorecidos, y con medios de colaboración más eficaces, está aumentando nuestra capacidad de llegar a los más vulnerables. Y de ayudarlos a ellos a llegar a nosotros y a lograr que sus gobiernos escuchen sus voces.

Ahora tenemos la oportunidad de aprender la lección que nos enseñan los ODM y de poner fin a los círculos viciosos de la marginación intergeneracional, instaurando un círculo virtuoso de oportunidades de desarrollo que realmente sea sostenible.

Es el momento de aprovechar esa oportunidad. Si no lo hacemos, tendremos que rendir cuentas a las futuras generaciones, porque nos pedirán responsabilidades.



Anthony Lake
Director Ejecutivo
UNICEF

INTRODUCCIÓN

La probabilidad de que un niño sobreviva y prospere es mucho mayor en 2015 de lo que era cuando la comunidad mundial se comprometió con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en 2000.

Los datos indican que ha habido avances significativos en la supervivencia infantil, la nutrición, la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo y la matriculación en la escuela primaria, entre otras esferas. Pero aunque se trata de logros extraordinarios, solo representan una parte de la historia.

El presente informe revela también progresos en favor de los más vulnerables, lo que demuestra que es posible lograr un mundo más equitativo. Pero a pesar de estos progresos, millones de los niños más necesitados han quedado excluidos, los niños más marginados y vulnerables cuyos futuros los ODM tenían como propósito defender.

Por ejemplo, la probabilidad de que los niños pertenecientes a los hogares más pobres de la población nazcan con asistencia de personal obstétrico cualificado equivale a un tercio de la de los niños que pertenecen al quintil más rico, y su probabilidad de morir antes de cumplir 5 años es el doble de la de los niños de los hogares más prósperos. Además, es mucho menos probable que alcancen un nivel mínimo de aprendizaje.

Dejar a estos niños excluidos tiene graves consecuencias, no sólo para ellos como individuos, sino para la solidez y la estabilidad de sus países a largo plazo. El mundo tiene la posibilidad de reducir notablemente la diferencia de oportunidades entre los niños en el transcurso de una generación, siempre y cuando abordemos los factores de los cuales depende la situación de desventaja. Esto implica invertir en programas y políticas centrados en la equidad y basados en datos sólidos que identifiquen a los niños excluidos. También exige mentalidad innovadora, mejores métodos para la participación de la comunidad, y sistemas más eficaces de salud, educación y protección.

Al extraer lecciones de los éxitos y los fracasos de los últimos 15 años y definir

un rumbo para conquistar los Objetivos de Desarrollo Sostenible, será preciso hacer una elección: ¿Centrarnos en la meta de llegar a los niños más difíciles de alcanzar o excluirlos de nuevo? Tomar ahora la decisión correcta es nuestra mejor posibilidad de conseguir un futuro sostenible para las generaciones venideras.

UN COMIENZO JUSTO EN LA VIDA

Antes de ver la luz por primera vez, una serie de circunstancias que están fuera de su control determinan las posibilidades en la vida de cualquier niño: su género, su lugar de nacimiento y la situación social y económica de su familia.

Un comienzo marcado por la pobreza puede dejar huellas indelebles en el niño. Ya sea que sobreviva o que muera a causa de alguna enfermedad de la infancia; que reciba lo que necesita física y mentalmente para desarrollarse de una manera sana o que carezca de ello; que esté protegido contra los riesgos o expuesto a ellos, las consecuencias a largo plazo revisten suma importancia para la solidez de su sociedad.

Los ODM definieron metas en función de las cuales se debían medir los progresos en beneficio de la infancia y exigir cuentas a la comunidad mundial. Casi 15 años de esfuerzos concertados se han traducido en enormes avances que han permitido a millones de niños y niñas tener un mejor comienzo en la vida.

Como muestra este informe, un niño que nace hoy tiene muchísimas más ventajas de las que habría tenido una generación atrás. Tiene muchas más probabilidades de llegar a su quinto cumpleaños, menos probabilidades de presentar retraso en el crecimiento y más probabilidades de asistir a la escuela. Recibir una educación disminuye su probabilidad de contraer matrimonio en la infancia, al igual que el riesgo de convertirse en padre o madre a temprana edad. Así mismo, aumenta la probabilidad de que sus propios hijos gocen de buena salud y de educación¹.

Aun cuando persisten grandes disparidades, se han registrado notables progresos en favor de los grupos vulnerables. La supervivencia infantil entre las familias pobres ha sido mayor en términos absolutos que entre las familias ricas. Las diferencias entre los niños que viven en hogares del medio urbano y del medio rural con respecto a las tasas de retraso en el crecimiento, la prevención del paludismo y el acceso a un saneamiento mejorado son menores. Y en cuatro regiones del mundo se ha alcanzado la paridad de género en la educación primaria, mientras que en la actualidad hay más estudiantes – tanto de familias ricas como pobres– en todas las regiones.

Pero los datos también revelan con toda claridad que millones de los niños y las niñas más vulnerables del mundo han quedado marginados.

Numerosos indicadores –como la atención prenatal, la educación preescolar y el matrimonio precoz– muestran que las diferencias entre las personas favorecidas y las desfavorecidas siguen siendo inmensas. En África y Asia meridional, las dos regiones donde vive la mitad de los niños del mundo, los problemas que subsisten generalmente afectan de un modo desproporcionado a los niños y las comunidades más pobres y desfavorecidos. Pese a que estas desigualdades se observan en todas las regiones, los cambios demográficos en África y Asia meridional amenazan con elevar el número de niños y niñas en condición de desventaja².

De no brindar oportunidades básicas a los niños más pobres, podrían quedar aún más marginados y la brecha en materia de equidad podría ampliarse. A medida que los niños crecen, las desigualdades entre ellos se manifiestan con frecuencia por una mala salud, un rendimiento escolar deficiente y unas tasas más altas de desempleo³. Con el tiempo, estos resultados desiguales repercuten en el crecimiento económico y la prosperidad general⁴.

Invertir en ofrecer a todos los niños y las niñas una oportunidad justa equivale a invertir en buscar solución a las desigualdades, lo que conlleva la posibilidad de que tanto los niños como las sociedades obtengan beneficios inmediatos y a largo plazo. En esta undécima

edición de *Progreso para la infancia* se presentan datos que reflejan los avances para hacer realidad esta aspiración.

LOGROS MUNDIALES, PERO NO PARA TODA LA NIÑEZ

Los ODM proporcionaron a los países en 1990 una dirección –un propósito– y una base de referencia para cuantificar los logros. Pero, en muchos casos, los promedios mundiales ocultaban diferencias en los planos regional, nacional y subnacional. Por esto, y debido en parte a que la falta de esfuerzos concertados para seguir de cerca los resultados de los diferentes grupos pudo llevar a que las desigualdades pasaran inadvertidas, millones de los niños y las niñas más desfavorecidos quedaron marginados, a pesar de los éxitos obtenidos durante el período de los ODM.

Por ejemplo, datos de 1990 y previstos para 2015 muestran lo siguiente:

- Los niños que pertenecen al quintil más pobre tienen el doble de posibilidades de morir antes de cumplir 5 años que los niños del quintil más próspero.
- En todas las regiones, los niños de las familias más pobres tienen muchas menos posibilidades que los niños de los hogares más ricos de alcanzar un nivel mínimo de aprendizaje.
- En la mayoría de los países de África subsahariana, las niñas de las familias más pobres siguen en condición desventajosa en lo que se refiere a asistencia a la escuela.
- El VIH afecta de forma desproporcionada a las niñas adolescentes; en efecto, en 2013 cerca de dos tercios de todos los nuevos casos de infección en la adolescencia correspondieron a niñas en este grupo de edad⁵.
- Las desigualdades en salud materna son persistentes y profundas. Las mujeres del quintil más rico tenían casi tres veces más probabilidades de dar a luz con asistencia de personal sanitario calificado que las mujeres del quintil más pobre. Esta situación no ha cambiado en 15 años.
- En el transcurso de aproximadamente dos decenios, la brecha en los niveles mundiales de matrimonio a temprana edad entre las mujeres del quintil más rico y el más pobre se ha ampliado considerablemente.

Progresos y desigualdades en la infancia...

NUTRICIÓN

La tasa de retraso en el crecimiento ha disminuido en un **41%**



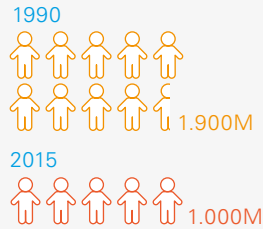
Sin embargo, hoy día...

Los niños de las zonas rurales tienen más probabilidades de padecer retraso en el crecimiento que los niños de zonas urbanas.



POBREZA

Número de personas que viven en la pobreza absoluta.



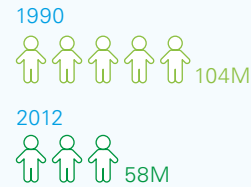
Sin embargo, hoy día...

El **47%** de las personas que viven en la pobreza extrema son menores de 18 años.



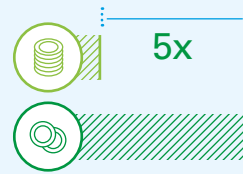
EDUCACIÓN PRIMARIA

Cantidad de niños desescolarizados.



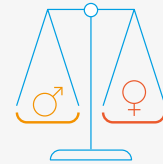
Sin embargo, hoy día...

Los niños más pobres tienen más probabilidades de estar desescolarizados que los más ricos.



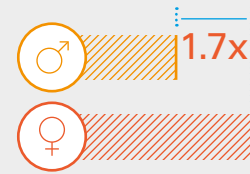
IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS

Desde 1990, cuatro regiones han alcanzado el nivel básico de igualdad entre los géneros.



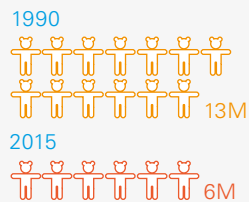
Sin embargo, hoy día...

Las niñas jóvenes son mucho más proclives a ser analfabetas que los chicos.



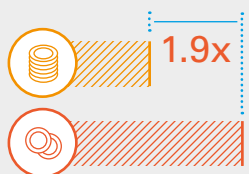
MORTALIDAD INFANTIL

El número de muertes de menores de cinco años se ha reducido en un **53%**



Sin embargo, hoy día...

Los niños más pobres tienen más probabilidades de morir antes de cumplir 5 años que los más ricos.



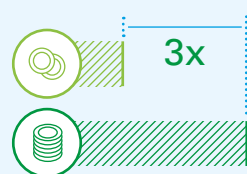
SALUD MATERNA

La tasa de mortalidad de las madres ha disminuido en un **45%** desde 1990.



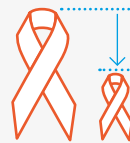
Sin embargo, hoy día...

Las mujeres más ricas tienen más probabilidades de dar a luz con asistencia de un profesional que las mujeres más pobres.



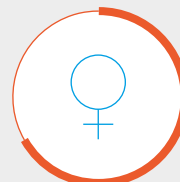
VIH

Se ha reducido en un **58%** el número de nuevas infecciones por VIH (desde 2001, en edades comprendidas entre 0 y 14 años).



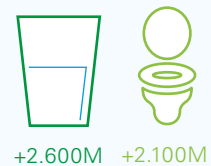
Sin embargo, hoy día...

Dos tercios de los adolescentes (entre 15 y 19 años) que se infectan son niñas.



AGUA Y SANEAMIENTO

Personas que han obtenido acceso a agua potable mejorada y unas instalaciones de saneamiento desde 1990.



Sin embargo, hoy día...

El **90%** de las personas que aún utilizan aguas de superficie vive en zonas rurales.



DATOS PARA TODOS LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

Los avances hacia el logro de los ODM se deben a la voluntad política y a la determinación de las comunidades de mejorar sus propias vidas. Pero también obedecen, en gran parte, a la fiabilidad, disponibilidad y rigor de los datos, que han mejorado exponencialmente desde 1990.

Buena parte de los progresos en materia de datos durante los últimos dos decenios se deriva de la innovación y rápida expansión de los programas internacionales de encuestas por hogares, como la Encuesta a Base de Indicadores Múltiples de UNICEF. Estos programas son fundamentales para hacer seguimiento a las iniciativas sobre equidad, mediante el desglose de los datos por nivel económico, zona geográfica, género, origen étnico, idioma, religión, edad y otros factores que pueden constituirse en desventajas. Las encuestas por hogares han proporcionado conocimientos –más allá del simple desglose de los datos– sobre las

vidas y las actitudes de los adolescentes, que han ayudado a mejorar la programación en torno a cuestiones de género, como la ablación o mutilación genital femenina.

Desde 1990, el aumento sin precedentes de los datos ha permitido mejorar los informes y la supervisión, y ha contribuido al diseño de políticas y programas enfocados en las poblaciones desatendidas. Además, los datos proporcionan pruebas a la sociedad civil para abogar en pro de la niñez y a los ciudadanos, para exigir cuentas a sus gobiernos.

Aunque la cantidad, la calidad y el análisis de los datos evidencian importantes progresos, nuestro conocimiento de los niños más necesitados sigue siendo muy deficiente, al igual que nuestra capacidad para medir los resultados de los esfuerzos para llegar a ellos. A fin de que estos niños puedan hacer oír sus voces –es decir, a fin de que estos niños cuenten–, debemos invertir colectivamente en mejorar los métodos y sistemas de recopilación de datos.



LAS REPERCUSIONES DE UN MUNDO CAMBIANTE SOBRE LOS NIÑOS MÁS DESFAVORECIDOS

Los datos pueden mostrar hasta qué punto los niños más desfavorecidos y marginados carecen de las mismas oportunidades que los demás. Así mismo, los datos pueden expresar las tendencias que están configurando el mundo en el que viven hoy los niños y en el que vivirán en el futuro. Desde el crecimiento de la población hasta los efectos de los conflictos violentos crónicos, pasando por los adelantos tecnológicos y el cambio climático, la manera en que el mundo se adapte a las siguientes tendencias tendrá consecuencias vitales para el futuro de la infancia.

Crecimiento de la población

Se prevé que para 2030 la población mundial habrá aumentado en 1.000 millones de habitantes y que para 2050 llegará a 9.500 millones⁶. La población mundial menor de 18 años crecerá apenas un 5%, pasando de 2.200 millones en 2015 a 2.400 millones en 2030, y en 2050 permanecerá en un nivel similar⁷. Mientras que en otras regiones la población infantil disminuye o se mantiene constante, se prevé un drástico crecimiento en África subsahariana⁸. Para 2030, alrededor de una de cada cuatro personas menores de 18 años –y una de cada tres personas menores de 5 años⁹– vivirá en esa región¹⁰.

Estos cambios demográficos tienen posibles ventajas; sin embargo, es necesario hacer inversiones para ampliar y mejorar la atención en salud, la educación y la protección, teniendo en cuenta el aumento previsto en el número de nacidos vivos y en la población infantil en muchos países de África subsahariana. Por ejemplo, a fin de mantener en 2030 la misma cobertura de asistencia calificada durante el parto que en 2012 (53%), deben atenderse aproximadamente 25 millones de partos; es decir, 7 millones más que los 18 millones de 2012, lo que requiere mucho más personal sanitario y centros de salud.

Urbanización

El mundo se urbaniza cada vez más. Según cálculos, en las ciudades de África y Asia vivirán 2.500 millones de personas más en 2050, lo que representa casi un 90% del incremento mundial en la población urbana¹¹. En 2018 vivirá en Asia más gente en las zonas urbanas que en las zonas rurales, y África experimentará este cambio en 2037¹². ¿Cómo puede estar seguro el mundo de que esa transición no supondrá la marginación de los más vulnerables? Sin la capacidad para identificar y saber cómo es la vida de los niños de los barrios marginales urbanos, ¿cómo podremos satisfacer sus necesidades?

Adelantos tecnológicos

Los niños y las niñas más pobres y marginados suelen vivir en comunidades de difícil acceso desde el punto de vista geográfico. Gracias a las nuevas tecnologías, la aplicación de un enfoque basado en la equidad es ahora más factible que nunca. La tecnología móvil está facilitando el acceso a la salud y la educación de quienes viven en zonas remotas, y el auge de las redes sociales está transformando la forma en que la gente intercambia ideas, colabora y se organiza¹³. Los innovadores se están basando en fuentes no convencionales de conocimiento y colaboración, están alterando procesos y estructuras establecidos, y están utilizando creativamente los recursos disponibles para generar soluciones prácticas que redunden en mejor calidad o mayor impacto a menor costo¹⁴.

Conflictos

Las repercusiones de los conflictos ponen de relieve la urgente necesidad de un enfoque equitativo hacia el desarrollo. El progreso en favor de la infancia, por ejemplo en el ámbito de la educación, ha sido más lento en Estados frágiles y afectados por conflictos, y los niños y las familias más marginados llevan la peor parte. En los países que sufren conflictos¹⁵, los niños y los jóvenes tienen más probabilidades de ser pobres y de estar desescolarizados y en malas condiciones de nutrición y salud. No es inusual que la interacción entre el conflicto, la pobreza y la discriminación agrave aún más las consecuencias para los niños¹⁶.

Se estima que, a nivel mundial, 230 millones de niños y niñas viven actualmente en países y zonas afectados por conflictos armados¹⁷. Estos niños con frecuencia son testigos y víctimas de episodios de violencia, o se les obliga por la fuerza a unirse a los grupos armados. Con menos acceso a servicios de salud, a una nutrición adecuada, a agua salubre y a saneamiento, su vulnerabilidad a las enfermedades aumenta. Desplazados de sus hogares u obligados a huir de sus países, tienen una alta probabilidad de encontrarse desescolarizados. Y si resultan separados de sus familias, corren un mayor riesgo de ser víctimas de explotación, abuso y violencia.

Epidemias y otras emergencias

En cualquier momento pueden desencadenarse brotes de enfermedades, con resultados potencialmente catastróficos para las comunidades, los países y las regiones con los sistemas sanitarios menos desarrollados. Los más pobres soportan los peores efectos a largo plazo de estas emergencias¹⁸. La propagación del virus del ébola –que hasta el día de hoy ha puesto en riesgo a 9,8 millones de niños y jóvenes menores de 20 años¹⁹– se aceleró porque los sistemas sanitarios de los países más golpeados no disponen de recursos adecuados. La falta de conocimientos, capacidad e instalaciones apropiados, así como las malas prácticas de higiene y saneamiento, son algunos de los factores que impiden a los países afectados combatir la enfermedad. Los sistemas de salud más fuertes que se centran en las personas en

mayor riesgo pueden reducir drásticamente la vulnerabilidad de los países a las emergencias sanitarias de mayor gravedad.

Los desastres naturales y el cambio climático constituyen nuevas amenazas a los logros obtenidos hasta ahora en pro de los niños. Entre 1990 y 2000, los desastres ocasionados por el cambio climático afectaron todos los años a cerca de 66,5 millones de niños y niñas, de los cuales 600.000 perdieron la vida. Se prevé que, en el próximo decenio, el número de niños afectados todos los años llegará a 175 millones²⁰. Desde el terremoto en Haití hasta el tifón Haiyan en Filipinas, las consecuencias de los desastres sobre los países y las comunidades se sienten durante generaciones. Y al igual que en los conflictos, quienes soportan los mayores sufrimientos a causa de los riesgos naturales, los cambios en los patrones agrícolas y la erosión de la tierra, entre otros, son los niños y las familias más marginados.

Migración a gran escala

Los desastres y los conflictos alrededor del mundo tienen un efecto adicional: la migración a gran escala y el desplazamiento interno. En 2013, los niveles mundiales de desplazamiento forzado fueron sorprendentes: 33,3 millones de personas desplazadas internas y 16,7 millones de refugiados, de los cuales la mitad eran niños y niñas menores de 18 años²¹. Entre los desafíos que afrontan los niños migrantes y desplazados figuran el riesgo de exclusión social y la dificultad para acceder a los servicios sociales y para hacer efectivos sus derechos a la identidad y la ciudadanía²².

De no abordarse, los cambios demográficos, los riesgos de desastre, la pobreza, los conflictos y la inestabilidad pueden generar trampas de las cuales es incluso más difícil escapar. Conseguir progresos importantes para la infancia en los decenios venideros requerirá prestar especial atención a los niños, las niñas, las familias y las comunidades más necesitados, en los países y las regiones más afectados por estas tendencias.

UNA OPORTUNIDAD JUSTA PARA TODOS LOS NIÑOS


Un comienzo justo en la vida para todos los niños y las niñas no solo es lo correcto; también es necesario para conquistar los objetivos mundiales de desarrollo.

En un estudio monográfico que se basaba en la mortalidad infantil, UNICEF demostró hace cinco años que otorgar prioridad a los niños más desfavorecidos y a los países más necesitados es una medida rentable y con la capacidad de acelerar los progresos hacia los objetivos mundiales²³.

Avanzar –o no avanzar– hacia la equidad tendrá repercusiones duraderas para los países en términos de estabilidad y crecimiento económico. Hay pruebas de que la intensificación de las desigualdades en aspectos clave, como la educación, puede incrementar el riesgo de conflicto²⁴. Por el contrario, bajos niveles de desigualdad se relacionan estrechamente con un crecimiento económico más permanente y sostenido. Estos hallazgos ponen de manifiesto que el camino hacia la paz y la prosperidad debe ser compartido.

A menos que aceleremos el ritmo actual de progreso, millones de niños más quedarán excluidos. Por ejemplo, en regiones con un gran crecimiento demográfico y resultados poco satisfactorios, el número de niños desescolarizados en 2030 no será muy inferior al actual. A pesar de que las tasas de retraso en el crecimiento han disminuido, en 2030 habrá 119 millones de niños con esta condición, lo que implica que carecerán de oportunidades justas de sobrevivir, crecer y desarrollarse. De no modificar el rumbo, otros 68 millones de niños menores de 5 años morirán por causas que, en su mayoría, se pueden prevenir, y 500 millones de personas seguirán defecando al aire libre dentro de 15 años. Eliminar para 2030 la práctica de la defecación al aire libre exigirá una tasa de reducción dos veces mayor que la actual²⁵.

Pero esto no tiene por qué ser así. Con suficientes inversiones destinadas a los niños y las comunidades más desfavorecidos, y con el respaldo de un liderazgo comprometido, es posible realizar enormes progresos. Si destinamos inversiones más cuantiosas a los niños más inaccesibles y nos centramos en llegar a ellos –con datos desglosados más inclusivos y de mejor calidad, sistemas más sólidos, innovación y participación local para superar las últimas barreras–, podremos marcar una diferencia sustancial y perdurable en las vidas de millones de niños y niñas excluidos. Prestar especial atención a la equidad es la única manera de conseguir nuestros objetivos mundiales en torno al desarrollo, de una forma verdaderamente sostenible y equitativa para todos.

A young child in the foreground is eating, with their hand near their mouth. They are wearing a yellow and white striped shirt and a colorful beaded bracelet. In the background, two other children are sitting on the floor, one in a red and purple patterned shirt and another in a yellow and white striped shirt. They are in a simple, brightly lit room.

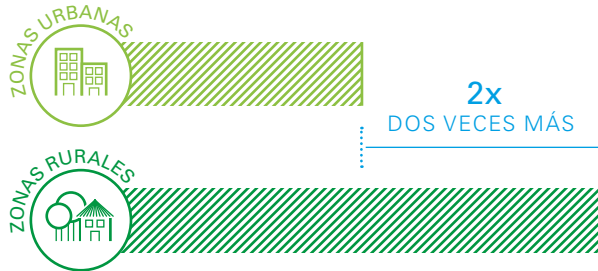
ODM 1
**ERRADICAR LA POBREZA
EXTREMA Y EL HAMBRE**

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el número de personas que viven con menos de 1,25 dólares por día

NUTRICIÓN Y POBREZA

PREVALENCIA DEL RETRASO EN EL CRECIMIENTO EN LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS



PROPORCIÓN DE TODOS LOS NIÑOS QUE PRESENTAN RETRASO EN EL CRECIMIENTO QUE VIVEN EN PAÍSES INGRESOS BAJOS Y EN PAÍSES DE INGRESOS MEDIANOS BAJOS



LA LACTANCIA MATERNA EN EL MUNDO



Menos de la mitad

de los bebés menores de 6 meses de todo el mundo se alimentan de leche materna exclusivamente

LA POBREZA EXTREMA EN EL MUNDO



Cerca de la mitad

de las personas que viven en la pobreza extrema son menores de 18 años

Retraso en el crecimiento

Mejorar la nutrición de los niños trae consigo cambios positivos en la productividad, el desarrollo económico y la reducción de la pobreza, que contribuyen a mejorar la sociedad en su conjunto. La buena nutrición es esencial para la salud e influye en el desarrollo cognitivo y en el rendimiento escolar; pero es necesario actuar a tiempo, porque la nutrición deficiente en los primeros 1.000 días de la vida de un niño puede derivar en retraso en el crecimiento, una condición irreversible y que puede acarrear consecuencias de por vida relacionadas con la disminución de las habilidades cognitivas y del rendimiento escolar.

Casi la mitad de las muertes de menores de 5 años se deben a la malnutrición²⁶. La desnutrición en los niños les expone a un mayor riesgo de morir por infecciones corrientes, aumenta la frecuencia y la gravedad de éstas y contribuye a que tarden más en recuperarse. Además, el vínculo entre desnutrición e infección puede dar lugar a un ciclo letal de agravamiento de la enfermedad y deterioro del estado nutricional.

Entre 1990 y 2015, la tasa mundial de prevalencia del bajo peso al nacer se habrá reducido en un 42%, según los cálculos,

aproximándose así a la reducción del 50% prevista en el ODM. En ese mismo periodo, se habrá reducido en un 41% el retraso en el crecimiento, que ha cobrado prevalencia como marcador clave general de la desnutrición infantil.

Tres regiones habrán logrado reducir la prevalencia del retraso en el crecimiento en más del 50% (gráf. 1.B) y, desde alrededor de 2000, habrán logrado disminuir de forma notable la desproporción entre las tasas de retraso en el crecimiento urbanas y rurales (gráf. 1.C).

Un análisis de 54 países (gráf. 1.A) que contaban con datos sobre las tendencias entre alrededor de 2000 y 2014, revela que en la mayoría de los países de ingresos medianos se han reducido en al menos una quinta parte la desproporción entre el 20% de niños más pobre y el 20% de niños más rico. No obstante, en los países de ingresos bajos, son más los que muestran un aumento que un descenso de la desproporción²⁷.

No hay indicios de que las niñas se encuentren en una situación de desventaja frente a los niños en lo que respecta a las tasas de retraso en el crecimiento²⁸.

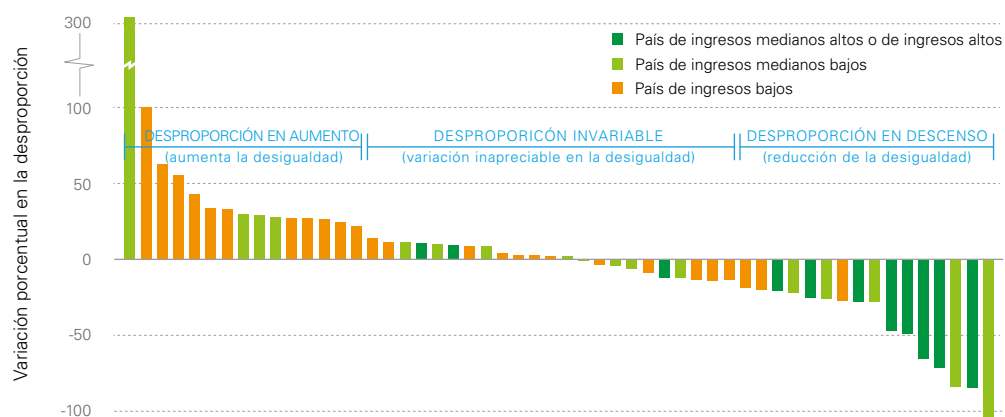
Desde 1990, el número de niños y niñas menores de 5 años que padecen sobrepeso se ha multiplicado casi por cuatro en los países de ingresos bajos, en comparación con el descenso del 20% registrado en los países de ingresos medianos altos²⁹.



GRÁFICO 1.A

Son más los países de ingresos bajos donde la desproporción en lo concerniente al retraso en el crecimiento entre los distintos niveles económicos está aumentando en lugar de disminuir

Variación relativa de la desproporción en la prevalencia del retraso en el crecimiento entre el 20% más pobre y el 20% más rico, por país, en torno a 2000 y 2014³⁰

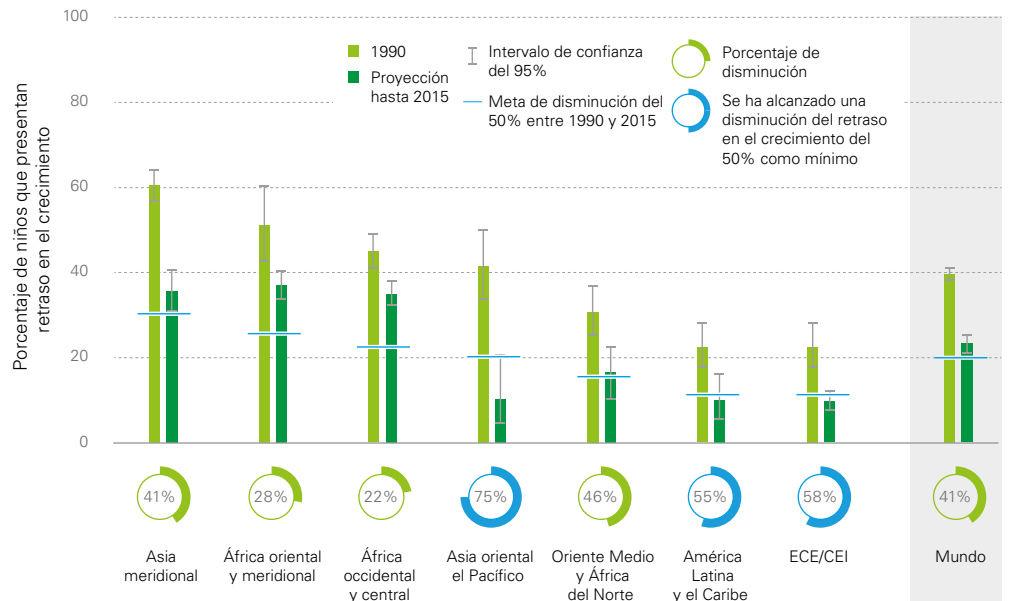


Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF, 2015, obtenidas de encuestas por indicadores múltiples, encuestas demográficas y de salud y otras fuentes nacionales.

GRÁFICO 1.B

Tres regiones han logrado disminuir la prevalencia del retraso en el crecimiento en un 50% como mínimo desde 1990

Porcentaje de niños menores de 5 años que presentan retraso en el crecimiento moderado o grave y porcentaje de disminución, por región, entre 1990 y 2015³¹



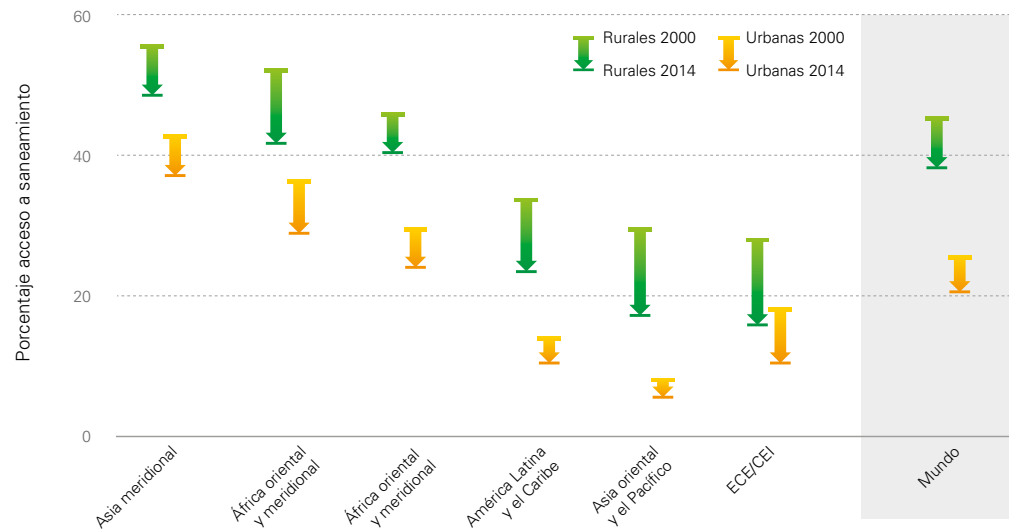
Nota: Para ECE/CEI se toma como referencia 1995 en lugar de 1990, debido a la carencia de datos anteriores a 1995. Además, no se incluye en esta región la Federación de Rusia al no disponer de datos al respecto.

Fuente: Estimación conjunta de la desnutrición, UNICEF, OMS y el Banco Mundial; la actualización de septiembre de 2014 incluye proyecciones hasta 2015.

GRÁFICO 1.C

El avance es mayor en los niños de zonas rurales que en los de zonas urbanas en tres regiones, que registran las disminuciones más importantes desde 1990

Porcentaje de niños menores de 5 años que presentan retraso en el crecimiento moderado o grave, por zona de residencia, en torno a 2000 y 2014³²



Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF, 2015, obtenidas a partir de encuestas por indicadores múltiples, encuestas demográficas y de salud y otras fuentes nacionales.

Alimentación de los lactantes y los niños de corta edad

La alimentación adecuada de los lactantes y los niños de corta edad puede aumentar sus oportunidades de sobrevivir. Además, favorece su buen crecimiento y evolución, en especial durante el periodo fundamental que va desde el nacimiento hasta los dos años de edad. Lo ideal es amamantar al recién nacido dentro de la primera hora de vida –y que tome el pecho como alimentación exclusiva durante los primeros 6 meses de vida– y continuar amamantándole incluso pasados los dos años. La iniciación temprana de la lactancia materna es una práctica fundamental que beneficia tanto al neonato como a la madre y que consolida la práctica ulterior de un amamantamiento adecuado. A partir de los seis meses de edad, la lactancia materna debería combinarse con una alimentación segura y acorde con la edad del bebé, compuesta de alimentos sólidos, semisólidos y blandos.

Los lactantes no alimentados exclusivamente con leche materna corren un riesgo mayor de morir por diarrea o por neumonía que los que sí lo son. La leche materna refuerza el sistema inmune del lactante y ayuda a protegerle más tarde en la vida de afecciones crónicas como la obesidad y la diabetes. La lactancia materna contribuye también a proteger a las madres de determinados tipos de cáncer y otras enfermedades. La alimentación adecuada a partir de los 6 meses de edad en adelante ayuda a prevenir el retraso en el crecimiento y a reducir el riesgo de padecer enfermedades infecciosas.

Sin embargo, pese a estos posibles beneficios, sólo la mitad de los bebés menores de 6 meses de todo el mundo se alimentan exclusivamente de leche materna, registrándose considerables disparidades entre las distintas regiones (mapa 1.A). Los recién nacidos de África occidental y central son los peor parados. Sólo hay una región en la que más de la mitad de los bebés de entre 0 y 5 meses de edad se beneficien de esta práctica tan fundamental.

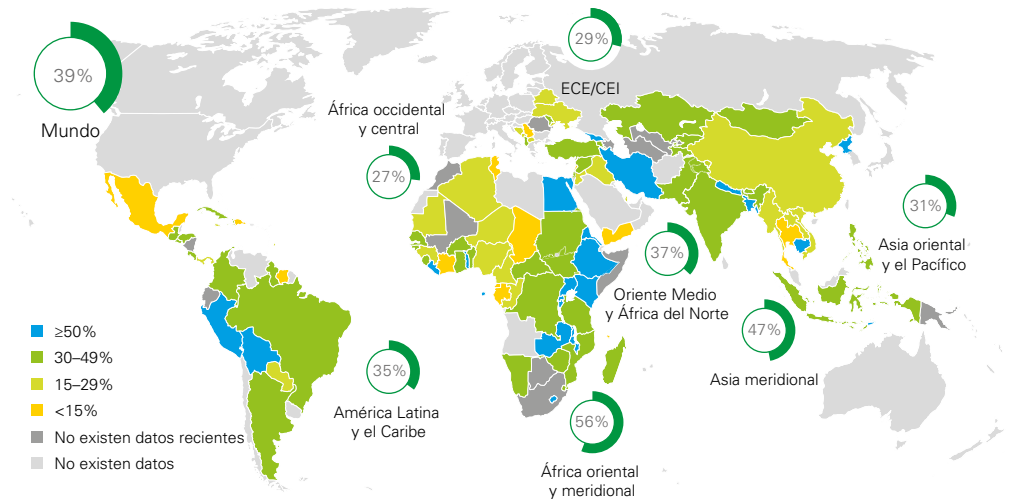
En Asia meridional, África subsahariana y ECE/CEI, los niños y niñas de los hogares más pobres tienen menos probabilidades de que se les amamante dentro de la primera hora de vida que aquéllos de los hogares más prósperos. En cambio, en las regiones de América Latina y el Caribe y Oriente Medio y África del Norte (gráf. 1.D) la tendencia es la contraria: los niveles más elevados de este indicador se registran entre los niños de los hogares más pobres. En general, los recién nacidos de los hogares más pobres de Asia meridional y África occidental y central van más la zaga en cuanto al inicio temprano de la lactancia materna en comparación con el resto del mundo.

A partir de los 6 meses, cuando los bebés comienzan a poder absorber los nutrientes procedentes de otros alimentos para crecer y desarrollarse bien, la diversidad de la dieta se convierte en el indicador clave de una buena alimentación óptima que les permita obtener los micronutrientes necesarios. Un análisis comparativo entre los países de ingresos bajos, de ingresos medianos bajos y de ingresos medianos altos, en el que se emplearon datos procedentes de 38 países, revela disparidades pronunciadas en cuanto a diversidad de la dieta entre los grupos de ingresos y entre los quintiles de riqueza dentro de esos grupos de países. En los países de ingresos bajos, ni apenas una tercera parte de los más ricos satisfacen los requisitos mínimos de diversidad dietética (gráf. 1.E).

MAPA 1.A

En todo el mundo, el 61% de los lactantes no se alimentan exclusivamente de leche materna

Porcentaje de bebés de entre 0 y 5 meses que se alimentan exclusivamente de leche materna³³



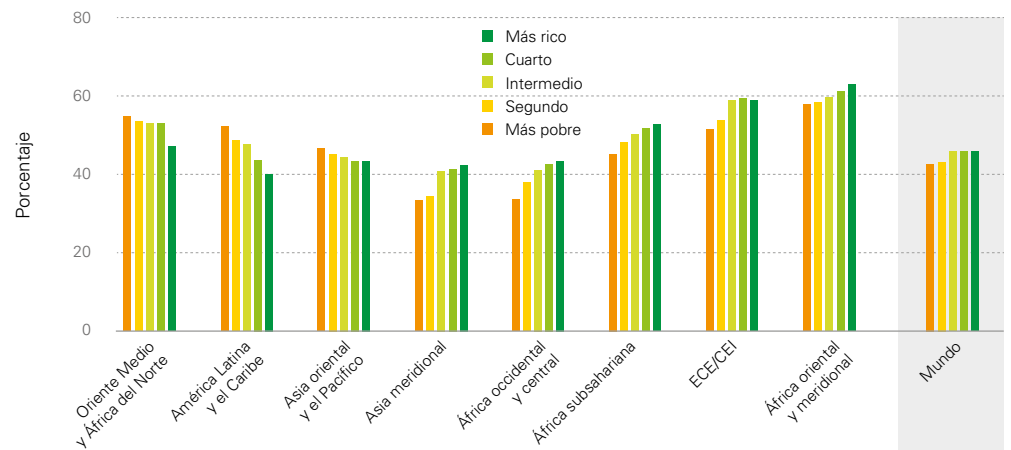
Nota: Estos mapas no están estilizados y no están hechos a escala. No entrañan juicio alguno por parte de UNICEF sobre la condición jurídica de ningún país o territorio, ni sobre la delimitación de ninguna frontera. La línea de puntos representa, aproximadamente, la Línea de Control de Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido acordado por las partes. La frontera final entre Sudán y Sudán del Sur no se ha determinado aún. El estatuto definitivo de la zona de Abyei no se ha establecido todavía.

Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF, 2015, obtenidas a partir de encuestas por indicadores múltiples, encuestas demográficas y de salud y otras fuentes nacionales, 2008–2014.

GRÁFICO 1.D

En lo que respecta a la iniciación temprana de la lactancia materna, la relación con la riqueza de los hogares varía entre las distintas regiones: en algunas llevan ventaja los hogares más prósperos, y en otras los hogares más pobres

Porcentaje de recién nacidos a los que se alimenta con leche materna en la primera hora de vida, por región y quintil de ingresos familiares³⁴

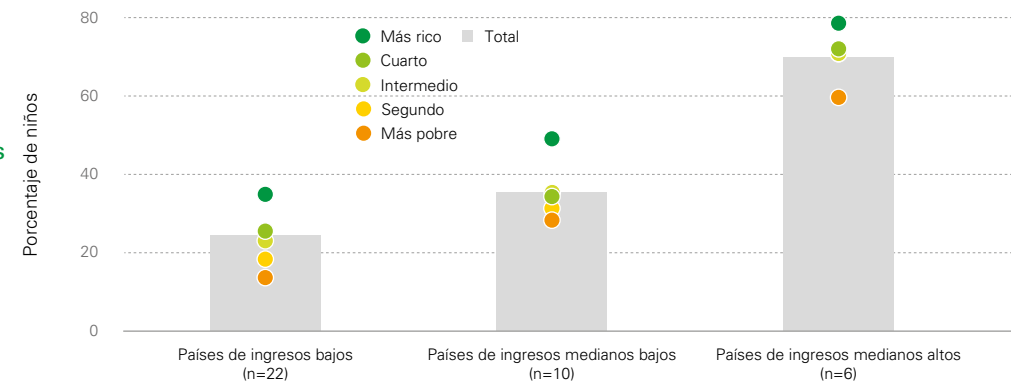


Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF, 2015, obtenidas a partir de encuestas por indicadores múltiples, encuestas demográficas y de salud y otras fuentes nacionales, 2008–2014.

GRÁFICO 1.E

En los países de ingresos bajos, ni siquiera los niños más pequeños de los hogares más prósperos reciben una dieta lo suficientemente variada

Porcentaje de niños de entre 6 y 23 meses que reciben alimentos de cuatro o más de los grupos de alimentos, valores medios por nivel de ingresos del país y por quintil de ingresos familiares



Nota: Los datos se presentan como las medias de países para los que se dispone de datos comparables. Los valores que figuran entre paréntesis representan el número de países de cada grupo de ingresos que integran el análisis.

Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF, 2015, obtenidas a partir de encuestas por indicadores múltiples, encuestas demográficas y de salud y otras fuentes nacionales, 2008–2014.

Pobreza extrema

La pobreza puede afectar a un niño de por vida. Los niños y niñas que crecen en la pobreza suelen disfrutar de menos oportunidades en cada etapa de la vida, ya desde antes de su nacimiento y hasta bien entrada la edad adulta.

El Objetivo de Desarrollo del Milenio de reducir a la mitad la proporción de personas que viven en la pobreza extrema –medida internacionalmente como un nivel de ingresos inferior a 1,25 dólares al día– se alcanzó en 2010, cinco años antes de lo programado. Así todo, continúa habiendo más de mil millones de personas que viven en la pobreza extrema; y lo que es peor aun, la presencia de los niños entre ellas es desproporcionada, pues si bien la infancia integra cerca de un tercio de la población mundial, casi la mitad de las personas que viven con menos de 1,25 dólares al día –es decir, 569 millones– tiene menos de 18 años (gráf. 1.G)^{35, 36, 37, 38}.

La pobreza extrema se ha reducido en todas las regiones (gráf.1.F), registrándose el progreso más rápido en Asia oriental y el Pacífico. Aunque esta condición ha disminuido también en Asia meridional

y África subsahariana, la mayoría de las personas que padecen pobreza extrema siguen perteneciendo a estas dos regiones³⁹.

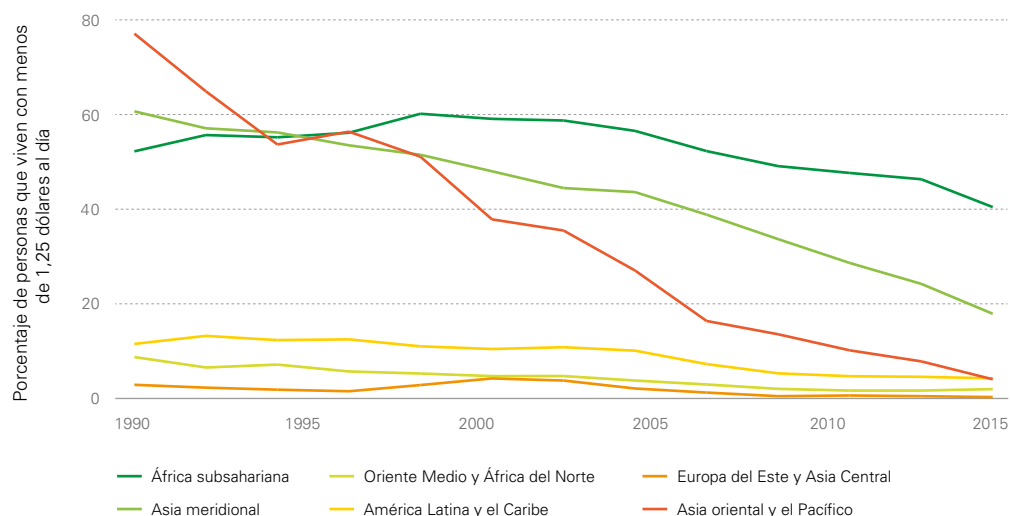
Los países más pobres del mundo (los calificados como países de bajos ingresos) son los que han tenido más dificultades para reducir la pobreza⁴⁰. En estos países, la reducción de los índices de pobreza extrema ha sido inferior a 33% y el número de personas que viven en la pobreza extrema ha aumentado entre 1990 y 2010⁴¹. Más de la mitad de los niños menores de 12 años de los países de ingresos bajos viven en la pobreza extrema (gráf. 1.H)⁴².

El nivel de ingresos o de consumo de una familia no es más que una de las dimensiones que permiten medir la pobreza en la infancia. Pues pobreza también es carecer de acceso a servicios y bienes fundamentales como los alimentos nutritivos, las vacunas esenciales para la supervivencia, una educación, o el agua potable y el saneamiento digno, recursos que toda la infancia necesita para poder crecer y progresar.

GRÁFICO 1.F

La pobreza general está disminuyendo en todo el planeta (1990–2015)

Porcentaje de personas que viven con menos de 1,25 dólares al día por región del Banco Mundial



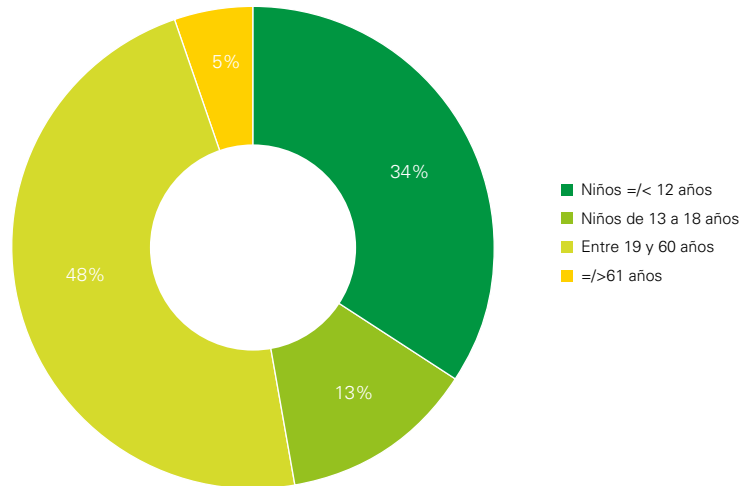
Nota: Las cifras referidas a 2015 son las previsiones publicadas por el Grupo de investigación sobre el desarrollo del Banco Mundial en PovcalNet.

Fuente: Los totales regionales se han obtenido de PovcalNet, Banco Mundial

GRÁFICO 1.G

Una mayoría desproporcionada de las personas que viven en la pobreza son niños

Porcentaje de personas que viven con menos de 1,25 dólares al día, por edad



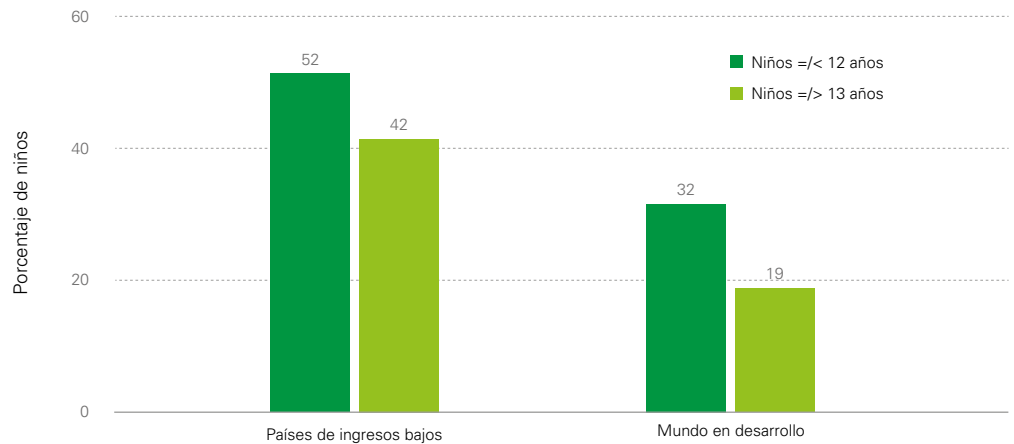
Nota: Las cifras correspondientes a 2015 son previsiones publicadas por el grupo de investigación sobre el desarrollo del Banco Mundial en PovcalNet.

Fuente: Estimaciones realizadas por personal del Banco Mundial en I2D2. Olinto, P. et al. (2013), 'The State of the Poor: Where are the poor, where is extreme poverty harder to end, and what is the current profile of the world's poor?', *World Bank – Economic Premise*, número 125, págs. 1– 8.

FIGURE 1.H

La pobreza infantil es especialmente grave en los países de ingresos bajos y entre los niños de menos edad

Porcentaje de niños de distintas edades que viven con menos de 1,25 dólares al día



Fuente: Estimaciones de personal del Banco Mundial publicadas en I2D2. Olinto, P. et al. (2013), 'The State of the Poor: Where are the poor, where is extreme poverty harder to end, and what is the current profile of the world's poor?', *World Bank – Economic Premise*, número 125, págs. 1– 8.



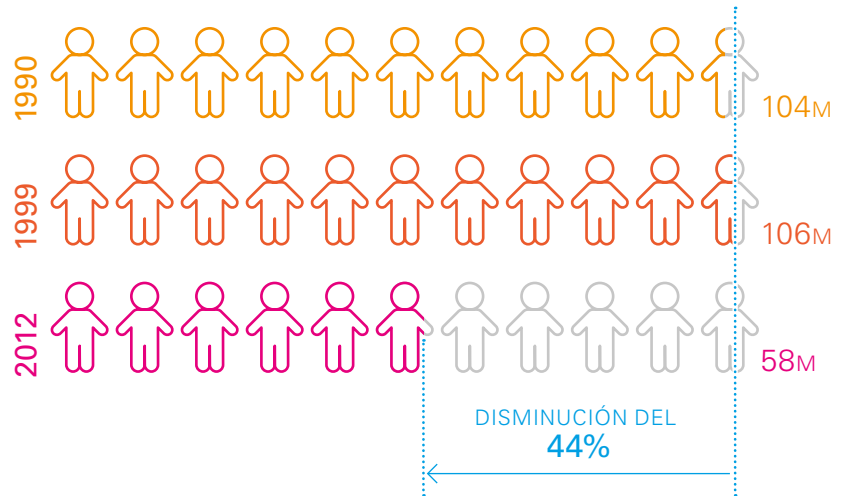
ODM 2
**LOGRAR LA ENSEÑANZA
PRIMARIA UNIVERSAL**

Asegurar que, en 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria

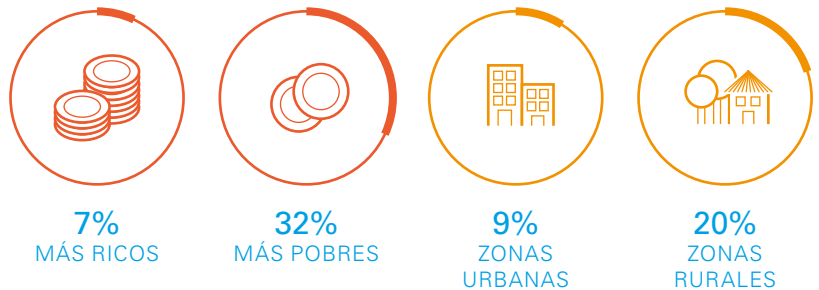


EDUCACIÓN PRIMARIA

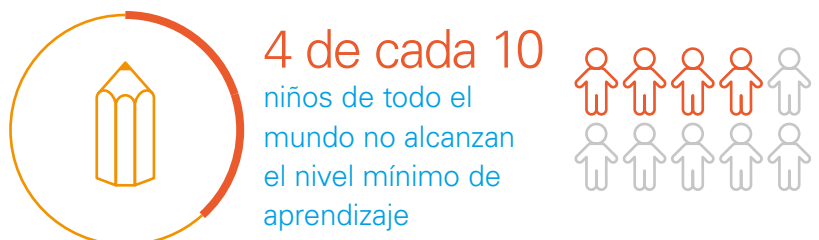
CIFRAS MUNDIALES DE NIÑOS EN EDAD DE ASISTIR A LA ESCUELA PRIMARIA QUE ESTÁN DESESCOLARIZADOS



TASA DE DESESCOLARIZACIÓN DE NIÑOS EN EDAD DE ASISTIR A LA ESCUELA PRIMARIA



NIVEL MÍNIMO DE APRENDIZAJE



Enseñanza primaria

La educación primaria universal constituye la base para el progreso social y está ligada a unos mejores resultados de salud y bienestar.



Se calcula que el 93% de los niños y niñas en edad de asistir a la escuela primaria están matriculados, pero los más marginados continúan rezagados.

Aunque la meta referida a la educación primaria universal no va a alcanzarse para 2015, ha habido progresos notables en lo que respecta a reducir el número de niños y niñas desescolarizados. Entre 1999 y 2012, el número de niños desescolarizados en edad de asistir a la escuela primaria descendió en un 45%, desde los 106 millones a 58 millones (gráf. 2.A). El mayor progreso se logró en Asia meridional, donde la cifra absoluta de niños desescolarizados disminuyó desde los 36 millones que había en 1999 a 10 millones en 2012. En África occidental y central, pese a que la proporción de niños desescolarizados se redujo también considerablemente, el descenso de la cifra absoluta ha sido mucho más lento, debido en gran parte al rápido crecimiento de la población en edad de asistir a la escuela primaria. En cualquier caso, en esta región se sigue privando a más de una cuarta parte de los niños y niñas de su derecho a la educación.

El ritmo del progreso hacia la educación primaria universal se ha ralentizado de forma importante en todo el mundo desde 2007 –apenas se han producido variaciones en la tasa mundial o en las cifras de niños desescolarizados–, mientras que el porcentaje de niños desescolarizados en los países afectados por conflictos se ha incrementado en los últimos años. En 2012, más de una tercera parte de los niños desescolarizados de todo el mundo vivían en países donde hay conflictos⁴³.

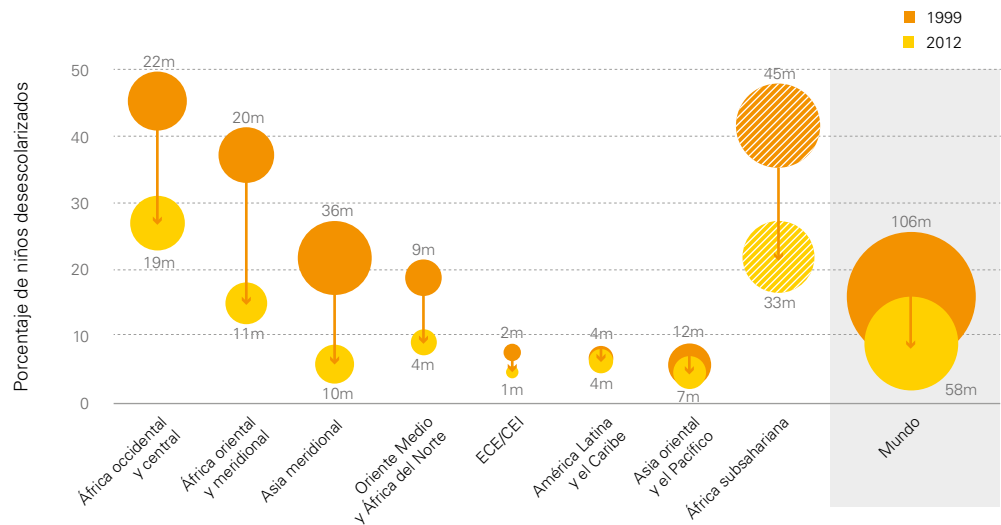
En la mayoría de los países sobre los que existen datos han disminuido la desproporción en la asistencia a la escuela primaria entre los distintos niveles de riqueza (gráf. 2.B), siendo los más beneficiados los niños del quintil más pobre⁴⁴. No obstante, en una serie de países, las diferencias entre los distintos niveles de riquezas continúan siendo importantes y las desventajas relacionadas con el género, la discapacidad y otros marcadores persisten. Por ejemplo, en África occidental y central, los niños del quintil más pobre en edad de asistir a la escuela primaria tienen, de promedio, seis veces más probabilidades de estar desescolarizados que los del quintil más rico.

También se han detectado disparidades en lo que se refiere a los resultados de aprendizaje. Los datos revelan desproporciones notables entre el nivel de aprendizaje de los niños de los hogares más prósperos y los niños de los hogares más pobres. Por ejemplo, pese a que el nivel de aprendizaje continúa siendo bajo en casi todos los países (incluso entre los niños en edad de asistir a la escuela primaria de los países más ricos), los niños de los hogares más ricos tienen muchas más probabilidades de alcanzar los niveles mínimos de lectura que los niños de los hogares más pobres (gráf. 2.C).

GRÁFICO 2.A

El número de niños en edad de asistir a la escuela primaria que están desescolarizados ha descendido en un 45% en todo el mundo

Número y porcentaje de niños en edad de asistir a la escuela primaria que están desescolarizados, por región, 1999 y 2012



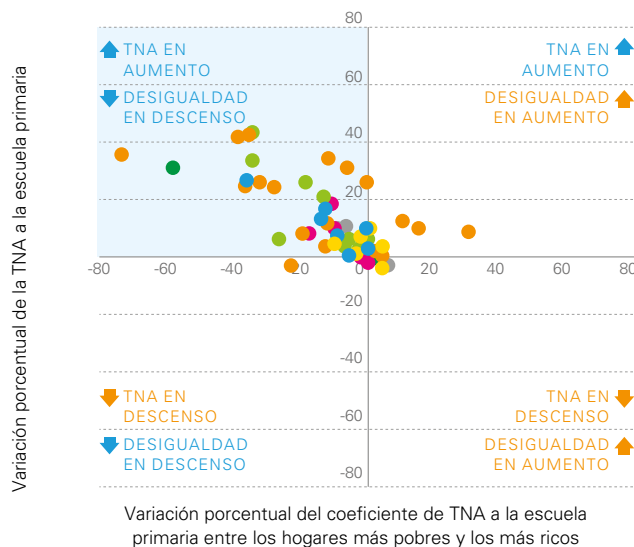
Nota: Cada una de las burbujas representa el número y el porcentaje de niños en edad de asistir a la escuela primaria que están desescolarizados en una región del mundo concreta. La posición vertical de las burbujas indica la tasa de desescolarización en términos de porcentaje (eje Y); el tamaño de las burbujas refleja la cantidad de niños desescolarizados.

Fuente: Análisis de UNICEF basado en información obtenida de las bases de datos mundiales del Instituto de Estadística de la UNESCO, 2015.

GRÁFICO 2.B

Debido a que cada vez hay más niños que asisten a la escuela, la desproporción existente entre los niños de los hogares más prósperos y los niños de los hogares más pobres ha disminuido también

Variación de la tasa neta de asistencia (TNA) y variación en el coeficiente de la TNA a la escuela primaria entre el 20% de los hogares más pobres y el 20% de los hogares más ricos, en países para los que se dispone de dos puntos de referencia entre 2000 y 2014⁴⁵



- ECE/CEI
- Asia meridional
- Asia oriental y el Pacífico
- América Latina y el Caribe
- África oriental y meridional
- África occidental y central
- Oriente Medio y África del Norte

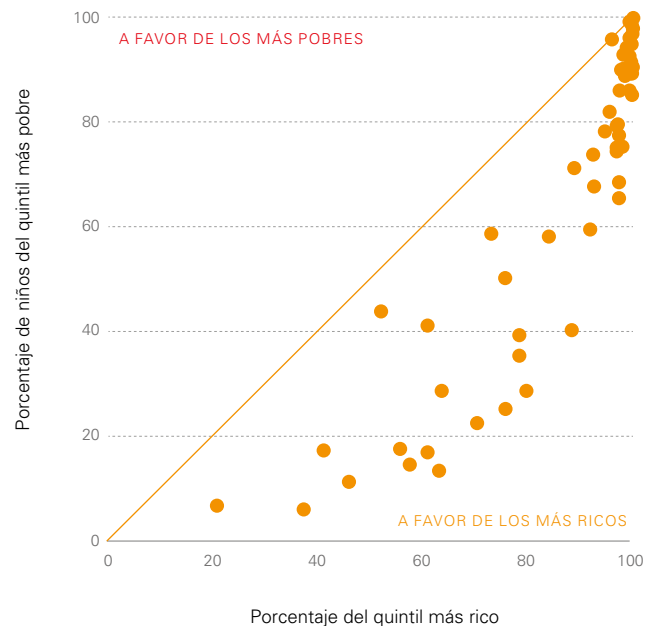
Nota: Cada punto representa a un país y el color representa la región a la que dicho país pertenece. El cuadrante destacado en azul indica una tendencia positiva tanto en la mejora de los niveles generales como en la reducción de las disparidades.

Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF, 2015, obtenidas a partir de encuestas por indicadores múltiples y encuestas demográficas y de salud.

GRÁFICO 2.C

Existen desproporciones alarmantes entre los niños de los hogares más ricos y los niños de los hogares más pobres

Porcentaje de niños que alcanzan los niveles mínimos de aprendizaje en lectura, por quintil de ingresos del hogar⁴⁶



Nota: Cada punto representa a un país. Los puntos próximos a la línea diagonal representan a países cuyos logros en cuanto a los niveles de aprendizaje son similares en los hogares más ricos y los más pobres; los puntos que están por encima o por debajo de la línea diagonal representan desigualdades.

Fuente: Análisis de UNICEF basado en el Informe de seguimiento de la educación para todos, Inequality Database on Education (WIDE), 2015.

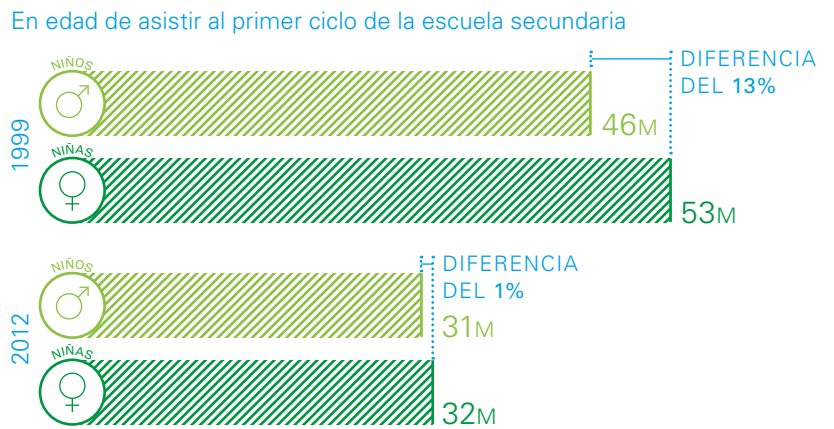
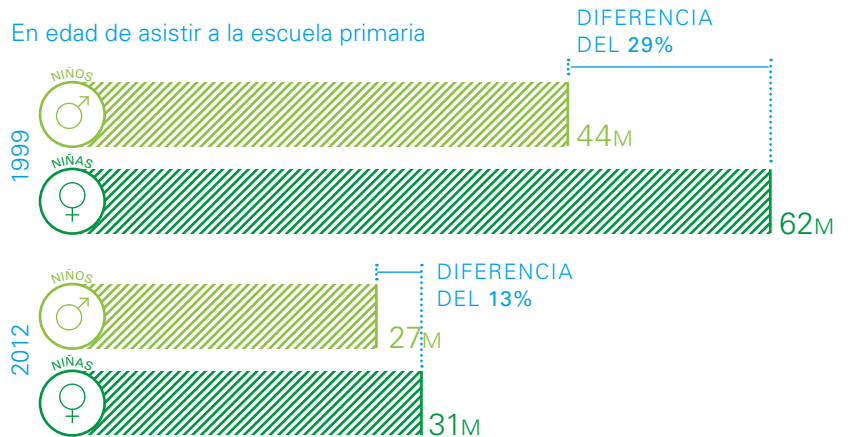


ODM 3
**PROMOVER LA IGUALDAD
ENTRE LOS SEXOS Y EL
EMPODERAMIENTO DE
LA MUJER**

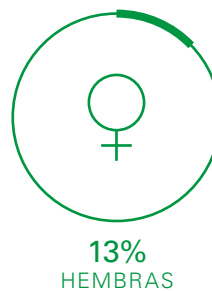
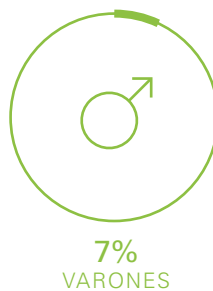
Eliminar las desigualdades entre los sexos en la enseñanza primaria y secundaria, preferiblemente para 2005, y en todos los niveles de la enseñanza a más tardar en 2015

IGUALDAD ENTRE LOS GÉNEROS

CIFRAS MUNDIALES DE NIÑOS DESESCOLARIZADOS



ÍNDICES DE ANLAFABETISMO EN LOS JÓVENES (DE 15 A 24 AÑOS)



Las jóvenes presentan **1,7** más probabilidades de ser analfabetas

Igualdad entre los géneros

Proveer a las niñas de una educación contribuye a interrumpir el ciclo de la pobreza: las mujeres que han recibido una educación tienen menos tendencia a contraer matrimonio prematuro y contra su voluntad, menos probabilidades de morir durante el parto, más probabilidades de alumbrar bebés sanos, y son más proclives a enviar a sus hijos a la escuela. Cuando todos los niños y niñas tienen acceso a la educación de calidad, se generan oportunidades que repercuten en varias generaciones venideras⁴⁷.

En el nivel primario, cuatro regiones han alcanzado la igualdad entre los géneros (gráf. 3.A). De todas las regiones, fue Asia meridional la que registró el progreso más rápido entre 1999 y 2012.

Las tasas de matriculación en los niveles de secundaria y terciaria revelan resultados variados. Sólo ECE/CEI y Asia oriental y el Pacífico lograron la paridad entre los géneros en el nivel secundario. Asia meridional se ha ido aproximando a buen ritmo, mientras que África oriental y meridional parecen haberse estancado, y en África occidental y central la desproporción continúa siendo notable.

Los índices de matriculación de hembras en el nivel terciario son considerablemente superiores a los de los varones en cuatro regiones. Los varones tienen más probabilidades de estar matriculados en este nivel educativo en Asia meridional y África occidental y central, y también en África oriental y meridional, donde la desproporción en el nivel educativo terciario ha aumentado a favor de los varones. Los totales regionales enmascaran importantes variaciones entre los países, ya que en

muchos de ellos, incluso en regiones que han alcanzado la paridad entre los géneros, sigue habiendo focos persistentes de niños y niñas marginados. En general, en 2015, el 69% de los países sobre los que existen datos habrán logrado la igualdad entre los géneros en la enseñanza primaria, y el 48% en la enseñanza secundaria⁴⁸.

Si bien el aumento de los índices de asistencia a la escuela primaria vino acompañado de una disminución de la desigualdad entre la asistencia de los niños y las niñas (gráf. 3.A), la desproporción entre los géneros es aún considerable, sobre todo en África subsahariana. La pobreza y otras formas de desventaja social pueden hacer que aumente la desigualdad entre los géneros. En la mayoría de los países de África subsahariana, las niñas de los hogares más pobres siguen siendo las más desfavorecidas en términos de participación en la escuela. Si continúan las tendencias actuales, se prevé que estas niñas no alcancen la meta de la finalización universal del ciclo completo de enseñanza primaria hasta 2111⁴⁹.

También persisten disparidades importantes en cuanto a los resultados de aprendizaje. Los datos ponen de manifiesto que, en general, las niñas rinden más en lectura que los niños (gráf. 3.C). En matemáticas, el rendimiento es mixto: en algunos países los niños obtienen mejores resultados que las niñas, mientras que en otros es lo contrario. Sin embargo, en los países que registran un bajo rendimiento, donde menos de la mitad de los niños y niñas alcanzan los niveles mínimos de aprendizaje, los niños son más tendentes a obtener mejores resultados que las niñas en matemáticas⁵⁰.

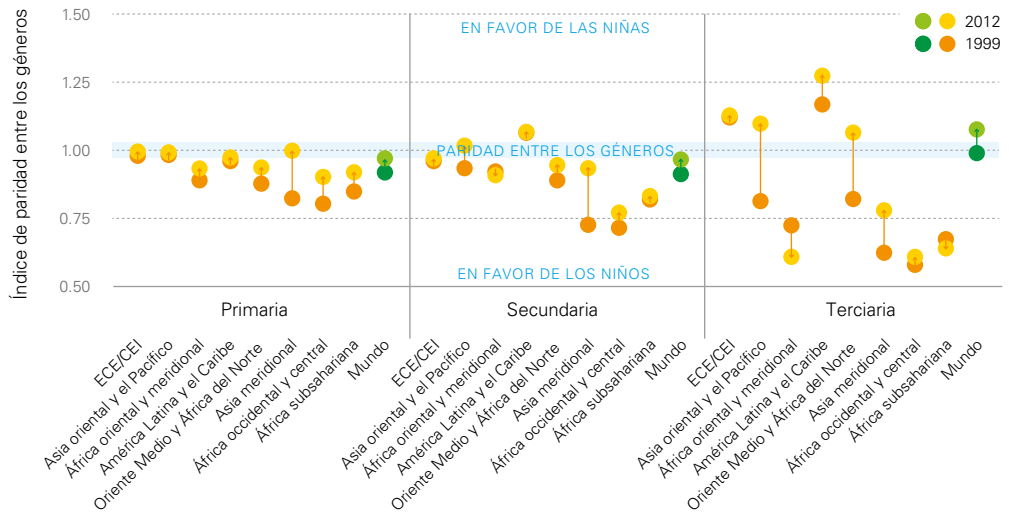


En África subsahariana está disminuyendo la desproporción entre los géneros en cuanto a matriculación en la escuela secundaria, pero sigue habiendo 84 niñas matriculadas por cada 100 niños.

GRÁFICO 3.A

La desproporción entre los géneros sigue siendo elevada en África subsahariana y en la educación terciaria

Índice de paridad entre los géneros respecto a las tasas brutas de matriculación por nivel educativo y región, 1999 y 2012



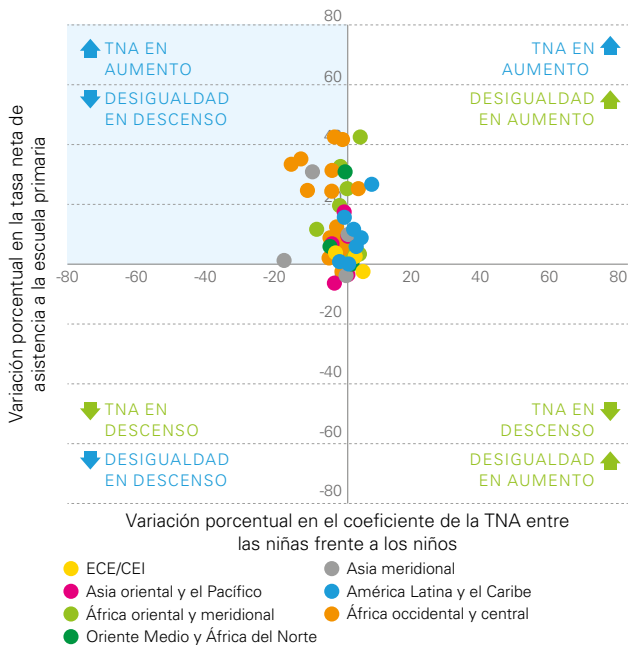
Nota: El índice de paridad entre los géneros es un coeficiente entre la tasa de matriculación bruta de las niñas y la tasa de matriculación bruta de los niños. Un índice de paridad de 1 indica una paridad absoluta entre niños y niñas. Un valor inferior a 1 indicaría una disparidad a favor de los niños y un valor superior a 1 indicaría una disparidad a favor de las niñas. Los ODM establecen como objetivo de paridad un valor situado entre 0,97 y 1,03.

Fuente: Análisis de UNICEF basado en información proveniente de las bases de datos del Instituto de Estadística de la UNESCO, 2015.

GRÁFICO 3.B

Con el incremento de la asistencia a la escuela disminuye la desigualdad entre los géneros

Variación en la tasa neta de asistencia (TNA) y variación en el coeficiente de la TNA a la escuela primaria entre las niñas y los niños, en países para los que se dispone de dos puntos de referencia entre 2000 y 2014⁵¹



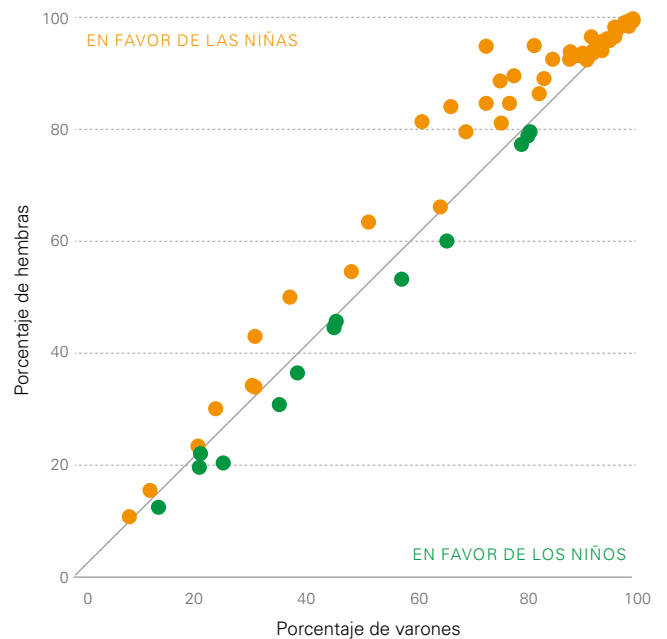
Nota: Cada punto representa a un país y el color representa la región a la que pertenece el país. El cuadrante destacado en azul indica una tendencia positiva tanto en la mejora de los niveles generales como en la reducción de las disparidades.

Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF, 2015, obtenidas a partir de encuestas por indicadores múltiples y encuestas demográficas y de salud.

GRÁFICO 3.C

Las niñas superan a los niños en lectura, pero los niveles de aprendizaje son bajos en numerosos países

Porcentaje de niños que alcanzaron los niveles mínimos de aprendizaje en lectura, por género⁵²



Nota: Cada punto representa a un país. Los puntos próximos a la línea diagonal representan a países cuyos logros en cuanto a los niveles de aprendizaje son similares entre las niñas y los niños; los puntos que están por encima o por debajo de la línea diagonal representan desigualdades.

Fuente: Análisis de UNICEF basado en el Informe de seguimiento de la educación para todos, Inequality Database on Education (WIDE), 2015.



ODM 4
**REDUCIR
LA MORTALIDAD
INFANTIL**

Reducir en dos terceras partes,
entre 1990 y 2015, la mortalidad
de los menores de 5 años

MORTALIDAD INFANTIL

EN 2015

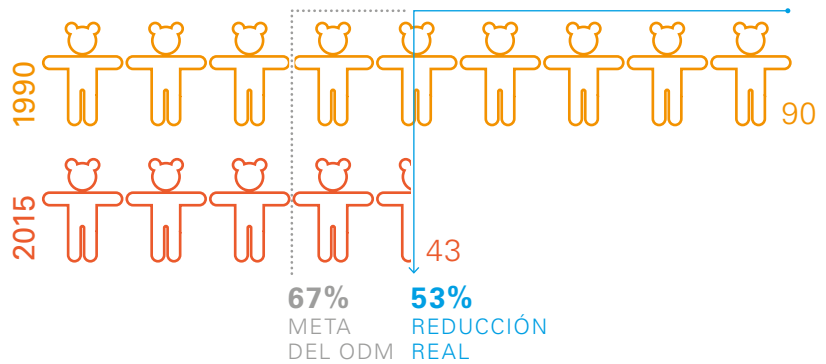


morirán
16.000
menores de
5 años

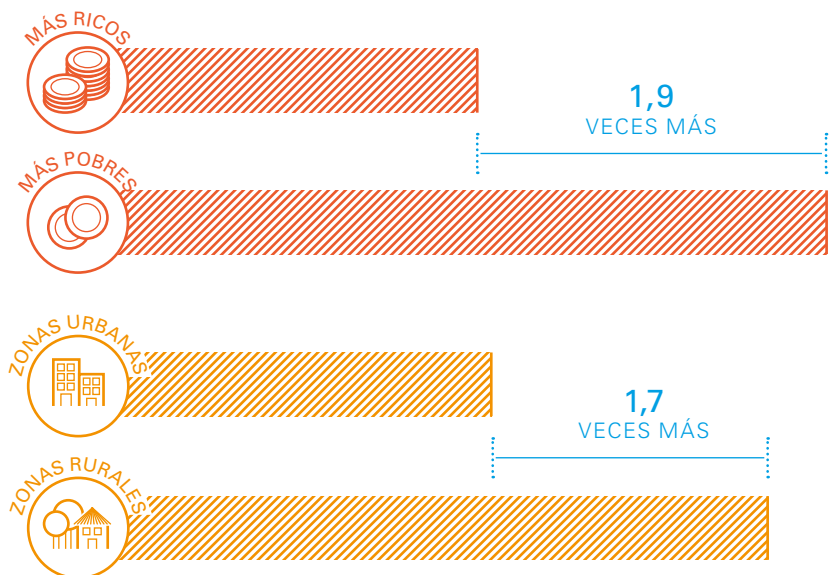


morirán
11
menores de
5 años

DESCENSO DE LA TASA MUNDIAL DE MORTALIDAD DE MENORES DE 5 AÑOS (MUERTES POR CADA 1.000 NACIMIENTOS VIVOS)



DESIGUALDAD EN EL RIESGO DE MORTALIDAD DE LOS MENORES DE 5 AÑOS



Mortalidad de menores de 5 años

La mortalidad infantil, indicador clave del bienestar de la infancia, refleja el desarrollo social y económico de un país y nos habla del acceso de la infancia a intervenciones de salud básicas como las vacunas, la atención médica y la nutrición adecuada⁵³.

La tasa de mortalidad de menores de cinco años ha descendido en más de la mitad desde 1990. Durante las dos últimas décadas, el índice de mortalidad de menores de 5 años ha descendido con más rapidez que en cualquier otro período: la tasa anual de reducción se ha multiplicado por más de tres desde comienzos de 1990⁵⁴.

A pesar de estos logros, para finales de este año habrán muerto 6 millones de niños y niñas antes de cumplir los 5 años, la mayoría de ellos por causas prevenibles⁵⁵.

Los primeros días de vida son los más decisivos para la supervivencia de un niño. En la actualidad, las muertes neonatales representan una proporción mayor del total de muertes de menores de 5 años que en 1990⁵⁶. Para finales de 2015, cerca de un millón de niños habrán exhalado su último aliento el mismo día que vinieron al mundo y que respiraron por primera vez: el 16% de todas las muertes de menores de 5 años.

En todos los países y regiones persisten desigualdades muy llamativas. En África subsahariana, el riesgo de que un niño muera antes de su quinto cumpleaños es de casi 15 veces más que el de un niño nacido en un país de ingresos altos⁵⁷.

Sólo dos regiones han logrado la meta del ODM de reducir la mortalidad de menores de 5 años en dos terceras partes (gráf. 4.A). Al ritmo actual, se tardará más de 10 años en alcanzar la meta mundial⁵⁸.

En todas las regiones, los hogares más pobres han registrado mejoras absolutas en la supervivencia infantil mucho mayores que los hogares más ricos (gráf. 4.B). Y los descensos porcentuales en los índices de mortalidad de menores de 5 años de los hogares más pobres tendieron también a ser mayores que los de los hogares más ricos, salvo en África subsahariana⁵⁹.

A medida que el progreso en los hogares más pobres se acelera, disminuye la desproporción entre el índice de muertes de menores de 5 años de los hogares más pobres y de los hogares más ricos (gráf. 4.C). No obstante, los niños de los hogares más pobres continúan siendo desproporcionadamente vulnerables: de promedio, para los niños que nacen en los hogares más pobres, el riesgo de morir antes de los 5 años es más del doble que para los nacidos en los hogares más ricos.

La educación de la madre continúa siendo un potente determinante de la desigualdad (gráf. 4.D). Según un análisis practicado en un conjunto de países, cuando la mortalidad infantil desciende en general, las desigualdades entre los niños nacidos de madres que han recibido una educación secundaria o superior y los nacidos de madres que no han recibido una educación se reduce en más países y aumenta en menos⁶⁰.

Las disparidades entre los niños de las zonas urbanas y las zonas rurales se han ido reduciendo en más de la mitad de los 47 países analizados que cuentan con datos sobre las tendencias desde 2000 (gráf. 4.E). Sin embargo, los niños de las zonas rurales continúan enfrentando un riesgo adicional: tienen, de promedio, 1,5 más probabilidades de morir antes de su quinto cumpleaños que los niños de zonas urbanas.

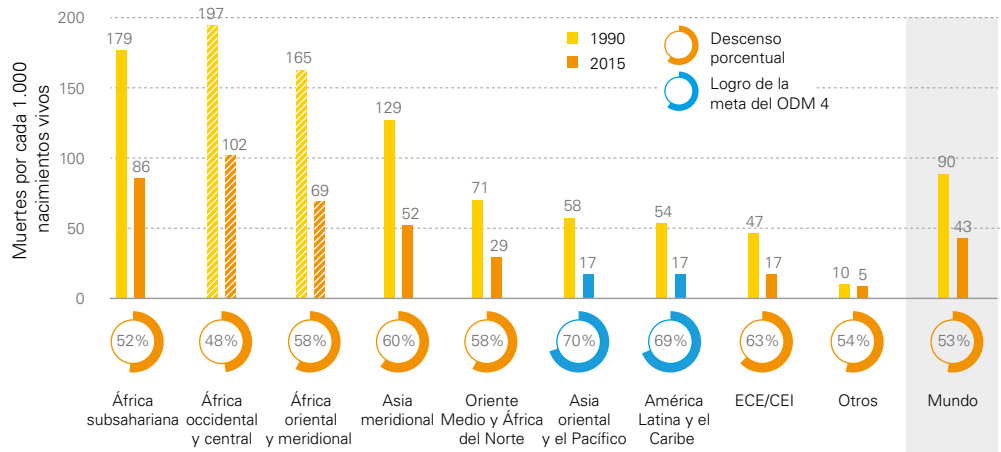


Los niños nacidos de madres que no han recibido una educación presentan de promedio 2,5 veces más probabilidades de morir antes de su quinto cumpleaños que los niños nacidos de madres que cuentan con una educación secundaria o superior.

GRÁFICO 4.A

La mortalidad de menores de 5 años está descendiendo, pero sólo en dos regiones se ha alcanzado el ODM 4

Descenso de la tasa y el porcentaje de mortalidad de menores de 5 años, por región, 1990 y 2015

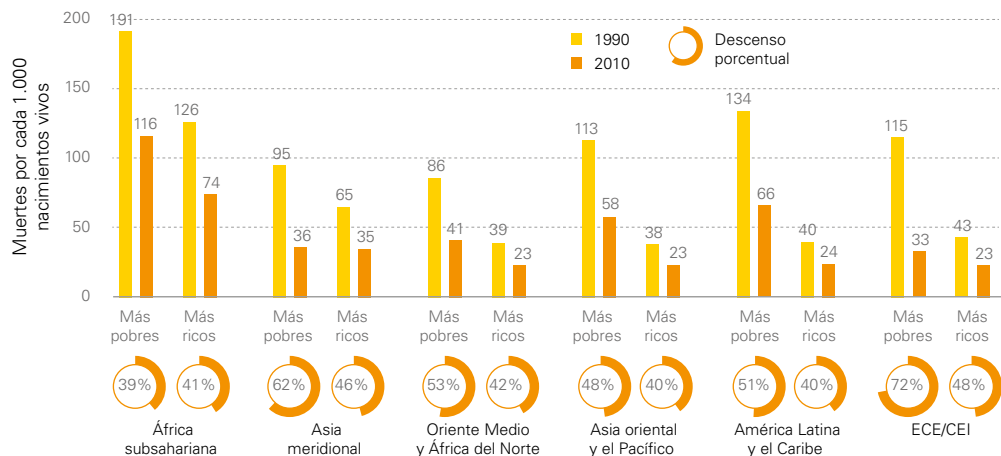


Fuente: Análisis de UNICEF basado en las estimaciones preliminares del Grupo interinstitucional de las Naciones Unidas para la estimación de la mortalidad en la niñez, 2015.

GRÁFICO 4.B

La mortalidad de menores de 5 años está descendiendo con mayor rapidez en los hogares más pobres

Descenso en la tasa y el porcentaje de mortalidad de menores de 5 años, por región y quintil de ingresos familiares, 1990 y 2010⁶¹

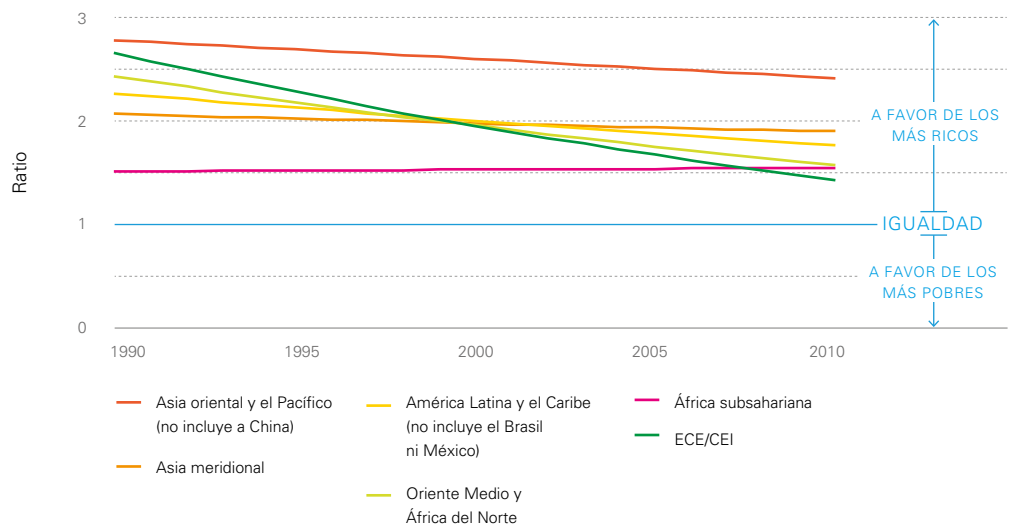


Fuente: Análisis de UNICEF basado en el documento de trabajo: 'Levels and trends in inequity and child mortality: Evidence from DHS and MICS surveys.', J. Pedersen, L. Alkema y J. Liu. Publicación prevista en 2015.

GRÁFICO 4.C

La desproporción entre los más ricos y los más pobres en cuanto a mortalidad de menores de 5 años está disminuyendo, aunque aún es pronunciada

Tasa de mortalidad de menores de 5 años entre el 20% más pobre frente al 20% más rico, por región⁶²

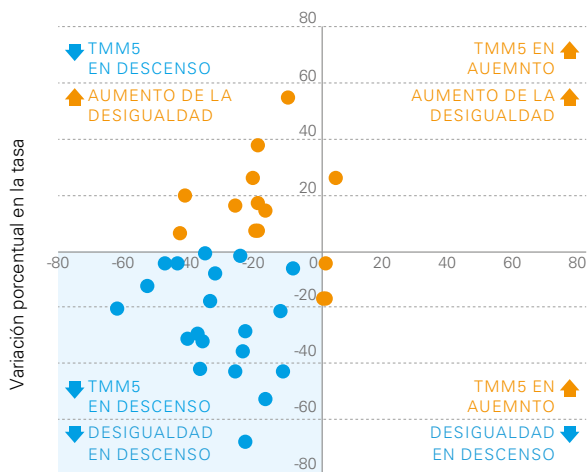


Fuente: Análisis de UNICEF de encuestas por indicadores múltiples y encuestas demográficas y de salud, o análisis de UNICEF del documento de trabajo de Pedersen, L. Alkema y J. Liu: 'Levels and trends in inequity and child mortality: Evidence from DHS and MICS surveys.' Publicación prevista en 2015.

GRÁFICO 4.D

Las diferencias en cuanto a la mortalidad de los niños nacidos de madres que no han recibido una educación y los niños nacidos de madres que han recibido educación secundaria o superior se están reduciendo en más países

Variación de la mortalidad de menores de 5 años y variación de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) entre los niños nacidos de madres que no han recibido una educación y los niños nacidos de madres que cuentan con una educación secundaria o superior, en países para los que existen datos referidos al periodo comprendido entre 2000 y 2004 y entre 2005 y 2010⁶³



Variación porcentual en la mortalidad de menores de 5 años

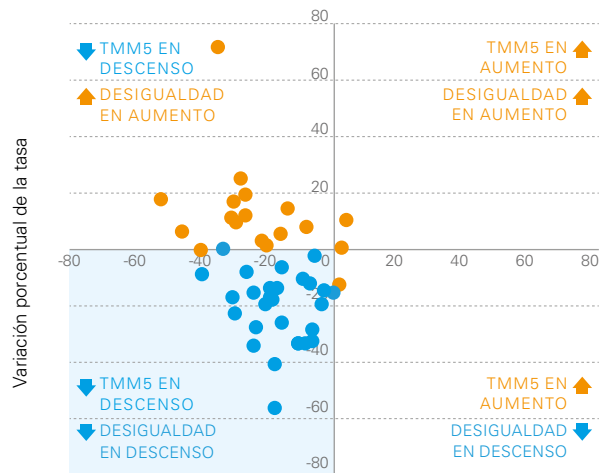
Notas: Los cuadrantes destacados en azul indican una tendencia positiva tanto en la mejora de los niveles generales como en la reducción de las disparidades.

Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF, 2015, basadas en encuestas por indicadores múltiples, encuestas demográficas y de salud y otras fuentes nacionales representativas

GRÁFICO 4.E

Conforme desciende la mortalidad de menores de 5 años, disminuye en algunos países la desproporción entre la mortalidad de la población infantil de las zonas urbanas y la de las zonas rurales

Variación de la mortalidad de menores de 5 años y variación de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) entre niños de zonas urbanas y niños de zonas rurales, en países sobre los que se dispone de datos correspondientes a los periodos 2000–2004 y 2005–2010⁶⁴



Variación porcentual en la mortalidad de menores de 5 años

Notas: El cuadrante destacado en azul indica una tendencia positiva tanto en la mejora de los niveles generales como en la reducción de las disparidades.

Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF, 2015, basadas en encuestas por indicadores múltiples, encuestas demográficas y de salud y otras fuentes nacionales.



El sarampión

Pese a que el 84 % de los bebés recibieron la primera dosis de la vacuna contra el sarampión en 2013, era necesario llegar a 15 millones de niños más para alcanzar la meta de una cobertura del 95% con la primera dosis en todo el mundo.

Según los cálculos, en 2013, el sarampión fue causa de 145.700 muertes y de casi 279.000 casos de enfermedad en todo el mundo (mapa 4.A y mapa 4.B). En comparación con la mortalidad estimada en el caso hipotético de ausencia total de la vacuna contra el sarampión, se calcula que en el periodo comprendido entre 2000 y 2015 se evitaron 15,6 millones de muertes gracias a la vacuna contra el sarampión⁶⁵.

Hasta la fecha se han registrado éxitos notables gracias a las mejoras de la inmunización sistemática en los niños de la edad correspondiente que

recibieron la primera dosis de la vacuna contra el sarampión y de las actividades complementarias de inmunización para vacunar a los niños y niñas que están fuera del alcance de los servicios sanitarios existentes. Entre 2000 y 2009, la cobertura mundial de la primera dosis de la vacuna contra el sarampión aumentó desde el 73% al 83% y permaneció en torno al 83% y el 84% a lo largo de 2013. Sin embargo, aunque durante 2013 recibieron la vacuna un 84% de los bebés, era necesario llegar a otros 15 millones más para alcanzar la meta de cobertura del 95% con la primera dosis en todo el mundo⁶⁶.

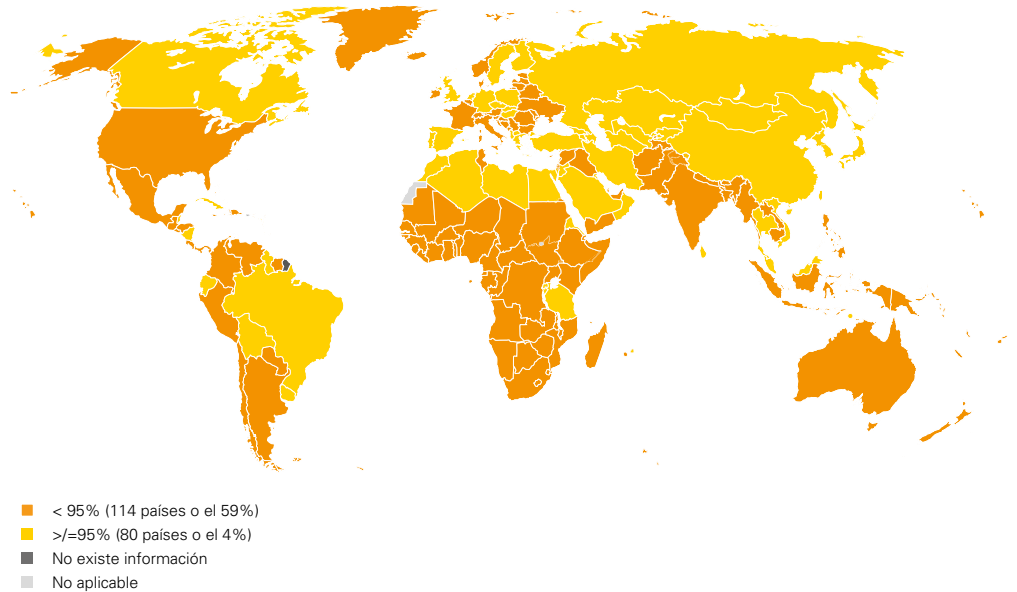
Aunque son pocos los países que informan de haber alcanzado el 95% de cobertura en todos los distritos, el análisis de este tipo de metas a escala de distrito, fundamentales para lograr la erradicación del sarampión, resulta complicado. Esto se debe a que no

existen datos sobre los distritos o los que existen no son válidos en una tercera parte de los países, lo que apunta a un problema de mayor alcance relacionado con la calidad y el uso de los datos sobre las vacunas en el contexto de los programas de inmunización.

MAPA 4.A

Menos de la mitad de los países alcanzaron una cobertura nacional mínima del 95% con la primera dosis de la vacuna contra el sarampión administrada durante 2013

Países que lograron una cobertura nacional mínima del 95% en los niños de la edad correspondiente con la primera dosis de la vacuna contra el sarampión administrada durante 2013, según el programa nacional de vacunación

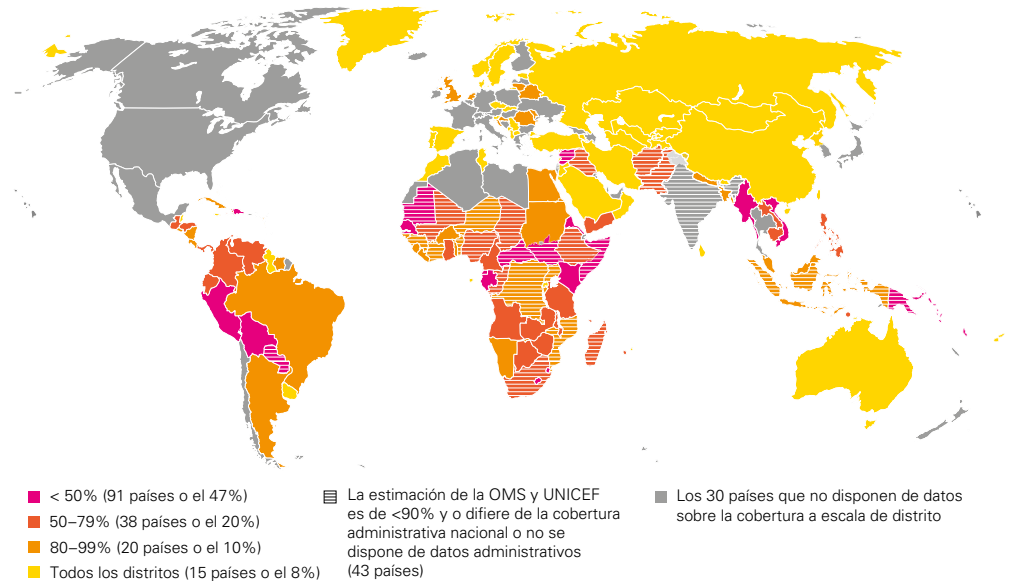


Fuente: Estimaciones de la OMS y UNICEF de las tasas nacionales de vacunación, revisión de 2013 (finalizada en julio de 2014).

MAPA 4.B

En muy pocos países se han alcanzado las metas subnacionales básicas para la erradicación del sarampión

Porcentaje de distritos que han logrado una cobertura mínima del 95% entre los niños de la edad correspondiente con la primera dosis de la vacuna contra el sarampión administrada durante 2013, según el programa nacional de vacunación



Fuente: Estimaciones de la OMS y UNICEF de las tasas nacionales de vacunación, revisión de 2013 (finalizada en julio de 2014) y la cobertura a nivel de distrito registrada nacionalmente para 2013 como se informa en los formularios de registro conjunto presentados a la OMS y/o UNICEF durante 2014.

Nota: Estos mapas no están estilizados y no están hechos a escala. No entrañan juicio alguno por parte de UNICEF sobre la condición jurídica de ningún país o territorio, ni sobre la delimitación de ninguna frontera. La línea de puntos representa, aproximadamente, la Línea de Control de Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido acordado por las partes. La frontera final entre Sudán y Sudán del Sur no se ha determinado aún. El estatuto definitivo de la zona de Abyei no se ha establecido todavía.

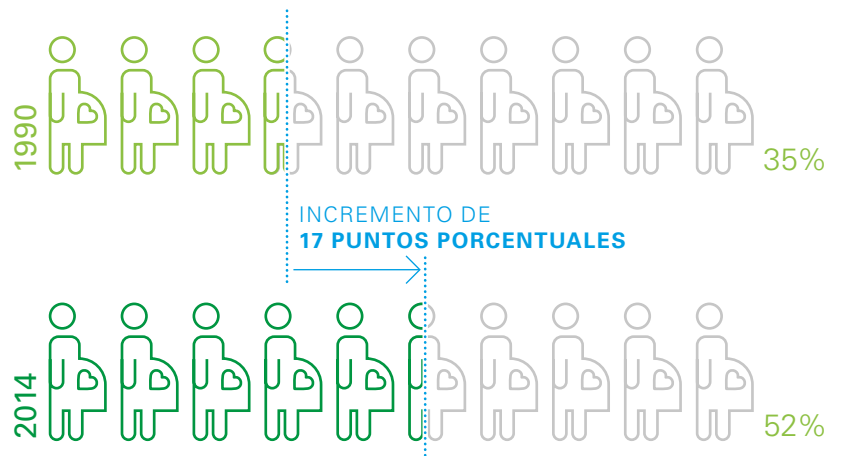


ODM 5
**MEJORAR LA SALUD
DE LAS MADRES**

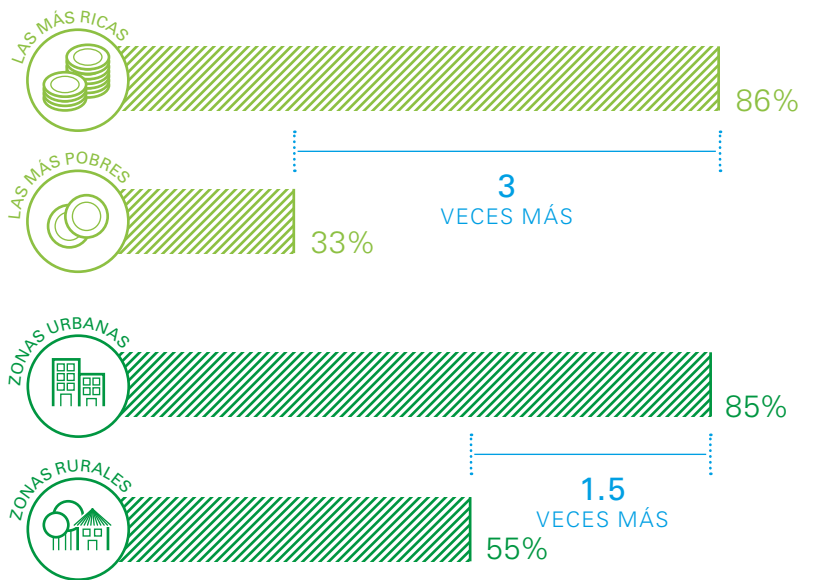
Reducir en tres cuartas partes, entre 1990
y 2015, los índices de mortalidad materna

SALUD MATERNA

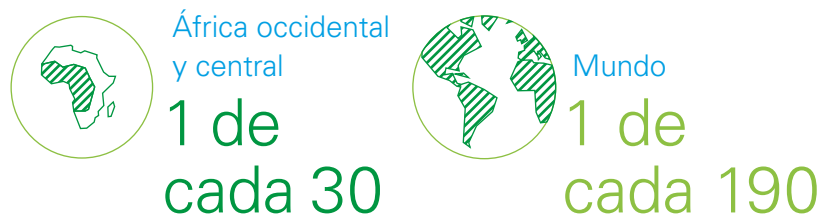
MUJERES EMBARAZADAS QUE RECIBEN ATENCIÓN PRENATAL CUATRO VECES COMO MÍNIMO



QUE SON ATENDIDAS POR PERSONAL SANITARIO CAPACITADO EN EL ALUMBRAMIENTO



RIESGO DE MUERTE POR CAUSAS RELACIONADAS CON LA MATERNIDAD A LO LARGO DE LA VIDA



Salud materna

Proveer a las madres unos servicios de salud reproductiva de calidad y mejorar su salud y su nutrición son prácticas de crucial importancia, no solo para mitigar la morbilidad y la mortalidad maternas sino también para abordar muchas de las causas que subyacen a la mortalidad infantil y neonatal⁶⁷.

La cifra de mujeres y niñas que fallecían cada año por causa de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto descendió desde 523.000 en 1990 a 289.000 en 2013. Esta disminución del 45% en las muertes maternas es impresionante considerando el rápido crecimiento demográfico en muchos de los países que registran los niveles más altos de muertes maternas. Así todo, cada día siguen muriendo 800 mujeres por causas relacionadas con la maternidad.

El progreso general en cuanto a la tasa de mortalidad por causas derivadas de la maternidad (TMCM) (gráf. 5.A) no alcanzó la meta, ya que el índice de descenso anual registrado de 1990 a 2013 –del 2,6%– es considerablemente inferior al 5,5% necesario para alcanzar el ODM⁶⁸. En general, se ha producido una notable reducción en la TMCM en los países de todos los grupos de ingresos. En 1990, la TMCM de los países de ingresos bajos era 38 veces más elevada que en los países de ingresos altos, desproporción que descendió en 2013 a 19 veces más. La diferencia entre las TMCM de los países de ingresos medianos y los países de ingresos altos se redujo también a la mitad, desde 14 veces más a 7 veces más (gráf. 5.B).

Las muertes maternas están cada vez más concentradas en África subsahariana, donde a pesar de una TMCM en descenso, la proporción general aumentó desde el 44% de 1990 a un 62% en 2013⁶⁹. En esta región, en 2013, 1 de cada 38 niñas corría el riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad a lo largo de toda su vida (gráf. 5.C). El hecho de que esta región registre un índice de fertilidad mayor contribuye de forma importante a este aumento del riesgo de muerte.

La atención prenatal y la asistencia profesional durante el parto son necesarios para poner fin a todas las muertes relacionadas con la maternidad prevenibles. En este sentido,

se observan progresos modestos en el porcentaje medio de mujeres que dieron a luz con ayuda de un trabajador sanitario capacitado, cifra que aumentó desde el 59% al 71% entre 1990 y 2014 (gráf. 5.D). El progreso se ha acelerado en la última década tras la ralentización observada en la década de 1990⁷⁰. Asia meridional y África occidental y central continúan siendo las regiones que presentan la menor proporción de nacimientos asistidos por un trabajador sanitario cualificado.

Las mujeres del quintil más pobre son las que menos se benefician de la presencia de un trabajador sanitario capacitado durante el parto. En torno a 2014, las mujeres del quintil más rico presentaban casi el triple de probabilidades de dar a luz con asistencia de un trabajador sanitario que las mujeres del quintil más pobre (gráf. 5.E). Esta pronunciada diferencia ha permanecido invariable desde alrededor de 2000.

Las mujeres que viven en las zonas rurales también van a la zaga: la desproporción absoluta en cuanto a asistencia profesional al parto descendió sólo en 7 puntos porcentuales, desde 37 puntos porcentuales (en torno a 1990) a 30 puntos porcentuales (en torno a 2014). Sólo en Asia oriental y el Pacífico –la región que presenta la cobertura de asistencia profesional en el parto más elevada y la menor desproporción– ha disminuido la diferencia entre las zonas urbanas y rurales: de 19 puntos porcentuales a 7 puntos porcentuales desde 1990⁷¹.

El progreso en cuanto al mínimo recomendado de cuatro visitas prenatales ha sido lento: sólo algo más de la mitad de las mujeres embarazadas se beneficiaron de cuatro o más visitas prenatales en torno a 2014. Las modestas mejoras introducidas en la atención prenatal no lograron reducir la desproporción entre las mujeres pobres y ricas, salvo en Asia oriental y el Pacífico. Y en los países menos adelantados, tampoco la desproporción entre las zonas urbanas y las rurales en cuanto a atención prenatal ha disminuido sustancialmente entre 2000 y 2014, pues la diferencia en 2000 era de 25 puntos porcentuales y en 2014, de 22 puntos porcentuales (gráf. 5.F).

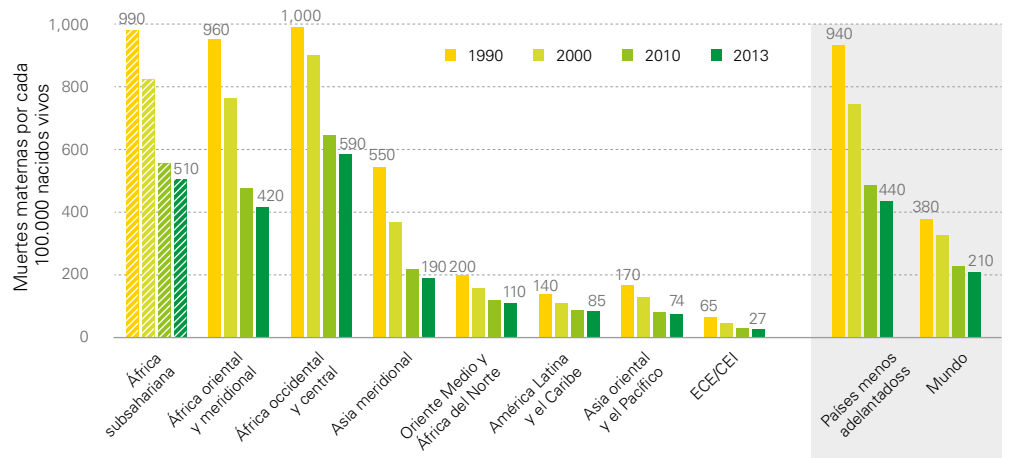


A pesar de que han disminuido las diferencias entre las tasas de mortalidad materna de las distintas regiones, en casi todas ellas persisten, dentro de los países, entre los distintos niveles de riqueza, desproporciones importantes en cuanto a la atención prenatal y la asistencia profesional durante el parto, que ralentizan el progreso.

GRÁFICO 5.A

La tasa de mortalidad de las madres descendió en un 45% entre 1990 y 2013

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad, por región, de 1990 a 2013



Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, Tendencias de la mortalidad materna, 1990 a 2013, OMS Ginebra, 2014.

GRÁFICO 5.B

La desproporción en las tasas de mortalidad derivada de la maternidad entre los países de ingresos altos y los países de ingresos bajos se ha reducido de forma notable

Tasa de mortalidad derivada de maternidad por grupo de ingresos, de 1990 a 2013

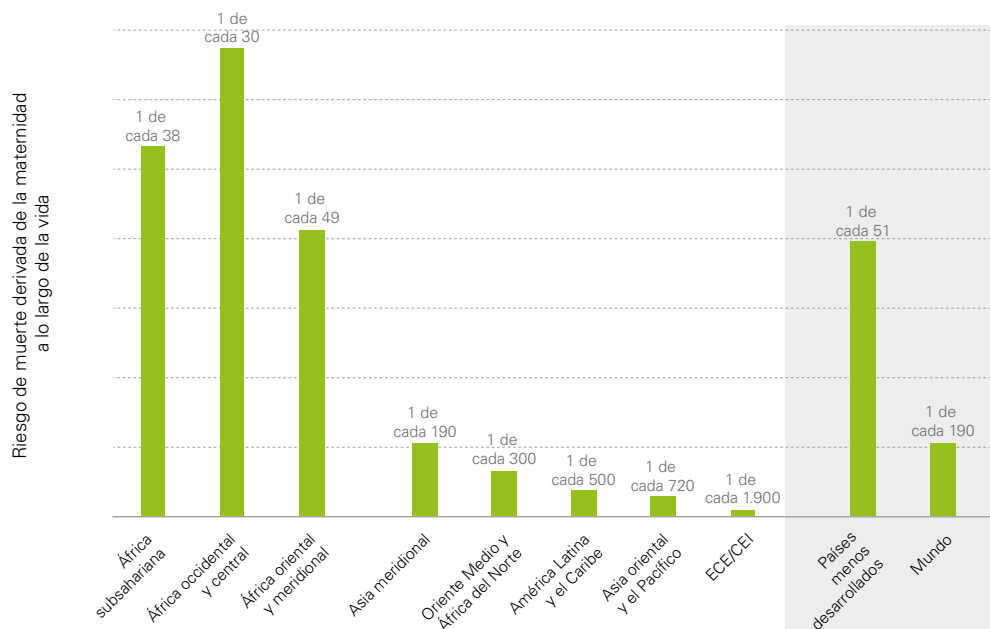


Fuente: Análisis de UNICEF basado en el documento: Tendencias de la mortalidad materna, 1990 a 2013, de la OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, OMS, Ginebra, 2014.

GRÁFICO 5.C

En África occidental y central, 1 de cada 30 niñas de 15 años corre el riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad a lo largo de su vida; en el resto del mundo, este riesgo afecta a 1 de cada 190 niñas de 15 años

Riesgo de morir por causas relacionadas con la maternidad a lo largo de la vida, 2013

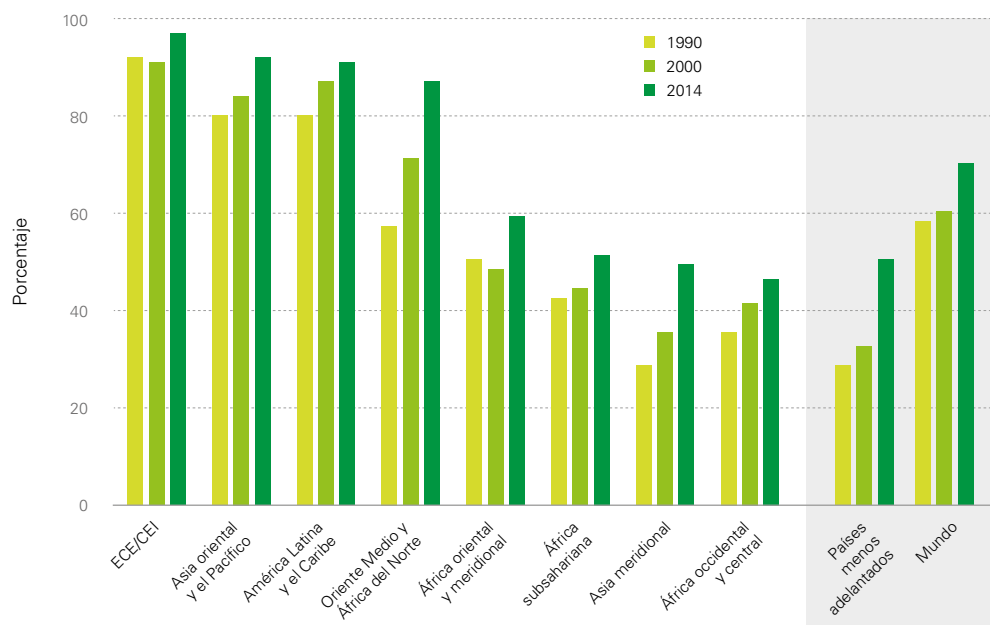


Fuente: OMS, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial: *Tendencias de la mortalidad materna, 1990 a 2013*, OMS, Ginebra, 2014.

GRÁFICO 5.D

Asia meridional y África occidental y central continúan siendo las regiones que registran las tasas más bajas de alumbramientos atendidos por personal sanitario capacitado⁷²

Porcentaje de nacimientos atendidos por personal sanitario capacitado, por región, en el periodo aproximado comprendido entre 1990 y 2014

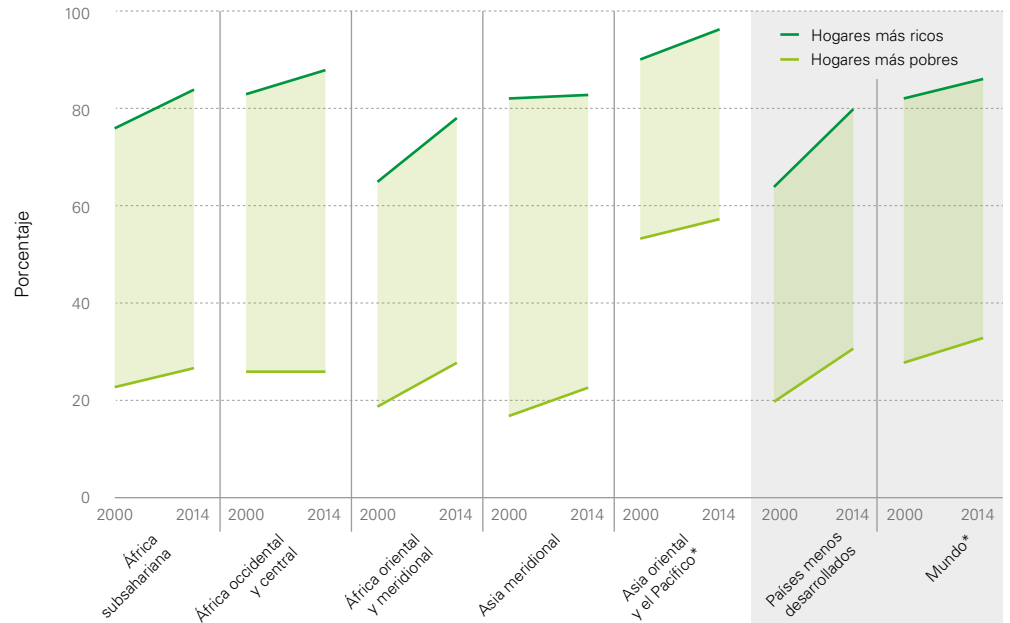


Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF, 2015, basadas en encuestas por indicadores múltiples, encuestas demográficas y de salud y otras fuentes nacionales.

GRÁFICO 5.E

Las mujeres de los hogares más ricos tienen tres veces más probabilidades de dar a luz con asistencia de un profesional sanitario que las mujeres de los hogares más pobres⁷³

Porcentaje de nacimientos asistidos por personal sanitario capacitado, por región y quintil de ingresos familiares, periodo aproximado entre 2000 y 2014



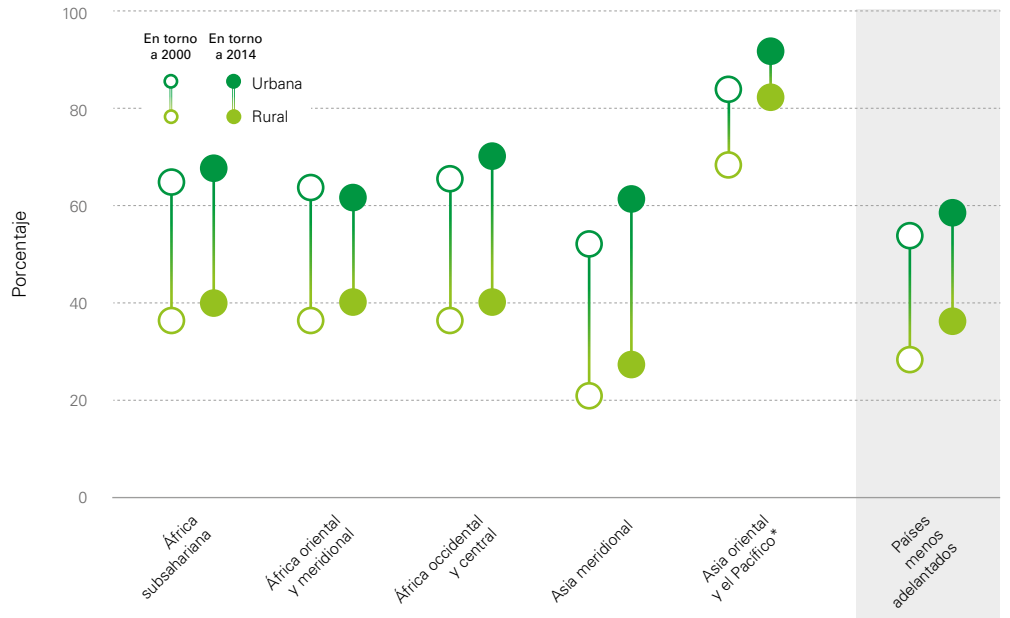
Nota: *No incluye a China.

Fuente: Bases de datos de UNICEF, 2015, obtenidas a partir de encuestas por conglomerados, encuestas demográficas y de salud y otras fuentes nacionales.

GRÁFICO 5.F

El progreso en lo tocante a reducir las diferencias en la atención prenatal entre mujeres de zonas urbanas y de zonas rurales ha sido mínimo⁷⁴

Porcentaje de mujeres que recibieron cuatro o más visitas de atención prenatal, por región y zona de residencia, en el periodo aproximado comprendido entre 2000 y 2014



Nota: *No incluye a China.

Fuente: Bases de datos de UNICEF, 2015, obtenidas a partir de encuestas por conglomerados, encuestas demográficas y de salud y otras fuentes nacionales.



ODM 6 **COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES**

Haber detenido y comenzado a reducir
la propagación del VIH/SIDA en 2015

Lograr, para 2010, el acceso universal
al tratamiento del VIH/SIDA de todas
las personas que lo necesiten

Haber detenido y comenzado a reducir,
en 2015, la incidencia del paludismo
y otras enfermedades graves

VIH/SIDA Y PALUDISMO

TRANSMISIÓN DE MADRE A HIJO DEL SIDA

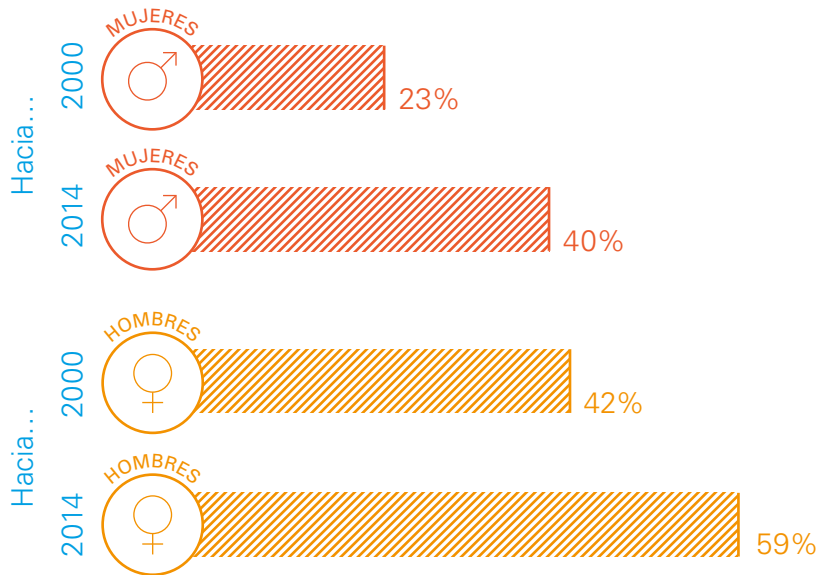


7%
a las 6
semanas

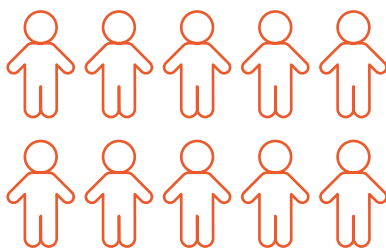


16%
al final de
la lactancia

USO DE PRESERVATIVOS ENTRE LOS JÓVENES (15 A 24 AÑOS) QUE INFORMAN SOBRE SEXO DE ALTO RIESGO



NIÑOS DE ÁFRICA SUBSAHARIANA MENORES DE 5 AÑOS SIN PROTECCIÓN CONTRA EL PALUDISMO MEDIANTE MTI



100 millones
de niños en 2014

VIH/SIDA

Las inversiones que ha hecho el mundo para combatir el VIH y el SIDA han producido resultados positivos. Una mejor atención y distintas opciones de tratamiento han prolongado la vida de las personas seropositivas, y las muertes relacionadas con el SIDA disminuyeron rápidamente en todos los grupos de edad entre 2001 y 2013, excepto entre los adolescentes (10 a 19 años), grupo en el cual no se registró reducción alguna (gráf. 6.E). El VIH sigue siendo la principal causa de muerte entre las mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) de todo el mundo.

De los 1,9 millones de personas mayores de 15 años que adquirieron la infección por el VIH en 2013, más o menos un 35% (670.000) fueron jóvenes de 15 a 24 años y un 13% (250.000), adolescentes de 15 a 19 años. Hay grandes diferencias entre los niños y las niñas adolescentes; de hecho, el virus afecta a las niñas de manera desproporcionada. En algunos países, tienen entre dos y tres veces más probabilidades de infectarse que sus contrapartes masculinas⁷⁵.

Entre 2001 y 2013 disminuyeron los nuevos casos de infección por el VIH en todos los grupos de edad, pero especialmente entre los niños y las niñas menores de 15 años (gráf. 6.A). Esta tendencia se atribuye a los programas de prevención de la transmisión de la madre al niño (gráf. 6.B), que incluyen aplicación de pruebas de detección del virus a las madres gestantes durante las consultas prenatales y la administración de medicamentos antirretrovirales a las que resultan VIH positivas.

Se calcula que en 2013 había en todo el mundo 1,5 millones de niñas y mujeres de 15 años de edad y más que vivían con el virus del VIH y estaban embarazadas –más de un 90% en África subsahariana⁷⁶. Sin intervenciones para prevenir la transmisión del virus a sus hijos, más o menos la mitad de estas niñas y mujeres habrían transmitido la infección a sus bebés durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Gracias al *Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños*

para 2015 y para mantener con vida a sus madres, que recibe apoyo de las Naciones Unidas, se han suministrado medicamentos antirretrovirales eficaces para prevenir la transmisión del VIH de la madre al niño a todas las regiones y a los 21 países de África subsahariana considerados como prioritarios por el plan mundial. En consecuencia, entre 2001 y 2013 disminuyó con rapidez el número de nuevos casos pediátricos de infección por el VIH en la mayoría de los países.

Debido a que el VIH ataca con virulencia a los lactantes, el tratamiento temprano es crucial para su supervivencia. En todos los países de bajos y medianos ingresos, solamente un 23% de los niños (0 a 14 años) seropositivos en 2013 recibieron terapia con antirretrovirales, en comparación con un 37% de las personas seropositivas de 15 años de edad y más (gráf. 6.C).

Directrices recientes de la OMS recomiendan efectuar pruebas de detección del VIH a los niños antes de cumplir dos meses y al final de la lactancia materna. También recomiendan tratamiento inmediato para todas las mujeres embarazadas y lactantes seropositivas, y para todos los niños menores de 5 años que viven con el VIH. No obstante, en todos los países de bajos y medianos ingresos solo se administraron pruebas de detección del VIH de forma temprana en 2013 al 37% de los lactantes que habían estado expuestos al virus⁷⁷.

Desde el año 2000, las iniciativas tendientes a prevenir el VIH entre las personas jóvenes (15 a 24 años) se han traducido en avances moderados. En África subsahariana, la región más afectada por la epidemia, la mayoría de las últimas encuestas indican que menos del 40% de los hombres y las mujeres jóvenes (15 a 24 años) tienen conocimientos amplios y correctos sobre el VIH (gráf. 6.D), lo que solo significa unos 10 puntos porcentuales más que alrededor de 2000.

En África subsahariana, las diferencias en los niveles de conocimiento entre los hombres y las mujeres jóvenes (15 a 24 años) persisten entre las mujeres del quintil más pobre y el quintil más rico



En África subsahariana, las tasas de asistencia escolar de los niños huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años casi se han igualado (0,96), lo que representa una mejora sustancial desde aproximadamente 2000 (0,80)⁸⁰.

(17% y 35%, respectivamente), y entre las mujeres del medio rural y el medio urbano (23% y 36%, respectivamente).

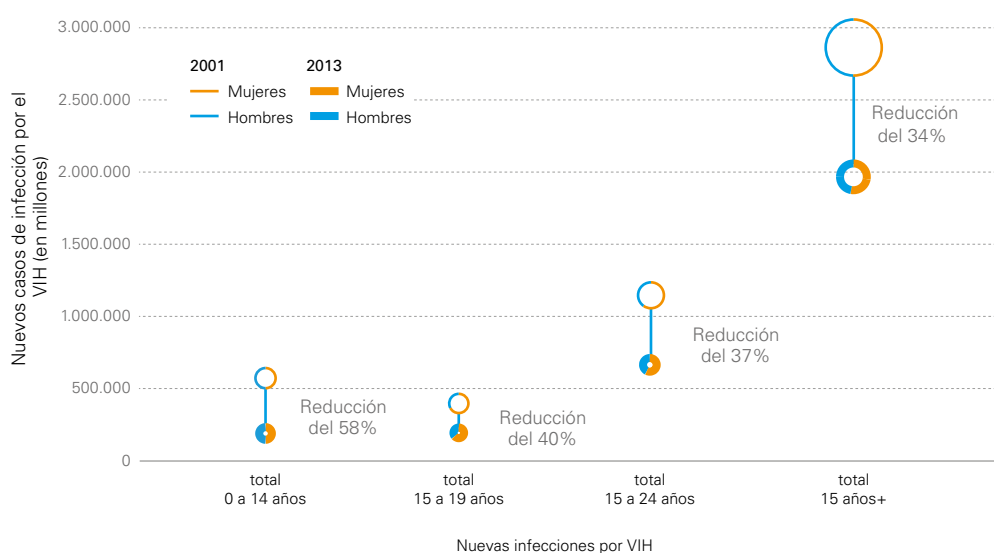
Entre 2000 y el presente, todos los años al menos 10 millones de niños y niñas menores de 18 años perdieron a uno de sus progenitores o a ambos a causa del SIDA. Esta cifra alcanzó un nivel sin precedentes en 2009, cuando, según se calcula, el SIDA dejó a 18,5 millones de niños huérfanos de uno o ambos progenitores. Aunque esta cifra ha descendido gradualmente, en 2013 aún había alrededor de 17,7 millones de niños huérfanos de uno o ambos padres por esta

enfermedad (gráf. 6.F). En la década pasada se logró mitigar de manera importante el impacto económico y social del VIH y el SIDA en los niños y las familias⁷⁸. Invertir en ayuda económica y psicosocial más allá de 2015 sigue siendo fundamental. También es vital que las pruebas de detección estén al alcance tanto de los niños que han perdido a uno o a ambos progenitores debido al SIDA como de sus familias, que el tratamiento del VIH se administre a quienes lo necesitan, y que los vínculos con las comunidades y los establecimientos de salud se fortalezcan en beneficio de los más vulnerables⁷⁹.

GRÁFICO 6.A

En 2001 y 2013, casi dos tercios de todos los nuevos casos de infección por el VIH entre los adolescentes correspondieron a niñas

Número estimado de nuevos casos de infección por el VIH a nivel mundial entre personas mayores de 15 años, jóvenes de 15 a 24 años, adolescentes de 15 a 19 años, y niños de 0 a 14 años, 2001 y 2013

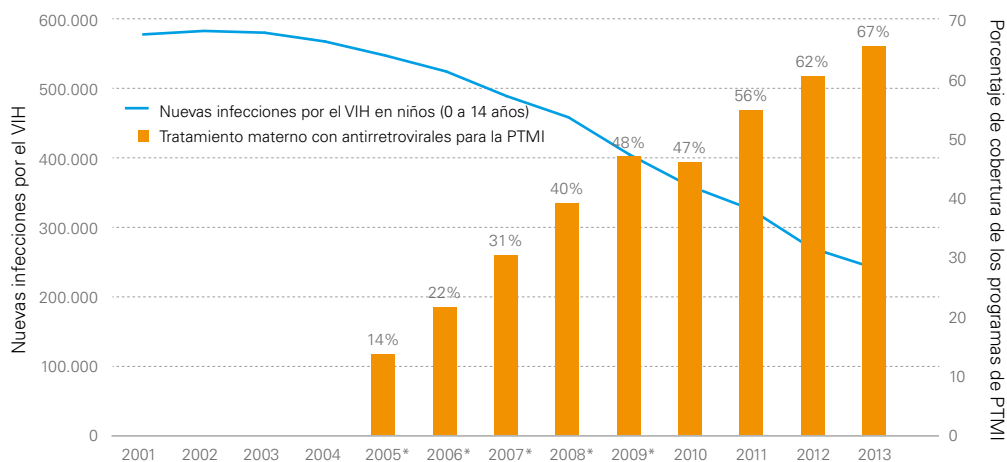


Fuente: Análisis de UNICEF sobre ONUSIDA, estimaciones sobre VIH y SIDA 2013, julio de 2014.

GRÁFICO 6.B

Rápida disminución de los nuevos casos pediátricos de infección por el VIH, gracias a la mayor cobertura de los programas de prevención de la transmisión maternoinfantil (PTMI)

Número estimado de nuevas infecciones por el VIH entre niños de 0 a 14 años, y cobertura del tratamiento materno con antirretrovirales para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo en todos los países de bajos y medianos ingresos, 2001 a 2013



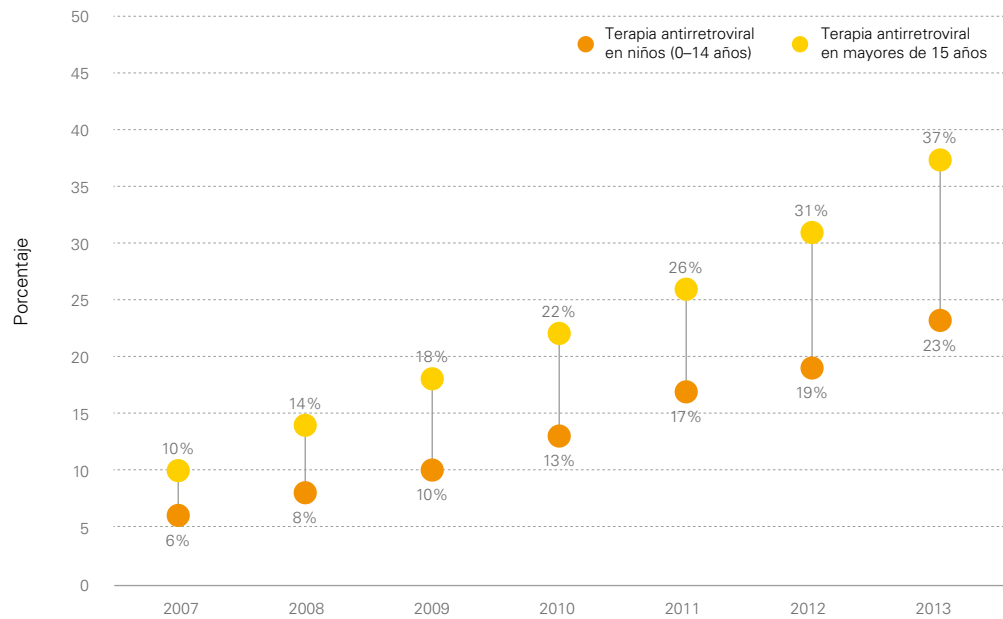
*Nota: Los datos de 2005 a 2009 incluyen dosis única de nevirapina, un régimen que ya no recomienda la OMS; por lo tanto, los valores de 2005 a 2009 no se pueden comparar con los de 2010 a 2013.

Fuente: ONUSIDA, UNICEF y OMS, Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el SIDA 2005-2013, y estimaciones de ONUSIDA de 2013 sobre el VIH/SIDA, julio de 2014.

GRÁFICO 6.C

Los niños van a la zaga de los adultos en materia de acceso a terapia antirretroviral

Porcentaje de personas mayores de 15 años y niños de 0 a 14 años que vivían con el VIH y recibían terapia antirretroviral en todos los países de bajos y medianos ingresos, 2007 a 2013⁸¹

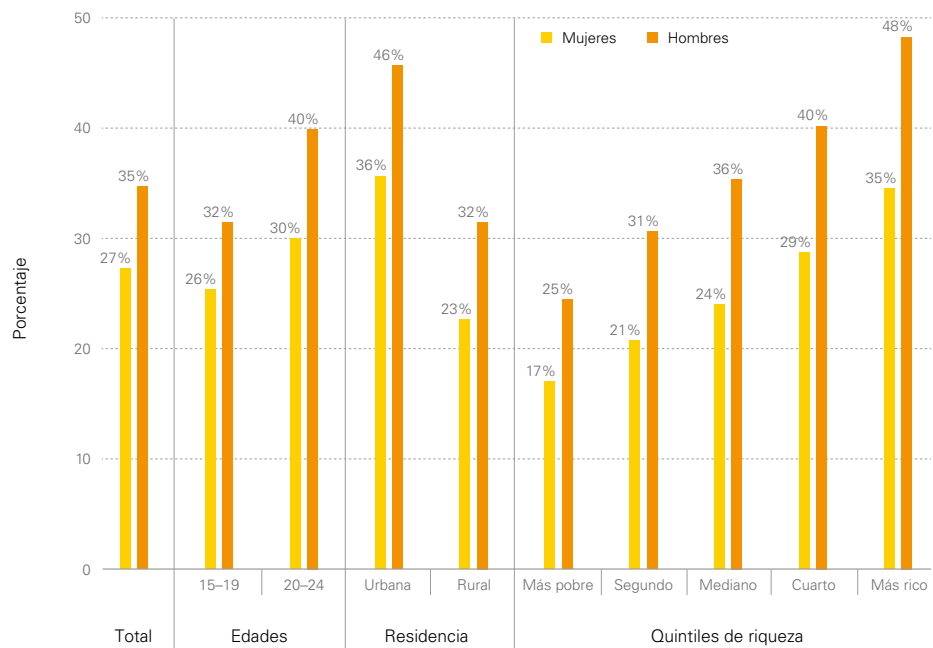


Fuente: Estimaciones de ONUSIDA de 2013 sobre el VIH/SIDA, julio de 2014.

GRÁFICO 6.D

Solamente un 17% de las mujeres jóvenes de las familias más pobres tienen conocimientos amplios sobre el VIH

Porcentaje de hombres y mujeres de 15 a 24 años que poseen conocimientos amplios y correctos sobre el VIH, por edad, zona de residencia y quintil de ingresos familiares, África subsahariana⁸²

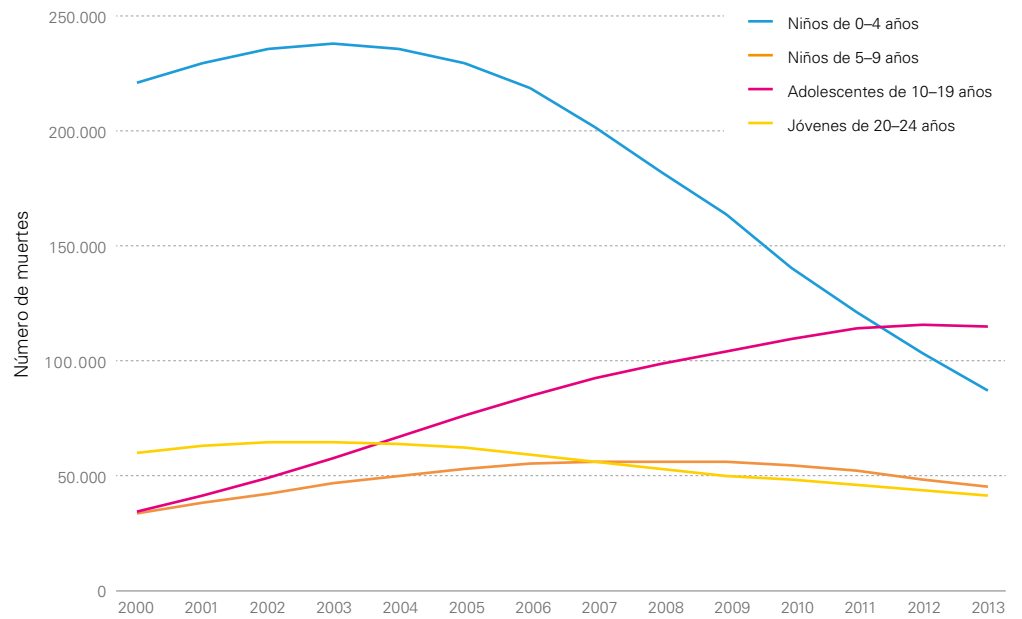


Fuente: Banco mundial de datos de UNICEF, 2015, con base en Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas de Indicadores de SIDA y otras fuentes representativas a nivel nacional, 2009-2014.

GRÁFICO 6.E

Las muertes relacionadas con el SIDA están disminuyendo en todos los grupos de edad... excepto entre los adolescentes

Número estimado de muertes mundiales asociadas con el SIDA entre niños de 0 a 4 años, niños de 5 a 9 años, adolescentes de 10 a 19 años y jóvenes de 20 a 24 años, 2000 a 2013

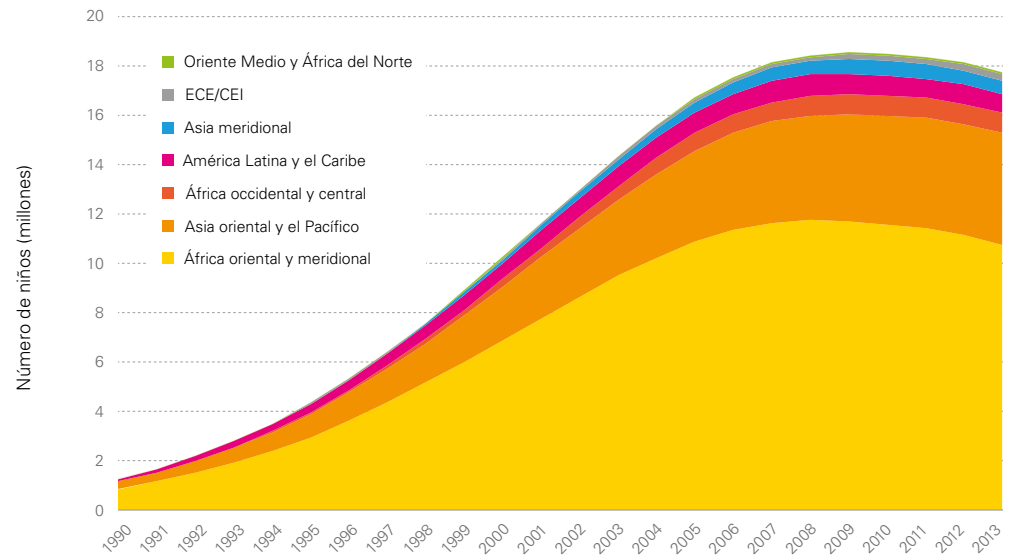


Fuente: Análisis de UNICEF basado en estimaciones de ONUSIDA de 2013 sobre el VIH/SIDA, julio de 2014.

GRÁFICO 6.F

Se calcula que hay 17,7 millones de niños huérfanos por causas relacionadas con el SIDA

Número mundial estimado de niños de 0 a 17 años que perdieron a uno o ambos progenitores por alguna causa vinculada con el SIDA, por región, 1990 a 2013



Fuente: Análisis de UNICEF basado en estimaciones de ONUSIDA de 2013 sobre el VIH/SIDA, julio de 2014.

Paludismo

El paludismo impide que los niños asistan a la escuela y que sus padres se dediquen a actividades productivas. Además, reduce las probabilidades de un embarazo saludable⁸³. Esta enfermedad contribuye al 7% de las muertes mundiales de niños menores de 5 años –el 14% en África subsahariana en 2013⁸⁴.

En 2014 había 97 países con transmisión del paludismo, la mayoría en África subsahariana. En 2013, 4 de cada 5 defunciones (es decir, un 78%) provocadas por esta enfermedad correspondieron a niños menores de 5 años. Entre 2000 y 2013, las tasas de mortalidad por paludismo en niños menores de 5 años disminuyeron un 53% en todo el mundo y un 58% en África subsahariana⁸⁵.

La utilización de mosquiteros tratados con insecticida es una de las estrategias más eficaces en función de los costos para prevenir el paludismo y la muerte por esta enfermedad. En la pasada década aumentó notablemente su uso para proteger a los niños menores de 5 años, aun cuando la cobertura sigue siendo inferior al 50% en la mayoría de los países africanos endémicos para el paludismo (Mapa 6.A).

Hacia 2014, más de 1 de cada 3 niños (un 37%) durmió bajo un mosquitero tratado con insecticida en África subsahariana. Esto quiere decir que cerca de 100 millones de niños menores de 5 años que viven en esta región todavía no gozan de esta protección contra el paludismo⁸⁶.

La distribución gratuita de mosquiteros tratados con insecticida benefició a las poblaciones pobres y rurales, disminuyendo las diferencias en su uso entre los niños menores de 5 años de las poblaciones más ricas y las más pobres, y de las poblaciones rurales y urbanas (gráf. 6.G). Sin embargo, un altísimo número de niños carecen aún de esta protección.

Los niños que se enferman de paludismo deben ser diagnosticados inmediatamente y tratados con un antipalúdico. El parásito más letal del paludismo, *Plasmodium falciparum*, es prevalente sobre todo en África subsahariana, donde ocurre el 90% de las muertes por esta enfermedad. El tratamiento combinado con artemisinina es la terapia de primera línea recomendada en países donde este parásito es endémico. De conformidad con las recomendaciones de la OMS, los países están abandonando el diagnóstico presuntivo basado en la fiebre y adoptando el tratamiento fundamentado en la confirmación de la enfermedad por medio de una prueba diagnóstica⁸⁷.

Administrar a los niños tratamiento combinado con artemisinina no es frecuente en África subsahariana, y poco más de un tercio de los niños enfermos de paludismo que son tratados con medicamentos antipalúdicos reciben el fármaco de primera línea. La proporción más baja –un 21%– se observó en África occidental y central (gráf. 6.H).

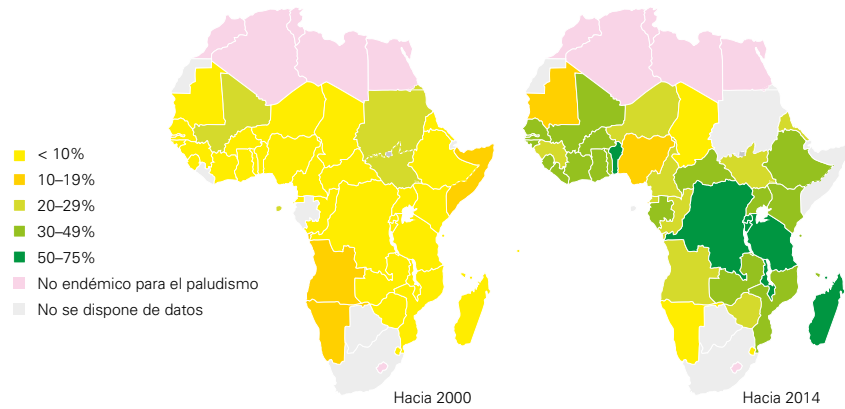


Los datos más recientes indican que apenas 1 de cada 5 niños con fiebre se sometió a una prueba diagnóstica de paludismo en África subsahariana⁸⁸.

MAPA 6.A

El uso de mosquiteros tratados con insecticida para proteger a los niños menores de 5 años aumentó considerablemente en África entre 2000 y 2014

Porcentaje de niños menores de 5 años que dormían protegidos por mosquiteros tratados con insecticida, África, hacia 2000 y 2014⁸⁹



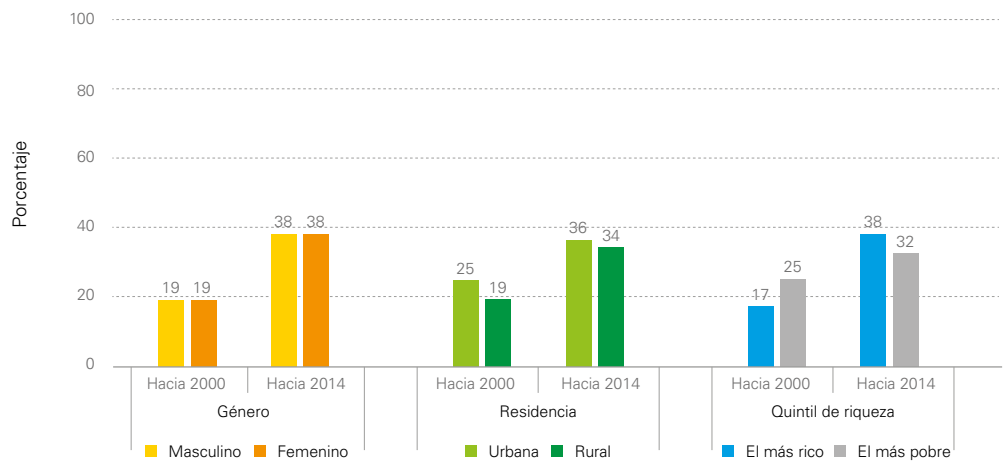
Nota: Este mapa está estilizado y no está hecho a escala. No entraña juicio alguno por parte de UNICEF sobre la condición jurídica de ningún país o territorio, ni sobre la delimitación de ninguna frontera. La frontera final entre el Sudán y Sudán del Sur no se ha determinado aún. El estatus final de la zona de Abyei no se ha establecido todavía.

Fuente: Banco mundial de datos de UNICEF, 2015, con base en Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas de Indicadores de Paludismo y otras fuentes representativas a nivel nacional.

GRÁFICO 6.G

El uso de mosquiteros tratados con insecticida para proteger a los niños menores de 5 años es prácticamente igual en la mayoría de los países de África endémicos para el paludismo

Porcentaje de niños menores de 5 años que dormían protegidos por mosquiteros tratados con insecticida, por género, lugar de residencia y quintil de ingresos familiares, hacia 2000 y 2014⁹⁰

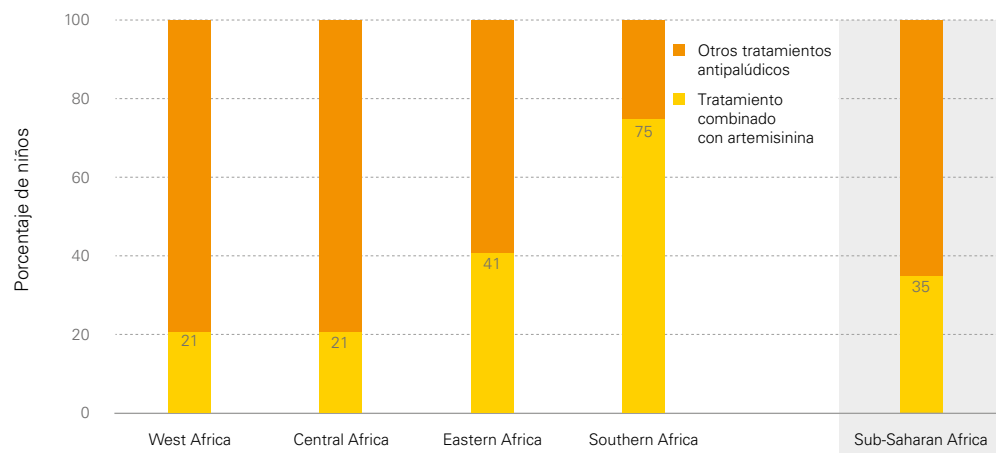


Fuente: Banco mundial de datos de UNICEF, 2015, con base en Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas de Indicadores de Paludismo y otras fuentes representativas a nivel nacional.

GRÁFICO 6.H


En África subsahariana, dos tercios de los niños menores de 5 años no están recibiendo el tratamiento antirretroviral apropiado

Porcentaje de niños menores de 5 años con fiebre que recibieron tratamiento de primera línea, del total de niños con fiebre que recibieron distintos tratamientos antipalúdicos, por subregión⁹¹



Nota: Para conocer detalles sobre las subregiones de África, ver la clasificación regional en la página 66.

Fuente: Banco mundial de datos de UNICEF, 2015, con base en Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas de Indicadores de Paludismo y otras fuentes representativas a nivel nacional, 2010-2014.



ODM 7
**GARANTIZAR LA
SOSTENIBILIDAD DEL
MEDIO AMBIENTE**

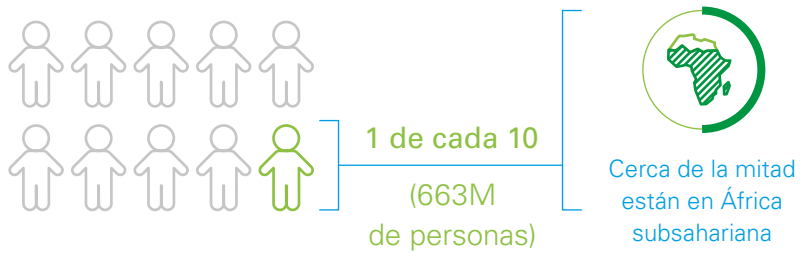
Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento

AGUA Y SANEAMIENTO

PERSONAS QUE CARECEN AÚN DE SANEAMIENTO MEJORADO



PERSONAS SIN ACCESO A FUENTES MEJORADAS DE AGUA POTABLE



INEQUIDAD EN EL AGUA Y EL SANEAMIENTO

Personas que practican la defecación al aire libre



Personas que dependen de agua de superficie para beber



Agua y saneamiento

Las enfermedades diarreicas ocasionadas por la falta de agua apta para el consumo y de saneamiento e higiene adecuados siguen siendo una de las principales causas de muerte entre los niños menores de 5 años. Mejorar el acceso al agua potable, el saneamiento y la higiene es esencial para la supervivencia infantil y la consecución de las metas de los ODM relativas a la nutrición, la educación y la igualdad entre los géneros.

Desde 1990, 2.100 millones de personas han accedido a servicios mejorados de saneamiento; sin embargo, casi 700 millones no se han favorecido de la meta establecida para 2015. En todo el mundo se ha incrementado el acceso a servicios mejorados de saneamiento, pero existen diferencias significativas en los índices de progreso que han alcanzado las distintas regiones (gráf. 7.A.). Aunque en todas se han logrado rápidos progresos en lo que se refiere a saneamiento rural, la cobertura de los servicios de saneamiento mejorado sigue siendo considerablemente más alta en las zonas urbanas (gráf. 7.C).

En los países menos adelantados, la proporción de la población que recurre a la defecación al aire libre se ha reducido más de la mitad, pasando de un 45% a un 20% (gráf. 7.B). Todavía 946 millones de personas de todo el mundo defecan al aire libre (casi dos tercios viven en Asia meridional) y 9 de cada 10 viven en las zonas rurales.

El mundo conquistó la meta del ODM sobre agua potable en 2010. No obstante, el promedio mundial oculta las desigualdades entre las regiones en materia de cobertura y niveles de prestación de los servicios (gráf. 7.D). África subsahariana es la única región en la cual la proporción de la población que carece de acceso a agua potable mejorada no se redujo a la mitad entre 1990 y 2015.

Durante el mismo período, el número de personas que utilizan agua superficial se ha reducido en más de la mitad (de 346 millones a 159 millones), aun cuando 1 de cada 10 personas en África subsahariana sigue dependiendo de esta agua para su consumo.

De los 2.600 millones de personas que han obtenido acceso a fuentes mejoradas de agua potable desde 1990, 1.900 millones cuentan con agua corriente en sus viviendas. Hoy, el agua corriente representa el 63% de las fuentes mejoradas de suministro de agua potable en todo el mundo, frente a un escaso 17% en los países menos adelantados⁹².

Los pobladores urbanos tienen más del doble de probabilidades de disponer de agua corriente en sus viviendas que quienes viven en el medio rural, y la disparidad entre las regiones es evidente (gráf. 7.E).

Numerosos países están próximos a alcanzar el acceso universal a agua potable mejorada, pero existen grandes diferencias en los niveles de prestación del servicio y será difícil beneficiar al 9% restante de la población –incluidos algunos de los grupos más pobres y vulnerables– que todavía no dispone de él (gráf. 7.A).

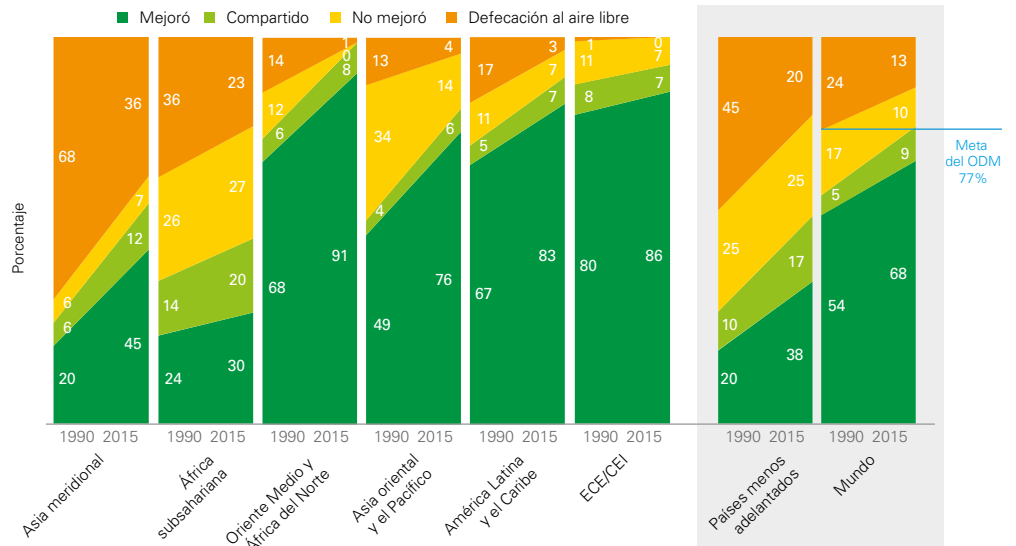


A nivel mundial, el 90% de las personas que utilizan agua superficial o que defecan al aire libre viven en las zonas rurales.

GRÁFICO 7.A

En todas las regiones se ha incrementado el acceso a servicios mejorados de saneamiento; sin embargo, los índices de progreso muestran grandes diferencias

Tendencias en los porcentajes de cobertura de saneamiento, por región, 1990 a 2015

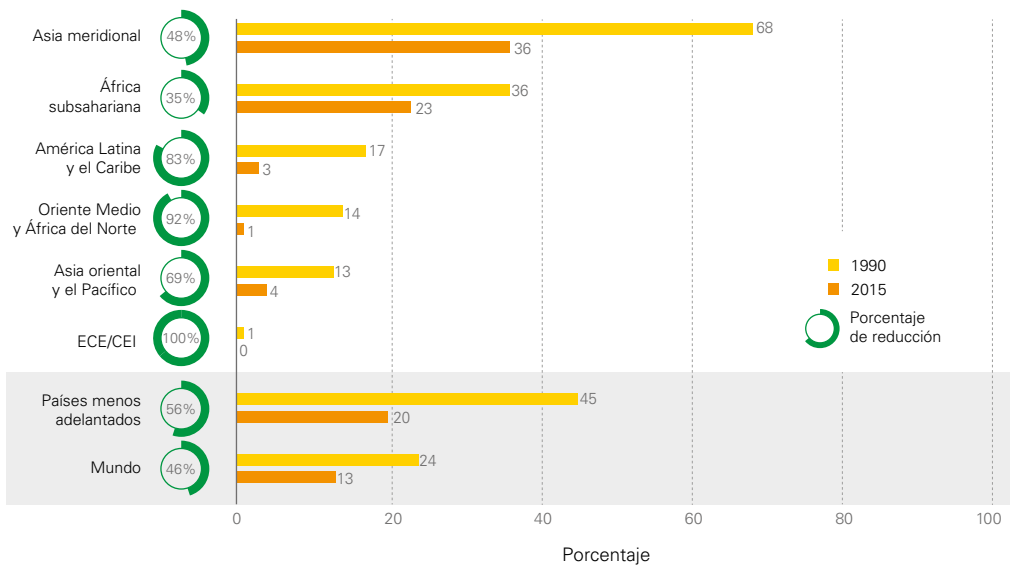


Fuente: OMS y UNICEF (2015) *Progress Update on Sanitation and Drinking Water*. Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento.

GRÁFICO 7.B

Las tasas de defecación al aire libre han bajado más del 50% en los países menos adelantados

Tasa de defecación al aire libre y reducción en porcentajes, por región, 1990 a 2015

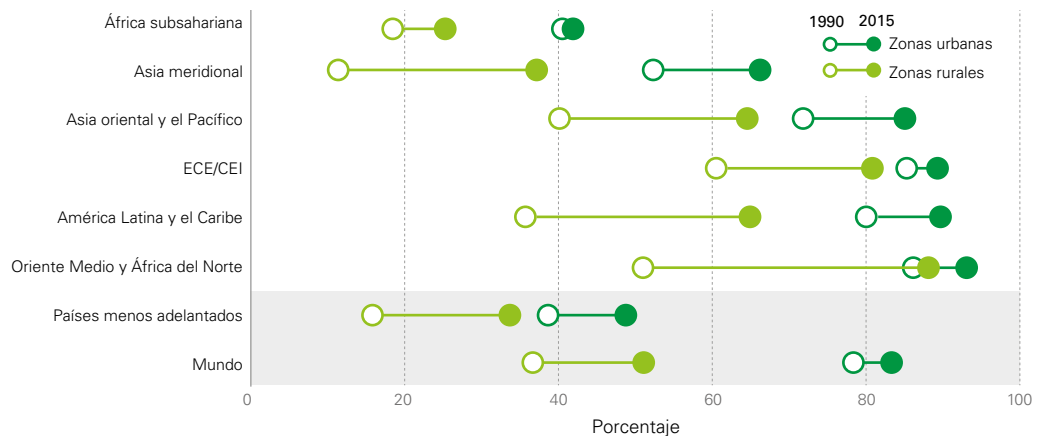


Fuente: OMS y UNICEF (2015) *Progress Update on Sanitation and Drinking Water*. Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento.

GRÁFICO 7.C

En todas las regiones en desarrollo, los progresos más rápidos en materia de saneamiento corresponden a las zonas rurales, aunque la cobertura sigue siendo mayor en las zonas urbanas

Porcentaje de cobertura de servicios mejorados de saneamiento, por región y zona de residencia, 1990 a 2015

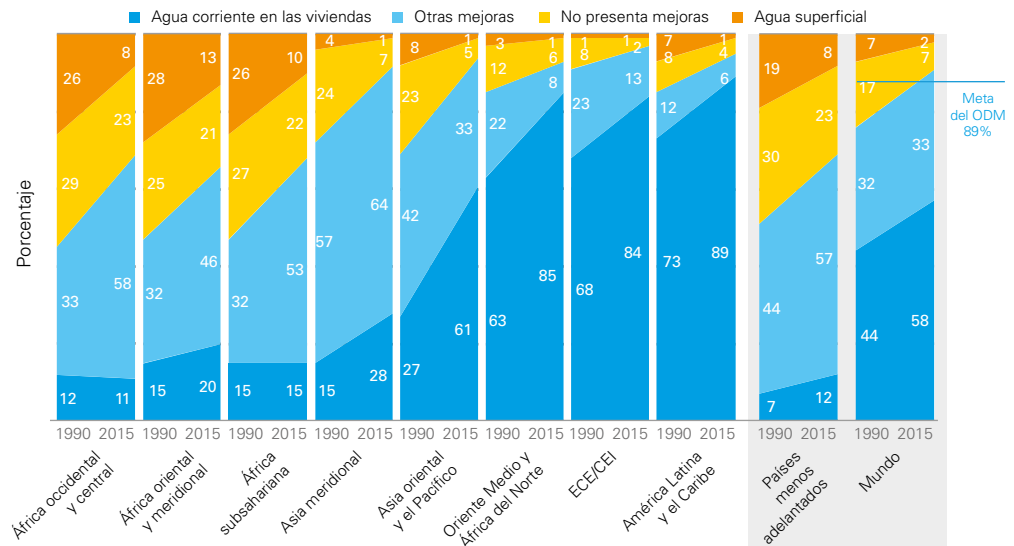


Fuente: OMS y UNICEF (2015) *Progress Update on Sanitation and Drinking Water*. Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento.

GRÁFICO 7.D

El mundo cumplió la meta del ODM sobre agua potable en 2010

Tendencias en los porcentajes de cobertura de agua potable, por región, 1990 a 2015

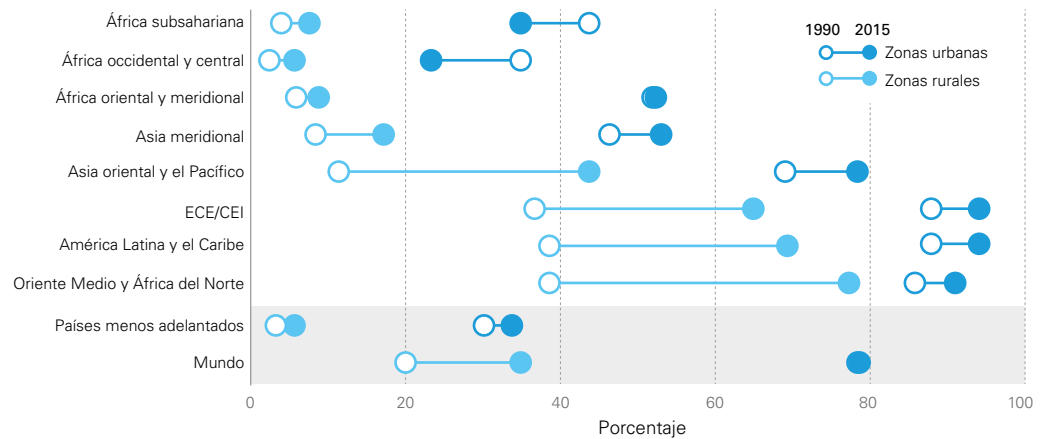


Fuente: OMS y UNICEF (2015) *Progress Update on Sanitation and Drinking Water*. Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento.

GRÁFICO 7.E

Aunque el acceso a agua corriente en las viviendas ha mejorado significativamente en las zonas rurales, la cobertura sigue siendo muy inferior a la de las zonas urbanas

Porcentaje de cobertura de agua corriente en las viviendas, por región, 1990 a 2015



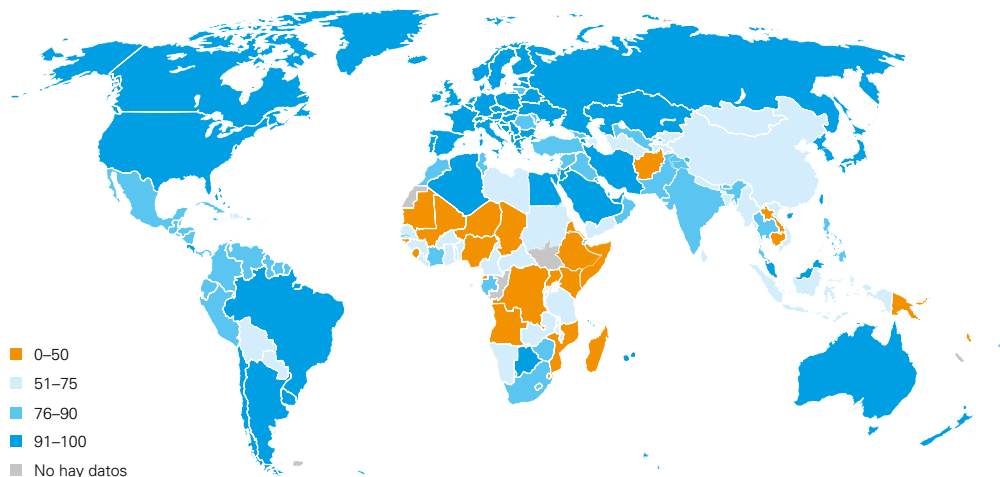
Fuente: Programa Conjunto OMS/UNICEF de Vigilancia del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento.

MAPA 7.A

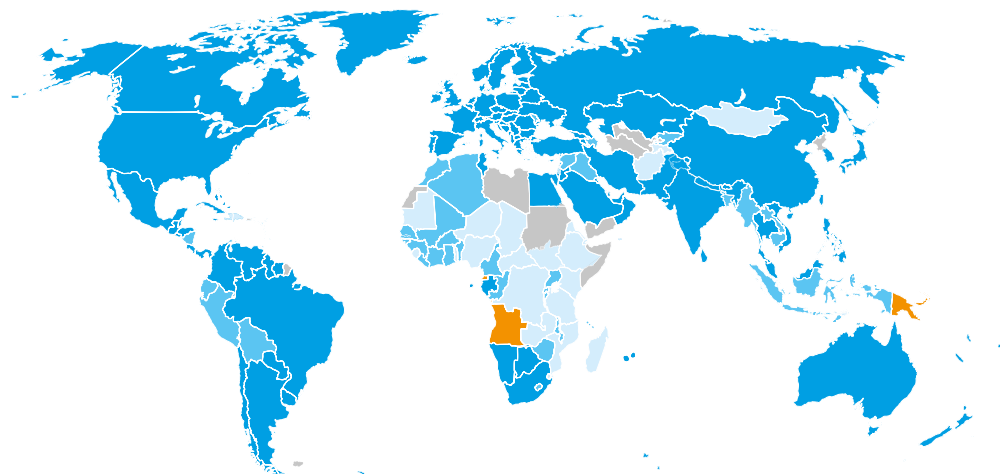
En 2015, la cobertura de agua potable mejorada sigue siendo inferior al 50% únicamente en tres países

Mejora en los porcentajes de cobertura de agua potable, 1995 y 2015

1995



2015



Fuente: OMS y UNICEF (2015) *Progress Update on Sanitation and Drinking Water*. Programa Conjunto OMS/UNICEF de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento.

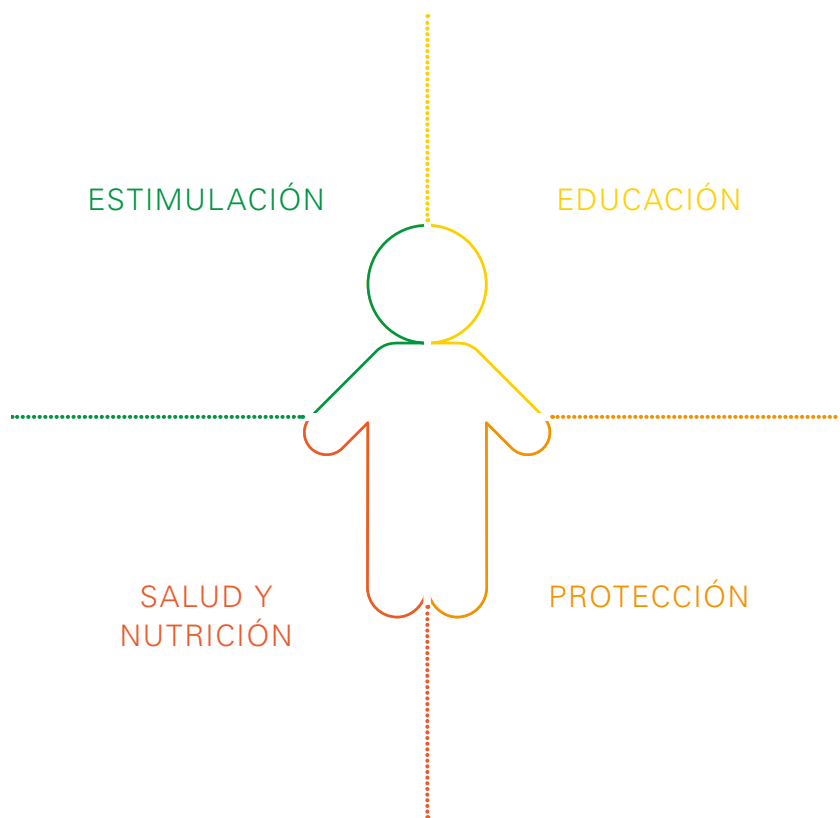
Nota: Estos mapas no están estilizados y no están hechos a escala. No entrañan juicio alguno por parte de UNICEF sobre la condición jurídica de ningún país o territorio, ni sobre la delimitación de ninguna frontera. La línea de puntos representa, aproximadamente, la Línea de Control de Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. El estatuto definitivo de Jammu y Cachemira aún no ha sido acordado por las partes. La frontera final entre Sudán y Sudán del Sur no se ha determinado aún. El estatuto definitivo de la zona de Abyei no se ha establecido todavía.





DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

COMPONENTES DEL DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA



LOS NIÑOS MÁS POBRES SE ENCUENTRAN A LA ZAGA EN LOS 4 COMPONENTES

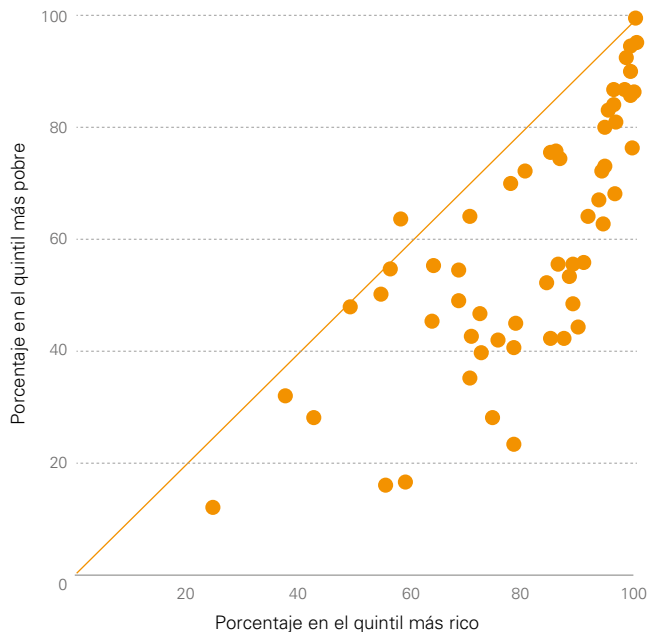


Un desarrollo cerebral óptimo requiere un medio estimulante, nutrientes adecuados e interacción social y afectiva con cuidadores sensibles a las necesidades del niño.

GRÁFICO 8.A

Los niños del quintil más pobre tienen menos probabilidades de beneficiarse de actividades de aprendizaje temprano en sus hogares

Porcentaje de niños de 36 a 59 meses que, en compañía de un adulto de la familia, realizaron en los últimos tres días cuatro o más actividades tendientes a promover el aprendizaje y la preparación para la escuela, por quintil de ingresos familiares⁹⁴



Nota: Cada punto representa un país. Los puntos que se ubican a lo largo de la línea diagonal representan países donde la participación en actividades de aprendizaje temprano es similar entre los niños de las familias más ricas y las más pobres; los puntos que se ubican encima o debajo de la línea indican disparidad.

Fuente: Banco mundial de datos de UNICEF, 2015, con base en Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras fuentes representativas a nivel nacional, 2005–2014.

Desarrollo en la primera infancia

La primera infancia, que abarca los primeros ocho años de vida, es una etapa decisiva para el desarrollo cognitivo, social, emocional y físico. Durante estos años se forman en el cerebro miles de millones de circuitos neuronales integrados, mediante la interacción de la genética, el entorno y la experiencia. Un desarrollo cerebral óptimo requiere un medio estimulante, nutrientes adecuados e interacción social y afectiva con cuidadores sensibles a las necesidades del niño.

A pesar de que los datos comparables a nivel internacional siguen siendo escasos, las cifras disponibles revelan marcadas desigualdades entre los distintos niveles de ingresos familiares en relación con el apoyo que prestan los cuidadores al desarrollo y el aprendizaje temprano de los niños en sus hogares (gráf. 8.A). Si bien los niveles de apoyo que ofrecen los adultos al desarrollo y el aprendizaje suelen ser bastante altos, los niños y las niñas del quintil más pobre tienen muchas menos probabilidades de recibir esta clase de ayuda, que es determinante para el desarrollo infantil.

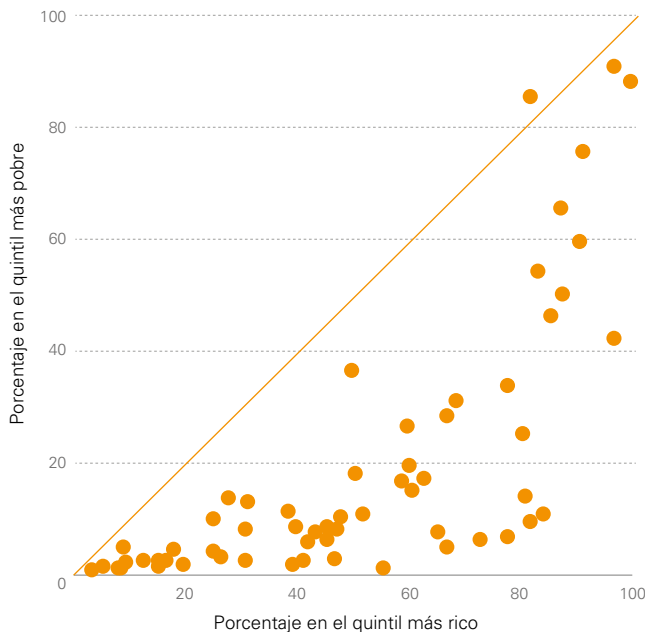
Los niños que pertenecen al quintil más pobre siguen en situación de desventaja para acceder a una buena atención y a programas educativos de calidad (gráf. 8.B). Estas desigualdades tempranas se manifiestan en resultados de desarrollo muy distintos. De acuerdo con datos de 39 países, existen grandes variaciones en los niveles generales de lectura, escritura y aritmética, y los niños del quintil más pobre tienen menos probabilidades de alcanzar objetivos importantes en esta esfera (gráf. 8.C).

Invertir en la atención, el desarrollo y la educación en la primera infancia es crucial para reducir las diferencias que suelen traducirse en vidas llenas de desventajas para los niños con un nivel social y económico bajo. Además, los rendimientos de dichas inversiones son más altos entre los niños menos favorecidos y pueden servir de trampolín para salir de la pobreza y la exclusión⁹³.

GRÁFICO 8.B

Los niños de las familias más pobres por lo general no gozan de acceso a programas de educación en la primera infancia

Porcentaje de niños de 36 a 59 meses que participan en algún tipo de programa de educación en la primera infancia, por quintil de ingresos familiares⁹⁵



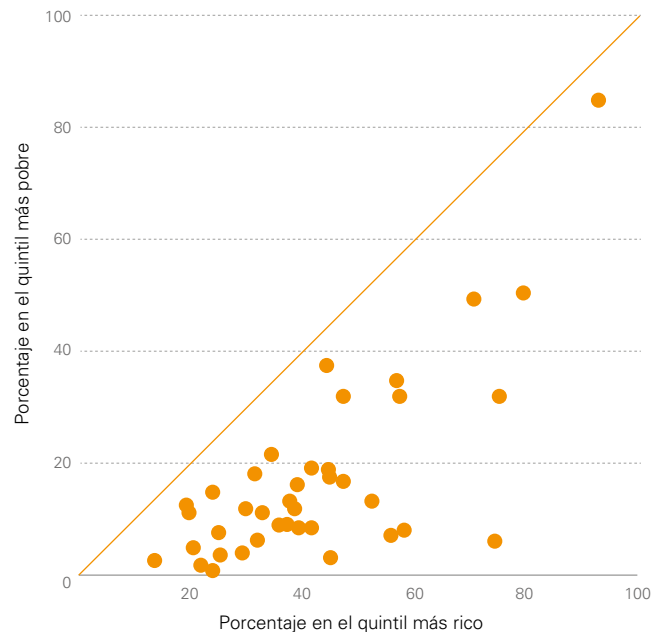
Nota: Cada punto representa un país. Los puntos que se ubican a lo largo de la línea diagonal representan países donde el acceso a estos programas por parte de los niños de las familias más ricas y las más pobres es similar; los puntos que se ubican encima o debajo de la línea indican disparidad.

Fuente: Banco mundial de datos de UNICEF, 2015, con base en Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras fuentes representativas a nivel nacional, 2005–2014.

GRÁFICO 8.C

Los niños del quintil más pobre también tienen más probabilidades de presentar retrasos del desarrollo que afectan su aprendizaje de la lectura, la escritura y la aritmética

Porcentaje de niños de 36 a 59 meses con un desarrollo adecuado para iniciar el aprendizaje de la lectura, la escritura y la aritmética, por quintil de ingresos familiares⁹⁶



Nota: Cada punto representa un país. Los puntos que se ubican a lo largo de la línea diagonal representan países donde los niveles de lectura, escritura y aritmética son similares entre los niños de las familias más ricas y las más pobres; los puntos que se ubican encima o debajo de la línea indican disparidad.

Fuente: Banco mundial de datos de UNICEF, 2015, con base en Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras fuentes representativas a nivel nacional, 2005–2014.

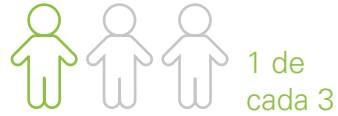




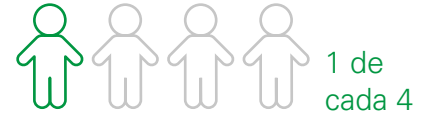
MATRIMONIO INFANTIL

PROPORCIÓN DE MUJERES CASADAS CUANDO ERAN NIÑAS

Hacia 1990

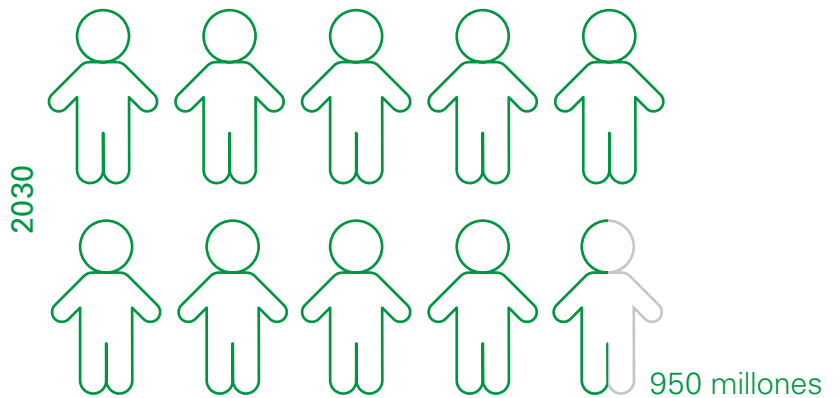
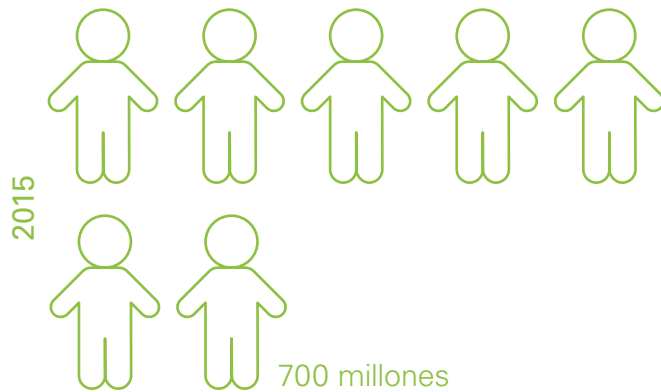


Hacia 2010



NÚMERO DE MUJERES CASADAS CUANDO ERAN NIÑAS

Más de 700 millones de mujeres estaban casadas cuando eran niñas. Con el crecimiento de la población, esta cifra podría aumentar a 950 millones para 2030 si no se reduce la práctica.



Matrimonio infantil

El matrimonio antes de los 18 años de edad constituye una violación de los derechos humanos. Debido al embarazo a temprana edad y al aislamiento social, esta práctica con frecuencia compromete el desarrollo de las niñas puesto que interrumpe su educación, limita sus oportunidades de avance profesional y aumenta su riesgo de sufrir violencia doméstica.

La práctica del matrimonio en la infancia está disminuyendo lentamente y los progresos más drásticos se observan entre las niñas que se casan antes de cumplir 15 años. En el plano mundial, 1 de cada 4 mujeres jóvenes (20 a 24 años) que viven actualmente se casó siendo niña, frente a 1 de cada 3 en 1990. La proporción de las que contrajeron matrimonio antes de los 15 años bajó del 12% al 8% en el mismo período (gráf. 9.A). Pero a pesar de estos avances, el número de mujeres vivas actualmente que se casaron de forma prematura ha aumentado a causa del crecimiento demográfico, y hoy en día suman más de 700 millones, incluyendo a más de 70 millones con edades comprendidas entre los 20 y los 24 años que se casaron antes de cumplir 18 años.

Las tasas de matrimonio infantil varían sensiblemente entre regiones –con la mayor prevalencia en África subsahariana y Asia meridional– y el progreso ha sido desigual (gráf. 9.B). En la región de Oriente Medio y África del Norte se ha registrado la disminución más rápida; en efecto, la proporción de mujeres que se casaron antes de los 18 años se redujo casi un 50% en el transcurso de las dos últimas décadas, aproximadamente. Aun cuando las tasas de matrimonio infantil en América Latina y el Caribe son bajas, con el tiempo no ha habido cambios sustanciales en la prevalencia.

Incluso dentro de los países, no todas las niñas corren el mismo riesgo de casarse a temprana edad. En el transcurso de casi dos décadas, la diferencia en las tasas mundiales de matrimonio infantil entre las mujeres del quintil más rico y el más pobre aumentó espectacularmente (gráf. 9.C).

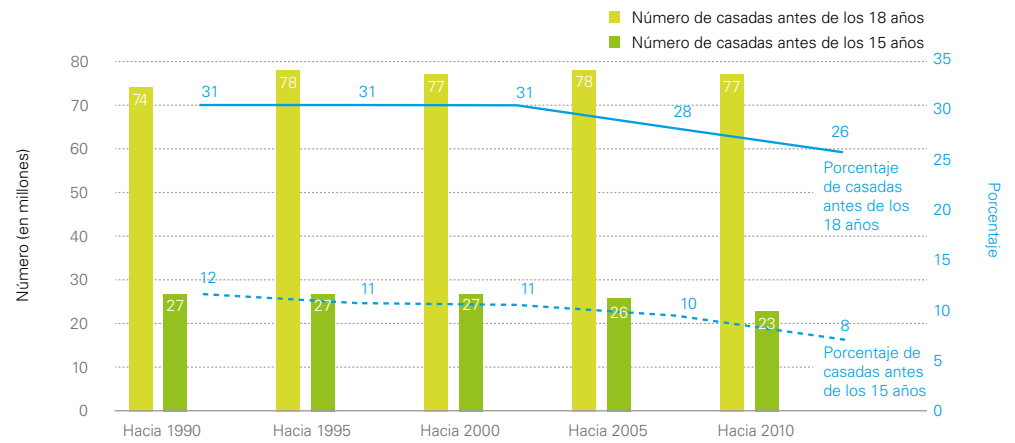


De no reducirse la práctica del matrimonio precoz, el número de niñas menores de 18 años que se casan todos los años pasará de 15 millones actualmente a 16,5 millones en 2030⁹⁷.

GRÁFICO 9.A

El matrimonio a temprana edad está disminuyendo en todo el mundo, especialmente entre las niñas menores de 15 años

Porcentaje y número (en millones) de mujeres de 20 a 24 años que estaban casadas o viviendo en pareja antes de cumplir 15 y 18 años⁹⁸

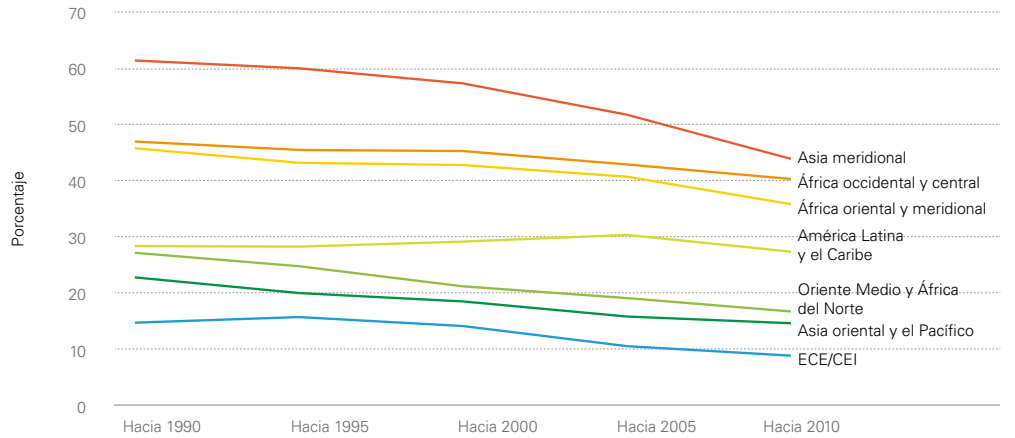


Fuente: Banco mundial de datos de UNICEF, 2015, con base en Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras fuentes representativas a nivel nacional, 2005–2014.

GRÁFICO 9.B

Los avances más rápidos hacia la disminución del matrimonio infantil se observan en la región de Oriente Medio y África del Norte

Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que estaban casadas o viviendo en pareja antes de cumplir 18 años, por región⁹⁹

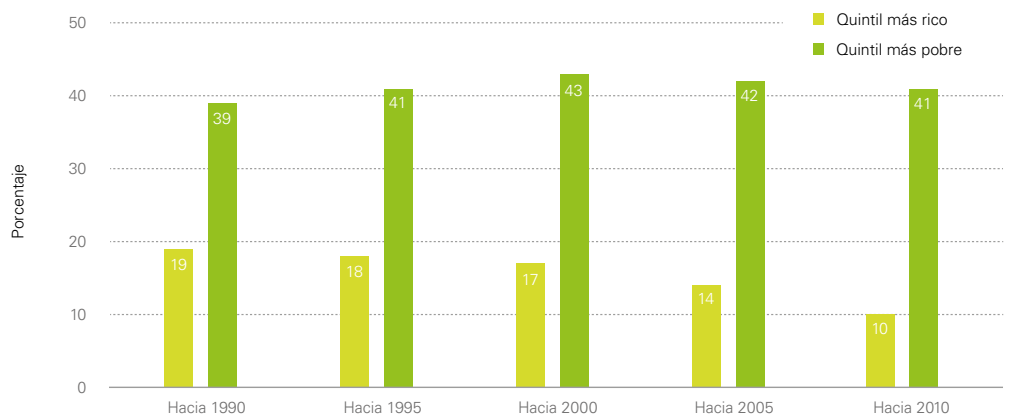


Fuente: Banco mundial de datos de UNICEF, 2015, con base en Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras fuentes representativas a nivel nacional, 2005–2014.

GRÁFICO 9.C

La diferencia entre los quintiles más rico y más pobre respecto del matrimonio precoz ha aumentado notablemente

Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que estaban casadas o viviendo en pareja antes de cumplir 18 años, por quintil de ingresos familiares¹⁰⁰



Fuente: Banco mundial de datos de UNICEF, 2015, con base en Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras fuentes representativas a nivel nacional, 2005–2014.

DATOS SOBRE LA SITUACIÓN DE LA INFANCIA: 1990 A 2015

Cuando los Jefes de Estado se reunieron para celebrar la Cumbre Mundial en favor de la Infancia, en 1990, disponían de muy poca información que permitiera formular metas destinadas a promover la supervivencia, la protección y el desarrollo de los niños y las niñas. Desde entonces ha habido una revolución en la disponibilidad de datos sólidos y de alta calidad sobre la situación de la niñez en todo el mundo. Mayores inversiones en la compilación y supervisión de los datos en la década de 1990 contribuyeron a orientar la formulación de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), las cuales, a su vez, exigieron nuevos datos para hacer seguimiento y comparar los avances en los planos nacional, regional y mundial.

En 2015, cuando nos acercamos al final del período de los ODM, el mundo conoce la situación de la infancia mucho mejor que nunca. Nuestra inversión en la creación de capacidad para recopilar, analizar y presentar informes sobre los indicadores clave de progreso para la infancia ha valido la pena. Nos ha permitido comprender mucho mejor cómo ha cambiado la situación de los niños desde 1990, qué niños se han beneficiado y cuáles han quedado excluidos. No solo un mayor número de países generan cada vez más datos relacionados con la niñez, sino que el número de temas con datos que podemos comparar entre distintas poblaciones a través del tiempo se ha incrementado ampliamente. Y los datos de que se dispone sobre cuestiones como el desarrollo en la primera infancia, la discapacidad y la mutilación genital femenina han servido de brújula para tomar medidas programáticas que no se habían adoptado anteriormente.

Contar con datos fiables ha sido decisivo para ejecutar programas e intervenciones donde más se necesitan. Por ejemplo, mientras que en 1990 apenas 28 países de bajos y medianos ingresos contaban con datos que indicaban si los niveles de malnutrición estaban aumentando o disminuyendo, hoy 119 países disponen

de esta información. Y el aumento en los datos comparables sobre las sales de rehidratación oral, que pueden salvar las vidas de los niños con diarrea, pasó de 22 países con estimaciones basadas en encuestas realizadas hacia 1990, a 121 países con estimaciones basadas en encuestas efectuadas en torno a 2010 (2008–2014). Desde 2000, los conjuntos de datos comparables a nivel internacional sobre acceso a agua y saneamiento se han incrementado 10 veces, llegando a 1.900 en 2015.

Gran parte de los progresos recientes en materia de datos sobre la infancia obedecen a la rápida expansión e innovación de los programas de encuestas internacionales por hogares. Las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), que UNICEF apoya, y las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), que apoya la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), han ayudado a los gobiernos a reunir datos sobre una gran variedad de temas. Estos programas han sido los principales generadores de datos sobre la niñez que se pueden comparar entre países y a lo largo del tiempo, y han producido estadísticas que pueden desglosarse por características clave como género, lugar de residencia, ingresos familiares y origen étnico, aportando conocimientos sobre las vidas de las personas más vulnerables. En los 20 años que lleva en ejecución el programa MICS se han realizado 275 encuestas en 108 países.

En momentos en que el mundo se prepara para una nueva agenda para el desarrollo, los datos y las pruebas empíricas cobran cada vez más relevancia, imponiendo nuevas exigencias que hacen necesario el fortalecimiento de los sistemas nacionales. La nueva agenda deberá aprovechar la capacidad de las últimas tecnologías a la hora de reunir, sintetizar y agilizar el uso de los datos. Así mismo, se deberán intensificar los esfuerzos para garantizar el completo y adecuado funcionamiento de los sistemas de registro. La nueva agenda deberá

arrojar luz sobre los niños y las niñas más vulnerables, basándose en las encuestas por hogares, que suministran información ya sea que los niños asistan o no a la escuela, y que acudan o no a los centros de salud. De igual modo, deberá adoptar nuevos métodos de recopilación de datos sobre los niños

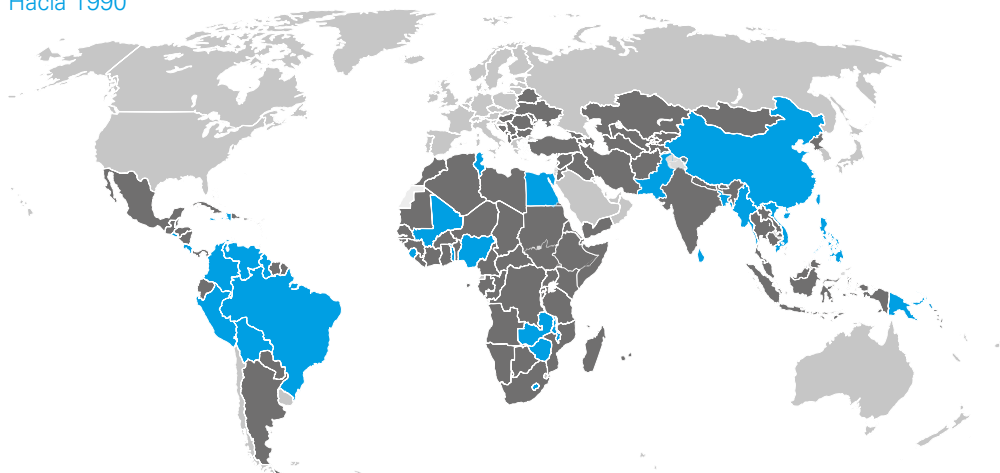
sin hogar, internados en instituciones y desplazados internos.

Si la nueva agenda para el desarrollo tiene éxito, todos los niños y las niñas tendrán la oportunidad de hacer oír sus voces.

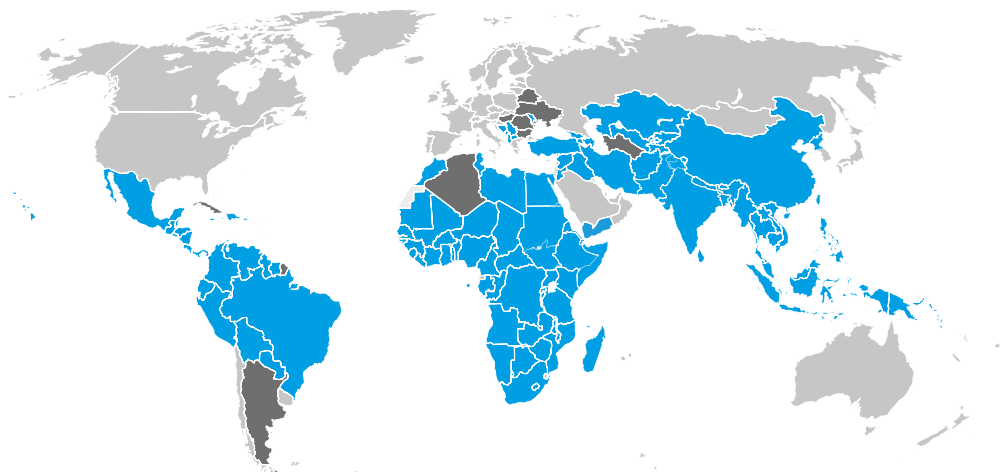
Evolución de la disponibilidad de los datos en países de ingresos bajos y medianos desde 1990

Alrededor de 1990, 28 países de bajos y medianos ingresos contaban con datos sobre tendencias relacionadas con la malnutrición infantil. Hoy, 119 países de ingresos bajos y medianos disponen de datos sobre tendencias actuales en esta materia.

Hacia 1990



2015



- Países de bajos y medianos ingresos con datos sobre tendencias
- Países de bajos y medianos ingresos sin datos sobre tendencias
- Países de ingresos altos

Nota: Este mapa está estilizado y no está hecho a escala. No entraña juicio alguno por parte de UNICEF sobre la condición jurídica de ningún país o territorio, ni sobre la delimitación de ninguna frontera. Los niveles de ingresos se refieren a la clasificación más reciente del Banco Mundial, julio de 2014. Para conocer detalles sobre la clasificación, ver la página 65.

Fuente: Basado en estimaciones de la prevalencia del peso inferior al normal. Los datos provienen de Datos y Análisis de UNICEF, junio de 2015. Una versión anterior de estos mapas apareció en *The Lancet* S0140-6736(14)6081-7. Esta nueva versión se ha actualizado de acuerdo a las bases mundiales de datos de UNICEF, junio de 2015.

NOTA GENERAL SOBRE LOS DATOS

Los datos que se incluyen en el presente informe provienen del banco mundial de datos de UNICEF, que solo contiene información comparable a nivel internacional y estadísticamente sólida. El informe se fundamenta en estimaciones interinstitucionales y en encuestas por hogares representativas a nivel nacional, como las Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) y las Encuestas de Demografía y Salud (DHS). También se han utilizado datos de fuentes administrativas y de otros organismos de las Naciones Unidas. Los que se presentan en este informe se sustentan en información disponible en marzo de 2015. A causa del tiempo que exige la recopilación, el análisis y la presentación de datos representativos a nivel nacional, es posible que algunos de los datos que se incluyen en este informe no reflejen la situación actual. Esto es cierto, sobre todo, en el caso de países y zonas que han enfrentado crisis últimamente, y donde la situación de los niños, las niñas y las mujeres puede deteriorarse con celeridad. En el siguiente sitio web se ofrece información más detallada sobre la metodología y las fuentes de los datos: <data.unicef.org>.

El presente informe contiene las últimas estimaciones y proyecciones sobre población de *World Population Prospects: The 2012 revision and World Urbanization Prospects: The 2014 revision* (División

de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas). Es posible que la calidad de los datos de los países donde ha habido desastres recientes haya sufrido menoscabo, particularmente de aquellos cuya estructura básica se ha fragmentado o donde han tenido lugar grandes movimientos de población.

Se han hecho esfuerzos para maximizar la comparabilidad de las estadísticas entre países y a través del tiempo. No obstante, los datos de los países pueden diferir en cuanto a las poblaciones que abarcan y los métodos empleados para reunirlos o para realizar las estimaciones. Adicionalmente, los datos de este informe están sujetos a la evolución de las metodologías, las revisiones de las series cronológicas (p. ej., inmunización, tasas de mortalidad materna) y los cambios en las clasificaciones regionales. Por otra parte, no se dispone de datos comparables de un año al siguiente para algunos indicadores. Por lo tanto, no es aconsejable comparar los datos de ediciones consecutivas de *Progreso para la infancia* o de otros informes publicados por UNICEF.

Las cifras que se presentan en este informe se pueden consultar en línea a través del banco mundial de datos estadísticos de UNICEF, en <data.unicef.org>. Sírvase ingresar a este sitio web para conocer los últimos datos.

NOTA AL LECTOR SOBRE LA INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS DE ESTE INFORME

En las páginas anteriores se hace hincapié en las tendencias de las desigualdades entre diferentes grupos respecto de indicadores clave de bienestar infantil. Con estas comparaciones se busca informar al lector si hay diferencias en relación con indicadores particulares entre los niños y las niñas, entre los niños del medio urbano y el medio rural, entre los hogares más ricos y más pobres, etc. Puesto que las diferencias en los niveles de los indicadores dependen de una gran variedad de factores, el lector debe estar consciente de que las comparaciones entre grupos son susceptibles de interpretaciones erróneas.

Disponibilidad de los datos

Nuestras conclusiones se basan en los datos de los cuales disponemos, y los análisis de este informe se apoyan en un número limitado de indicadores y características. Así pues, el análisis puede indicar que se están cerrando las brechas entre las zonas urbana y rural, y entre los distintos niveles de ingreso familiar, cuando en realidad podrían estar acrecentándose en otras características básicas no disponibles para análisis; por ejemplo, diferentes orientaciones sexuales y grupos étnicos.

Cobertura de las encuestas

Los datos provenientes de las encuestas de población constituyen una fuente esencial de información para los datos desglosados que muestra este documento. De hecho, si no se contara con datos de encuestas, sería prácticamente imposible analizar las desigualdades en estos indicadores con base en pruebas. Sin embargo, como llegar a las poblaciones marginadas de interés suele ser difícil, las muestras de estas subpoblaciones podrían no ser completamente representativas; para que lo fueran, sería necesario obtener muestras excesivamente grandes. Algunas zonas urbanas, como los barrios marginales y los asentamientos periurbanos, revisten dificultades especiales, puesto que su definición es problemática y generalmente no existen registros de las familias que allí habitan. Como a menudo se deben obtener muestras sumamente grandes de las poblaciones de difícil acceso para cubrir posibles lagunas en la cobertura de las encuestas, los lectores deben estar conscientes de estas dificultades.

Carga subyacente

Las comparaciones entre grupos también se pueden interpretar erróneamente cuando no se tienen en cuenta las cargas subyacentes que soportan las poblaciones. Es muy importante tomar esto en consideración a lo largo del tiempo, pues las poblaciones básicas pueden cambiar durante el período estudiado. Por ejemplo, África subsahariana está experimentando un rápido crecimiento poblacional, con un número anual de nacimientos que crece de forma constante todos los años. Esta situación podría dificultar enormemente la cobertura de las intervenciones; por ejemplo, en la región solo hubo un incremento modesto en la cobertura de asistencia calificada durante el parto (de un 43% hacia 1990 a un 52% hacia 2014), pero debido a los cambios demográficos, este pequeño aumento en el porcentaje tuvo un enorme impacto en el número absoluto de nacimientos con asistencia calificada –9 millones más en 2014 que en 1990; es decir, casi el doble.

Las distintas medidas

En un análisis de la equidad, la medida seleccionada reviste suma importancia. Distintas medidas ofrecen perspectivas diferentes de una misma situación. En un ejemplo que involucra dos países, la tasa de retraso en el crecimiento en las zonas rurales es el triple que en las zonas urbanas (proporción de 1 a 3). Pero mientras que en el primer país la diferencia absoluta entre las tasas podría ser de apenas 6 puntos porcentuales (zona rural = 9%; zona urbana = 3%), la diferencia absoluta en el segundo país podría ser de 20 puntos porcentuales (zona rural = 30%; zona urbana = 10%). Por consiguiente, la evaluación de las diferencias entre grupos poblacionales varía dependiendo de si se trabaja con diferencias absolutas o relativas (o ambas).

Intervalos de confianza

Es importante señalar que las estimaciones correspondientes a las subpoblaciones tienen un rango de incertidumbre mayor que las estimaciones desglosadas y, en consecuencia, deben interpretarse con cautela.

NOTAS

- 1 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo 2013/4: *Enseñanza y aprendizaje: Lograr la calidad para todos: Resumen sobre género*, UNESCO, París, 2014.
- 2 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, División de Datos, Investigación y Políticas, *Generation 2030: Africa – Child demographics in Africa*, UNICEF, Nueva York, 2014, <www.unicef.org/publications/files/Generation_2030_Africa.pdf>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 3 Anderson Moore, Kristin, et al., 'Children in Poverty: Trends, consequences and policy options', Child Trends Research Brief, no. 2009–11, abril de 2009, <www.childtrends.org/wp-content/uploads/2013/11/2009-11ChildreninPoverty.pdf>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 4 Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), 'Focus on Inequality and Growth', 9 de diciembre de 2014, <www.oecd.org/els/soc/Focus-Inequality-and-Growth-2014.pdf>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 5 Análisis de UNICEF sobre estimaciones de ONUSIDA de 2001 y 2013 en torno al VIH y el SIDA.
- 6 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población, 'World Population 2012', <www.un.org/en/development/desa/population/publications/trends/wpp2012.shtml>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 7 Análisis de UNICEF basado en el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población, *Perspectivas de la población mundial: Revisión de 2012*, Naciones Unidas, Nueva York, 2013.
- 8 www.un.org/en/development/desa/population/publications/trends/wpp2012.shtml
- 9 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 'Generation 2030: Africa', <<http://data.unicef.org/gen2030>>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 10 *Ibid.*
- 11 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, *Perspectivas de la urbanización mundial, la revisión de 2014*, Naciones Unidas, Nueva York, 2014, <<http://esa.un.org/unpd/wup/Highlights/WUP2014-Highlights.pdf>>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 12 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población, *Perspectivas de la urbanización mundial, la revisión de 2014*, Naciones Unidas, Nueva York, 2014.
- 13 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Documento de debate 'UNICEF 4.0', UNICEF, Nueva York.
- 14 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Estado Mundial de la Infancia 2015: Reimaginar el futuro*, UNICEF, Nueva York, 2014.
- 15 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo: Educación para Todos 2000–2015 – Logros y desafíos*, UNESCO, París, 2015.
- 16 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Examen estratégico 10 años después del Informe Machel: La infancia y los conflictos en un mundo en transformación*, UNICEF y la Oficina del Representante Especial del Secretario General para la Cuestión de los Niños y los Conflictos Armados, Nueva York, abril de 2009, pág. 18, <www.unicef.org/publications/files/Machel_Study_10_Year_Strategic_Review_EN_030909.pdf>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 17 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Children and Emergencies in 2014: Facts and figures', <www.unicef.org/media/files/UNICEF_Children_and_Emergencies_2014_fact_sheet.pdf>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 18 Instituto de Desarrollo de Ultramar, *La geografía de la pobreza, los desastres y el clima extremo en 2030*, ODI, Londres, octubre de 2013.
- 19 Se refiere a Guinea, Sierra Leona y Liberia. Ver 'Humanitarian Action for Children: Ebola response', Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), <www.unicef.org/appeals/ebola_response.html>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 20 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Oficina de Investigación, *The Challenges of Climate Change: Children on the front line*, Innocenti Insight, UNICEF, Florencia, 2014, <www.unicef-irc.org/publications/pdf/ccc_final_2014.pdf>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 21 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Tendencias Globales 2013: El coste humano de la guerra, ACNUR, Ginebra, 2014, <www.unhcr.org/5399a14f9.html>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 22 Bryant, John, 'Children of International Migrants in Indonesia, Thailand, and the Philippines: A review of evidence and policies', Documentos de trabajo Innocenti 2005–05, Centro de Investigaciones Innocenti de UNICEF, Florencia, abril de 2005.
- 23 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Reducir las diferencias para alcanzar los objetivos*, UNICEF, Nueva York, 2010, <www.unicef.org/publications/files/Narrowing_the_Gaps_to_Meet_the_Goals_090310_2a.pdf>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 24 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.
- 25 Análisis de UNICEF basado en bancos mundiales de datos, 2015.
- 26 Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Nutrition: Building momentum for impact', *Lancet*, vol. 382, no. 9890, 3 de agosto de 2013, págs. 372–375, <[www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)60988-5.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)60988-5.pdf)>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 27 Banco mundial de datos de UNICEF, 2015.
- 28 *Ibid.*
- 29 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, *Levels and Trends in Child Malnutrition: UNICEF-WHO-The World Bank Joint Malnutrition Estimates*, septiembre de 2014.
- 30 Los datos correspondientes al Brasil (2006) se encuentran fuera del período de años mencionado.
- 31 Se basa en un subconjunto de 54 países con datos comparables sobre tendencias en torno a 2000 y 2014. Los datos cercanos a 2000 se refieren a 1997–2003, y los cercanos a 2014 se refieren a 2008–2014. Los datos sobre el Brasil (1996 y 2006), la India (1998 y 2005–2006) y Uzbekistán (1996 y 2006) se encuentran fuera de los períodos de años mencionados.
- 32 Las estimaciones se basan en un subconjunto de 93 países que abarcan un 81% de los nacimientos en 2014. Las estimaciones regionales representan datos de países que abarcan al menos un 50% de los nacimientos regionales. Los datos sobre el Brasil (2006) se encuentran fuera del período de años mencionado. Los promedios de Europa Central y del Este y la Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI) no incluyen a la Federación de Rusia, país respecto del cual no se dispone de datos comparables.
- 33 Las estimaciones se basan en un subconjunto de 72 países sobre los cuales se dispone de datos, que abarcaban un 56% de la población urbana mundial y un 75% de la población rural mundial en 2000 y abarcaban el 60% de la población urbana mundial y el 75% de la población rural mundial en 2014 (con exclusión de la India). Las estimaciones regionales representan datos de países que abarcan al menos un 50% de la población regional. La cobertura de datos fue insuficiente para calcular los promedios correspondientes a la región de Oriente Medio y África del Norte. La cobertura de datos solo se logró para la región de ECE/CEI después de retirar a la Federación de Rusia del denominador, por lo cual los datos de dicha región no incluyen a la Federación de Rusia. 'Datos cercanos a 2000' se refiere a 1997–2003, y 'cercaos a 2014' se refiere a 2008–2014. Los datos sobre el Brasil (1996 y 2006), la India (1998 y 2005–2006) y Uzbekistán (1996 y 2006) se encuentran fuera de los períodos

- de años mencionados. Advértase que los métodos utilizados para derivar estas estimaciones por zona de residencia son distintos de los utilizados para generar las estimaciones totales en el Mapa 1a.
- 34 La diversidad alimentaria mínima se calcula con base en un conjunto de siete grupos de alimentos: granos, raíces y tubérculos; legumbres y nueces; productos lácteos (leche, yogur, queso); carnes (carne, pescado, pollo e hígado o vísceras); huevos; frutas y vegetales ricos en vitamina A; y otras frutas y vegetales.
- 35 *Objetivos del Grupo del Banco Mundial: Poner fin a la pobreza extrema y promover una prosperidad compartida*, Banco Mundial, 2013, pág. 13.
- 36 *Indicadores del desarrollo mundial 2015*, Grupo del Banco Mundial, 2015.
- 37 De acuerdo con estimaciones demográficas del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, los niños y las niñas (0–17 años) representaban el 31,9% de la población mundial, y el 34,5% en los países en desarrollo en 2010. Ver conjuntos de datos en <<http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 38 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Child Poverty in the Post-2015 Agenda', UNICEF Issue Briefs, UNICEF, Nueva York, junio de 2014.
- 39 Olinto, P., et al., 'The State of the Poor: Where are the poor, where is extreme poverty harder to end, and what is the current profile of the world's poor?', Banco Mundial – Economic Premise, no. 125, págs. 1–8.
- 40 *Objetivos del Grupo del Banco Mundial*, pág. 14.
- 41 Olinto, et al., págs. 2–3.
- 42 *Ibid.*, págs. 1–8.
- 43 *Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo 2015*.
- 44 Banco mundial de datos de UNICEF, 2015.
- 45 El análisis se basa en 67 países con al menos dos puntos de datos (uno para 2000–2007 y otro para 2008–2014) provenientes de Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) o de Encuestas de Demografía y Salud (DHS).
- 46 El análisis se basa en 94 países con datos de las siguientes evaluaciones de aprendizaje a nivel internacional, regional o nacional durante el período comprendido entre 2004 y 2012: Informe Anual sobre la Situación de la Educación (ASER), Programa de Análisis de los Sistemas Educativos (PASEC), Estudio Internacional de Progreso en Comprensión Lectora (PIRLS), Consorcio de África Meridional y Oriental para Medir la Calidad de la Educación (SACMEQ) y Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo (SERCE).
- 47 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 'Basic Education and Gender Equality', <www.unicef.org/education/bege_70640.html>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 48 *Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo 2015*, UNESCO.
- 49 *Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo 2013/14*, UNESCO.
- 50 Análisis de UNICEF basado en información de la Base de Datos Mundial sobre Desigualdades en Educación (WIDE) del Informe de Seguimiento de la EPT en el Mundo, 2015.
- 51 El análisis se basa en 73 países con al menos dos puntos de datos (uno para 2000–2007 y otro para 2008–2014) provenientes de Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS) o de Encuestas de Demografía y Salud (DHS).
- 52 El análisis se basa en 94 países con datos de las siguientes evaluaciones de aprendizaje a nivel internacional, regional o nacional durante el período comprendido entre 2004 y 2012: Informe Anual sobre la Situación de la Educación (ASER), Programa de Análisis de los Sistemas Educativos (PASEC), Estudio Internacional de Progreso en Comprensión Lectora (PIRLS), Consorcio de África Meridional y Oriental para Medir la Calidad de la Educación (SACMEQ) y Segundo Estudio Regional Comparativo y Explicativo (SERCE).
- 53 http://data.unicef.org/corecode/uploads/document6/uploaded_pdfs/corecode/unicef-2013-child-mortality-report-LR-10_31_14_195.pdf
- 54 El análisis de UNICEF se basa en estimaciones preliminares del Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil, 2015.
- 55 *Ibid.*
- 56 *Ibid.*
- 57 *Ibid.*
- 58 *Ibid.*
- 59 *Ibid.*
- 60 *Ibid.*
- 61 Las conclusiones principales de un análisis de más de 280 encuestas por hogares para estimar la mortalidad regional por quintil de riqueza se derivan de un modelo basado en la premisa de un cambio relativo constante en los quintiles de los países; por ejemplo, cambios lineales en la mortalidad de niños menores de 5 años en una escala logarítmica a nivel de país por quintil de riqueza y, por lo tanto, no ponderados por el número de nacimientos vivos o de la población menor de 5 años en países específicos. Estos resultados deben interpretarse con cautela. Los resultados de los promedios regionales ponderados también muestran descensos más rápidos entre los hogares más pobres que entre los más ricos, y las disparidades relacionadas con la mortalidad de menores de 5 años han disminuido en la mayoría de las regiones, excepto en África subsahariana.
- 62 Las conclusiones principales de un análisis de más de 280 encuestas por hogares para estimar la mortalidad regional por quintil de riqueza se derivan de un modelo basado en la premisa de un cambio relativo constante en los quintiles de los países; por ejemplo, cambios lineales en la mortalidad de niños menores de 5 años en una escala logarítmica a nivel de país por quintil de riqueza y, por lo tanto, no ponderados por el número de nacimientos vivos o de la población menor de 5 años en países específicos. Estos resultados deben interpretarse con cautela. Los resultados de los promedios regionales ponderados también muestran descensos más rápidos entre los hogares más pobres que entre los más ricos, y las disparidades relacionadas con la mortalidad de menores de 5 años han disminuido en la mayoría de las regiones, excepto en África subsahariana.
- 63 Tendencias analizadas utilizando datos de encuestas con años de referencia para los períodos 2000–2004 y 2005–2010 en 34 países.
- 64 Tendencias analizadas utilizando datos de encuestas con años de referencia para los períodos 2000–2004 y 2005–2010 en 47 países.
- 65 Perry, R. T., et al., 'Progress Toward Regional Measles Elimination – Worldwide, 2000–2013', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 63, no. 45, 2014, págs. 1034–1038. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2014; 63(45):1034-8.
- 66 Harris, J. B., et al., 'Global Routine Vaccination Coverage, 2013', *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 63, no. 46, 2014, págs. 1055–1058.
- 67 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 'Maternal and Newborn Health', <www.unicef.org/health/index_maternalhealth.html>, consultado el 15 de junio de 2015.
- 68 Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Banco Mundial, *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013*, OMS, Ginebra, 2014.
- 69 *Ibid.*
- 70 Banco mundial de datos de UNICEF, 2015.
- 71 Análisis de UNICEF basado en Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras fuentes representativas a nivel nacional.
- 72 Las estimaciones mundiales se basan en un subconjunto de 111 países que abarcan el 62% de los nacimientos en 2014. Las estimaciones regionales representan datos de países que abarcan al menos un 50% de los nacimientos regionales. Los datos cercanos a 1990 se refieren a 1986–1997; los cercanos a 2000 se refieren a 1998–2006; y los cercanos a 2014 se refieren a 2008–2014.
- 73 Las estimaciones mundiales se basan en un subconjunto de 54 países que abarcan el 59% de los nacimientos en las zonas urbanas y el 77% de los nacimientos en las zonas rurales en 2014. Las estimaciones regionales representan datos de países que abarcan al menos un 50% de los nacimientos regionales. La cobertura de datos fue insuficiente para calcular los promedios de las tendencias regionales en Europa Central y del Este y la Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI), América Latina y el Caribe, y Oriente Medio

- y África central. Los datos cercanos a 2000 se refieren a 1999–2007, y los cercanos a 2014 se refieren a 2008–2014.
- 74 Las estimaciones para los países menos adelantados se basan en un subconjunto de 22 países que abarcan el 68% y el 73% de los nacimientos en las zonas urbanas y rurales, respectivamente, en 2014. Las estimaciones regionales representan datos de países que abarcan al menos un 50% de los nacimientos regionales. La cobertura de datos fue insuficiente para calcular un promedio mundial, así como también un promedio regional para Europa Central y del Este y la Comunidad de Estados Independientes (ECE/CEI), América Latina y el Caribe, y Oriente Medio y África del Norte. Los datos cercanos a 2000 se refieren a 1999–2007, y los cercanos a 2014 se refieren a 2008–2014 (a excepción de los datos correspondientes a la India desde 2006).
- 75 ONUSIDA, UNICEF y OMS, Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el SIDA 2005–2013, y estimaciones de ONUSIDA sobre el VIH y el SIDA 2005–2013, julio de 2014.
- 76 *Ibid.*
- 77 *Ibid.*
- 78 *Ibid.*
- 79 *Ibid.*
- 80 *Ibid.*
- 81 La estimación de la cobertura se basa en el número estimado sin redondear de todos los adultos y niños que viven con el VIH y reciben terapia antirretroviral. El ONUSIDA recomienda utilizar el denominador de todos los adultos y niños que viven con el VIH, y no solo de quienes cumplen los criterios de admisión a tratamiento antirretroviral establecidos por la OMS en 2013.
- 82 El análisis de desigualdades se basa en encuestas por hogares (2009–2014). Los datos sobre los hombres se reunieron en 38 países de África subsahariana y sobre las mujeres, en 43 países de la misma región, lo que representa un 94% y un 98% de la población de 15 a 24 años, respectivamente; los datos sobre la edad, en 42 países, lo que representa un 89% de la población masculina y un 93% de la femenina; los datos sobre el lugar de residencia, en 39 países, lo que representa un 79% de la población masculina y un 88% de la femenina; y los datos sobre los quintiles de ingresos familiares, en 24 países, lo que representa un 59% de la población masculina y femenina. Un conocimiento amplio sobre el VIH se define como la capacidad de señalar correctamente las dos principales maneras de prevenir la transmisión sexual del VIH (utilizar preservativos y mantener relaciones sexuales con una única pareja fiel y no infectada); rechazar las dos ideas erróneas más habituales en el propio entorno respecto de la transmisión del VIH; y saber que una persona de aspecto saludable puede transmitir el VIH.
- 83 Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, 'The Contribution of Malaria Control to Maternal and Newborn Health', Progress and Impact Series, no. 10, julio de 2014.
- 84 Organización Mundial de la Salud (OMS) – Estimaciones del Grupo de Referencia sobre Epidemiología Infantil sobre mortalidad de niños menores de 5 años por causa de muerte.
- 85 *Ibid.* Se refiere a la región de África de la OMS.
- 86 Análisis de UNICEF basado en Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas de Indicadores de Paludismo (MIS) y otras fuentes representativas a nivel nacional.
- 87 Organización Mundial de la Salud, *Informe Mundial sobre el Paludismo 2014*, OMS, Ginebra, 2014.
- 88 Análisis de UNICEF basado en Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas de Indicadores de Paludismo (MIS) y otras fuentes representativas a nivel nacional.
- 89 Los datos cercanos a 2000 se refieren a 1997–2007; los cercanos a 2014 se refieren a 2009–2014.
- 90 Las estimaciones regionales se basan en un subconjunto de 37 países que abarcan un 90% de la población menor de 5 años en África subsahariana en 2014. Las estimaciones subregionales representan datos de países que abarcan al menos el 50% de la población regional menor de 5 años. Los datos cercanos a 2000 se refieren a 2000–2009, y los cercanos a 2014 se refieren a 2010–2014.
- 91 Las estimaciones regionales se basan en un subconjunto de 38 países que abarcan un 94% de la población menor de 5 años en África subsahariana en 2014. Las estimaciones subregionales representan datos de países que abarcan al menos el 50% de la población regional menor de 5 años.
- 92 Programa Conjunto OMS/UNICEF de Vigilancia del Abastecimiento de Agua y del Saneamiento, *Progress Update on Sanitation and Drinking Water*, OMS y UNICEF, 2015.
- 93 Heckman, J. J., 'Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children', *Science*, vol. 312, no. 5782, 2006, págs. 1900–1902.
- 94 El análisis incluye 57 países sobre los cuales se dispone de datos. Entre las actividades que promueven el aprendizaje y la preparación para la escuela figuran: leer libros, contar historias y cantar canciones al niño o la niña; llevarlo(a) a lugares diferentes; jugar con el niño o la niña; y nombrar, contar y dibujar cosas con el niño o la niña.
- 95 El análisis incluye 61 países sobre los cuales se dispone de datos.
- 96 El análisis incluye 39 países sobre los cuales se dispone de datos.
- 97 Banco mundial de datos de UNICEF, 2015, sobre la base de Encuestas Agrupadas de Indicadores Múltiples (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras fuentes representativas a nivel nacional.
- 98 Las estimaciones se basan en un subconjunto de países que abarcan al menos un 50% de la población mundial de mujeres de 20 a 24 años de edad.
- 99 Las estimaciones se basan en un subconjunto de 117 países. Las estimaciones regionales representan datos que abarcan al menos el 50% de la población regional de mujeres de 20 a 24 años de edad. La cobertura de datos es inferior al 50% para Asia oriental y el Pacífico, debido a la falta de datos comparables en el banco mundial de datos de UNICEF sobre el matrimonio infantil en China.
- 100 Las estimaciones se basan en un subconjunto de 82 países que abarcan al menos un 50% de la población mundial de mujeres de 20 a 24 años (con exclusión de China, país sobre el cual el banco mundial de datos de UNICEF no dispone de datos comparables en relación con el matrimonio infantil).

CLASIFICACIONES REGIONALES

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; Irán (República Islámica de); Iraq; Jordania; Kuwait; Líbano; Libia; Marruecos; Omán; Qatar; República Árabe Siria; Sudán; Territorio Palestino Ocupado; 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; Saint Kitts y Nevis; Santa Lucía; San Vicente y las Granadinas; Surinam; 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 territorios menos adelantados

(Clasificados como tales por la Oficina del Alto Representante para los Países Menos Adelantados, los Países en Desarrollo sin Litoral y los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo [ONU-OHRLLS]). 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

Para obtener más información acerca de las subregiones africanas según la clasificación de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para África, véase: <www.uneca.org/pages/subregional-offices>

Para más información sobre la clasificación de países por grupo de ingresos según la definición del Banco Mundial, véase: <<http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups>>



Publicado por UNICEF
División de Comunicaciones
3 United Nations Plaza
Nueva York, NY 10017, EEUU

pubdoc@unicef.org
www.unicef.org

ISBN: 978-92-806-4807-2

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Junio de 2015