

# MEJORAR LA NUTRICIÓN INFANTIL

El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr



únete por  
la niñez

unicef 

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),  
Abril de 2013

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.

Para obtener permiso, sírvase dirigirse a:  
División de Comunicaciones, UNICEF  
3 United Nations Plaza  
New York, NY 10017, USA  
Correo electrónico: nyhqdoc.permit@unicef.org

Este informe y cualquier corrección posterior a la impresión están disponibles en  
[www.unicef.org/publications/index.html](http://www.unicef.org/publications/index.html)

ISBN#: 978-92-806-4688-7

#### Fotografías

Portada: © UNICEF/NYHQ2010-3063/Pirozzi  
Página 1: © UNICEF/INDA2012-00208/Vishwanathan  
Página 2: © UNICEF/NYHQ2010-3088/Pirozzi  
Página 3: © UNICEF/NYHQ2010-3087/Pirozzi  
Página 7: © UNICEF/NYHQ2009-0812/Ramonedá  
Página 17: © UNICEF/NYHQ2011-0385/Asselin  
Página 28: © UNICEF/Kyrgyzstan/2009/Gorshkova  
Página 33: © UNICEF/NYHQ2012-1793/Sokol  
Página 34: © UNICEF/NYHQ2008-1577/Pirozzi  
Página 39: © UNICEF/NYHQ2012-0577/Ose  
Página 40: © UNICEF/NYHQ2008-1373/Pietrasik  
Página 42: © UNICEF/NYHQ2006-2243/Pirozzi  
Página 44: © UNICEF/BANA2011-00682/Sujan  
Página 47: © UNICEF/NYHQ1998-1166/Noorani  
Página 49: © UNICEF/NYHQ2012-0178/Asselin  
Página 51: © UNICEF/NYHQ2008-1390/Pietrasik  
Página 55: © UNICEF/NYHQ2012-0353/Asselin  
Página 113: © UNICEF/INDA2012-00201/Vishwanathan

# **MEJORAR LA NUTRICIÓN INFANTIL**

**El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr**

# CONTENIDO

<b>PRÓLOGO</b> .....	<b>iii</b>
<b>MENSAJES IMPORTANTES</b> .....	<b>iv</b>
<b>Capítulo 1: INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>1</b>
<b>Capítulo 2: CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>Capítulo 3: SITUACIÓN ACTUAL DE LA NUTRICIÓN</b> .....	<b>7</b>
Retraso en el crecimiento .....	8
Peso inferior al normal .....	12
Emaciación .....	13
Sobrepeso .....	15
Bajo peso al nacer .....	16
<b>Capítulo 4: INTERVENCIONES PARA COMBATIR EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y OTRAS FORMAS DE DESNUTRICIÓN</b> .....	<b>17</b>
Intervenciones específicas sobre nutrición .....	17
Nutrición materna .....	18
Alimentación de los lactantes y los niños de corta edad .....	19
Prevención y tratamiento de la carencia de micronutrientes .....	23
Prevención y tratamiento de la desnutrición grave aguda .....	25
Agua, saneamiento, higiene y salud .....	26
Enfoques que tienen en cuenta la nutrición .....	26
No perder de vista la equidad .....	27
<b>Capítulo 5: SE PUEDE LOGRAR: BUENOS RESULTADOS EN EL ACCESO A UNA MEJOR NUTRICIÓN</b> .....	<b>28</b>
Etiopía: Reducir la desnutrición aplicando planes nacionales .....	28
Haití: Ampliar los servicios de nutrición en una situación de emergencia .....	30
India: Mejorar la gobernanza en el ámbito de la nutrición para disminuir el retraso en el crecimiento en Maharashtra .....	31
Nepal: Progresos sostenidos en favor de las mujeres y los niños .....	32
Perú: Llegar a los menos favorecidos concentrándose en la equidad .....	35
Rwanda: Disminuir las tasas de retraso en el crecimiento por medio de medidas unificadas en todo el país .....	37
República Democrática del Congo: Intensificar la escala de la gestión comunitaria de la desnutrición aguda grave .....	38
Sri Lanka: Reducir la mortalidad de niños menores de 5 años elevando las tasas de lactancia materna .....	40
Kirguistán: Disminuir la carencia de hierro enriqueciendo los alimentos en el hogar .....	41
República Unida de Tanzania: Institucionalizar la administración de suplementos de vitamina A ...	43
Viet Nam: Proteger la lactancia materna por medio de leyes .....	45
<b>Capítulo 6: EL NUEVO PANORAMA DE LAS ASOCIACIONES MUNDIALES</b> .....	<b>47</b>
<b>Capítulo 7: EL CAMINO HACIA ADELANTE</b> .....	<b>49</b>
<b>REFERENCIAS</b> .....	<b>52</b>
<b>PANORAMA DE LA NUTRICIÓN: 24 PAÍSES CON LA MAYOR CARGA Y LA INCIDENCIA MÁS ELEVADA DE RETRASO EN EL CRECIMIENTO</b> .....	<b>55</b>
Indicadores de alimentación de lactantes y niños pequeños y gráficos de zona .....	104
Definiciones de los indicadores .....	106
Fuentes de los datos .....	111
<b>TABLAS ESTADÍSTICAS</b> .....	<b>113</b>
Tabla 1: Clasificación de los países sobre la base del número de niños con retraso en el crecimiento .....	114
Tabla 2: Indicadores demográficos y de la situación nutricional .....	116
Tabla 3: Prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño e indicadores sobre micronutrientes .....	120
Clasificación regional y notas generales sobre los datos .....	124



# PRÓLOGO

Una nutrición deficiente durante los primeros 1.000 días de la vida de un niño o niña puede tener consecuencias irreversibles. Para millones de niños y niñas significa el retraso en el crecimiento de por vida.

Los niños y niñas que sufren retraso en el crecimiento, al ser más pequeños que el resto de sus compañeros, son más susceptibles a las enfermedades. Con frecuencia van rezagados en la escuela, ingresan en la edad adulta con más probabilidades de padecer sobrepeso y son más proclives a las enfermedades no contagiosas. Cuando inician su vida laboral, a menudo perciben un salario inferior que sus restantes compañeros de trabajo cuyo crecimiento es normal.

Difícilmente se puede concebir injusticia mayor que la de arrebatarse a un niño o niña, en la gestación y en su primera infancia, la posibilidad de alcanzar la plenitud de su potencial para el resto de su vida.

Esta es la tragedia que afecta a los 165 millones de niños y niñas menores de 5 años de todo el mundo que actualmente padecen retraso en el crecimiento. Es una vulneración de sus derechos, además de suponer una carga ingente para aquellos países cuyos futuros ciudadanos no serán tan saludables y productivos como podrían haber sido.

No olvidemos tampoco a las decenas de millones de niños y niñas de todo el mundo que se exponen a los estragos de la desnutrición aguda grave, que puede acabar con sus vidas. Aunque el tratamiento para esta afección se va difundiendo poco a poco, aún hay demasiados niños y niñas que no se benefician. Cerca de una tercera parte de las muertes de menores de 5 años pueden atribuirse a la desnutrición.

Por fin se está cobrando conciencia de la gravedad de la desnutrición y de sus efectos a largo plazo, y se están adoptando medidas al respecto con una urgencia creciente. Esto obedece en gran parte al reconocimiento de un conjunto cada vez mayor de pruebas irrefutables que demuestran las repercusiones del retraso en el crecimiento y de otras formas de desnutrición a corto y largo plazo.

Al admitir que invertir en nutrición es un medio fundamental para promover el bienestar en todo el mundo, el G8 ha asignado a esta cuestión un puesto prioritario en su programa de trabajo. La comunidad mundial de expertos en nutrición está colaborando en torno a la iniciativa SUN para el Fomento de la Nutrición. El Secretario General de las Naciones Unidas ha incluido la erradicación del retraso en el crecimiento como meta de su campaña Reto del Hambre Cero. En el Foro Económico Mundial 2013 se ha subrayado el carácter prioritario de la seguridad alimentaria y la nutrición en el

mundo. Y un grupo de expertos economistas de alto nivel del Consenso de Copenhague, recientemente celebrado, señalaron la reducción del retraso en el crecimiento como prioridad de inversión de primer orden.

Cada vez son más los países que amplían sus programas de nutrición a fin de llegar a los niños y niñas durante el periodo crítico que comprende desde la gestación hasta los dos años de edad. Estos programas están demostrando su eficacia. Los países donde se está llegando a las madres y a sus hijos con intervenciones efectivas de nutrición y otras medidas relacionadas con la nutrición durante los primeros 1.000 días están obteniendo resultados positivos. Los índices de retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición comienzan a disminuir.

Pero aún hemos de llegar a millones de madres y a sus hijos, en especial las que se encuentran en las zonas de más difícil acceso. Y es urgente.

La Asamblea Mundial de la Salud ha fijado el objetivo de disminuir en un 40% para 2005 el número de niños y niñas menores de 5 años que padecen desnutrición, lo que equivale a salvar a cerca de 70 millones de niños y niñas de la miseria que representa el retraso en el crecimiento.

Este informe muestra que podemos alcanzar este objetivo. Países como Etiopía, Haití, Nepal, Perú y Rwanda lideran el avance, ampliando con rapidez iniciativas que promueven la equidad. Comprometidos con los resultados, logran progresos por medio del activismo, de una mejor adjudicación de los recursos y de inversiones en programas y políticas específicas.

Y siempre que sea posible progresar, tenemos la obligación moral de hacerlo.

El legado de los 1.000 primeros días de la vida de un niño o niña puede acompañarle para siempre. Por eso, hemos de hacer todo lo posible, tan rápido como sea posible, para poner al alcance de las madres, niños y niñas más desfavorecidos una nutrición de calidad que favorezca su crecimiento.

Un buen comienzo en la vida significa un comienzo saludable, y es el único comienzo a partir del cual los niños y niñas pueden convertir en realidad su promesa y su potencial. Se lo debemos a cada uno de los niños y niñas de todo el mundo.



Anthony Lake  
Director Ejecutivo, UNICEF

# MENSAJES IMPORTANTES

## Concentrarse en prevenir el retraso en el crecimiento

---

- Uno de cada cuatro menores de 5 años de todo el mundo padece retraso en el crecimiento (el 26% en 2011). Según estimaciones, el 80% de los 165 millones de niños y niñas de todo el mundo que padecen retraso en el crecimiento viven en tan sólo 14 países.
- El retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición socavan las posibilidades de supervivencia de los niños, al tiempo que dificultan la salud y el crecimiento óptimos. El retraso en el crecimiento se vincula con el desarrollo inadecuado del cerebro, que suele acarrear consecuencias perniciosas y perdurables para la capacidad cognitiva, el rendimiento escolar y la remuneración futura. Esto, a su vez, afecta a la capacidad de desarrollo de los países.
- Se ha producido un cambio de orientación en las estrategias destinadas a abordar la desnutrición infantil, desde el empeño inicial por reducir la prevalencia de la desnutrición (el peso inadecuado para la edad) a la prevención del retraso en el crecimiento (estatura/tamaño inadecuado para la edad). Existe una mejor comprensión de la importancia vital de la nutrición durante el período crítico de 1.000 días, que abarca desde la gestación hasta que el bebé cumple dos años. El Foro Económico Mundial ha fijado la nueva meta de reducir en un 40% la cifra de menores de 5 años que padecen retraso en el crecimiento para 2025.
- El estado nutricional y de salud de la madre, además de repercutir en la calidad y la frecuencia de la alimentación que recibe el lactante y el niño o niña de corta edad, y en la incidencia de enfermedades infecciosas, son importantes factores del retraso en el crecimiento. Una madre desnutrida tendrá más probabilidades de dar a luz a un bebé con retraso en el crecimiento, perpetuando así el círculo vicioso de desnutrición y pobreza.
- Los niños y niñas que padecen retraso en el crecimiento ingresan en la edad adulta con una mayor propensión a la obesidad y a padecer enfermedades crónicas. Esto, junto con el incremento de la urbanización y los cambios en el régimen alimentario y el estilo de vida, puede desembocar en una epidemia creciente de dichas afecciones en muchos países de ingresos medianos y bajos, lo que dará lugar a nuevos desafíos en el orden económico y social, en especial entre los grupos vulnerables.

## Enfoques que dan resultado

---

- Es posible lograr una disminución del retraso del crecimiento y otras formas de desnutrición mediante intervenciones de eficacia demostrada. Entre ellas figura la mejora de la nutrición de las mujeres, en especial antes, durante y después del embarazo, la lactancia materna exclusiva desde los primeros días de vida, la alimentación complementaria oportuna, segura, apropiada y de calidad, e intervenciones adecuadas de administración de micronutrientes.
- El calendario es importante: las intervenciones deberían centrarse en los 1.000 días comprendidos desde la gestación hasta que el bebé cumple dos años. Una vez concluido este periodo, con el aumento de peso desproporcionado puede incrementarse el riesgo de que el niño o niña padezca obesidad u otros problemas de salud.
- Los esfuerzos orientados a ampliar los programas de nutrición están dando su fruto, beneficiando a mujeres, niños, niñas y sus comunidades en numerosos países. Estos programas presentan una serie de elementos comunes: el compromiso político, políticas y programas nacionales que se basan en evidencias y análisis fidedignos, la presencia de trabajadores comunitarios formados y capacitados que colaboran con las comunidades, la utilización de prácticas de comunicación y activismo efectivas, y una prestación integrada de los servicios.

## Impulso mundial para promover la nutrición

---

- El interés en la nutrición se ha incrementado de forma drástica en todo el mundo. La escasez recurrente de alimentos, el aumento del precio de los mismos y el incremento cada vez más patente de la obesidad, han impulsado el interés y alentado la toma de medidas a gran escala.
- Ahora más que nunca, invertir en nutrición se contempla como una prioridad fundamental para el desarrollo, que favorece el bienestar de todo el planeta. El Grupo de 8 (G-8) de las naciones más prósperas del mundo han otorgado a la nutrición un lugar prioritario en su agenda de desarrollo, mientras que el Secretario General de las Naciones Unidas ha incluido la erradicación del retraso en el crecimiento como un objetivo de su iniciativa Reto del Hambre Cero.
- La comunidad mundial de expertos en nutrición aúna sus talentos en torno al movimiento SUN, con el que se apoyan los procesos impulsados a escala nacional para reducir el retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición.



## INTRODUCCIÓN

El informe de UNICEF *Seguimiento de los progresos en la nutrición de los niños y las madres*, realizado en 2009, ponía de manifiesto la grave repercusión de los índices elevados de desnutrición en la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo infantiles, destacando la carga social y económica que suponen para los países. Dicho informe versaba sobre la situación de los programas de nutrición de todo el mundo y abogaba por mejorar y expandir la prestación de intervenciones básicas de nutrición durante el periodo crítico de 1.000 días que comprende desde el embarazo de la mujer hasta que el bebé cumple dos años, un tiempo de rápido crecimiento físico y mental. Este informe actual refuerza esas conclusiones anteriores al destacar nuevos avances y demostrar que los esfuerzos orientados a ampliar los programas de nutrición están dando su fruto, con el consiguiente beneficio para los niños y niñas de numerosos países.

UNICEF explicó la naturaleza y los factores determinantes de la desnutrición infantil y materna en un marco conceptual por vez primera hace dos décadas. La desnutrición infantil es consecuencia no sólo de la falta de alimentos adecuados y nutritivos, sino también de enfermedades frecuentes, de prácticas de atención sanitaria deficientes y de la falta de acceso a servicios de salud y otros servicios sociales. Este marco conceptual es tan pertinente hoy como lo era entonces, pero actualmente está influido por los cambios recientes y los interesantes avances que se han producido en el campo de la nutrición.

Nuevas evidencias han permitido comprender mejor las consecuencias de la desnutrición a corto y mediano plazo. Cada vez es más evidente que la desnutrición puede atrapar a los niños, niñas, familias, comunidades y naciones en una espiral intergeneracional de nutrición deficiente, enfermedad y pobreza. Hay un conocimiento más profundo de los mecanismos que vinculan el crecimiento inadecuado debido a deficiencias nutricionales antes de los dos años con el retraso en el desarrollo del cerebro y el consiguiente bajo rendimiento en la escuela, y existen pruebas más claras y contundentes sobre la necesidad de promover el crecimiento óptimo durante esta etapa fundamental a fin de evitar un riesgo elevado

de enfermedades no contagiosas, como la enfermedad cardiovascular, en la edad adulta e incluso en la próxima generación.

La comunidad internacional, armada con estos conocimientos, hace ahora más hincapié en el retraso en el crecimiento (altura/tamaño inadecuado para la edad) como el indicador preferido para medir el progreso en la reducción de la desnutrición. Esto significa que la atención se centra menos en el peso inferior al normal (el peso inadecuado para la edad), que constituye un indicador clave para medir el progreso hacia la consecución del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 1.

En mayo de 2012, la Asamblea Mundial de la Salud, el organismo encargado de la toma de decisiones de la Organización Mundial de la Salud, convino en fijar una nueva meta: reducir la cantidad de niños y niñas menores de 5 años que padecen retraso en el crecimiento en un 40% para 2025. El Secretario General de las Naciones Unidas incluyó la erradicación del retraso en el crecimiento como uno de los objetivos de su campaña Reto del Hambre Cero, iniciada en junio de 2012. Este énfasis en el retraso en el crecimiento ha llevado a revisar los programas y estrategias nacionales con el fin de concentrar el interés en los programas integrados y de prevención.



Además de que el interés se ha desplazado hacia una reducción del retraso en el crecimiento, se ha producido un gran cambio en el panorama mundial de la nutrición, que ha estimulado un ímpetu sin precedentes en la acción. Hace tan sólo unos cuantos años, la nutrición era un ámbito desatendido del desarrollo, y la comunidad de expertos en nutrición se hallaba fragmentada y carecía de una voz conjunta o de un enfoque unificado. La puesta en marcha del movimiento SUN en 2010 trajo cambios muy necesarios.

El propósito de la iniciativa SUN es consolidar el compromiso de los países por acelerar el progreso en la reducción del retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición, y en la reducción del sobrepeso. Por medio del programa SUN, los países trabajan para mejorar el acceso a alimentos nutritivos y asequibles, y fomentar su demanda. Están abordando, además, otros aspectos que determinan el estado nutricional, como la mejora de las prácticas de alimentación y atención, el agua limpia, el saneamiento, la atención sanitaria, la protección social y las iniciativas que promueven la autonomía de las mujeres.

Más de 30 países de África, Asia y América Latina se han sumado a la iniciativa SUN. Sus programas de nutrición se están expandiendo con el apoyo de países donantes, de organismos de las Naciones Unidas, de organizaciones de la sociedad civil y del sector privado. El programa SUN está ayudando a los países a dar cumplimiento a sus obligaciones de asegurar la satisfacción del derecho de sus ciudadanos a la alimentación. Tal como inicialmente se reflejó en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y se ratificó en el Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, el derecho al alimento es un derecho humano fundamental. Hacer valer el derecho a la alimentación es esencial para satisfacer otros derechos, de forma especial el derecho a la salud, con las consiguientes oportunidades que comporta.

El retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición son el epítome de las inequidades sociales, y es por ello que el retraso en el crecimiento se emplea como indicador de la pobreza y el subdesarrollo. En este informe se muestra que actualmente existe la oportunidad de abordar esta inequidad tan grave mediante la ampliación de los programas de nutrición.

Con el fin de demostrar que pueden lograrse resultados incluso en plazos breves de tiempo se han incluido en el informe estudios monográficos de países en los que la nutrición se ha mejorado a escala. También incluye una imagen actualizada de la situación de la nutrición y una descripción de los países en los que la prevalencia del retraso en el crecimiento en niños y niñas menores de 5 años es de un 40% o más, así como de los países con la mayor carga absoluta de retraso en el crecimiento.





## CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA DESNUTRICIÓN

### Causas de la desnutrición y su cronología

El marco conceptual de UNICEF define qué es la nutrición y compendia las causas multifactoriales de la desnutrición (*gráfico 1*). El estado nutricional viene determinado por tres factores de gran alcance: el alimento, la salud y la atención sanitaria. El estado nutricional óptimo se logra cuando los niños y niñas tienen acceso a una alimentación asequible, variada y rica en nutrientes, a unas prácticas adecuadas de atención materna e infantil, a unos servicios de salud apropiados y a un entorno saludable de agua potable que incluya el saneamiento y unas buenas prácticas de higiene. Estos factores inciden directamente en la ingesta de nutrientes y en la presencia de enfermedades. La interacción entre la desnutrición y la infección genera un ciclo potencialmente letal de empeoramiento de las enfermedades y deterioro del estado nutricional.

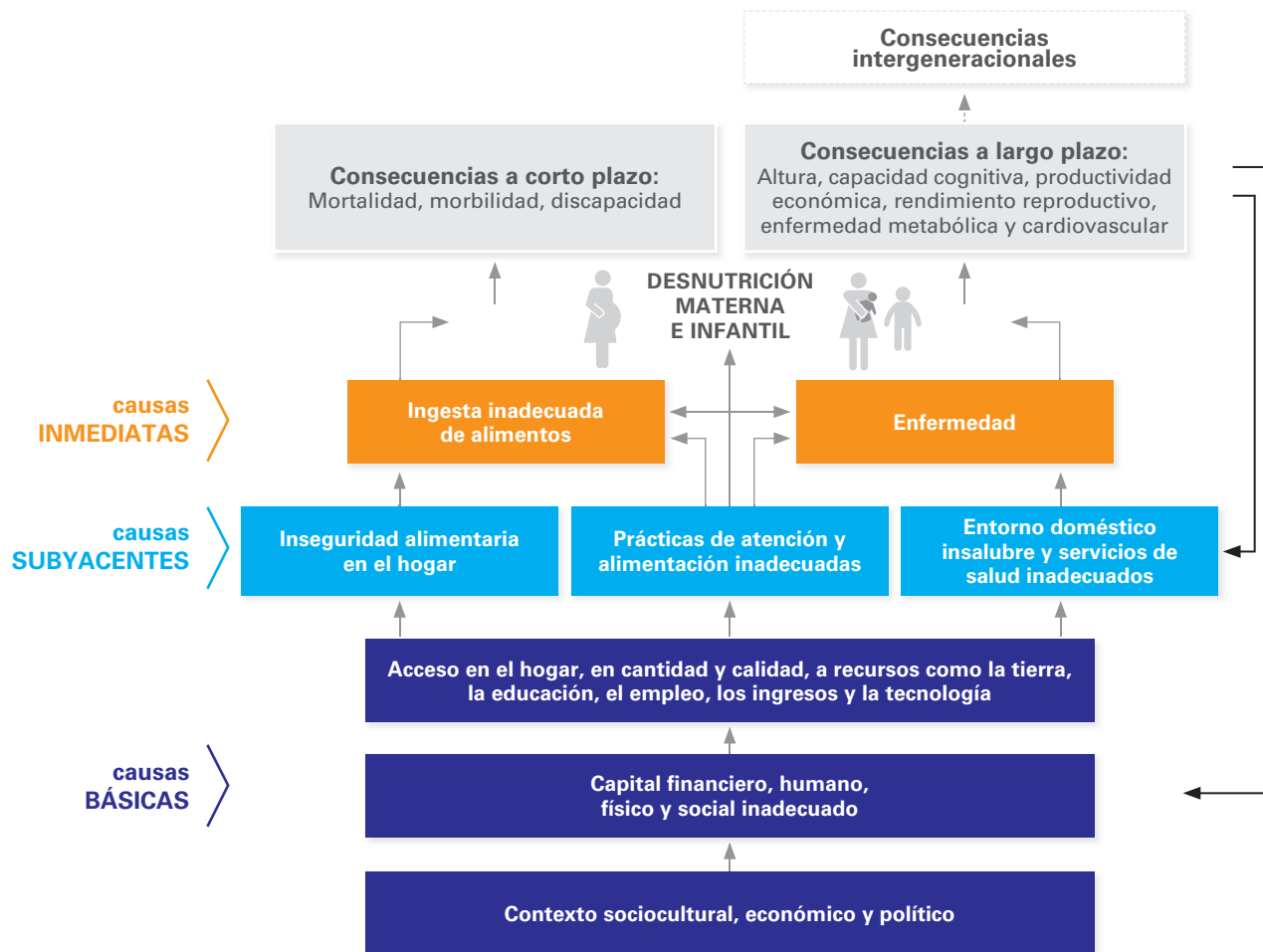
El alimento, la salud y la atención sanitaria reciben la influencia de factores de índole social, económica y política. La combinación y la importancia relativa de los mismos diferirán dependiendo del país. Comprender las causas inmediatas y subyacentes de la desnutrición en un contexto dado es fundamental para poder concebir soluciones adecuadas, útiles y sostenibles, así como para satisfacer las necesidades de las personas más vulnerables.

Desde una perspectiva de ciclo vital, el momento más importante para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño o niña es durante los 1.000 días que comprenden desde la gestación hasta que cumple dos años. Durante este tiempo, el bebé presenta unas necesidades mayores debido al rápido crecimiento y desarrollo, es más susceptible a las infecciones, más sensible a la programación biológica, y depende enteramente de otros para su nutrición, su cuidado y sus interacciones sociales<sup>1</sup>.

La desnutrición infantil se valora midiendo la altura y el peso, y practicando pruebas de detección de manifestaciones clínicas y marcadores bioquímicos. Los marcadores basados en el peso, la altura y la edad se contrastan con los patrones internacionales, y por norma general se emplean para valorar el estado nutricional de una población. El retraso en el crecimiento (la altura/tamaño inadecuado para la edad) delata una exposición crónica a la desnutrición durante la primera infancia; la emaciación (el peso inadecuado para la altura) habla de desnutrición aguda; y el peso inferior al normal (el peso inadecuado para la edad) es un indicador mixto que incluye aspectos relativos al retraso en el crecimiento y a la emaciación.

El actual interés por reducir el retraso en el crecimiento refleja una comprensión más profunda de la importancia de la desnutrición durante el periodo de desarrollo más importante de la primera etapa de la vida, así como de sus consecuencias a largo plazo, que se prolongan hasta la vida adulta. Evidencias procedentes de 54 países con ingresos medianos y bajos muestran que el deterioro del crecimiento comienza, por lo general, durante el embarazo y continúa hasta aproximadamente los 24 meses de edad. Esta deficiencia de crecimiento lineal no se recupera, de modo que las posibilidades de lograr un crecimiento adecuado más adelante en la infancia son mínimas<sup>2</sup>. Mientras que en el marco conceptual de UNICEF se hacía hincapié en los niños y niñas en edad preescolar, en la actualidad el interés se centra más en políticas y programas que promueven la intervención antes de los dos años, sobre todo las que se relacionan con la nutrición y la salud materna y con unas prácticas adecuadas de alimentación y atención de los bebés y los niños y niñas de corta edad.

**GRÁFICO 1** Marco conceptual de los determinantes de la desnutrición infantil



La flecha negra muestra que las consecuencias de la desnutrición pueden revertir en las causas básicas y subyacentes de la desnutrición, perpetuando la espiral de desnutrición, pobreza e inequidad.

Fuente: Adaptado de UNICEF, 1990.

Una buena nutrición, salud y estado físico de la madre son fundamentales para prevenir la desnutrición infantil. Con el embarazo aumenta la necesidad de nutrientes y son habituales las deficiencias de proteínas, energía, vitaminas y minerales. Las deficiencias no son sólo consecuencia de una alimentación inadecuada: la enfermedad puede impedir la absorción de nutrientes y disminuir el apetito, y el estrés psicosocial que afecta a la madre puede provocar desnutrición infantil<sup>3</sup>. La alimentación deficiente de la madre dificulta el desarrollo del feto y contribuye a un peso inferior al normal, al consiguiente retraso en el crecimiento y a otras formas de desnutrición.

Las niñas con desnutrición tienen más probabilidades de convertirse en madres desnutridas que, a su vez, es más probable que alumbrén a bebés con un peso inferior al normal, perpetuando así la espiral intergeneracional<sup>4</sup>. Este círculo vicioso puede complicarse todavía más

cuando se trata de madres jóvenes, en especial niñas adolescentes que comienzan a criar a su bebé antes de haber finalizado su propio crecimiento y desarrollo. Los intervalos cortos entre embarazos y los embarazos sucesivos pueden complicar o exacerbar las carencias nutricionales, con lo que las deficiencias pasarán de la madre a su progenie.

El bajo peso al nacer se halla vinculado a una mayor morbilidad y mortalidad. Se estima que entre el 60% y el 80% de las muertes neonatales se dan entre bebés que nacen con un peso inferior al normal (estimación de 2005)<sup>5</sup>. En Asia meridional se calcula que el 28% de los bebés nacen con un peso inferior al normal<sup>6</sup>.

Después del alumbramiento hay una serie de prácticas que directamente pueden acarrear un crecimiento deficiente: la lactancia no exclusiva, la alimentación complementaria inadecuada (por ejemplo, cuando se

comienza a una edad equivocada), el acceso o utilización precaria de distintos tipos de alimentos, y la ingesta inadecuada de micronutrientes. El crecimiento deficiente puede agravarse aún más a consecuencia de la incidencia frecuente de enfermedades infecciosas como la diarrea, el paludismo o la infestación por parásitos intestinales.

## Consecuencias de la desnutrición

El retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición son sin duda uno de los principales factores de mortalidad, enfermedad y discapacidad en la infancia. Por ejemplo, un niño o niña que padezca desnutrición grave se expondrá a un riesgo de muerte cuatro veces mayor, y un niño o niña con emaciación grave, nueve veces mayor<sup>7</sup>. Las deficiencias nutricionales específicas como la carencia de vitamina A, hierro o zinc, incrementan también el riesgo de muerte. La desnutrición puede ocasionar diversas enfermedades, como la ceguera, a consecuencia de una carencia de vitamina A, y defectos en el tubo neural debido a la carencia de ácido fólico.

La comprensión más profunda de las devastadoras consecuencias de la desnutrición en la mortalidad y morbilidad se fundamenta en evidencias bien establecidas. El conocimiento acerca de cómo el retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición inciden en el desarrollo social y económico y en la formación de capital humano se deriva de estudios más recientes<sup>8</sup>.

Estudios practicados con anterioridad arrojaron luz sobre cómo la ingesta inadecuada de micronutrientes específicos, como el hierro, el ácido fólico y el yodo, perjudica al cerebro, al sistema nervioso y, por ende, el rendimiento escolar. Asimismo se han documentado los efectos de la carencia de hierro, que limita el rendimiento escolar en los niños y niñas y la capacidad física para el trabajo en los adultos.

Está claro que la desnutrición en las primeras etapas de la vida tiene importantísimas consecuencias para los futuros resultados en materia de educación, productividad e ingresos económicos. El retraso en el crecimiento se asocia con unos rendimientos y unos resultados deficientes en la escuela<sup>9</sup>. Estudios longitudinales practicados recientemente entre cohortes de niños y niñas del Brasil, Filipinas, Guatemala, la India y Sudáfrica corroboraban la relación existente entre el retraso en el crecimiento y una menor escolarización, y concluyeron, además, que el retraso en el crecimiento permite predecir la repetición de grado<sup>10</sup>.

Una menor escolarización y unos peores resultados escolares traen consigo una menor capacidad para generar ingresos en la edad adulta. Según un estudio practicado en 2007, la pérdida de ingresos anuales en la edad adulta es, como promedio, de un 22%<sup>11</sup>.

Lo que cada vez resulta más evidente es que los efectos sobre el desarrollo del retraso en el crecimiento y de otras formas de desnutrición se producen antes, y son más importantes, de que lo que previamente se creía. La formación del cerebro y el sistema nervioso comienza ya en las primeras etapas del embarazo y prácticamente se ha completado a la edad de los dos años. La cronología, la gravedad y la duración de las carencias nutricionales durante este periodo afectan al desarrollo del cerebro de distintas maneras, debido a que el cerebro precisa de determinados nutrientes en momentos concretos<sup>12</sup>. Aunque es cierto que un cerebro en desarrollo posee una gran capacidad de regeneración, es también muy vulnerable, por lo que las carencias nutricionales durante los períodos críticos tienen consecuencias a largo plazo.

Esta nueva noción, sumada a la evidencia de que el proceso irreversible del retraso en el crecimiento comienza en las primeras etapas de la vida, ha propiciado un cambio en el enfoque de la programación. Si la atención recaía antes en los niños y niñas menores de 5 años, ahora se centra cada vez más en el período de los 1.000 días que transcurren hasta que el bebé cumple dos años y que incluyen también la gestación.

Las mejoras en la nutrición después de los dos años no suelen conllevar a la recuperación del potencial perdido. Datos procedentes de estos cinco países indicaban que la ganancia de peso durante los dos primeros años de vida –pero no después– se traducía en un mejor rendimiento escolar más tarde en la infancia, subrayando así la importancia crítica de esta ventana de oportunidad<sup>13</sup>. Estudios practicados previamente con huérfanos coreanos desnutridos que habían sido adoptados por familias americanas revelaban la relación existente entre el rendimiento residual deficiente en las pruebas cognitivas y el estado nutricional en el momento de la adopción. La adopción antes de los dos años se asociaba con unos niveles de puntuación en las pruebas cognitivas notablemente superiores, por comparación con los niños y niñas adoptados más tarde<sup>14</sup>. En una serie de estudios longitudinales practicados en Sudáfrica se valoraron los efectos de la desnutrición grave acaecida antes de los dos años sobre el crecimiento físico y la capacidad intelectual en la adolescencia. Pese a las mejoras en el entorno y la recuperación del crecimiento, los niños y niñas que habían experimentado desnutrición grave en la primera infancia sufrían impedimentos intelectuales irreversibles<sup>15</sup>.

Una consecuencia que se perfila de forma cada vez más clara es la repercusión del retraso en el crecimiento sobre el subsiguiente aumento rápido y desproporcionado de peso en la vida posterior.

Estos efectos a largo plazo conforman lo que se conoce como concepto de programación fetal: el crecimiento fetal deficiente, el tamaño reducido al nacer y el

crecimiento deficiente continuado en los primeros años de vida, seguido de un aumento de peso rápido más tarde en la infancia, hacen que aumente el riesgo de enfermedades coronarias, de infarto, de hipertensión y de diabetes tipo II<sup>16</sup>. Es deseable lograr un crecimiento óptimo antes de los 24 meses de edad, ya que padecer retraso en el crecimiento y aumentar de peso de forma desproporcionada a partir de los 24 primeros meses suele comportar un incremento del riesgo de padecer sobrepeso y de desarrollar otros problemas de salud<sup>17</sup>.

El hecho de que los niños y niñas con retraso en el crecimiento ingresen en la edad adulta con una mayor propensión a padecer obesidad temprana y otras enfermedades crónicas, abre las puertas a la posibilidad de una explosión epidémica de salud precaria, sobre todo en los países en transición que experimentan una urbanización creciente y modificaciones en la dieta y el estilo de vida. Esta transición epidemiológica podría originar nuevos desafíos económicos y sociales en muchos países de ingresos medianos y bajos que presentan una prevalencia del retraso en el crecimiento elevada, en especial entre los grupos de población más pobres.

## RECUADRO 1 La interacción letal entre la desnutrición y las infecciones comunes

Se estima que una tercera parte de las muertes registradas entre niños y niñas menores de 5 años se deben a la desnutrición. La desnutrición expone a los niños y niñas a un riesgo mucho mayor de muerte o enfermedad grave como consecuencia de infecciones habituales en la infancia como la neumonía, la diarrea, el paludismo, el VIH y el SIDA y el sarampión. Un niño o niña que padezca desnutrición grave tiene 9,5 veces más probabilidades de morir por causa de la diarrea que un niño o niña sano; en los niños y niñas que experimentan retraso en el crecimiento, el riesgo de muerte es 4,6 veces superior (gráfico 2).

La desnutrición debilita el sistema inmunológico, y deja a los niños y niñas en situación de mayor riesgo de sufrir brotes de enfermedad más frecuentes, graves y prolongados. La desnutrición es también el resultado de infecciones recurrentes, que pueden empeorar aun más el estado nutricional del niño o niña en un tiempo en que sus necesidades nutricionales son mayores. Esta interacción entre la desnutrición y la infección origina una espiral letal de empeoramiento de las enfermedades y deterioro del estado nutricional.

Entre las intervenciones fundamentales que pueden interrumpir este círculo vicioso figuran la promoción de prácticas óptimas de lactancia materna, el empleo de suplementos de micronutrientes, y la reducción de la incidencia del bajo peso al nacer (véase el capítulo 4). Por ejemplo, los bebés a los que no se amamanta tienen 15 veces más probabilidades de morir de neumonía y 11 veces más probabilidades de morir por diarrea que los niños y niñas que reciben lactancia materna exclusiva (gráfico 3). Análogamente, la mortalidad en general es 14 veces mayor en bebés a los que no se amamanta que en bebés que reciben lactancia materna exclusiva<sup>18</sup>.

## GRÁFICO 2 Los niños y niñas desnutridos se exponen a un riesgo mayor de morir por diarrea o neumonía

Probabilidades de morir a consecuencia de la diarrea o neumonía en niños y niñas desnutridos frente a niños y niñas bien alimentados, en países concretos\*

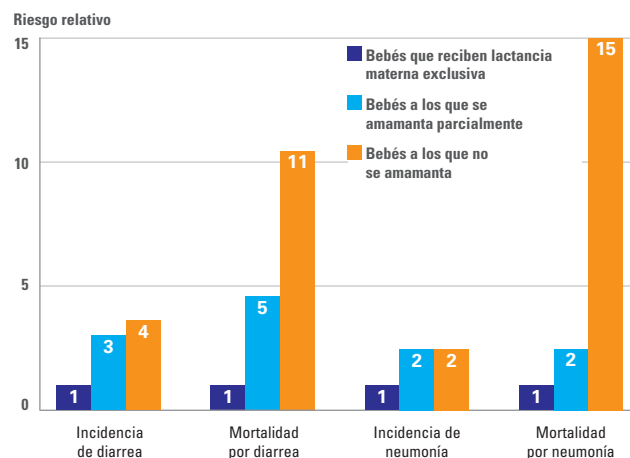
	Probabilidades			
	Desnutrición grave	Desnutrición moderada	Desnutrición leve	Sin desnutrición
<b>Peso inferior al normal</b>				
Diarrea	9.5	3.4	2.1	1.0
Neumonía	6.4	1.3	1.2	1.0
<b>Retraso en el crecimiento</b>				
Diarrea	4.6	1.6	1.2	1.0
Neumonía	3.2	1.3	1.0	1.0
<b>Emaciación</b>				
Diarrea	6.3	2.9	1.2	1.0
Neumonía	8.7	4.2	1.6	1.0

\* Bangladesh, Filipinas, Ghana, Guinea-Bissau, India, Nepal, Pakistán y Senegal.

Fuente: Adaptado de Black et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *Lancet*, vol. 371, núm. 9608, 19 de enero de 2008, págs. 243–260.

## GRÁFICO 3 Los bebés a los que no se amamanta corren un riesgo mayor de morir por diarrea o neumonía que los bebés que reciben lactancia materna

Riesgo relativo de incidencia y mortalidad de la diarrea y neumonía en bebés de 0 a 5 meses a los que no se amamanta, a los que se amamanta parcialmente y a los que reciben lactancia materna exclusiva



Fuente: Adaptado de Black et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *Lancet*, vol. 371, núm. 9608, 19 de enero de 2008, págs. 243–260.





## SITUACIÓN ACTUAL DE LA NUTRICIÓN

La desnutrición infantil puede manifestarse de distintas maneras. Por lo general se determina midiendo el peso y la altura de un niño o niña, y practicando pruebas bioquímicas y clínicas. Este capítulo trata acerca de los niveles y tendencias de los indicadores antropométricos del estado nutricional, compilados a partir de datos recopilados por medio de amplias encuestas por hogares representativas de la población nacional<sup>19</sup>.

### RECUADRO 2 Definiciones de los indicadores antropométricos

- **Retraso en el crecimiento** refleja una desnutrición crónica durante los periodos más críticos del desarrollo y el crecimiento en las primeras etapas de la vida. Se define como el porcentaje de niños y niñas de 0 a 59 meses cuya altura para su edad es inferior a menos 2 desviaciones estándar (retraso en el crecimiento moderado y grave) y a menos 3 desviaciones estándar (retraso en el crecimiento grave) de la media del Patrón del crecimiento infantil de la OMS.
- **Peso inferior al normal** es una forma compuesta de desnutrición, que incluye elementos del retraso en el crecimiento y la emaciación. Se define como el porcentaje de niños y niñas de 0 a 59 meses cuyo peso para la edad es inferior a menos 2 desviaciones estándar (peso inferior al normal moderado y grave) y menos 3 desviaciones estándar (peso inferior al normal grave) de la media del Patrón del crecimiento infantil de la OMS.
- **Emaciación** refleja una desnutrición aguda y se define como el porcentaje de niños y niñas de 0 a 59 meses cuyo peso para la altura es inferior a menos 2 desviaciones estándar (emaciación moderada y grave) y a menos 3 desviaciones estándar (emaciación grave) de la media del Patrón del crecimiento infantil de la OMS.
- **Desnutrición aguda grave** se define como el porcentaje de niños y niñas de 6 a 59 meses cuyo peso para la altura es inferior a menos 3 desviaciones estándar de la media del Patrón del crecimiento infantil de la OMS, o cuyo perímetro braquial es inferior a 115 mm, con o sin presencia de edema nutricional.
- **Sobrepeso** se define como el porcentaje de niños y niñas de 0 a 59 meses cuyo peso para la altura es superior a 2 desviaciones estándar (sobrepeso y obesidad) o a 3 desviaciones estándar (obesidad) de la media del Patrón del crecimiento infantil de la OMS.
- **Bajo peso al nacer:** se define como un peso al nacer inferior a 2.500 gramos.

## Retraso en el crecimiento

Más de una cuarta parte (el 26%) de los niños y niñas menores de 5 años de todo el mundo padecían de retraso en el crecimiento en 2011, lo que significa 165 millones de niños y niñas del planeta. No obstante, esta carga no se halla uniformemente repartida en el mundo. África subsahariana y Asia meridional acogen a tres cuartas de los niños y niñas de todo el mundo que padecen retraso en el crecimiento (*gráfico 4*). En África subsahariana, el 40% de los niños y niñas menores de 5 años presentan retraso en el crecimiento; en Asia meridional, la cifra es del 39%.

El 80% de los niños y niñas de todo el mundo que padecen retraso en el crecimiento viven en 14 países (*gráfico 5*). Entre los 24 países descritos a partir de la página 55 de este informe figuran los 10 que registran la mayor carga absoluta de niños y niñas con retraso en el crecimiento, junto con países que presentan una prevalencia muy elevada, del 40% o más (*gráfico 6*). De los 24 países descritos, todos excepto 5 se sitúan en África subsahariana y Asia meridional. En los cuatro países con la prevalencia más elevada (Timor-Leste, Burundi, Níger y Madagascar), más de la mitad de los niños y niñas menores de 5 años padecen retraso en el crecimiento.

## Tendencias del retraso en el crecimiento

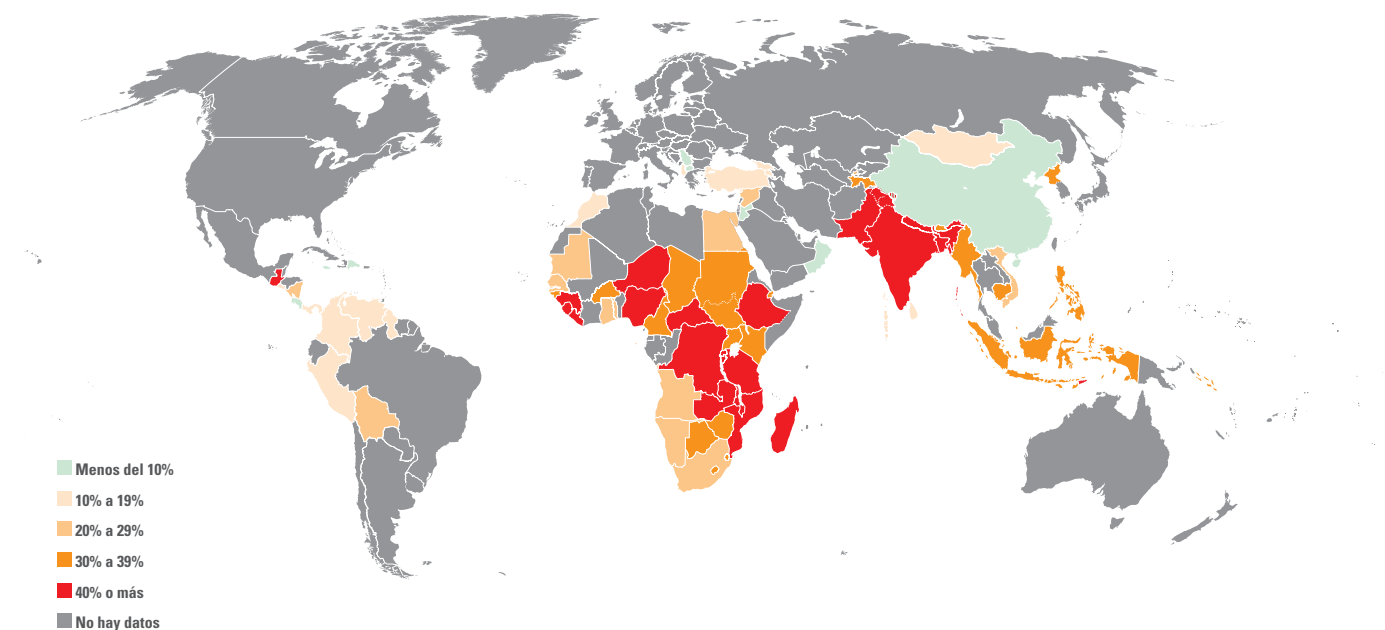
Se estima que la prevalencia mundial del retraso en el crecimiento entre los niños y niñas menores de 5 años ha disminuido en un 36% durante las dos últimas décadas, desde el 40% registrado en 1990 al 26% en 2011. Esto supone un ritmo anual de disminución del 2,1% por año. En todas las regiones, efectivamente, se registraron reducciones en la prevalencia del retraso en el crecimiento durante las dos últimas décadas (*gráfico 7*), con mejoras notables en algunas de ellas.

Las reducciones más acusadas en la prevalencia del retraso en el crecimiento ocurrieron en Asia oriental y el Pacífico. Esta región experimentó una disminución de la prevalencia cercana al 70%, desde el 42% en 1990 al 12% en 2011. Esta drástica disminución fue debida en gran medida a las mejoras alcanzadas por China. La prevalencia del retraso en el crecimiento se redujo en China desde más del 30% en 1990 al 10% en 2010.

En América Latina y el Caribe se redujo la prevalencia del retraso en el crecimiento en más de la mitad durante el mismo periodo. Las regiones de Asia meridional y Oriente Medio y África del Norte lograron una reducción en la prevalencia del retraso en el crecimiento de más de un tercio desde 1990.

### GRÁFICO 4 África subsahariana y Asia meridional presentan la mayor prevalencia de retraso en el crecimiento

Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que padecen retraso en el crecimiento moderado o grave



**Nota:** Datos correspondientes al periodo comprendido entre 2007 y 2011, con la excepción de la India.

Este es un mapa adaptado, no a escala. No refleja la posición de UNICEF sobre la situación legal de ningún país o territorio ni sobre la delimitación de fronteras. La línea de puntos representa de forma aproximada la Línea de Control de Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes aún no han alcanzado un acuerdo acerca de la situación definitiva de Jammu y Cachemira. La frontera definitiva entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur aún no se ha determinado.

**Fuente:** Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras encuestas nacionales.

## GRÁFICO 5 El 80% de los niños y niñas que padecen retraso en el crecimiento en todo el mundo viven en 14 países

14 países que acogen las mayores cifras de niños y niñas menores de 5 años con retraso en el crecimiento moderado o grave

Clasificación	País	Año	Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	% de la carga mundial (2011)	Cifra de niños y niñas que sufren retraso en el crecimiento (moderado o grave, miles)
1	<b>India</b>	2005–2006	48	38	61.723
2	<b>Nigeria</b>	2008	41	7	11.049
3	<b>Pakistán</b>	2011	44	6	9.663
4	<b>China</b>	2010	10	5	8.059
5	<b>Indonesia</b>	2010	36	5	7.547
6	<b>Bangladesh</b>	2011	41	4	5.958
7	<b>Etiopía</b>	2011	44	3	5.291
8	<b>República Democrática del Congo</b>	2010	43	3	5.228
9	<b>Filipinas</b>	2008	32	2	3.602
10	<b>República Unida de Tanzania</b>	2010	42	2	3.475
11	Egipto	2008	29	2	2.628
12	Kenya	2008–2009	35	1	2.403
13	Uganda	2011	33	1	2.219
14	Sudán	2010	35	1	1.744

**Nota:** Los países en negrita se describen a partir de la página 55 de este informe. No existían datos actualizados sobre el Afganistán y el Yemen, pero es probable que estos países contribuyan notablemente a la carga mundial de retraso en el crecimiento. Los datos más recientes aportados sobre prevalencia del retraso en el crecimiento eran del 59% para el Afganistán en 2004 y del 58% para el Yemen en 2003.

**Fuente:** Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales, 2007–2011, con la excepción de la India.

## GRÁFICO 6 21 países registran una prevalencia de retraso en el crecimiento muy elevada

Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que sufren retraso en el crecimiento moderado o grave, en 21 países en los que la prevalencia de niños y niñas menores de 5 años que sufren retraso en el crecimiento es del 40% como mínimo

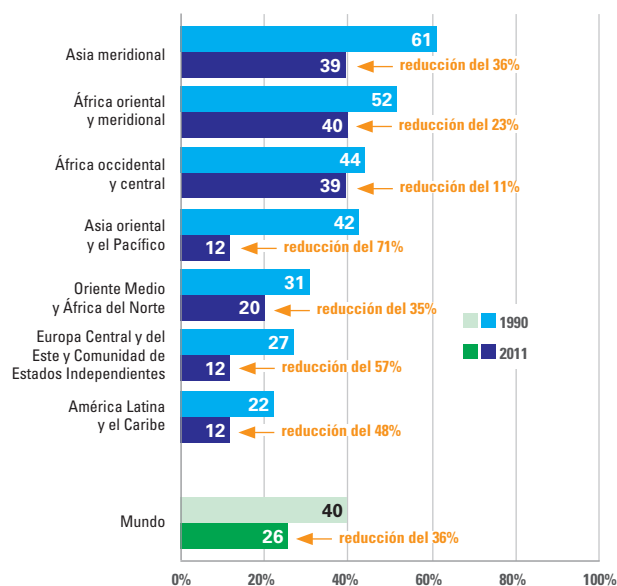
País	Año	Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)
<b>Timor-Leste</b>	2009–2010	58
<b>Burundi</b>	2010	58
<b>Níger</b>	2011	51
<b>Madagascar</b>	2008–2009	50
<b>India</b>	2005–2006	48
<b>Guatemala</b>	2008–2009	48
<b>Malawi</b>	2010	47
<b>Zambia</b>	2007	45
<b>Etiopía</b>	2011	44
<b>Sierra Leona</b>	2010	44
<b>Rwanda</b>	2010	44
<b>Pakistán</b>	2011	44
<b>República Democrática del Congo</b>	2010	43
<b>Mozambique</b>	2011	43
<b>República Unida de Tanzania</b>	2010	42
<b>Liberia</b>	2010	42
<b>Bangladesh</b>	2011	41
<b>República Centroafricana</b>	2010	41
<b>Nigeria</b>	2008	41
<b>Nepal</b>	2011	41
<b>Guinea</b>	2008	40

**Nota:** Los países en negrita se describen a partir de la página 55 de este informe.

**Fuente:** Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales, 2007–2011, con la excepción de la India.

## GRÁFICO 7 Todas las regiones presentan una prevalencia muy elevada de retraso en el crecimiento desde 1990

Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que sufren retraso en el crecimiento moderado o grave y porcentaje de la reducción, 1990–2011



**Fuente:** UNICEF, OMS, Banco Mundial, *Joint Child Malnutrition Estimates*, 2012.

No obstante, el progreso en la reducción de la prevalencia del retraso en el crecimiento en África subsahariana fue de tan solo el 16%, desde el 47% en 1990 al 40% en 2011. Más de una tercera parte de los países de África subsahariana presentan una prevalencia de retraso en el crecimiento muy elevada.

## Disparidades en el retraso en el crecimiento

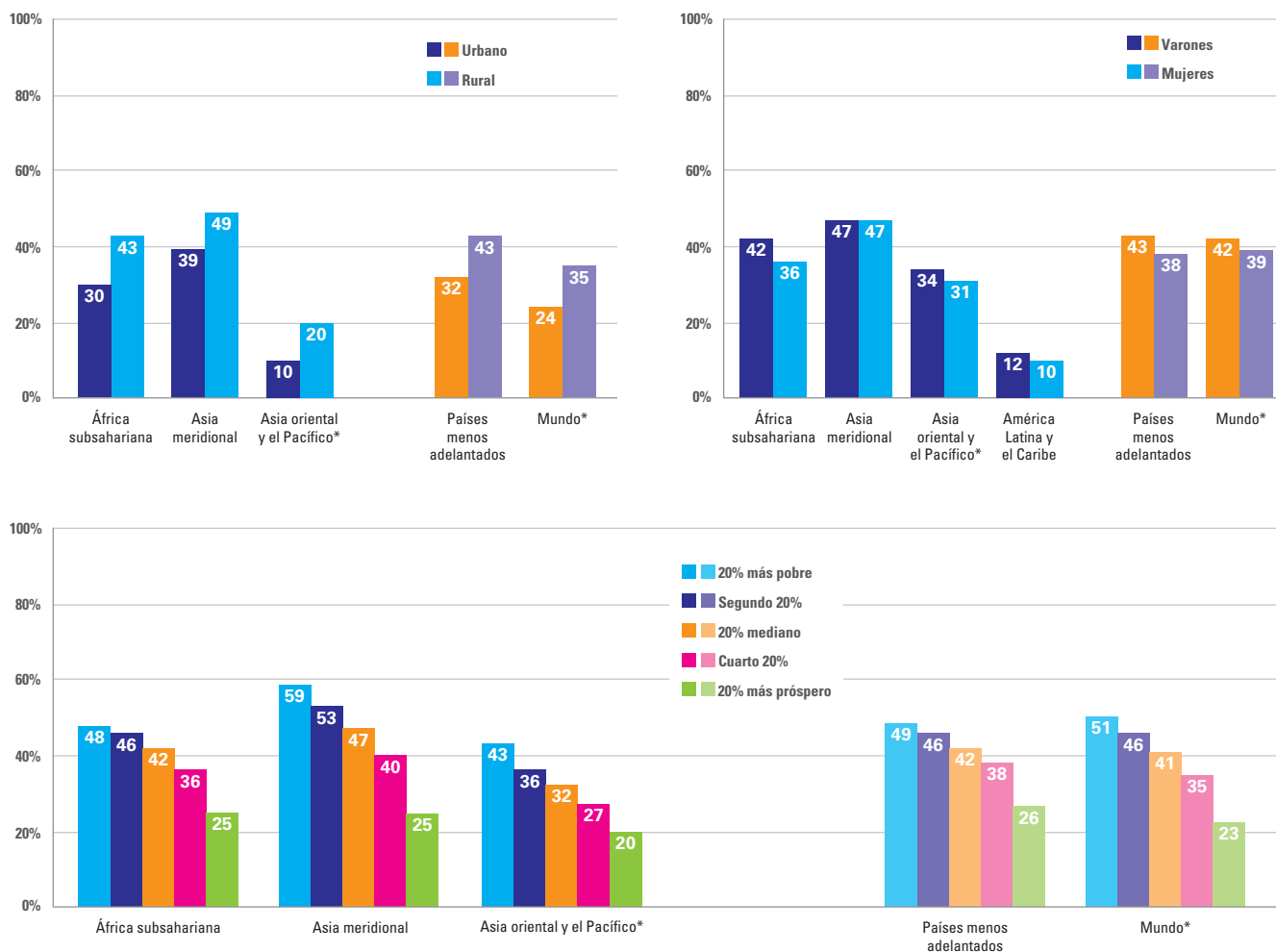
Los promedios regionales y nacionales pueden ocultar disparidades importantes entre los grupos subnacionales de población, como, por ejemplo, según el género, los ingresos del hogar y la zona de residencia. En todo el mundo, más de una tercera parte de los niños y niñas de hogares rurales padecen retraso en el crecimiento, en comparación con una cuarta parte de los niños y niñas

de hogares urbanos (*gráfico 8*). Los niños y niñas de los hogares más pobres tienen más del doble de probabilidades de sufrir retraso en el crecimiento que los niños y niñas de los hogares más prósperos. En las regiones que registran los índices más elevados de retraso en el crecimiento –África subsahariana y Asia meridional– la proporción de niños y niñas menores de 5 años de los hogares más pobres que padecen retraso en el crecimiento en comparación con los hogares más prósperos varía desde casi el doble en África subsahariana (el 48% frente al 25%) a más del doble en Asia meridional (el 59% frente al 25%).

Aunque niños y niñas tienen las mismas probabilidades de sufrir retraso en el crecimiento, en África subsahariana el retraso en el crecimiento afecta más a los niños (42%) que a las niñas (36%) (*gráfico 9*).

**GRÁFICO 8** Los niños y niñas más pobres y los que viven en zonas rurales son habitualmente los más afectados por el retraso en el crecimiento

Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que sufren retraso en el crecimiento moderado o grave, según determinadas características del entorno



\* Con la excepción de China.

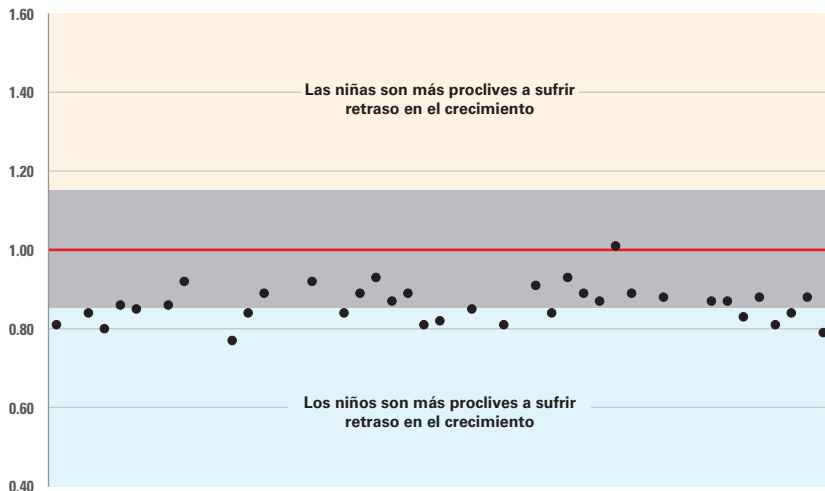
**Nota:** Los análisis se basan en un subgrupo de países con datos disponibles por agrupaciones subnacionales; las estimaciones regionales se presentan únicamente cuando la cobertura es adecuada. Datos correspondientes al periodo comprendido entre 2007 y 2011, con la excepción del Brasil y la India.

**Fuente:** Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales.



### GRÁFICO 9 En África subsahariana, el retraso en el crecimiento es más prevalente en los niños que en las niñas

Relación de la prevalencia del retraso en el crecimiento moderado o grave (niñas/niños) entre niños y niñas de 0 a 59 meses de países de África subsahariana para los que existen datos



#### Cómo leer este gráfico:

A fin de ilustrar la equidad de género se estableció un intervalo de 0,85 a 1,15 en el coeficiente de prevalencia del retraso en el crecimiento (franja gris) como ventana de "paridad de género". Un punto sobre la franja gris sugeriría que las niñas tienen más posibilidades que los niños de sufrir retraso en el crecimiento, mientras que un punto por debajo de la franja sugiere que son los niños quienes tienen más probabilidades.

Fuente: Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales, 2007–2011.

### RECUADRO 3 La doble carga de la desnutrición

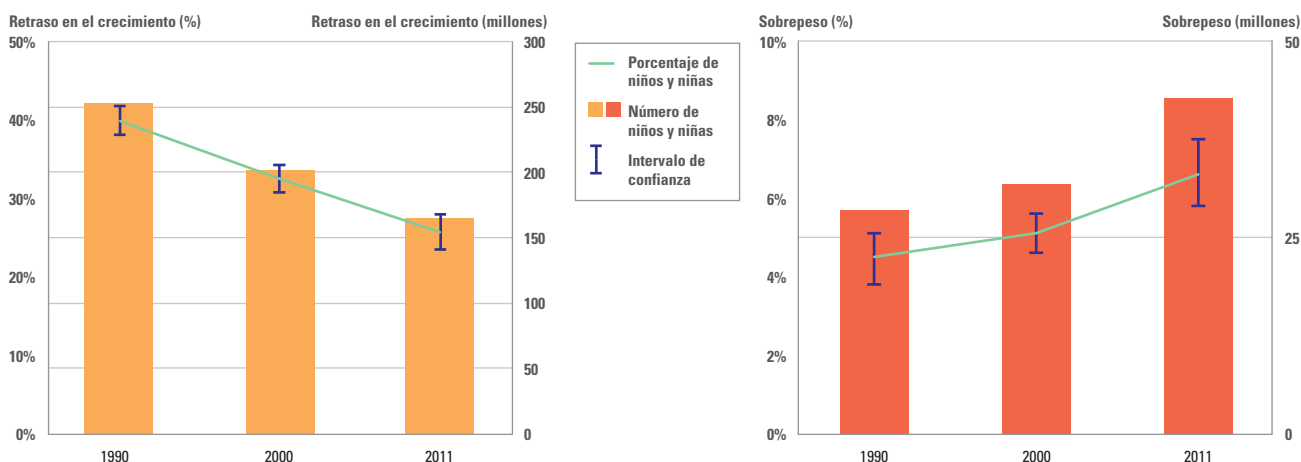
La coexistencia del retraso en el crecimiento y el sobrepeso, o lo que es lo mismo, la doble carga de la desnutrición, representa un desafío programático sin precedentes en aquellos países en que persisten unos índices relativamente elevados entre los niños y niñas menores de 5 años, tanto de retraso en el crecimiento como de sobrepeso. Las tendencias mundiales de la

prevalencia del retraso en el crecimiento y el sobrepeso entre los niños y niñas menores de 5 años han seguido direcciones opuestas desde 1990 (gráfico 10). En contraste con la situación hace dos décadas, en la actualidad hay un 54% más de niños y niñas con sobrepeso en el todo el mundo y un 35% menos de niños y niñas con retraso en el crecimiento. Por ejemplo, en Indonesia, uno de cada tres menores de 5 años sufre

retraso en el crecimiento moderado o grave (el 36%), mientras que, al mismo tiempo, uno de cada siete sufre sobrepeso (el 14%). Es preciso realizar esfuerzos en los países que soportan esta doble carga para promover unas prácticas de alimentación de los niños y niñas de corta edad que fomenten el crecimiento lineal sin causar un aumento de peso excesivo.

### GRÁFICO 10 Contraste entre las tendencias mundiales del retraso en el crecimiento y el sobrepeso infantil

Porcentaje y cantidad de niños y niñas menores de 5 años que sufren retraso en el crecimiento moderado o grave y padecen sobrepeso



Nota: Las líneas (con intervalos de confianza del 95%) reflejan los porcentajes de niños y niñas y las barras reflejan las cifras de niños y niñas.

Fuente: UNICEF, OMS, Banco Mundial, *Joint Child Malnutrition Estimates*, 2012.

## Peso inferior al normal

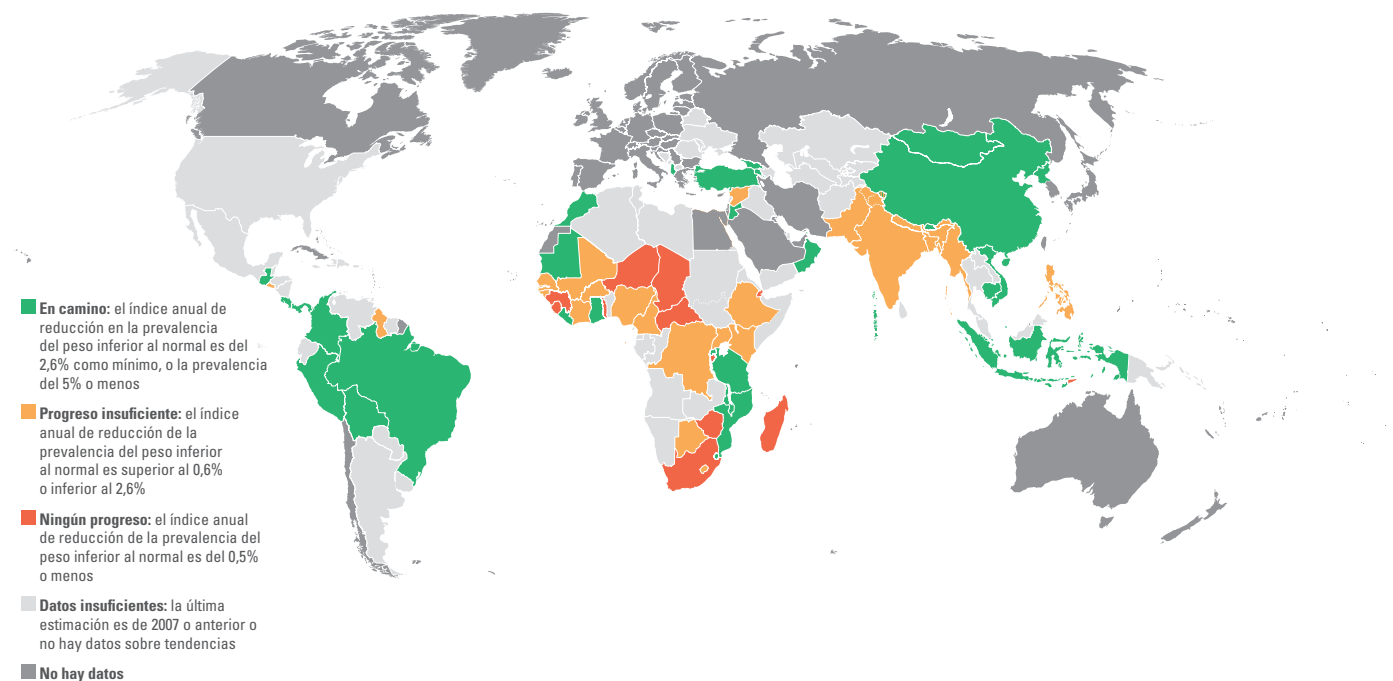
Se calcula que en 2011 había en todo el mundo 101 millones de niños y niñas menores de 5 años con un peso inferior al normal, lo que equivale a cerca del 16% de los niños y niñas menores de 5 años. La prevalencia del peso inferior al normal es mayor en Asia meridional, con un índice del 33%, seguida de África subsahariana, con el 21%. En Asia meridional hay 59 millones de niños y niñas con peso inferior al normal, mientras que en África subsahariana la cifra es de 30 millones.

La prevalencia de niños y niñas menores de 5 años con peso inferior al normal es un indicador para medir el progreso hacia el ODM 1, cuya meta es reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la cantidad de personas que padecen hambre. La prevalencia del peso inferior al normal ha descendido en todo el mundo, desde el 25% registrado en 1990 hasta el 16% actual, lo que representa una reducción del 37%. Las mayores reducciones se han

alcanzado en Europa Central y del Este y la Comunidad de Estados Independientes, donde la prevalencia descendió en un 87%, y en Asia oriental y el Pacífico, donde descendió en un 73% (la reducción registrada en esta última región, al igual que ocurre con el retraso en el crecimiento, se debe principalmente a la disminución lograda por China). En otras regiones, el progreso continuó siendo lento: en África subsahariana, la prevalencia del peso inferior al normal descendió en un 26%. En 2011, 30 países habían enfilado el rumbo hacia la consecución del ODM 1, se registraba un progreso insuficiente en 25 países, y en 12 países no se había logrado ningún progreso (*gráfico 11*). De los 24 países que se describen en este informe, sólo 8 están en camino de lograr el ODM 1. Aunque los países progresen hacia la meta disminuyendo la prevalencia del peso inferior al normal, estas reducciones pueden ser reflejo de una transición simultánea hacia una mayor prevalencia del sobrepeso con unos niveles persistentes de retraso en el crecimiento.

### GRÁFICO 11 Progreso hacia el ODM 1: en 2011, 30 países “están en camino”

Progreso de los países hacia el ODM 1 de reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre



**Nota:** Las clasificaciones correspondientes al Brasil y la India difieren de la clasificación estándar del progreso hacia la consecución del ODM1.

Este es un mapa adaptado, no a escala. No refleja la posición de UNICEF sobre la situación legal de ningún país o territorio ni sobre la delimitación de fronteras. La línea de puntos representa de forma aproximada la Línea de Control de Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes aún no han alcanzado un acuerdo acerca de la situación definitiva de Jammu y Cachemira. La frontera definitiva entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur aún no se ha determinado.

**Fuente:** Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales.

Algunos países registran una baja prevalencia del peso inferior al normal, pero unos índices inaceptablemente elevados de retraso en el crecimiento. Por ejemplo, en Guatemala, Liberia, Malawi, Mozambique, Rwanda, la República Unida de Tanzania y Zambia, la prevalencia del bajo peso al nacer es muy elevada (del 40% como mínimo), pese a que están en camino de lograr el ODM 1. En estos países se precisan esfuerzos mayores para prevenir el retraso en el crecimiento, porque los bajos niveles de prevalencia del bajo peso al nacer ocultan la presencia constante de la desnutrición durante los 1.000 días cruciales previos al segundo cumpleaños del bebé, que incluyen el embarazo de la madre.

## Emaciación

La emaciación moderada y grave constituye una manifestación aguda de la desnutrición, y los niños y niñas que la padecen enfrentan un riesgo de morir notablemente mayor. En 2011 había en todo el mundo 52 millones de niños y niñas menores de 5 años con emaciación moderada o grave, lo que representa una disminución del 11% desde la cifra estimada para 1990, de 58 millones. Más de 29 millones de niños y niñas menores de 5 años, esto es, aproximadamente un 5%, sufrían emaciación grave<sup>21</sup>.

La mayor prevalencia de emaciación se da en Asia meridional, donde aproximadamente uno de cada seis niños y niñas (el 16%) padece emaciación moderada o grave. La India es el país que soporta la mayor carga de emaciación, con más de 25 millones de niños y niñas afectados. Esta cifra supera la suma de las cargas de los nueve países siguientes que registran una carga elevada (gráfico 12).

En África subsahariana, casi 1 de cada 10 niños y niñas menores de 5 años (el 9%) padecían emaciación en 2011, una prevalencia que ha disminuido en un 10% desde 1990. No obstante, como consecuencia del crecimiento demográfico, la cifra de niños y niñas de esta región que sufren emaciación ha aumentado en un tercio desde 1990. La cifra de niños y niñas emaciados de África subsahariana, en proporción a la cifra total en el mundo, se ha incrementado a lo largo del mismo periodo de tiempo.

Países como Sudán del Sur, India, Timor-Leste, Sudán, Bangladesh y Chad presentan una prevalencia de emaciación muy elevada, superior al 15%. De los 10 países que presentan la prevalencia más elevada de emaciación, siete presentan también un índice de emaciación grave superior al 5% (gráfico 13). En todo el mundo, de los 80 países para los que existen datos, 23 registran niveles de emaciación superiores al 10% (gráfico 14).

Si bien una cantidad considerable de los 52 millones de niños y niñas emaciados del mundo viven en países donde la inseguridad alimentaria cíclica y las crisis prolongadas exacerban su vulnerabilidad, la mayoría residen en países que no experimentan situaciones de emergencia. En estos países, los tres aspectos fundamentales que es preciso abordar para combatir la emaciación son la incidencia frecuente de enfermedades infecciosas, la incapacidad de prestar unos servicios de atención adecuados y determinadas prácticas sociales y culturales.

### GRÁFICO 12 Emaciación: estimaciones de la carga en los 10 países más afectados

Cantidad de niños y niñas menores de 5 años que padecen emaciación moderada o grave

Clasificados por carga (2011)	País	Año	Emaciación (%)		Cantidad de niños y niñas con emaciación, 2011 (moderada o grave, miles)
			moderada o grave	Emaciación (% grave)	
1	India	2005–2006	20	6	25.461
2	Nigeria	2008	14	7	3.783
3	Pakistán	2011	15	6	3.339
4	Indonesia	2010	13	6	2.820
5	Bangladesh	2011	16	4	2.251
6	China	2010	3	–	1.891
7	Etiopía	2011	10	3	1.156
8	República Democrática del Congo	2010	9	3	1.024
9	Sudán	2010	16	5	817
10	Filipinas	2008*	7	–	769

\*Los datos difieren de la definición estándar o se refieren sólo a parte de un país.

Fuente: Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales, 2007–2011, con la excepción de la India.

### GRÁFICO 13 Emaciación: estimaciones de la prevalencia en los 10 países más afectados

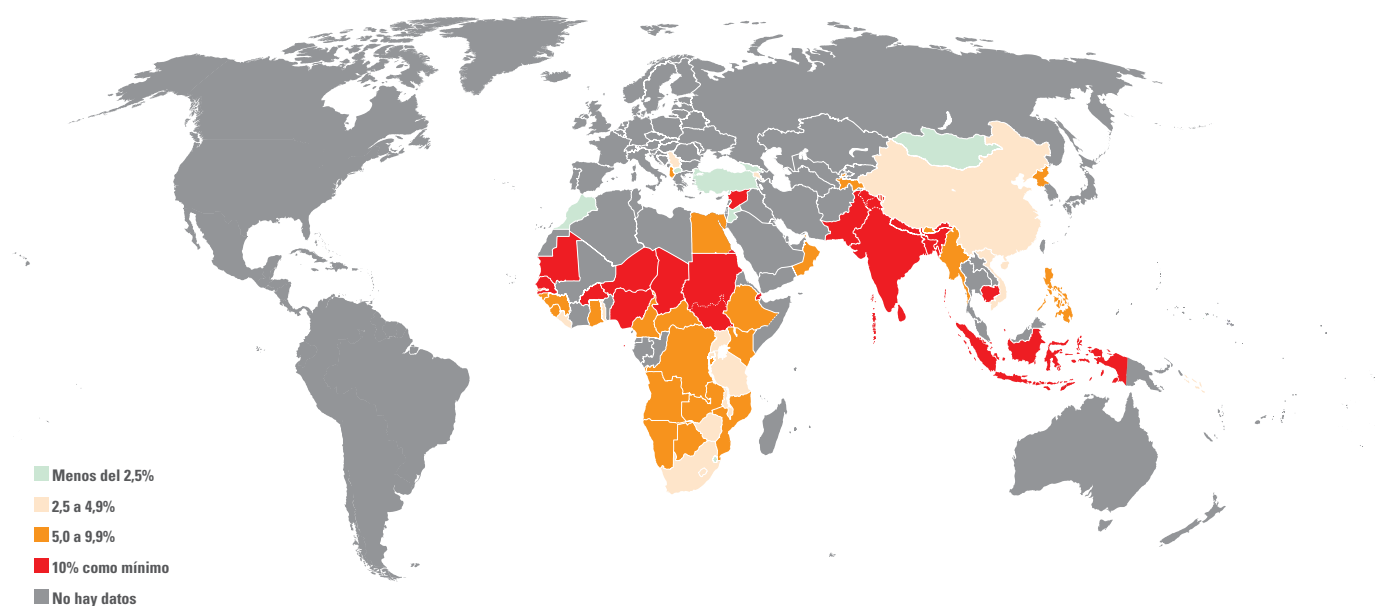
Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que sufren emaciación moderada o grave

Clasificación por prevalencia (2007-2011)	País	Año	Prevalencia de la emaciación (% moderada o grave)	Prevalencia de la emaciación (% grave)	Cantidad de niños y niñas con emaciación, 2011 (moderada y grave, miles)
1	Sudán del Sur	2010	23	10	338
2	India	2005-2006	20	6	25.461
3	Timor-Leste	2009-2010	19	7	38
4	Sudán	2010	16	5	817
5	Bangladesh	2011	16	4	2.251
6	Chad	2010	16	6	320
7	Pakistán	2011	15	6	3.339
8	Sri Lanka	2006-2007	15	3	277
9	Nigeria	2008	14	7	3.783
10	Indonesia	2010	13	6	2.820

Fuente: Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales, 2007-2011, con la excepción de la India.

### GRÁFICO 14 La prevalencia de la emaciación es elevada en África subsahariana y Asia meridional

Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que sufren emaciación moderada o grave



Nota: Los datos corresponden al periodo comprendido entre 2007 y 2011, con la excepción de la India.

Este es un mapa adaptado, no a escala. No refleja la posición de UNICEF sobre la situación legal de ningún país o territorio, ni sobre la delimitación de fronteras. La línea de puntos representa de forma aproximada la Línea de Control de Jammu y Cachemira acordada por la India y el Pakistán. Las partes aún no han alcanzado un acuerdo acerca de la situación definitiva de Jammu y Cachemira. La frontera definitiva entre la República del Sudán y la República de Sudán del Sur aún no se ha determinado.

Fuente: Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales, 2007-2011.



## Sobrepeso

Los índices de sobrepeso prosiguen su aumento en todas las regiones. En el pasado, el sobrepeso se asociaba con países de altos ingresos; sin embargo, en 2011, el 69% de la carga de niños y niñas menores de 5 años que sufrían sobrepeso vivían en países de ingresos medianos y bajos. No obstante, la prevalencia del sobrepeso continúa siendo más elevada en los países de altos ingresos (8%) que en los países de ingresos bajos (4%).

Se calcula que en todo el mundo hay 43 millones de niños y niñas menores de 5 años con sobrepeso, cifra que equivale al 7% de los niños y niñas menores de 5 años. En 2011, había cerca de 10 millones de niños

y niñas en África subsahariana y 7 millones en Asia oriental y el Pacífico que padecían sobrepeso. A lo largo de las dos últimas décadas se ha producido un incremento considerable de la cantidad de niños y niñas que presentan sobrepeso en estas regiones, lo que ha contribuido a un aumento cercano al 50% en todo el mundo, en contraste con los 28 millones de niños y niñas que había en 1990.

En África subsahariana, las estimaciones de la prevalencia se han más que duplicado a partir de 1990 (desde el 3% en 1990 al 7% en 2011), lo que significa que en la actualidad hay tres veces más niños y niñas afectados. En la región de Oriente Medio y África del Norte se ha observado una tendencia similar.

### GRÁFICO 15 Países con estimaciones de prevalencia del sobrepeso de un 10% o más

Porcentaje y cantidad de niños y niñas menores de 5 años que sufren sobrepeso (incluye obesidad)

Clasificación por prevalencia (2007-2011)	País	Año	Sobrepeso* (% , incluye obesidad)	Cantidad de niños y niñas con sobrepeso, 2011 (incluye obesidad, miles)
1	Albania	2008–2009	23	48
2	Libia	2007	22	160
3	Egipto	2008	21	1.864
4	Georgia	2009	20	51
5	República Árabe Siria	2009	18	438
6	Armenia	2010	17	38
7	Indonesia	2010	14	2.968
8	Santo Tomé y Príncipe	2008–2009	12	3
9	Botswana	2007–2008	11	26
10	Swazilandia	2010	11	17
11	Marruecos	2010–2011	11	326
12	Nigeria	2008	11	2.858
13	Sierra Leona	2010	10	100

\* Por comparación, según estimaciones, padecían sobrepeso en los Estados Unidos el 12% de los niños y niñas de entre 2 y 5 años (Encuestas nacionales de salud y nutrición, 2009–2010).

Fuente: Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales, 2007–2011.

## Bajo peso al nacer

La Asamblea Mundial de la Salud ha fijado un nuevo objetivo de reducir el bajo peso al nacer en un 30% entre 2010 y 2025. En 2011, más de 20 millones de niños y niñas de corta edad –o el 15% en todo el mundo– nacieron con un peso inferior al normal (*gráfico 16*). Sólo la India acoge una tercera parte de la carga mundial. La mayor incidencia regional del bajo peso al nacer se da en Asia meridional, donde uno de cada cuatro recién nacidos pesa menos de 2.500 gramos al nacer (*gráfico 17*).

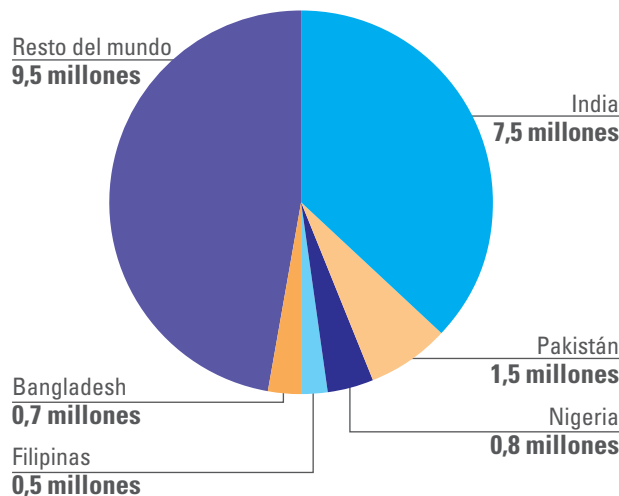
La incidencia del bajo peso al nacer supera el 20% en Filipinas, India, Mauritania, Nauru y Pakistán, y es superior al 10% en África subsahariana. Más del 50% de la carga mundial del bajo peso al nacer se atribuye a 5 de los 24 países que se describen en este informe.

Uno de los principales retos a la hora de valorar la incidencia del bajo peso al nacer es que más de la mitad de los niños y niñas nacidos en 2011 no fueron pesados al venir al mundo. Esto refleja una falta de atención neonatal adecuada, y además dificulta la estimación correcta de la incidencia del bajo peso al nacer.

Pese a que se han concebido estrategias para compensar el registro insuficiente del bajo peso al nacer, es habitual que los índices continúen infravalorando la magnitud del problema.

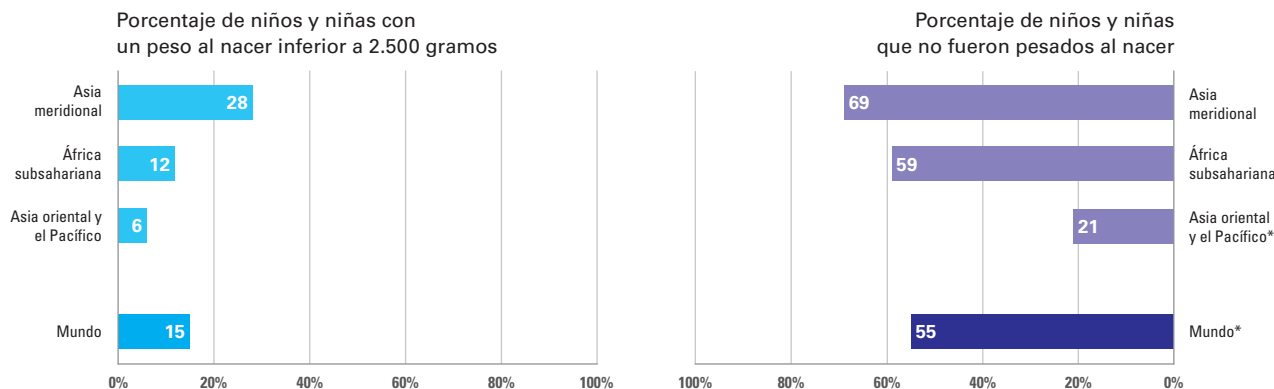
**GRÁFICO 16** Cinco países concentran más de la mitad de la carga mundial del bajo peso al nacer

Cantidad de niños y niñas con un peso al nacer inferior a 2.500 gramos



**Fuente:** Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales, 2007–2011, con la excepción de la India.

**GRÁFICO 17** La incidencia del bajo peso al nacer en Asia meridional es la más elevada



\* Con la excepción de China.

**Fuente:** Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales, 2007–2011, con la excepción de la India.

# Capítulo 4



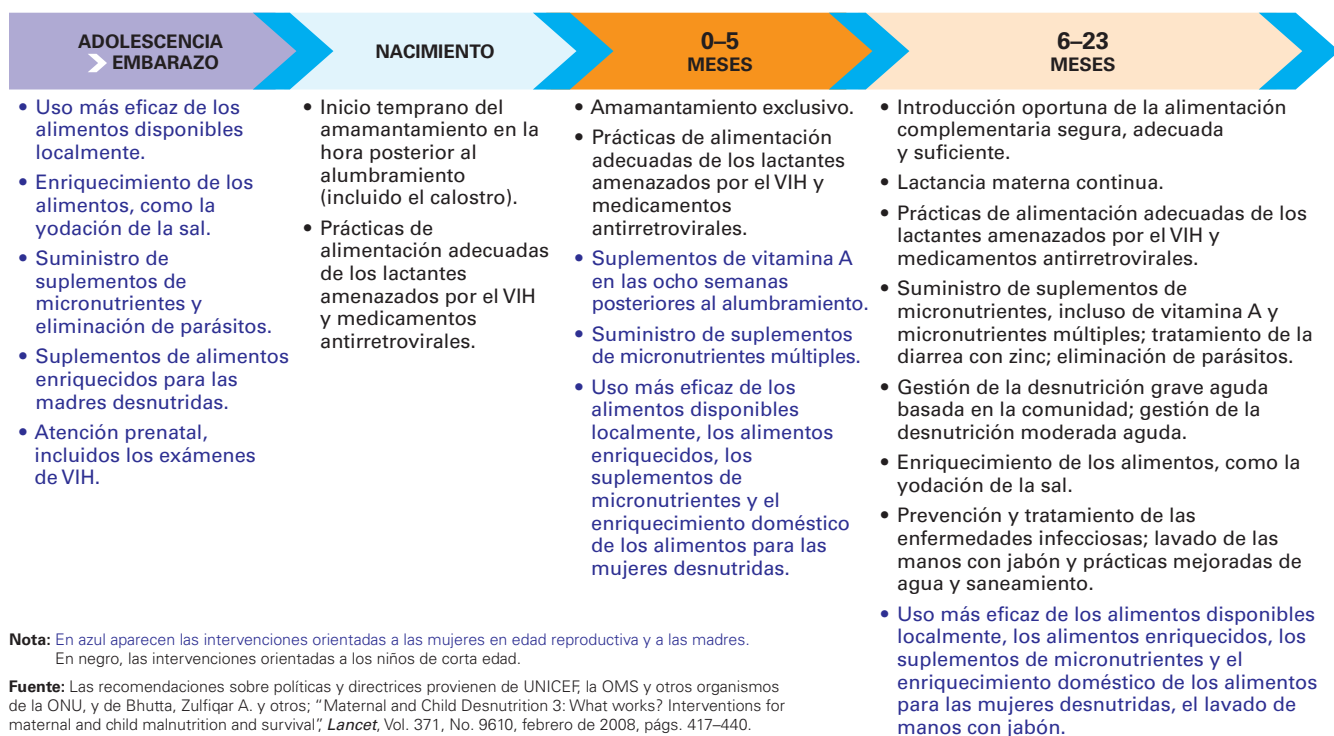
## INTERVENCIONES PARA COMBATIR EL RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y OTRAS FORMAS DE DESNUTRICIÓN

Las intervenciones específicas en materia de nutrición son conjuntos de acciones que tienen consecuencias directas para la prevención y el tratamiento de la desnutrición, especialmente durante los 1.000 días comprendidos por el embarazo y los primeros dos años de vida de los niños. Esas intervenciones deberían complementarse con enfoques más amplios que tengan en cuenta las cuestiones relacionadas con la nutrición y que afecten de manera indirecta el estado nutricional. En los programas de nutrición resulta particularmente importante tener presente la cuestión de la equidad, ya que el retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición afectan a los sectores más vulnerables de la población.

### Intervenciones específicas sobre nutrición

El fomento de las prácticas de nutrición óptimas, la satisfacción de las necesidades de micronutrientes, y la prevención y el tratamiento de la desnutrición grave aguda constituyen objetivos fundamentales de la programación en materia de nutrición (*gráfico 18*). El informe *Seguimiento de los progresos en la nutrición de los niños y las madres* de 2009 resumió la base de pruebas a favor de las intervenciones específicas en materia de nutrición. Analizadas con un enfoque del ciclo de vida, estas actividades se clasifican en términos generales en las siguientes categorías:

- Nutrición materna y prevención del bajo peso al nacer.
- Alimentación de los lactantes y niños de corta edad.
- La lactancia materna, que debe iniciarse temprano (en la hora posterior al nacimiento) y continuar como alimentación exclusiva durante los primeros seis meses, seguida por el amamantamiento combinado con otros alimentos durante dos años más.
- Alimentación complementaria segura, oportuna, adecuada y suficiente a partir de los seis meses de edad.
- Prevención y tratamiento de la carencia de micronutrientes.
- Prevención y tratamiento de la desnutrición grave aguda.
- Fomento de las prácticas de saneamiento adecuadas y el acceso al agua potable.
- Fomento de las prácticas saludables y el uso adecuado de los servicios de salud.



## Nutrición materna

El estado nutricional de la mujer antes y durante el embarazo afecta el estado de salud materna e infantil. Para que el niño o la niña tenga un desarrollo óptimo es necesario una ingesta de nutrientes adecuada, el suministro de suplementos cuando sean necesarios y la prevención de las enfermedades. También es necesario evitar los factores de estrés como el humo del tabaco, las sustancias narcóticas, los contaminantes ambientales y las tensiones y presiones psicológicas<sup>22</sup>. La desnutrición materna tiene como consecuencia el desarrollo deficiente del feto y el bajo peso al nacer.

Entre las intervenciones orientadas a mejorar la ingesta de nutrientes materna figura el suministro de suplementos de hierro, ácido fólico y micronutrientes múltiples, así como la provisión de alimentos y otros suplementos en caso necesario. Al comparar el suministro de hierro y ácido fólico como suplementos exclusivos a mujeres embarazadas de países de bajos ingresos con el suministro de suplementos de micronutrientes múltiples durante el embarazo, se pudo establecer que éstos últimos reducen en un 10% las tasas de bajo peso al nacer<sup>23</sup>. Una ingesta adecuada de ácido fólico y yodo durante el periodo de la concepción, y de hierro y yodo durante el embarazo, tienen efectos beneficiosos, en especial en el desarrollo del sistema nervioso del niño.

También se ha descubierto que el suministro de suplementos con contenido equilibrado de proteínas y

energía reduce la prevalencia de bajo peso al nacer<sup>24</sup>. Asimismo, se estudia el posible uso de suplementos con base de lípidos para las mujeres embarazadas en situaciones de emergencia, ya que podrían ofrecer posibilidades de mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños<sup>25</sup>.

Muchas de las intervenciones orientadas a mejorar la salud materna y el desarrollo del feto se realizan por medio de los sistemas de salud pública y los programas sanitarios basados en la comunidad. Se pueden aprovechar las consultas de atención de la salud prenatal para promover prácticas óptimas de nutrición y llevar a cabo intervenciones específicas, como la profilaxis y el tratamiento del paludismo y la eliminación de parásitos. Mediante los programas de educación y comunicación basados en la comunidad se pueden fomentar comportamientos que mejoren la nutrición. Sin embargo, pese a que el 81% de las mujeres embarazadas del mundo realizan por lo menos una consulta de atención de la salud prenatal<sup>26</sup>, la cobertura de las intervenciones específicas y la calidad de esa atención varían.

Aparte de esas intervenciones específicas, existen otras que resultan pertinentes, como la prevención del embarazo en la adolescencia, el aplazamiento de la edad del matrimonio, la prevención de los embarazos no deseados o no planificados, y la superación de las barreras socioculturales que dificultan tanto las prácticas saludables como la búsqueda y obtención de servicios de atención de la salud.



## Alimentación de los lactantes y los niños de corta edad

Entre las prácticas óptimas de alimentación de los lactantes y los niños y niñas de corta edad figuran el comienzo de la lactancia materna en la hora posterior al nacimiento, la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su continuación hasta los dos años de edad o después, así como la alimentación segura y adecuada para la edad con alimentos blandos, semisólidos y sólidos a partir de los seis meses de vida.

Garantizar el amamantamiento óptimo durante el primer año de vida y la alimentación complementaria son dos prácticas que, si se realizan de manera conjunta, pueden prevenir casi una quinta parte de las muertes de niños y niñas menores de 5 años<sup>27</sup>. Diversos estudios indican que el amamantamiento óptimo mejora el desarrollo del cerebro<sup>28</sup>. La lactancia materna también puede proteger contra los factores de riesgo cardiovascular, aunque aún no se sabe a ciencia cierta si así ocurre en los ámbitos de ingresos medios o bajos<sup>29</sup>.

Pese a que los beneficios de las prácticas de alimentación de los lactantes y niños de corta edad han quedado claramente establecidos, aún no se presta suficiente atención a la programación sobre nutrición en esta esfera. Las valiosas lecciones obtenidas de las experiencias con los programas han dado lugar a modificaciones de las estrategias de alimentación de los lactantes y niños de corta edad<sup>30</sup>. Es necesario contar con un enfoque integral y multifacético en el que se apliquen tanto estrategias con objetivos determinados como multisectoriales a nivel de las comunidades, los sistemas de salud y los países (*gráfico 19*).

### Comienzo temprano de la lactancia materna

Varios estudios han demostrado que la iniciación temprana de la lactancia materna reduce las probabilidades de mortalidad neonatal<sup>31</sup>. El calostro, que es la leche altamente nutritiva que produce la madre en los días inmediatamente posteriores al alumbramiento, suministra al bebé nutrientes esenciales y anticuerpos que fortalecen su sistema inmunológico, reduciendo de esa manera el riesgo de muerte en el periodo neonatal. Además de salvar vidas, el comienzo temprano del amamantamiento conlleva un aumento de la intensidad de las contracciones del útero, lo que disminuye el peligro de hemorragia uterina. Asimismo, reduce los riesgos de hipotermia, mejora el vínculo entre la madre y el hijo, y alienta la producción inmediata de leche.

A nivel mundial, menos de la mitad de los recién nacidos son amamantados en su primera hora de vida (*gráfico 20*), pero en los países menos adelantados se registran las tasas más altas de comienzo temprano de la lactancia materna (52% en 2011).

Asia meridional es la región del mundo con el menor porcentaje de amamantamiento de recién nacidos en

su primera hora de vida (39% en 2011). Por otro lado, África subsahariana tiene la mayor cobertura de iniciación temprana de la lactancia materna, ya que el 48% de los bebés es amamantado en la primera hora de vida. Ese elevado índice se debe en gran medida a la alta tasa de amamantamiento temprano de África oriental y meridional, del orden del 56%<sup>32</sup>.

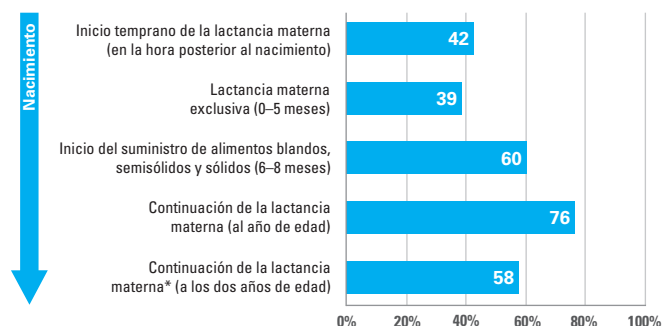
**GRÁFICO 19 Principales componentes e intervenciones de una estrategia de alimentación de los lactantes y niños de corta edad**

Legislación
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comercialización de los sucedáneos de la leche materna.</li> <li>Protección de la maternidad.</li> </ul>
Apoyo experto del sistema sanitario
<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración de protocolos de alimentación de los lactantes y niños de corta edad.</li> <li>Orientación sobre la alimentación de los lactantes y niños de corta edad y otros servicios de apoyo.</li> <li>Creación de capacidad para el personal de la salud.</li> <li>Institucionalización de la Iniciativa de hospitales amigos de los niños.</li> </ul>
Orientación y apoyo basados en la comunidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>Establecimiento de servicios integrados de orientación sobre la alimentación de los lactantes y niños de corta edad basados en la comunidad.</li> <li>Grupos de apoyo a las madres.</li> </ul>
Comunicación
<ul style="list-style-type: none"> <li>Comunicación en pro del cambio social y la modificación del comportamiento.</li> </ul>
Otras opciones de alimentación complementaria
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mejora de la calidad de los alimentos complementarios mediante el empleo de ingredientes disponibles localmente.</li> <li>Aumento de la producción agrícola.</li> <li>Suministro de alimentos y suplementos nutritivos.</li> <li>Planes de protección social.</li> </ul>
Alimentación de los lactantes y niños de corta edad en circunstancias difíciles
<ul style="list-style-type: none"> <li>El VIH y la alimentación de los lactantes.</li> <li>La alimentación de los lactantes y niños de corta edad en situaciones de emergencia.</li> </ul>

Fuente: Adaptado de *Programming Guide: Infant and young child feeding*, UNICEF, 2011.

**GRÁFICO 20 Menos de un 40% de los lactantes del mundo reciben leche materna exclusiva**

Porcentajes de los niños y niñas del mundo que son amamantados en la primera hora después del alumbramiento; que reciben leche materna exclusiva; que son amamantados y reciben alimentos complementarios; y que continúan siendo amamantados en edades específicas.



\* No incluye China

Fuente: Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales, 2007-2011.

## Lactancia materna exclusiva

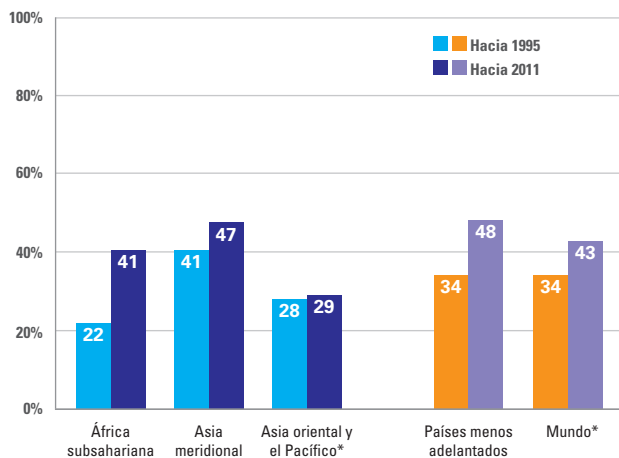
La lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses permite salvar vidas. Durante ese período, los lactantes que no son amamantados tienen 14 veces más probabilidades de morir de cualquier causa que los lactantes que reciben leche materna exclusiva<sup>33</sup>.

Los lactantes que reciben leche materna exclusiva corren menos peligro de morir de enfermedades diarreicas o neumonía, que son las enfermedades que causan el mayor número de muertes de menores de 5 años<sup>34</sup>. Además, la lactancia materna exclusiva ofrece muchos otros beneficios tanto a la madre como al lactante, entre ellos la prevención de las deficiencias de crecimiento<sup>35</sup>.

En 2011, la proporción de lactantes menores de seis meses que recibieron amamantamiento exclusivo fue del 39% (gráfico 20). El 76% de esos lactantes continuó siendo amamantado hasta cumplir un año de edad, mientras que sólo el 58% siguió recibiendo los beneficios de la lactancia materna hasta los dos años, que es la edad recomendada. Las regiones con las tasas más elevadas de amamantamiento exclusivo de los lactantes menores de seis meses fueron África oriental y meridional (52%) y Asia meridional (47%), con tasas similares en los países menos adelantados en general. Sin embargo, la cobertura más baja se registra en África subsahariana, donde el amamantamiento exclusivo sólo alcanzó en 2011 al 37% de los lactantes menores de seis meses de edad. Eso se debió en gran medida a la baja tasa (25%) registrada en África occidental y central, notablemente inferior a la de África oriental y meridional (52%)<sup>36</sup>.

### GRÁFICO 21 En la mayoría de las regiones han aumentado las tasas de lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes que reciben leche materna exclusiva (0–5 meses), por región, hacia 1995 y hacia 2011.



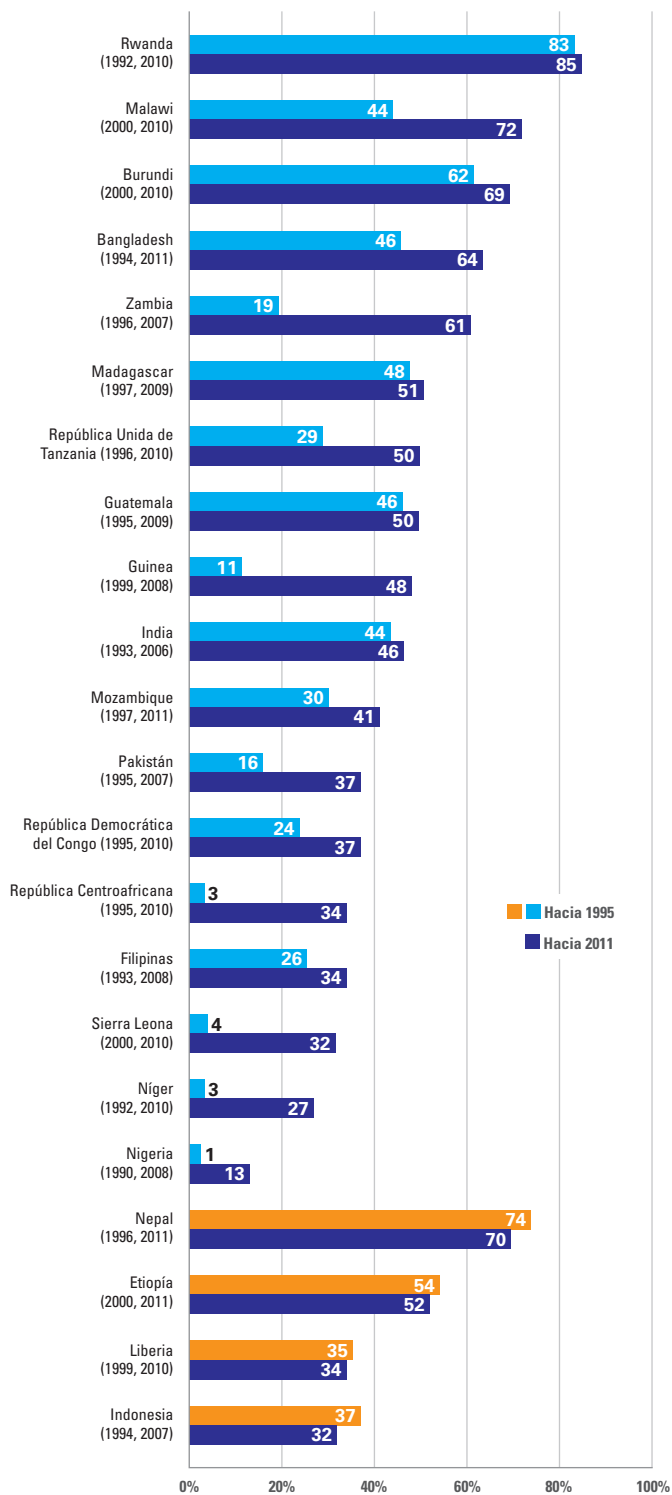
\* No incluye China.

**Nota:** Estimaciones basadas en el subconjunto de los 50 países sobre los que se dispone de datos sobre las tendencias. Las estimaciones regionales sólo se presentan en los casos en que se ha logrado una cobertura de población adecuada. Las tasas correspondientes a 2011 pueden diferir de las actuales debido a que el análisis de las tendencias se fundamenta en un subconjunto de países.

**Fuente:** Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales.

### GRÁFICO 22 En muchos países han aumentado las tasas de lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes que reciben leche materna exclusiva (0–5 meses), por país, hacia 1995 y hacia 2011.



**Nota:** A partir de la página 55 de este informe se ofrecen reseñas de los países mencionados en este gráfico.

**Fuente:** Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales.

En 16 años aproximadamente, las tasas de lactancia materna exclusiva han aumentado en más del 20%, del 34% hacia 1995 hasta 43% hacia 2011 (gráfico 21). Resulta especialmente alentador notar que en este período se produjo un aumento de casi el 50% en las tasas de amamantamiento exclusivo en África subsahariana, que ascendieron del 22% al 41%. También se produjeron avances en los países menos adelantados, donde las tasas de lactancia materna exclusiva ascendieron del 34% al 48%.

Cuarenta de los 50 países sobre los que se dispone de datos sobre tendencias registraron aumentos de sus tasas de lactancia materna desde 1995<sup>37</sup>. En 18 de esas naciones esos incrementos fueron por lo menos del 20%, lo que demuestra que por medio de la ejecución de estrategias integrales de gran escala se pueden obtener mejoras substanciales. La mayoría de los países que figuran en este informe han logrado avances en materia de lactancia materna exclusiva (gráfico 22). Sin embargo hay otros, como el Chad, el Camerún y Nigeria, que aún tienen tasas bajas de lactancia materna exclusiva que coinciden con tasas elevadas de retraso en el crecimiento.

## Alimentación complementaria

Varios estudios han demostrado que los niños a quienes se suministran alimentos complementarios seguros, adecuados y suficientes a partir de los seis meses de edad disfrutan de mejor estado de salud y tienen un mejor crecimiento<sup>38</sup>. A esa edad, la leche materna constituye aún una importante fuente de nutrientes, y es recomendable seguir amamantando a los niños hasta los dos años de edad. Se ha demostrado que las prácticas adecuadas de alimentación complementaria han dado lugar a una marcada y rápida reducción del retraso en el crecimiento, especialmente en el caso de las poblaciones vulnerables<sup>39</sup>. Sin embargo, es posible que los niños y niñas no reciban alimentación complementaria suficiente y segura a la edad en que la necesitan, o pueden no recibirla con la frecuencia requerida, o consumir alimentos de calidad insuficiente<sup>40</sup>. Durante bastante tiempo el problema de la calidad deficiente de los alimentos complementarios no ha recibido la atención que merece<sup>41</sup>.

La programación en materia de alimentación complementaria se inspira en varios principios fundamentales<sup>42</sup>.

### RECUADRO 4 Aprovechar las oportunidades de mejorar la lactancia materna por medio de la prestación de servicios de salud ya existentes

La atención sanitaria continua presenta varias oportunidades para compartir y articular las intervenciones y reforzar los mensajes en pro de la mejora de la salud y la nutrición. Por ejemplo, se puede brindar orientación sobre los beneficios del comienzo temprano del amamantamiento exclusivo a

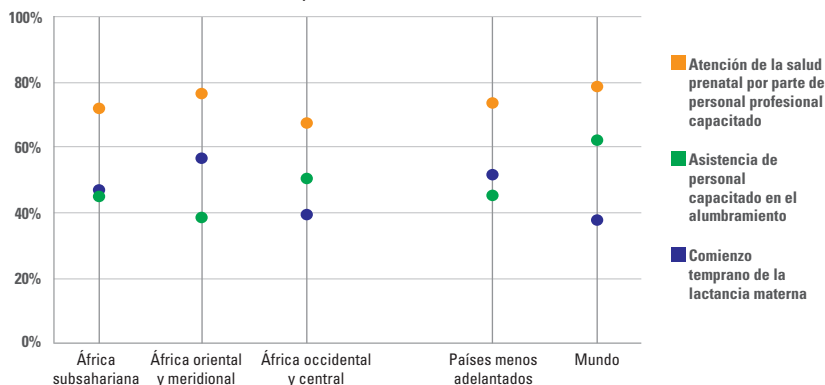
las mujeres que reciben atención de la salud prenatal o cuando están a punto de dar a luz.

Pese a que en 2011 casi dos terceras partes de los nacimientos del mundo fueron atendidos por personal de la salud capacitado, menos de la mitad de los lactantes

fueron amamantados en su primera hora de vida. Esa disparidad revela el desperdicio de la oportunidad de difundir las ventajas de la lactancia materna entre las mujeres que ya están recibiendo servicios de los sistemas de salud.

### GRÁFICO 23 La mayor participación en los sistemas de salud no aumenta las tasas de comienzo temprano de la lactancia materna

Porcentaje de mujeres embarazadas que han realizado por lo menos una visita de atención de la salud prenatal a un profesional sanitario capacitado; porcentaje de alumbramientos asistidos por personal de la salud capacitado; y porcentaje de lactantes que han recibido leche materna en su primera hora de vida.



**Nota:** El análisis regional se basa en un conjunto de 54 países sobre los que se dispone de datos acerca de cada indicador. Las estimaciones regionales sólo se presentan en los casos en que se ha logrado una cobertura de población adecuada.

**Fuente:** Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales, 2007–2011, con la excepción de la India.

En África subsahariana, la proporción de lactantes nacidos bajo la supervisión de personal de la salud capacitado y amamantados en la hora inmediatamente posterior al alumbramiento varía entre las diversas regiones. Pese a que en África occidental y central la proporción de nacimientos asistidos por profesionales capacitados es mayor que la de África oriental y meridional, la tasa de comienzo temprano de la lactancia materna es menor (gráfico 23). Es necesario realizar mayores esfuerzos para mejorar el contenido y la calidad de la atención de la salud materna mediante la capacitación del personal de atención de la salud y el fortalecimiento de los sistemas a fin de que presten apoyo eficaz y fomenten las prácticas óptimas de amamantamiento. De esa manera, y en conjunción con el aumento del acceso a la atención de la salud, se puede ayudar a integrar la nutrición en las plataformas de prestación de atención de la salud ya existentes, y aumentar al máximo posible los beneficios de esa sinergia.

Entre ellos figuran la educación para mejorar las prácticas de los trabajadores de la salud; el aumento de la densidad energética y de la biodisponibilidad de los nutrientes de los alimentos complementarios; el suministro de alimentos complementarios con o sin micronutrientes agregados; y el enriquecimiento de los alimentos complementarios, ya sea de manera centralizada o mediante el enriquecimiento doméstico, incluido el uso de micronutrientes múltiples en polvo, prestando mayor atención en todos los casos a las poblaciones más amenazadas por la inseguridad alimentaria.

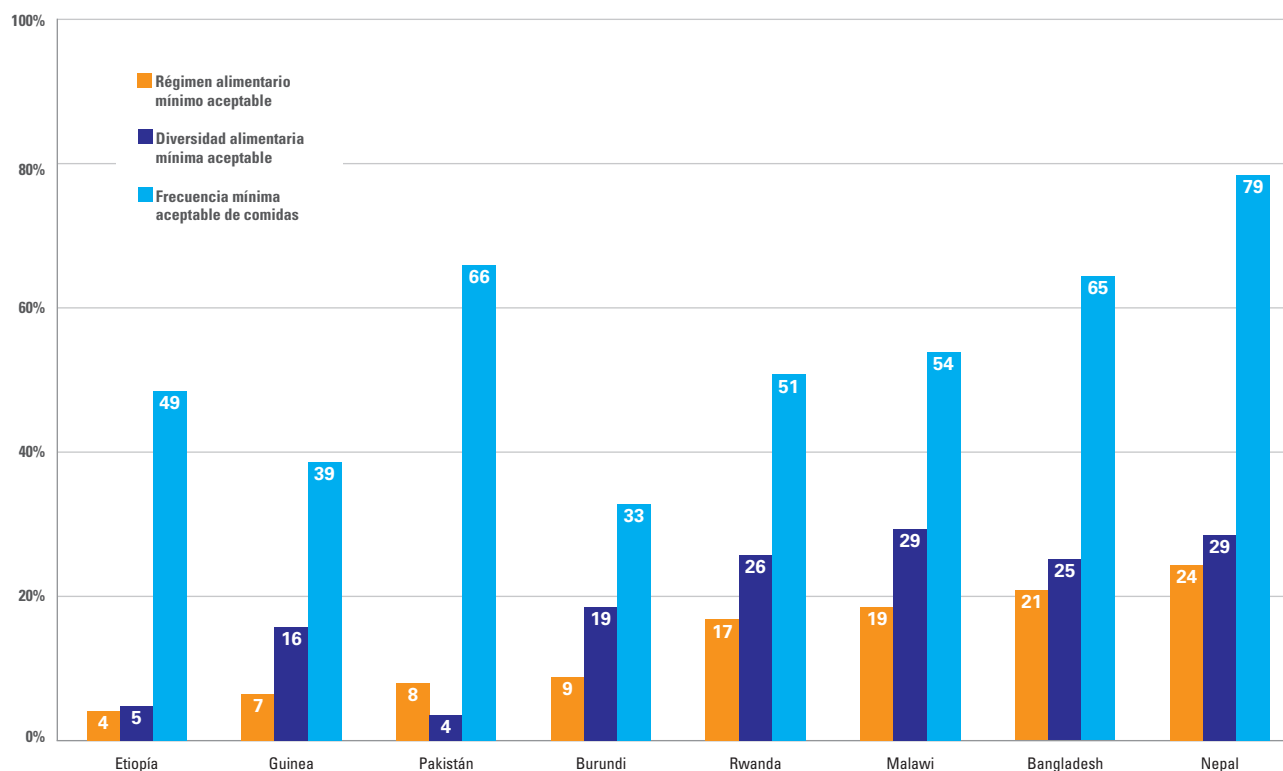
A nivel mundial, sólo un 60% de los niños y niñas de seis a ocho meses de edad reciben alimentos blandos, semi-sólidos o sólidos, lo que pone de relieve las deficiencias con respecto a la introducción oportuna de los alimentos

complementarios. De los 24 países contemplados en este informe, solamente ocho contaban con datos recientes sobre la frecuencia y la calidad de la alimentación complementaria de los niños y niñas de 6 a 23 meses de edad (*gráfico 24*).

El “régimen alimentario mínimo aceptable” es un indicador compuesto que incorpora tanto la frecuencia de las comidas como la diversidad de los alimentos que las componen. El porcentaje de niños y niñas de los países estudiados que disfrutaban de un régimen alimentario mínimo aceptable varió del 24% en el Nepal a sólo el 4% en Etiopía. Se debe prestar atención con carácter urgente a la vigilancia y la mejora de la cantidad y la calidad de la alimentación complementaria.

## GRÁFICO 24 Alimentación complementaria en ocho países

Porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad amamantados y no amamantados que tienen un régimen alimentario mínimo aceptable, y que disfrutaban de una diversidad alimentaria mínima aceptable y de una frecuencia mínima aceptable de comidas



**Nota:** Los ocho países seleccionados son los que disponen de datos sobre indicadores de alimentación complementaria entre todos los que se incluyen en este informe.

La frecuencia mínima aceptable de comidas diarias se refiere al porcentaje de niños y niñas de 6 a 23 meses de edad que han recibido alimentos blandos, semisólidos o sólidos por lo menos el número mínimo de veces fijado (en el caso de los niños y niñas amamantados, se define al mínimo como dos veces para los lactantes de 6 a 8 meses de edad y tres veces para los de 9 a 23 meses de edad; para los niños y niñas no amamantados, se define al mínimo como cuatro veces para los niños de 6 a 23 meses de edad); la diversidad alimentaria mínima aceptable se refiere al porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad que han recibido alimentos que pertenecen a por lo menos cuatro de los grupos de alimentos; y el régimen alimentario mínimo aceptable se refiere al porcentaje de niños de 6 a 23 meses de edad cuyo régimen alimentario cumplió con requisitos mínimos aceptables en términos de frecuencia y calidad aparte de la leche materna.

**Fuente:** Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales, 2010-2012.



## Prevención y tratamiento de la carencia de micronutrientes

La carencia de micronutrientes, incluida la carencia de vitamina A, de hierro, de yodo, de zinc y de ácido fólico, afecta con frecuencia a los niños, niñas y mujeres de los países de bajos y medianos ingresos. Si se garantiza que las mujeres en edad reproductiva, las embarazadas y los niños y niñas consumen cantidades adecuadas de micronutrientes es posible mejorar el estado de salud de las mujeres que esperan familia, y el crecimiento y desarrollo del feto, además de la supervivencia y el desarrollo mental de los niños y niñas de hasta cinco años.

Entre los programas para combatir la carencia de micronutrientes figuran los dedicados al suministro de suplementos a sectores vulnerables y específicos de la población, el enriquecimiento doméstico de los alimentos complementarios de los niños de 6 a 23 meses de edad y de los alimentos básicos y condimentos.

### Suplementos de vitamina A

A escala mundial, uno de cada tres niños y niñas en edad preescolar y una de cada seis mujeres embarazadas sufren carencia de vitamina A debido a una ingesta alimentaria inadecuada (datos de 1995–2005)<sup>43</sup>. La prevalencia más elevada de carencia de vitamina A se registra en África y Asia sudoriental. El organismo humano requiere vitamina A para el funcionamiento adecuado del sistema inmunológico, y los niños y niñas que no cuentan con suficiente vitamina A corren mayor peligro de morir debido a enfermedades infecciosas, como el sarampión y las enfermedades diarreicas. Se ha demostrado que si se suministran periódicamente suplementos de esa vitamina a los niños de 6 a 59 meses de edad se puede reducir notablemente la mortalidad debida a todas las causas en los países donde la carencia de vitamina A constituye un problema de salud pública.

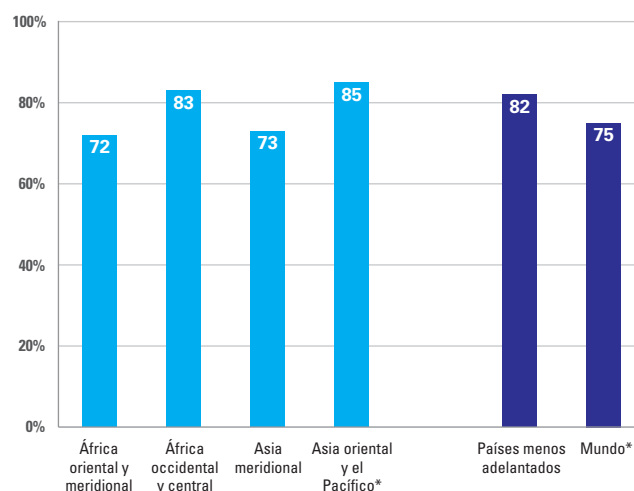
En muchos países en desarrollo, especialmente donde el sistema de salud ordinario es insuficiente, se suelen suministrar suplementos de vitamina A a los niños y niñas durante las actividades integradas de salud pública, como los Días de salud infantil. Esos eventos hacen posible la prestación periódica de intervenciones vitales para la supervivencia infantil, como la inmunización, la eliminación de parásitos y la distribución de mosquiteros. En los países donde se aplica este enfoque, especialmente los de África subsahariana, se ha logrado mantener una alta cobertura de suministro y consumo de suplementos de vitamina A aún en los sitios más apartados.

En 2011, tres de cada cuatro (75%) niños y niñas de 6 a 59 meses de edad en todo el mundo recibieron dos dosis de vitamina A, suficientes para protegerles de la carencia de esa vitamina (gráfico 25). Las tasas de cobertura de suministro de suplementos de vitamina A más elevadas

correspondieron a Asia oriental y el Pacífico (85%, exceptuando China por falta de datos) y África occidental y central (83%). Casi la mitad de los países que presentaron datos sobre el suministro de estos suplementos en 2011 no conquistaron la meta de cobertura del 80%.

### GRÁFICO 25 Más de un 80% de los niños de corta edad de los países menos adelantados reciben suplementos de vitamina A

Porcentaje de los niños y niñas de 6 a 59 meses de edad que recibieron dos dosis de vitamina A en 2011.



\* No incluye China

Fuente: Base de datos sobre la nutrición mundial de UNICEF, 2012. Las estimaciones regionales sólo se presentan en los casos en que se ha logrado una cobertura de población adecuada.

### Suplementos de hierro

La carencia de hierro afecta principalmente a los niños, niñas y adolescentes, y a las mujeres embarazadas y en edad de menstruar. La carencia de hierro es el factor que más contribuye a la aparición de la anemia a nivel mundial. Entre las consecuencias de la carencia de hierro figuran el desempeño escolar deficiente de los niños y la reducción de la capacidad productiva de los adultos. La mayor prevalencia de anemia corresponde a África y Asia, donde afecta especialmente a las poblaciones más pobres. Las estimaciones mundiales que se derivan de la base de datos de la OMS indican que cerca del 42% de las mujeres embarazadas y el 47% de los niños en edad preescolar sufren anemia<sup>44</sup>.

En la mayoría de los países contemplados en este informe, menos de una tercera parte de las mujeres había recibido cantidades adecuadas de suplementos de hierro y ácido fólico durante más de 90 días en el transcurso de su embarazo más reciente<sup>45</sup>. En casi todos los países contemplados en este informe sobre los que se dispone de datos, la prevalencia de anemia de los niños y niñas en edad preescolar supera el 40%.

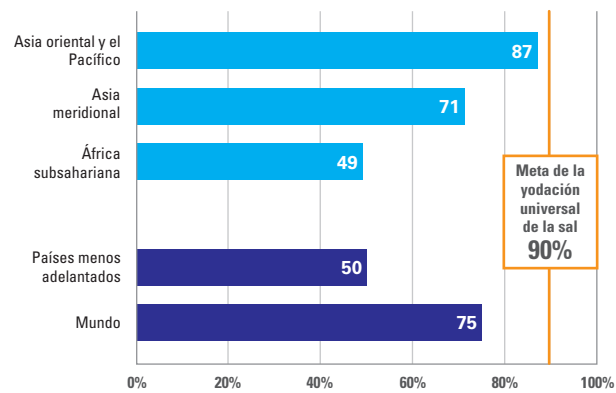
## Yodación universal de la sal

La carencia de yodo es la causa más frecuente de deficiencia mental prevenible. El enriquecimiento de la sal es uno de los métodos más empleados para evitar las consecuencias de esa forma de discapacidad. De esa manera ha sido posible lograr importantes avances en la reducción del número de países cuyas poblaciones sufren carencia de yodo entre moderada y grave, que en 2003 totalizaban 54 y para 2011 solamente 32. En ese mismo lapso, el número de países que lograron niveles adecuados de ingesta de yodo aumentó de 43 a 69, lo que representa un incremento de más de una tercera parte.

Pese a que el 75% de las familias del mundo dispone de sal yodada en proporciones adecuadas (por lo menos 15 partes por millón), los niveles de cobertura varían de manera considerable entre las diversas regiones (gráfico 26). La mayor cobertura, 87% en 2011, se registró en la región de Asia oriental y el Pacífico que estuvo muy cerca de conquistar la meta del 90% de yodación universal de la sal. La cobertura más baja correspondió a los países de África subsahariana, donde menos de la mitad de los hogares cuentan con suficiente sal yodada. Por lo general, la cobertura es más alta en los hogares más ricos que en los más pobres (gráfico 27).

## GRÁFICO 26 Tres de cada cuatro familias del mundo consumen sal adecuadamente yodada

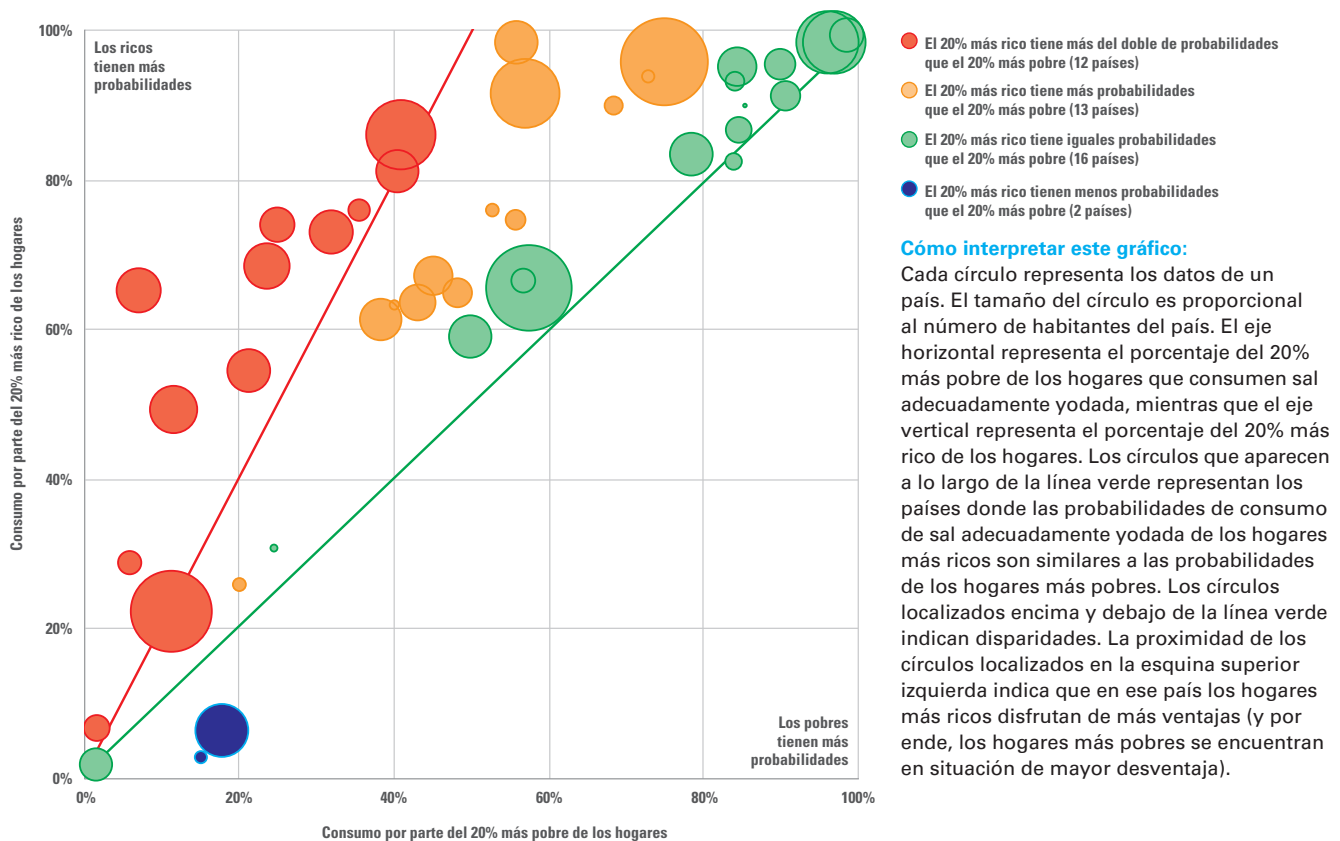
Porcentaje de hogares que disponen de sal adecuadamente yodada (por lo menos 15 partes por millón), 2007–2011.



Fuente: Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales, 2007 a 2011. Las estimaciones regionales sólo se presentan en los casos en que se ha logrado una cobertura de población adecuada.

## GRÁFICO 27 Los hogares más ricos tienen más probabilidades de consumir sal yodada que los más pobres

Consumo de sal adecuadamente yodada de las familias más ricas, en comparación con las más pobres, en los países sobre los que se dispone de datos.



Nota: Sobre la base de los 43 países de los que se dispone de datos sobre disparidades.

Fuente: Base de datos mundial sobre nutrición de UNICEF, 2012, sobre la base de las encuestas MICS, DHS y otras encuestas nacionales, 2006-2011.

Una quinta parte de los países que presentaron informes en 2011 había conquistado la meta del 90% de yodación universal de la sal<sup>46</sup>. La mayoría de los países, sin embargo, sólo había alcanzado coberturas de un 50% a un 70%. Es necesario que se dé más apoyo a los programas nacionales de yodación de la sal y que se realicen más labores de promoción para aumentar el grado de conciencia de los dirigentes políticos de los países acerca de la necesidad de eliminar la carencia de yodo. También es necesario que se establezcan alianzas entre los sectores público y privado para prestar ayuda a los productores de sal en materia de yodación sostenida y se brinde información y educación al público en general a fin de aumentar la demanda de sal yodada.

### Enriquecimiento de los alimentos básicos y complementarios y los condimentos

#### Enriquecimiento doméstico

Los micronutrientes múltiples en polvo constituyen una manera económica y muy aceptable de mejorar la calidad de los alimentos complementarios. Se ha establecido que los múltiples micronutrientes en polvo resultan muy eficaces para prevenir la carencia de hierro y la anemia por carencia de hierro.

Si se los combina con suplementos adicionales de energía, proteínas y grasas, los múltiples micronutrientes en polvo ayudan a mejorar el desarrollo y el crecimiento de los niños y niñas<sup>47</sup>.

Una evaluación mundial que se realizó en 2011 descubrió que en 22 países, en su mayoría en Asia, América Latina y el Caribe, se realizaban intervenciones de suministro de micronutrientes múltiples en polvo para mejorar la calidad de la alimentación complementaria. En 2010, esas intervenciones habían logrado abastecer de micronutrientes múltiples en polvo a más de 12 millones de niños y niñas, principalmente por medio de los sistemas de salud pública. En la actualidad, se ejecutan programas a escala nacional en cuatro países, mientras que en otros 17 se trabaja para ampliar programas ya existentes a una escala nacional. También se están poniendo en marcha y ampliando programas en África y Asia sudoriental<sup>48</sup>.

#### Enriquecimiento a gran escala

Agregar micronutrientes a los condimentos y a los alimentos básicos y complementarios en las fábricas y otros lugares donde se producen constituye una manera eficaz con relación a su costo de mejorar las tasas de ingesta de micronutrientes de la población. Por ejemplo, se suele enriquecer la harina con hierro, zinc, ácido fólico y otras vitaminas B, como la tiamina, la riboflavina, la niacina y la vitamina B12. Desde diciembre de 2012, el enriquecimiento de la harina de trigo tiene carácter obligatorio en 75 países, un número muy superior a las 33 naciones donde en 2004 se debía llevar a cabo ese enriquecimiento por ley. La cantidad de harina que se enriquece actualmente representa un 30% de la producción mundial de harina de trigo en molinos industriales<sup>49</sup>.

### Prevención y tratamiento de la desnutrición grave aguda

Los niños y niñas con desnutrición grave aguda tienen nueve veces más probabilidades de morir que sus pares que reciben una alimentación adecuada<sup>50</sup>. Los niños que sufren emaciación tienen un peso muy inferior o superior al normal para su edad, los que experimentan cambios negativos de peso o estatura corren mayor peligro de sufrir retraso en el crecimiento<sup>51</sup>.

Pese a que la prevención es el primer paso de la gestión de la desnutrición grave aguda, una vez que ésta ocurre es necesario tomar medidas urgentes a fin de reducir al mínimo las complicaciones y evitar el riesgo de muerte. Resulta cada vez más evidente que la desnutrición grave aguda no sólo representa un problema en las situaciones de emergencia sino también en circunstancias normales.

Debido a los éxitos logrados por la gestión basada en la comunidad en la lucha contra la desnutrición aguda<sup>52</sup>, ese método recibió el respaldo oficial de las Naciones Unidas en 2007. Mediante la misma se descentraliza la gestión de la desnutrición grave aguda, lo que facilita identificar a los niños y niñas afectados y aplicarles tratamiento en sus propias comunidades. La gestión basada en la comunidad implica el diagnóstico temprano de los niños y niñas con desnutrición grave aguda y su tratamiento en la comunidad, el ingreso oportuno a establecimientos de salud de los pacientes que lo necesiten, y su posterior atención complementaria en el ámbito comunitario. Varios aliados han apoyado este enfoque tanto en las situaciones de emergencia como de no emergencia, orientando el cambio de políticas, suministrando apoyo técnico y comprometiéndose a aportar suministros terapéuticos. Se calcula que el empleo de este enfoque hará posible la recuperación de más del 75% de los niños que reciben tratamiento. Esta forma de gestión garantiza también que un número mayor de niños y niñas tenga acceso a los tratamientos, ya que en la mayoría de los casos no es necesaria su hospitalización<sup>53</sup>.

A nivel mundial, unos 2 millones de niños y niñas menores de 5 años recibieron tratamiento contra la desnutrición grave aguda en 2011, lo que representó un notable aumento con respecto al millón de niños que recibieron tratamiento en 2009<sup>54</sup>. Este incremento en el número de hospitalizaciones no sólo indica un aumento del acceso a los servicios de gestión de la desnutrición grave aguda, sino que refleja también una mejora en los mecanismos nacionales de presentación de informes. De los 2 millones de niños y niñas que recibieron tratamiento, más del 80% correspondieron a países de África subsahariana. En cinco países (Etiopía, Níger, Somalia, Pakistán y República Democrática del Congo) se produjeron poco más de un millón de ingresos a establecimientos de salud, lo que equivalió a 56% del total mundial de ingresos (*gráfico 28*).

**GRÁFICO 28****Más de la mitad de los ingresos a establecimientos sanitarios para recibir tratamiento contra la desnutrición grave aguda corresponden a cinco países solamente**

Número de ingresos registrados para recibir tratamiento contra la desnutrición grave aguda en 2011.

País	Ingresos para tratamiento contra la desnutrición grave aguda
Etiopía	302,000
Níger	299,000
Somalia	167,000
Pakistán	157,000
República Democrática del Congo	157,000
<b>Total</b>	<b>1,082,000</b>

**Nota:** Las cifras están redondeadas al millar más próximo. Debido a que se carece de un sistema normalizado de presentación de informes nacionales, las modalidades de obtención de datos difieren entre los diversos países (según se basen en los establecimientos sanitarios que cuentan con servicios funcionales contra la desnutrición grave aguda, o el número de aliados involucrados en la lucha contra la desnutrición grave aguda que presentan informes). Nótese también que pese a que el Níger, Somalia y el Pakistán recibieron el total de los informes esperados en 2011, Etiopía y la República Democrática del Congo hicieron saber que sólo habían obtenido un 80%.

**Fuente:** Base de datos sobre la nutrición mundial de UNICEF, con datos actualizados acerca de la desnutrición grave aguda a nivel mundial, 2012.

Entre las principales estrategias para aumentar el acceso al tratamiento de calidad contra la desnutrición grave aguda figuran la elaboración de políticas nacionales orientadas a ayudar a los gobiernos a acelerar la ampliación sostenida de los servicios, la creación de capacidad a nivel nacional y el fortalecimiento de sistemas de apoyo a la ampliación de los servicios de lucha contra la desnutrición grave aguda, así como la integración del tratamiento y la prevención de la desnutrición grave aguda en otras actividades de salud y nutrición.

### Agua, saneamiento, higiene y salud

Los casos reiterados de diarrea, infestación con parásitos nematodos y enteropatía tropical o ambiental (en la que la contaminación fecal produce cambios en los intestinos, afectando su permeabilidad y capacidad de absorción) pueden impedir la absorción normal de los nutrientes y disminuir el apetito lo que da lugar al retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición<sup>55</sup>.

La mejora del suministro de agua, saneamiento e higiene, así como de la vivienda, y el aumento del acceso y utilización de los servicios sanitarios fomentan ámbitos más saludables y reducen la prevalencia de las enfermedades infecciosas<sup>56</sup>, mientras que la implementación a escala de las intervenciones principales puede reducir la desnutrición. Entre esas intervenciones figuran la inmunización, la mejora del saneamiento mediante la eliminación de la defecación al aire libre, el lavado de las manos con jabón, el acceso al agua potable, el uso de las sales de rehidratación oral y el zinc terapéutico para tratar la diarrea, la prevención del paludismo (mediante el uso de mosquiteros tratados con insecticidas) y su tratamiento, así como el tratamiento de la neumonía con antibióticos.

### Enfoques basados en la comunidad

La ampliación a escala de los programas de nutrición basados en la comunidad y relacionados con las esferas del agua, el saneamiento y la salud, así como otras intervenciones pertinentes, constituyen una estrategia prioritaria que puede dar lugar a mejoras medibles del estado nutricional, la supervivencia y el desarrollo de los niños y niñas. Algunas de las formas de apoyo comunitario pueden ser la prestación de servicios como la orientación, el apoyo y la comunicación en materia de alimentación de los lactantes y niños de corta edad; los exámenes para detectar la desnutrición aguda y la vigilancia del estado de salud de los niños desnutridos; la eliminación de parásitos; y el suministro de suplementos de vitamina A y micronutrientes. La integración y complementación de las intervenciones específicas en materia de nutrición con otras intervenciones referidas al desarrollo del niño en la primera infancia a nivel comunitario resultan importantes para el fomento holístico del desarrollo de los niños de corta edad y la reducción de las desigualdades.

### Comunicación para la modificación del comportamiento y el cambio social

Cuando la comunicación para la modificación del comportamiento y el cambio social se basa en la investigación formativa de los obstáculos a la nutrición adecuada, así como de los factores que la facilitan, puede fomentar la modificación del comportamiento en las comunidades, crear conciencia acerca de los servicios de nutrición y estimular cambios de las normas sociales que posibiliten la mejora de medios ambientes que faciliten la buena nutrición en las comunidades.

### Enfoques que tienen en cuenta la nutrición

Los enfoques que tienen en cuenta las cuestiones relacionadas con la nutrición involucran a otros sectores para abordar de manera indirecta las causas profundas de la desnutrición. Las pruebas sobre los resultados de los enfoques que tienen en cuenta las cuestiones relacionadas con la nutrición son menos convincentes que las de los efectos de las intervenciones directas específicas en materia de nutrición, debido en parte a que las primeras son más difíciles de medir. Sin embargo, las políticas y la programación referidas a la agricultura, la educación, la protección social y la reducción de la pobreza son importantes para conquistar los objetivos de nutrición. Para lograr un desarrollo que tenga en cuenta la nutrición son necesarias la coordinación y la cooperación multisectoriales con muchas partes interesadas, lo que tradicionalmente ha resultado difícil de lograr en el campo de la nutrición. A continuación se tratan con más detalle los programas de agricultura y protección social.



## Agricultura

Recientemente, tanto la comunidad dedicada a la programación como al sector de la investigación han estado prestando creciente atención a la mejora de las sinergias y los vínculos que relacionan la agricultura con la nutrición y la salud<sup>57</sup>.

Pese a que el sistema agrícola mundial produce suficientes alimentos para dar de comer a todo el mundo, el acceso a alimentos adecuados, nutritivos y económicos presenta más dificultades. Pero mejorar la diversidad alimentaria es posible mediante el aumento de la producción de alimentos nutritivos, especialmente en las zonas rurales. Para lograrlo, se deben producir alimentos ricos en nutrientes, como frutas y verduras, pescado y otras carnes, leche y huevos; aumentar el contenido de nutrientes de los alimentos mediante el bioenriquecimiento y el enriquecimiento después de las cosechas; mejorar el almacenamiento y la conservación de los alimentos en prevención de épocas de “vacas flacas”; y educar a la población en materia de nutrición y alimentación. Se ha comprobado que, en diversos entornos, estas intervenciones han mejorado las pautas alimentarias y la ingesta de micronutrientes específicos, tanto de manera directa como debido al incremento de los ingresos de las familias. Sin embargo, no ha quedado tan claro qué efectos pueden tener con respecto al retraso en el crecimiento, la emaciación y la carencia de micronutrientes<sup>58</sup>.

## Protección social

La protección social comprende políticas y programas que brindan protección a las personas y familias cuyos medios de subsistencia corren peligro, además de mitigar los efectos de las crisis que puedan sufrir, aumentar su capacidad de recuperación y darles apoyo en general. Las redes de seguridad constituyen un tipo de protección social que suministra ingresos o facilita sustitutos de los mismos. Las transferencias de efectivo a sectores específicos y los enfoques basados en el acceso a los alimentos son los dos tipos principales de redes de seguridad orientados a evitar la inanición y reducir la desnutrición en los sectores más vulnerables de la población. Las redes de seguridad basadas en el suministro de alimentos tienen como objetivo garantizar la disponibilidad de medios de subsistencia (como el trabajo en obras públicas retribuidos con alimentos), aumentar el poder adquisitivo (mediante la provisión de vales o cupones de alimentos) y eliminar en la medida de lo posible la carencia de alimentos (mediante el suministro directo de alimentos a las familias o individuos).

Pese a que por lo menos en una docena de países operan programas de apoyo social, las pruebas de que hayan mejorado el estado de nutrición de los niños y niñas son limitadas<sup>59</sup>. En dos de cinco estudios realizados (los que correspondieron al programa

Familias en Acción de Colombia y el programa Oportunidades de México), el análisis de las evaluaciones de los programas de transferencia condicional de dinero en efectivo indicó que habían tenido efectos positivos con respecto al retraso en el crecimiento. Por otro lado, dos de los tres programas de transferencia incondicional de dinero (el Programa de subvenciones de apoyo a la niñez de Sudáfrica y Bono Solidario del Ecuador) lograron reducir el retraso en el crecimiento<sup>60</sup>. Es necesario llevar a cabo más investigaciones y obtener más pruebas sobre los resultados a largo plazo de estos programas y sobre la manera de orientarlos con más precisión. Asimismo, se debería determinar cuánto tiempo será necesario mantenerlos y qué intervenciones deberían comprender. Pero los programas de apoyo social pueden ser una de las maneras de garantizar un desarrollo que tenga en cuenta la nutrición y que resulte más equitativo si se trata de programas que atienden a las necesidades locales y nacionales, y tienen en cuenta los aspectos relativos a la capacidad, los recursos y la importancia en la de la ampliación a escala.

## No perder de vista la equidad

Como se ha recalcado a lo largo de este informe, resulta especialmente importante concentrarse constantemente en la cuestión de la equidad. La desnutrición está estrechamente relacionada con la pobreza. La programación en materia de nutrición y otras estrategias de desarrollo que se concentran en la equidad pueden combatir de manera eficaz las desigualdades debidas a la pobreza y las diversas formas de exclusión que sufren diversos grupos e individuos.

Por razones biológicas, los niños, niñas y mujeres son más vulnerables ante las carencias nutricionales. Debido a ello, es necesario realizar esfuerzos extraordinarios para combatir las desigualdades biológicas y sociales que les afectan. Los niveles deficientes de educación de las mujeres, así como la ausencia de igualdad social y su limitado poder de decisión tienen consecuencias negativas tanto para el estado nutricional de sus hijas e hijos como para el de ellas mismas. Mediante el aumento del acceso a la educación de las niñas y la creación de oportunidades tanto para ellas como para los niños y sus familias, se lograrán muchos beneficios con respecto al estado nutricional y al desarrollo de los niños.

Resulta fundamental crear un ámbito en el que se tengan en cuenta y se satisfagan las necesidades de los sectores más vulnerables de la población. Debido a que la desigualdad en el estado nutricional de los niños y las mujeres tiene efectos intergeneracionales prolongados en el bienestar físico, social y económico de los países, las respuestas que dan las comunidades y los gobiernos tienen profundas implicaciones para el desarrollo en equidad de las naciones.



## SE PUEDE LOGRAR: BUENOS RESULTADOS EN EL ACCESO A UNA MEJOR NUTRICIÓN

Los programas sobre nutrición que se han ejecutado en varios países han arrojado luz sobre los factores que permiten alcanzar progresos sostenibles en la situación en materia de nutrición de un país. Entre estos factores de éxito se cuentan el compromiso político y un firme liderazgo gubernamental; políticas nutricionales basadas en información objetiva; alianzas coordinadas y colaborativas entre diferentes sectores; un buen diseño de los programas y una alta capacidad técnica; suficientes recursos para fortalecer la aplicación; y mecanismos para incrementar la demanda de programas sobre nutrición por parte de los interesados. Asimismo, se requiere un sólido sistema de supervisión y evaluación que pueda utilizarse para mejorar la aplicación de los programas en tiempo real y demostrar su impacto. Como indican algunos de los estudios de casos que se presentan a continuación, los programas destinados a poblaciones concretas y ajustados a un criterio de equidad ayudan a reducir las desigualdades en lo que concierne al estado nutricional de la infancia.

Los casos que han tenido éxito y que se exponen aquí representan una amplia gama de contextos y reflejan la diversidad y la complejidad de los programas de nutrición. Mientras que los primeros seis estudios de caso se centran en la reducción del retraso en el crecimiento, los cinco estudios restantes se refieren a aspectos específicos de la programación relacionados con la gestión de la desnutrición aguda grave, la alimentación del lactante y el niño pequeño, los micronutrientes y la reforma de las políticas sobre nutrición. A pesar de las dificultades que conllevan los programas para promover una mejor nutrición, en los países donde se llevaron a cabo los estudios de casos se han registrado notables avances en materia de políticas, programas, cambios de comportamiento y condición nutricional –y, más importante aún, se ha avanzado a una gran escala<sup>61</sup>.

### **Etiopía: Reducir la desnutrición aplicando planes nacionales**

Gran parte de Etiopía depende de la agricultura de secano, lo que hace que la población sea vulnerable a las sequías y a la inseguridad alimentaria. No obstante, el país logró reducir el retraso en el crecimiento y la mortalidad de niños menores de 5 años en el transcurso de la última década. De 2000 a 2011, la mortalidad entre los niños menores de 5 años bajó de alrededor de 139 muertes a 77 por cada 1.000 nacidos vivos<sup>62</sup>, cifra cercana a la meta del ODM 4 de 66 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Durante este período, las tasas de retraso en el crecimiento entre los niños menores de 5 años pasaron de cerca del 57% al 44%<sup>63</sup>.

A pesar de lo anterior, más de 5 millones de niños y niñas presentaban retraso en el crecimiento en 2011<sup>64</sup>, aunque el ingreso nacional bruto per cápita había aumentado en Etiopía de 130 dólares en 2000 a 400 dólares en 2011<sup>65</sup>. Existía retraso en el crecimiento tanto en los hogares pobres como en los ricos, lo que indicaba que el crecimiento económico y la seguridad alimentaria no bastaban, por sí solos, para aminorar la gravedad de este problema<sup>66</sup>.

### Estrategia principal: Una red de seguridad eficiente y un plan integral

En 2008, el Gobierno de Etiopía puso en marcha un Programa Nacional de Nutrición que incorpora servicios de nutrición en una estrategia de gran alcance. El programa dejó de centrarse en la ayuda alimentaria y la asistencia humanitaria para prestar mayor atención a las intervenciones nutricionales directas e integrales encaminadas a abordar las causas inmediatas y subyacentes de la desnutrición, especialmente a nivel de la comunidad. A este programa contribuyen las sólidas estrategias de protección social de Etiopía, entre las cuales figuran las siguientes:

- Un programa de redes de seguridad que abarca a más de 7 millones de personas en las zonas más pobres del país.
- Un sistema de respuesta de emergencia y varios programas que benefician a las poblaciones de las zonas a las cuales no llegan las redes de seguridad.
- La ampliación de la escala de los programas comunitarios de nutrición, lo que contribuye a mejorar las prácticas de alimentación infantil.
- La administración de suplementos con micronutrientes y el tratamiento de la desnutrición aguda grave.
- Un conjunto de servicios de salud gratuitos, la distribución de mosquiteros tratados con insecticida, el tratamiento de la neumonía, la planificación familiar y el apoyo al tratamiento de la diarrea aguda.

Esta amplia estrategia del Programa Nacional de Nutrición se armoniza perfectamente con la iniciativa gubernamental sobre seguridad alimentaria, uno de cuyos elementos es el Programa de Redes de Seguridad Productivas, introducido en 2005. Este programa contrata personal para obras públicas o suministra alimentos o transferencias de dinero en efectivo a las familias, y ha tenido un impacto positivo frente al problema de la inseguridad alimentaria, una de las causas del retraso en el crecimiento. Entre 2006 y 2010, el número de meses en que se gozó de seguridad alimentaria aumentó significativamente en las zonas beneficiadas, al igual que el número de comidas que los niños consumieron durante los períodos de escasez<sup>67</sup>.

Un componente importante del Programa Nacional de Nutrición es la Iniciativa Nutricional Basada en la Comunidad, que se centra en mejorar la condición nutricional de los niños y las niñas menores de 2 años. Mediante esta iniciativa se fortalece la capacidad de las comunidades para evaluar la desnutrición, comprender sus causas, determinar las acciones que se requieren y mejorar el uso de los recursos familiares, comunitarios y externos. Los servicios de salud de la comunidad realizan intervenciones de nutrición a través de agentes de divulgación sanitaria con la debida capacitación. En 2008, cuando se empezó a aplicar el programa, la cobertura era de 39 distritos; en 2012 había aumentado a 228 distritos y existen planes para ampliar aún más su alcance en 2013.

En Etiopía también se está abordando la desnutrición aguda grave fortaleciendo la gestión comunitaria, suministrando suplementos de micronutrientes durante las jornadas de salud comunitaria, y promoviendo una óptima alimentación para el lactante y el niño pequeño.

Las intervenciones comunitarias para mejorar la nutrición se integran en los servicios de salud por medio del Programa de Divulgación Sanitaria. En operación cuando se inició el Programa Nacional de Nutrición, el Programa de Divulgación Sanitaria beneficiaba en 2008 a todas las comunidades rurales y había aumentado la cobertura de la atención primaria de la salud (incluyendo las intervenciones en materia de nutrición) de un 77% de las comunidades en 2004 a un 92% en 2010<sup>68</sup>. Las evaluaciones indican que los servicios han mejorado y que el comportamiento de la gente ha cambiado<sup>69</sup>. En 2011, el 71% de los niños de 6 a 59 meses estaban completamente protegidos contra la carencia de vitamina A gracias a los suplementos. Además, el 52% de los niños de 0 a 5 meses se alimentaban exclusivamente con leche materna.

### El camino hacia adelante

Para finales de 2013 se prevé la publicación de una versión revisada del Programa Nacional de Nutrición, que prestará mayor atención a las intervenciones multisectoriales en materia de nutrición. Concordará con el Plan de Desarrollo del Sector de la Salud, que ofrece la oportunidad de ampliar aun más la cobertura de los principales servicios de nutrición y salud. La Iniciativa Nutricional Basada en la Comunidad, un importante mecanismo para focalizar las intervenciones comunitarias, puede ayudar a abordar las desigualdades en la condición nutricional de los niños, pero debe intensificarse en todo el país con el respaldo de los principales aliados. Esto exigirá mayor financiación para apoyar la inversión en la capacidad del sistema de salud. El Gobierno de Etiopía se sumó a la Iniciativa SUN para el Fomento de la Nutrición, y no solo se comprometió a incrementar los recursos para el Programa Nacional de Nutrición, sino también a tomar medidas para acelerar las acciones tendientes a mejorar la seguridad alimentaria y la nutrición. ■

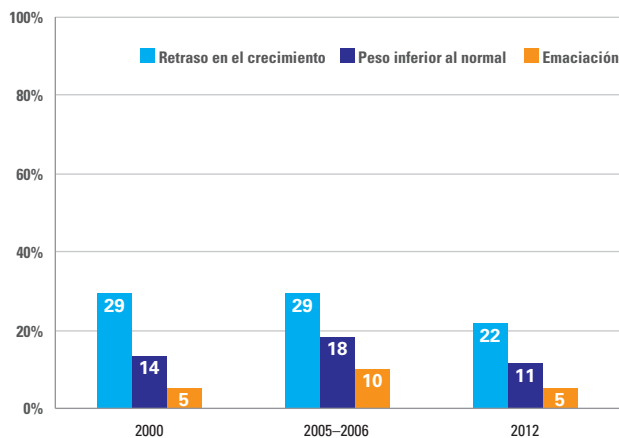
## Haití: Ampliar los servicios de nutrición en una situación de emergencia

El terremoto que devastó Haití en enero de 2010 afectó a cerca de 3 millones de personas y agravó las ya precarias condiciones del país. Evaluaciones efectuadas inmediatamente después de la tragedia revelaron que aproximadamente la mitad de los hogares en la zona afectada –alrededor de 1,3 millones de personas– padecían inseguridad alimentaria<sup>70</sup>. De acuerdo con una encuesta que se realizó varios meses después, al menos el 41% de los niños de 6 a 59 meses de edad habían estado enfermos, sobre todo de diarrea, infecciones respiratorias agudas y fiebre, que se cuentan entre las principales causas de mortalidad infantil<sup>71</sup>. Esta situación aumentaba el riesgo de muerte y desnutrición en los lactantes, los niños pequeños y las mujeres embarazadas y lactantes.

A pesar de la crisis humanitaria, el Gobierno de Haití y la comunidad internacional prestaron diversos servicios para hacer frente a las altas tasas de retraso en el crecimiento entre los niños y niñas menores de 5 años. Resultados preliminares de la encuesta indicaron que la prevalencia había disminuido de más o menos un 29% a un 22% entre 2006 y 2012 (*Figura 29*).

**GRÁFICO 29** Tendencias en el retraso en el crecimiento, el peso inferior al normal y la emaciación en Haití, 2000-2012

Porcentaje de niños menores de 5 años que presentan retraso en el crecimiento, peso inferior al normal o emaciación moderados o graves



Fuente: Encuestas de Demografía y Salud efectuadas en Haití, 2000 y 2005-2006; Encuesta Preliminar de Demografía y Salud, 2012.

## Estrategia principal: Rápida expansión de los servicios sanitarios y nutricionales básicos

Pocos meses después del terremoto, el Gobierno de Haití formuló el Plan Nacional de Acción para la Recuperación y la Reanudación del Desarrollo. Su pronta aplicación demuestra que es posible ampliar la escala de los servicios básicos de nutrición y salud después de una situación de emergencia, y mejorar drásticamente la condición nutricional de la infancia. A pesar de las tremendas dificultades que atravesaba el país, estos logros fueron resultado de varias estrategias:

- La distribución de alimentos y los programas de dinero por trabajo y de transferencias de dinero en efectivo a las familias más afectadas y vulnerables para comprar alimentos.
- El asesoramiento sobre nutrición en las comunidades para elevar las tasas de lactancia materna exclusiva y mejorar las prácticas de alimentación.
- La administración de suplementos con micronutrientes y el seguimiento y promoción del crecimiento.
- El tratamiento integrado de la desnutrición aguda.
- Las actividades de divulgación comunitaria para mejorar el contacto con las familias y ampliar la cobertura de los servicios de nutrición.

Durante el año que siguió al desastre se distribuyeron alimentos nutritivos –incluyendo alimentos terapéuticos listos para el consumo– a más o menos 4 millones de haitianos, y 900.000 personas recibieron ayuda en forma de dinero por trabajo o transferencias de efectivo para garantizar un consumo suficiente de alimentos<sup>72</sup>. Esto se tradujo en una notable disminución en el porcentaje de hogares aquejados de inseguridad alimentaria en las zonas afectadas por el terremoto y en otras zonas vulnerables: del 52% a principios de 2010 al 39% apenas cuatro meses después<sup>73</sup>.

Los Centros de Orientación sobre la Nutrición del Bebé que se establecieron en las zonas afectadas por el terremoto dieron a las comunidades herramientas para combatir la desnutrición y mejorar las prácticas alimentarias del lactante y el niño pequeño. Estos centros de orientación –conocidos como “tiendas de campaña de bebés”– también promovieron la detección precoz de la desnutrición y el acceso a tratamiento. Durante 2010 y 2011, más de 230.000 niños y madres gestantes y lactantes accedieron a los servicios –incluyendo asesoramiento sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño, administración de suplementos con micronutrientes y seguimiento y promoción del crecimiento– en unos 200 centros de orientación<sup>74</sup>.



Esta estrategia de divulgación en la comunidad contribuyó significativamente a ampliar la cobertura de las intervenciones para mejorar la nutrición. Según informes gubernamentales, la iniciación temprana del amamantamiento pasó del 44% en 2006<sup>75</sup> al 64% en 2012<sup>76</sup> y, en las zonas que contaban con centros de orientación, un 70% de los niños menores de 6 meses eran alimentados exclusivamente con leche materna en 2012, según estimaciones de UNICEF<sup>77</sup>. En 2010, más de 500.000 mujeres embarazadas recibieron suplementos de hierro, ácido fólico y yodo, y más de 1 millón de niños de 6 a 59 meses accedieron a intervenciones para remediar la carencia de micronutrientes. Más de 15.000 niños de 6 a 59 meses fueron admitidos para recibir tratamiento para la desnutrición aguda grave<sup>78</sup>. Por otra parte, se distribuyeron más de 11.300 letrinas y 31.050 mosquiteros tratados con insecticida de larga duración en cuatro de las zonas donde el paludismo es más endémico<sup>79</sup>.

### El camino hacia adelante

Haití sigue afrontando numerosos problemas, como el hecho de que cerca de uno de cada cinco niños menores de 5 años presenta retraso en el crecimiento. La comunidad internacional, que se movilizó para ayudar a Haití durante la crisis, está reduciendo gradualmente su apoyo para situaciones de emergencia. Esto deja a Haití con la crítica tarea de prestar servicios básicos de salud y nutrición sin suficiente personal idóneo y con una infraestructura que continúa en proceso de recuperación.

El Gobierno y sus aliados empezaron a trabajar para desarrollar la capacidad a largo plazo del sistema de salud y las comunidades. Haití se vinculó a la Iniciativa SUN para el Fomento de la Nutrición, lo que pone de manifiesto su compromiso de dar carácter prioritario a la seguridad alimentaria y nutricional y de invertir en intervenciones directas en materia de nutrición. Recientemente se empezó a aplicar una nueva política nacional sobre nutrición para orientar este proceso. ■

## India: Mejorar la gobernanza en el ámbito de la nutrición para disminuir el retraso en el crecimiento en Maharashtra

En la India, más de 60 millones de niños menores de 5 años padecen de retraso en el crecimiento; es decir, casi la mitad de los niños y niñas en este grupo de edad en el país. Se estima que ellos representan un tercio de todos los niños que presentan esta condición a nivel mundial<sup>80</sup>. Incluso en Maharashtra, el estado más rico de la India, un 39% de los niños menores de 2 años padecían retraso en el crecimiento en 2005-2006. Pero los resultados de una encuesta estatal sobre nutrición realizada en 2012 mostraron que la prevalencia de retraso en el crecimiento había bajado al 23%<sup>81</sup>. Las enérgicas medidas que tomó el estado y la atención a la prestación de los servicios contribuyeron a este extraordinario descenso.

### Estrategia principal: Fortalecer la capacidad del personal para mejorar la prestación de los servicios

En 2005, en respuesta a informes sobre muertes infantiles ocasionadas por la desnutrición en varios distritos, el estado emprendió la Misión Rajmata Jijau para el Mejoramiento de la Salud y la Nutrición de la Madre y el Niño. Al comienzo se centró en cinco distritos esencialmente tribales donde se registraba la mayor incidencia de desnutrición infantil (Amravati, Gadchiroli, Nandurbar, Nasik y Thane). Pero después de realizar la Encuesta Nacional sobre Salud Familiar de 2005-2006, el mandato de la misión se amplió para abarcar la coordinación de las actividades encaminadas a reducir la desnutrición infantil en todo el estado, una iniciativa de enorme trascendencia, dado que Maharashtra es el segundo estado más poblado de la India. En 2006-2007, la misión se amplió a 10 distritos adicionales con una gran concentración de poblaciones tribales, y en 2008-2009 se amplió a los distritos restantes.

La Misión Estatal para el Mejoramiento de la Salud y la Nutrición inicialmente se enfocó en hacer más eficaz la prestación del servicio, por medio de los Servicios Integrados para el Desarrollo del Niño y la Misión Nacional en Pro de la Salud en las Zonas Rurales, los programas emblemáticos del país en materia de nutrición, salud y desarrollo infantil. Sus objetivos primordiales eran ocupar las vacantes clave, particularmente de trabajadores de primera línea y supervisores, y reforzar su motivación y sus aptitudes para prestar servicios de alta calidad y de forma oportuna en las comunidades. En la segunda fase de cinco años, que comenzó en 2011, se dio mayor prelación al mejoramiento de la nutrición de los niños menores



de 2 años y de sus madres. Este cambio fue resultado de una serie de pruebas que indicaban la existencia de una ventana de oportunidad de 1.000 días para prevenir la desnutrición en los niños.

En 2012, el Gobierno de Maharashtra encargó la primera encuesta estatal sobre nutrición para evaluar los progresos e identificar las esferas que requerían futuras medidas. Los resultados de esa exhaustiva encuesta indicaron que la prevalencia de retraso en el crecimiento entre los niños y niñas menores de 2 años era de un 23% en 2012, lo que significaba que había descendido 16 puntos porcentuales en un período de siete años<sup>82</sup>. Esos progresos se relacionaron con mejoras en la alimentación infantil, la atención que estaban recibiendo los niños y sus madres, y los entornos en los cuales vivían. Desde 2005-2006 hasta 2012, la proporción de niños de 6 a 23 meses que eran alimentados el número mínimo de veces diarias recomendadas aumentó del 34% al 77%, y la proporción de madres gestantes que acudieron al menos a tres consultas prenatales pasó del 75% al 90%<sup>83</sup>.

La misión nutricional de Maharashtra busca solucionar el retraso en el crecimiento entre los niños menores de 2 años impulsando intervenciones más eficaces, en el marco de programas emblemáticos para la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo infantil. Se considera que el éxito alcanzado por el estado de Maharashtra se debe a cuatro factores fundamentales:

- La atención constante a los objetivos. Los esfuerzos se concentran en la ejecución de intervenciones basadas en datos empíricos en favor de los lactantes, los niños pequeños y sus madres, con el fin de prevenir el retraso en el crecimiento, al tiempo que se busca mejorar la nutrición, la educación y la realización del potencial de las niñas adolescentes para que la futura generación tenga un mejor comienzo en la vida.
- La prestación de los servicios con equidad. Para facilitar el acceso a los niños menores de 2 años, a las niñas adolescentes y a sus madres, se hacen esfuerzos para combinar los servicios que se prestan en las instalaciones con actividades de divulgación e intervenciones basadas en la comunidad. Con el objeto de garantizar la equidad y la consecución de resultados positivos, la atención se enfoca en los niños, los hogares, los distritos y las divisiones más vulnerables.
- El aumento de peso al nacer. El enfoque exige realizar un seguimiento del aumento de peso en todas las consultas prenatales, al igual que prestar asesoramiento y apoyo a las madres para que ganen el peso adecuado durante el embarazo. Además, se pesa a todos los bebés al nacer, y los que no alcanzan los

2.500 gramos son objeto de seguimiento para garantizar un aumento adecuado de peso.

- La coordinación y la medición de los resultados nutricionales en los diversos sectores. La planificación y la gestión se enfocan en los resultados de la nutrición, y los indicadores de nutrición infantil se integran en todos los programas y sectores. Otro aspecto en el cual se hace hincapié es la elaboración de marcos sólidos de supervisión y evaluación para medir el desempeño de los programas.

### El camino hacia adelante

Según los resultados provisionales de la encuesta de Maharashtra, a pesar del mayor número de comidas diarias, solamente un 7% de los niños con edades comprendidas entre los 6 y los 23 meses recibían una dieta mínima aceptable en 2012. Muy pocos niños reciben con la debida frecuencia una dieta variada y rica en los nutrientes vitales para asegurarles un crecimiento físico y un desarrollo cognitivo óptimos. Para reducir aun más los niveles de retraso en el crecimiento y lograr beneficios de largo alcance, es crucial aplicar una estrategia estatal dedicada a mejorar la calidad de los alimentos complementarios y las prácticas de alimentación e higiene. ■

## Nepal: Progresos sostenidos en favor de las mujeres y los niños

Aproximadamente un 25% de la población de Nepal vive por debajo del umbral de pobreza nacional, y el país salió en 2006 de un conflicto interno de 10 años que concluyó con un acuerdo de paz. A pesar de esto, en el país se registraron impresionantes avances en materia de desarrollo humano durante la pasada década.

La proporción de la población que vive con menos de 1,25 dólares diarios se redujo a la mitad en el transcurso de siete años, pasando del 53% en 2003 al 25% en 2010<sup>84</sup>. La mortalidad de niños menores de 5 años también bajó sustancialmente desde 2000, pasando de 83 a 48 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos en 2011<sup>85</sup>. La prevalencia de retraso en el crecimiento entre los niños menores de 5 años descendió del 57% en 2001 al 41% en 2011<sup>86</sup>, una demostración de que, incluso en condiciones difíciles, es posible alcanzar sorprendentes progresos.

### Estrategia principal: Intervenciones de base comunitaria para disminuir el retraso en el crecimiento

La disminución del retraso en el crecimiento infantil se logró en un contexto de crecimiento económico y reducción de la pobreza. A este resultado también

contribuyó una combinación de importantes estrategias sanitarias y nutricionales:

- La aplicación de intervenciones mediante programas basados en la comunidad en todo el país, coordinadas por un equipo de voluntarias comunitarias de salud.
- La mayor cobertura de las intervenciones de supervivencia infantil y de los programas sobre maternidad sin riesgos, administración de suplementos con hierro y ácido fólico a todas las madres gestantes y lactantes, eliminación de parásitos y atención materna.

Nepal estableció el programa de mujeres voluntarias de salud comunitarias en 1988 para promover la participación de la comunidad y ampliar el alcance de los servicios sanitarios. En 1993 abarcaba los 75 distritos del país, pero la frecuente escasez de suministros médicos restaba efectividad al programa, menoscabando la credibilidad de las voluntarias. El momento decisivo llegó ese mismo año, cuando se dio comienzo al programa nacional sobre administración de vitamina A, con apoyo

de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), UNICEF, investigadores locales y organizaciones no gubernamentales.

Todo ello convirtió a las voluntarias de salud comunitarias en el factor más importante de las actividades relativas a la administración de suplementos de vitamina A.

En 2006, casi 50.000 voluntarias trabajaban a lo largo y ancho de Nepal. En 2007 administraron vitamina A en cápsula a 3,5 millones de niños en edad preescolar, manteniendo una cobertura superior al 90%. A partir de 1999 también se administraron tabletas antiparasitarias a los niños de 12 a 59 meses, como parte del programa bianual de administración de suplementos de vitamina A.

La labor de las voluntarias de actividades comunitarias de salud va más allá de la eliminación de parásitos y la administración de suplementos de vitamina A. En efecto, ellas participan en la estrategia conocida como Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia







(diarrea, infecciones respiratorias agudas, sarampión y desnutrición aguda); brindan educación sobre nutrición a las mujeres embarazadas, los progenitores y las personas encargadas del cuidado de los niños; distribuyen sales de rehidratación oral; suministran tabletas de hierro y ácido fólico a las madres gestantes; y difunden información sobre nutrición, salud y planificación familiar.

Aparte de lo anterior, el Gobierno ha trabajado sin pausa para mejorar la cobertura de intervenciones esenciales. Se considera que la carencia de vitamina A está prácticamente controlada, y en el 80% de los hogares se consume sal adecuadamente yodada<sup>87</sup>. La proporción de niños menores de 5 años con síntomas de neumonía que acudieron a recibir tratamiento en un centro de salud pasó del 18% en 1996 al 50% en 2011<sup>88</sup>, y la proporción de niños con diarrea que acudieron a un servicio de atención médica en busca de tratamiento se elevó de un 14% en 1996 a un 38% en 2011<sup>89</sup>.

Aun cuando el 70% de los bebés de 0 a 5 meses de edad reciben exclusivamente leche materna, alimentar adecuadamente a los lactantes y a los niños pequeños sigue siendo problemático. Un tercio de los lactantes no empiezan a recibir alimentos complementarios a la edad recomendada (6-8 meses), y solamente el 24% de los niños de 6 a 23 meses reciben la dieta mínima aceptable con la frecuencia y la variedad adecuadas<sup>90</sup>. Las voluntarias de actividades comunitarias de salud participaron en un exitoso programa piloto de distribución de polvos de micronutrientes para la alimentación complementaria, y existen planes para ampliarlo en 2017. El Gobierno también está estudiando un esquema de protección social para mejorar la alimentación del lactante y el niño pequeño, sobre todo entre los más pobres y vulnerables. Nepal desarrolló una estrategia nacional integral de alimentación del lactante y el niño pequeño, con miras a acelerar los esfuerzos para mejorar la atención y la alimentación de estos niños.

#### El camino hacia adelante

Nepal pasó a ser miembro de la Iniciativa SUN para el Fomento de la Nutrición, y el Gobierno puso en práctica recientemente un plan de nutrición multisectorial bajo la dirección del Primer Ministro. Con este plan se pretende abordar tanto las causas inmediatas como subyacentes de la desnutrición, recurriendo, por una parte, a intervenciones que tienen en cuenta la nutrición y, por otra parte, a programas específicos en esta materia, siempre sobre la base de pruebas empíricas y centrándose en la ventana de oportunidad de 1.000 días que comprenden el embarazo y los primeros dos años de vida del bebé. En el plan participan la Comisión Nacional de Planificación y cinco ministerios: Salud, Educación, Agua y Saneamiento, Agricultura, y Desarrollo Local y Protección Social. ■

## Perú: Llegar a los menos favorecidos concentrándose en la equidad

Entre 1995 y 2005, la prevalencia de retraso en el crecimiento entre los niños y niñas menores de 5 años en el Perú fluctuó, pero no mejoró significativamente. Sin embargo, pocos años después de la adopción de la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil, en 2006, el retraso en el crecimiento se redujo un tercio: de aproximadamente un 30% en 2004-2006 a un 20% en 2011<sup>91</sup>. La prevalencia entre los niños más pobres bajó del 56% al 44% en el mismo período<sup>92</sup>.

Antes de 2005, los programas nutricionales se enfocaban en la asistencia alimentaria. No obstante, los programas experimentales que reciben apoyo de organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales empezaron a poner de manifiesto la efectividad de los enfoques integrados y multisectoriales en la disminución del retraso en el crecimiento en las zonas rurales. La iniciativa Buen Comienzo en la Vida, que se empezó a aplicar en 1999 con apoyo de UNICEF y USAID, llevó a cabo un conjunto integrado de intervenciones de base comunitaria en más de 200 comunidades vulnerables en el altiplano andino y la selva amazónica. Una evaluación reveló que el retraso en el crecimiento entre los niños menores de 3 años en esas comunidades había descendido del 54% al 37% entre 2000 y 2004<sup>93</sup>. Igualmente, el proyecto Redes Sostenibles para la Seguridad Alimentaria –REDESA, ejecutado por CARE Perú– arrojó resultados prometedores al sacar a familias de la pobreza y reducir el retraso en el crecimiento entre niños menores de 3 años del 34% en 2002 al 24% en 2006<sup>94</sup>. Estos programas piloto demostraron que es posible llevar a cabo intervenciones a gran escala con buenos resultados.

### Estrategia principal: Reforzar el peso de la desnutrición en el programa nacional

A fin de dar a la nutrición un lugar prioritario en la agenda nacional del Perú, organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales crearon a principios de 2006 la Iniciativa contra la Desnutrición Infantil. Se realizaron actividades de promoción ante los encargados de la formulación de políticas, a fin de crear conciencia sobre la magnitud de la desnutrición, sus repercusiones en el desarrollo social y económico, y la falta de avances para resolver el problema. De igual manera, se dieron a conocer los logros de programas a pequeña escala, como prueba del potencial que tienen las intervenciones de bajo costo. Antes de las elecciones presidenciales de 2006, la iniciativa se esforzó por conseguir que los candidatos firmaran un compromiso para reducir en un 5% el retraso en el crecimiento entre los niños menores de 5 años en un plazo de 5 años, y para disminuir las desigualdades entre las zonas urbanas y las zonas rurales.

Cuando se formó un nuevo gobierno más adelante ese año, la lucha contra el retraso en el crecimiento se convirtió en un punto central de su programa, y así ha permanecido. La Iniciativa contra la Desnutrición Infantil propugnó la asignación de mayores recursos y políticas en apoyo de la nutrición infantil, con particular atención a los hogares y las comunidades en situación más precaria. Insistió en el fortalecimiento de mecanismos para identificar, ejecutar y supervisar actividades en beneficio de las personas más pobres de las zonas rurales.

En 2007, el Gobierno puso en marcha la Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza y la Promoción de Oportunidades y Capacidades Económicas (CRECER), centrada en los niños, las niñas y las mujeres embarazadas de las zonas más pobres. Su objetivo era mejorar la nutrición reforzando los programas multisectoriales en los planos regional y nacional.

La Estrategia CRECER abarcaba diversas iniciativas de protección social y reducción de la pobreza. El programa gubernamental de transferencias condicionales de dinero en efectivo, Juntos, optó por emprender acciones multisectoriales para reducir la desnutrición infantil, intensificar el uso de los servicios de salud materna e infantil por parte de las familias, y mejorar la asistencia escolar. El Ministerio de la Mujer y el Desarrollo Social consolidó seis programas de distribución de alimentos para optimizar su labor. Se creó un marco de acción común para los ministerios de la Mujer y el Desarrollo Social, Salud, Educación, Agricultura, Vivienda y Empleo, con apoyo de presupuestos sectoriales. La gestión y las capacidades técnicas y analíticas se impulsaron a nivel local, regional y nacional. La financiación basada en resultados del Ministerio de Economía y Finanzas ayudó a movilizar recursos y a mejorar tanto la eficiencia operacional como la rendición de cuentas por parte del Gobierno. Los gobiernos regionales y los distritos adoptaron el programa CRECER y se responsabilizaron de los programas locales.

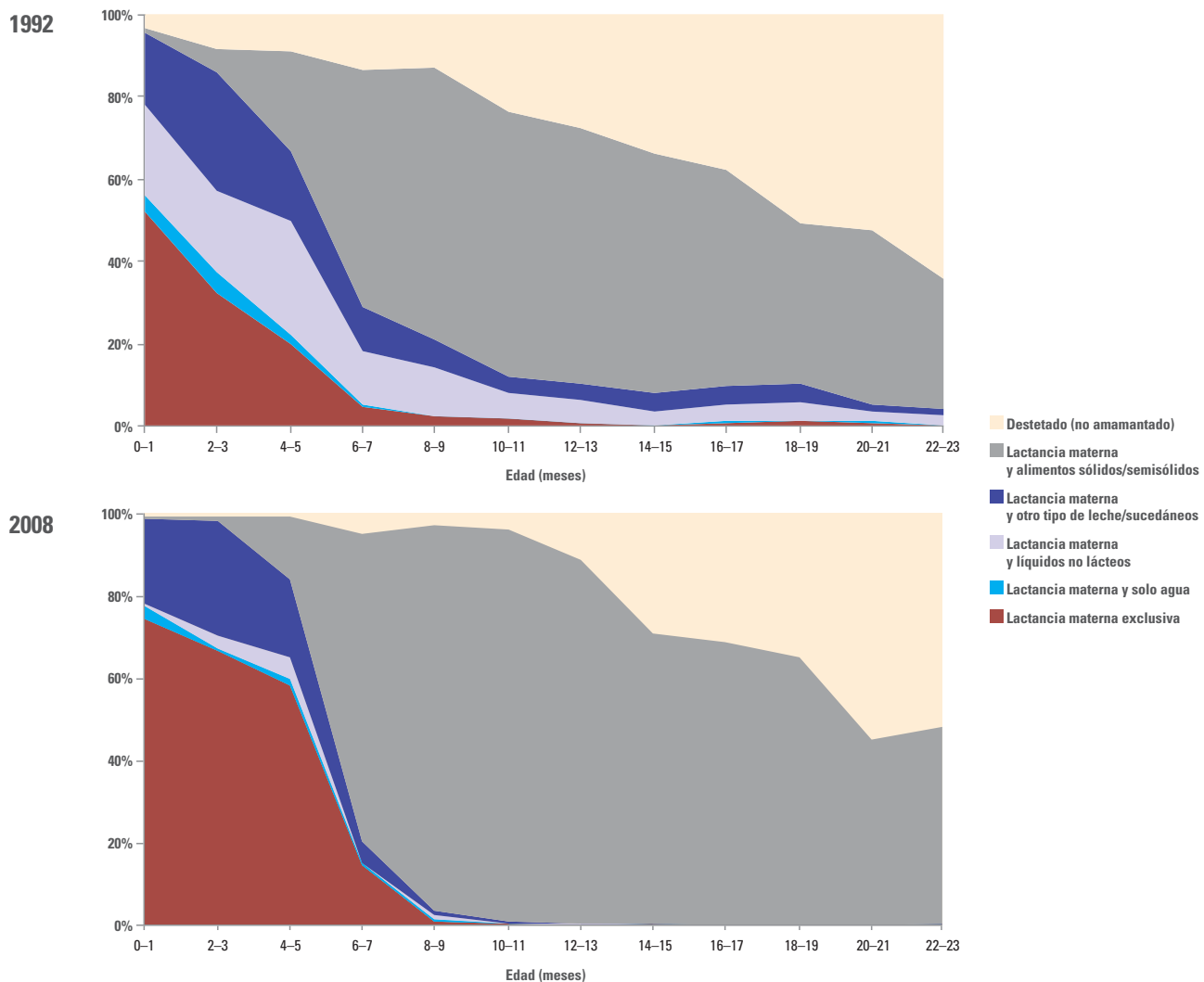
Las prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño han mejorado a través del tiempo (*gráfico 30*) y, en 2011, las tasas de lactancia materna exclusiva entre los niños más pobres duplicaban con creces las de los niños más ricos<sup>95</sup>.

Entre los factores que han contribuido de modo decisivo al éxito registrado en el Perú figuran:

- La creación de una coalición de organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales que llevó a cabo actividades de promoción para lograr el compromiso de reducir la desnutrición.
- El aprovechamiento de una ventana de oportunidad política en el ciclo electoral, con el resultado de que se asignó a la nutrición un lugar más destacado en la agenda nacional.
- El firme compromiso del Gobierno, que puso a la nutrición bajo el control directo de la oficina del Primer Ministro.
- Las evidencias provenientes de programas bien diseñados y evaluados. Al demostrar las posibilidades de éxito, esos programas se utilizaron en el diseño de una estrategia nacional amplia e integrada, CRECER.
- El compromiso con la equidad, que se tradujo en una atención especial a los grupos vulnerables y al desarrollo de la capacidad para hacer seguimiento.
- La descentralización de las responsabilidades administrativas, financieras y políticas, y la adopción de un mecanismo presupuestario basado en resultados. Una gestión financiera más efectiva ha mejorado la eficiencia operacional.

### GRÁFICO 30 Perú: Las prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño han mejorado

Prácticas de alimentación del lactante en el Perú, por edad, 1992 y 2008



**Nota:** Ver "Interpretación de los gráficos de zona de la alimentación de lactantes y niños pequeños", en la página 104, para una descripción de estos gráficos y la manera de leerlos.

**Fuente:** Encuestas de Demografía y Salud realizadas en el Perú, 1992 y 2008.



## El camino hacia adelante

El compromiso del Perú en materia de reducción de la desnutrición infantil se ha plasmado en acciones exitosas. Las intervenciones respaldadas por CRECER han desembocado en una disminución sustancial del retraso en el crecimiento en un corto período de tiempo. Sin embargo, todavía queda mucho por hacer. Más de medio millón de niños y niñas menores de 5 años tienen muy baja estatura para su edad<sup>96</sup>. Las desigualdades se han reducido en todo el país, aunque todavía persisten. De hecho, en el transcurso de los últimos cinco años, las tasas de retraso en el crecimiento entre los niños más pobres seguían siendo 10 veces más altas que entre los niños más ricos<sup>97</sup>.

Pese a los problemas políticos y económicos, el Perú debe mantener su compromiso de facilitar el acceso a una mejor nutrición y garantizar la sostenibilidad de los éxitos recientes. El país ha puesto de relieve su compromiso vinculándose a la Iniciativa SUN para el Fomento de la Nutrición, así como también renovando su promesa de disminuir la prevalencia de la desnutrición crónica. El recién creado Ministerio de Inclusión y Desarrollo Social, que encabeza la coordinación intersectorial relacionada con la nutrición, está trabajando para superar aun más las desigualdades. ■

## Rwanda: Disminuir las tasas de retraso en el crecimiento por medio de medidas unificadas en todo el país

En 2005, más de la mitad de los niños de Rwanda menores de 5 años (cerca de 800.000) presentaban retraso en el crecimiento. Apenas cinco años después, la prevalencia de esta condición había descendido de aproximadamente un 52% a un 44%<sup>98</sup>. Esto se logró utilizando enfoques multisectoriales dirigidos por el Gobierno y ampliando los programas de nutrición basados en la comunidad a los 30 distritos del país.

Durante algún tiempo, en Rwanda se trabajó para mejorar los servicios sociales y, desde la década de 1990, esto incluyó un esquema de seguridad médica casi universal y de base comunitaria, financiación para la salud, y programas nutricionales a nivel de la comunidad en los distritos. La nutrición experimentó un impulso cuando las actividades de promoción derivaron en acciones unificadas a nivel nacional. Las claras evidencias sobre la efectividad de las intervenciones en la esfera de la nutrición y los éxitos logrados por los programas en algunas partes del país convencieron al Gobierno de la importancia de invertir en la nutrición y demostraron que era posible acabar con la desnutrición.

## Estrategia principal: Pasar de un plan nacional de emergencia a un enfoque centrado en la comunidad

Aprovechando las experiencias de programas nutricionales basados en la comunidad que se aplicaron previamente, y gracias al interés personal del Presidente del país, Rwanda emprendió en abril de 2009 un Plan Nacional de Emergencia para Eliminar la Desnutrición. Esta medida dio nuevo impulso y generó oportunidades para reforzar la colaboración entre diversos sectores y apoyar programas innovadores.

El Plan Nacional de Emergencia para Eliminar la Desnutrición abordó tanto la desnutrición aguda como la crónica, centrándose ante todo en los más vulnerables. La detección y el tratamiento de la desnutrición aguda grave en instalaciones ubicadas en las aldeas se ampliaron a principios de 2009. Alrededor de 30.000 trabajadores sanitarios de la comunidad actualizaron sus conocimientos sobre detección y remisión de casos para tratamiento.

Al mismo tiempo, se dio inicio a la aplicación de medidas preventivas adicionales en las comunidades para mejorar la seguridad alimentaria de las familias y las prácticas de atención en todo el país.

Las intervenciones tendientes a garantizar una seguridad alimentaria sostenible para los hogares incluían la ampliación de los huertos familiares y una mayor disponibilidad de ganado. Las intervenciones sobre cambio de comportamiento ayudaron a promover prácticas óptimas de alimentación y atención de la madre y el niño, y la supervisión del crecimiento se combinó con programas de nutrición en 15.000 aldeas. La recopilación mensual de datos y el análisis a nivel distrital y nacional contribuyeron a verificar los progresos y a mejorar la planificación. Cabe anotar que, en 2010, el 85% de los bebés entre 0 y 5 meses eran alimentados exclusivamente con leche materna en Rwanda, y que casi el 80% de los bebés de 6 a 8 meses empezaban a recibir alimentos sólidos, semisólidos o blandos a la edad recomendada.

Las lecciones que dejó el Plan Nacional de Emergencia para Eliminar la Desnutrición se incorporaron posteriormente en la Estrategia Nacional Multisectorial para Eliminar la Desnutrición, que se puso en marcha en 2010. Esta estrategia, que se aplica fundamentalmente en las comunidades, se ciñe a planes multisectoriales a nivel distrital cuyo propósito es fortalecer y ampliar la escala de las intervenciones en nutrición. Dado que se busca promover prácticas nutricionales óptimas durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño, el énfasis recae en la comunicación para el cambio de comportamiento.

El mejoramiento de la capacidad para recopilar información ha propiciado la planificación y la supervisión basadas en las necesidades locales. Un sistema electrónico de información y vigilancia de la salud integra los datos sobre nutrición y otras cuestiones locales, permitiendo evaluar el desempeño a nivel de distrito. En la actualidad, algunos adelantos técnicos facilitan la reunión de datos en tiempo real sobre el retraso en el crecimiento; por ejemplo, la tecnología SMS de mensajes de texto por telefonía móvil se utilizará en todo el país para seguir de cerca los progresos de los niños durante sus dos primeros años.

Algunos elementos del enfoque de Rwanda son los siguientes:

- La firme determinación del Gobierno nacional (empezando por el Presidente) y de los ciudadanos de erradicar la desnutrición.
- Una rápida respuesta de emergencia seguida del diseño de una estrategia de desarrollo multisectorial a largo plazo que integró lecciones de experiencias anteriores.
- Un enfoque centrado en la comunidad hacia la disminución del retraso en el crecimiento, con inversiones en seguridad alimentaria y en estrategias para el cambio de comportamiento, con lo que se pretende promover prácticas nutricionales óptimas de una manera sostenible.
- Una planificación descentralizada con sólidos sistemas de supervisión y evaluación para mejorar el desempeño de los programas.

### El camino hacia adelante

Rwanda entró a formar parte de la Iniciativa SUN para el Fomento de la Nutrición en 2011, lo que pone de relieve su compromiso de hacer frente a la desnutrición. El Gobierno está poniendo en práctica anualmente un Plan de Acción Conjunto para acabar con la desnutrición. Es preciso fortalecer los mecanismos de coordinación, pues el país está pasando de la planificación y la aplicación basadas en sectores concretos a la planificación y la aplicación multisectoriales. Rwanda también está trabajando para mantener la calidad de sus intervenciones durante el proceso de ampliación a todo el país, y en la vigilancia oportuna para mejorar continuamente. Todo esto exigirá recursos adicionales. Rwanda aspira a que la erradicación de la desnutrición llegue a ser una realidad en todo el país. ■

## República Democrática del Congo: Intensificar la escala de la gestión comunitaria de la desnutrición aguda grave

En la República Democrática del Congo, la desnutrición aguda grave afectó a cerca de 1 millón de niños y niñas en 2011. Sin embargo, un enfoque centrado en la comunidad está elevando extraordinariamente el número de niños que reciben tratamiento, que pasó de menos de 46.000 en 2007 a 157.000 en 2011<sup>99</sup>.

Hasta hace aproximadamente 10 años, las intervenciones para tratar la desnutrición aguda grave se concentraban más que todo en las provincias orientales afectadas por el conflicto, y eran las organizaciones humanitarias no gubernamentales quienes casi siempre las llevaban a cabo. Para armonizar las intervenciones, el Gobierno adoptó un protocolo nacional en 2002 que exigía la hospitalización de todos los niños con este tipo de desnutrición, presentaran o no complicaciones médicas. Este enfoque fue difícil de aplicar debido al escaso número de centros de tratamiento y a la carga que representaba la hospitalización para las familias.

### Estrategia principal: Promoción basada en datos empíricos a fin de generar amplio apoyo para la acción

En 2008, el Ministerio de Salud se dedicó a abordar este problema. Con apoyo técnico de Valid International y otras organizaciones no gubernamentales, se elaboró un protocolo que incluía tratamiento comunitario, lo que permitía a los progenitores tratar a la mayoría de los niños en el hogar. Al principio, ese protocolo se aplicó especialmente en las provincias orientales; sin embargo, las encuestas del año siguiente revelaron que la prevalencia de la desnutrición aguda había aumentado en cuatro provincias centrales y occidentales<sup>100</sup>.

Los resultados de la encuesta fueron determinantes para persuadir al Gobierno de combatir la desnutrición a lo largo y ancho del país, y para abogar ante los donantes en favor de una financiación más generosa, y ante las organizaciones no gubernamentales en pro de una mayor presencia en las regiones central y occidental. El protocolo de base comunitaria se revisó para garantizar la incorporación del tratamiento de la desnutrición aguda grave en los servicios de atención primaria de la salud, y para recalcar la importancia de las intervenciones de carácter preventivo, como el asesoramiento y la promoción de buenas prácticas de higiene y alimentación del lactante y el niño pequeño.

Con el objeto de fomentar la capacidad se impartió formación sobre las respuestas de emergencia en el ámbito de la nutrición; la detección y el tratamiento de la desnutrición aguda; y el enfoque por grupos temáticos



de la coordinación y las asociaciones. El desarrollo de la capacidad de los aliados que trabajaban en la comunidad y la coordinación de sus actividades incrementó la implicación local en los programas, lo que impulsó la aplicación del programa sobre nutrición a nivel nacional.

Los resultados fueron significativos. Entre 2007 y 2011, el número de niños admitidos para tratamiento aumentó más del triple<sup>101</sup>. El tratamiento de la desnutrición aguda grave se integró en el conjunto mínimo de servicios de salud, y en las unidades médicas se atiende junto con enfermedades como el paludismo, la neumonía y la diarrea. Los alimentos terapéuticos listos para el consumo se incluyeron en el listado de medicamentos esenciales del Ministerio de Salud, y la cobertura geográfica aumentó de 143 zonas sanitarias en 2007 (un 28%) a 270 en 2011 (un 52%<sup>102</sup>).

Entre los factores que contribuyeron a estos avances se cuentan los siguientes:

- La formulación de políticas gubernamentales, incluyendo el cambio de protocolo que permitía tratar la desnutrición aguda grave en el hogar.
- El mejoramiento de la vigilancia y el análisis del problema por medio de encuestas de seguimiento.
- El hecho de dar a conocer al Gobierno, los donantes y las organizaciones no gubernamentales el carácter nacional del problema, sobre la base de resultados de encuestas.

- La formación efectiva para reforzar la capacidad tanto de los funcionarios del Gobierno como de las organizaciones no gubernamentales.
- La capacidad de las organizaciones no gubernamentales para ampliar la cobertura en los lugares donde la capacidad del Gobierno era limitada inicialmente.
- El aumento de la financiación humanitaria para el tratamiento de la desnutrición aguda grave entre 2007 y 2011<sup>103</sup>.

Esta experiencia demuestra que las intervenciones de emergencia pueden servir de modelo para ampliar la escala de los programas centrados en la nutrición.

#### El camino hacia adelante

En 2011, más o menos 800.000 niños que sufrían de desnutrición aguda grave seguían sin acceso a tratamiento<sup>104</sup>. Una de las razones es que las familias pobres deben pagar de sus bolsillos los servicios de salud y nutrición. Además, unos 5 millones de niños en el país padecen de retraso en el crecimiento, lo que representa casi un 20% del retraso en el crecimiento en África occidental y central<sup>105</sup>. Con apoyo de los donantes y la comunidad internacional, el Gobierno se comprometió a ampliar el tratamiento de la desnutrición aguda grave a todos los centros de salud en todos los distritos, a un costo que las familias puedan cubrir. ■



## Sri Lanka: Reducir la mortalidad de niños menores de 5 años elevando las tasas de lactancia materna

Sri Lanka es un país de ingresos medianos bajos que logró mejorar la salud y la nutrición infantil en el curso de las dos últimas décadas. Entre 1990 y 2011, la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años bajó de 29 a 12 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad infantil pasó de 24 a 11 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos<sup>106</sup>. Se han registrado progresos en materia de amamantamiento; en efecto, la tasa de alimentación exclusiva con leche materna entre los lactantes hasta los 6 meses de edad aumentó de un 53% en 2000 a un 76% en 2006-2007. Las estimaciones más recientes indican que el 80% de los bebés son amamantados dentro de la primera hora de vida<sup>107</sup>. No obstante, en Sri Lanka existen bolsas de desigualdad: las tasas de desnutrición son más altas en las zonas rurales y en los estados de los altiplanos donde se cultiva té que en otras regiones del país.

### Estrategia principal: Legislación y servicios en apoyo de las madres lactantes

Los resultados positivos obtenidos por Sri Lanka en lo referente a las tasas de lactancia exclusiva se deben a:

- Los altos niveles de compromiso político que condujeron a la aprobación de leyes en materia de protección.
- Un sistema de atención de la salud bien concebido y un entorno propicio.
- El compromiso de los profesionales y las organizaciones que han defendido la lactancia materna.
- Un grupo de parteras dedicadas y bien capacitadas que prestan asistencia a las madres antes, durante y después del parto.
- Múltiples estrategias para crear conciencia a todos los niveles, especialmente entre los grupos de apoyo a las madres.



Las mujeres representan más del 30% de la fuerza de trabajo en Sri Lanka, y el Gobierno aprobó leyes sobre protección a la maternidad. En 1992, la licencia de maternidad remunerada en los cargos gubernamentales se extendió de 6 semanas a 84 días laborables. Las mujeres que trabajan en el sector privado también tienen derecho, durante un año, a un descanso remunerado de 60 a 120 minutos cada nueve horas, para amamantar a sus hijos durante el día laborable. En 1981, Sri Lanka fue uno de los primeros países en adoptar como ley el Código Internacional de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna, que amplió en 1993 y revisó en 2002. Por solicitud del Ministerio de Salud, a fines de 2011 UNICEF brindó apoyo técnico para la revisión y la corrección de algunos puntos débiles.

Más allá de la legislación, la programación intersectorial respalda las actividades de divulgación dirigidas a las madres. Un factor clave en el éxito de Sri Lanka ha sido la labor de más de 7.000 parteras capacitadas por el Gobierno, que forman parte del equipo de salud pública responsable de prestar una atención integral a la salud de la madre y el niño. Las parteras atienden a las madres durante el puerperio y les enseñan prácticas adecuadas de amamantamiento. Durante las primeras seis semanas de vida de sus hijos, todas las madres reciben cuatro visitas domiciliarias de una partera.

Sri Lanka realizó un curso de capacitación de 40 horas sobre gestión de la lactancia al cual asistieron alrededor de 10.000 pediatras, obstetras y enfermeras; es decir, casi la totalidad del personal sanitario. En todos los hospitales principales se han establecido centros de atención materno-infantil y gestión de la lactancia que ofrecen apoyo a las madres en lo que respecta al amamantamiento. A través de la radio, los medios de comunicación impresos y las redes sociales se difunden información sobre prácticas adecuadas de alimentación infantil y se sensibiliza a la población sobre los beneficios de la lactancia materna. Estudios sobre las prácticas de alimentación del lactante y el niño pequeño ayudan a orientar el diseño de los programas.

### El camino hacia adelante

Sri Lanka se sumó a la Iniciativa SUN para el Fomento de la Nutrición y está dando a este tema carácter prioritario mediante un compromiso de alto nivel y programas basados en datos. Un Consejo Nacional de Nutrición, que fue establecido en 2011 y encabeza el Presidente del país, otorga especial relevancia a la prevención del retraso en el crecimiento y la lucha contra la desnutrición durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño. ■

## Kirguistán: Disminuir la carencia de hierro enriqueciendo los alimentos en el hogar

Kirguistán es uno de los países más pobres de Europa y Asia Central. Aproximadamente una de cada tres personas vive en condiciones de pobreza, y la crisis económica mundial, el alza en los precios de los alimentos y la inestabilidad política han repercutido en los grupos vulnerables, incluyendo a las mujeres y los niños<sup>108</sup>.

A pesar de todo, Kirguistán fue uno de los primeros países en ampliar la escala del enriquecimiento de alimentos complementarios en el hogar para los niños de 6 a 23 meses de edad.

### Estrategia principal: Un programa experimental exitoso y educación a nivel nacional

La Encuesta Demográfica y de Salud que se efectuó en Kirguistán en 1997 reveló que casi la mitad de los niños y niñas menores de 36 meses sufrían de anemia, especialmente a causa de la carencia de hierro<sup>109</sup>, un mineral esencial para el desarrollo del niño, sobre todo durante los primeros años de vida. La anemia constituía un serio problema de salud pública.

Según un estudio efectuado en 2007, la utilización de polvos de micronutrientes múltiples durante apenas dos meses redujo en un 28% la prevalencia de anemia entre los niños de 6 a 36 meses<sup>110</sup>. El Ministerio de Salud inició en 2009 un programa piloto de enriquecimiento de los alimentos con polvos de micronutrientes múltiples para los niños de 6 a 23 meses, en la provincia de Talas.

En las clínicas estatales, trabajadores de la salud entregaron a las familias sobres con polvos de micronutrientes para mezclar en el hogar con alimentos complementarios sólidos o semisólidos. Esta medida se llevó a cabo en el marco del programa Gulazyk, una palabra kirguisa que se refiere a un producto elaborado con carne seca y rico en nutrientes que los guerreros y los viajeros han consumido tradicionalmente para obtener energía. Incluso existe un eslogan: "Gulazyk para la salud y la mente de su hijo".

Las personas encargadas de cuidar a los niños recibieron 30 sobres de polvos de micronutrientes, con instrucciones de administrar uno cada tres días. Se les pidió que se aseguraran de administrar los 30 sobres en un lapso de dos meses, a razón de uno cada vez. También se les ofreció asesoramiento para resolver cualquier problema.

Al mismo tiempo, se realizó una campaña nacional centrada en la nutrición de la madre, el lactante y el niño pequeño, cuya finalidad era educar a los cuidadores de los niños sobre la dieta durante el embarazo y la importancia tanto de la lactancia exclusiva como de una



adecuada alimentación complementaria. La campaña fue ejecutada por el Gobierno y algunos aliados, como los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos, UNICEF y la Cruz Roja suiza. Voluntarios sanitarios de las aldeas brindaron educación a los progenitores sobre el desarrollo en la primera infancia, les indicaron cómo facilitar el aprendizaje y les entregaron libros infantiles suministrados por el



programa Gulazyk para leer a sus hijos. Los medios de comunicación transmitieron mensajes en los que se promovía la importancia de una alimentación óptima, y una extensa labor de seguimiento se tradujo en resultados exitosos.

En 2008, antes del inicio del programa piloto sobre micronutrientes en polvo, UNICEF y los Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos realizaron una encuesta de referencia sobre la condición nutricional de la infancia en la provincia de Talas. Una encuesta de seguimiento efectuada en 2010 –un año después de la iniciación de la encuesta piloto– mostró que la anemia por carencia de hierro había disminuido del 46% al 33%<sup>111</sup>, y que el 99% de los cuidadores habían oído hablar del programa Gulazyk.

La situación no estuvo exenta de dificultades; por ejemplo, los polvos de micronutrientes múltiples se empezaron a distribuir en momentos en que la diarrea estacional afectaba a un número sumamente alto de personas, por lo que las madres la asociaron con los polvos de micronutrientes. El Gobierno hizo todo lo posible para demostrar que la intervención era segura, eficaz y económica.

Los factores que incidieron en los buenos resultados del programa fueron, entre otros:

- Un exitoso programa experimental que evidenció el potencial de la intervención.
- Una estrategia de distribución efectiva que aplicaron trabajadores sanitarios locales entregados a su labor.
- Comunicación y movilización social a todos los niveles –desde las comunidades hasta los medios de difusión–, con argumentos y mensajes claros en apoyo de la intervención.
- Oportunidades para adquirir conocimientos sobre el desarrollo en la primera infancia que fueron de gran interés para las madres, que empezaron a seguir estrictamente las recomendaciones.
- Un sistema integral de supervisión y evaluación que puso de manifiesto la efectividad de los polvos de micronutrientes múltiples y propició la ampliación a escala nacional.
- El apoyo del Gobierno y otros responsables de tomar decisiones a alto nivel, y la creación de amplias asociaciones.
- La participación de una gran variedad de interesados –desde enfermeras locales hasta maestros, científicos y políticos– en el diseño, la aplicación y la promoción.

## El camino hacia adelante

Como parte de su programa nacional de nutrición, Kirguistán beneficia actualmente a 250.000 niños con Gulazyk. En la actualidad se estudia la posibilidad de producir localmente los polvos de micronutrientes múltiples, y el Gobierno está evaluando el desempeño y el impacto del programa. La iniciativa ha mostrado claramente que es posible reducir los casos de anemia por carencia de hierro en los niños de 6 a 23 meses de edad. Con la ampliación del programa a todo el país, se espera que una continua y rigurosa supervisión y evaluación garanticen su calidad y su alcance, permitan obtener resultados y mantengan el apoyo de todos los interesados. El país pasó a ser miembro de la Iniciativa SUN y se comprometió a llegar a todos sus niños con los programas para mejorar la nutrición. ■

## República Unida de Tanzania: Institucionalizar la administración de suplementos de vitamina A

En la República Unida de Tanzania se ha mantenido una alta cobertura de administración de suplementos de vitamina A entre los niños de 6 a 59 meses desde que se adoptó el esquema bianual de administración de suplementos, en 2001<sup>112</sup>. Entre 2005 y 2011, la administración de suplementos de vitamina A excedió sistemáticamente el 90%<sup>113</sup>. La alta cobertura es uno de los factores que más han influido en el descenso de las tasas de mortalidad infantil en este país<sup>114</sup>, de 126 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2000 a 68 por cada 1.000 nacidos vivos en 2011<sup>115</sup>.

El país ha mantenido esta cobertura y en los últimos años ha trabajado para reforzar la implicación nacional y distrital, facultando a las autoridades gubernamentales locales para que se responsabilicen de la planificación y la presupuestación del programa sobre administración de vitamina A. La República Unida de Tanzania forma parte del grupo de países que han tomado la iniciativa de promover un sentimiento de identificación nacional y local con los programas de administración de suplementos de vitamina A.

### Estrategia principal: Utilizar fondos colectivos destinados a la salud para mantener la cobertura

Los suplementos de vitamina A se administran a los niños de 6 a 59 meses de edad durante un evento bianual y a través de los servicios ordinarios de salud. Hasta 2006, UNICEF financió directamente los costos operacionales de los programas de administración de suplementos de vitamina A en todos los distritos del país, lo que requirió una solución más sostenible y dirigida por el Gobierno. En los años fiscales 2007-2008,

los fondos que aportó la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional a UNICEF para cubrir los costos operacionales del programa de administración de suplementos de vitamina A (500.000 dólares) se canalizaron a los distritos a través del fondo colectivo destinado a la salud del Ministerio de Salud y Bienestar Social. Esto continuó hasta el año fiscal 2010-2011.

Dado que los fondos colectivos para la salud no se reservan para intervenciones específicas, era crucial que los distritos destinaran recursos adecuados de sus presupuestos anuales para la administración de suplementos de vitamina A. Helen Keller International, Inc. ayudó a fortalecer la capacidad distrital para planificar y presupuestar los costos operacionales de la distribución de los suplementos, trabajando por medio del proyecto A2Z y el Programa de Micronutrientes y Ceguera Infantil de USAID, en colaboración con el Centro para la Alimentación y la Nutrición de la República Unida de Tanzania y UNICEF. Durante el ciclo anual de planificación y presupuestación se organizan actividades de promoción y fomento de la capacidad, tanto para dar a conocer a los departamentos sanitarios de los distritos los beneficios de la administración de suplementos de vitamina A, como para fortalecer la capacidad presupuestaria y de planificación.

Una evaluación de 2007 sobre la sostenibilidad de la administración de suplementos de vitamina A derivó en la creación de un sencillo instrumento de planificación y presupuestación basado en planillas electrónicas, que se adoptó en 2008 para ayudar a los distritos a determinar sus necesidades financieras, de suministros y de recursos humanos. Los equipos distritales de gestión sanitaria recibieron información y capacitación para defender ante las autoridades gubernamentales locales los presupuestos destinados a la administración de suplementos de vitamina A. La labor de promoción se centró en los concejales y los directores ejecutivos de los distritos que participaban en la toma de decisiones. La asignación de recursos por parte de los distritos y la cobertura con suplementos de vitamina A se sometieron a una estrecha vigilancia para evaluar su impacto y velar por que la transferencia de la responsabilidad por la planificación y la presupuestación a los distritos no acarreará consecuencias negativas. Las actividades de promoción, incluyendo evaluaciones de sostenibilidad y capacitación adicional, se intensificaron en los distritos con una presupuestación insuficiente o con una cobertura baja.

En la institucionalización de la administración de suplementos de vitamina A intervinieron varios factores:

- El fomento de asociaciones sólidas entre organismos internacionales, organizaciones no gubernamentales,

donantes y el Gobierno nacional. Sobre la base de conocimientos obtenidos de estudios anteriores, los aliados procuraron encontrar soluciones viables para incentivar la administración de suplementos.

- La promoción continua de las ventajas de la administración de suplementos ante los encargados de tomar decisiones y los planificadores nacionales y distritales, lo que condujo a reservar los fondos necesarios para esta intervención.
- La adopción de medidas prácticas para el fomento de la capacidad y el desarrollo de instrumentos que permitieran a los gobiernos locales asumir la responsabilidad por la planificación y la asignación presupuestaria a nivel distrital, junto con una estrecha vigilancia de la aplicación.
- La existencia de un mecanismo flexible de financiación por medio de los fondos colectivos para la salud, que representaba una fuente más sostenible de recursos.

Desde 2004-2005 hasta 2010-2011, los distritos incrementaron en más de cuatro veces sus asignaciones para los suplementos de vitamina A provenientes de los fondos colectivos destinados a la salud. La alta cobertura

de la administración de suplementos de vitamina A se mantuvo cuando la responsabilidad por la planificación y la presupuestación se transfirió al gobierno local.

#### El camino hacia adelante

Más allá de la ampliación de la cobertura de administración de suplementos de vitamina A, esta experiencia constituyó un punto de partida para mejorar la planificación y la presupuestación de otros servicios relativos a la nutrición en la República Unida de Tanzania. En 2012 se introdujo una nueva partida presupuestaria, y la nutrición constituye hoy en día una prioridad en las directrices nacionales sobre planificación y presupuestación del Ministerio de Finanzas. Los equipos distritales y regionales recibieron instrucciones sobre la integración apropiada de la nutrición en los planes y los presupuestos de cuatro sectores (salud, agricultura, desarrollo comunitario y educación). Se están utilizando exámenes del gasto público en materia de nutrición para hacer un seguimiento de las asignaciones presupuestarias y del gasto en nutrición. El país se vinculó en 2011 a la Iniciativa SUN, lo que comprueba su disposición a seguir avanzando en el ámbito de la nutrición en beneficio de la niñez. ■





## Viet Nam: Proteger la lactancia materna por medio de leyes

Las tasas de amamantamiento exclusivo en Viet Nam, de aproximadamente un 17%, no han mejorado desde 1997<sup>116</sup>. A estos resultados insatisfactorios han contribuido una inadecuada política sobre licencia de maternidad y una agresiva promoción de los sucedáneos de la leche materna. Un estudio de 2011 realizado por Alive & Thrive, una iniciativa que promueve las buenas prácticas alimentarias del lactante y el niño pequeño, citó la reincorporación al trabajo como una de las principales razones por las cuales las madres suspendían el amamantamiento exclusivo. Al mismo tiempo, una reglamentación deficiente sobre la comercialización de los sucedáneos de la leche materna había popularizado enormemente la alimentación artificial en la región de Asia y el Pacífico. En esta región se concentra el 31% del mercado minorista mundial de alimentos para bebés, en comparación con el 24% en Europa Occidental y el 22% en América del Norte<sup>117</sup>. Por este motivo, la Asamblea Nacional de Viet Nam promulgó recientemente una ley que amplía la licencia de maternidad remunerada y prohíbe la publicidad de sucedáneos de la leche materna para los bebés menores de 24 meses.

### Estrategia principal: Actividades conjuntas de promoción entre diversos aliados para persuadir a los legisladores

La nueva legislación es resultado de una estrategia de promoción formulada por un grupo de aliados, entre ellos el Instituto de Estudios Legislativos de la Asamblea Nacional de Viet Nam, el Ministerio de Salud, UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Alive & Thrive. Los aliados llamaron la atención de los legisladores sobre el Código Internacional de Comercialización de los Sucesos de la Leche Materna de 1981, algunas resoluciones posteriores de la Asamblea Mundial de la Salud, y el Convenio y la Recomendación sobre la Protección de la Maternidad de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de 2000. Estos marcos reglamentarios internacionales se utilizaron para persuadir a los legisladores de la necesidad de proteger los derechos de las madres y sus bebés con respecto a la nutrición y la lactancia materna. También se llamó la atención sobre las obligaciones del Gobierno en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño, que se refiere a la lactancia materna concretamente en el artículo 24.

Durante las reuniones consultivas regionales y provinciales, los 200 miembros de la Asamblea Nacional y los asesores de política de las oficinas parlamentarias de las provincias recibieron información sobre la legislación propuesta. Los participantes debatieron la evidencia científica sobre la lactancia materna, las normas internacionales y las dificultades socioeconómicas para el cumplimiento de dichas normas.

Los participantes también se enteraron de que los sucedáneos de la leche materna son susceptibles a la contaminación y de que su elaboración no está exenta de errores, todo lo cual aumenta los casos de enfermedad y la mortalidad infantil.

Las labores de promoción surtieron efecto. El 21 de junio de 2012, la Asamblea Nacional aprobó una ley que prohíbe hacer publicidad a la leche maternizada para los niños menores de 24 meses. Asimismo, por abrumadora mayoría se aprobó la ampliación de cuatro a seis meses de una disposición del Código del Trabajo sobre licencia de maternidad remunerada. Estas dos normas fueron aprobadas por una votación superior al 90%.

Entre las estrategias que ayudaron a Viet Nam a conseguir estos resultados se cuentan las siguientes:

- La identificación de aliados operacionales clave y de sus ventajas comparativas para influir en el diálogo sobre políticas y la generación de evidencias.
- La recopilación de información sobre los interesados para identificar a los homólogos más importantes: el Ministerio de Salud; el Ministerio del Trabajo, Personas con Discapacidad y Asuntos Sociales; la Unión de Mujeres; la Confederación General del Trabajo; y el Instituto de Estudios Legislativos.
- La supervisión de los progresos y de la situación actual de los homólogos, incluyendo actualizaciones diarias previas a la aprobación de la ley, lo que contribuyó a tomar acciones oportunas.
- Una preparación detallada de los materiales de promoción basados en información objetiva para ilustrar el problema; explicación de las nocivas consecuencias sanitarias, sociales y económicas para las personas, las familias, las comunidades y la totalidad del país; y facilitación de información sobre soluciones regulatorias en el contexto de los instrumentos aprobados internacionalmente.
- La promoción cara a cara con los homólogos y el suministro permanente de mensajes, evidencias y estadísticas en apoyo de las medidas recomendadas.

El proceso tuvo momentos difíciles. Algunos miembros de la Asamblea Nacional y otros interesados tuvieron dudas acerca de la conveniencia de ampliar la prohibición relacionada con la publicidad, cuando grupos de presión plantearon la posibilidad de que esa medida podría violar el derecho mercantil internacional. Los aliados respondieron con pruebas de que era perfectamente compatible con las reglas del comercio mundial. Además, afirmaron que adoptar las medidas propuestas permitiría al país cumplir las obligaciones contraídas en virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño. Por otra parte, proporcionaron evidencias de un ejercicio de supervisión que mostraban las perjudiciales prácticas comerciales que se estaban empleando, el impacto sobre el desarrollo de los niños, y el retraso del país en comparación con el resto del mundo en términos de protección, promoción y apoyo a la lactancia materna.

Otro obstáculo era la suposición de que los empleadores, e incluso las mismas mujeres trabajadoras, no deseaban que se ampliara la licencia de maternidad. Este asunto se abordó mediante una encuesta de la Confederación General del Trabajo, según la cual un 80% de los empleadores y casi un 90% de las

mujeres trabajadoras estaban de acuerdo con la licencia de maternidad remunerada de seis meses. El Gobierno confirmó que había suficientes recursos para cubrir el costo. Además de los resultados de la encuesta, se dieron a conocer estimaciones según las cuales mejorar las prácticas de amamantamiento repercutiría positivamente en la futura salud de los niños, permitiendo a Viet Nam ahorrar millones de dólares a largo plazo en costos de atención médica.

### El camino hacia adelante

Los siguientes pasos incluyen supervisar el cumplimiento de esta nueva legislación y educar a las madres y a las comunidades sobre la importancia de amamantar a sus bebés, y especialmente la importancia de la lactancia exclusiva durante los seis primeros meses de vida. Los aliados apoyarán al Gobierno de Viet Nam en la difusión de información y el fomento de las capacidades de los interesados más importantes; por ejemplo, los trabajadores de la salud. También se asegurarán de que en todos los centros de atención primaria de la salud se ofrezca asesoramiento especializado y apoyo a la lactancia, de manera que todas las madres tengan acceso a estos servicios cerca de sus hogares. ■





## EL NUEVO PANORAMA DE LAS ASOCIACIONES MUNDIALES

Existe un creciente reconocimiento de que mejorar la nutrición –particularmente la de los niños, las niñas y las mujeres– es definitivo para disminuir la pobreza, promover un desarrollo social y económico sostenible y reducir las desigualdades. La existencia de soluciones y la formación de nuevas asociaciones comprometidas a adoptar medidas han desembocado en una oportunidad sin precedentes para abordar la desnutrición infantil con acciones intersectoriales, basadas en pruebas empíricas y dirigidas por los países. En este informe no se examinan todas estas asociaciones; más bien, se ponen de relieve dos iniciativas en las cuales UNICEF desempeña una función determinante.

### Iniciativa SUN para el fomento de la nutrición

La Iniciativa SUN para el Fomento de la Nutrición (Scaling Up Nutrition), que se puso en marcha en 2010, cataliza los esfuerzos tendientes a generar un compromiso nacional para acelerar los progresos hacia la reducción de la desnutrición y el retraso en el crecimiento. Desarrolla su labor aplicando intervenciones nutricionales fundamentadas en pruebas e incorporando objetivos relacionados con la nutrición en diversos sectores –como salud, protección social, alivio de la pobreza, desarrollo nacional y agricultura–, centrándose en la ventana de oportunidad de los 1.000 días críticos que abarcan el embarazo y los primeros dos años de vida del niño.

Más de 30 países ya forman parte de la Iniciativa SUN para el Fomento de la Nutrición y están trabajando con múltiples interesados para ampliar la escala de sus programas nutricionales, con apoyo de países donantes, organismos de las Naciones Unidas, la sociedad civil y el sector privado. Trabajando hombro a hombro, las partes interesadas apoyan a los países en sus esfuerzos por intensificar las intervenciones en materia de nutrición, facilitar el acceso a los recursos financieros y técnicos, y mejorar la coordinación tanto de las actividades

concretas sobre nutrición como de los enfoques que tienen en cuenta este tema. La Iniciativa SUN se centra en las iniciativas a corto plazo (al reconocer el papel crucial que desempeña la nutrición en el mejoramiento de la salud de las madres y los niños) y también a largo plazo (al sentar las bases para un futuro más saludable y próspero, y generar capacidad de resistencia para las épocas de crisis).

El Secretario General de las Naciones Unidas estableció en 2012 el Grupo Directivo de la Iniciativa SUN para el Fomento de la Nutrición, con el propósito de mejorar la coherencia, facilitar la supervisión estratégica, mejorar la movilización de los recursos y asegurar la rendición de cuentas colectiva. Los miembros del Grupo Directivo son dirigentes de alto nivel que representan a los diversos aliados que participan en la iniciativa, incluyendo jefes de Estado, donantes, empresas, la sociedad civil y el sistema de las Naciones Unidas. En septiembre de 2012, el Grupo Directivo acordó una nueva estrategia con metas concretas y medibles para los siguientes dos a tres años. Será preciso redoblar los esfuerzos para lograr que más países se vinculen a la Iniciativa SUN, ya que únicamente 5 de cada 10 países con las mayores tasas de retraso en el crecimiento forman parte de ella.

## Iniciativa REACH

Un asociado clave de la Iniciativa SUN para el Fomento de la Nutrición es REACH –Renewed Efforts Against Child Hunger and Undernutrition, o Iniciativas Renovadas contra el Hambre Infantil–, una iniciativa en virtud de la cual el Programa Mundial de Alimentos (PMA), UNICEF, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han asumido compromisos. La Iniciativa REACH ayuda a coordinar múltiples organismos y gobiernos –incluyendo ministerios de salud, agricultura, educación y finanzas–, que se encargan de la formulación y la aplicación de políticas y programas nacionales sobre desnutrición infantil.

La Iniciativa REACH está aumentando la atención que se presta al fortalecimiento de la gestión y la gobernanza en la esfera de la nutrición, al tiempo que apoya medidas multisectoriales relativas a la nutrición, incluyendo

enfoques programáticos que tienen en cuenta esta cuestión. Lo anterior es acorde con la Iniciativa SUN, que ha recalcado la necesidad de que el desarrollo sea sensible a la nutrición. Los donantes y otros aliados consideran que la Iniciativa REACH es un valioso mecanismo de coordinación y creación de capacidad para la integración de la gestión y la gobernanza, al igual que un recurso definitivo para apoyar la Iniciativa SUN en los países.

La Iniciativa REACH opera actualmente en 13 países: Bangladesh, Etiopía, Ghana, Malí, Mauritania, Mozambique, Nepal, el Níger, la República Democrática Popular Lao, la República Unida de Tanzania, Rwanda, Sierra Leona y Uganda. Trabajando en sinergia, las iniciativas REACH y SUN ayudan, por ejemplo, a planificar la aplicación de la política alimentaria y nutricional de Sierra Leona, y catalizan el establecimiento de una alianza de la sociedad civil para la Iniciativa SUN en Bangladesh.

### RECUADRO 5 Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – Programa conjunto en favor de la niñez, la seguridad alimentaria y la nutrición

El Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se estableció en 2007 tras un acuerdo entre el Gobierno de España y el sistema de las Naciones Unidas. Su finalidad era acelerar los progresos hacia la consecución de los ODM, fundamentalmente prestando apoyo a 130 programas conjuntos en 50 países en esferas temáticas correspondientes a dichos Objetivos. En los programas del Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio se hace hincapié en el concepto de “asociación”; en otras palabras, lograr que múltiples organismos de las Naciones Unidas participen en pie de igualdad en programas conjuntos a nivel de país, en cumplimiento de lo dispuesto por el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

UNICEF es el principal organismo convocante en los ámbitos de la niñez, la seguridad alimentaria y la nutrición, con 24 programas conjuntos. Con cada uno de estos programas se ha tratado de estimular la innovación, aprovechando las fortalezas y los conocimientos especializados de los

aliados, y alentado a todos a centrarse en el logro de resultados sólidos y equitativos.

Por ejemplo, a través de múltiples actividades, diversos organismos de las Naciones Unidas y aliados nacionales están trabajando en Timor-Leste para mejorar las prácticas de alimentación complementaria. Entre esas actividades están el cultivo de huertos caseros y la acuicultura, con los que se busca facilitar el acceso a distintos alimentos disponibles localmente y generar ingresos; las demostraciones culinarias para que las madres aprendan a preparar alimentos nutritivos en condiciones seguras; y los grupos de apoyo a las madres para reforzar sus conocimientos sobre prácticas seguras de alimentación de los lactantes y los niños pequeños.

En Mauritania, el programa conjunto está fortaleciendo la capacidad de los funcionarios gubernamentales y otros interesados para coordinar la adopción de políticas multisectoriales sobre nutrición y seguridad alimentaria. El programa se diseñó luego de un análisis conjunto dirigido por

la Iniciativa REACH y sus aliados, aprovechando las experiencias previas del país en la ejecución de programas conjuntos. Un aspecto innovador de este programa es la creación de un mecanismo flexible de coordinación operacional a nivel nacional, regional y local. En el plano local, la aplicación descentralizada ha posibilitado la experimentación con diferentes mecanismos de coordinación. Grupos de trabajo sobre seguridad nutricional y alimentaria colaboran con las comunidades en la coordinación de actividades para poner freno a la desnutrición. Conforme a los primeros resultados, estos mecanismos han mejorado la efectividad de los programas conjuntos y alentado la implicación de las comunidades locales. También han servido de plataforma para responder de un modo flexible a las condiciones locales.

La labor de todos los programas conjuntos se ajusta a las prioridades nacionales y recibe apoyo de asociaciones inclusivas, lo que contribuye a garantizar su pertinencia y sostenibilidad.



## EL CAMINO HACIA ADELANTE

En los últimos años, el interés nacional y mundial en la nutrición ha aumentado considerablemente. Hay un número de razones que explican este nuevo fenómeno.

La repetida escasez de alimentos, el aumento de los precios de los alimentos y las crisis humanitarias en algunas regiones han atraído la atención mundial. El debate sobre el cambio climático y el enfoque en el aumento de la capacidad de resistencia de las comunidades amenazadas también han acrecentado la atención en la nutrición. En el otro extremo del espectro, el incremento en el número de las personas que luchan contra el sobrepeso y la obesidad es más evidente que nunca.

Las pruebas disponibles son cada vez más convincentes sobre las consecuencias perjudiciales de las carencias de micronutrientes y las repercusiones positivas de la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria adecuada para la edad adulta y la próxima generación. Al mismo tiempo, ha mejorado la evidencia sobre la eficacia de los enfoques de los programas para curar trastornos tales como la desnutrición grave aguda mediante el uso de alimentos terapéuticos listos para utilizar, y de la carencia de hierro y ácido fólico mediante el enriquecimiento de la harina de trigo, así como sobre la viabilidad de la aplicación de estos programas a una mayor escala.

El conocimiento y la comprensión en el ámbito científico también han mejorado con respecto a los vínculos entre el retraso en el crecimiento y el aumento de peso rápido y desproporcionado en la primera infancia. Esto ha dado como resultado un cambio en la respuesta. Anteriormente, la atención se centraba en las medidas para reducir la prevalencia de la insuficiencia ponderal entre los niños menores de 5 años, un indicador del ODM 1. Ahora se está desplazando hacia la prevención de la desnutrición durante el período que transcurre desde el embarazo hasta los 2 años de edad.

La evidencia científica sobre la mejora del impacto de las intervenciones ha mejorado la tarea de la promoción para posicionar la nutrición como una buena inversión para reducir la pobreza e impulsar el desarrollo social y económico.

La comunidad internacional dedicada a la nutrición ha estado utilizando de forma unificada el movimiento *Scaling Up Nutrition* (SUN) para promover con éxito la reducción del retraso en el crecimiento, de la desnutrición aguda y de las carencias de micronutrientes. Este mensaje ha sido escuchado y repetido por otras iniciativas y en otros canales, incluido el Reto del Hambre Cero, del Secretario General, la iniciativa 1.000 días y las conclusiones del Grupo de Expertos del Consenso de Copenhague de 2012 sobre la importancia de que la desnutrición sea la máxima prioridad para los responsables políticos y los filántropos. El G8 también ha incluido medidas para abordar en su temario las formas de retraso en el crecimiento y de otro tipo de desnutrición.

A finales de 2012, el mensaje de SUN había inducido a más de 30 países de África, Asia y América Latina a ampliar sus programas de nutrición, con el apoyo de una amplia gama de organizaciones y, en muchos casos, de la comunidad de donantes. Este es probablemente el indicio más claro del creciente interés en la lucha contra el retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición. Es crucial mantener este impulso y aumentar aún más el nivel de interés y motivación.

¿Cómo es posible lograrlo? Mostrando que lograr resultados en un futuro previsible no sólo es posible, sino que se puede alcanzar de manera realista. El informe *Seguimiento de los progresos en la nutrición de los niños y las madres de 2009* mostró que había evidencias científicas que apoyan una serie de intervenciones para mejorar el estado nutricional. Este informe actual va más allá, y demuestra que ya existen los enfoques programáticos y la experiencia necesarios para implementar estas intervenciones a escala, y que el estado nutricional de las poblaciones puede mejorar significativamente como resultado de ello. Un número de determinantes comunes son la base para aplicar con éxito los ejemplos descritos en el Capítulo 5. Estos incluyen el compromiso político de reducir las formas retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición; el diseño y la implementación de una política nacional integral y eficaz, y de programas basados en un análisis sólido de la situación; la presencia de trabajadores comunitarios capacitados y cualificados que colaboren con las comunidades; la comunicación y la promoción eficaces; y una prestación multisectorial de servicios.

Estas y otras experiencias positivas deben ser utilizadas de forma uniforme y constante para realizar tareas de promoción con los encargados de formular políticas y de tomar decisiones, especialmente aquellos que no están familiarizados con la nutrición y su importancia para la salud y el desarrollo. Las actividades de promoción han demostrado su eficacia en los últimos años, pero se necesita trabajar más para mantener el interés y la motivación de los gobiernos, y especialmente para mantener los compromisos presupuestarios y la ampliación de los programas. Las iniciativas mundiales deberían desempeñar un papel importante en este esfuerzo para mantener la nutrición en el centro de atención.

En muchos países se necesita una gama más amplia de intervenciones para hacer frente al retraso en el crecimiento y otros indicadores de la nutrición. La nutrición materna tiene grandes repercusiones sobre el estado nutricional infantil y no se están llevando a cabo suficientes intervenciones para mejorar la escala de la nutrición materna en los países. Muchos países cuentan con un programa oficial de enriquecimiento de los alimentos con hierro y con ácido para las mujeres embarazadas, pero en la mayoría de los casos su aplicación no es óptima. También hay otras opciones de eficacia probada que no se están utilizando al máximo, como la administración de suplementos múltiples de micronutrientes, la mejora de la ingesta de nutrientes utilizando alimentos disponibles localmente, la provisión de suplementos alimenticios cuando sea necesario, y la eliminación de parásitos.

Los programas para mejorar la alimentación complementaria entre los niños de 6 a 24 meses también requieren una ampliación. Lo mismo puede decirse de los esfuerzos para mejorar el estado nutricional de las adolescentes. La adolescencia representa un momento oportuno y receptivo para promover comportamientos saludables de nutrición, y esta oportunidad debe aprovecharse.

Es preciso mantener la investigación para reforzar el conocimiento sobre las causas y consecuencias del retraso en el crecimiento y otras las formas de desnutrición. Se comienza a comprender ahora el impacto intergeneracional de la desnutrición, y la relación entre la incidencia de las carencias durante el embarazo y sus repercusiones sobre el desarrollo después del nacimiento, y entre el retraso en el crecimiento temprano y el sobrepeso. La investigación aplicada también es necesaria para mejorar la comprensión de los enfoques y estrategias eficaces de los programas para mejorar las prácticas de atención, reducir la desnutrición crónica infantil a través de la prevención del exceso de peso, y mejorar la distribución y uso de los alimentos y los suplementos de micronutrientes. Se ha demostrado que los suplementos basados en lípidos reducen el retraso en el crecimiento y mejoran el desarrollo infantil, pero la realización de más pruebas reforzaría la comprensión de su impacto y su posible uso en diversos grupos destinatarios, como las mujeres embarazadas, y ayudaría en el diseño de estrategias programáticas para llegar a ellos.

El retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición también están vinculados a la salud, a la disponibilidad de alimentos, al agua y saneamiento, a las prácticas culturales y a los factores sociales y políticos. Pero la evidencia sobre cómo la mejora de estos factores influye en el estado nutricional es todavía limitada. Pocos programas destinados a mejorar estos factores tienen el objetivo conjunto de mejorar la nutrición de mujeres y niños, por lo que el estado nutricional rara vez se utiliza como indicador para medir su éxito. Como resultado, la información sobre su rentabilidad es escasa.

Este informe señala la importancia de la seguridad alimentaria de las familias para lograr una nutrición óptima, pero la base limitada de pruebas acerca de las repercusiones de las intervenciones agrícolas sobre la nutrición infantil pone de manifiesto la necesidad de seguir trabajando en esta esfera. Del mismo modo, se necesita más documentación sobre el impacto de los programas de protección social para mejorar la efectividad de esta intervención. Estas cuestiones son de especial importancia en los países que sufren una



escasez repetida de alimentos y que necesitan aumentar la capacidad de resistencia ante estos problemas para evitar las tragedias que requieren que un gran número de niños y niñas tengan que recibir tratamiento por desnutrición aguda grave.

Ahora que muchos países están ampliando los programas de nutrición, es importante asegurar el uso óptimo de los recursos y lograr resultados con rapidez. Si los programas no logran los progresos necesarios, es preciso adaptar rápidamente las estrategias. Esto requiere un sistema de seguimiento para evaluar si los estrangulamientos que obstaculizan la efectividad del programa se abordan con eficacia y si la recopilación de información se realiza en tiempo real en lugar de basarse en datos de encuestas de hogares a gran escala, que se recopilan de forma intermitente.

Una mayor utilización de una tecnología innovadora tiene el potencial de transformar la cobertura y eficacia del programa. En algunos países, el uso de teléfonos móviles para enviar mensajes de forma rápida ha mejorado los programas en términos de disponibilidad

de suministros, aceptación del servicio, compromiso con la comunidad y la calidad de la supervisión. Una aplicación mucho más amplia es posible. Hay posibilidades muy interesantes para explorar, especialmente cuando se combinan con las intervenciones de los trabajadores de la comunidad.

Las pruebas sobre los efectos del retraso en el crecimiento y otras formas de desnutrición sobre la supervivencia, el desarrollo individual y nacional, y la salud a largo plazo son irrefutables. Mientras el mundo debate el programa del desarrollo para después de 2015, está claro que la prevención y el tratamiento de la desnutrición debe ser uno de los elementos centrales. Las pruebas presentadas en este informe, el impulso en torno a la lucha contra el problema, los éxitos ya alcanzados y las repercusiones sobre el programa para la reducción equitativa y sostenible de la pobreza muestran que la mejora de la nutrición del niño y de la madre es a la vez factible e imprescindible para alcanzar el progreso mundial.





# REFERENCIAS

## Capítulo 2

- 1 Programación biológica se refiere al proceso mediante el cual la exposición a un estímulo o trauma durante un período crítico de desarrollo puede cambiar la predisposición a que se desarrolle la enfermedad, con consecuencias a largo plazo.
- 2 Victora, Cesar G., et al., 'Worldwide Timing of Growth Faltering: Revisiting implications for interventions', *Pediatrics*, vol. 125, no. 3, 1 de febrero de 2010, pág. e473.
- 3 Walker, Susan P., et al., 'Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development', *Lancet*, vol. 378, no. 9799, 8 de octubre de 2011, págs. 1328, 1334.
- 4 Özaltın, Emre, Kenneth Hill y S. V. Subramanian, 'Association of maternal stature with offspring mortality, underweight, and stunting in low- to middle-income countries', *JAMA*, vol. 303, no. 15, 21 de abril de 2010, págs. 1507-1516.
- 5 Lawn, Joy E., Simon Cousens y Jelka Zupan, '4 Million Neonatal Deaths: When? Where? Why?', *Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5 de marzo de 2005, pág. 347.
- 6 Base mundial de datos de UNICEF, 2012.
- 7 Black, Robert E., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Global and regional exposures and health consequences', *Lancet*, vol. 371, no. 9608, 19 de enero de 2008, págs. 243-260. Véase especialmente la tabla 2.
- 8 Victora, Cesar G., et al., 'Maternal and Child Undernutrition: Consequences for adult health and human capital', *Lancet*, vol. 371, no. 9609, 26 de enero de 2008, pág. 340; Almond, Douglas, y Janet Currie, 'Human Capital Development before Age Five', *Handbook of Labor Economics*, vol. 4B, 2011, págs. 1315-1486; Martorell, Reynaldo, et al., 'The Nutrition Intervention Improved Adult Human Capital and Economic Productivity', *Journal of Nutrition*, vol. 140, no. 2, febrero de 2010, págs. 411-414.
- 9 Dewey, Kathryn G., y K. Begum, 'Long-term Consequences of Stunting in Early Life', *Maternal and Child Nutrition*, vol. 7, octubre de 2011, págs. 5-18; Grantham-McGregor, S., et al., 'Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries', *Lancet*, vol. 369, no. 9555, 6 de enero de 2007, pág. 65.
- 10 Martorell, Reynaldo, et al., 'Weight Gain in the First Two Years of Life Is an Important Predictor of Schooling Outcomes in Pooled Analyses from Five Birth Cohorts from Low- and Middle-Income Countries', *Journal of Nutrition*, vol. 140, no. 2, febrero de 2010, págs. 348-354.
- 11 Grantham-McGregor, S., et al., 'Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries', *Lancet*, vol. 369, no. 9555, 6 de enero de 2007, pág. 67.
- 12 Cusick, Sarah E., y Michael K. Georgieff, 'Nutrient Supplementation and Neurodevelopment: Timing Is the Key', *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, vol. 166, no. 5, mayo de 2012, págs. 481-482.
- 13 Martorell, Reynaldo, et al., 'Weight Gain in the First Two Years of Life Is an Important Predictor of Schooling Outcomes in Pooled Analyses from Five Birth Cohorts from Low- and Middle-Income Countries', págs. 348-354.
- 14 Lien, Nguyen M., Knarik K. Meyer y Myron Winick, 'Early Malnutrition and "Late" Adoption: A study of their effects on the development of Korean orphans adopted into American families', *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 30, no. 10, octubre de 1977, págs. 1738-1739.
- 15 Stoch, Mavis B., y P. M. Smythe, '15-year Developmental Study on Effects of Severe Undernutrition During Infancy on Subsequent Physical Growth and Intellectual Functioning', *Archives of Disease in Childhood*, vol. 51, no. 327, 1976, págs. 332-333.
- 16 Uauy, Ricardo, Juliana Kain y Camila Corvalán, 'How Can the Developmental Origin of Health and Disease [DOHAD] Hypothesis Contribute to Improving Health in Developing Countries?' *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 94, no. 6 (Suppl.), 4 de mayo de 2011, pág. 1759S; Norris, Shane, et al., 'Size at Birth, Weight Gain in Infancy and Childhood, and Adult Diabetes Risk in Five Low and Middle Income Country Birth Cohorts', *Diabetes Care*, vol. 35, no. 1, 18 de noviembre de 2011, págs. 72-79; Barker, David J. P., 'Maternal Nutrition, Fetal Nutrition, and Disease in Later Life', *Nutrition*, vol. 13, no. 9, septiembre de 1997, págs. 807-813.

- 17 Wells, Jonathan C. K., et al., 'Associations of Intrauterine and Postnatal Weight and Length Gains with Adolescent Body Composition: Prospective birth cohort study from Brazil', *Journal of Adolescent Health*, vol. 51, no. 6, diciembre de 2012, págs. S58-S64; Kuzawa, Christopher W., et al., 'Birth Weight, Postnatal Weight Gain, and Adult Body Composition in Five Low and Middle Income Countries', *American Journal of Human Biology*, vol. 24, no. 1, enero-febrero de 2012, pág. S62.
- 18 Black et al., 'Maternal and Child Undernutrition', págs. 243-260.

## Capítulo 3

- 19 Los valores de los indicadores antropométricos se calcularon utilizando el patrón de crecimiento de la OMS. Las fuentes de los datos son las encuestas de hogares representativas a nivel nacional, tales como las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), que reciben apoyo de UNICEF, las Encuestas de Demografía y Salud (DHS), que reciben apoyo de USAID, y otras encuestas nacionales.
- 20 Las estimaciones mundiales y regionales que figuran en este capítulo reflejan las estimaciones conjuntas de la desnutrición infantil del análisis de la base conjunta mundial de datos de nutrición de 1990-2011 de UNICEF, la OMS, el Banco Mundial. Los datos presentados aquí reemplazan los datos históricos pertinentes publicados por UNICEF y la OMS. Otros detalles de la metodología armonizada están disponibles en <[www.childinfo.org/malnutrition.html](http://www.childinfo.org/malnutrition.html)>.
- 21 Base mundial de datos sobre nutrición de UNICEF, 2012.

## Capítulo 4

- 22 Walker, Susan P., et al., 'Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development', *Lancet*, vol. 378, no. 9799, 8 de octubre de 2011, págs. 1325-1338.
- 23 Fall, Caroline H. D., et al., 'Multiple Micronutrient Supplementation during Pregnancy in Low-income Countries: A meta-analysis of effects on birth size and length of gestation', supplement, *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 30, no. S 4, 2009, págs. 533-546.
- 24 Imdad, Aamer, y Zulfiqar A. Bhutta, 'Maternal Nutrition and Birth Outcomes: Effect of balanced protein-energy supplementation', *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 26, no. s1, julio de 2012, págs. 178-190.
- 25 Chaparro, Camila M., y Kathryn G. Dewey, 'Use of Lipid-based Nutrient Supplements (LNS) to Improve the Nutrient Adequacy of General Food Distribution Rations for Vulnerable Sub-groups in Emergency Settings', *Maternal and Child Nutrition*, vol. 6, enero de 2010, págs. 1-69.
- 26 Base mundial de datos de UNICEF, 2012.
- 27 Jones, Gareth, et al., 'How Many Child Deaths Can We Prevent This Year?', *Lancet*, vol. 362, no. 9377, 5 de julio de 2003, págs. 65-71.
- 28 Kramer, Michael S., et al., 'Breastfeeding and Child Cognitive Development: New evidence from a large randomized trial', *Archives of General Psychiatry*, vol. 65, no. 5, mayo de 2008, pág. 578.
- 29 Fall, Caroline H. D., et al., 'Infant-feeding Patterns and Cardiovascular Risk Factors in Young Adulthood: Data from five cohorts in low- and middle-income countries', *International Journal of Epidemiology*, vol. 40, no. 1, febrero de 2011, págs. 47-62.
- 30 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Infant and Young Child Feeding Programming Status: Results of 2010-2011 assessment of key actions for comprehensive infant and young child feeding programmes in 65 countries*, UNICEF, Nueva York, abril de 2012.
- 31 Mullany, Luke., et al., 'Breastfeeding Patterns, Time to Initiation and Mortality Risk among Newborns in Southern Nepal', *Journal of Nutrition*, vol. 138, no. 3, marzo de 2008, págs. 599-603; Edmond, Karen M., et al., 'Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality', *Pediatrics*, vol. 117, no. 3, 1 de marzo de 2006, págs. e380-e386.
- 32 Base mundial de datos sobre nutrición de UNICEF, 2012.
- 33 Black et al., 'Maternal and Child Undernutrition', págs. 243-260.
- 34 *Ibid.*
- 35 Dewey, Kathryn G., et al., 'Effects of Age of Introduction of Complementary Foods on Iron Status of Breast-fed Infants in Honduras', *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 67, no. 5,

- mayo de 1998, págs. 878–884; Arpadi, Stephen, et al., 'Growth Faltering due to Breastfeeding Cessation in Uninfected Children Born to HIV-infected Mothers in Zambia', agosto de 2009, págs. 344–353.
- 36 Base mundial de datos sobre nutrición de UNICEF, 2012.
- 37 Base mundial de datos sobre nutrición de UNICEF, 2012, análisis de subconjunto de 50 países con datos de tendencias disponibles.
- 38 Bhutta Zulfiqar A., et al., 'What Works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival', *Lancet*, vol. 371, no. 9610, 2 de febrero de 2008, págs. 417–440.
- 39 Dewey, Kathryn G., y Seth Adu-Afarwuah, 'Systematic Review of the Efficacy and Effectiveness of Complementary Feeding Interventions in Developing Countries', *Maternal and Child Nutrition*, vol. 4, 14 de febrero de 2008, págs. 24–85; Avula, Rasmi, et al., 'Enhancements to Nutrition Program in Indian Integrated Child Development Services Increased Growth and Energy Intake of Children', *Journal of Nutrition*, vol. 141, no. 4, 1 de abril de 2011, págs. 680–684.
- 40 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Programming Guide, Infant and Young Child Feeding*, UNICEF, Nueva York, junio de 2012.
- 41 Dewey, Kathryn G., 'Complementary Feeding', in *Encyclopedia of Human Nutrition*, edited by B. Caballero, L. Allen y A. Prentice, Elsevier Ltd., Amsterdam, 2005, págs. 465–470.
- 42 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 'Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child', OPS/OMS, Washington, D.C., 2003; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Programming Guide, Infant and Young Child Feeding', UNICEF, Nueva York, junio de 2012.
- 43 Organización Mundial de la Salud, 'Global Prevalence of Vitamin A Deficiency in Populations at Risk: WHO global database on vitamin A deficiency', OMS, Ginebra, 2009.
- 44 Benoist, Bruno de, et al., 'Worldwide Prevalence of Anaemia 1993–2005: WHO global database on anaemia', OMS, Ginebra, 2008.
- 45 De los 18 países analizados con datos disponibles desde 2005, el porcentaje de mujeres que denunciaban el uso de hierro y ácido fólico durante más de 90 días fue de menos del 50% en 17 países.
- 46 Base mundial de datos de UNICEF, 2012, sobre la base de 54 países que informan sobre estimaciones nacionales de yodación de la sal en el hogar de al menos 15ppm, 2007 – 2011.
- 47 Dewey, Kathryn G., Zhenyu Yang y Erick Boy, 'Systematic Review and Meta-analysis of Home Fortification of Complementary Foods', *Maternal and Child Nutrition*, vol. 5, no. 4, octubre de 2009, págs. 283–321.
- 48 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos, *Global Assessment of Home Fortification Interventions, 2011*, Home Fortification Technical Advisory Group, Ginebra 2012.
- 49 Flour Fortification Initiative, <[www.ffinetwork.org/global\\_progress/index.php](http://www.ffinetwork.org/global_progress/index.php)>, consultado el 8 de enero de 2012.
- 50 Black et al., 'Maternal and Child Undernutrition', págs. 243–260.
- 51 Richard, Stephanie A., et al., 'Wasting Is Associated with Stunting in Early Childhood', *Journal of Nutrition*, vol. 142, no. 7, 1 de julio de 2012, págs. 1291–1296.
- 52 Organización Mundial de la Salud/Programa Mundial de Alimentos/Comité Permanente sobre Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas Nutrición/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Community-Based Management of Severe Acute Malnutrition: A joint statement by the World Health Organization, the World Food Programme, the United Nations System Standing Committee on Nutrition and the United Nations Children's Fund*, mayo de 2007.
- 53 Proyecto Esfera, *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response*, Belmont Press, Northampton, Reino Unido, 2011.
- 54 Sección de Nutrición de UNICEF, Actualización mundial de la desnutrición grave aguda, 2012.
- 55 Humphrey, Jean H., 'Child Undernutrition, Tropical Enteropathy, Toilets, and Handwashing', *Lancet*, vol. 374, 19 de septiembre de 2009, págs. 1032–1035; Dangour, A. D., et al., 'Interventions to Improve Water Quality and Supply, Sanitation and Hygiene Practices, and Their Effects on the Nutritional Status of Children (Protocol)', *The Cochrane Library* 2011, Número 10.
- 56 Guerrant, Richard L., et al., 'Malnutrition as an Enteric Infectious Disease with Long-term Effects on Child Development', Article first published online: 22 de agosto de 2008. DOI: 10.1111/j.1753-4887.2008.00082.x.
- 57 International Food Policy Research Institute, 'Leveraging Agriculture for Improving Nutrition and Health', IFPRI, New Delhi, 2011; Herforth, Anna., 'Synthesis of Guiding Principles on Agriculture Programming for Nutrition', Borrador, septiembre de 2012, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, Roma; Hodinott, John., 'Agriculture, Health, and Nutrition: Toward conceptualizing the linkages', documento presentado en la Conferencia de Nueva Delhi de 2020, India, 10–12 de febrero de 2011; Hawkes, Corrina, R. Turner y J. Waage, 'Current and Planned Research on Agriculture for Improved Nutrition: A mapping and a gap analysis', Department for International Development, Londres, agosto de 2012.
- 58 Girard, Amy Webb, et al., 'The Effects of Household Food Production Strategies on the Health and Nutrition Outcomes of Women and Young Children: A systematic review', *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 26, no. s1, julio de 2012, págs. 205–222.
- 59 Independent Evaluation Group (IEG), 'What Can We Learn from Nutrition Impact Evaluations?: Lessons from a review of interventions to reduce child malnutrition in developing countries', Publicaciones del Banco Mundial, Washington, D.C., julio de 2010.
- 60 Independent Evaluation Group, *ibid.*

## Capítulo 5

- 61 Estas historias de éxito se basan en documentos internos, documentos gubernamentales y la opinión de expertos proporcionados por las oficinas de país de UNICEF. Otras fuentes incluyen:

**Etiopía:** Rajkumar, Andrew S., Christopher Gaukler y Jessica Tilahun, 'Combating Malnutrition in Ethiopia: An evidence-based approach for sustained results', Africa Human Development Series, Banco Mundial, Washington, D.C., 2012; y Gilligan, Daniel O., et al., 'The Impact of Ethiopia Productive Safety Net Programme and its Linkages', Mimeo, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., diciembre de 2008.

**Nepal:** Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional y Gobierno del Nepal, 'An Analytical Report on National Survey of Female Community Health Volunteers of Nepal', USAID y Gobierno del Nepal, Katmandu, 2007; Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 'Vitamin A Supplements for Children', Nepal Family Health Program, Technical Brief no. 2, USAID, Washington, D.C., 2007; y Thapa, Shyam, Minja Kim Choe y Robert D. Retherford, 'Effects of Vitamin A Supplementation on Child Mortality: Evidence from Nepal's 2001 Demographic and Health Survey', *Tropical Medicine & International Health*, vol. 10, no. 8, agosto de 2005, págs. 782–789.

**Perú:** Acosta, Andrés Mejía, 'Analysing Success in the Fight against Malnutrition in Peru', IDS Working Papers, vol. 2011, no. 367, mayo de 2011, págs. 2–49; y Garret, James, Lucy Basset y Alessandra Marini, 'Designing CCT Programs to Improve Nutrition Impact: Principles, Evidences and Examples', Documento de trabajo de la Iniciativa América Latina y Caribe Sin Hambre, Organización para la Agricultura y la Alimentación, Santiago, Chile, 2009.

**Sri Lanka:** Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Infant and Young Child Feeding Programme Review*, UNICEF, Nueva York, junio de 2009.

**Kirguistán:** Ministerio de Salud de la República de Kirguistán, Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades de los Estados Unidos y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Assessment of the Nutritional Status of Children 6–24 Months of Age and Their Mothers: Rural Talas Oblast, Kyrgyzstan, 2008', UNICEF, Bishkek, 2010; y Banco Mundial, 'Kyrgyz Republic Partnership: Program snapshot', Banco Mundial, Washington, D.C., octubre de 2012.

**República Unida de Tanzania:** A2Z Project y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 'Assessment of the Sustainability of the Tanzania National Vitamin A Supplementation Program', A2Z, Washington, D.C., 2008; y Helen Keller International y CIDA Vitamin A Program, 'A Review of Comprehensive Council Health Plans 2010/2011', 2012.

- Viet Nam:** Alive & Thrive, 'Maternity Leave Policy in Viet Nam: Summary report', Alive & Thrive, Ha Noi, Viet Nam, julio de 2012.
- <sup>62</sup> Grupo interinstitucional de la Naciones Unidas para las Estimaciones sobre Mortalidad Infantil, 2012.
- <sup>63</sup> Encuestas de Demografía y Salud, 2000 y 2011.
- <sup>64</sup> Base mundial de datos de UNICEF, 2012.
- <sup>65</sup> Datos del Banco Mundial, 2012.
- <sup>66</sup> Rajkumar, Andrew S., Christopher Gaukler y Jessica Tilahun, 'Combating Malnutrition in Ethiopia: An evidence-based approach for sustained results', Africa Human Development Series, Banco Mundial, Washington, D.C., 2012.
- <sup>67</sup> Berhane, Guush, et al., 'The Impact of Ethiopia's Productive Safety Nets and Household Asset Building Programme: 2006–2010', International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., diciembre de 2011; y Gilligan, Daniel O., et al., 'The Impact of Ethiopia Productive Safety Net Programme and Its Linkages', Mimeo, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., diciembre de 2008.
- <sup>68</sup> Datos proporcionados por la oficina de UNICEF en Etiopía, 2012.
- <sup>69</sup> The Last Ten Kilometres Project, 'Changes in Maternal, Newborn and Child Health in 115 Rural Woredas of Amhara, Oromia, SNNP, and Tigray Regions of Ethiopia: 2008–2010 – Findings from the L10K baseline and midterm surveys', JSI Research & Training Institute, Inc., Addis Ababa, julio de 2012.
- <sup>70</sup> Coördination Nationale de la Sécurité Alimentaire, 'Rapid Post-Earthquake Emergency Food Security Assessment', CNSA, Puerto Príncipe, marzo de 2010.
- <sup>71</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Population 'Enquête nutritionnelle anthropométrique et de mortalité retrospective chez les enfants de 6 à 59 mois dans les zones affectées par le seisme du 12 janvier 2010', Ministère de la Santé Publique et de la Population, Puerto Príncipe, 2010.
- <sup>72</sup> Programa Mundial de Alimentos, 'Haiti: One year after the 12 January earthquake' (communication fact sheet), 2011; y Family Early Warning Systems Network, 'Haiti Food Security Outlook', Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Washington, D.C., enero de 2011.
- <sup>73</sup> CNSA/MARNDR Haiti, 'Résultats de l'enquête la sécurité alimentaire EFSA III', Famine and Early Warning Systems Network, septiembre de 2010.
- <sup>74</sup> Datos proporcionados por la oficina de UNICEF en Haití, 2013.
- <sup>75</sup> Cayemittes, Michel, et al., 'Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV: Haiti – 2005–2006', Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance and Macro International, Calverton, MD, enero de 2007.
- <sup>76</sup> Ministère de la Santé Publique et de la Population, UNICEF y World Food Programme, *Rapport de l'enquête nutritionnelle nationale avec la méthodologie Smart*, Ministère de la Santé Publique et de la Population, UNICEF y WFP, Puerto Príncipe, 2012.
- <sup>77</sup> Datos proporcionados por la oficina de UNICEF en Haití, 2013.
- <sup>78</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Global SAM Management Update, consultado el 1 de octubre de 2012.
- <sup>79</sup> Ayoya, Mohamed Ag, Kate Golden, Ismael Ngnie Teta, et al., 'Protecting and Improving Breastfeeding Practices during a Major Emergency: Lessons learnt from the baby tents in Haiti' (document inédito).
- <sup>80</sup> Encuesta Nacional Familiar de la Salud, 2005–2006, y Base mundial de datos de UNICEF.
- <sup>81</sup> Basado en un nuevo análisis de la Encuesta Nacional Familiar de la Salud, 2005–2006, y los resultados de la Encuesta Amplia sobre Nutrición realizada en Maharashtra, 2012.
- <sup>82</sup> Encuesta Amplia sobre Nutrición realizada en Maharashtra, 2012.
- <sup>83</sup> Basado en un nuevo análisis de la Encuesta Nacional Familiar de la Salud, 2005–2006 y la Encuesta Amplia sobre Nutrición realizada en Maharashtra, 2012.
- <sup>84</sup> Banco Mundial, Indicadores Mundiales sobre el Desarrollo, 2012.
- <sup>85</sup> Grupo interinstitucional de las Naciones Unidas para las Estimaciones sobre Mortalidad Infantil, 2012.
- <sup>86</sup> Encuestas de Demografía y Salud, 2001 y 2011.
- <sup>87</sup> Encuestas de Demografía y Salud, 2011.
- <sup>88</sup> *ibíd.*
- <sup>89</sup> *ibíd.*
- <sup>90</sup> *ibíd.*
- <sup>91</sup> Encuestas de Demografía y Salud, 1996, 2000, 2004–2006 and 2011.
- <sup>92</sup> *ibíd.*
- <sup>93</sup> Lechtig, Aaron, et al., 'Decreasing Stunting, Anemia, and Vitamin A Deficiency in Peru: Results of the Good Start in Life Program', *Food & Nutrition Bulletin*, vol. 30, no. 1, 2009, págs. 36–48.
- <sup>94</sup> Flores, Rosa, y Carlos Rojas, 'Impact of an Intervention on Food Security: REDESA program final evaluation', CARE Perú, Lima, 2007.
- <sup>95</sup> Encuestas de Demografía y Salud, 1992 (nuevo análisis de UNICEF) and 2011.
- <sup>96</sup> Datos de 2010 de la División de Población de las Naciones Unidas (nuevo análisis de UNICEF).
- <sup>97</sup> Base mundial de datos de UNICEF, 2012.
- <sup>98</sup> Encuestas de Demografía y Salud, 2005 y 2010.
- <sup>99</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'UNICEF Humanitarian Action Update: Democratic Republic of the Congo', UNICEF, Nueva York, 4 de agosto de 2012.
- <sup>100</sup> 'Addressing a Silent and Unknown Crisis: Success in the treatment of severe acute malnutrition in the Democratic Republic of the Congo (DRC)' (documento interno proporcionado por la oficina de UNICEF en la República Democrática del Congo).
- <sup>101</sup> *ibíd.*
- <sup>102</sup> *ibíd.*
- <sup>103</sup> *ibíd.*
- <sup>104</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Global SAM Management Update, base de datos consultada el 1 de octubre de 2012; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *UNICEF Humanitarian Action Update: Democratic Republic of the Congo*, UNICEF, Nueva York, 4 de agosto de 2012, pág. 7.
- <sup>105</sup> Base mundial de datos de UNICEF, 2012.
- <sup>106</sup> Grupo interinstitucional de las Naciones Unidas para las Estimaciones sobre Mortalidad Infantil, 2012.
- <sup>107</sup> Encuesta de Demografía y Salud, 2006–2007.
- <sup>108</sup> Banco Mundial, 'Kyrgyz Republic Partnership: Program snapshot', Banco Mundial, Washington, D.C., octubre de 2012.
- <sup>109</sup> Research Institute of Obstetrics and Pediatrics (Kyrgyz Republic) y Macro International Inc., *Kyrgyz Republic Demographic and Health Survey, 1997*, Calverton, MD, 1998, págs. 128 and 132.
- <sup>110</sup> Lundeen, Elizabeth, et al., 'Daily Use of Sprinkles Micronutrient Powder for 2 Months Reduces Anemia among Children 6 to 36 Months of Age in the Kyrgyz Republic: A cluster-randomized trial', *Food & Nutrition Bulletin*, vol. 31, no. 3, septiembre de 2010, págs. 446–460.
- <sup>111</sup> Ministerio de Salud de la República de Kirguistán, *Follow-up Survey of Nutritional Status in Children 6–24 Months of Age, Talas Oblast, Kyrgyz Republic 2010*, Ministerio de Salud de la República de Kirguistán, Bishkek, 2011, pág. 11.
- <sup>112</sup> Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 'Assessment of the Sustainability of the Tanzania National Vitamin A Supplementation Program: Results of a sustainability analysis', USAID, Washington, D.C., 2008, pág. 5.
- <sup>113</sup> Base mundial de datos de UNICEF, 2012.
- <sup>114</sup> Masanja, Honorati, et al., 'Child Survival Gains in Tanzania: Analysis of data from demographic and health surveys', *Lancet*, vol. 371, no. 9620, 12 de abril de 2008, págs. 1276–1283.
- <sup>115</sup> Grupo interinstitucional de las Naciones Unidas para las Estimaciones sobre Mortalidad Infantil, 2012.
- <sup>116</sup> Base mundial de datos de UNICEF, 2012.
- <sup>117</sup> Euromonitor International, 'Global Packaged Food: Market Opportunities for Baby Food to 2013', septiembre de 2008.



# PANORAMA DE LA NUTRICIÓN

24 países con la mayor carga y la incidencia más elevada de retraso en el crecimiento



Bangladesh • Burundi • China • Etiopía • Filipinas • Guatemala • Guinea • India • Indonesia • Liberia • Madagascar • Malawi • Mozambique • Nepal • Níger • Nigeria • Pakistán • República Centroafricana • República Democrática del Congo • República Unida de Tanzania • Rwanda • Sierra Leona • Timor-Leste • Zambia



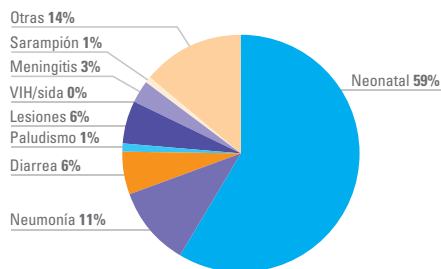
# BANGLADESH

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	150.494 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	14.427 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	3.016 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	46 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	134 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	37 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	26 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	<0,1 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	43 (2011)
PNB per cápita (EEUU\$)	770 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	88, 85 (2007)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

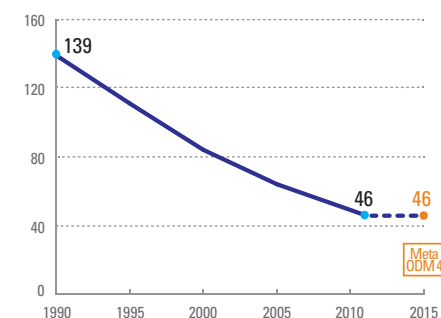
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

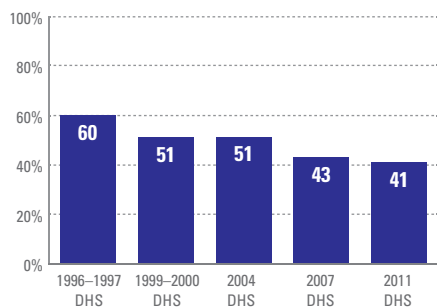
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	6
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	4

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	5.958
Emaciación (menores de 5 años, 000)	2.251
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	577

Progreso en el ODM 1	Progreso insuficiente
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	5.251
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	216

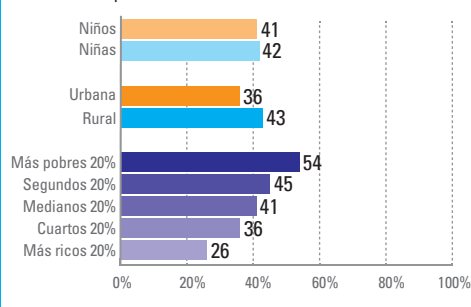
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

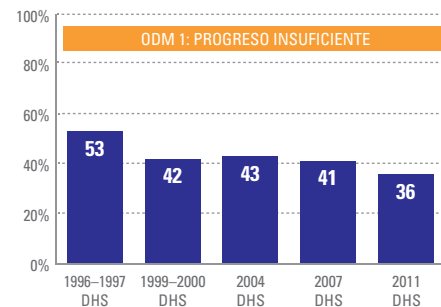
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: DHS, 2011.

### Pautas del bajo peso

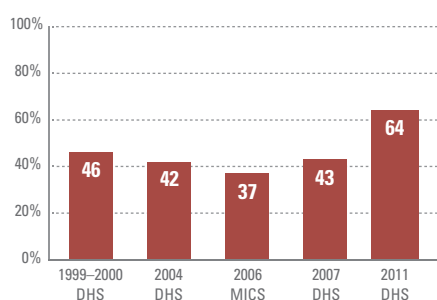
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



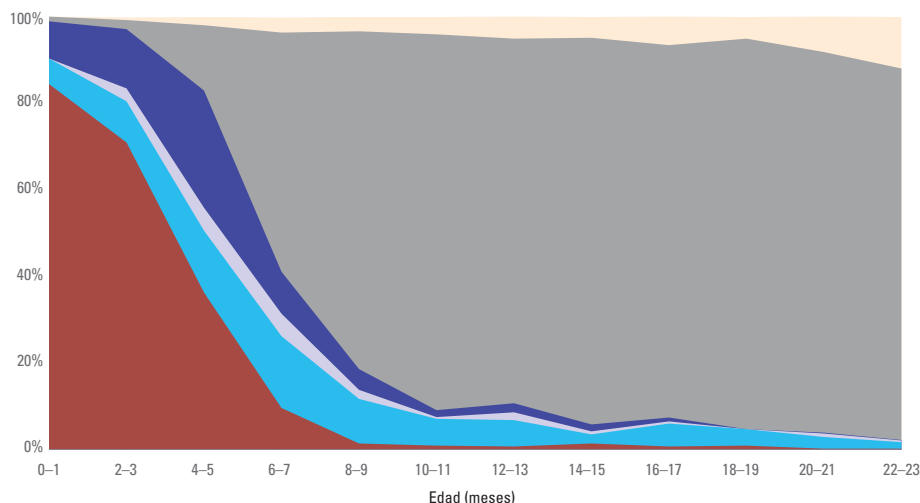
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados

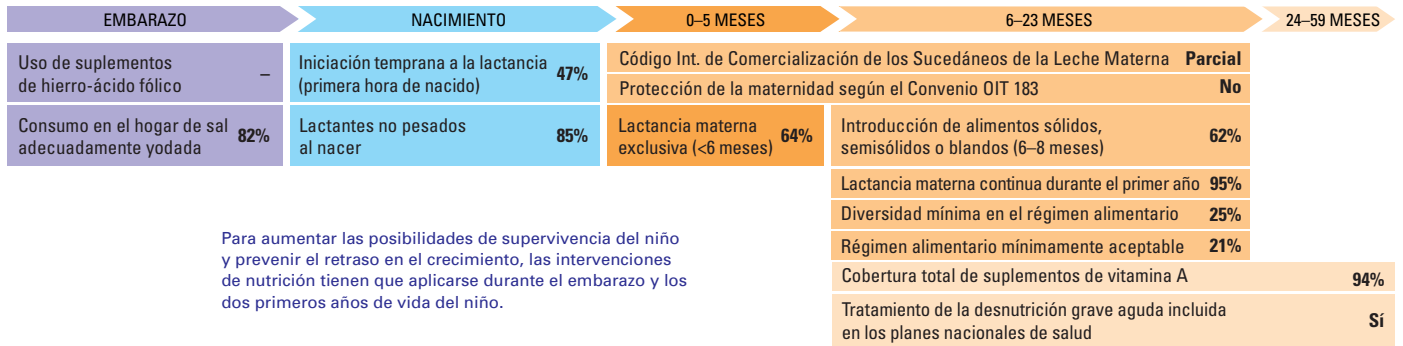


### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2011.

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

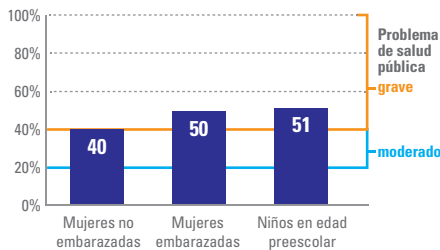


Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

### Anemia

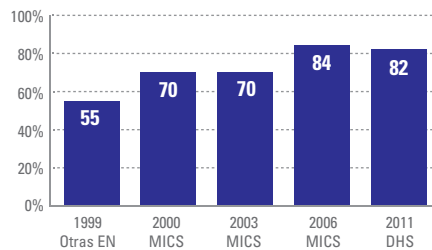
Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada



Fuente: DHS, 2011.

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

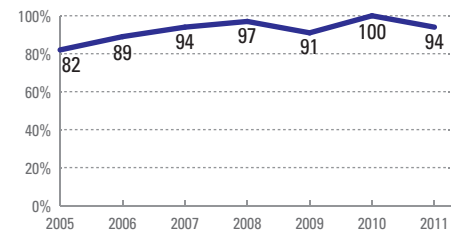
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada  
534.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

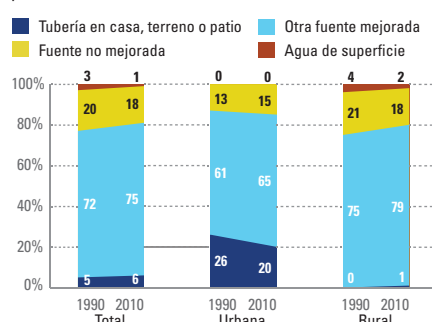
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	240	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	220	(2010)
Cifra total de muertes de madres	7.200	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	170	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	24	(2011)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	40	(2011)
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	55	(2011)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	26	(2011)
Asistente capacitado en el parto (%)	32	(2011)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	22	(2006)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	40	(2007)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

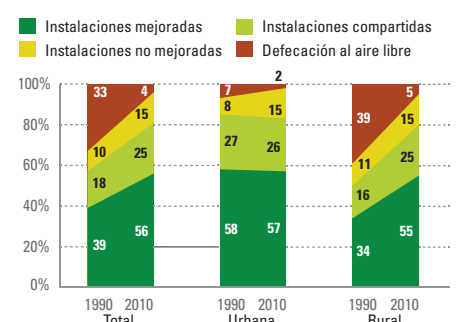
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

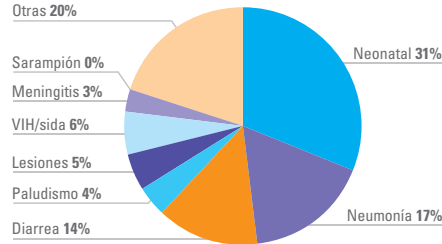
Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	41	42	1,0	36	43	0,8	54	45	41	36	26	0,5	■■■■■	DHS, 2011
Prevalencia de bajo peso (%)	34	39	0,9	28	39	0,7	50	42	36	28	21	0,4	■■■■■	DHS, 2011
Prevalencia de la emaciación (%)	16	15	1,1	14	16	0,9	18	16	18	14	12	0,7	■■■■■	DHS, 2011
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	24	-	14	28	0,5	40	30	26	20	8	0,2	■■■■■	DHS, 2011
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	17	-	29	12	2,4	5	7	11	20	37	7,3	■■■■■	DHS, 2011

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	8.575 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	1.218 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	288 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	139 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	39 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	86 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	43 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	1,3 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	81 (2006)
PNB per cápita (EEUUS)	250 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	74, 73 (2010)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

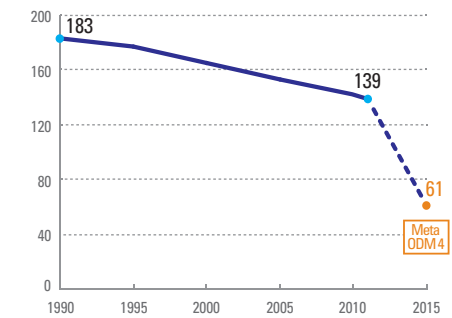
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

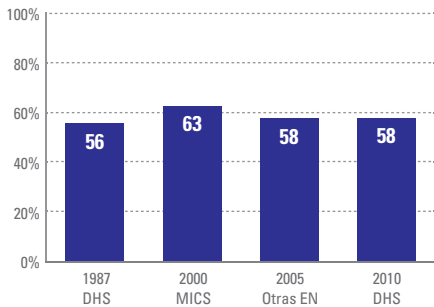
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	33
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	<1%

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	703
Emaciación (menores de 5 años, 000)	71
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	17

Progreso en el ODM 1	Ningún progreso
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	351
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	33

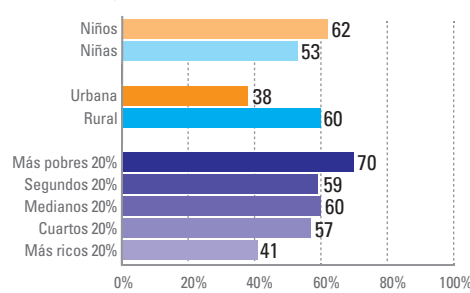
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

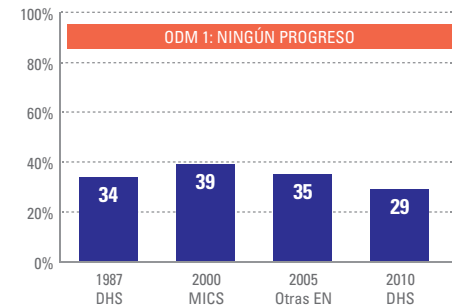
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: DHS, 2010.

### Pautas del bajo peso

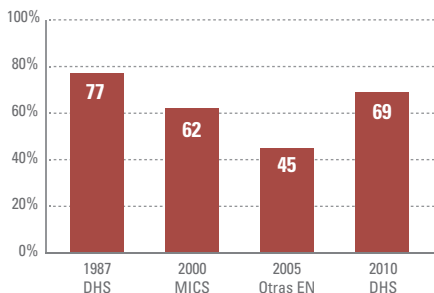
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



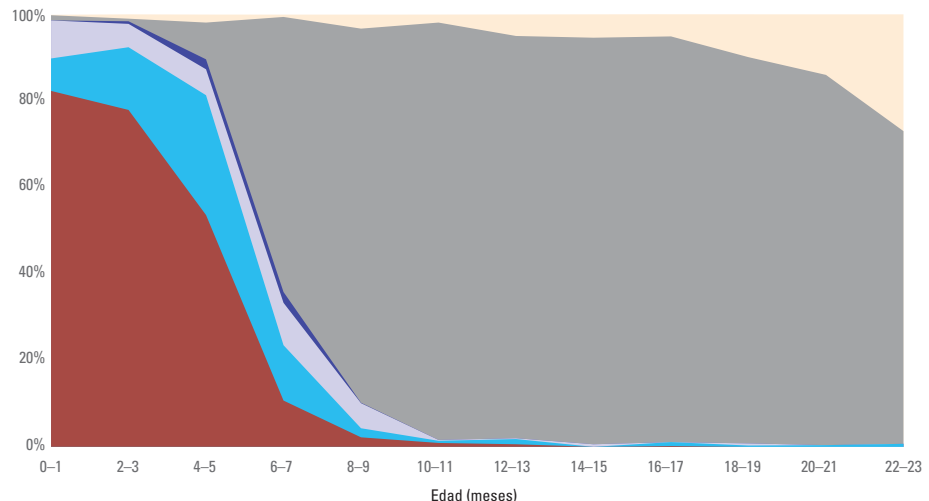
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2010.

Destetados (no amamantados)	Lactancia materna y líquidos no lácteos
Lactancia materna y alimentos sólidos/semisólidos	Lactancia materna y agua solamente
Lactancia materna y otra leche o sucedáneo	Lactancia materna exclusiva

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

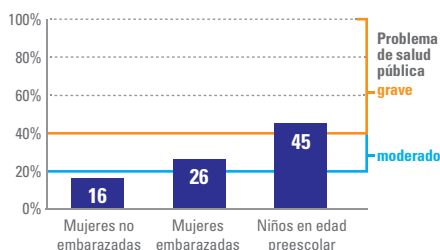
EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico <b>7%</b>	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>-</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>No</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>70%</b>	Cobertura total de suplementos de vitamina A <b>83%</b>
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>98%</b>	Lactantes no pesados al nacer <b>48%</b>	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>No</b>	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>69%</b>	Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud <b>Sí</b>
			Lactancia materna continua durante el primer año <b>94%</b>	
			Diversidad mínima en el régimen alimentario <b>19%</b>	
			Régimen alimentario mínimamente aceptable <b>9%</b>	

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

### Anemia

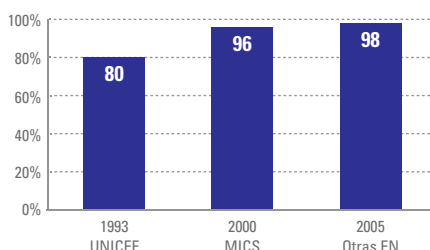
Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada



Fuente: DHS, 2010.

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

Porcentaje de hogares que consumen sal yodada 6.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

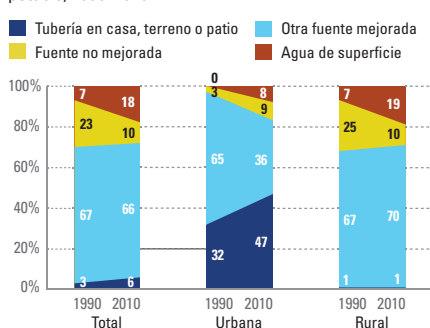
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>800</b>	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>500</b>	(2010)
Cifra total de muertes de madres	<b>2.200</b>	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	<b>31</b>	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	<b>16</b>	(2010)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	<b>16</b>	(2010)
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	<b>99</b>	(2010)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	<b>33</b>	(2010)
Asistente capacitado en el parto (%)	<b>60</b>	(2010)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	<b>11</b>	(2005)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	<b>11</b>	(2010)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

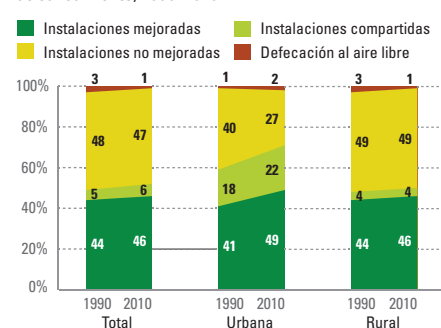
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	62	53	1,2	38	60	0,6	70	59	60	57	41	0,6	■■■■■	DHS, 2010
Prevalencia de bajo peso (%)	32	26	1,2	18	30	0,6	41	30	30	25	17	0,4	■■■■■	DHS, 2010
Prevalencia de la emaciación (%)	6	6	1,1	5	6	0,8	7	6	5	5	5	0,8	-----	DHS, 2010
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	16	-	10	17	0,6	22	15	17	15	12	0,5	■■■■■	DHS, 2010
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	8	-	27	5	5,3	4	3	6	6	19	5,4	-----	DHS, 2010

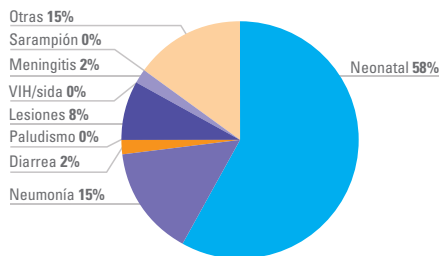


## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	1.347.565 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	82.231 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	16.364 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	15 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	249 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	13 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	9 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	-
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	13 (2008)
PNB per cápita (EEUU\$)	4.930 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	-

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

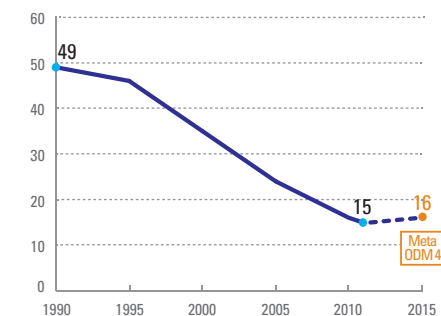
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

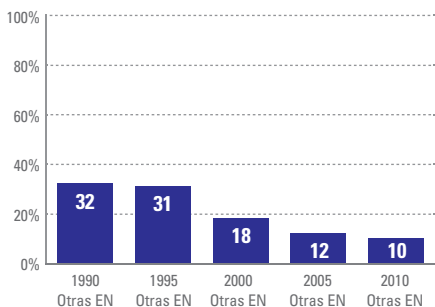
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	4
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	5

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	8.059
Emaciación (menores de 5 años, 000)	1.891
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	-

Progreso en el ODM 1	En camino
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	2.960
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	5.427

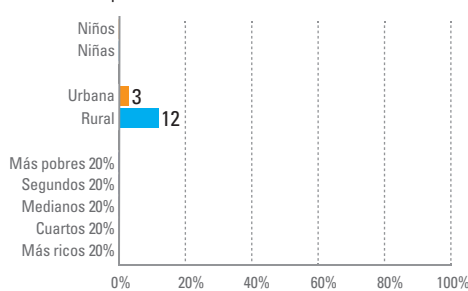
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

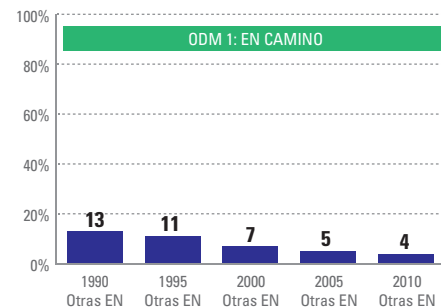
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: Otras EN, 2010.

### Pautas del bajo peso

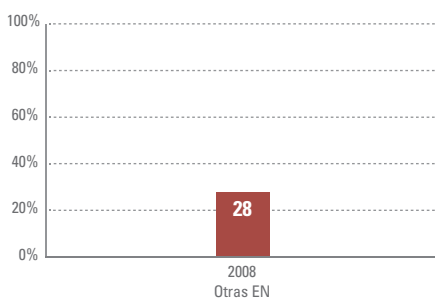
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



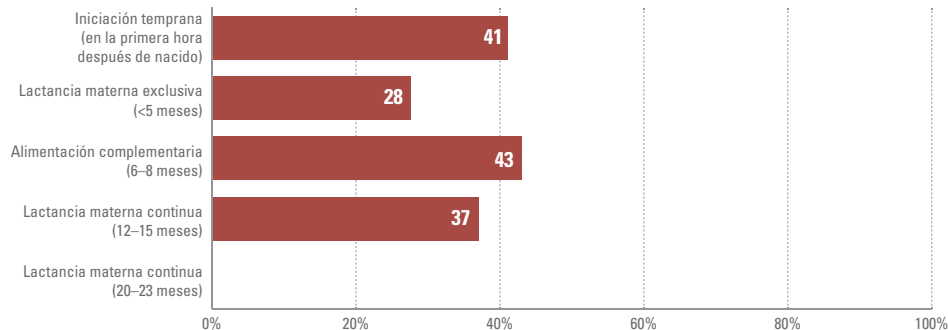
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: Otras EN, 2008.

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>41%</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>Parcial</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>43%</b>	
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>97%</b>	Lactantes no pesados al nacer	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>28%</b>	Lactancia materna continua durante el primer año <b>37%</b>	
		Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>No</b>	Diversidad mínima en el régimen alimentario	
			Régimen alimentario mínimamente aceptable	
			Cobertura total de suplementos de vitamina A	
			Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud	

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

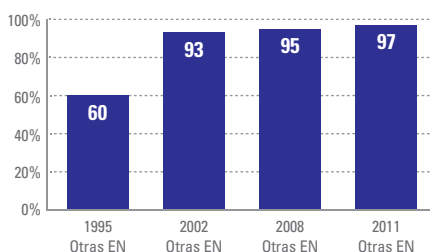
### Anemia

Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada

NO HAY DATOS

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

Porcentaje de hogares que consumen sal yodada  
524.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)

NO HAY DATOS

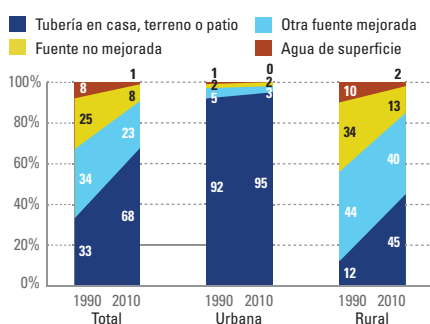
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>37</b>	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>30</b>	(2010)
Cifra total de muertes de madres	<b>6.000</b>	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	<b>1.700</b>	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	-	-
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	<b>94</b>	(2010)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	-	-
Asistente capacitado en el parto (%)	<b>100</b>	(2010)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	<b>3</b>	(2008)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	-	-

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

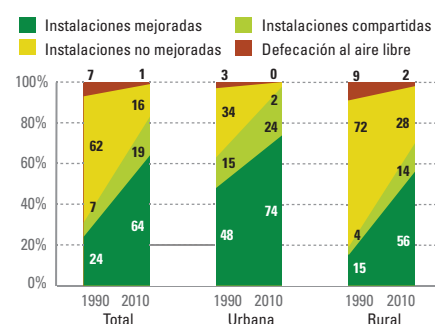
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

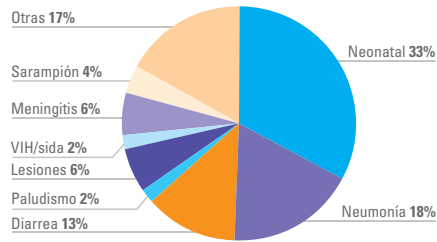
Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	-	-	-	3	12	0,3	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2010
Prevalencia de bajo peso (%)	-	-	-	1	4	0,3	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2010
Prevalencia de la emaciación (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	84.734	(2011)
Población total de menores de 5 años (000)	11.918	(2011)
Cifra total de nacimientos (000)	2.613	(2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	77	(2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	194	(2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	52	(2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	31	(2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	1,4	(2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	39	(2005)
PNB per cápita (EEUU\$)	400	(2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	65, 64	(2011)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

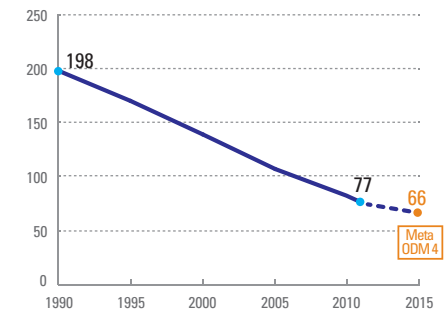
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

Clasificación de países por retraso en el crecimiento	7
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	3

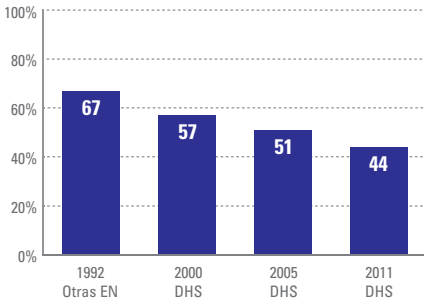
Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	5.291
Emaciación (menores de 5 años, 000)	1.156
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	334

Progreso en el ODM 1 **Progreso insuficiente**

Bajo peso (menores de 5 años, 000)	3.420
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	203

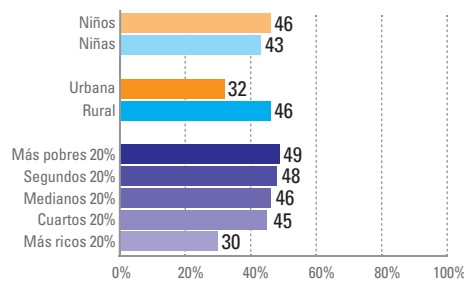
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

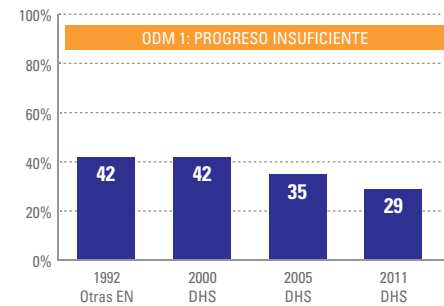
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: DHS, 2011.

### Pautas del bajo peso

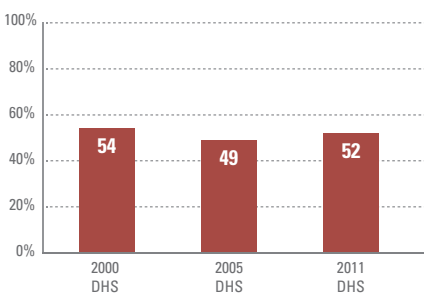
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

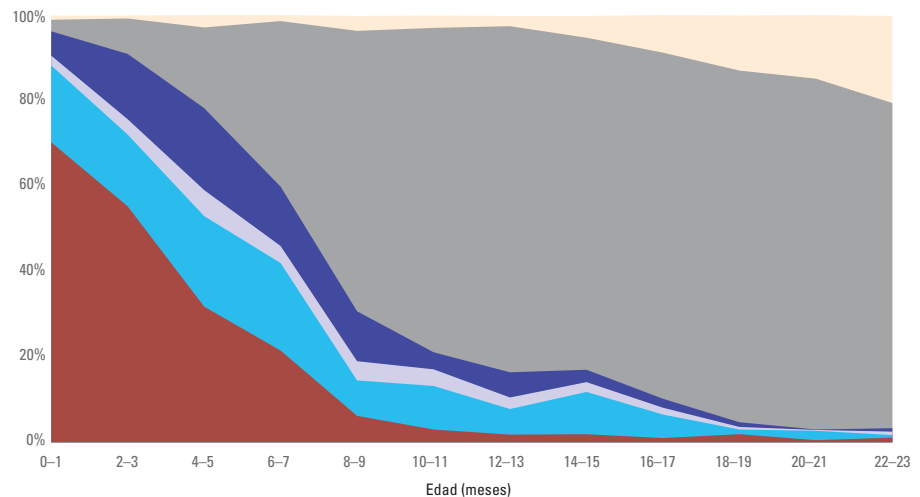
### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



Destetados (no amamantados)	Lactancia materna y líquidos no lácteos
Lactancia materna y alimentos sólidos/semisólidos	Lactancia materna y agua solamente
Lactancia materna y otra leche o sucedáneo	Lactancia materna exclusiva

### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2011.

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

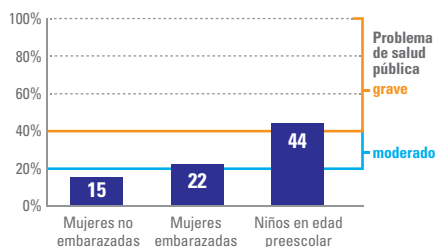
EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico <b>0%</b>	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>52%</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>Parcial</b>	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>No</b>	
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>15%</b>	Lactantes no pesados al nacer <b>97%</b>	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>52%</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>55%</b>	
			Lactancia materna continua durante el primer año <b>96%</b>	
			Diversidad mínima en el régimen alimentario <b>5%</b>	
			Régimen alimentario mínimamente aceptable <b>4%</b>	
			Cobertura total de suplementos de vitamina A <b>71%</b>	
			Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud <b>Sí</b>	

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

### Anemia

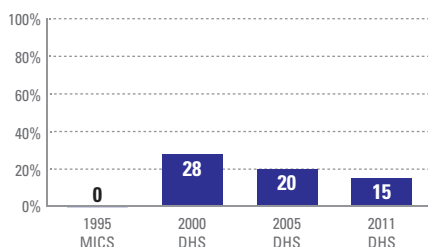
Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada



Fuente: DHS, 2011.

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

Porcentaje de hogares que consumen sal yodada  
2.211.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

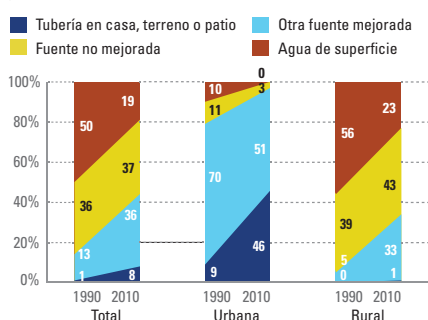
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	350	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	680	(2011)
Cifra total de muertes de madres	9.000	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	67	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m², %)	27	(2011)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	15	(2011)
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	43	(2011)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	19	(2011)
Asistente capacitado en el parto (%)	10	(2011)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	20	(2005)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	22	(2011)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

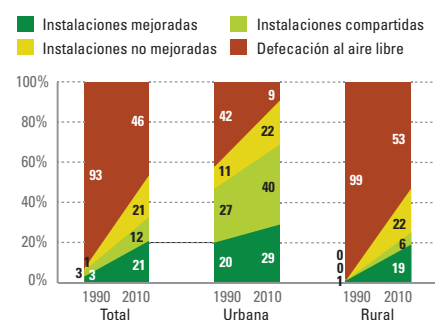
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	46	43	1,1	32	46	0,7	49	48	46	45	30	0,6	■■■■■	DHS, 2011
Prevalencia de bajo peso (%)	31	27	1,1	16	30	0,5	36	33	29	26	15	0,4	■■■■■	DHS, 2011
Prevalencia de la emaciación (%)	11	8	1,4	6	10	0,6	12	12	9	8	5	0,4	■■■■■	DHS, 2011
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m², %)	-	27	-	20	29	0,7	32	31	27	29	19	0,6	■■■■■	DHS, 2011
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m², %)	-	6	-	15	3	5,7	2	2	2	3	16	8,6	■■■■■	DHS, 2011

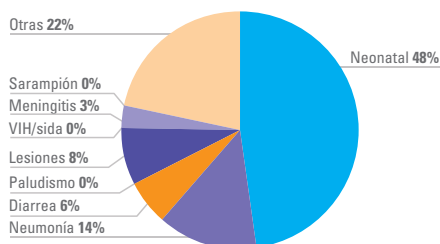


## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	94.852 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	11.151 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	2.358 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	25 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	57 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	20 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	12 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	<0,1 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	18 (2009)
PNB per cápita (EEUU\$)	2.210 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	89, 88 (2003)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

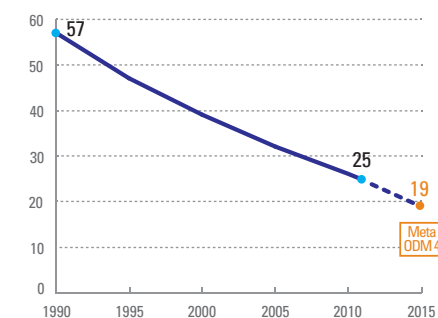
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

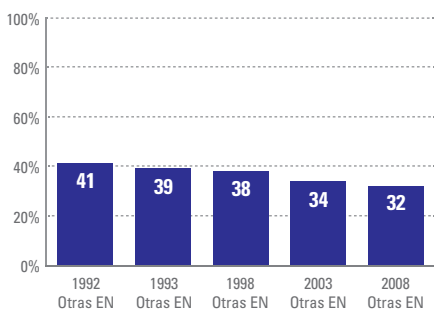
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	9
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	2

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	3.602
Emaciación (menores de 5 años, 000)	769
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	-

Progreso en el ODM 1	Progreso insuficiente
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	2.409
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	368

### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



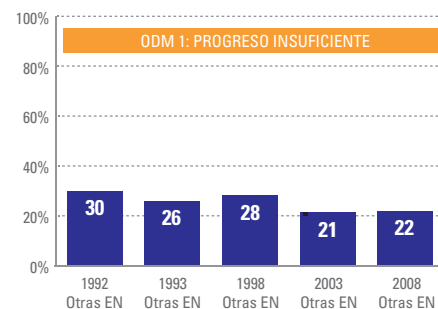
### Disparidades en el retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas

NO HAY DATOS

### Pautas del bajo peso

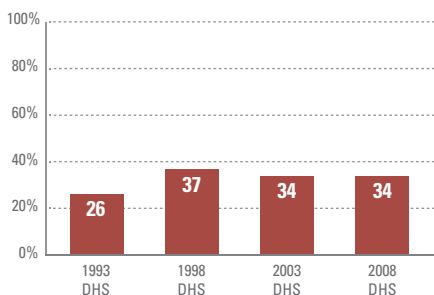
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



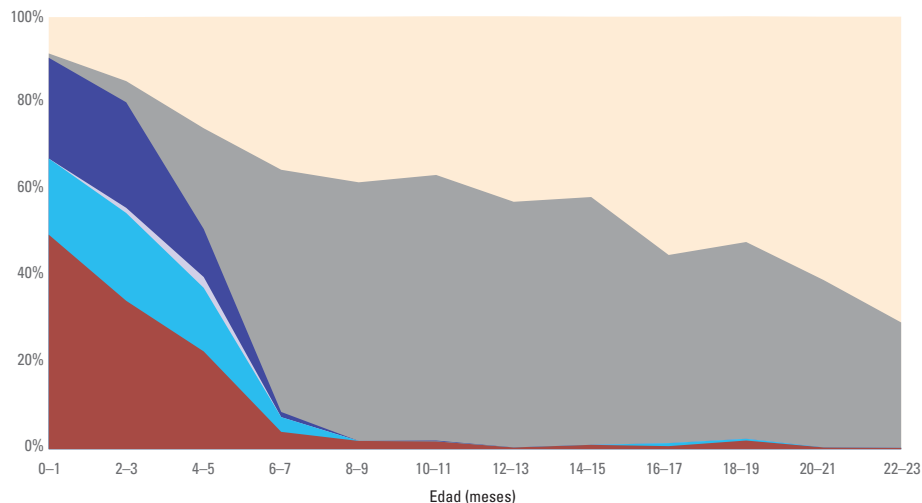
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2008.

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico <b>34%</b>	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>54%</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>Sí</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>90%</b>	Cobertura total de suplementos de vitamina A <b>91%</b>
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>45%</b>	Lactantes no pesados al nacer <b>28%</b>	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>No</b>	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>34%</b>	Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud <b>No</b>
			Lactancia materna continua durante el primer año <b>58%</b>	
			Diversidad mínima en el régimen alimentario <b>-</b>	
			Régimen alimentario mínimamente aceptable <b>-</b>	

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

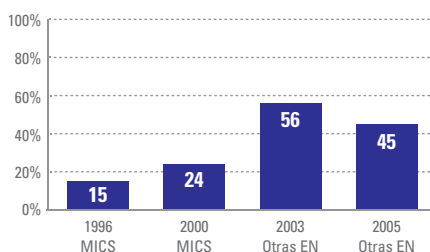
### Anemia

Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada

NO HAY DATOS

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

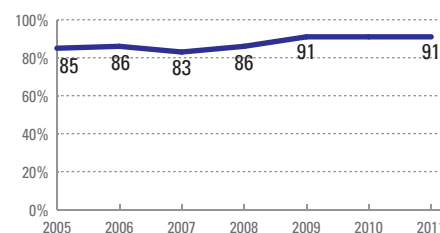
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada  
1.308.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

## NUTRICIÓN Y

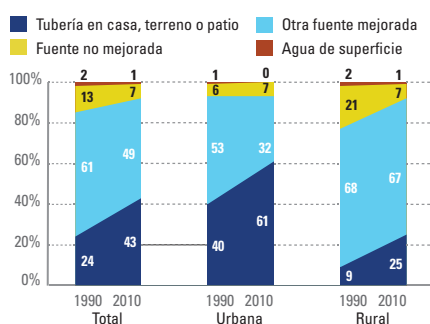
### SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>99</b>	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>160</b>	(2006)
Cifra total de muertes de madres	<b>2.300</b>	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	<b>300</b>	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	-	-
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	<b>91</b>	(2008)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	<b>78</b>	(2008)
Asistente capacitado en el parto (%)	<b>62</b>	(2008)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	<b>21</b>	(2008)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	<b>7</b>	(2008)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

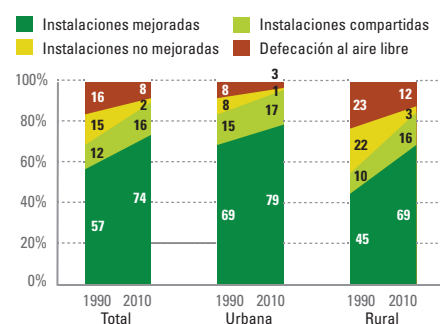
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

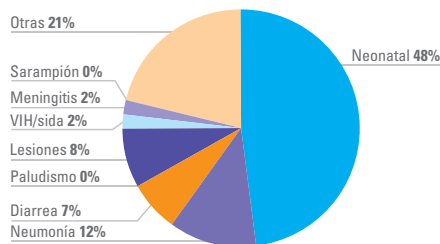
Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevalencia de bajo peso (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prevalencia de la emaciación (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	14.757 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	2.192 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	473 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	30 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	14 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	24 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	15 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	0.8 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	14 (2006)
PNB per cápita (EEUU\$)	2.870 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	- -

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

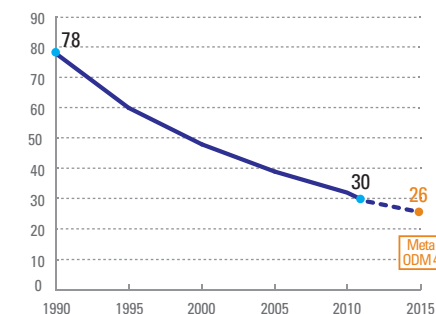
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

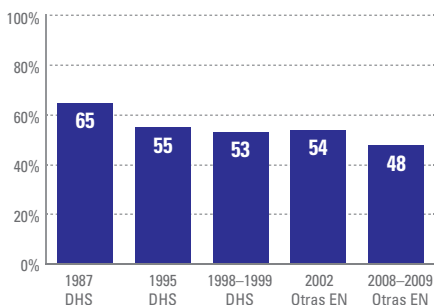
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	25
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	<1%

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	1.052
Emaciación (menores de 5 años, 000)	24
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	-

Progreso en el ODM 1	En camino
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	285
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	107

### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



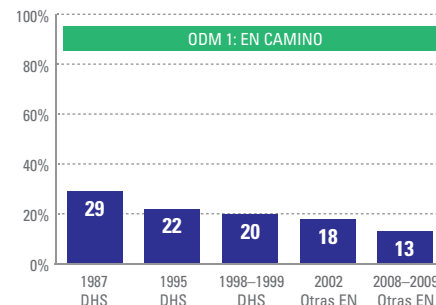
### Disparidades en el retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas

NO HAY DATOS

### Pautas del bajo peso

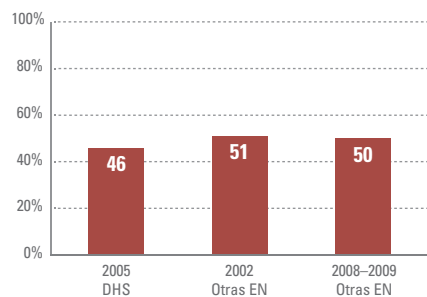
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



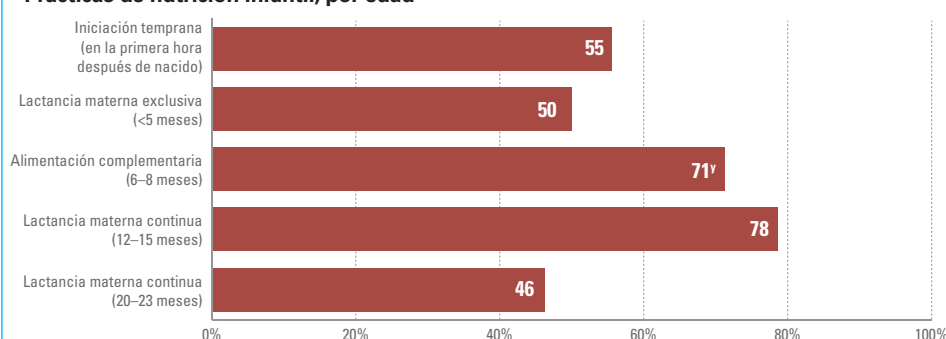
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



y Data differ from the standard definition or refer to only part of a country.

Fuente: Otras EN, 2008-2009.

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

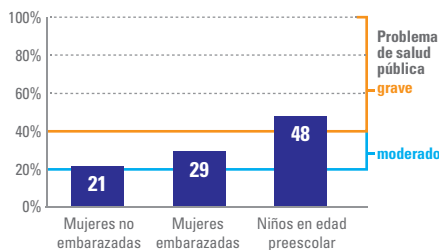
EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>56%</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna		<b>Sí</b>
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>76%</b>	Lactantes no pesados al nacer	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183		<b>No</b>
		Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>50%</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>71%</b>	
			Lactancia materna continua durante el primer año <b>79%</b>	
			Diversidad mínima en el régimen alimentario	-
			Régimen alimentario mínimamente aceptable	-
			Cobertura total de suplementos de vitamina A	<b>28%</b>
			Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud	<b>Sí</b>

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

### Anemia

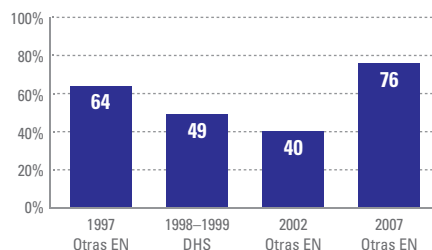
Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada



Fuente: Otras EN, 2008-2009.

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

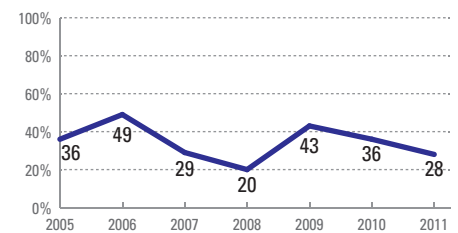
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada. 114.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

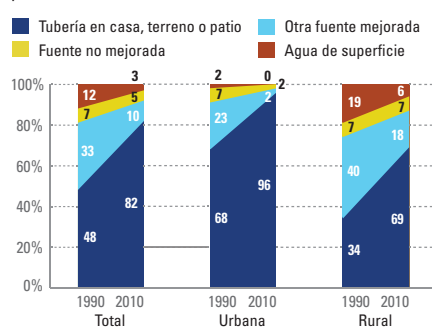
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>120</b>	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>140</b>	(2007)
Cifra total de muertes de madres	<b>550</b>	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	<b>190</b>	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	<b>2</b>	(2008-2009)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	<b>21</b>	(2008-2009)
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	<b>93</b>	(2009)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	-	-
Asistente capacitado en el parto (%)	<b>52</b>	(2009)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	<b>11</b>	(2008-2009)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	<b>22</b>	(2009)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

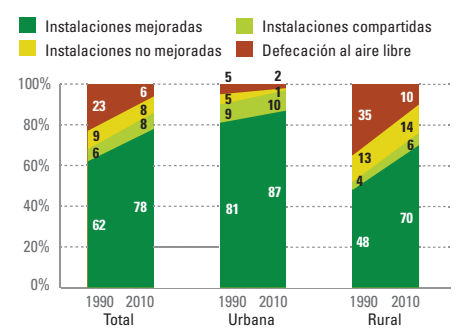
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2008-2009
Prevalencia de bajo peso (%)	14	12	1,1	8	16	0,5	21	14	11	5	3	0,2	▬▬▬▬	Otras EN, 2008-2009
Prevalencia de la emaciación (%)	1	1	1,0	1	2	0,6	1	1	2	1	1	0,5	▬▬▬▬	Otras EN, 2008-2009
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	2	-	2	2	1,2	1	1	1	1	3	2,1	▬▬▬▬	Otras EN, 2008-2009
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	51	-	58	46	1,3	37	48	55	61	61	1,7	▬▬▬▬	Otras EN, 2008-2009

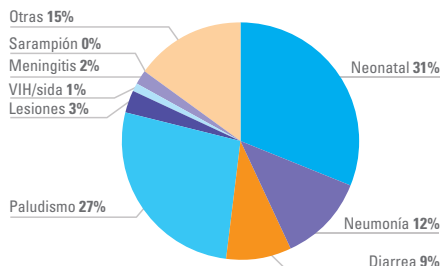


## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	10.222 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	1.696 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	394 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	126 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	48 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	79 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	39 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	1,4 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	43 (2007)
PNB per cápita (EEUUS\$)	440 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	48, 55 (2005)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

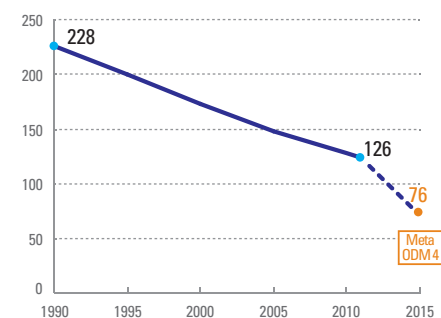
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

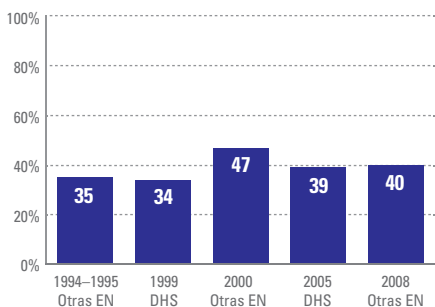
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	34
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	<1%

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	678
Emaciación (menores de 5 años, 000)	141
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	47

Progreso en el ODM 1	Ningún progreso
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	353
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	-

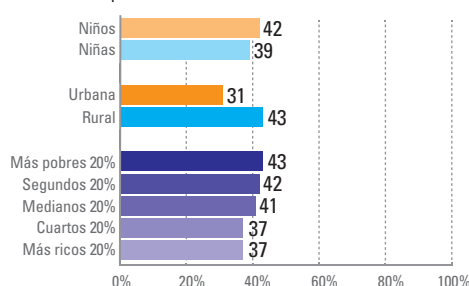
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

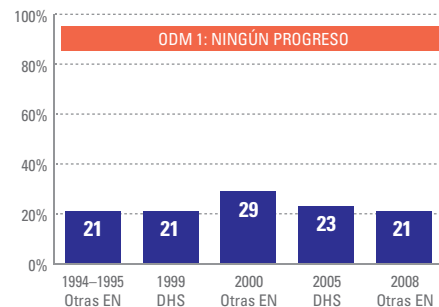
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: Otras EN, 2008.

### Pautas del bajo peso

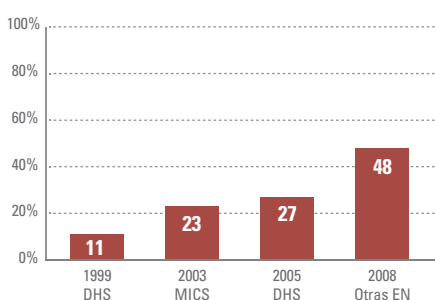
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



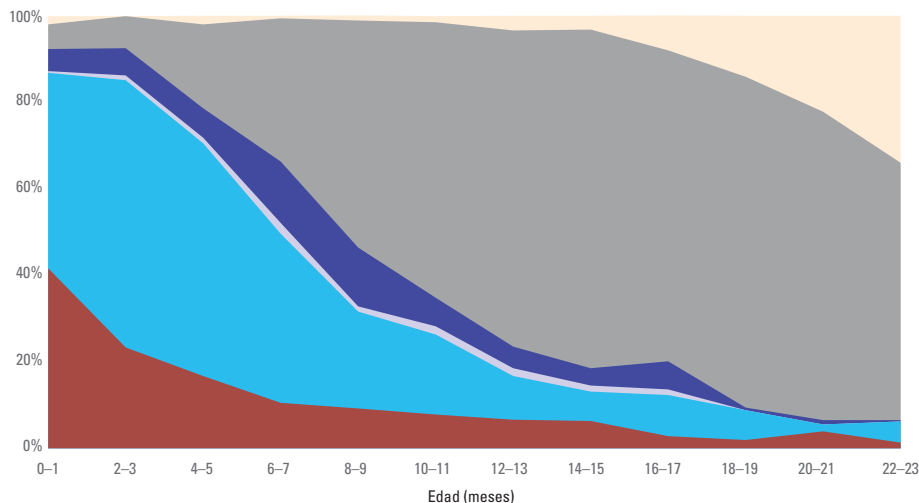
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados

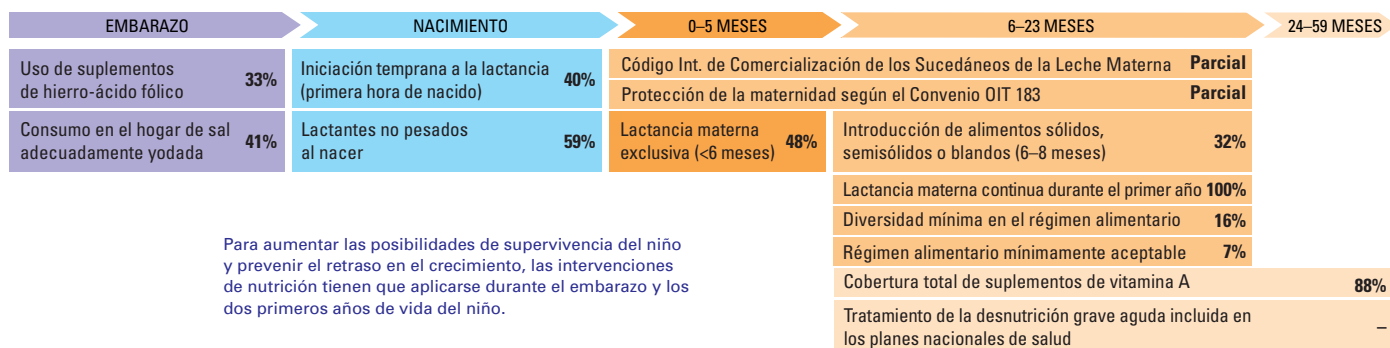


### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2005.

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

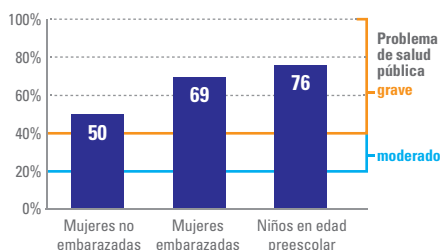


Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

### MICRONUTRIENTES

#### Anemia

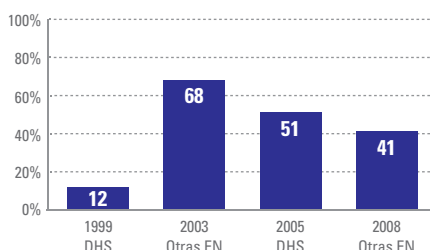
Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada



Fuente: DHS, 2005.

#### Pautas en el consumo de sal yodada\*

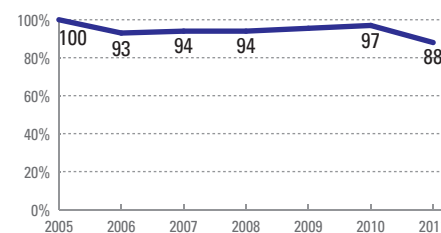
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada. 232.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

#### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

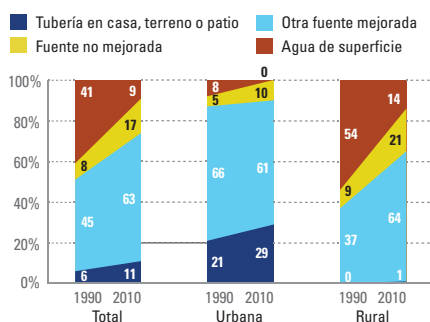
### NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>610</b>	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>980</b>	(2005)
Cifra total de muertes de madres	<b>2.400</b>	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	<b>30</b>	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	<b>50</b>	(2005)
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	<b>88</b>	(2007)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	<b>50</b>	(2007)
Asistente capacitado en el parto (%)	<b>46</b>	(2007)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	<b>12</b>	(2005)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	<b>44</b>	(2005)

### AGUA Y SANEAMIENTO

#### Cobertura mejorada de agua potable

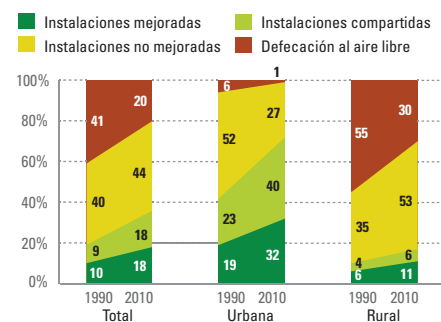
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

#### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

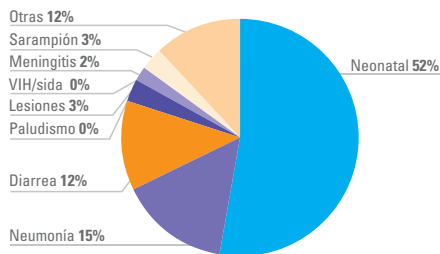
Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	42	39	1,1	31	43	0,7	43	42	41	37	37	0,9	■■■■■	Otras EN, 2008
Prevalencia de bajo peso (%)	22	20	1,1	15	23	0,7	24	22	21	19	19	0,8	-----	Otras EN, 2008
Prevalencia de la emaciación (%)	9	8	1,1	8	9	0,9	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2008
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	1.241.492	(2011)
Población total de menores de 5 años (000)	128.589	(2011)
Cifra total de nacimientos (000)	27.098	(2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	61	(2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	1.655	(2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	47	(2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	32	(2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	-	-
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	33	(2010)
PNB per cápita (EEUU\$)	1.410	(2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	81, 85	(2005-2006)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

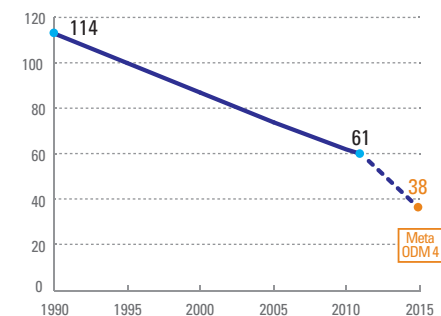
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

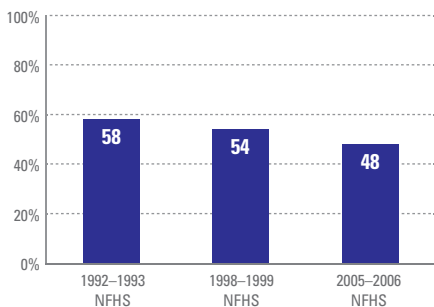
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	1
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	38

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	61.723
Emaciación (menores de 5 años, 000)	25.461
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	8.230

Progreso en el ODM 1	Progreso insuficiente
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	54.650
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	2.443

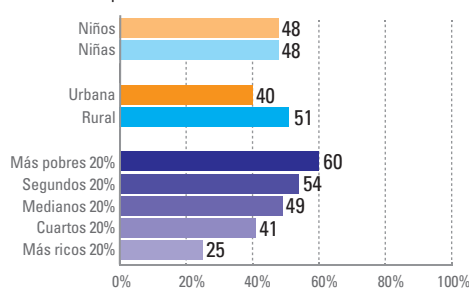
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

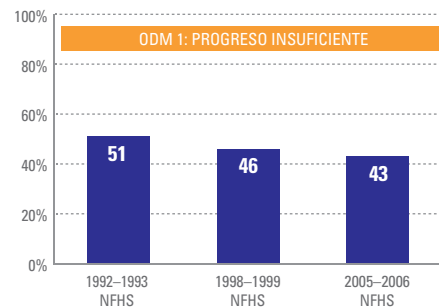
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: NFHS, 2005-2006.

### Pautas del bajo peso

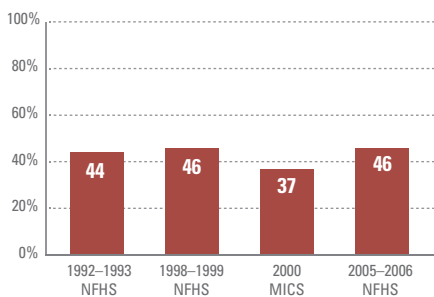
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



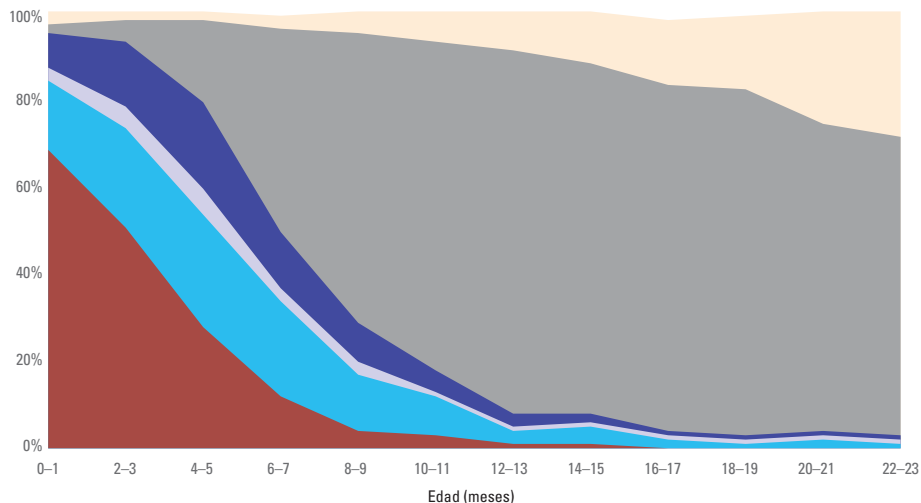
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados

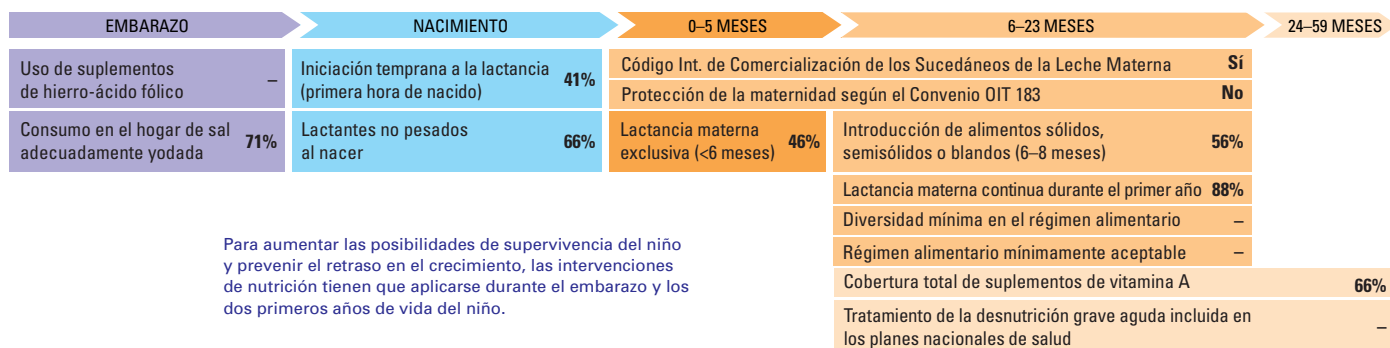


### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: NFHS, 2005-2006.

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

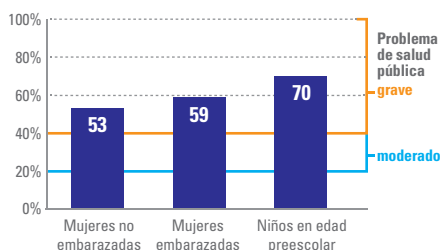


Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

### Anemia

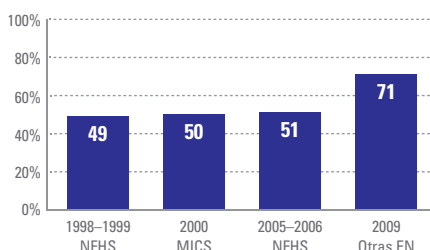
Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada



Fuente: NFHS, 2005-2006.

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

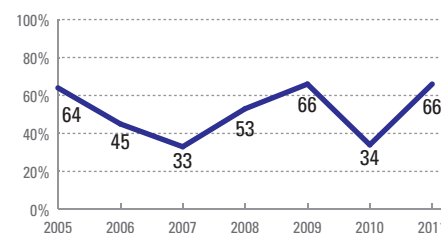
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada. 7.831.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

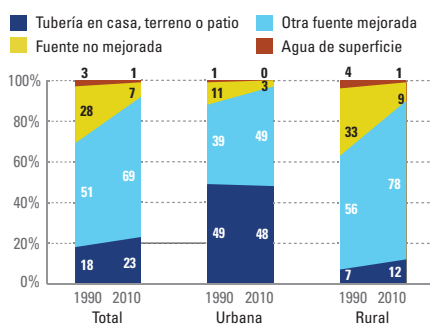
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	200	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	210	(2009)
Cifra total de muertes de madres	56.000	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	170	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	36	(2005-2006)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	53	(2005-2006)
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	74	(2006)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	37	(2006)
Asistente capacitado en el parto (%)	52	(2008)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	28	(2005-2006)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	22	(2006)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

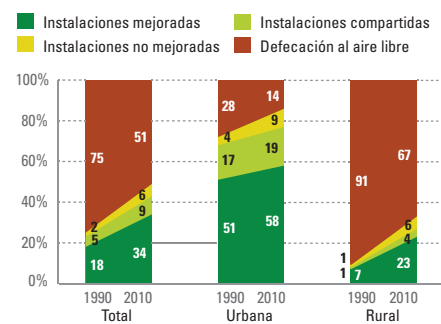
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	48	48	1,0	40	51	0,8	60	54	49	41	25	0,4		NFHS, 2005-2006
Prevalencia de bajo peso (%)	42	43	1,0	33	46	0,7	57	49	41	34	20	0,3		NFHS, 2005-2006
Prevalencia de la emaciación (%)	21	19	1,1	17	21	0,8	25	22	19	17	13	0,5		NFHS, 2005-2006
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	36	-	25	41	0,6	52	46	38	29	18	0,4		NFHS, 2005-2006
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	13	-	24	7	3,2	2	4	7	15	31	16,9		NFHS, 2005-2006

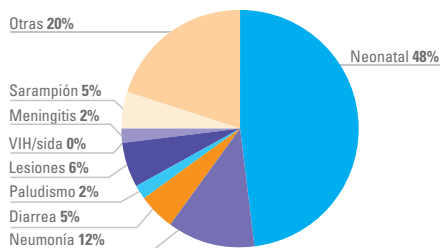


## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	242.326	(2011)
Población total de menores de 5 años (000)	21.199	(2011)
Cifra total de nacimientos (000)	4.331	(2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	32	(2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	134	(2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	25	(2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	15	(2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	0,3	(2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	18	(2010)
PNB per cápita (EEUU\$)	2.940	(2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	98, 98	(2010)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

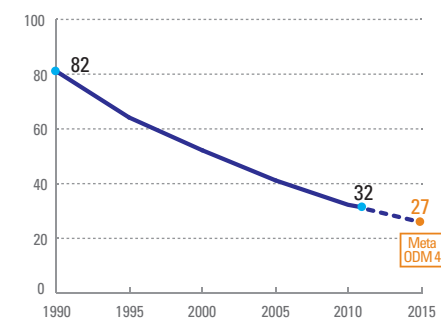
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

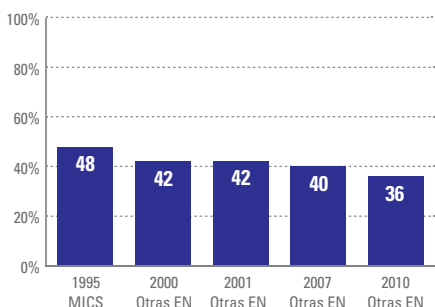
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	5
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	5

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	7.547
Emaciación (menores de 5 años, 000)	2.820
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	1.272

Progreso en el ODM 1	En camino
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	3.795
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	2.968

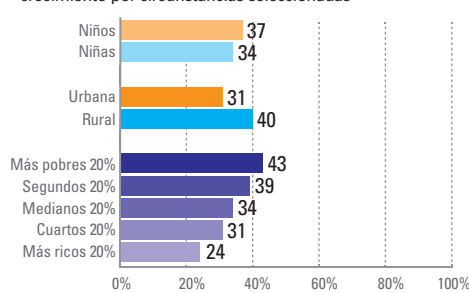
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

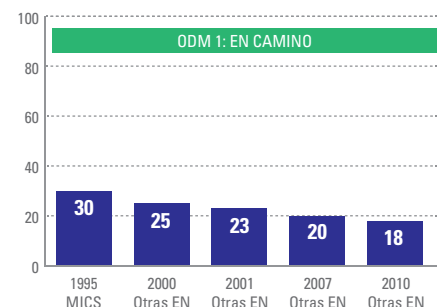
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: Otras EN, 2010.

### Pautas del bajo peso

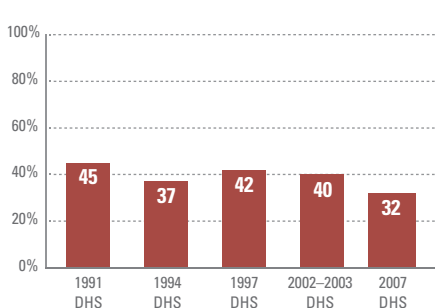
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



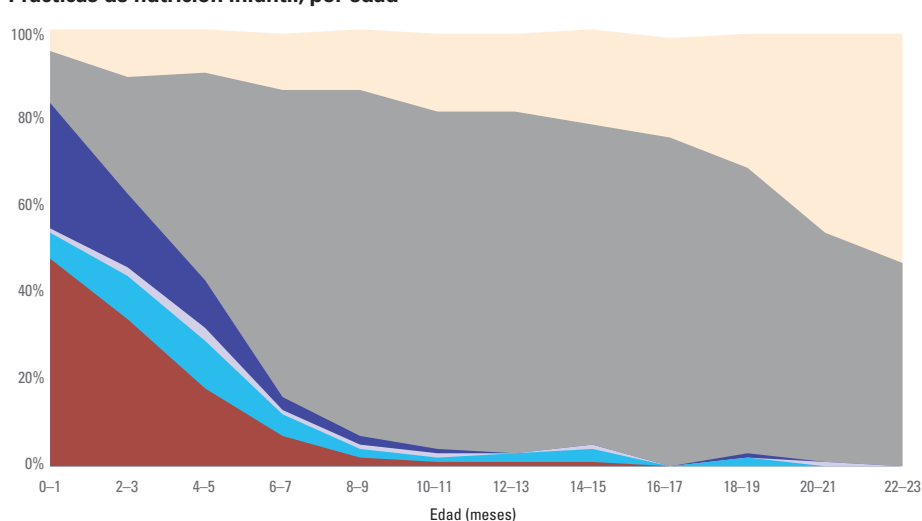
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2007.

- Destetados (no amamantados)
- Lactancia materna y alimentos sólidos/semisólidos
- Lactancia materna y otra leche o sucedáneo
- Lactancia materna y líquidos no lácteos
- Lactancia materna y agua solamente
- Lactancia materna exclusiva

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico <b>29%</b>	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>29%</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>Parcial</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>85%</b>	Cobertura total de suplementos de vitamina A <b>76%</b>
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>62%</b>	Lactantes no pesados al nacer <b>18%</b>	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>No</b>	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>32%</b>	Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud <b>Sí</b>
			Lactancia materna continua durante el primer año <b>80%</b>	
			Diversidad mínima en el régimen alimentario <b>-</b>	
			Régimen alimentario mínimamente aceptable <b>-</b>	

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

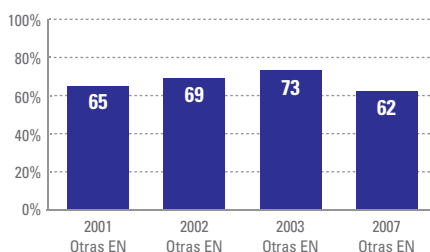
### Anemia

Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada

NO HAY DATOS

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

Porcentaje de hogares que consumen sal yodada  
1.633.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

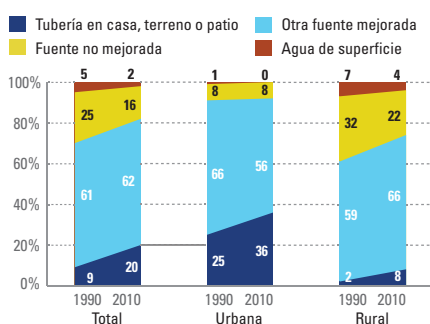
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	220	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	230	(2007)
Cifra total de muertes de madres	9.600	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	210	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	-	-
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	93	(2010)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	82	(2007)
Asistente capacitado en el parto (%)	79	(2007)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	9	(2007)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	10	(2007)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

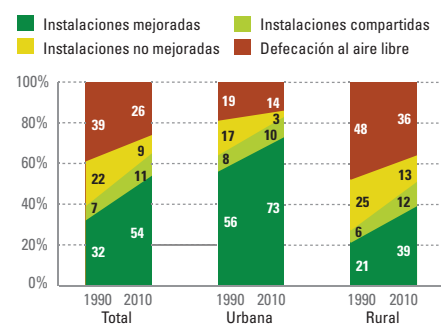
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

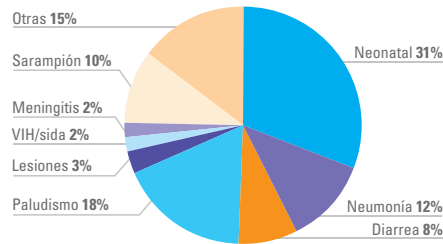
Indicador	Género		Relación hombre/mujer	Residencia		Relación urbana/rural	Quintil de riqueza					Gráfico de la equidad	Fuente	
	Hombre	Mujer		Urbana	Rural		Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos			
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	37	34	1,1	31	40	0,8	43	39	34	31	24	0,6	■■■■■	Otras EN, 2010
Prevalencia de bajo peso (%)	19	17	1,1	15	21	0,7	23	19	18	15	10	0,5	-----	Otras EN, 2010
Prevalencia de la emaciación (%)	14	13	1,1	13	14	0,9	15	14	13	12	11	0,7	-----	Otras EN, 2010
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	4.129 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	696 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	157 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	78 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	12 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	58 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	27 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	1.0 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	84 (2007)
PNB per cápita (EEUU\$)	240 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	28, 32 (2007)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

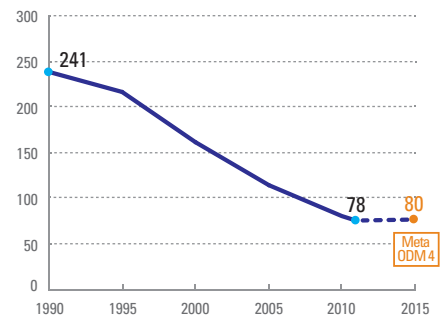
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

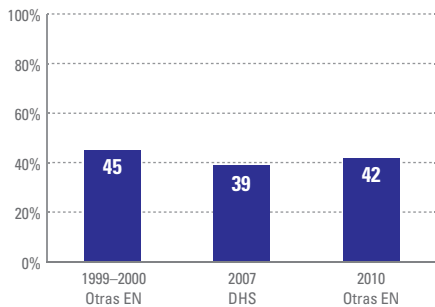
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	49
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	<1%

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	291
Emaciación (menores de 5 años, 000)	19
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	1

Progreso en el ODM 1	En camino
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	104
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	27

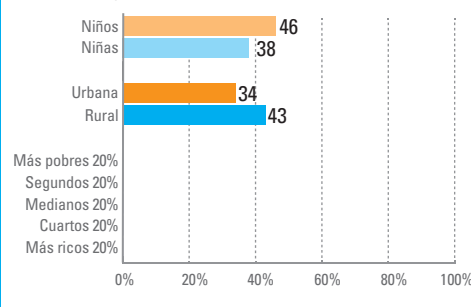
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

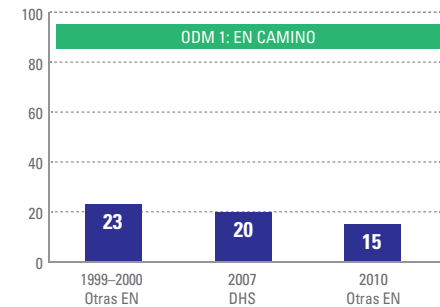
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: Otras EN, 2010.

### Pautas del bajo peso

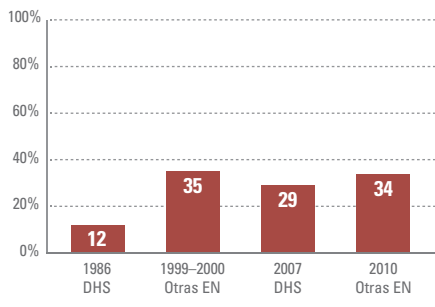
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



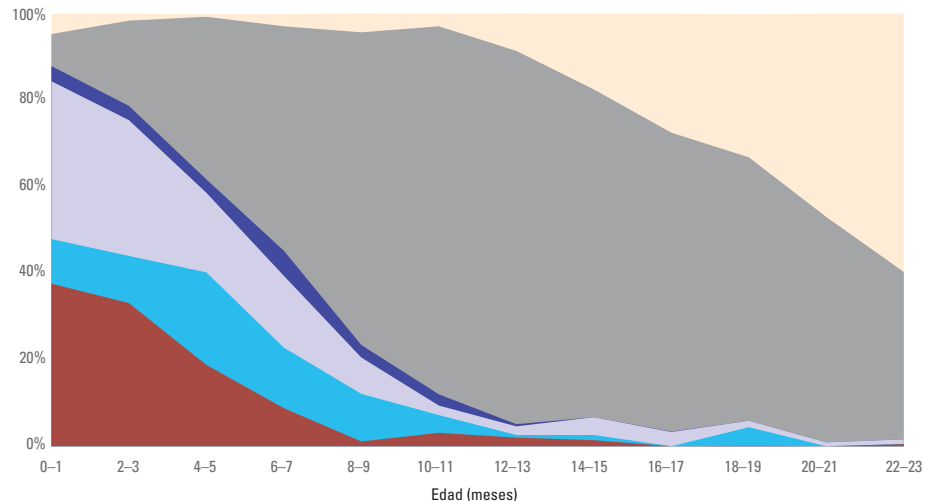
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2007.

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico <b>14%</b>	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>44%</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>Parcial</b>	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>No</b>	
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>-</b>	Lactantes no pesados al nacer <b>85%</b>	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>34%</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>51%</b>	
			Lactancia materna continua durante el primer año <b>89%</b>	
			Diversidad mínima en el régimen alimentario <b>-</b>	
			Régimen alimentario mínimamente aceptable <b>-</b>	
			Cobertura total de suplementos de vitamina A <b>96%</b>	
			Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud <b>Sí</b>	

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

### Anemia

Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada

NO HAY DATOS

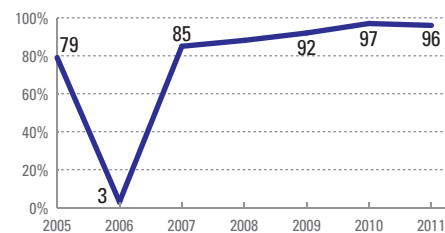
### Pautas en el consumo de sal yodada\*

Porcentaje de hogares que consumen sal yodada

NO HAY DATOS

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

## NUTRICIÓN Y

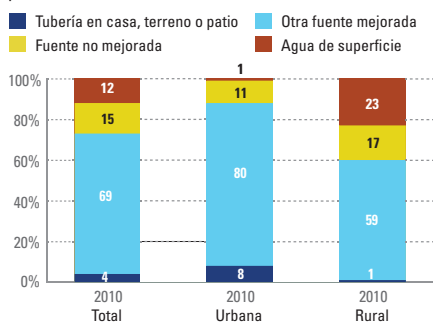
### SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>770</b>	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>990</b>	(2007)
Cifra total de muertes de madres	<b>1.200</b>	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	<b>24</b>	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	<b>8</b>	(2010)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	-	-
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	<b>79</b>	(2007)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	<b>66</b>	(2007)
Asistente capacitado en el parto (%)	<b>46</b>	(2007)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	<b>14</b>	(2007)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	<b>38</b>	(2009)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010\*

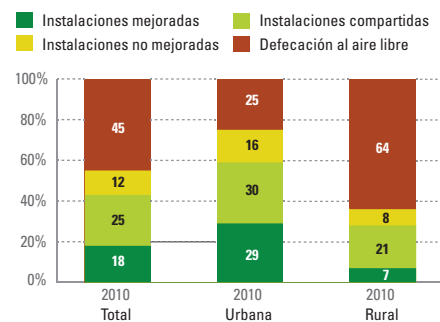


Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

\* No hay suficientes datos para generar un gráfico de tendencias.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010\*



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

\* No hay suficientes datos para generar un gráfico de tendencias.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

Indicador	Género		Relación hombre/mujer	Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer		Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	46	38	1,2	34	43	0,8	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2010
Prevalencia de bajo peso (%)	17	13	1,3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2010
Prevalencia de la emaciación (%)	8	7	1,0	9	7	1,3	7	8	10	5	8	1,1	-----	Otras EN, 2010
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2010
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2010

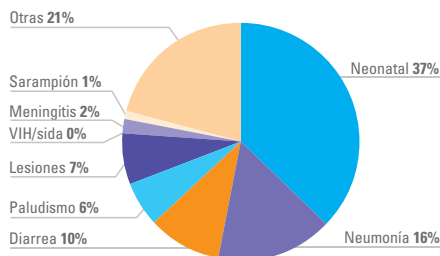


## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	21.315 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	3.379 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	747 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	62 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	45 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	43 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	23 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	0.3 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	81 (2010)
PNB per cápita (EEUU\$)	430 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	80, 78 (2008-2009)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

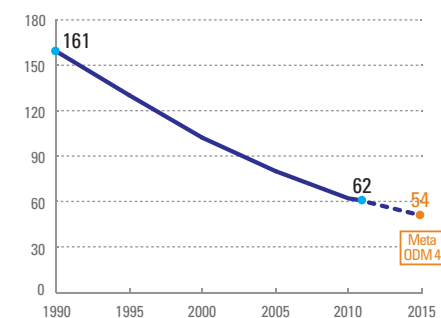
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

Clasificación de países por retraso en el crecimiento	15
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	1

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	1.693
Emaciación (menores de 5 años, 000)	-
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	-

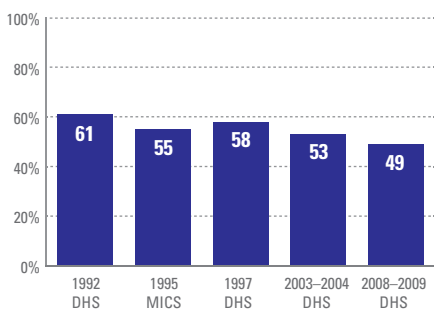
Progreso en el ODM 1

Ningún progreso

Bajo peso (menores de 5 años, 000)	1.216
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	-

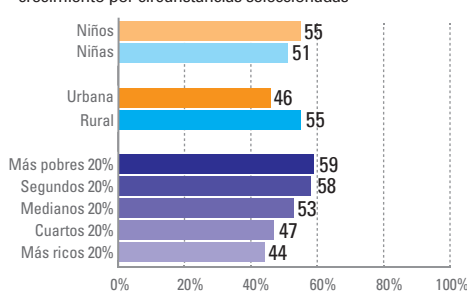
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

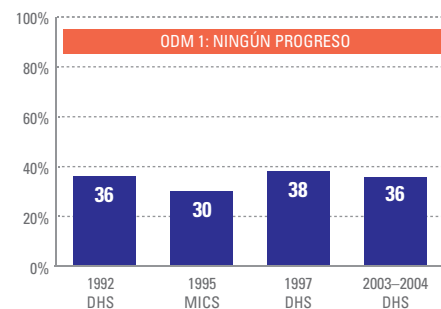
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: DHS, 2003-2004.

### Pautas del bajo peso

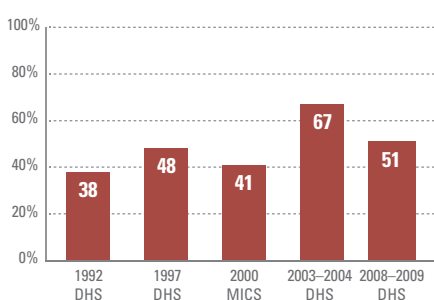
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



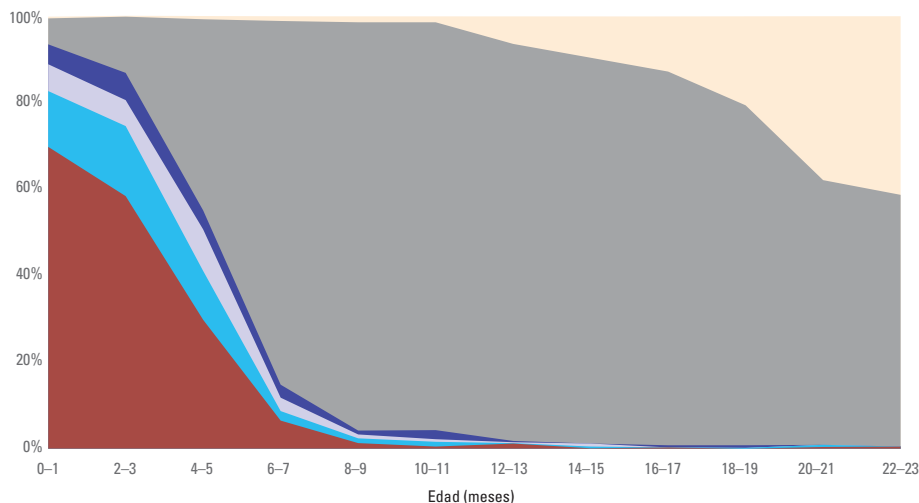
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2008-2009.

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

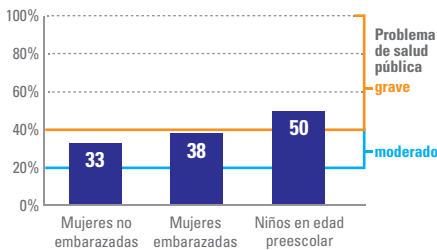
EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico <b>8%</b>	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>72%</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>Sí</b>	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>No</b>	
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>53%</b>	Lactantes no pesados al nacer <b>60%</b>	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>51%</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>86%</b>	
			Lactancia materna continua durante el primer año <b>92%</b>	
			Diversidad mínima en el régimen alimentario <b>-</b>	
			Régimen alimentario mínimamente aceptable <b>-</b>	
			Cobertura total de suplementos de vitamina A <b>91%</b>	
			Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud <b>Sí</b>	

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

### Anemia

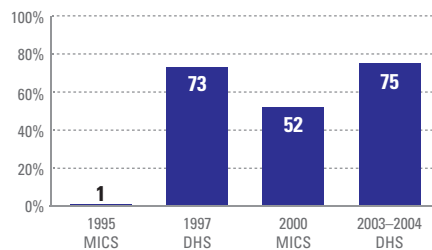
Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada



Fuente: DHS, 2008-2009.

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

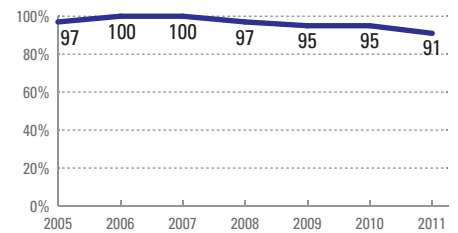
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada. 354.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

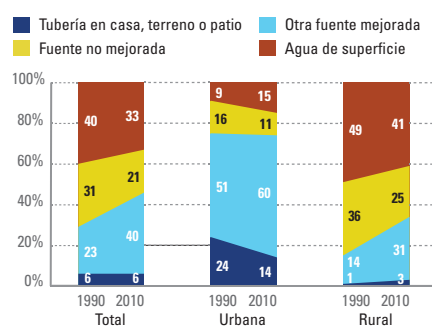
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	240	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	500	(2009)
Cifra total de muertes de madres	1.800	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	81	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	27	(2008-2009)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	33	(2008-2009)
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	86	(2009)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	49	(2009)
Asistente capacitado en el parto (%)	44	(2009)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	16	(2008-2009)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	36	(2009)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

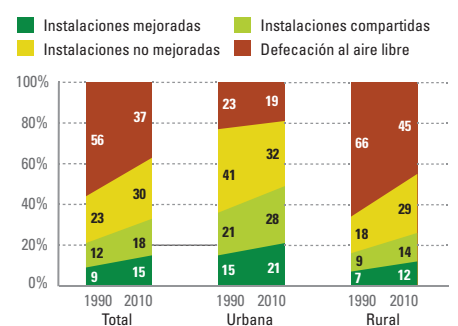
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

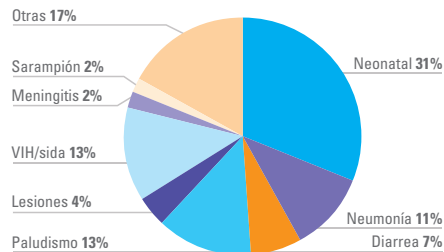
Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	55	51	1,1	46	55	0,8	59	58	53	47	44	0,7	■■■■■	DHS, 2003-2004
Prevalencia de bajo peso (%)	38	33	1,1	31	37	0,8	40	41	39	29	24	0,6	■■■■■	DHS, 2003-2004
Prevalencia de la emaciación (%)	18	12	1,5	14	15	0,9	16	15	15	15	13	0,8	■■■■■	DHS, 2003-2004
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	27	-	21	28	0,8	33	34	28	24	19	0,6	■■■■■	DHS, 2008-2009
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	6	-	13	5	2,7	2	2	3	6	15	8,4	■■■■■	DHS, 2008-2009

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	15.381 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	2.832 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	686 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	83 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	52 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	53 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	27 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	10,0 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	74 (2004)
PNB per cápita (EEUU\$)	340 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	79, 76 (2006)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

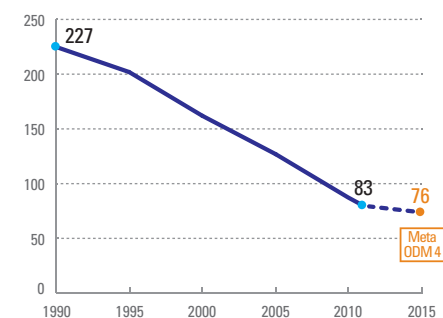
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

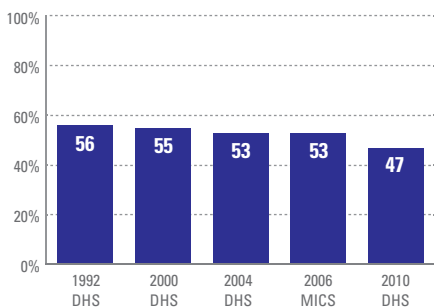
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	21
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	<1%

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	1.334
Emaciación (menores de 5 años, 000)	113
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	42

Progreso en el ODM 1	En camino
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	363
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	261

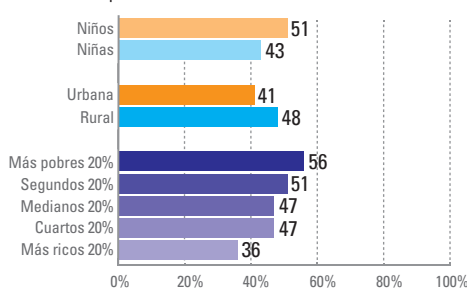
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

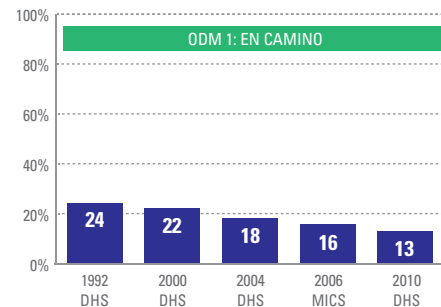
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: DHS, 2010.

### Pautas del bajo peso

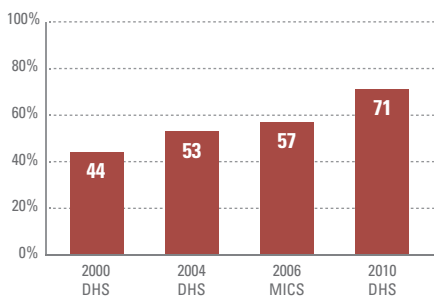
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



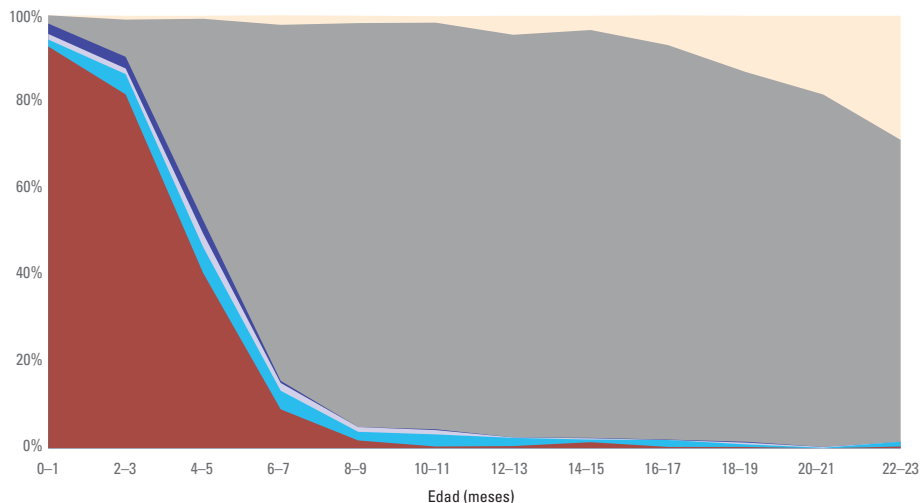
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados

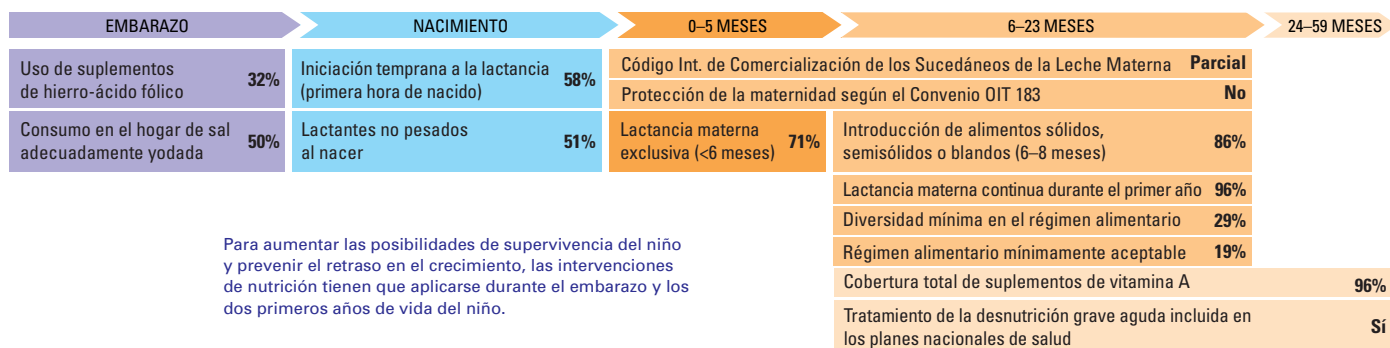


### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2010.

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

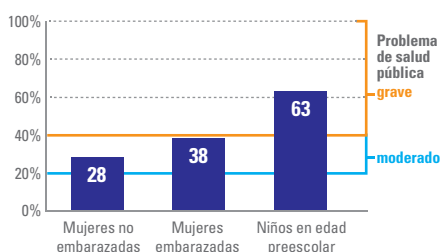


Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

### Anemia

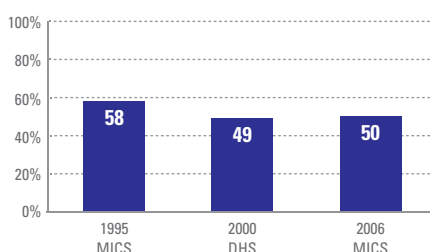
Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada



Fuente: DHS, 2010.

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

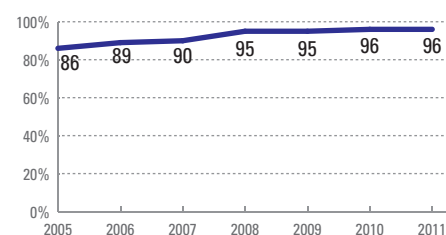
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada  
345.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

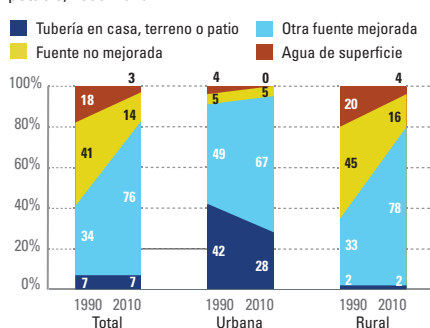
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>460</b>	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>680</b>	(2010)
Cifra total de muertes de madres	<b>3.000</b>	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	<b>36</b>	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	<b>9</b>	(2010)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	<b>28</b>	(2010)
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	<b>95</b>	(2010)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	<b>46</b>	(2010)
Asistente capacitado en el parto (%)	<b>71</b>	(2010)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	<b>13</b>	(2006)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	<b>35</b>	(2010)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

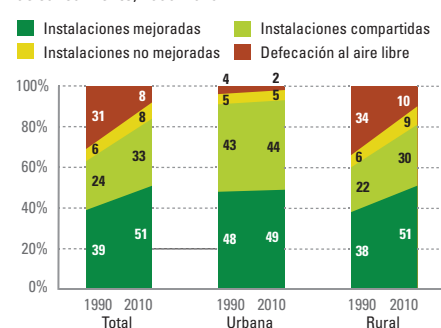
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

Indicador	Género		Relación hombre/mujer	Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer		Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	51	43	1,2	41	48	0,8	56	51	47	47	36	0,5	■■■■■	DHS, 2010
Prevalencia de bajo peso (%)	14	12	1,2	10	13	0,8	17	14	12	14	13	0,8	-----	DHS, 2010
Prevalencia de la emaciación (%)	4	4	1,1	2	4	0,6	5	5	5	4	2	0,4	-----	DHS, 2010
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	9	-	7	9	0,8	10	10	9	8	7	0,7	-----	DHS, 2010
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	17	-	28	14	2,0	9	13	13	16	29	3,2	-----	DHS, 2010



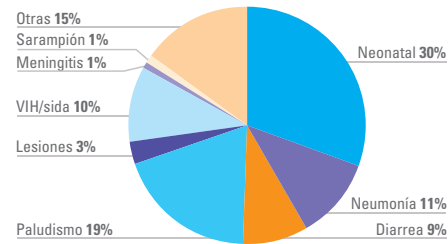
# MOZAMBIQUE

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	23.930 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	3.875 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	889 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	103 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	86 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	72 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	34 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	11,3 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	60 (2008)
PNB per cápita (EEUUS)	470 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	80, 82 (2008)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

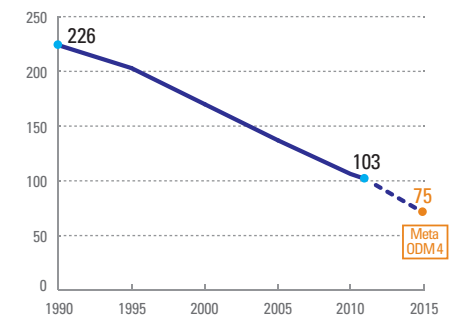
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

Clasificación de países por retraso en el crecimiento	16
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	1

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)

1.651

Emaciación (menores de 5 años, 000)

229

Emaciación grave (menores de 5 años, 000)

81

Progreso en el ODM 1

En camino

Bajo peso (menores de 5 años, 000)

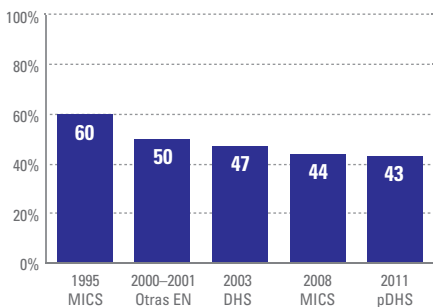
577

Sobrepeso (menores de 5 años, 000)

287

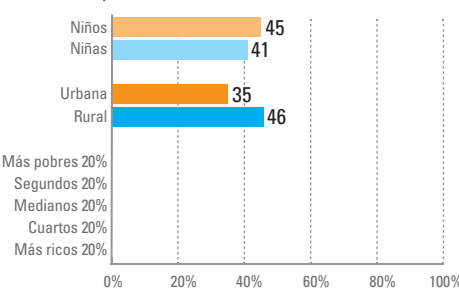
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

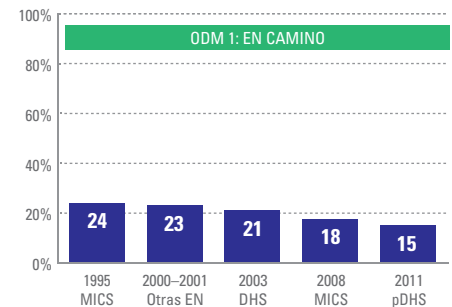
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: pDHS, 2011.

### Pautas del bajo peso

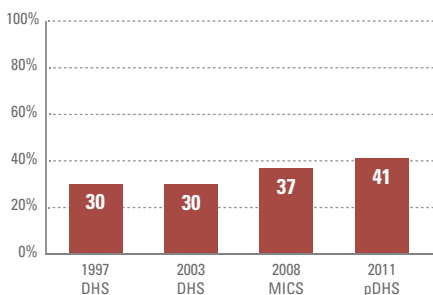
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



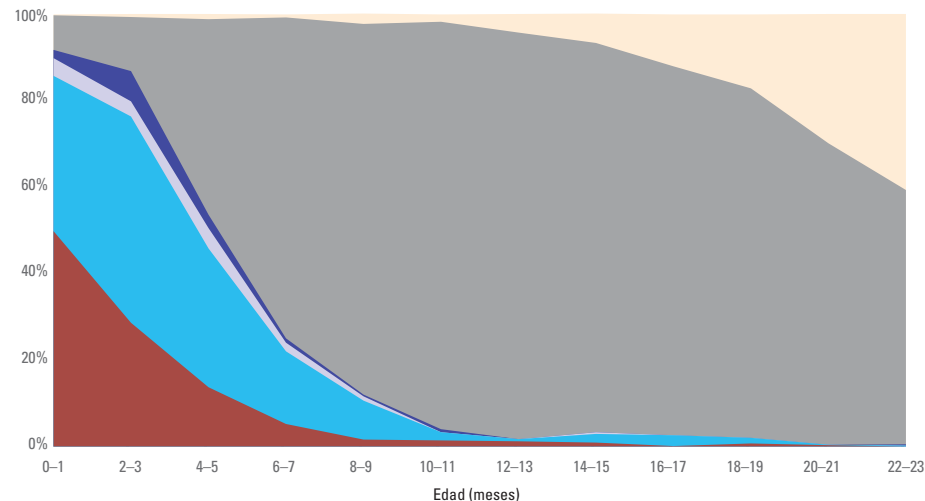
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2003.

- Destetados (no amamantados)
- Lactancia materna y alimentos sólidos/semisólidos
- Lactancia materna y otra leche o sucedáneo
- Lactancia materna y líquidos no lácteos
- Lactancia materna y agua solamente
- Lactancia materna exclusiva

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>63%</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>Sí</b>	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>No</b>	
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>25%</b>	Lactantes no pesados al nacer <b>42%</b>	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>41%</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>86%</b>	
			Lactancia materna continua durante el primer año <b>91%</b>	
			Diversidad mínima en el régimen alimentario	
			Régimen alimentario mínimamente aceptable	
			Cobertura total de suplementos de vitamina A	<b>100%</b>
			Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud	<b>Sí</b>

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

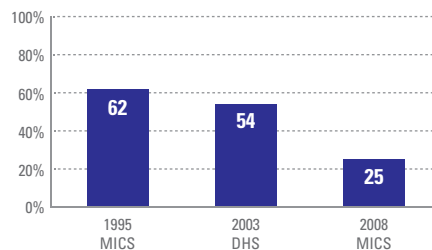
### Anemia

Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada

NO HAY DATOS

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

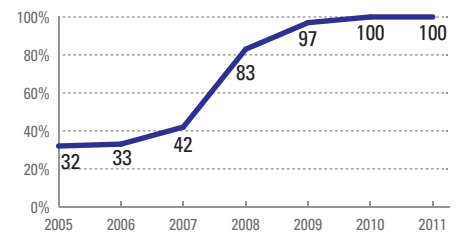
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada  
666.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

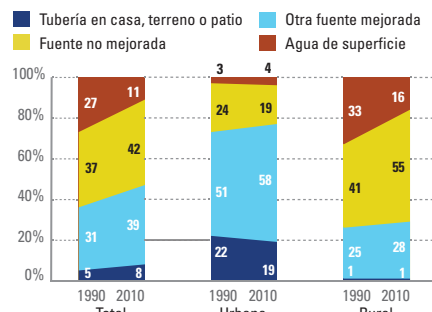
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	490	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	500	(2008)
Cifra total de muertes de madres	4.300	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	43	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	-	-
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	92	(2008)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	-	-
Asistente capacitado en el parto (%)	55	(2008)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	16	(2008)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	42	(2003)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

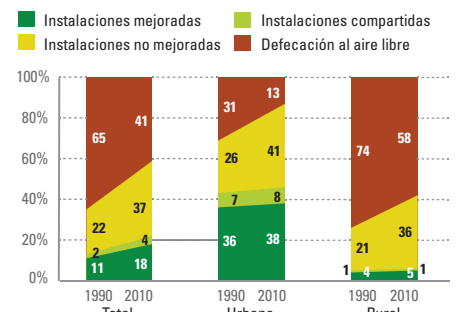
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

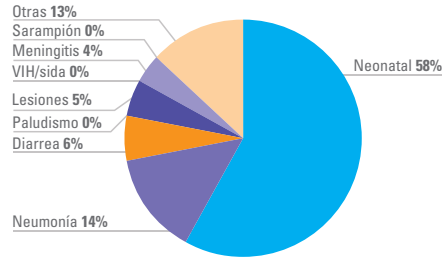
Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	45	41	1,1	35	46	0,8	-	-	-	-	-	-	-	pDHS, 2011
Prevalencia de bajo peso (%)	17	13	1,3	10	17	0,6	-	-	-	-	-	-	-	pDHS, 2011
Prevalencia de la emaciación (%)	6	5	1,2	4	7	0,6	-	-	-	-	-	-	-	pDHS, 2011
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	30.486	(2011)
Población total de menores de 5 años (000)	3.450	(2011)
Cifra total de nacimientos (000)	722	(2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	48	(2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	34	(2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	39	(2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	27	(2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	0.3	(2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	25	(2010)
PNB per cápita (EEUU\$)	540	(2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	70, 67	(2010-2011)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

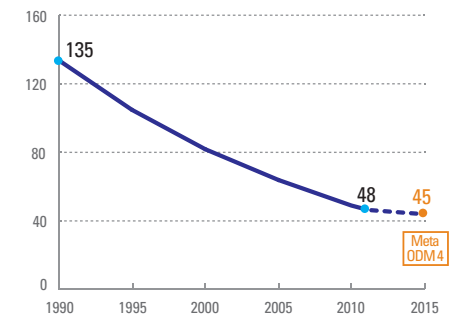
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

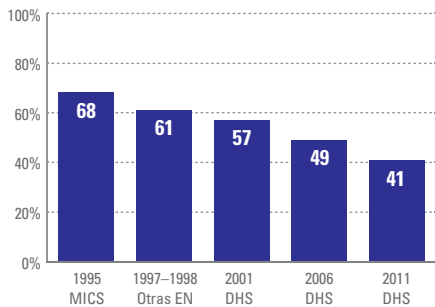
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	20
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	<1%

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	1.397
Emaciación (menores de 5 años, 000)	376
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	90

Progreso en el ODM 1	Progreso insuficiente
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	993
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	48

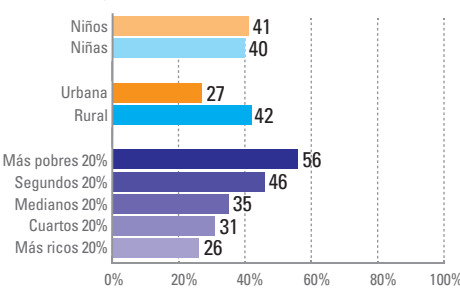
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

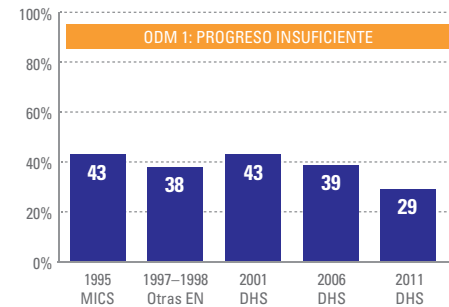
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: DHS, 2011.

### Pautas del bajo peso

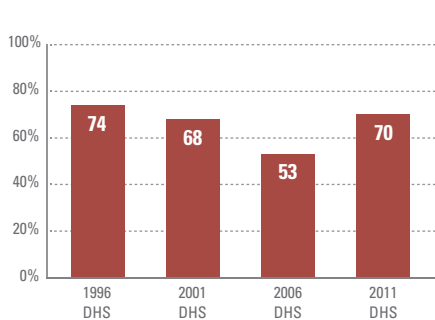
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



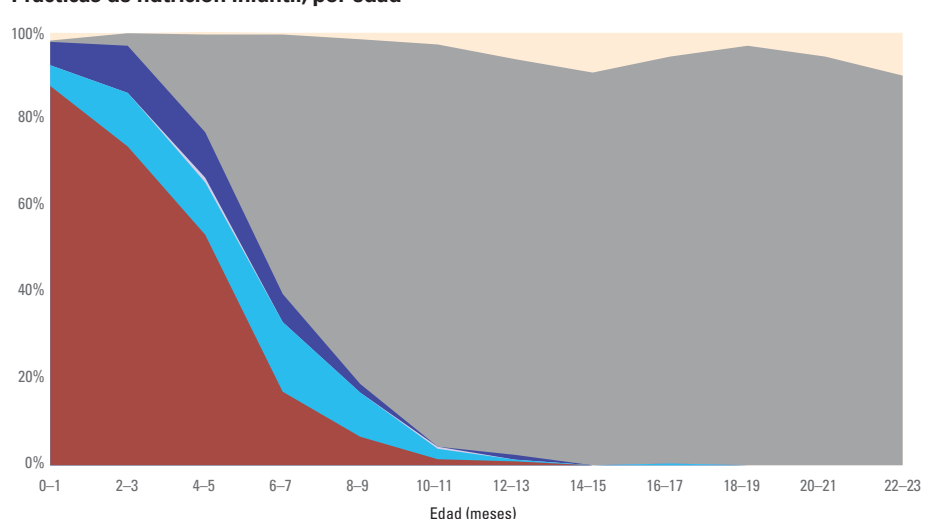
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados

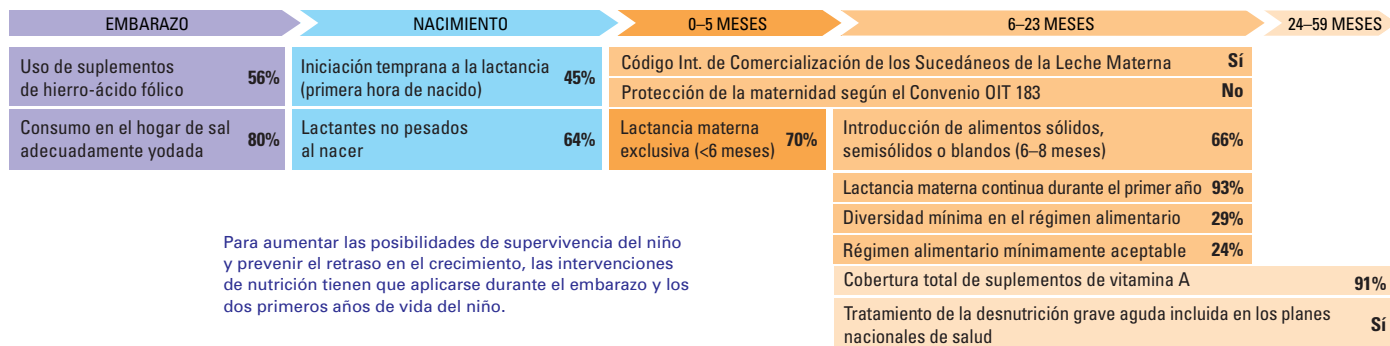


### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2011.

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

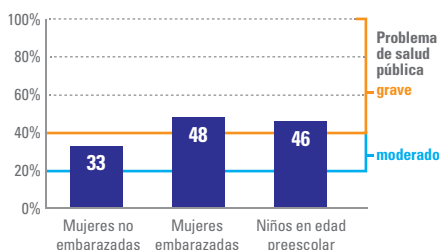


Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

### Anemia

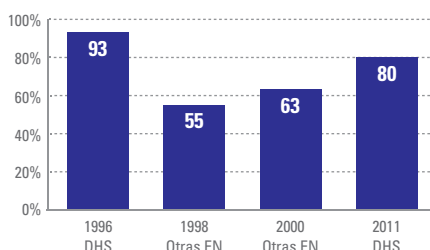
Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada



Fuente: DHS, 2011.

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

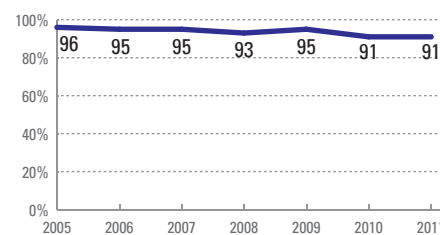
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada  
144.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

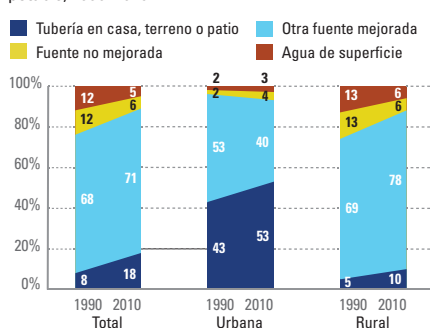
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>170</b>	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>280</b>	(2005)
Cifra total de muertes de madres	<b>1.200</b>	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	<b>190</b>	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	<b>18</b>	(2011)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	<b>33</b>	(2011)
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	<b>58</b>	(2011)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	<b>50</b>	(2011)
Asistente capacitado en el parto (%)	<b>36</b>	(2011)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	<b>18</b>	(2011)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	<b>19</b>	(2011)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

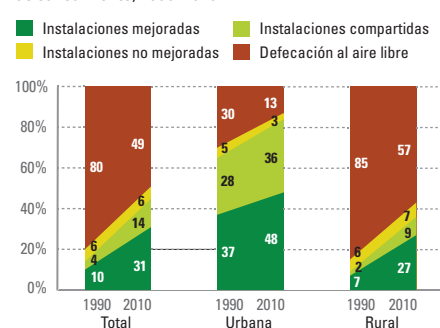
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

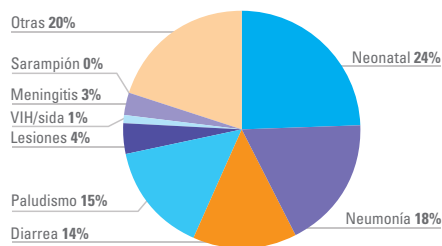
Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	41	40	1,0	27	42	0,6	56	46	35	31	26	0,5	■■■■■	DHS, 2011
Prevalencia de bajo peso (%)	30	28	1,1	17	30	0,6	40	32	29	23	10	0,3	■■■■■	DHS, 2011
Prevalencia de la emaciación (%)	12	10	1,2	8	11	0,7	13	11	13	9	7	0,6	■■■■■	DHS, 2011
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	18	-	14	19	0,8	22	21	22	17	12	0,6	■■■■■	DHS, 2011
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	14	-	26	11	2,3	3	6	9	15	30	9,8	■■■■■	DHS, 2011

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	16.069 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	3.200 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	777 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	125 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	89 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	66 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	32 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	0,8 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	44 (2008)
PNB per cápita (EEUU\$)	360 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	31, 44 (2006)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

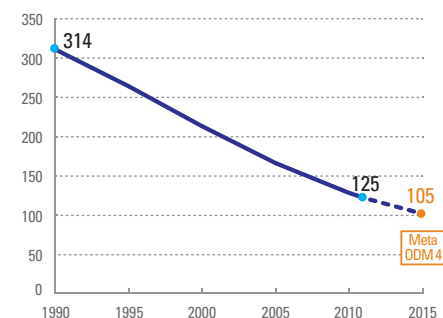
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

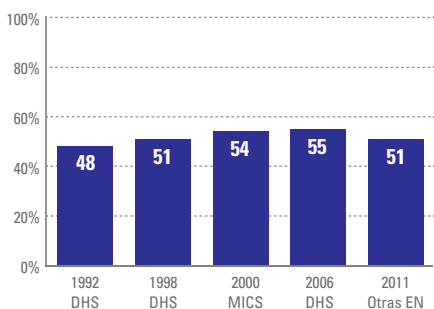
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	18
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	1

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	1.632
Emaciación (menores de 5 años, 000)	394
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	61

Progreso en el ODM 1	Ningún progreso
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	1.232
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	112

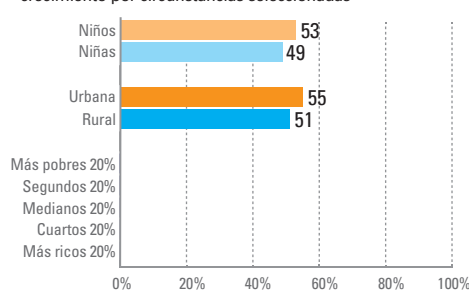
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

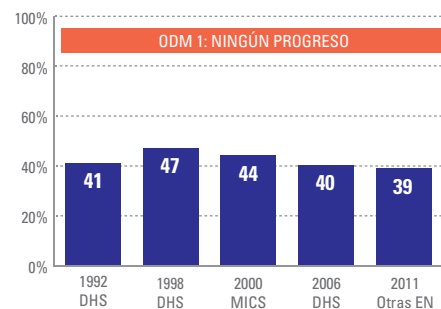
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: Otras EN, 2011.

### Pautas del bajo peso

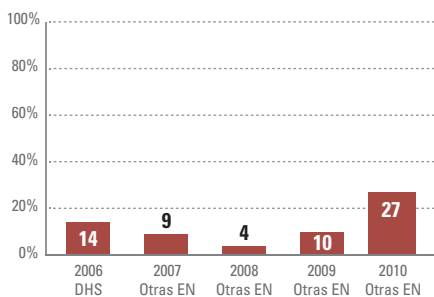
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



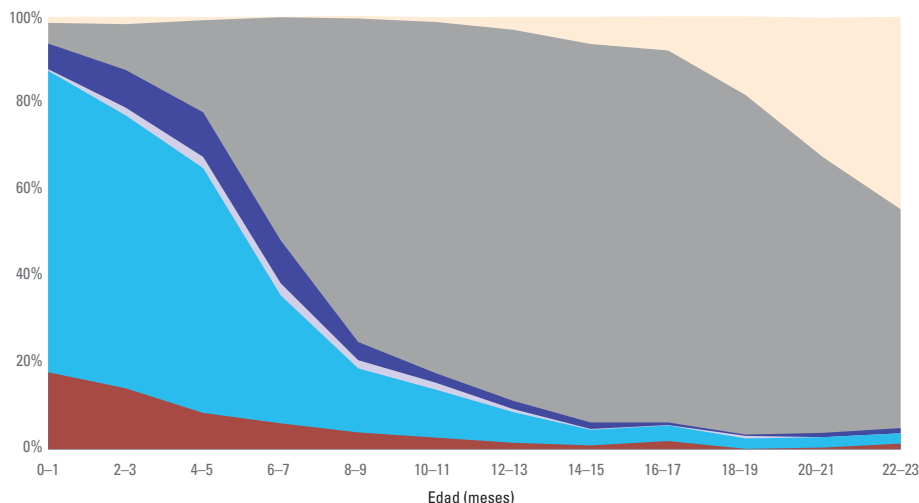
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



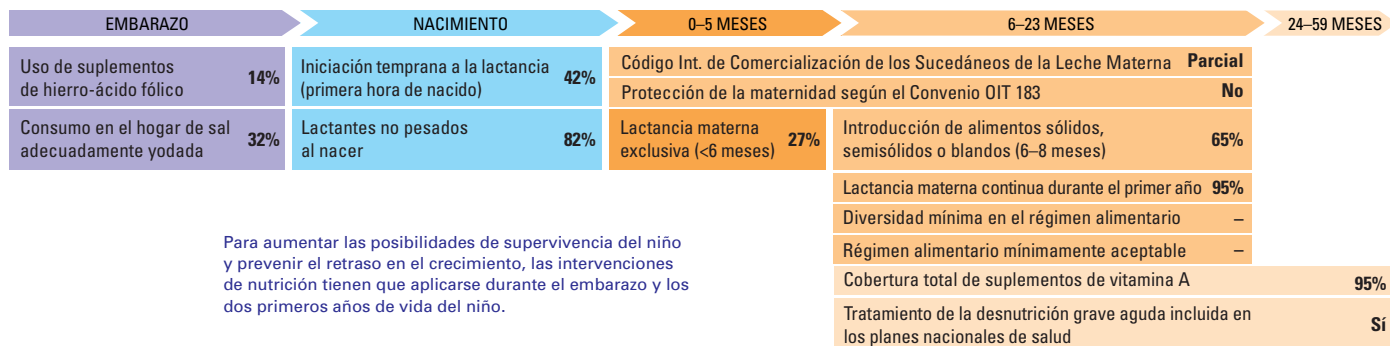
### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2006.



## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

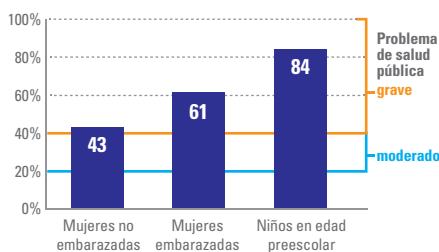


Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

### Anemia

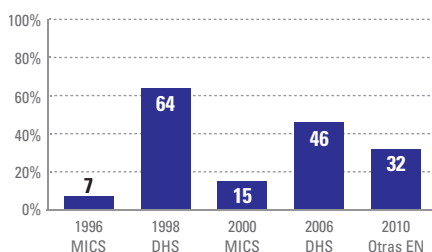
Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada



Fuente: DHS, 2006.

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

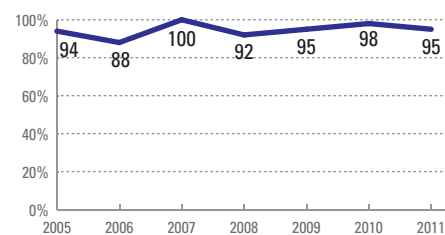
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada  
528.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

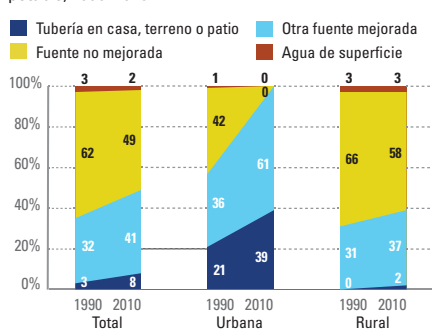
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	590	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	650	(2006)
Cifra total de muertes de madres	4.500	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	23	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	19	(2006)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	43	(2006)
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	46	(2006)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	15	(2006)
Asistente capacitado en el parto (%)	18	(2006)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	27	(2006)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	51	(2006)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

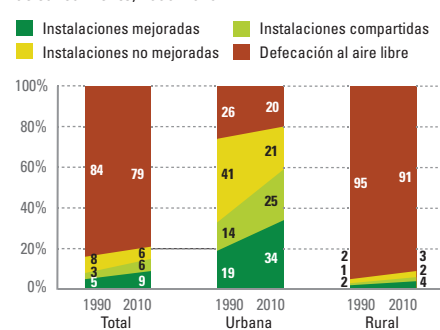
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

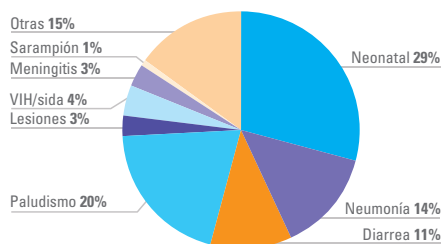
Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	53	49	1,1	55	51	1,1	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2011
Prevalencia de bajo peso (%)	40	37	1,1	44	39	1,1	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2011
Prevalencia de la emaciación (%)	14	11	1,3	12	12	1,0	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2011
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	19	-	13	21	0,6	19	20	24	21	13	0,7	-----	DHS, 2006
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	13	-	35	7	4,9	4	5	7	11	33	7,8	-----	DHS, 2006

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	162.471 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	27.215 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	6.458 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	124 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	756 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	78 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	39 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	3,7 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	68 (2010)
PNB per cápita (EEUUS)	1.200 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	60, 65 (2008)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

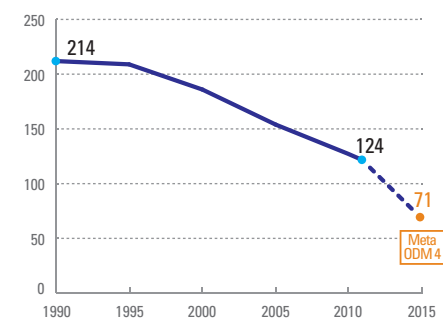
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

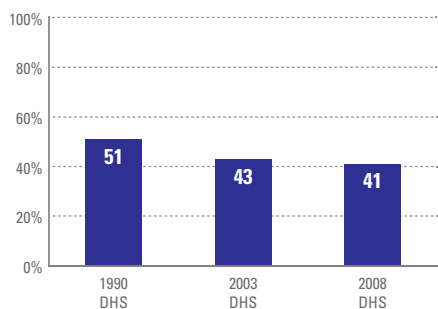
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	2
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	7

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	11.049
Emaciación (menores de 5 años, 000)	3.783
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	1.905

Progreso en el ODM 1	Progreso insuficiente
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	6.287
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	2.858

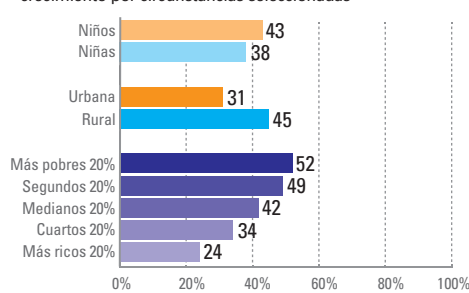
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

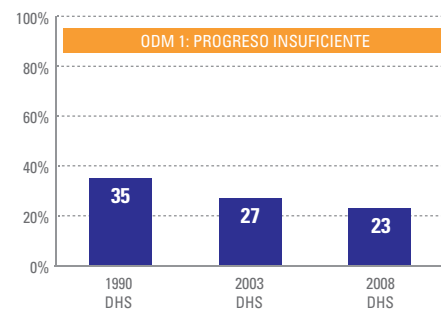
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: DHS, 2008.

### Pautas del bajo peso

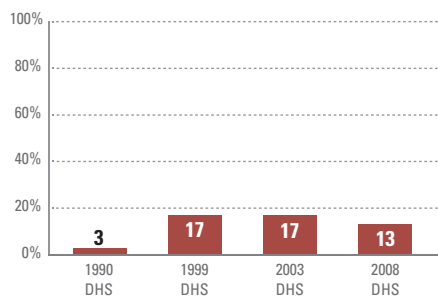
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



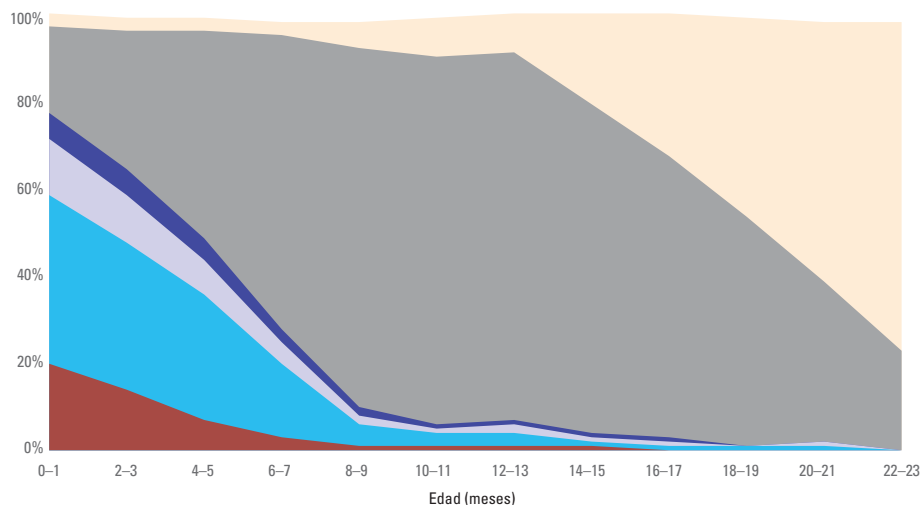
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2008.

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico <b>15%</b>	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>38%</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>Parcial</b>	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>No</b>	
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>52%</b>	Lactantes no pesados al nacer <b>82%</b>	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>13%</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>76%</b>	
			Lactancia materna continua durante el primer año <b>85%</b>	
			Diversidad mínima en el régimen alimentario <b>-</b>	
			Régimen alimentario mínimamente aceptable <b>-</b>	
			Cobertura total de suplementos de vitamina A <b>73%</b>	
			Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud <b>Sí</b>	

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

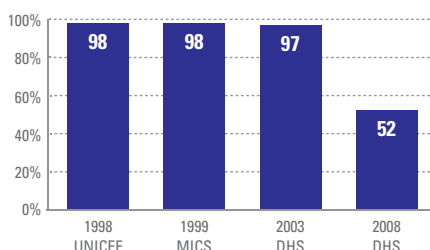
### Anemia

Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada

NO HAY DATOS

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

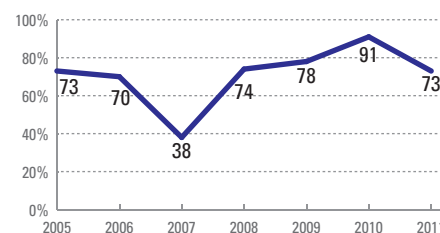
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada  
3.132.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

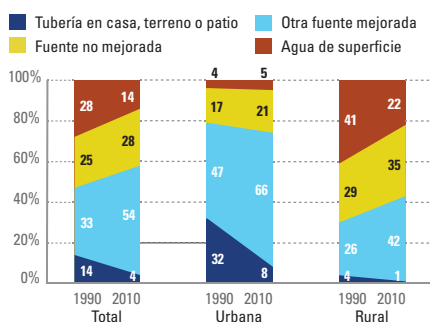
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>630</b>	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>550</b>	(2008)
Cifra total de muertes de madres	<b>40.000</b>	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	<b>29</b>	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	<b>12</b>	(2008)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	-	-
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	<b>58</b>	(2008)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	<b>45</b>	(2008)
Asistente capacitado en el parto (%)	<b>39</b>	(2008)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	<b>12</b>	(2008)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	<b>28</b>	(2008)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

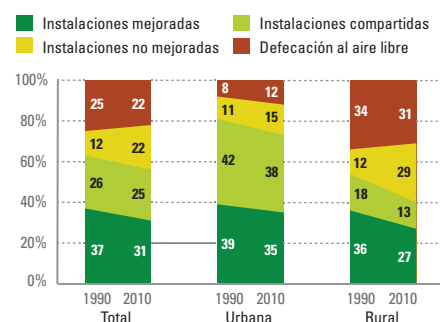
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

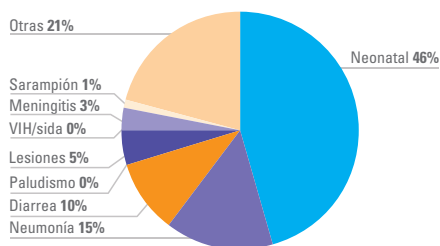
Indicador	Género		Relación hombre/mujer	Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer		Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	43	38	1,1	31	45	0,7	52	49	42	34	24	0,5	■■■■■	DHS, 2008
Prevalencia de bajo peso (%)	25	22	1,1	16	27	0,6	35	29	22	17	10	0,3	■■■■■	DHS, 2008
Prevalencia de la emaciación (%)	14	13	1,1	11	15	0,7	21	17	12	10	9	0,5	■■■■■	DHS, 2008
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	12	-	9	14	0,7	21	15	11	10	7	0,3	■■■■■	DHS, 2008
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	22	-	31	17	1,8	9	13	19	25	38	4,1	■■■■■	DHS, 2008

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	176.745 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	22.113 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	4.764 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	72 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	352 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	59 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	36 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	0,1 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	21 (2008)
PNB per cápita (EEUU\$)	1.120 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	62, 70 (2006-2007)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

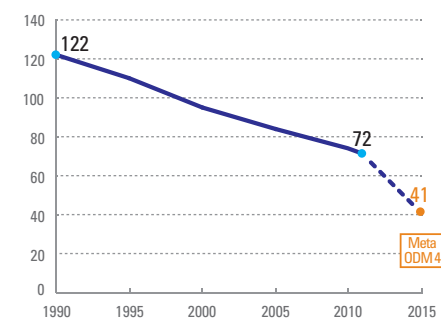
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

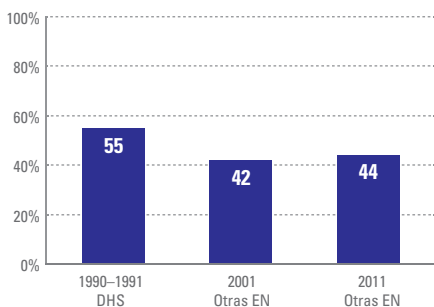
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	3
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	6

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	9.663
Emaciación (menores de 5 años, 000)	3.339
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	1.283

Progreso en el ODM 1	Progreso insuficiente
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	6.965
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	1.415

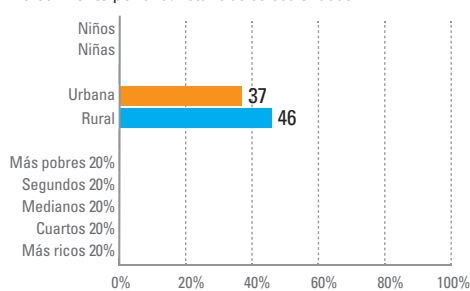
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

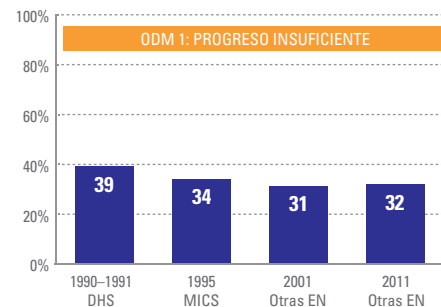
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: Otras EN, 2011.

### Pautas del bajo peso

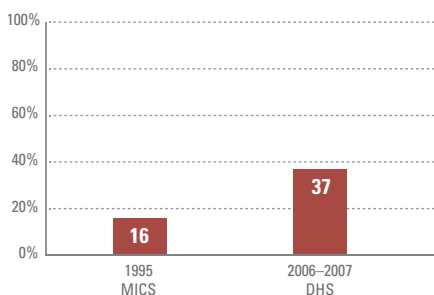
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



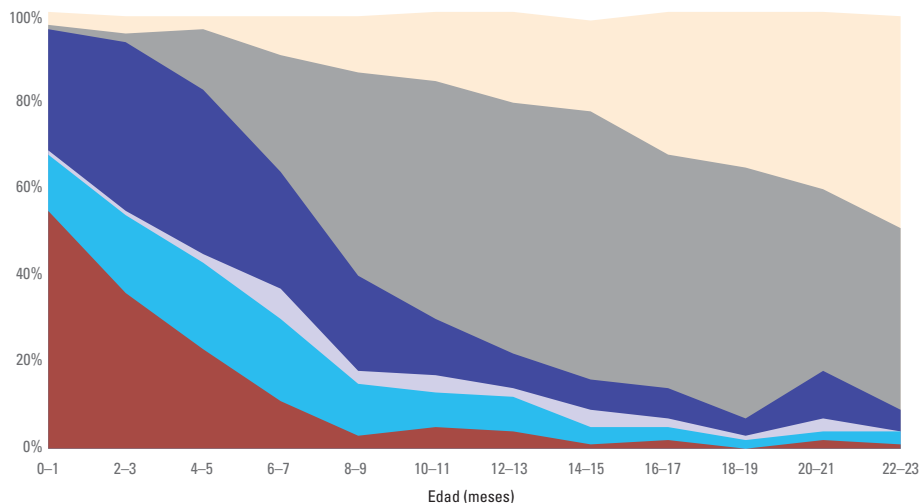
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2006-2007.

- Destetados (no amamantados)
- Lactancia materna y líquidos no lácteos
- Lactancia materna y alimentos sólidos/semisólidos
- Lactancia materna y otra leche o sucedáneo
- Lactancia materna y líquidos no lácteos
- Lactancia materna y agua solamente
- Lactancia materna exclusiva

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico <b>16%</b>	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>29%</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>Sí</b> Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>No</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>36%</b>	
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>69%</b>	Lactantes no pesados al nacer <b>90%</b>	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>37%</b>	Lactancia materna continua durante el primer año <b>79%</b> Diversidad mínima en el régimen alimentario <b>4%</b> Régimen alimentario mínimamente aceptable <b>8%</b>	Cobertura total de suplementos de vitamina A <b>90%</b> Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud <b>No</b>

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

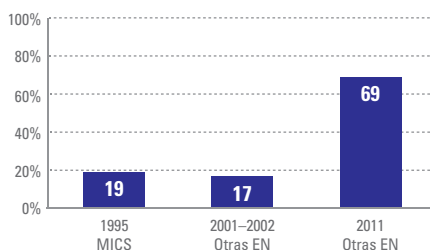
### Anemia

Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada

NO HAY DATOS

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

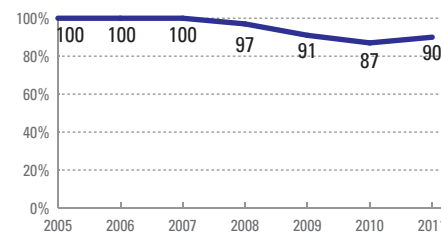
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada. 1.467.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

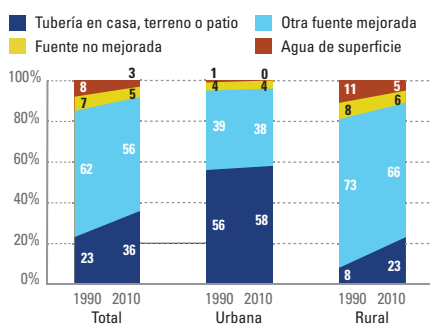
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	260	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	280	(2007)
Cifra total de muertes de madres	12.000	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	110	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	18	(2011)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	-	-
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	61	(2007)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	28	(2007)
Asistente capacitado en el parto (%)	43	(2011)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	32	(2006-2007)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	10	(2007)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

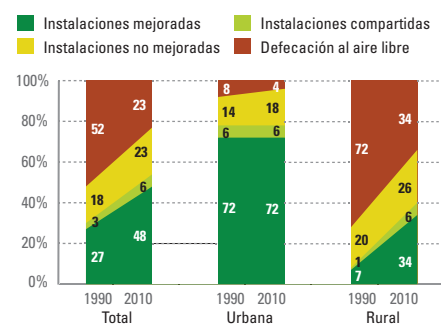
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	-	-	-	37	46	0,8	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2011
Prevalencia de bajo peso (%)	-	-	-	27	33	0,8	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2011
Prevalencia de la emaciación (%)	-	-	-	13	16	0,8	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2011
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	18	-	14	20	0,7	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2011
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	29	-	40	24	1,7	-	-	-	-	-	-	-	Otras EN, 2011



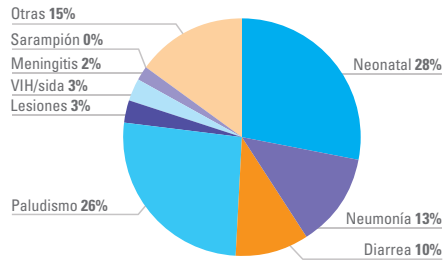
# REPÚBLICA CENTROAFRICANA

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	4.487 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	659 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	156 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	164 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	25 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	108 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	46 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	4,6 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	63 (2008)
PNB per cápita (EEUU\$)	470 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	47, 56 (2006)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

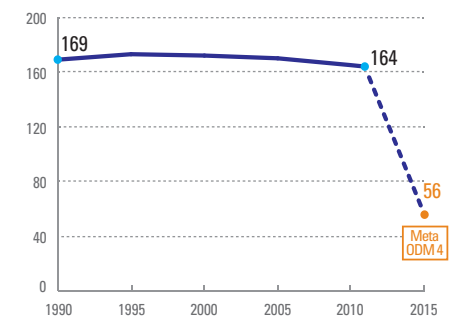
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

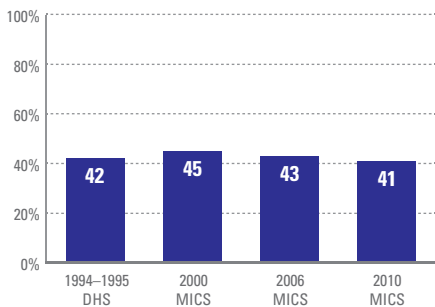
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	50
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	<1%

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	270
Emaciación (menores de 5 años, 000)	46
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	13

Progreso en el ODM 1	Ningún progreso
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	158
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	12

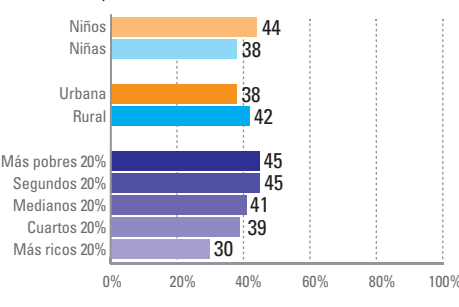
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

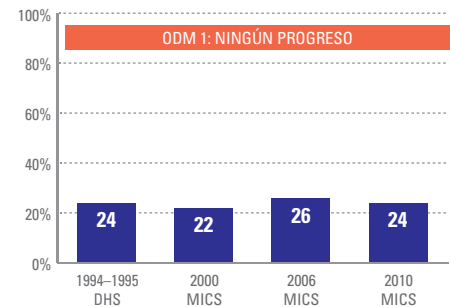
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: MICS, 2010.

### Pautas del bajo peso

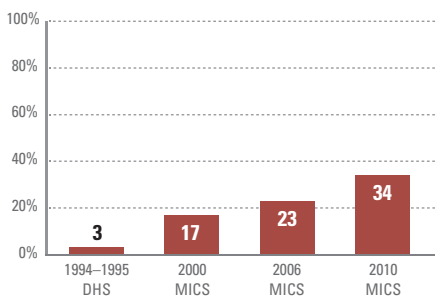
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



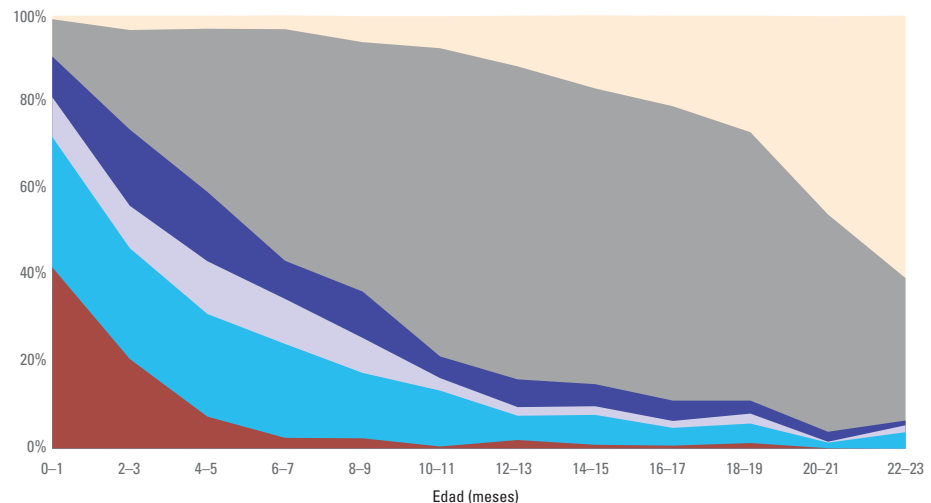
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: MICS, 2010.

# REPÚBLICA CENTROAFRICANA

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>43%</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>No</b>		
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>65%</b>	Lactantes no pesados al nacer <b>39%</b>	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>Parcial</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>56%</b>	
		Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>34%</b>	Lactancia materna continua durante el primer año <b>86%</b>	
			Diversidad mínima en el régimen alimentario	
			Régimen alimentario mínimamente aceptable	
			Cobertura total de suplementos de vitamina A	<b>0%</b>
			Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud	<b>Si</b>

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

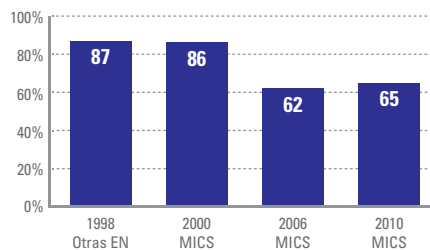
### Anemia

Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada

NO HAY DATOS

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

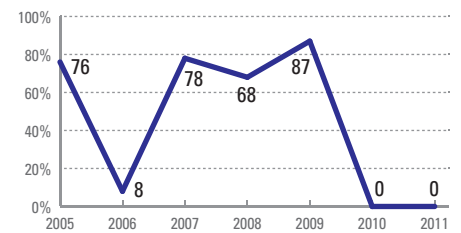
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada  
55.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

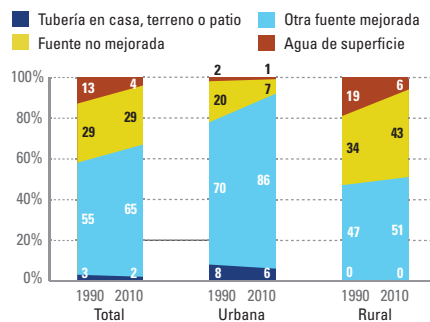
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	890	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	540	(2006)
Cifra total de muertes de madres	1.400	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	26	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	-	-
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	68	(2010)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	38	(2010)
Asistente capacitado en el parto (%)	54	(2010)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	14	(2010)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	45	(2010)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

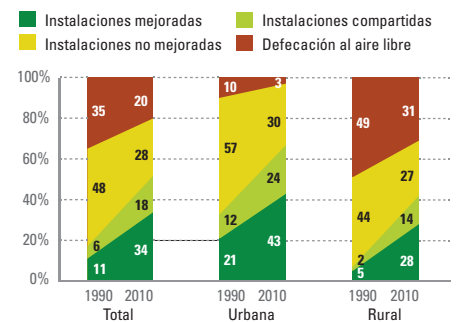
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	44	38	1,2	38	42	0,9	45	45	41	39	30	0,7	■■■■■	MICS, 2010
Prevalencia de bajo peso (%)	26	21	1,2	23	24	1,0	26	25	22	24	19	0,7	-----	MICS, 2010
Prevalencia de la emaciación (%)	9	6	1,5	8	7	1,1	8	7	6	8	9	1,1	-----	MICS, 2010
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

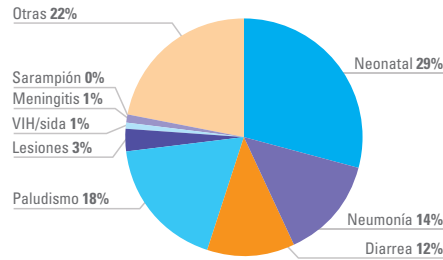
# REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	67.758	(2011)
Población total de menores de 5 años (000)	12.046	(2011)
Cifra total de nacimientos (000)	2.912	(2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	168	(2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	465	(2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	111	(2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	47	(2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	-	-
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	88	(2006)
PNB per cápita (EEUU\$)	190	(2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	72, 78	(2010)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

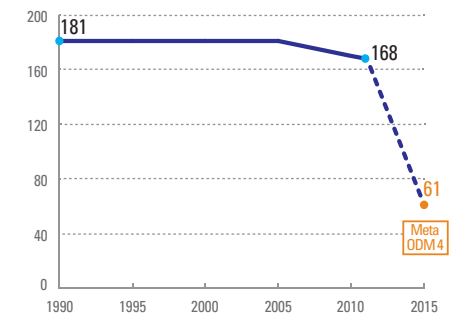
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

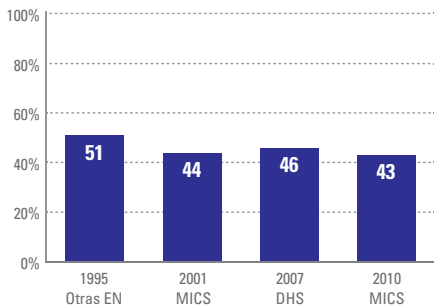
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	8
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	3

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	5.228
Emaciación (menores de 5 años, 000)	1.024
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	337

Progreso en el ODM 1	Progreso insuficiente
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	2.915
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	-

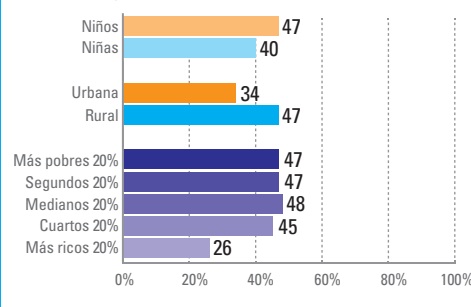
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

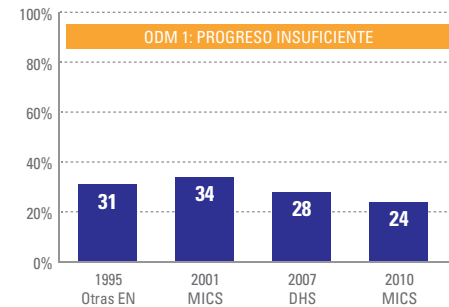
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: MICS, 2010.

### Pautas del bajo peso

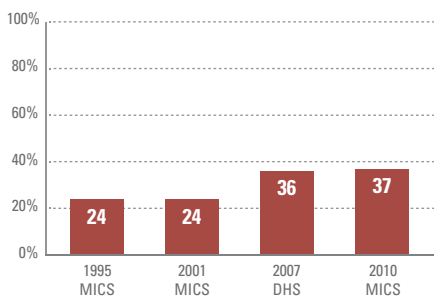
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



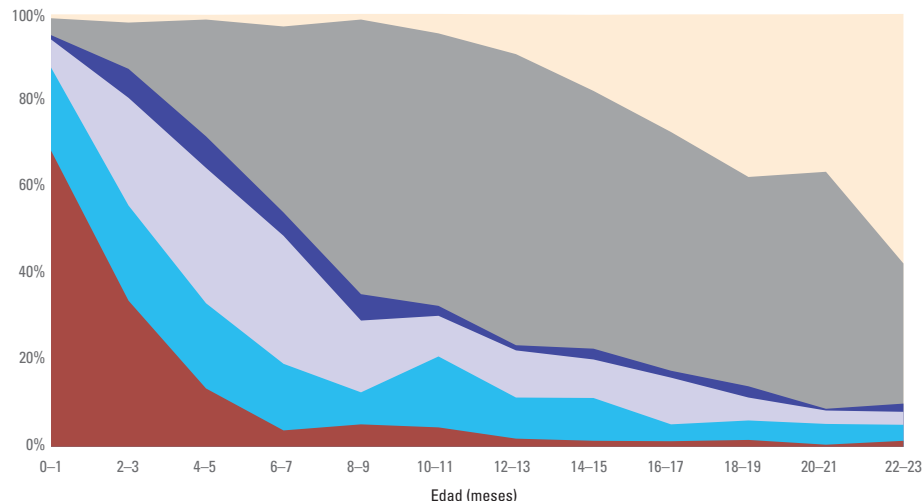
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: MICS, 2010.

# REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

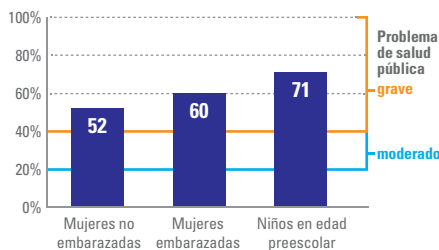
EMBARAZO		NACIMIENTO		0-5 MESES		6-23 MESES		24-59 MESES	
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico	2%	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido)	43%	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna	Parcial	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183	No		
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada	59%	Lactantes no pesados al nacer	30%	Lactancia materna exclusiva (<6 meses)	37%	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses)	52%		
						Lactancia materna continua durante el primer año	87%		
						Diversidad mínima en el régimen alimentario	-		
						Régimen alimentario mínimamente aceptable	-		
						Cobertura total de suplementos de vitamina A	98%		
						Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud	Sí		

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

### Anemia

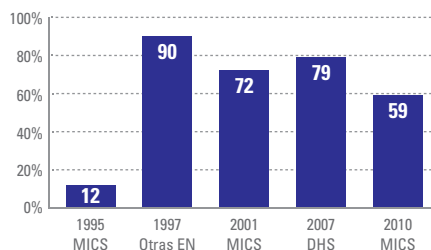
Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada



Fuente: DHS, 2007.

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

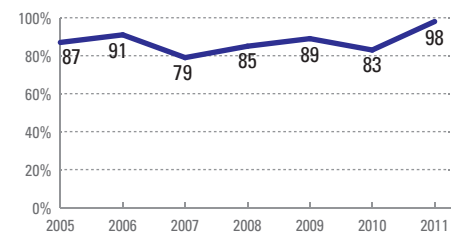
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada. 1.206.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

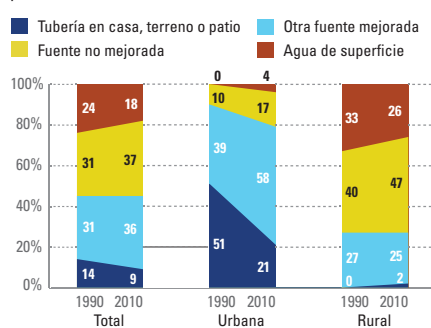
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	540	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	550	(2007)
Cifra total de muertes de madres	15.000	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	30	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	19	(2007)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	52	(2007)
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	89	(2010)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	45	(2010)
Asistente capacitado en el parto (%)	80	(2010)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	10	(2010)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	25	(2010)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

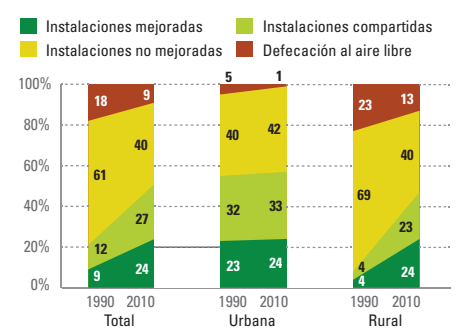
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	47	40	1,2	34	47	0,7	47	47	48	45	26	0,6	■■■■■	MICS, 2010
Prevalencia de bajo peso (%)	27	21	1,3	17	27	0,6	29	28	27	21	12	0,4	-----	MICS, 2010
Prevalencia de la emaciación (%)	10	8	1,3	7	9	0,8	10	9	10	6	7	0,7	-----	MICS, 2010
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	19	-	16	21	0,8	23	20	21	15	15	0,7	-----	DHS, 2007
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	11	-	18	6	2,9	6	6	7	13	23	3,8	-----	DHS, 2007

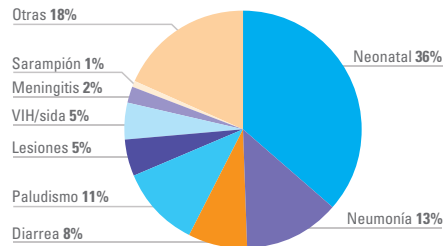
# REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	46.218	(2011)
Población total de menores de 5 años (000)	8.273	(2011)
Cifra total de nacimientos (000)	1.913	(2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	68	(2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	122	(2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	45	(2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	25	(2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	5,8	(2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	68	(2007)
PNB per cápita (EEUU\$)	540	(2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	82, 79	(2010)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

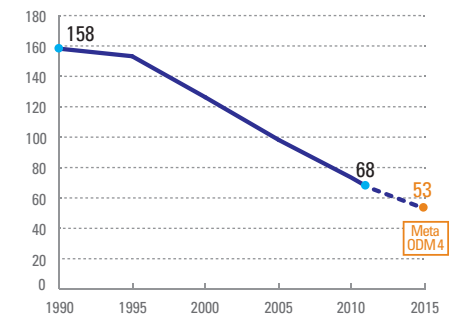
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

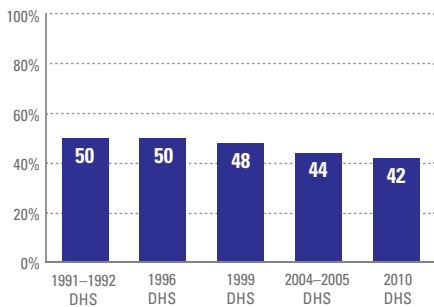
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	10
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	2

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	3.475
Emaciación (menores de 5 años, 000)	397
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	99

Progreso en el ODM 1	En camino
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	1.307
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	455

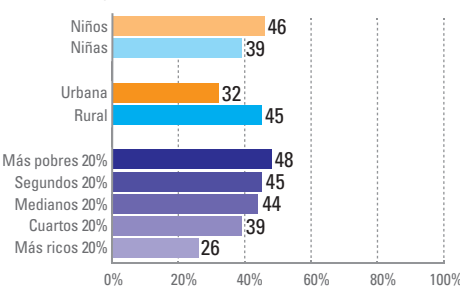
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

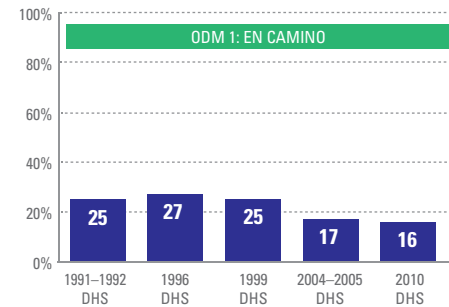
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: DHS, 2010.

### Pautas del bajo peso

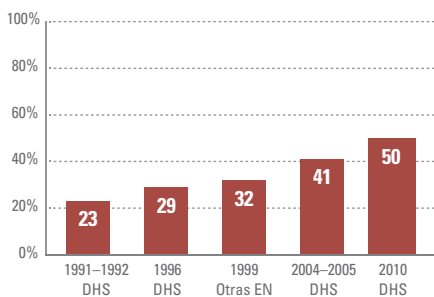
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



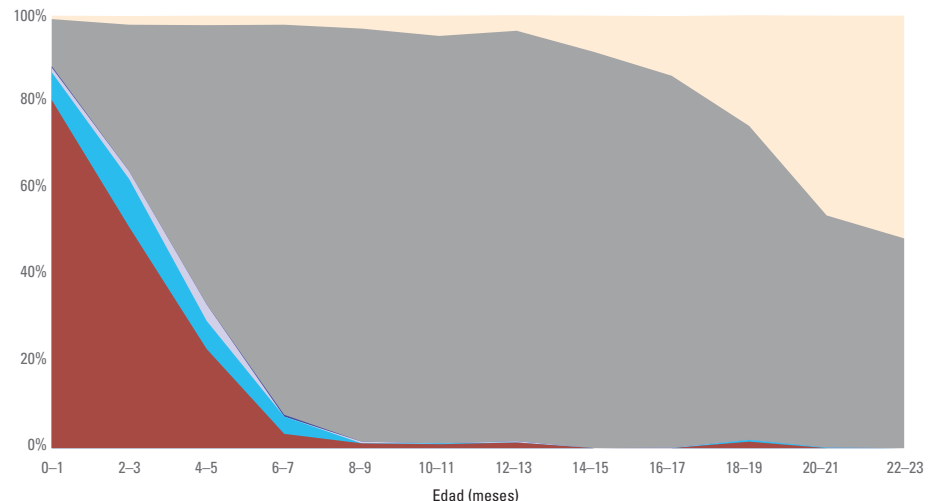
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2010.



# REPÚBLICA UNIDA DE TANZANÍA

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

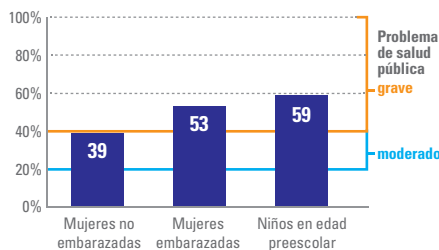
EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico 4%	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) 49%	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>Sí</b>	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>No</b>	
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada 59%	Lactantes no pesados al nacer 47%	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) 50%	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) 92%	
			Lactancia materna continua durante el primer año 94%	
			Diversidad mínima en el régimen alimentario --	
			Régimen alimentario mínimamente aceptable --	
			Cobertura total de suplementos de vitamina A 97%	
			Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud <b>Sí</b>	

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

### Anemia

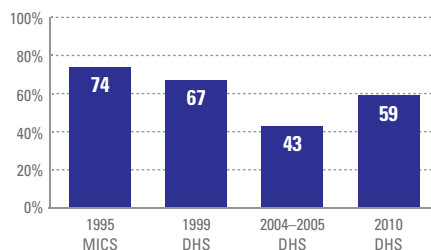
Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada



Fuente: DHS, 2010.

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

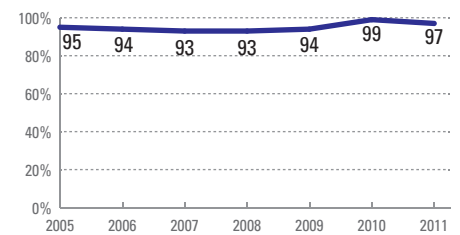
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada  
794.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

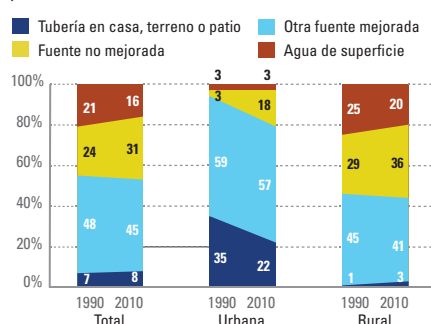
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	460	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	450	(2010)
Cifra total de muertes de madres	8.500	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	38	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	11	(2010)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	39	(2010)
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	88	(2010)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	43	(2010)
Asistente capacitado en el parto (%)	49	(2010)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	8	(2010)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	28	(2010)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

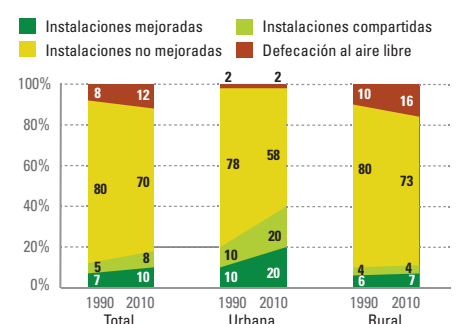
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

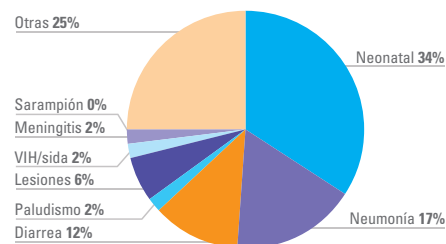
Indicador	Género		Relación hombre/mujer	Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer		Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	46	39	1,2	32	45	0,7	48	45	44	39	26	0,5	■■■■■	DHS, 2010
Prevalencia de bajo peso (%)	17	14	1,2	11	17	0,7	22	18	14	13	9	0,4	-----	DHS, 2010
Prevalencia de la emaciación (%)	6	4	1,4	5	5	1,0	7	4	4	4	5	0,7	-----	DHS, 2010
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	11	-	8	13	0,6	18	13	13	9	7	0,4	-----	DHS, 2010
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	22	-	36	15	2,4	8	11	14	25	41	5,0	-----■	DHS, 2010

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	10.943 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	1.912 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	449 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	54 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	23 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	38 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	21 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	2,9 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	63 (2011)
PNB per cápita (EEUU\$)	570 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	89, 86 (2010)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

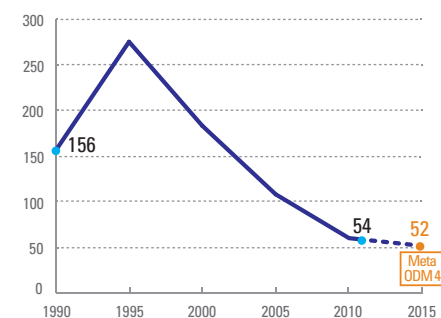
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

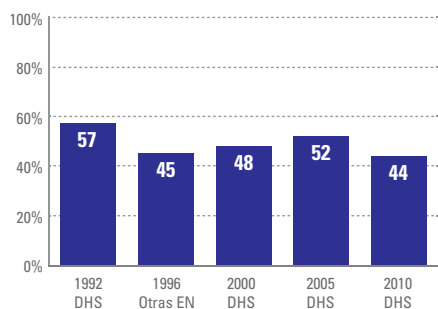
### Carga de la desnutrición (2011)

Clasificación de países por retraso en el crecimiento	29
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	<1%

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	845	Progreso en el ODM 1	En camino
Emaciación (menores de 5 años, 000)	54	Bajo peso (menores de 5 años, 000)	218
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	15	Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	128

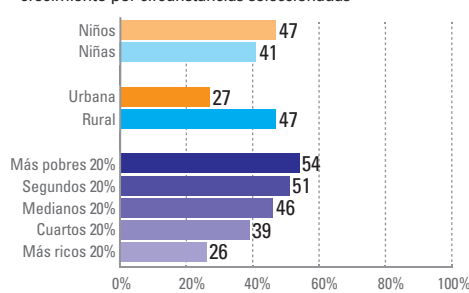
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

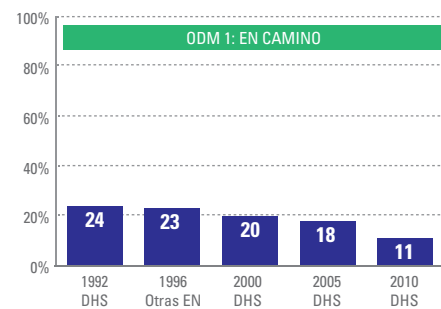
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: DHS, 2010.

### Pautas del bajo peso

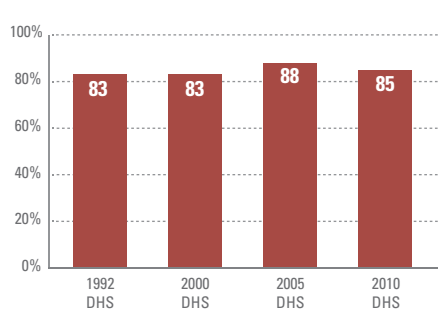
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



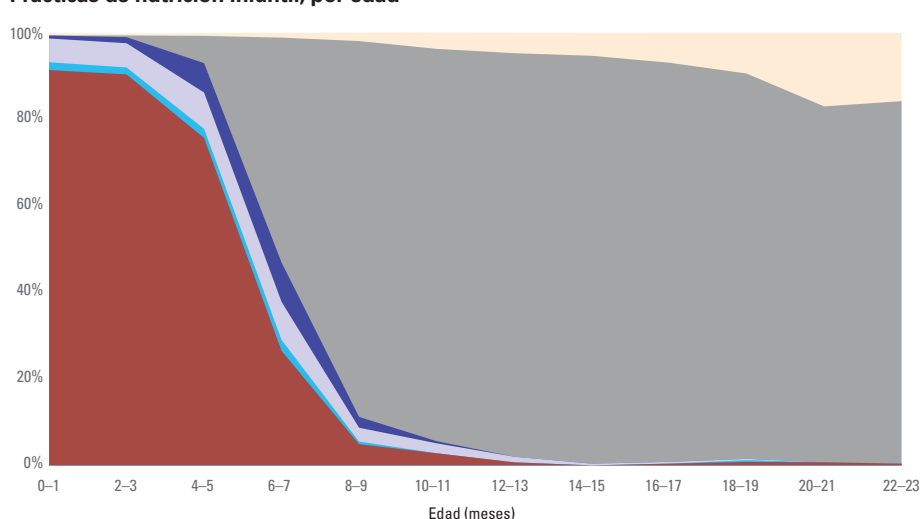
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2010.

- Destetados (no amamantados)
- Lactancia materna y líquidos no lácteos
- Lactancia materna y alimentos sólidos/semisólidos
- Lactancia materna y agua solamente
- Lactancia materna y otra leche o sucedáneo
- Lactancia materna exclusiva

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

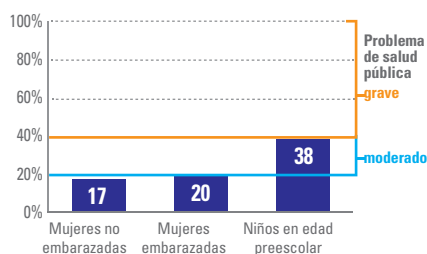
EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico <b>1%</b>	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>71%</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>No</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>79%</b>	
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>99%</b>	Lactantes no pesados al nacer <b>32%</b>	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>No</b>	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>85%</b>	
			Lactancia materna continua durante el primer año <b>95%</b>	
			Diversidad mínima en el régimen alimentario <b>26%</b>	
			Régimen alimentario mínimamente aceptable <b>17%</b>	
			Cobertura total de suplementos de vitamina A <b>76%</b>	
			Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud <b>Sí</b>	

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

### Anemia

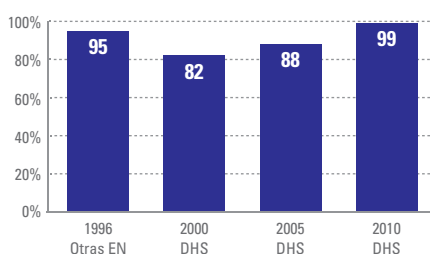
Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada



Fuente: DHS, 2010.

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

Porcentaje de hogares que consumen sal yodada 3.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

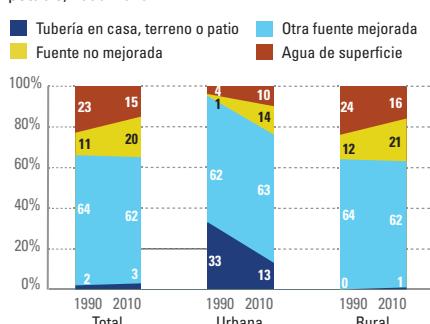
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>340</b>	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>480</b>	(2010)
Cifra total de muertes de madres	<b>1.500</b>	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	<b>54</b>	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	<b>7</b>	(2010)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	<b>17</b>	(2010)
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	<b>98</b>	(2010)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	<b>35</b>	(2010)
Asistente capacitado en el parto (%)	<b>69</b>	(2010)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	<b>7</b>	(2010)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	<b>5</b>	(2010)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

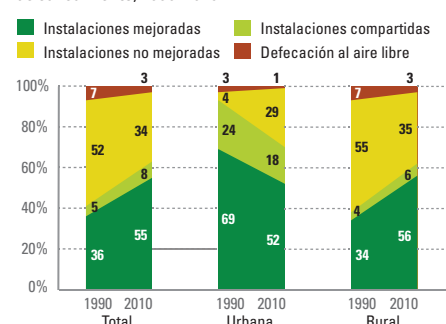
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

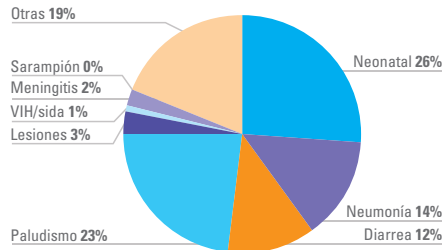
Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	47	41	1,2	27	47	0,6	54	51	46	39	26	0,5	■ ■ ■ ■ ■	DHS, 2010
Prevalencia de bajo peso (%)	13	10	1,3	6	12	0,5	16	14	11	9	5	0,3	-----	DHS, 2010
Prevalencia de la emaciación (%)	3	2	1,4	4	3	1,3	4	3	2	2	3	0,8	-----	DHS, 2010
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	7	-	7	7	0,9	10	9	7	7	5	0,5	-----	DHS, 2010
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	16	-	25	15	1,7	11	10	14	18	28	2,6	-----	DHS, 2010

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	5.997 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	985 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	227 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	185 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	42 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	119 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	49 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	1,6 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	53 (2003)
PNB per cápita (EEUUS)	340 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	76, 73 (2010)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

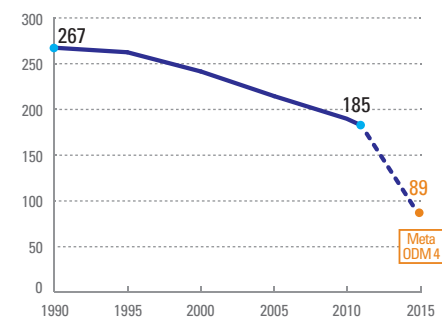
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

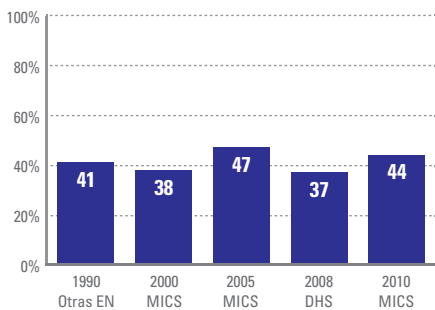
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	45
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	<1%

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	438
Emaciación (menores de 5 años, 000)	84
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	32

Progreso en el ODM 1	Ningún progreso
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	214
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	100

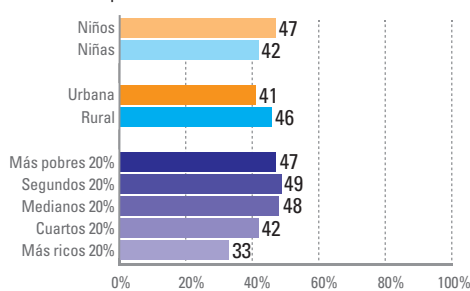
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

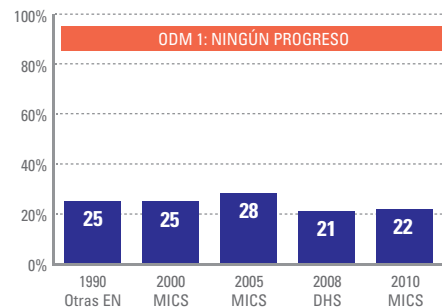
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: MICS, 2010.

### Pautas del bajo peso

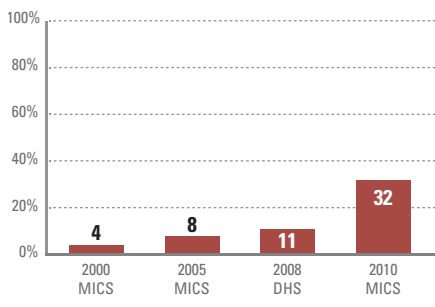
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



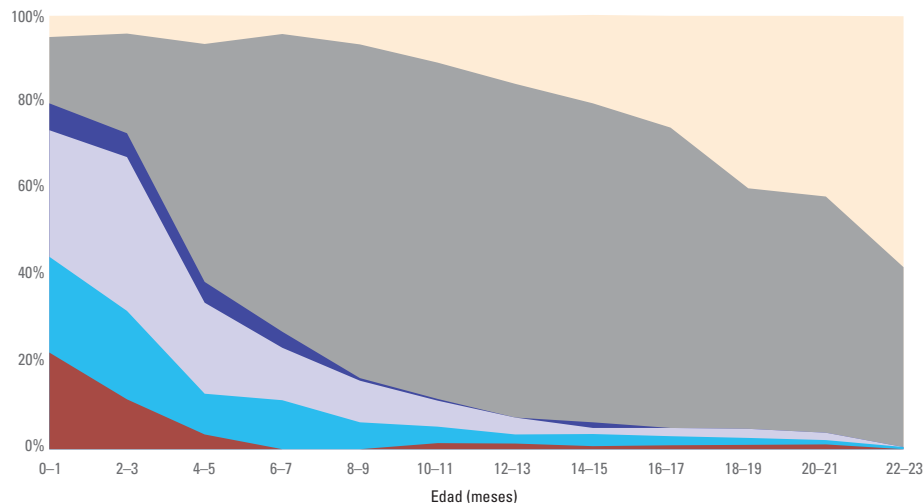
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2008.

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

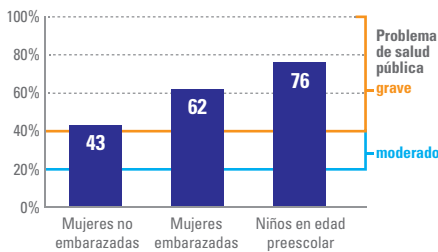
EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico <b>17%</b>	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>45%</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>No</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>25%</b>	Cobertura total de suplementos de vitamina A <b>99%</b>
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>63%</b>	Lactantes no pesados al nacer <b>60%</b>	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>No</b>	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>32%</b>	Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud <b>Si</b>
			Lactancia materna continua durante el primer año <b>84%</b>	
			Diversidad mínima en el régimen alimentario <b>-</b>	
			Régimen alimentario mínimamente aceptable <b>-</b>	

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

### Anemia

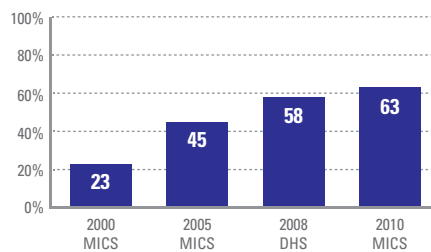
Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada



Fuente: DHS, 2008.

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

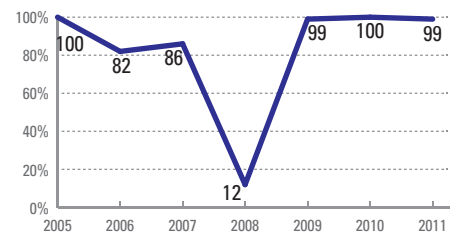
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada  
85.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

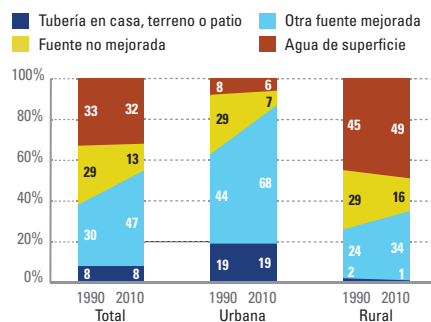
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>890</b>	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>860</b>	(2008)
Cifra total de muertes de madres	<b>2.000</b>	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	<b>23</b>	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	<b>11</b>	(2008)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	<b>43</b>	(2008)
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	<b>93</b>	(2010)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	<b>75</b>	(2010)
Asistente capacitado en el parto (%)	<b>63</b>	(2010)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	<b>11</b>	(2010)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	<b>38</b>	(2010)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

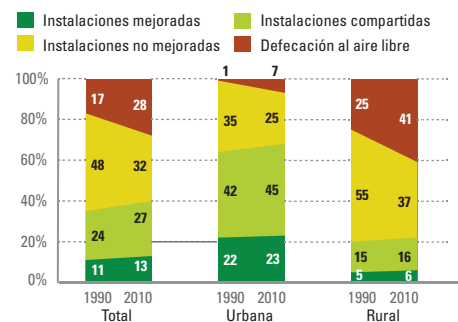
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	47	42	1,1	41	46	0,9	47	49	48	42	33	0,7	■■■■■	MICS, 2010
Prevalencia de bajo peso (%)	24	20	1,2	20	22	0,9	22	25	24	20	15	0,7	-----	MICS, 2010
Prevalencia de la emaciación (%)	10	7	1,3	10	8	1,2	8	8	9	8	9	1,1	-----	MICS, 2010
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	11	-	8	13	0,6	14	14	11	9	9	0,6	-----	DHS, 2008
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	30	-	42	23	1,8	26	20	26	32	42	1,6	■■■■■	DHS, 2008



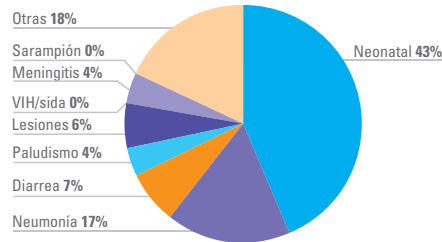
# TIMOR-LESTE

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	1.154 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	202 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	44 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	54 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	2 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	46 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	24 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	-
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	37 (2007)
PNB per cápita (EEUU\$)	2.730 (2010)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	73, 71 (2009)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

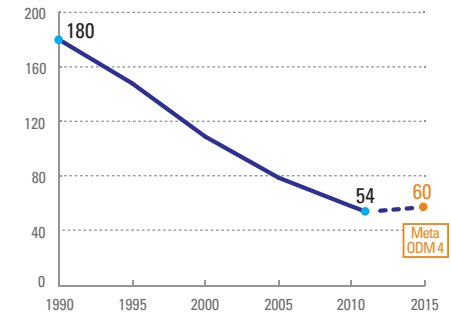
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GIEMI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

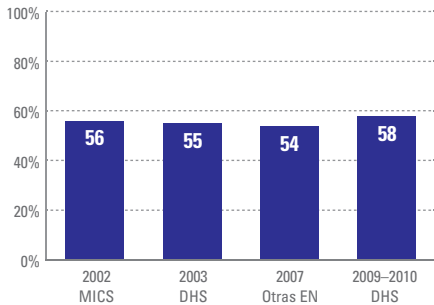
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	54
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	<1%

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	118
Emaciación (menores de 5 años, 000)	38
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	14

Progreso en el ODM 1	Ningún progreso
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	90
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	12

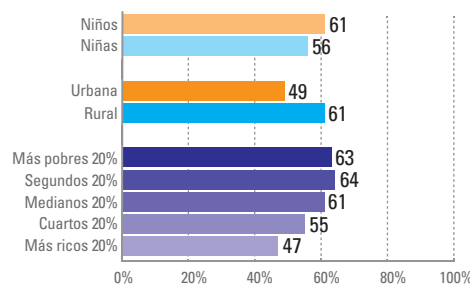
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

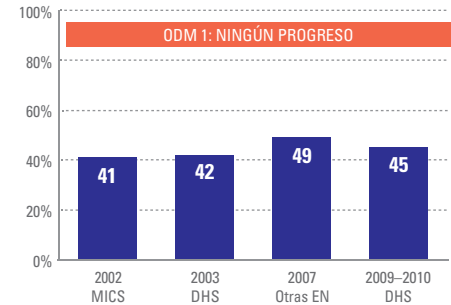
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: DHS, 2009-2010.

### Pautas del bajo peso

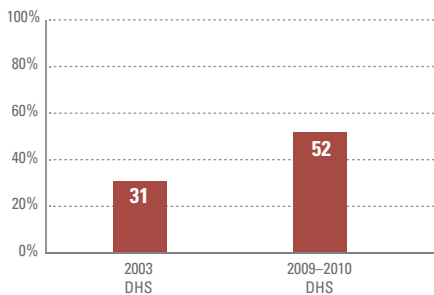
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



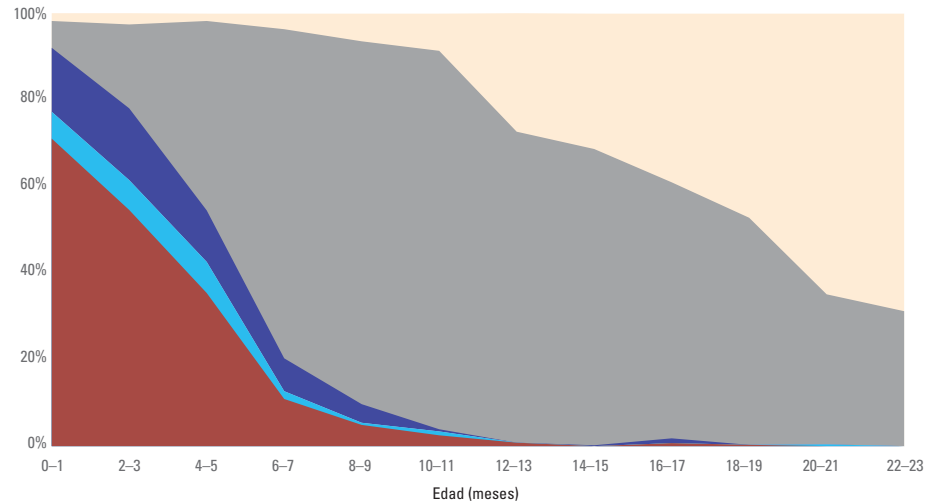
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2009-2010.

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

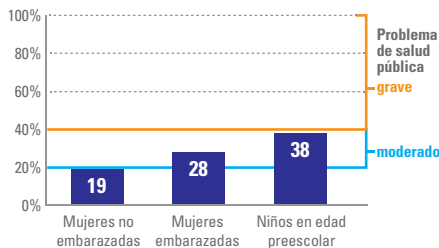
EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico <b>16%</b>	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>82%</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>No</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>82%</b>	Cobertura total de suplementos de vitamina A <b>59%</b>
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>60%</b>	Lactantes no pesados al nacer <b>87%</b>	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>No</b>	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>52%</b>	Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud <b>Sí</b>
			Lactancia materna continua durante el primer año <b>71%</b>	
			Diversidad mínima en el régimen alimentario <b>-</b>	
			Régimen alimentario mínimamente aceptable <b>-</b>	

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

### Anemia

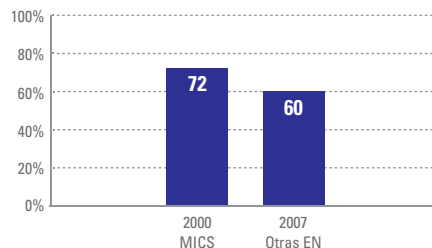
Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada



Fuente: DHS, 2009-2010.

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

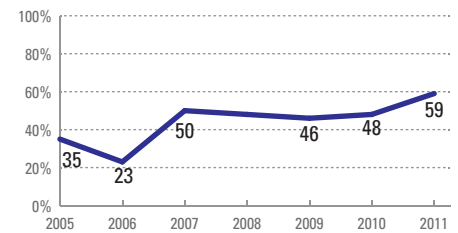
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada 18.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

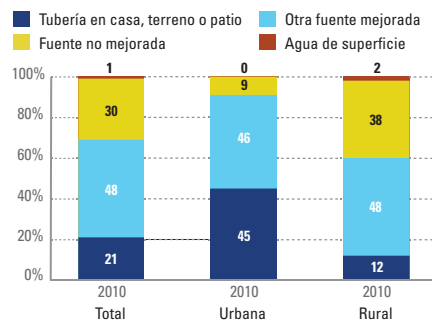
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>300</b>	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>560</b>	(2009)
Cifra total de muertes de madres	<b>130</b>	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	<b>55</b>	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	<b>27</b>	(2009-2010)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	<b>19</b>	(2009-2010)
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	<b>84</b>	(2009-2010)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	<b>55</b>	(2009-2010)
Asistente capacitado en el parto (%)	<b>29</b>	(2009-2010)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	<b>12</b>	(2003)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	<b>9</b>	(2009-2010)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010\*

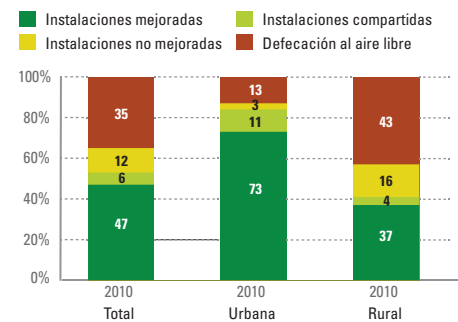


Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

\* No hay suficientes datos para generar un gráfico de tendencias.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010\*



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

\* No hay suficientes datos para generar un gráfico de tendencias.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

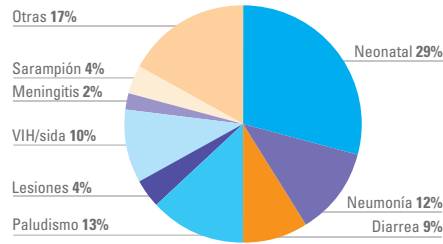
Indicador	Género		Relación hombre/mujer	Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer		Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	61	56	1,1	49	61	0,8	63	64	61	55	47	0,7	■■■■■	DHS, 2009-2010
Prevalencia de bajo peso (%)	46	44	1,0	35	47	0,7	49	48	48	41	35	0,7	-----	DHS, 2009-2010
Prevalencia de la emaciación (%)	20	17	1,2	15	20	0,8	21	19	20	18	16	0,8	-----	DHS, 2009-2010
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	27	-	24	28	0,9	30	29	29	28	22	0,7	-----	DHS, 2009-2010
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	5	-	9	4	2,5	2	3	3	6	10	4,5	-----	DHS, 2009-2010

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA Y ANTECEDENTES

Población total (000)	13.475 (2011)
Población total de menores de 5 años (000)	2.510 (2011)
Cifra total de nacimientos (000)	622 (2011)
TMM5 (por cada 1.000 nacidos vivos)	83 (2011)
Cifra total de muertes de menores de 5 años (000)	46 (2011)
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacidos vivos)	53 (2011)
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacidos vivos)	27 (2011)
Tasa de prevalencia del VIH (15-49 años, %)	12,5 (2011)
Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de 1,25 al día (%)	69 (2006)
PNB per cápita (EEUU\$)	1.160 (2011)
Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (% niñas, % niños)	82, 81 (2007)

### Causas de las muertes de menores de 5 años, 2010

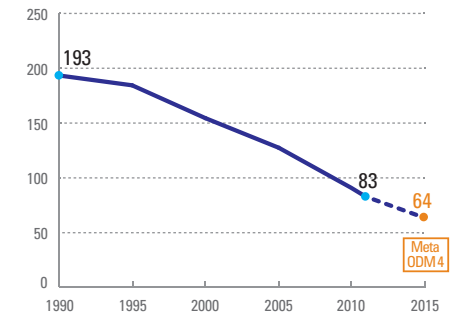
La desnutrición supone más de 1/3 de las muertes de niños en el mundo



Fuente: OMS/CHERG, 2012.

### TMM5

Muertes por cada 1.000 nacidos vivos



Fuente: GLEI, 2012.

## SITUACIÓN NUTRICIONAL

### Carga de la desnutrición (2011)

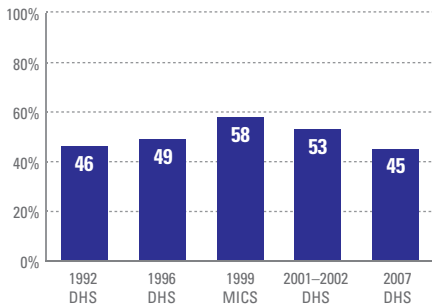
Clasificación de países por retraso en el crecimiento	23
Proporción mundial del retraso en el crecimiento (%)	<1%

Retraso en el crecimiento (menores de 5 años, 000)	1.140
Emaciación (menores de 5 años, 000)	131
Emaciación grave (menores de 5 años, 000)	50

Progreso en el ODM 1	Progreso insuficiente
Bajo peso (menores de 5 años, 000)	366
Sobrepeso (menores de 5 años, 000)	211

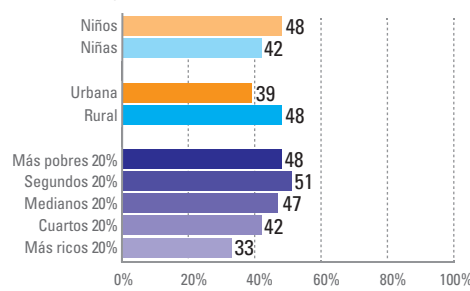
### Pautas del retraso en el crecimiento

Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento



### Disparidades en el retraso en el crecimiento

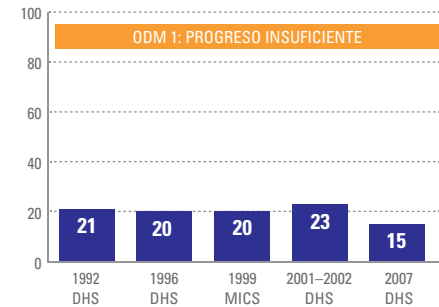
Porcentaje de menores de 5 años con retraso en el crecimiento por circunstancias seleccionadas



Fuente: DHS, 2007.

### Pautas del bajo peso

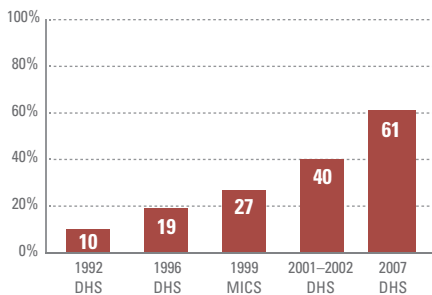
Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso



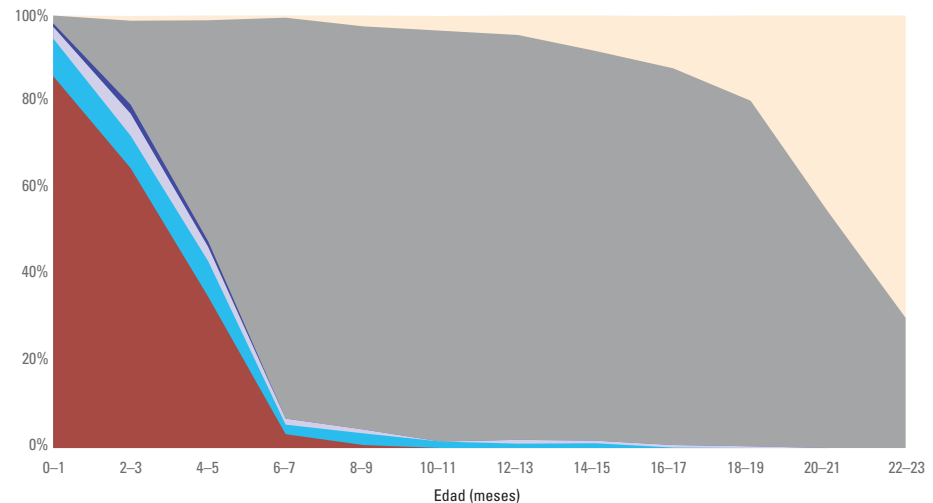
## ALIMENTACIÓN DE LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS

### Pautas de la lactancia materna exclusiva

Porcentaje de lactantes de <6 meses exclusivamente amamantados



### Prácticas de nutrición infantil, por edad



Fuente: DHS, 2007.

## PRÁCTICAS ESENCIALES DE NUTRICIÓN E INTERVENCIONES DURANTE EL CICLO VITAL

EMBARAZO	NACIMIENTO	0-5 MESES	6-23 MESES	24-59 MESES
Uso de suplementos de hierro-ácido fólico <b>44%</b>	Iniciación temprana a la lactancia (primera hora de nacido) <b>57%</b>	Código Int. de Comercialización de los Sucedáneos de la Leche Materna <b>Parcial</b>	Protección de la maternidad según el Convenio OIT 183 <b>Parcial</b>	
Consumo en el hogar de sal adecuadamente yodada <b>77%</b>	Lactantes no pesados al nacer <b>52%</b>	Lactancia materna exclusiva (<6 meses) <b>61%</b>	Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6-8 meses) <b>94%</b>	
			Lactancia materna continua durante el primer año <b>94%</b>	
			Diversidad mínima en el régimen alimentario	
			Régimen alimentario mínimamente aceptable	
			Cobertura total de suplementos de vitamina A	<b>72%</b>
			Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluida en los planes nacionales de salud	<b>Si</b>

Para aumentar las posibilidades de supervivencia del niño y prevenir el retraso en el crecimiento, las intervenciones de nutrición tienen que aplicarse durante el embarazo y los dos primeros años de vida del niño.

## MICRONUTRIENTES

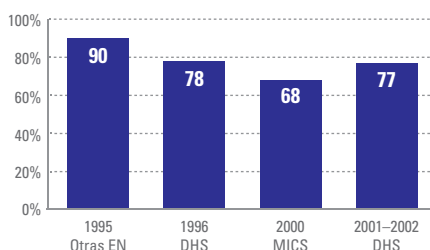
### Anemia

Prevalencia de la anemia entre la población seleccionada

NO HAY DATOS

### Pautas en el consumo de sal yodada\*

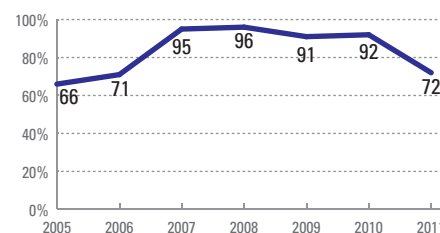
Porcentaje de hogares que consumen sal yodada  
141.000 recién nacidos no están protegidos contra las enfermedades por carencia de yodo (2011)



\* Puede que las estimaciones no sean comparables.

### Suplementos de vitamina A

Porcentaje de niños de 6-59 meses que reciben 2 dosis de vitamina A en un año civil (cobertura completa)



Fuente: UNICEF, 2012.

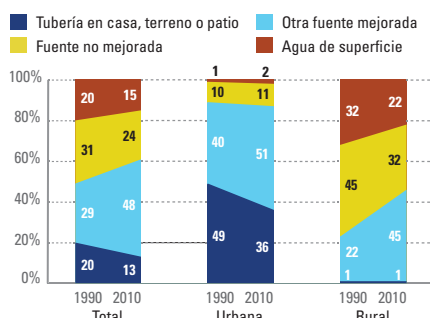
## NUTRICIÓN Y SALUD DE LA MADRE

Tasa de mortalidad materna, ajustada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>440</b>	(2010)
Tasa de mortalidad materna, registrada (por cada 100.000 nacidos vivos)	<b>590</b>	(2007)
Cifra total de muertes de madres	<b>2.600</b>	(2010)
Riesgo de por vida de mortalidad materna (1 en :)	<b>37</b>	(2010)
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	<b>10</b>	(2007)
Anemia, mujeres no embarazadas (<120 g/l, %)	-	-
Atención prenatal (al menos 1 visita, %)	<b>94</b>	(2007)
Atención prenatal (al menos 4 visitas, %)	<b>60</b>	(2007)
Asistente capacitado en el parto (%)	<b>47</b>	(2007)
Bajo peso al nacer (<2.500 gramos, %)	<b>11</b>	(2007)
Mujeres de 20-24 años que dieron a luz antes de los 18 (%)	<b>34</b>	(2007)

## AGUA Y SANEAMIENTO

### Cobertura mejorada de agua potable

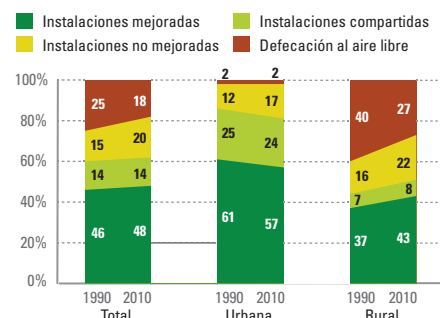
Porcentaje de la población, por tipo de fuente de agua potable, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

### Cobertura de saneamiento mejorado

Porcentaje de población por tipo de instalación de saneamiento, 1990-2010



Fuente: PCM de OMS/UNICEF, 2012.

## DISPARIDADES EN NUTRICIÓN

Indicador	Género			Residencia			Quintil de riqueza						Fuente	
	Hombre	Mujer	Relación hombre/mujer	Urbana	Rural	Relación urbana/rural	Más pobres	Segundos	Medianos	Cuartos	Más ricos	Relación ricos/pobres		Gráfico de la equidad
Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	48	42	1,1	39	48	0,8	48	51	47	42	33	0,7	■■■■■	DHS, 2007
Prevalencia de bajo peso (%)	17	13	1,3	13	15	0,8	16	16	16	13	11	0,7	-----	DHS, 2007
Prevalencia de la emaciación (%)	6	5	1,2	4	6	0,8	6	6	5	4	4	0,6	-----	DHS, 2007
Mujeres con bajo IMC (<18,5 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	10	-	8	11	0,7	11	13	12	8	7	0,6	-----	DHS, 2007
Mujeres con IMC elevado (≥25 kg/m <sup>2</sup> , %)	-	19	-	30	11	2,7	8	9	11	23	35	4,6	-----	DHS, 2007

## Siglas utilizadas en el panorama de los países

<b>DHS</b>	Encuesta de Demografía y Salud
<b>EN</b>	encuesta nacional
<b>GIEMI</b>	Grupo Interinstitucional para las Estimaciones de Mortalidad Infantil
<b>IMC</b>	índice de masa corporal
<b>MICS</b>	Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados
<b>NFHS</b>	Encuesta Nacional de Salud Familiar
<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
<b>OMD</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OMS/CHERG</b>	OMS/Grupo de Referencia de Epidemiología de la Salud Infantil
<b>PCM</b>	Programa Conjunto de Monitoreo del Abastecimiento de Agua y Saneamiento de la OMS/UNICEF
<b>pDHS</b>	Encuesta de Demografía y Salud preliminar
<b>PMIC</b>	Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados preliminar
<b>PNB</b>	producto nacional bruto
<b>VIH</b>	Virus de la inmunodeficiencia humana

## Indicadores de alimentación de lactantes y niños pequeños y gráficos de zona

Una etapa clave en la mejora de la nutrición del lactante y el niño pequeño es medir de manera eficaz las prácticas de alimentación infantil. En la última década ha habido un progreso considerable, tanto en la definición de indicadores adecuados como de mejora en la recopilación de datos. En 2002, en respuesta a la preocupación por la falta de indicadores adecuados de la alimentación complementaria de calidad, la OMS inició un proceso de revisión y elaboración de tales indicadores. En una reunión mundial de consenso de la OMS, celebrada en 2007, se adoptó un conjunto revisado de indicadores (Tabla 6) para evaluar las prácticas de alimentación de los lactantes y los niños pequeños en el ámbito de la población y para ayudar con la orientación y apoyar los esfuerzos de seguimiento y evaluación. En el panorama de los países en este informe se presentan los datos más recientes disponibles para el inicio temprano de la lactancia materna, la lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses, la lactancia materna en el primer año, la introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos, la diversidad mínima de la dieta y la dieta mínima aceptable.

### RECUADRO 6 Indicadores de LA alimentación del lactante y del niño pequeño

#### INDICADORES BÁSICOS

- Inicio temprano de la lactancia materna
- Lactancia materna exclusiva antes de los 6 meses
- Lactancia materna continua el primer año
- Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos
- Diversidad mínima de la dieta
- Frecuencia mínima de comidas
- Dieta mínima aceptable\*
- Consumo de alimentos ricos en hierro o enriquecidos con hierro

#### INDICADORES OPCIONALES

- Niños amamantados alguna vez
- Lactancia materna continua a los 2 años
- Lactancia materna adecuada según la edad
- Lactancia materna predominante antes de los 6 meses
- Duración de la lactancia materna
- Alimentación con biberón
- Frecuencia de la alimentación con leche de los niños no amamantados

\* Dieta mínima aceptable es un indicador compuesto de la diversidad mínima de la dieta (mide la calidad de los alimentos complementarios) y la frecuencia mínima de las comidas (un indicador del consumo de energía). Sin embargo, hay varias lagunas en los datos de la diversidad mínima de la alimentación y por lo tanto de la dieta mínima aceptable.

Fuente: OMS, 2008.

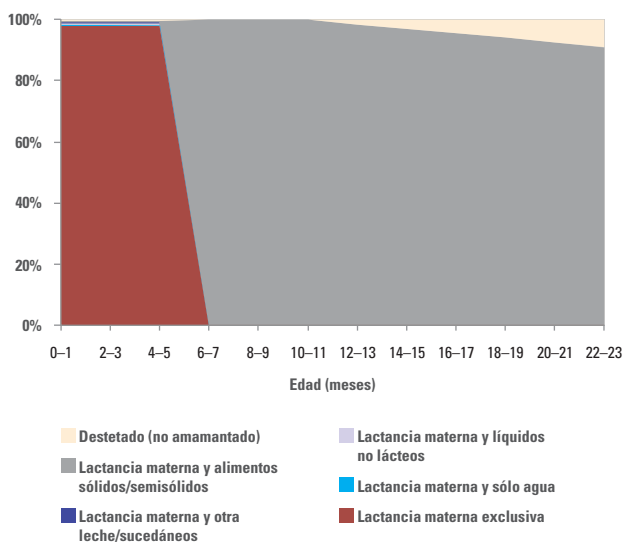
### Interpretación de los gráficos de zona

Los gráficos de zona de la alimentación de lactantes y niños pequeños en los panoramas de los países se basan en los datos recopilados por las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), las Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras encuestas nacionales en los hogares. Estos gráficos de zona presentan el estado de la alimentación del lactante desde el nacimiento hasta 23 meses. Esta información puede ayudar a identificar las prioridades para mejorar la programación y a destacar ante los responsables de las políticas la forma en que un país está actuando en relación a un nivel "ideal".

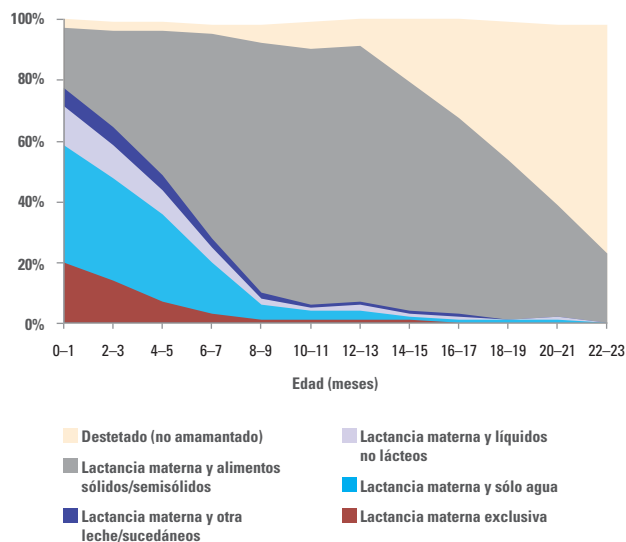
En un escenario ideal (gráfico 31), casi todos los niños son amamantados exclusivamente durante los primeros 6 meses recomendados (color rojo oscuro). A los 6 meses de edad, se recomienda la introducción oportuna de alimentos sólidos, semisólidos y blandos. Por lo tanto, debe haber una fuerte reducción en el número de niños que reciben lactancia materna exclusiva entre los meses 4-5 y los grupos de edad 6-7 meses y un aumento en el número de niños que son alimentados con leche materna y alimentos sólidos/semisólidos (gris); esta zona gris debe durar hasta que los niños tienen de 22 a 23 meses. Alimentar a los niños de cualquier edad por otros medios no es deseable (es decir, leche materna y agua pura, leche materna y líquidos no lácteos, leche materna y otro tipo de leche/fórmula, y no amamantados). Por lo tanto, cuando estas categorías estén presentes en un gráfico, ilustran que tienen lugar



**GRÁFICO 31** Gráfico de zona de la ALNP "ideal"



**GRÁFICO 32** Gráfico de zona de la ALNP, Nigeria



Fuente: DHS, 2008.

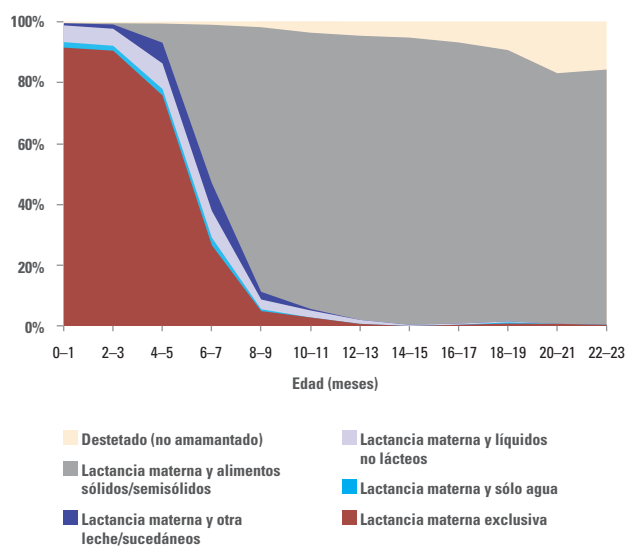
prácticas inapropiadas, y ponen de relieve la necesidad de prestar atención a estas zonas.

Una situación menos que óptima se puede ver en el gráfico 32, que muestra que, si bien los niños en Nigeria reciben leche materna durante los primeros 6 meses, sólo una pequeña proporción son amamantados exclusivamente durante este período de tiempo. En lugar de las prácticas óptimas de alimentación, se sigue produciendo una alimentación inadecuada de los niños menores de 6 meses de edad con agua (zona azul), con líquidos no lácteos (zona azul claro), con otra leche/fórmula (zona azul oscuro), con alimentos sólidos, semisólidos y blandos (zona gris). Además, después de los 12 meses hay una interrupción temprana de la lactancia materna (zona marrón claro), lo cual no es recomendable. En este gráfico se identifican claramente las zonas clave en que se dan prácticas menos que óptimas que deben ser rectificadas.

Las prácticas de alimentación infantil en Rwanda están más cerca de las recomendadas (gráfico 33), ya que las tasas de lactancia materna exclusiva son elevadas en los primeros 6 meses.

Los gráficos de zona pueden ser una herramienta visual muy útil para ayudar a los gobiernos y los aliados nacionales a evaluar los patrones nacionales de la alimentación de lactantes y niños pequeños, y ver con claridad cómo son las prácticas con respecto a la norma "ideal". Los gráficos de zona son más útiles para la comprensión de los patrones de lactancia materna y la introducción oportuna de alimentos complementarios; no reflejan la calidad de la alimentación complementaria, por lo que se requiere información adicional acerca de la diversidad y la frecuencia alimentarias. Mediante el uso de gráficos de zona, es posible conceder un carácter prioritario a determinadas medidas y se puede apoyar

**GRÁFICO 33** Gráfico de zona de la ALNP, Rwanda



Fuente: DHS, 2010.

mejor las actividades de promoción y educación para lograr las mejores prácticas posibles de alimentación de lactantes y niños pequeños.

Todos los gráficos de zona disponibles de los países se puede encontrar en: <[www.childinfo.org/breastfeeding\\_infantfeeding.html](http://www.childinfo.org/breastfeeding_infantfeeding.html)>.

Para obtener más información sobre la interpretación de los gráficos de zona de la alimentación de lactantes y niños pequeños, sírvase visitar: <[www.unicef.org/nutrition/files/Area\\_graphs\\_introduction\\_SinglePg.pdf](http://www.unicef.org/nutrition/files/Area_graphs_introduction_SinglePg.pdf)>.

## Definiciones de los indicadores

Indicador	Definición	Numerador	Denominado	
<b>Antecedentes</b>				
Mortalidad en la infancia	Tasa de mortalidad de menores de 5 años	Probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta los 5 años de edad, expresada por cada 1.000 nacidos vivos		
	Tasa de mortalidad infantil	Probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta el primer año de edad, expresada por cada 1.000 nacidos vivos		
	Tasa de mortalidad neonatal	Probabilidad de morir durante los primeros 28 días completos de vida, expresada por cada 1.000 nacidos vivos		
VIH y SIDA	Prevalencia del VIH (15-49 años)	Porcentaje de adultos (15-49 años) que vivían con el VIH a partir de 2010		
Pobreza	Población por debajo de la línea internacional de pobreza de \$1,25 al día	Porcentaje de población que vive con menos de \$1,25 al día a precios de 2005, ajustados según la paridad del poder adquisitivo		
	Ingreso nacional bruto (INB) per cápita	El INB per cápita (anteriormente PIB per cápita) es el ingreso nacional bruto convertido a dólares estadounidenses utilizando el método del Atlas del Banco Mundial, dividido por la población a mitad de año	Ingreso nacional bruto (INB)	Población a mitad de año
Indicador	Definición	Numerador	Denominado	
<b>Nutrición infantil</b>				
Antropometría	Prevalencia del retraso en el crecimiento	Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos dos (moderado y grave) y menos tres (grave) desviaciones estándar por debajo de la media de altura por edad del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS	Número de niños de 0 a 59 meses que están: (a) menos dos desviaciones estándar (moderado y grave), (b) menos tres desviaciones estándar (grave) por debajo de la media de altura por edad del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS	Número total de niños de 0-59 meses
	Prevalencia del bajo peso	Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos dos (moderado y grave) y menos tres (grave) desviaciones estándar por debajo de la media de peso por edad del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS	Número de niños de 0 a 59 meses que están: (a) menos dos desviaciones estándar (moderado y grave), (b) menos tres desviaciones estándar (grave) por debajo de la media de peso por edad del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS	Número total de niños de 0-59 meses
	Prevalencia de la emaciación	Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos dos (moderado y grave) y menos tres (grave) desviaciones estándar por debajo de la media de peso por altura del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS	Número de niños de 0 a 59 meses que están: (a) menos dos desviaciones estándar (moderado y grave), (b) menos tres desviaciones estándar (grave) por debajo de la media de peso por altura del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS	Número total de niños de 0-59 meses
	Prevalencia de sobrepeso	Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están más de dos (moderado y grave) y más de tres (grave) desviaciones estándar por encima de la media de peso por edad del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS	Número de niños de 0 a 59 meses que están: (a) más de dos desviaciones estándar (moderado y grave), (b) más de tres desviaciones estándar (grave) por encima de la media de peso por edad del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS	Número total de niños de 0-59 meses

Indicador	Definición	Numerador	Denominado	
Alimentación de lactantes	Iniciación temprana a la lactancia materna (<1 hora)	Porcentaje de recién nacidos durante los 24 meses anteriores a la encuesta que recibieron leche materna durante la primera hora de nacimiento	Número de mujeres con un nacido vivo durante los 24 meses anteriores a la encuesta que dio leche materna al recién nacido durante la primera hora de nacimiento	Número total de mujeres con un nacido vivo durante el mismo período
	Tasa de lactancia materna exclusiva (<6 meses)	Porcentaje de niños de 0-5 meses que fueron amamantados exclusivamente	Cantidad de niños de 0-5 meses que fueron amamantados exclusivamente durante el día anterior	Número total de niños de 0-5 meses
	Introducción a los alimentos blandos, semisólidos y sólidos (6-8 meses)	Porcentaje de niños de 6-8 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos	Cantidad de niños de 6-8 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos durante el día anterior	Número total de niños de 6-8 meses
	Lactancia materna continua (12-15 meses)	Porcentaje de niños de 12-15 meses que son alimentados con leche materna	Porcentaje de niños de 12-15 meses que fueron alimentados con leche materna el día anterior	Número total de niños de 12-15 meses
	Frecuencia mínima de comidas	Porcentaje de niños de 6-23 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos (incluyendo los alimentos lácteos para los niños que no son amamantados) el número mínimo de veces o más [para los niños alimentados con leche materna, "mínimo" se define como dos veces para los niños de 6-8 meses y tres veces para los niños de 9-23 meses; para los niños que no son amamantados, "mínimo" se define como cuatro veces para los niños de 6-23 meses]	Número de niños amamantados de 6-23 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos el número mínimo de veces o más durante el día anterior	Número total de niños amamantados de 6-23 meses
			y	Número total de niños no amamantados de 6-23 meses
	Diversidad mínima de la dieta	Porcentaje de niños de 6-23 meses que reciben alimentos de cuatro o más grupos de alimentos	Cantidad de niños de 6-23 meses que recibieron alimentos de cuatro o más grupos de alimentos durante el día anterior	Número total de niños de 6-23 meses
Dieta mínima aceptable	Porcentaje de niños de 6-23 meses que reciben una dieta mínima aceptable (aparte de la leche materna) (indicador compuesto)	Número de niños amamantados de 6-23 meses que tuvieron al menos la diversidad mínima de la dieta y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior	Número total de niños amamantados de 6-23 meses	
		y	Número total de niños no amamantados de 6-23 meses	
		Número de niños que no son amamantados de 6-23 meses que recibieron al menos dos tomas de leche y tuvieron al menos la diversidad mínima de la dieta sin incluir la leche y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior	Número total de niños no amamantados de 6-23 meses	

## Definiciones de los indicadores (continúa)

Indicador	Definición	Numerador	Denominado	
Micro-nutrientes	Suplementos de vitamina A (cobertura completa)	Porcentaje de niños de 6-59 meses que recibieron dos dosis durante el año civil <i>(consulte "Notas generales a los datos"; en la página 124, para obtener más detalles)</i>	Cantidad de niños de 6-59 meses que recibieron dos dosis de vitamina A durante el año civil	Número total de niños de 6-59 meses
	Consumo de sal yodada en el hogar	Porcentaje de hogares que consumen sal adecuadamente yodada	Número de hogares con sal que contienen 15 partes por millón o más de yoduro/yodato	Número total de hogares
	Anemia entre los niños en edad preescolar	Porcentaje de niños en edad preescolar* con una concentración de hemoglobina <110 g/L <i>* La escala de la edad puede variar según el país</i>	Número de niños en edad preescolar que tenían una concentración de hemoglobina <110 g/L	Número total de niños en edad preescolar
	Uso de suplementos de hierro-ácido fólico	Porcentaje de mujeres* que tomaron suplementos de hierro y ácido fólico durante al menos 90 días durante su último embarazo antes de la encuesta <i>* La escala de la edad puede variar según el país</i>	Número de mujeres que tomaron suplementos de hierro y ácido fólico durante al menos 90 días durante su último embarazo en los X años anteriores a la encuesta	Número total de mujeres que dieron a luz durante el mismo período
Bajo peso al nacer	Incidencia de bajo peso al nacer	Porcentaje de niños nacidos vivos que pesaron menos de 2.500 gramos al nacer	Número de últimos nacidos vivos en los X años anteriores a la encuesta que pesaron por debajo de 2.500 gramos al nacer	Número total de últimos nacidos vivos durante el mismo período
	Lactantes no pesados al nacer	Porcentaje de nacidos vivos que no fueron pesados al nacer	Número de últimos nacimientos en los X años anteriores a la encuesta que no fueron pesados al nacer	Número total de últimos nacidos vivos durante el mismo período

## Nutrición y salud de la madre

Mortalidad materna	Tasa de mortalidad materna, (ajustada) <i>Estimaciones interinstitucionales ajustadas</i>	Número de muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo por cada 100.000 nacidos vivos, ajustado para tener en cuenta las notificaciones incompletas y las clasificaciones erróneas de las muertes maternas		
	Tasa de mortalidad materna (registrada) <i>Estimaciones de las autoridades nacionales</i>	Número de muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo por cada 100.000 nacidos vivos		
	Cifra total de muertes de madres	Total de defunciones de mujeres durante el embarazo o durante los primeros 42 días después de la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con el embarazo (o agravada por el mismo o por su gestión), pero no por causas accidentales o incidentales		
	Riesgo de por vida de mortalidad materna	El riesgo de mortalidad materna tiene en cuenta tanto la probabilidad de quedar embarazada como la probabilidad de morir como consecuencia del embarazo, acumuladas a lo largo de los años reproductivos de una mujer		

Indicador	Definición	Numerador	Denominado	
Nutrición	Índice de masa corporal (IMC), mujeres	Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años* con un índice de masa corporal (IMC) de: a) inferior a 18,5 kg/m <sup>2</sup> (bajo), o b) mayor de 25 kg/m <sup>2</sup> (alto) <i>* La escala de la edad puede variar según el país</i>	Número de mujeres 15 a 49 años* con un IMC de a) <18,5 kg/m <sup>2</sup> , b) > 25 kg/m <sup>2</sup> <i>* Excluye las mujeres embarazadas y las mujeres que dieron a luz en los dos meses anteriores a la encuesta</i>	Número total de mujeres de 15 a 49 años <i>* Excluye las mujeres embarazadas y las mujeres que dieron a luz en los dos meses anteriores a la encuesta</i>
	Anemia entre mujeres no embarazadas	Porcentaje de mujeres no embarazadas de 15-49 años* con una concentración de hemoglobina <120 g/L <i>*La escala de la edad y el estado civil puede variar según el país</i>	Número de mujeres no embarazadas de 15-49 años que tenían una concentración de hemoglobina <120 g/L	Número total de mujeres no embarazadas de 15-49 años
	Anemia entre mujeres embarazadas	Porcentaje de mujeres embarazadas* que tenían una concentración de hemoglobina <110 g/L <i>*La escala de la edad y el estado civil puede variar según el país</i>	Número de mujeres embarazadas de 15-49 años que tenían una concentración de hemoglobina <110 g/L	Número total de mujeres embarazadas de 15-49 años
Salud de la madre	Atención prenatal (al menos 1 visita)	Porcentaje de mujeres de 15-49 años atendidas por personal de salud calificado al menos una vez durante el embarazo por motivos relacionados con el embarazo	Número de mujeres atendidas al menos una vez durante el embarazo por personal de salud capacitado (médico, enfermera, comadrona o partera auxiliar) por razones relacionadas con el embarazo durante los X años anteriores a la encuesta	Número total de mujeres que han tenido un hijo vivo en el mismo período
	Atención prenatal (4 o más visitas)	Porcentaje de mujeres de 15-49 años atendidas por cualquier proveedor (calificado o no calificado) al menos cuatro veces durante el embarazo por razones relacionadas con el embarazo	Número de mujeres atendidas por cualquier proveedor (calificado o no calificado) al menos cuatro veces durante el embarazo por razones relacionadas con el embarazo durante los X años anteriores a la encuesta	Número total de mujeres que han tenido un hijo vivo en el mismo período
	Mujeres (20-24 años) que dieron a luz antes de los 18	Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18		
Atención en el parto	Asistente capacitado en el parto	Porcentaje de nacimientos atendidos por personal de salud capacitado	Número de nacidos vivos de mujeres de 15-49 años en los X años anteriores a la encuesta que recibieron asistencia en el parto por personal de salud capacitado (médico, enfermera, comadrona o partera auxiliar)	Número total de mujeres de 15-49 años que han tenido un hijo vivo en el mismo período





## Definiciones de los indicadores (continúa)

Indicador	Definición	Numerador	Denominado	
<b>Educación</b>				
Educación	Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (mujer, hombre)	Número de niños que asisten a la escuela primaria o secundaria que tienen la edad oficial de la escuela primaria, expresado como porcentaje del número total de niños en edad escolar primaria oficial* <i>*Todos los datos se refieren a la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE) de los niveles de educación primaria y secundaria, y por lo tanto pueden no corresponder a los sistemas educativos de cada país</i>	Número de niños que asisten a la escuela primaria o secundaria que tienen la edad oficial de la escuela primaria	Número total de niños que tienen la edad oficial de la escuela primaria
<b>Agua y saneamiento</b>				
Agua	Cobertura de agua potable	Porcentaje de la población que usa fuentes mejoradas de agua potable  Porcentaje de la población que utiliza fuentes de agua potable no mejoradas	<i>Por cañería en la vivienda, el patio o el solar</i> - Número de miembros del hogar que viven en hogares con conexión de agua potable por tubería ubicada dentro de la vivienda, el patio o el solar  <i>Otras mejoradas</i> - Número de miembros del hogar que viven en hogares que utilizan fuentes públicas o tomas de agua, pozos con tubería o perforados, pozos excavados protegidos, manantiales protegidos y acopio de agua de lluvia  <i>No mejoradas</i> - Número de miembros del hogar que viven en hogares que utilizan pozos excavados sin protección; fuentes sin protección; carro con un pequeño depósito/bidón; camión cisterna; agua de superficie (río, embalse, lago, estanque, arroyo, canal, canal de riego); y agua en botella	Número total de miembros del hogar en los hogares encuestados

Indicador	Definición	Numerador	Denominado
Saneamiento	Cobertura del saneamiento	<p><i>Mejoradas</i> – Número de miembros del hogar que usa instalaciones mejoradas de saneamiento (instalaciones que aseguran la separación higiénica de las excretas humanas del contacto humano), como conexiones cloacales; fosas sépticas; letrinas de sifón; letrinas de pozo mejoradas y ventiladas; letrinas con losas o pozos cubiertos; retrete de compostaje</p>	Número total de miembros del hogar en los hogares encuestados
		<p>Porcentaje de la población que usa instalaciones no mejoradas de saneamiento</p> <p><i>Compartidas</i> – Número de miembros del hogar que utilizan instalaciones de saneamiento de un tipo en general aceptable, pero compartidas entre dos o más hogares, incluyendo aseos públicos</p> <p><i>No mejoradas</i> – Número de miembros del hogar que utilizan instalaciones de saneamiento que no garantizan la separación higiénica de las excretas humanas del contacto humano, incluyendo las letrinas de pozo sin losa o plataforma, letrinas suspendidas y letrinas de cubo</p> <p><i>Defecación al aire libre</i> – Número de miembros del hogar que defecan en los campos, los bosques, matorrales, masas de agua u otros espacios abiertos</p>	

## Políticas y sistemas

Políticas	Código Internacional de Comercialización de los Sucesos de la Leche Materna	Regulaciones nacionales aprobadas sobre todas las disposiciones del Código Internacional de Comercialización de Sucesos de la Leche Materna y las subsiguientes resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud	<p><i>Sí</i>: Todas las disposiciones del Código Internacional incorporadas a la legislación</p> <p><i>Parcial</i>: Acuerdos voluntarios o algunas disposiciones del Código Internacional incorporadas a la legislación</p> <p><i>No</i>: No hay legislación ni acuerdos voluntarios aprobados en relación con el Código Internacional</p>
	Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluido en los planes nacionales de salud	Indica la situación de cada país en relación con la inclusión del tratamiento de la desnutrición grave aguda en los planes nacionales de salud	<p><i>Sí</i>: Tratamiento de la desnutrición grave aguda incluido en los planes nacionales de salud</p> <p><i>Parcial</i>: Tratamiento de la desnutrición grave aguda en proceso de inclusión en los planes nacionales de salud (por ejemplo, se ha iniciado el proceso y se está a la espera de su finalización)</p> <p><i>No</i>: Los planes nacionales de salud no incluyen el tratamiento de la desnutrición grave aguda, y el proceso para incluirlo no se ha iniciado aún</p>
	Protección de la madre de conformidad con el Convenio N° 183 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)	Convenio N° 183 de la OIT ratificado por el país	<p><i>Sí</i>: Convenio N° 183 de la OIT ratificado</p> <p><i>Parcial</i>: Convenio N° 183 de la OIT no ratificado, pero se han ratificado los convenios sobre maternidad anteriores (N° 3 o N° 103)</p> <p><i>No</i>: No se ha ratificado ningún convenio de protección de la maternidad</p>

## Fuentes de los datos

### Datos demográficos e indicadores de antecedentes

**Población total, total de menores de 5 años, número total de nacimientos** – Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. *World Population Prospects: The 2010 revision*, Edición CD-ROM, <<http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>>.

**Tasa de mortalidad de menores de 5 años, tasa de mortalidad en la infancia, número total de menores de 5 años** – Grupo Interinstitucional para las Estimaciones de Mortalidad Infantil de las Naciones Unidas (GIEMI), UNICEF/OMS/Banco Mundial/División de Población de las Naciones Unidas, 2012

**Causas de mortalidad de menores de 5 años** – Organización Mundial de la Salud. Grupo de Referencia de Epidemiología de la Salud Infantil (CHERG), 2012.

**Tasa de mortalidad neonatal** – Organización Mundial de la Salud. Registros civiles, sistemas de vigilancia y encuestas de hogares.

**Prevalencia del VIH (15-49 años)** – Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2012*

**Población por debajo de la línea internacional de pobreza de \$1,25 por día, ingreso nacional bruto (INB) per cápita** – Banco Mundial.

**Tasa neta de asistencia a la escuela primaria (niña, niño)** – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, otras encuestas nacionales en los hogares.

### Nutrición infantil

**Prevalencia del retraso en el crecimiento, prevalencia del bajo peso, prevalencia de la emaciación, prevalencia del sobrepeso** – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, otras encuestas nacionales en los hogares.

**Inicio temprano de la lactancia materna (<1 hora después del parto), tasa de lactancia materna exclusiva (<6 meses), introducción de alimentos blandos, semiblandos y sólidos (6-8 meses), lactancia continua (12-15 meses)** – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, otras encuestas nacionales en los hogares.

**Frecuencia mínima de comidas, diversidad de la dieta, dieta mínima aceptable** – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, compilación especial de datos por la Sección de Nutrición, sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, otras encuestas nacionales en los hogares.

**Suplementos de vitamina A (cobertura completa)** – Fondo para la Infancia de las Naciones Unidas, sobre la base de los Días Nacionales de Inmunización y los informes sistemáticos, Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados.

**Sal yodada en el hogar** – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud,

Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, otras encuestas nacionales en los hogares.

**Anemia entre los niños en edad preescolar, uso de suplementos de hierro y ácido fólico** – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, compilación especial de datos por la Sección de Nutrición, sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, otras encuestas nacionales en los hogares.

**Incidencia de bajo peso al nacer, niños no pesados al nacer** – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, otras encuestas nacionales en los hogares.

### Nutrición y salud de la madre

**Tasa de mortalidad materna (ajustada), número total de defunciones maternas, riesgo de muerte materna** – Grupo Interinstitucional de Estimación de la Mortalidad Materna. OMS/UNICEF/Fondo de Población de las Naciones Unidas/Banco Mundial, 2012.

**Tasa de mortalidad materna (registrada)** – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, basada en los sistemas de registro civil, informes sistemáticos, Encuestas Demográficas y de Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y otras encuestas nacionales en los hogares.

**Índice de masa corporal (IMC), mujeres, anemia entre las mujeres no embarazadas, anemia entre las mujeres embarazadas** – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, compilación especial de datos por la Sección de Nutrición, sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, otras encuestas nacionales en los hogares.

**Atención prenatal (al menos una visita), atención prenatal (cuatro o más visitas), mujeres 20 a 24 años que dieron a luz antes de los 18 años, partos atendidos por personal cualificado** – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, sobre la base de las Encuestas de Demografía y Salud, Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados, otras encuestas nacionales en los hogares.

### Agua y saneamiento

**Cobertura de agua potable, cobertura de saneamiento** – Organización Mundial de la Salud/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Programa Conjunto de Monitoreo para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento, 2012.

### Políticas y sistemas

**Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna** – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, compilación especial de datos por la Sección de Nutrición en octubre de 2012.

**Tratamiento de la desnutrición aguda grave en los planes nacionales de salud** – Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, compilación especial de datos por la Sección de Nutrición en diciembre de 2011.

**Protección de la maternidad, de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo** – Organización Internacional del Trabajo. NORMLEX (Sistema de información sobre las normas internacionales del trabajo), consultado en octubre de 2012.



# TABLAS ESTADÍSTICAS



**Tabla 1. Clasificación de los países sobre la base del número de niños con retraso en el crecimiento**

Clasificación <sup>a</sup>	Países y zonas	Retraso en el crecimiento			Tasa de mortalidad de menores de 5 años 2011
		Prevalencia del retraso en el crecimiento (%) 2007–2011*	Número de niños con retraso en el crecimiento <sup>b</sup> (miles) 2011	Porcentaje del total mundial (%) 2011	
1	India	48 x	61,723	37.9	61
2	Nigeria	41	11,049	6.8	124
3	Pakistán	44	9,663	5.9	72
4	China	10	8,059	5.0	15
5	Indonesia	36	7,547	4.6	32
6	Bangladesh	41	5,958	3.7	46
7	Etiopía	44	5,291	3.3	77
8	República Democrática del Congo	43	5,228	3.2	168
9	Filipinas	32 y	3,602	2.2	25
10	República Unida de Tanzania	42	3,475	2.1	68
11	Egipto	29	2,628	1.6	21
12	Kenya	35	2,403	1.5	73
13	Uganda	33	2,219	1.4	90
14	Sudán <sup>c</sup>	35	1,744	1.1	86
15	Madagascar	50	1,693	1.0	62
16	Mozambique	43	1,651	1.0	103
17	Viet Nam	23	1,635	1.0	22
18	Níger	51 y	1,632	1.0	125
19	Myanmar	35	1,399	<1	62
20	Nepal	41	1,397	<1	48
21	Malawi	47	1,334	<1	83
22	Sudáfrica	24	1,191	<1	47
23	Zambia	45	1,140	<1	83
24	Burkina Faso	35	1,068	<1	146
25	Guatemala	48 y	1,052	<1	30
26	Camerún	33	1,009	<1	127
27	Ghana	28	1,006	<1	78
28	Angola	29 y	991	<1	158
29	Rwanda	44	845	<1	54
30	Côte d'Ivoire	27 y	818	<1	115
31	Turquía	12	799	<1	15
32	Chad	39	793	<1	169
33	Burundi	58	703	<1	139
34	Guinea	40	678	<1	126
35	República Árabe Siria	28	673	<1	15
36	Camboya	40	601	<1	43
37	Colombia	13	595	<1	18
38	Perú	20	566	<1	18
39	Senegal	27	564	<1	65
40	República Democrática Popular de Corea	32	553	<1	33
41	Zimbabue	32	550	<1	67
42	Sudán del Sur <sup>c</sup>	31	463	<1	121
43	Venezuela (República Bolivariana de)	16	458	<1	15
44	Marruecos	15	455	<1	33
45	Sierra Leona	44	438	<1	185
46	Tayikistán	39	346	<1	63
47	Bolivia (Estado Plurinacional de)	27	333	<1	51
48	Sri Lanka	17	326	<1	12
49	Liberia	42 y	291	<1	78
50	República Centroafricana	41	270	<1	164
51	Togo	30	258	<1	110
52	Nicaragua	22	149	<1	26
53	El Salvador	19 y	121	<1	15
54	Timor-Leste	58	118	<1	54
55	Mauritania	23 y	117	<1	112
56	Lesotho	39	108	<1	86
57	República Dominicana	10	103	<1	25
58	Namibia	29	83	<1	42
59	Guinea-Bissau	32	79	<1	161
60	Botswana	31	72	<1	26
61	Gambia	24	71	<1	101



**Tabla 1. Clasificación de los países sobre la base del número de niños con retraso en el crecimiento**

Clasificación <sup>β</sup>	Países y zonas	Retraso en el crecimiento			Tasa de mortalidad de menores de 5 años 2011
		Prevalencia del retraso en el crecimiento (%) 2007–2011*	Número de niños con retraso en el crecimiento <sup>^</sup> (miles) 2011	Porcentaje del total mundial (%) 2011	
62	Panamá	19 y	66	<1	20
63	Jordania	8	65	<1	21
64	Mongolia	16	51	<1	31
65	Swazilandia	31	49	<1	104
66	Armenia	19	43	<1	18
67	Albania	19	39	<1	14
68	Serbia	7	36	<1	7
69	Djibouti	31 y	35	<1	90
70	Georgia	11	29	<1	21
71	Omán	10	28	<1	9
72	Islas Salomón	33	27	<1	22
73	Bhután	34	23	<1	54
74	Definiciones de los indicadores	6	20	<1	10
75	Guyana	18	11	<1	36
76	Jamaica	4	9	<1	18
77	Santo Tomé y Príncipe	29	7	<1	89
78	Ex República Yugoslava de Macedonia	5	5	<1	10
79	Maldivas	19	5	<1	11
80	Nauru	24	0	<1	40
81	Tuvalu	10	0	<1	30

#### DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

**Prevalencia del retraso en el crecimiento** – Moderada y grave: Porcentaje de niños de 0–59 meses que están menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de altura por edad según el Patrón de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**Tasa de mortalidad de menores de 5 años** – Probabilidad de morir entre el nacimiento y exactamente los 5 años de edad expresado por cada 1.000 nacidos vivos.

#### FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

**Prevalencia del retraso en el crecimiento** – Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), otras encuestas nacionales, OMS y UNICEF.

**Número de niños con retraso en el crecimiento** – Calculado por UNICEF sobre la base de la prevalencia del retraso en el crecimiento y la población de menores de 5 años de la División de Población de las Naciones Unidas.

**Tasa de mortalidad de menores de 5 años** – Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para las Estimaciones de Mortalidad Infantil (IGME). UNICEF/OMS/Banco Mundial/División de Población de las Naciones Unidas, 2012.

#### NOTAS

β La Clasificación de 81 países presentada se basa en los datos de encuestas disponibles más recientes (2007–2011).

\* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el titular de la columna.

x Los datos se refieren años o períodos distintos de los que se especifican en el titular de la columna.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren a solamente una parte del país.

^ Los cálculos están basados en las estimaciones de prevalencia del retraso en el crecimiento (moderado y grave) aplicados a la estimación de la población de menores de 5 años.

+ Población de menores de 5 años calculada por UNICEF.

**Tabla 2. Indicadores demográficos y de la situación nutricional**

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años	Población de menores de 5 años (miles)	Bajo peso al nacer (%) 2007–2011*	% de menores de 5 años (2007–2011*) que sufren de:			
				Retraso en el crecimiento <sup>9</sup>	Emaciación <sup>9</sup>	Bajo peso <sup>9</sup>	Sobrepeso <sup>9</sup>
	2011			moderado y grave	moderado y grave	moderado y grave	moderado y grave
Afganistán	101	5,686	–	59 x	9 x	33 x	5 x
Albania	14	203	7 x	19	9	5	23
Alemania	4	3,504	–	–	–	–	4 x
Andorra	3	4	–	–	–	–	–
Angola	158	3,393	12 x	29 y	8 y	16 y	–
Antigua y Barbuda	8	8	5	–	–	–	–
Arabia Saudita	9	3,186	–	–	–	–	6 x
Argelia	30	3,464	6 x	15 x	4 x	3 x	13 x
Argentina	14	3,423	7	8 x	1 x	2 x	10 x
Armenia	18	225	7	19	4	5	17
Australia	5	1,504	7 x	–	–	–	–
Austria	4	381	7 x	–	–	–	–
Azerbaiyán	45	846	10 x	25 x	7 x	8 x	14 x
Bahamas	16	27	11	–	–	–	–
Bahrein	10	102	–	–	–	–	–
Bangladesh	46	14,421	22 x	41	16	36	2
Barbados	20	15	12	–	–	–	–
Belarús	6	527	4 x	4 x	2 x	1 x	10 x
Bélgica	4	619	–	–	–	–	–
Belice	17	37	14	22 x	2 x	4 x	14 x
Benin	106	1,546	15 x	43 x	8 x	18 x	11 x
Bhután	54	70	10	34	6	13	8
Bolivia (Estado Plurinacional de)	51	1,230	6	27	1	4	9
Bosnia y Herzegovina	8	167	5 x	10 x	4 x	1 x	26 x
Botswana	26	229	13	31	7	11	11
Brasil	16	14,662	8	7 x	2 x	2 x	7
Brunei Darussalam	7	37	–	–	–	–	–
Bulgaria	12	378	9	–	–	–	14 x
Burkina Faso	146	3,047	16 x	35	11	26	–
Burundi	139	1,221	11 x	58	6	29	3
Cabo Verde	21	50	6 x	–	–	–	–
Camboya	43	1,505	11	40	11	28	2
Camerún	127	3,102	11 x	33	6	15	6
Canadá	6	1,936	6 x	–	–	–	–
Chad	169	2,047	20	39	16	30	3
Chile	9	1,222	6	–	–	–	10
China	15	82,205	3	10	3	4	7
Chipre	3	65	–	–	–	–	–
Colombia	18	4,509	6 x	13	1	3	5
Comoras	79	124	25 x	–	–	–	22 x
Congo	99	637	13 x	30 x	8 x	11 x	9 x
Costa Rica	10	359	7	6	1	1	8
Côte d'Ivoire	115	2,992	17 x	27 y	5 y	16 y	–
Croacia	5	215	5 x	–	–	–	–
Cuba	6	543	5	–	–	–	–
Dinamarca	4	327	5 x	–	–	–	–
Djibouti	90	115	10 x	31 y	10 y	23 y	10 x
Dominica	12	6	10	–	–	–	–
Ecuador	23	1,469	8	–	–	6 x	5 x
Egipto	21	9,092	13	29	7	6	21
El Salvador	15	631	9	19 y	1 y	6 y	6
Emiratos Árabes Unidos	7	451	–	–	–	–	–
Eritrea	68	879	14 x	44 x	15 x	35 x	2 x
Eslovaquia	8	281	7 x	–	–	–	–
Eslovenia	3	102	–	–	–	–	–
España	4	2,546	–	–	–	–	–
Estado de Palestina	22	635	7 x	–	–	–	–
Estados Unidos	8	21,629	8 x	3 x	0 x	1 x	8 x
Estonia	4	80	4 x	–	–	–	–
Etiopía	77	11,915	20 x	44	10	29	2
Ex República Yugoslava de Macedonia	10	112	6	5	2	1	16 x
Federación de Rusia	12	8,264	6	–	–	–	–
Fiji	16	91	10 x	–	–	–	–

**Tabla 2. Indicadores demográficos y de la situación nutricional**

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años	Población de menores de 5 años (miles)	Bajo peso al nacer (%) 2007–2011*	% de menores de 5 años (2007–2011*) que sufren de:			
	2011			Retraso en el crecimiento <sup>9</sup>	Emaciación <sup>9</sup>	Bajo peso <sup>9</sup>	Sobrepeso <sup>9</sup>
				moderado y grave	moderado y grave	moderado y grave	moderado y grave
Filipinas	25	11,161	21	32 y	7 y	22 y	3
Finlandia	3	303	4 x	–	–	–	–
Francia	4	3,985	–	–	–	–	–
Gabón	66	188	14 x	25 x	4 x	8 x	6 x
Gambia	101	292	10	24	10	18	2
Georgia	21	258	5	11	2	1	20
Ghana	78	3,591	13	28	9	14	6
Granada	13	10	9	–	–	–	–
Grecia	4	600	–	–	–	–	–
Guatemala	30	2,192	11	48 y	1 y	13 y	5
Guinea	126	1,691	12 x	40	8	21	–
Guinea Ecuatorial	118	111	13 x	35 x	3 x	11 x	8 x
Guinea-Bissau	161	244	11	32	6	18	3
Guyana	36	60	14	18	5	11	6
Haití	70	1,245	25 x	29 x	10 x	18 x	4 x
Honduras	21	975	10 x	29 x	1 x	8 x	6 x
Hungría	6	493	9 x	–	–	–	–
India	61	128,542	28 x	48 x	20 x	43 x	2 x
Indonesia	32	21,210	9	36	13	18	14
Irán (República Islámica del)	25	6,269	7 x	–	–	–	–
Iraq	38	5,294	15 x	26 x	6 x	6 x	15 x
Irlanda	4	370	–	–	–	–	–
Islandia	3	24	4 x	–	–	–	–
Islas Cook	10	2	3 x	–	–	–	–
Islas Marshall	26	5	18	–	–	–	–
Islas Salomón	22	81	13	33	4	12	3
Israel	4	754	8 x	–	–	–	–
Italia	4	2,910	–	–	–	–	–
Jamaica	18	254	12 x	4	2	2	–
Japón	3	5,418	8 x	–	–	–	–
Jordania	21	817	13	8	2	2	7
Kazajistán	28	1,726	6 x	17 x	5 x	4 x	17 x
Kenya	73	6,805	8	35	7	16	5
Kirguistán	31	624	5 x	18 x	3 x	2 x	11 x
Kiribati	47	10	–	–	–	–	–
Kuwait	11	282	–	–	–	–	9
Lesotho	86	276	11	39	4	13	7
Letonia	8	117	5 x	–	–	–	–
Líbano	9	328	12	–	–	–	17 x
Liberia	78	700	14	42 y	3 y	15 y	4
Libia	16	717	–	–	–	–	22
Liechtenstein	–	2	–	–	–	–	–
Lituania	6	173	4 x	–	–	–	–
Luxemburgo	3	29	8 x	–	–	–	–
Madagascar	62	3,378	16	50	15 x	36 x	–
Malasia	7	2,796	11	17 x	–	13 x	–
Malawi	83	2,829	13 x	47	4	13	9
Maldivas	11	26	22 x	19	11	17	7
Mali	176	2,995	19 x	38 x	15 x	27 x	–
Malta	6	20	6 x	–	–	–	–
Marruecos	33	3,048	15 x	15	2	3	11
Mauricio	15	81	14 x	–	–	–	–
Mauritania	112	522	34	23 y	12 y	20 y	–
México	16	10,943	7	16 x	2 x	3 x	8 x
Micronesia (Estados Federados de)	42	13	18 x	–	–	–	–
Mónaco	4	2	–	–	–	–	–
Mongolia	31	317	5	16	2	5	14 x
Montenegro	7	39	4 x	7 x	4 x	2 x	16 x
Mozambique	103	3,877	16	43	6	15	7
Myanmar	62	3,981	9	35	8	23	3
Namibia	42	288	16 x	29	8	17	5
Nauru	40	1	27	24	1	5	3
Nepal	48	3,453	18	41	11	29	1

◀ **Tabla 2. Indicadores demográficos y de la situación nutricional**

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años	Población de menores de 5 años (miles)	Bajo peso al nacer (%) 2007–2011*	% de menores de 5 años (2007–2011*) que sufren de:			
				Retraso en el crecimiento <sup>9</sup>	Emaciación <sup>9</sup>	Bajo peso <sup>9</sup>	Sobrepeso <sup>9</sup>
	2011			moderado y grave	moderado y grave	moderado y grave	moderado y grave
Nicaragua	26	684	9	22	1	6	6
Níger	125	3,196	27 x	51 y	12 y	39 y	4 x
Nigeria	124	27,195	12	41	14	23	11
Niue	21	0	0 x	–	–	–	–
Noruega	3	309	5 x	–	–	–	–
Nueva Zelanda	6	320	6 x	–	–	–	–
Omán	9	290	12	10	7	9	2
Países Bajos	4	907	–	–	–	–	–
Pakistán	72	22,064	32	44	15	32	6
Palau	19	2	–	–	–	–	–
Panamá	20	345	10 x	19 y	1 y	4 y	–
Papua Nueva Guinea	58	975	11 x	43 x	5 x	18 x	3 x
Paraguay	22	744	6	18 x	1 x	3 x	7 x
Perú	18	2,902	8	20	0	4	–
Polonia	6	2,008	6 x	–	–	–	–
Portugal	3	501	8 x	–	–	–	–
Qatar	8	97	–	–	–	–	–
Reino Unido	5	3,858	8 x	–	–	–	–
República Árabe Siria	15	2,446	10	28	12	10	18
República Centroafricana	164	658	14	41	7	24	2
República Checa	4	567	7 x	–	–	–	4 x
República de Corea	5	2,488	4 x	–	–	–	–
República de Moldova	16	223	6 x	10 x	5 x	3 x	9 x
República Democrática del Congo	168	12,037	10	43	9	24	–
República Democrática Popular de Corea	33	1,706	6	32	5	19	–
República Dominicana	25	1,051	11	10	2	3	8
República Popular Democrática Lao	42	682	11 x	48 x	7 x	31 x	1 x
República Unida de Tanzania	68	8,267	8	42	5	16	6
Rumanía	13	1,093	8 x	13 x	4 x	4 x	8 x
Rwanda	54	1,909	7	44	3	11	7
Saint Kitts y Nevis	7	5	8	–	–	–	–
Samoa	19	22	10	–	–	–	–
San Marino	2	2	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	21	9	8	–	–	–	–
Santa Lucía	16	15	11	–	–	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	89	24	8 x	29	11	13	12
Senegal	65	2,125	19	27	10	18	3
Serbia	7	551	5	7	4	2	16
Seychelles	14	14	–	–	–	–	–
Sierra Leona	185	984	11	44	9	22	10
Singapur	3	238	8 x	4 x	4 x	3 x	3 x
Somalia	180	1,701	–	42 x	13 x	32 x	5 x
Sri Lanka	12	1,886	17	17	15	21	1
Sudáfrica	47	4,989	–	24	5	9	–
Sudán del Sur <sup>5</sup>	121	–	–	31	23	28	–
Sudán <sup>5</sup>	86	–	–	35	16	32	–
Suecia	3	562	–	–	–	–	–
Suiza	4	382	–	–	–	–	–
Surinam	30	47	11 x	11 x	5 x	7 x	4 x
Swazilandia	104	158	9	31	1	6	11
Tailandia	12	4,270	7	16 x	5 x	7 x	8 x
Tayikistán	63	883	10 x	39	7	15	–
Timor-Leste	54	201	12 x	58	19	45	6
Togo	110	870	11	30	5	17	2
Tonga	15	14	3 x	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	28	96	19 x	–	–	–	5 x
Túnez	16	885	5 x	9 x	3 x	3 x	9 x
Turquía	15	6,489	11	12	1	2	–
Tuvalu	30	1	6	10	3	2	6
Ucrania	10	2,465	4	–	–	–	–
Uganda	90	6,638	14 x	33	5	14	3
Uruguay	10	245	9	15 x	2 x	5 x	9 x

**Tabla 2. Indicadores demográficos y de la situación nutricional**

Países y zonas	Tasa de mortalidad de menores de 5 años	Población de menores de 5 años (miles)	Bajo peso al nacer (%) 2007–2011*	% de menores de 5 años (2007–2011*) que sufren de:			
	2011			Retraso en el crecimiento <sup>g</sup>	Emaciación <sup>g</sup>	Bajo peso <sup>g</sup>	Sobrepeso <sup>g</sup>
				moderado y grave	moderado y grave	moderado y grave	moderado y grave
Uzbekistán	53	499	4 x	19 x	7 x	8 x	–
Uzbekistán	49	2,802	5 x	19 x	4 x	4 x	13 x
Vanuatu	13	34	10	–	–	–	5
Venezuela (República Bolivariana de)	15	2,935	8	16	5	4	6
Viet Nam	22	7,202	5	23	4	12	–
Yemen	77	4,179	–	58 x	15 x	43 x	5 x
Zambia	83	2,509	11	45	5	15	8
Zimbabwe	67	1,706	11	32	3	10	6
<b>Memorandum</b>							
Sudán y Sudán del Sur <sup>δ</sup>	–	6,472	–	–	–	–	5 x
<b>RESUMEN DE LOS INDICADORES<sup>#</sup></b>							
África subsahariana	109	140,617	12	40	9	21	7
África oriental y meridional	84	63,188	–	40	7	18	5
África occidental y central	132	70,843	12	39	12	23	9
Oriente Medio y África del Norte	36	48,169	–	20	9	8	12
Asia meridional	62	176,150	28	39	16	33	3
Asia oriental y el Pacífico	20	141,248	6	12	4	6	5
América Latina y el Caribe	19	52,898	8	12	2	3	7
ECE/CEI	21	28,590	7	12	1	2	16
Países menos adelantados	98	124,162	–	38	10	23	4
Mundo	51	638,681	15	26	8	16	7

# Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones y subregiones, véase la página 124.

δ Debido a la cesión de la República de Sudán del Sur realizada en julio de 2011 por la República del Sudán, y su admisión posterior a las Naciones Unidas el 14 de julio de 2011, no se dispone aún de datos desagregados para el Sudán y Sudán del Sur como estados separados correspondientes a la mayoría de los indicadores. Los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión (véase el punto Memorandum).

#### DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

**Tasa de mortalidad de menores de 5 años** – Probabilidad de morir entre el nacimiento y exactamente los 5 años de edad expresado por cada 1.000 nacidos vivos.

**Bajo peso al nacer** – Porcentaje de lactantes que pesan menos de 2.500 gramos al nacer.

**Retraso en el crecimiento** – Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de peso por edad del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**Emaciación** – Moderada y grave – Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de peso por altura del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS.

**Bajo peso** – Moderado y grave: porcentaje de niños de cero a 59 meses que están menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de peso por altura del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS.

**Sobrepeso** – Moderado y grave: porcentaje de niños de cero a 59 meses que están dos desviaciones estándar por encima de la media de peso por altura del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS.

#### FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

**Tasa de mortalidad de menores de 5 años** – Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para las Estimaciones de Mortalidad Infantil (IGME).UNICEF/OMS/Banco Mundial/División de Población de las Naciones Unidas, 2012.

**Población de menores de 5 años** – División de Población de las Naciones Unidas.

**Bajo peso al nacer** – Encuestas de Demografía y Salud(DHS), Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados(MICS), otras encuestas nacionales, datos de los sistemas de notificación habitual y UNICEF.

**Retraso en el crecimiento, Emaciación, bajo peso y sobrepeso** – DHS, MICS, otras encuestas nacionales, OMS y UNICEF.

#### NOTAS

\* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el titular de la columna.

– Datos no disponibles.

x Los datos se refieren años o períodos distintos de los que se especifican en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales, con excepción de los datos de 2005 a 2006 de la India.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren a solamente una parte del país. Si están dentro del periodo de referencia señalado, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

θ Los promedios regionales del bajo peso (moderado y grave), de la cordedad de talla (moderada y grave), de la emaciación (moderada y grave) y el sobrepeso (incluida la obesidad) se estiman utilizando modelos estadísticos de datos de la base de datos mundial conjunta de nutrición de UNICEF y la OMS, revisión de 2011 (completada en julio de 2012).



**Tabla 3. Prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño e indicadores sobre micronutrientes**

Países y zonas	Número anual de nacimientos (miles) 2011	Iniciación temprana a la lactancia materna (%) 2007–2011*	% de niños (2007–2011*) que son:				Cobertura total de suplementos de vitamina A <sup>A</sup> (%) 2011	Hogares con sal yodada (%) 2007–2011*
			Amamantados exclusivamente (<6 meses)	Alimentados con alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6–8 meses)	Amamantados al primer año (12–15 meses)	Amamantados al segundo año (20–23 meses)		
Afganistán	1,408	–	–	29 x	92 x	54 x	100	28 x
Albania	41	43	39	78	61	31	–	76 y
Alemania	699	–	–	–	–	–	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	803	55	11 x	77 x	89 x	37 x	55	45
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	605	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	712	50 x	7 x	39 x,y	47 x	22 x	–	61 x
Argentina	693	–	–	–	55	28	–	–
Armenia	47	36	35	48 y	44	23	–	97 x
Australia	307	–	–	–	–	–	–	–
Austria	74	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaiyán	184	32 x	12 x	83 x	35 x	16 x	–	54 x
Bahamas	5	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	23	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	3,016	36 x	64	71	95	90	94	84 x
Barbados	3	–	–	–	–	–	–	–
Belarús	107	21 x	9 x	38 x	18 x	4 x	–	94 y
Bélgica	123	–	–	–	–	–	–	–
Belice	8	51 x	10 x	–	–	27 x	–	–
Benin	356	32	43 x	76 y	99	92	98	86
Bhután	15	59	49	67	93	66	–	96 x
Bolivia (Estado Plurinacional de)	264	64	60	83	85	40	21	89 y
Bosnia y Herzegovina	32	57 x	18 x	29 x	26 x	10 x	–	62 x
Botswana	47	40	20	46 y	36	6	75	65
Brasil	2,996	43 x	41 y	70 x	50 x	25 x	–	96 x
Brunei Darussalam	8	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	75	–	–	–	–	–	–	100 x
Burkina Faso	730	20 x	25	61	97	80	87	34 x
Burundi	288	–	69	70 y	94	79	83	98 x
Cabo Verde	10	73 x	60 x	80 x	77 x	13 x	–	75
Camboya	317	65	74	82 y	83	43	92	83 y
Camerún	716	20 x	20	63 x,y	79 x	24	–	49 x
Canadá	388	–	–	–	–	–	–	–
Chad	511	29	3	46	88	59	–	54
Chile	245	–	–	–	–	–	–	–
China	16,364	41	28	43 y	37	–	–	97 y
Chipre	13	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	910	57	43	86	59	33	–	–
Comoras	28	25 x	21 x	34 x	65 x	45 x	–	82 x
Congo	145	39 x	19 x	78 x	82 x	21 x	–	82 x
Costa Rica	73	–	15 x	92	67	40	–	–
Côte d'Ivoire	679	25 x	4 x	51 x	87 x	37 x	100	84 x
Croacia	43	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	110	70 x	49	77	25	17	–	88 x
Dinamarca	64	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	26	67	1 x	35 x	54 x	18 x	95	0 x
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	298	–	40 x	77 x	62 x	23 x	–	–
Egipto	1,886	56	53	70	78	35	–	79
El Salvador	126	33	31	72 y	73	54	–	62 x
Emiratos Árabes Unidos	94	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	193	78 x	52 x	43 x	92 x	62 x	46	68 x
Eslovaquia	58	–	–	–	–	–	–	–
Eslovenia	20	–	–	–	–	–	–	–
España	499	–	–	–	–	–	–	–
Estado de Palestina	137	–	27 x	–	–	–	–	86 x
Estados Unidos	4,322	–	–	–	–	–	–	–
Estonia	16	–	–	–	–	–	–	–
Etiopía	2,613	52	52	55 x	96	82	71	15 y
Ex República Yugoslava de Macedonia	22	21	23	41	34	13	–	94 x
Federación de Rusia	1,689	–	–	–	–	–	–	35 x
Fiji	18	57 x	40 x	–	–	–	–	–

**Tabla 3. Prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño e indicadores sobre micronutrientes**

Países y zonas	Número anual de nacimientos (miles) 2011	Iniciación temprana a la lactancia materna (%) 2007–2011*	% de niños (2007–2011*) que son:				Cobertura total de suplementos de vitamina A <sup>A</sup> (%) 2011	Hogares con sal yodada (%) 2007–2011*
			Amamantados exclusivamente (<6 meses)	Alimentados con alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6–8 meses)	Amamantados al primer año (12–15 meses)	Amamantados al segundo año (20–23 meses)		
Filipinas	2,358	54	34	90	58	34	91	45 x
Finlandia	61	–	–	–	–	–	–	–
Francia	792	–	–	–	–	–	–	–
Gabón	42	71 x	6 x	62 x	43 x	9 x	–	36 x
Gambia	67	52	34	34	94	31	93	21
Georgia	51	69	55	43 y	37	17	–	100
Ghana	776	52	63	76	95	44	–	32 x
Granada	2	–	–	–	–	–	–	–
Grecia	117	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	473	56	50	71 y	79	46	28	76
Guinea	394	40 x	48	32 y	100	–	88	41
Guinea Ecuatorial	26	–	24 x	–	–	–	–	33 x
Guinea-Bissau	59	55	38	43	97	65	100	12
Guyana	13	43 x	33	81	62	49	–	11
Haití	266	44 x	41 x	90 x	83 x	35 x	36	3 x
Honduras	205	79 x	30 x	84 x	72 x	48 x	–	–
Hungría	100	–	–	–	–	–	–	–
India	27,098	41 x	46 x	56 x	88 x	77 x	66	71
Indonesia	4,331	29	32	85	80	50	76	62 y
Irán (República Islámica del)	1,255	56 x	23 x	68 x	90 x	58 x	–	99 x
Iraq	1,144	31 x	25 x	62 x	68 x	36 x	–	28 x
Irlanda	72	–	–	–	–	–	–	–
Islandia	5	–	–	–	–	–	–	–
Islas Cook	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	–	73	31	77 y	64	53	–	–
Islas Salomón	17	75	74	81 y	84	67	–	–
Israel	156	–	–	–	–	–	–	–
Italia	557	–	–	–	–	–	–	–
Jamaica	50	62 x	15 x	36 x	49 x	24 x	–	–
Japón	1,073	–	–	–	–	–	–	–
Jordania	154	39	22	84 y	46	11	–	88 x
Kazajstán	345	64 x	17 x	50 x	57 x	16 x	–	92 x
Kenya	1,560	58	32	85	86	54	–	98
Kirguistán	131	65 x	32 x	60 x	68 x	26 x	–	76 x
Kiribati	–	–	69	–	89	82	–	–
Kuwait	50	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	60	53	54	68	77	35	–	84
Letonia	24	–	–	–	–	–	–	–
Libano	65	–	15	35 x	38	15	–	71
Liberia	157	44	34 y	51 y	89	41	96	–
Libia	144	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	35	–	–	–	–	–	–	–
Luxemburgo	6	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	747	72	51	86	92	61	91	53
Malasia	579	–	–	–	–	–	–	18
Malawi	686	58 x	72	86	96	77	96	50 x
Maldivas	5	64	48	91	77	68	–	44 x
Mali	728	46 x	38 x	25 x	94 x	56 x	96	79 x
Malta	4	–	–	–	–	–	–	–
Marruecos	620	52 x	31 x	66 x	57 x	15 x	–	21 x
Mauricio	16	–	21 x	–	–	–	–	–
Mauritania	118	81	46	61 y	90	47 y	100	23
México	2,195	18	19	27	–	–	–	91 x
Micronesia (Estados Federados de)	3	–	–	–	–	–	–	–
Mónaco	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	65	71	59	78	82	66	85	70
Montenegro	8	25 x	19 x	35 x	25 x	13 x	–	71 x
Mozambique	889	63	41	86	91	52	100	25
Myanmar	824	76	24	81 y	91	65	96	93
Namibia	60	71	24 x	91 x	69 x	28 x	–	63 x
Nauru	–	76	67	65 y	68	65	–	–
Nepal	722	45	70	66	93	93	91	80

◀ **Tabla 3. Prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño e indicadores sobre micronutrientes**

Países y zonas	Número anual de nacimientos (miles) 2011	Iniciación temprana a la lactancia materna (%) 2007–2011*	% de niños (2007–2011*) que son:				Cobertura total de suplementos de vitamina A <sup>A</sup> (%) 2011	Hogares con sal yodada (%) 2007–2011*
			Amamantados exclusivamente (<6 meses)	Alimentados con alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6–8 meses)	Amamantados al primer año (12–15 meses)	Amamantados al segundo año (20–23 meses)		
Nicaragua	138	54	31	76 y	68	43	2	97 x
Níger	777	42	27	65 y	95	–	95	32
Nigeria	6,458	38	13	76	85	32	73	52
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	61	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelanda	64	–	–	–	–	–	–	–
Omán	50	85 x	–	91 x	95 x	73 x	–	69 x
Países Bajos	181	–	–	–	–	–	–	–
Pakistán	4,764	29	37	36 y	79	55	90	69
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	70	–	–	–	–	–	–	–
Papua Nueva Guinea	208	–	56 x	76 x,y	89 x	72 x	12	92 x
Paraguay	158	47	24	67 y	38	14	–	93
Perú	591	51	71	82	77 y	55 y	–	91
Polonia	410	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	97	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	21	–	–	–	–	–	–	–
Reino Unido	761	–	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	466	46	43	–	56	25	–	79 x
República Centroafricana	156	43	34	56 x,y	86 x	32	0	65
República Checa	116	–	–	–	–	–	–	–
República de Corea	479	–	–	–	–	–	–	–
República de Moldova	44	65 x	46 x	18 x	41 x	2 x	–	60 x
República Democrática del Congo	2,912	43	37	52	87	53	98	59
República Democrática Popular de Corea	348	18	65 x	31 x	86	36	100	25 y
República Dominicana	216	65	8	88	34	12	–	19 x
República Popular Democrática Lao	140	30 x	26 x	41 x	82 x	48 x	92	84 x
República Unida de Tanzania	1,913	49	50	92	94	51	97	59
Rumanía	221	–	16 x	41 x	–	–	–	74 x
Rwanda	449	71	85	79	95	84	76	99
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	100 x
Samoa	4	88	51	71 y	72	74	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	2	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	3	–	–	–	–	–	–	–
Santa Serie	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	5	45	51	74	92	20	44	86
Senegal	471	23 x	39	61 x	97	51	–	47
Serbia	110	8	14	84	18	15	–	32
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	227	45	32	25	84	48	99	63
Singapur	47	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	416	26 x	9 x	16 x	50 x	35 x	12	1 x
Sri Lanka	373	80	76	87 y	92	84	–	92 y
Sudáfrica	1,052	61 x	8 x	49 x	66 x	31 x	44	–
Sudán <sup>6</sup>	–	–	41	51	88	40	–	10
Sudán del Sur <sup>6</sup>	–	–	45	21	82	38	–	54
Suecia	113	–	–	–	–	–	–	–
Suiza	77	–	–	–	–	–	–	–
Surinam	10	34 x	2 x	58 x	39 x	15 x	–	–
Swazilandia	35	55	44	66	60	11	41	52
Tailandia	824	50 x	15	–	–	–	–	47 x
Tayikistán	194	57 y	25 x	15 x	75 x	34 x	99	62
Timor-Leste	44	82	52	82	71	33	59	60
Togo	195	46	62	44	93	64	22	32
Tonga	3	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	20	41 x	13 x	83 x	34 x	22 x	–	28 x
Túnez	179	87 x	6 x	61 x,y	48 x	15 x	–	97 x
Turquía	1,289	39	42	68 y	67	22	–	69
Tuvalu	–	15	35	40 y	54	51	–	–
Ucrania	494	41	18	86	26	6	–	18 x
Uganda	1,545	42 x	62	75 x	87	46	60	96 x

**Tabla 3. Prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño e indicadores sobre micronutrientes**

Países y zonas	Número anual de nacimientos (miles) 2011	Iniciación temprana a la lactancia materna (%) 2007–2011*	% de niños (2007–2011*) que son:				Cobertura total de suplementos de vitamina A <sup>Δ</sup> (%) 2011	Hogares con sal yodada (%) 2007–2011*
			Amamantados exclusivamente (<6 meses)	Alimentados con alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6–8 meses)	Amamantados al primer año (12–15 meses)	Amamantados al segundo año (20–23 meses)		
Uruguay	49	59	65	35 y	45	27	–	–
Uzbekistán	109	60 x	11 x	54 x	72 x	37 x	–	87 x
Uzbekistán	589	67 x	26 x	47 x	78 x	38 x	95	53 x
Vanuatu	7	72	40	68	79	32	–	23
Venezuela (República Bolivariana de)	598	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	1,458	40	17	50	74	19	99 w	45
Yemen	940	30 x	12 x	76 x	–	–	9	30 x
Zambia	622	57	61	94	94	42	72	77 x
Zimbabwe	377	69 x	31	86	87	20	56	94 y
<b>Memorandum</b>								
Sudán y Sudán del Sur <sup>δ</sup>	1,447	–	–	–	–	–	–	–
<b>RESUMEN DE LOS INDICADORES<sup>#</sup></b>								
África subsahariana	32,584	48	37	71	90	50	78	49
África oriental y meridional	14,399	56	52	84	91	59	72	50
África occidental y central	16,712	41	25	65	89	43	83	52
Oriente Medio y África del Norte	10,017	–	–	–	–	–	–	–
Asia meridional	37,402	39	47	55	87	75	73	71
Asia oriental y el Pacífico	28,448	41	28	57	51	42 **	85 **	87
América Latina y el Caribe	10,790	–	37	–	–	–	–	–
ECE/CEI	5,823	–	–	–	–	–	–	–
Países menos adelantados	28,334	52	49	68	92	64	82	50
Mundo	135,056	42	39	60	76	58 **	75 **	75

# Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones y subregiones, véase la página 124.

δ Debido a la cesión de la República de Sudán del Sur realizada en julio de 2011 por la República del Sudán, y su admisión posterior a las Naciones Unidas el 14 de julio de 2011, no se dispone aún de datos desagregados para el Sudán y Sudán del Sur como estados separados correspondientes a la mayoría de los indicadores. Los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión (véase el punto Memorandum).

#### DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

**Iniciación temprana a la lactancia materna** – Porcentaje de lactantes que reciben lactancia materna durante la primera hora de nacidos.

**Lactancia materna exclusiva (<6 meses)** – Porcentaje de niños de 0 a 5 meses alimentados exclusivamente con leche materna en las últimas 24 horas antes de la encuesta.

**Incorporación de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6 a 8 meses)** – Porcentaje de niños de 6 a 8 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos en las últimas 24 horas antes de la encuesta.

**Lactancia materna continua al primer año** – Porcentaje de niños de 12 a 15 meses que recibieron leche materna en las últimas 24 horas antes de la encuesta.

**Lactancia materna continúa a los 2 años** – Porcentaje de niños de 20 a 23 meses que recibieron leche materna en las últimas 24 horas antes de la encuesta.

**Suplementos de vitamina A (cobertura completa)** – Porcentaje estimado de niños y niñas de 6 a 59 meses que recibieron 2 dosis de suplementos de vitamina A en 2008.

**Hogares con sal yodada** – Porcentaje de hogares que consumen sal adecuadamente yodada (15 partes por millón o más).

#### FUENTES PRINCIPALES DE LOS DATOS

**Nacimientos anuales** – División de Población de las Naciones Unidas.

**Lactancia materna** – Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), otras encuestas nacionales and UNICEF.

**Suplementos de vitamina A** – UNICEF.

**Hogares con sal yodada** – DHS, MICS, otras encuestas nacionales and UNICEF.

#### NOTAS

\* Los datos se refieren al año más reciente disponible durante el período especificado en el titular de la columna.

– Datos no disponibles.

x Los datos se refieren años o períodos distintos de los que se especifican en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales, con excepción de los datos de 2005 a 2006 de la India.

y Los datos difieren de la definición estándar o se refieren a solamente una parte del país. Si están dentro del período de referencia señalado, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

w Identifica los países con programas nacionales de administración de suplementos de vitamina A dirigidos hacia una escala reducida de edades. La cifra de la cobertura se registra como seleccionada.

Δ La cobertura completa con suplementos de vitamina A se registra como el porcentaje más bajo de dos puntos anuales de cobertura (i.e., el punto más bajo entre la ronda 1 [enero–junio] y la ronda 2 [julio–diciembre] de 2011).

\*\* Excluida China.

## Clasificación regional

### África subsahariana

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

### África oriental y meridional

Angola; Botswana; Burundi; Comoras; Eritrea; Etiopía; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauricio; Mozambique; Namibia; Rwanda; Seychelles; Somalia; Sudáfrica; Sudán del Sur<sup>1</sup>; Swazilandia; Uganda; República Unida de Tanzania; Zambia; Zimbabwe

### África occidental y central

Benin; Burkina Faso; Camerún; Cabo Verde; Chad; Congo; Côte d'Ivoire; Guinea Ecuatorial; Gabón; Gambia; Ghana; Guinea; Guinea-Bissau; Liberia; Mali; 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; Estado de Palestina; Iraq; Irán (República Islámica del); Jordania; Kuwait; Líbano; Libia; Marruecos; Omán; Qatar; República Árabe Siria; Sudán<sup>1</sup>; Túnez; Emiratos Árabes Unidos; Yemen

### Asia meridional

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

### Asia oriental y el pacífico

Brunei Darussalam; Camboya; China; Fiji; Filipinas; Indonesia; Islas Cook; Islas Marshall; Islas Salomón; Kiribati; Malasia; Micronesia (Estados Federados de); Mongolia; Myanmar; Nauru; Niue; Palau; Papua Nueva Guinea; República de Corea; República Democrática Popular de Corea; República Popular Democrática 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 (ECE/CEI)

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

### Países y zonas menos adelantados

*Clasificados como tales por el Alto Representante de las Naciones Unidas para los países menos adelantados, los países en desarrollo sin litoral y los pequeños estados insulares en desarrollo (UN-OHRLS).* Afganistán; Angola; Bangladesh; Benin; Bhután; Burkina Faso; Burundi; Camboya; Chad; Comoras; República Democrática del Congo; Djibouti; Guinea Ecuatorial; Eritrea; Etiopía; Gambia; Guinea; Guinea-Bissau; Haití; Islas Salomón; Kiribati; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Mali; Mauritania; Mozambique; Myanmar; Nepal; Níger; República Centroafricana; República Popular Democrática Lao; República Unida de Tanzania; Rwanda; Samoa; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Sierra Leona; Somalia; Sudán<sup>1</sup>; Sudán del Sur<sup>1</sup>; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Yemen; Zambia

## Notas generales sobre los datos

Los datos que se presentan en este informe se derivan de las bases de datos mundiales de UNICEF, que incluyen solamente datos comparables a nivel internacional y sólidos desde el punto de vista estadístico. Además, siempre que ha sido posible se han utilizado datos de la organización responsable de las Naciones Unidas. Cuando no existen este tipo de estimaciones estandarizadas internacionalmente, los panoramas de los países se basan en otras fuentes, especialmente datos obtenidos de encuestas nacionales representativas en los hogares como las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y las Encuestas de Demografía y Salud (DHS). Los datos presentados reflejan las últimas estimaciones disponibles hasta finales de 2012. Para obtener información o metodología más minuciosa y las fuentes de los datos, visite <[www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)>.

### Los datos no se pueden comparar entre informes consecutivos:

Algunos de los datos que se presentan en este informe están sujetos a metodologías en evolución y revisiones de las series temporales de datos. Para otros indicadores, los datos comparables no están disponibles de un año para el otro. Por tanto no se aconseja comparar los datos de informes consecutivos.

<sup>1</sup> Debido a la cesión de la República de Sudán del Sur realizada en julio de 2011 por la República del Sudán, y su admisión posterior a las Naciones Unidas el 14 de julio de 2011, no se dispone aún de datos desagregados para el Sudán y Sudán del Sur como estados separados correspondientes a la mayoría de los indicadores. Los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión y éstos datos están incluidos en los promedios de las regiones de Oriente Medio y África del Norte, y África subsahariana, así como en la categoría de los países y zonas menos adelantados. A fines de este informe, Sudán del Sur se designa como un país menos adelantado.





**Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia**

3 United Nations Plaza  
Nueva York, NY 10017, USA

Email: [pubdoc@unicef.org](mailto:pubdoc@unicef.org)  
[www.unicef.org](http://www.unicef.org) <<http://www.unicef.org>>

US\$25.00

ISBN: 978-92-806-4688-7

