ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2013

Niñas y niños con discapacidad

únete por la niñez

unicef

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

Para reproducir cualquier sección de esta publicación es necesario solicitar permiso. Se concederá 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 suma de dinero. Sírvase dirigirse a:
División de Comunicaciones, UNICEF
Permissions H6F
3 United Nations Plaza, Nueva York, NY 10017, EEUU
Tel: +1 (212) 326-7434
Correo electrónico: nyhqdoc.permit@unicef.org

Este informe y otros materiales en línea están disponibles en <www.unicef.org/sowc2013>. Los ensayos que aparecen en las secciones Perspectiva y Enfoque representan los puntos de vista de los autores y no reflejan necesariamente las posiciones del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Si desea ver las rectificaciones posteriores a la publicación, sírvase visitar nuestra página web <www.unicef.org/sowc2013>.
Para obtener los últimos datos, visite <www.childinfo.org>.
ISBN: 978-92-806-4658-0
No. de venta de las Naciones Unidas: S.13.XX.1

Fotografía de portada:
Varios estudiantes hacen fila para ingresar a su salón de clase. Esta fotografía fue tomada en 2007 en la República Árabe Siria. © UNICEF/HQ2007-0745/ Noorani

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA 2013

AGRADECIMIENTOS

El presente informe es el resultado del trabajo conjunto de muchas más personas e instituciones de las que es posible agradecer aquí. El equipo editorial y de investigación agradece a todos aquellos que generosamente contribuyeron con su tiempo, sus conocimientos técnicos y, sobre todo, su energía.

Vesna Bosnjak (Servicio Social Internacional); Shuaib Chalklen (Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la Discapacidad); Maureen Durkin (Universidad de Wisconsin); Nora Groce y Maria Kett (Centro de Discapacidad y Desarrollo Inclusivo Leonard Cheshire, University College de Londres); Nawaf Kabbara (Organización Árabe de Personas con Discapacidad); Lisa Jordan (Fundación Bernard van Leer); Connie Laurin-Bowie (International Disability Alliance); Barbara LeRoy (Universidad Wayne State); Charlotte McClain-Nhlapo (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional); Helen Meekosha (Mujeres con Discapacidad de Australia); Peter Mittler (Universidad de Manchester); Roseweter Mudarikwa (Secretaría del Decenio Africano de las Personas con Discapacidad); David Mugawe (African Child Policy Forum); Ghulam Nabi Nizamani (Organización de Personas con Discapacidad del Pakistán); Víctor Santiago Pineda (Fundación Víctor Pineda); Tom Shakespeare (Organización Mundial de la Salud); Aleksandra Posarac (Banco Mundial); Shantha Rau Barriga (Human Rights Watch); Eric Rosenthal (Disability Rights International); Albina Shankar (Mobility India); y Armando Vásquez (Organización Panamericana de la Salud), por participar en la Junta Asesora Externa.

Judith Klein (Fundaciones de la Sociedad Abierta); Gerrison Lansdown (independiente); Malcolm MacLachlan y Hasheem Mannan (Trinity College de Dublín); Susie Miles (independiente); Daniel Mont (Centro de Discapacidad y Desarrollo Inclusivo Leonard Cheshire); y Diane Richler (International Disability Alliance), por elaborar documentos de antecedentes.

Sruthi Atmakur (City University de Nueva York); Parul Bakshi y Jean-Francois Trani (Washington University en St. Louis); Nazmul Bari y Amzad Hossain (Centre for Disability in Development); Simone Bloem y Mihaylo Milovanovitch (Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos); Johan Borg (Universidad de Lund); Megan Burke, Stephane De Greef y Loren Persi Vicentic (Monitor de Minas Terrestres y Municiones en Racimo); James Conroy (Center for Outcome Analysis); Audrey Cooper, Charles Reilly y Amy Wilson (Universidad Gallaudet); Alexandre Cote (International Disability Alliance); Marcella Deluca, Sunanda Mavillapalli, Alex Mhando, Kristy Mitchell, Hannah Nicolls y Diana Shaw (Centro de Discapacidad y Desarrollo Inclusivo Leonard Cheshire /Young Voices); Avinash De Souza (Fundación De Souza); Catherine Dixon (Handicap International); Fred Doulton (Secretaría de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad); Natasha Graham (Alianza Mundial para la Educación); Jean Johnson (Universidad de Hawái); Chapal Khasnabis y Alana Officer (Organización Mundial de la Salud); Darko Krznaric (Queen's University); Gwynnyth Llewellyn (Universidad de Sydney); Mitch Loeb (Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades de los Estados Unidos/Centro Nacional de Estadísticas de la Salud de los Estados Unidos); Rosemay McKay (Agencia Australiana para el Desarrollo Internacional); Amanda McRae (Human Rights Watch); Sophie Mitra (Universidad de Fordham); David Morissey, Sherzodbek Sharipoo y Andrea Shettle (Consejo Internacional sobre la Discapacidad en los Estados Unidos); Zelda Mycroft (Campaña Chaeli); Emma Pearce (Comisión de Mujeres Refugiadas); Natalia Raileanu (Servicios Humanos Keystone); Richard Rieser (World of Inclusion); Marguerite Schneider (Universidad de Stellenbosch); Morsheda Akter Shilpi (Organization for the Poor Community Advancement); Silje Vold (Plan Noruega), por su información y asesoramiento, y por preparar documentos de antecedentes.

Tracy Achieng; Grace Okumu Akimi; Sophia Rose Akoth; Abeida Onica Anderson; Washinton Okok Anyumba; Beatrice Atieno; Ssentongo Deo; Ivory Duncan; Argie Ergina; Mary Charles Felix; Michael Salah Hosea; Amna Hissein Idris; Tiffany Joseph; Hannah Wanja Maina; Saitoti Augustin Maina; Dianne Mallari; Modesta Mbijima; Shida Mganga; Nicole Mballah Mulavu; Joseph Kadiko Mutunkei; Ann Napaashu Nemagai; Rachael Nyaboke Nyabuti; Alice Akoth Nyamuok; Sarah Omanwa; Benson Okoth Otieno; Nakafu Phiona; Shalima Ramadhani; Rosemarie Ramitt; Nambobi Sadat; Veronicah Shangutit Sampeke; Ladu Michel Seme; Josephine Kiden Simon; Muhammad Tarmizi bin Fauzi; Elizabeth Mamunyak Tikami; Shemona Trinidad; y los otros 20 jóvenes que participaron de manera anónima en encuestas y grupos de discusión organizados especialmente para este informe por facilitadores de la red Young Voices del Centro de Discapacidad y Desarrollo Inclusivo Leonard Cheshire.

Bora Shin y Matthew Manos (VeryniceDesign), por la infografía sobre el diseño universal publicada en el sitio web <www.unicef.org/sowc2013>.

Las oficinas de UNICEF en los países y las regiones, así como las divisiones de la sede, contribuyeron a este informe, al material conexo publicado en la Internet y al material de promoción, facilitando conclusiones y fotografías, participando en las revisiones o formulando observaciones sobre los borradores. Numerosas oficinas sobre el terreno y Comités Nacionales de UNICEF colaboraron en el proceso de traducir o adaptar el informe para su uso local.

Las siguientes personas ofrecieron asesoramiento y apoyo en materia de programas, políticas, comunicación e investigación: Yoka Brandt, Directora Ejecutiva Adjunta; Geeta Rao Gupta, Directora Ejecutiva Adjunta; Gordon Alexander, Director, Oficina de Investigación, y colegas; Nicholas Alipui, Director, División de Programas, y colegas; Ted Chaiban, Director, Oficina de Operaciones de Emergencia, y colegas; Colin Kirk, Director, Oficina de Evaluación, y colegas; Jeffrey O'Malley, Director, División de Políticas y Planificación Estratégica, y colegas; y Edward Carwardine, Director Adjunto, División de Comunicaciones, y colegas. Esta edición también contó con la estrecha colaboración de Rosangela Berman-Bieler, Jefa, Sección sobre Discapacidad de la División de Programas de UNICEF, y colegas.

Especiales agradecimientos por su apoyo y generosidad intelectual a David Anthony, Jefe, Sección de Promoción de Políticas; Claudia Cappa, Especialista en Estadística y Supervisión; Khaled Mansour, Director de Comunicaciones hasta enero de 2013; y Julia Szczuka, editora adjunta de este informe hasta septiembre de 2012.

EQUIPO DEL INFORME

EDITORIAL E INVESTIGACIÓN

Abid Aslam, Editor
Christine Mills, Directora del proyecto
Nikola Balvin, Sue Le-Ba, Ticiana Maloney, Oficiales de investigación
Anna Grojec, Editora de Perspectivas
Marc Chalamet, Editor del francés
Carlos Perellón, Editor del español
Hirut Gebre-Egziabher (Responsable), Lisa Kenney, Ami Pradhan, Asistentes de investigación
Charlotte Maitre (Responsable), Carol Holmes, Pamela Knight, Natalie Leston, Kristin Moehlmann, Correctores
Anne Santiago, Nogel S. Viyar, Judith Yemane, Apoyo editorial

PUBLICACIÓN Y DIFUSIÓN

Catherine Langevin-Falcon, Jefe, Sección de Publicaciones; Jaclyn Tierney, Oficial de producción; Germain Ake; Christine Kenyi; Maryan Lobo; Jorge Peralta-Rodriguez; Elias Salem.

TABLAS ESTADÍSTICAS

Tessa Wardlaw, Directora Asociada, Sección de Estadística y Supervisión, División de Políticas y Planificación Estratégica; David Brown; Claudia Cappa; Liliana Carvajal; Archana Dwivedi; Anne Genereux; Elizabeth Horn-Phathanothai; Priscilla Idele; Claes Johansson; Rouslan Karimov; Rolf Luyendijk; Colleen Murray; Jin Rou New; Holly Newby; Khin Wityee Oo; Nicole Petrowski; Tyler Porth; Chiho Suzuki; Andrew Thompson; Danzhen You.

Diseño por Prographics, Inc.
Impreso por Hatteras Press, Inc.

PREFACIO

¿Existe algún niño que no sueñe con que le tengan en cuenta, o que no aspire a que se reconozcan sus cualidades? No. Todos los niños y las niñas tienen esperanzas y sueños, incluso aquellos con discapacidad. Y todos merecen una oportunidad para hacer realidad sus sueños.

La presente edición del *Estado Mundial de la Infancia* incluye aportes de jóvenes y de progenitores que demuestran que, cuando se les brinda la oportunidad, los niños y las niñas con discapacidad son perfectamente capaces de superar los obstáculos que atentan contra su inclusión, asumir en igualdad de condiciones el lugar que les corresponde en la sociedad y enriquecer la vida de sus comunidades.

Sin embargo, un número sumamente alto de niños y niñas con discapacidad sencillamente no tienen la oportunidad de participar. Con demasiada frecuencia, estos niños se cuentan entre los últimos en beneficiarse de los recursos y los servicios, especialmente cuando son escasos. Y a menudo son objeto de lástima o, lo que es peor, de discriminación y abuso.

Las privaciones que padecen los niños, las niñas y los adolescentes discapacitados constituyen una violación de sus derechos y del principio de equidad, que se relacionan estrechamente con la dignidad y los derechos de toda la infancia, incluyendo a los miembros más vulnerables y marginados de la sociedad.

Como se explica en este informe, la inclusión en la sociedad de los niños y niñas con discapacidad es posible, pero exige, ante todo, un cambio de percepción; esto es, reconocer que tienen los mismos derechos que los demás niños y niñas; que pueden ser agentes de cambio y no simples beneficiarios de obras de caridad; y que sus opiniones deben escucharse y tomarse en cuenta a la hora de formular nuestros programas y políticas.

Nosotros contribuimos a su exclusión al no reunir datos suficientes para tomar decisiones con pleno conocimiento de causa. Cuando no tomamos en consideración a estos niños, les privamos de las oportunidades que necesitan para convertirse en miembros valiosos de sus sociedades.

Afortunadamente, ha habido progresos, aunque hayan sido desiguales. En este informe no solo se examinan las dificultades para garantizar que los niños y niñas con discapacidad gocen de su derecho a acceder a los servicios. También se exploran iniciativas prometedoras en ámbitos como la salud, la nutrición, la educación, los programas de emergencia y la recopilación y análisis de datos necesarios para mejorar las políticas y las operaciones en todos estos campos. Otros capítulos también se refieren a los principios y los criterios que podrían adaptarse para avanzar hacia la inclusión de estos niños.

En algún lugar, a un niño alguien le está diciendo que no puede jugar porque no tiene la capacidad de caminar, y a una niña alguien le está recordando que no puede aprender porque es invidente. Ese niño merece una oportunidad para jugar. Y todos nos beneficiaríamos si esa niña, y todos los niños del mundo, pudieran leer, aprender y aportar su talento a la sociedad.

El camino que sigue no será fácil. Pero así como los niños no aceptan límites innecesarios, nosotros tampoco deberíamos aceptarlos.

Anthony Lake
Director Ejecutivo, UNICEF

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS ii

PREFACIO

Anthony Lake, Director Ejecutivo, UNICEF iii

CAPÍTULO 1
INTRODUCCIÓN 1

De la exclusión a la inclusión 1
Las cifras 3
Un marco para la acción 3

CAPÍTULO 2
LAS BASES DE LA INCLUSIÓN 11

Un cambio en las actitudes 12
Se trata de la capacidad 13
Apoyar a los niños y niñas y a sus familias 13
Rehabilitación basada en la comunidad 17
Tecnología de apoyo 18
Diseño universal 18

CAPÍTULO 3
UNA BASE SÓLIDA 23

Salud incluyente 23
Inmunización 23
Nutrición 24
Agua, saneamiento e higiene 25
Salud sexual y de la reproducción y VIH/sida 26
Detección e intervención oportunas 27
Educación incluyente 27
Empezar pronto 29
Trabajar con los maestros 32
Incorporar a los progenitores, las comunidades y los niños y niñas 33
Esferas de responsabilidad 36

CAPÍTULO 4
ELEMENTOS ESENCIALES DE LA PROTECCIÓN 41

Malos tratos y violencia 41
Instituciones y atención deficiente 42
Justicia incluyente 43

CAPÍTULO 5
RESPUESTA HUMANITARIA 49

CAPÍTULO 6
MEDIR LA DISCAPACIDAD INFANTIL 63

La evolución de las definiciones 63
La discapacidad en su contexto 64
Recopilación de datos 65
Diseño de cuestionarios 66
Fines y consecuencias 67
Un camino hacia adelante 68

CAPÍTULO 7
UN PROGRAMA DE ACCIÓN 75

Ratificar y aplicar las convenciones 75
Luchar contra la discriminación 75
Eliminar los obstáculos a la inclusión 77
Poner fin a la institucionalización 80
Apoyar a las familias 81
Avanzar más allá de las normas mínimas 81
Coordinar los servicios para apoyar al niño 81
Incorporar a los niños y niñas con discapacidad en la toma de decisiones 84
Promesa mundial, puesta a prueba local 85

ENFOQUE

Violencia contra los niños y niñas con discapacidad 44

Riesgo, capacidad de resistencia y acción humanitaria integradora 52

Restos explosivos de guerra 54

Lecciones aprendidas 69

De la prueba a la evaluación 70

PERSPECTIVA

Una pionera convertida en promotora de la inclusión
Nancy Maguire 4

Vivir con albinismo, discriminación y superstición
Michael Hosea 6

Quiero tener buenos recuerdos
Nicolae Poraico 8

Para los jóvenes sordos, el lenguaje es la clave
Krishneer Sen 20

Mi hijo Hanif
Mohammad Absar 30

El nuevo concepto de normalidad
Claire Halford 34

Acomodar, adaptar y potenciar
Yahia J. Elziq 38

Segregación y malos tratos en las instituciones
Eric Rosenthal y Laurie Ahern 46

El elefante, pedazo a pedazo
Chaeli Mycroft 60

Desde la invisibilidad hasta la inclusión para los niños indígenas con discapacidad
Olga Montufar Contreras 72

Abrir las puertas a la educación y al empleo
Ivory Duncan 78

Poner fin al "hambre de libros" con mejores tecnologías y derechos de autor
Kartik Sawhney 82

Niños y niñas con discapacidad y derechos humanos universales
Lenín Voltaire Moreno Garcés 86

Additional Focus and Perspective essays are available online at <www.unicef.org/sowc2013>.

GRÁFICOS

Tasas estimadas de terminación en la escuela primaria 12

Rehabilitación basada en la comunidad 16

Productos de tecnología de apoyo 19

Niños y niñas con discapacidad y la educación secundaria 42

Los últimos en beneficiarse 43

Víctimas infantiles en países seriamente afectados por minas y restos explosivos de guerra, 2011 56

Víctimas infantiles en los países más afectados* (1999–2011) 57

Víctimas infantiles según el tipo de explosivo 59

Cuatro estudios de caso: Porcentaje de la población que informa sobre alguna forma de discapacidad 64

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo: firmas y ratificaciones 76

REFERENCIAS 88

TABLAS ESTADÍSTICAS

..... 93

Panorama general 94

Tasa de mortalidad de menores de 5 años 99

Table 1. Indicadores básicos 100

Table 2. Nutrición 104

Table 3. Salud 108

Table 4. VIH/sida 112

Table 5. Educación 116

Table 6. Indicadores demográficos 120

Table 7. Indicadores económicos 124

Table 8. Mujeres 128

Table 9. Protección infantil 132

Table 10. Ritmo de progreso 136

Table 11. Adolescentes 140

Table 12. Equidad – residencia 144

Table 13. Equidad – riqueza 148

Table 14. Desarrolló la primera infancia 152

UNA NOTA SOBRE LOS TÉRMINOS UTILIZADOS

Convenciones, protocolos facultativos, firmas y ratificaciones 154

Víctor, un niño de 13 años con parálisis cerebral, se divierte en el agua, en el Brasil. © Andre Castro/2012/Brasil.

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

Los informes como este generalmente comienzan con una estadística para poner de relieve un problema. Las niñas y los niños a quienes se dedica esta edición del *Estado Mundial de la Infancia* no son un problema.

Más bien, son hermanas, hermanos, amigas o amigos que tienen una canción, un juego o un plato favoritos; una hija o un hijo con sueños y el deseo de verlos cumplidos; un niño o una niña que sufre de alguna discapacidad, pero que tiene los mismos derechos que cualquier niña o niño.

Si se les da la oportunidad de prosperar como a los demás niños, aquellos que tienen discapacidades poseen el potencial para llevar vidas plenas y contribuir a la vitalidad social, cultural y económica de sus comunidades, como lo atestiguan los ensayos de carácter personal que se presentan en esta edición.

No obstante, sobrevivir y prosperar es particularmente difícil para los niños y niñas con discapacidad. Su probabilidad de vivir en condiciones de pobreza es mayor que la de los niños sin discapacidad. Incluso si comparten las mismas condiciones desfavorables –como la pobreza o la pertenencia a un grupo minoritario–, los niños y niñas con discapacidad afrontan problemas adicionales debido a sus impedimentos y a los numerosos obstáculos que la sociedad pone a su paso. Los niños y niñas que viven en medio de la pobreza se cuentan entre los que menos probabilidades tienen de recibir una enseñanza y atención de la salud, pero las probabilidades de asistir a la escuela o a un centro de salud de quienes viven en medio de la pobreza y además tienen alguna discapacidad son incluso más reducidas.

En muchos países, las respuestas más frecuentes a la situación de los niños y niñas con discapacidad son la institucionalización, el abandono o el descuido. Estas respuestas son el problema y se originan en nociones negativas o paternalistas sobre la incapacidad, la dependencia y las diferencias, que se perpetúan a causa de la ignorancia. Mientras esto no cambie, se mantendrá el menoscabo de los derechos de los niños y niñas con discapacidad, que seguirán siendo víctimas de discriminación, violencia y abuso. Igualmente, sus oportunidades seguirán siendo escasas y continuarán excluidos de la sociedad.

Lo que se requiere es un compromiso con los derechos y el futuro de estos niños y niñas, y dar prioridad a los más desfavorecidos. Es una cuestión de equidad y de beneficio para todos.

De la exclusión a la inclusión

Los niños y niñas con discapacidad enfrentan distintas formas de exclusión y están afectados por ellas en diversos grados, dependiendo de factores como el tipo de impedimento, el lugar de residencia y la cultura o clase a la cual pertenecen.

Otro factor crucial es el género; de hecho, las niñas tienen menos probabilidades que los niños de recibir atención y alimentación, y más probabilidades de quedar excluidas de las interacciones y las actividades familiares. Las niñas y las mujeres jóvenes discapacitadas sufren de una “doble discapacidad”, no solo por los prejuicios y las desigualdades de que son víctimas muchas personas en sus mismas circunstancias, sino también por las limitaciones

y las funciones asignadas tradicionalmente a cada género[1]. Las niñas con discapacidad también tienen menos probabilidades de asistir a la escuela, recibir formación profesional y encontrar empleo que los niños con discapacidad y las niñas sin discapacidad[2].

Sin embargo, estas diversas formas y grados de exclusión se fundamentan en la experiencia compartida de ser definido y juzgado por aquello de lo que se carece y no por aquello que se tiene. No es inusual considerar inferiores a los niños y niñas con discapacidad, intensificando su vulnerabilidad: la discriminación basada en la discapacidad se ha plasmado en la marginación de los recursos y de la toma de decisiones, e incluso en el infanticidio[3].

La exclusión suele ser consecuencia de la invisibilidad. Pocos países disponen de información fiable sobre cuántos de sus ciudadanos son niños y niñas discapacitados, qué impedimentos tienen y cómo afectan sus vidas. En algunos países, las familias con niños discapacitados hacen frente al ostracismo, por lo que incluso progenitores y familiares amorosos a menudo son renuentes a informar de que uno de sus niños tiene un problema de esta naturaleza. Lo anterior se explica por la necesidad de evitar el rechazo, el deseo de sobreproteger al niño, o ambas cosas. Cuando un niño llega al mundo con un impedimento, su nacimiento no siempre se registra. Los niños así excluidos son desconocidos para los sistemas sociales, educativos y de salud y, por lo tanto, pierden el acceso a estos servicios, a los cuales tienen derecho.

Las privaciones en la infancia pueden tener efectos duraderos; por ejemplo, menos oportunidades de acceder a empleos remunerados o de participar en cuestiones cívicas más adelante en la vida. Y a la inversa, el acceso a servicios y tecnología de apoyo, y su utilización, pueden hacer que un niño con discapacidad asuma su lugar en la comunidad y contribuya a ella.

En efecto, el futuro está lejos de ser sombrío. Existen mecanismos eficaces para crear sociedades inclusivas, en las cuales los niños con y sin discapacidad disfruten de sus derechos por igual. Se están derribando los obstáculos físicos y políticos, y las actitudes negativas se están superando, aun cuando el proceso sea desigual y quede un largo camino por recorrer.

En virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las

A sus 14 años, Rahmatuallah, que perdió una pierna a causa de la explosión de una mina terrestre, participa en un curso práctico de capacitación para electricistas, en un centro para niños afectados por la guerra, en Kandahar, Afganistán.
© UNICEF/AFGA2007-00420/Noorani

Personas con Discapacidad, los gobiernos de todo el mundo han asumido la responsabilidad de garantizar que todos los niños y niñas, independientemente de su capacidad o discapacidad, disfruten de sus derechos sin discriminación de ninguna clase. En febrero de 2013 habían ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño 193 países y, adicionalmente, 127 países y la Unión Europea habían ratificado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Estas dos convenciones dan testimonio de un creciente movimiento mundial en favor de la inclusión de los niños y niñas con discapacidad en la vida de la comunidad. La preocupación por la inclusión se basa en el reconocimiento de que todos los niños y las niñas son miembros plenos de la sociedad; de que cada niño es un individuo único a quien asiste el derecho de que le respeten y le consulten; de que todos tienen habilidades y aspiraciones que vale la pena apoyar, así como necesidades que hay que satisfacer; y de que sus aportes deben ser valorados y promovidos. La inclusión requiere que la sociedad facilite el acceso a la infraestructura física, la información y los medios de comunicación, a fin de que todos los puedan utilizar; erradicar la discriminación con el objeto de que nadie se vea forzado a sufrirla; y brindar protección, apoyo y servicios para que todos los niños y niñas con discapacidad disfruten de sus derechos, al igual que todos los demás niños.

La inclusión va más allá de la "integración". Esta implica incluir a los niños y niñas con discapacidad en un marco preexistente de normas. Por ejemplo, en la esfera educativa, la integración significaría, sencillamente, admitir a los niños y niñas con discapacidad en las escuelas "generales". Pero esto no se puede considerar inclusión, pues esta solo es posible cuando el diseño y la administración de las escuelas permiten que todos los niños y las niñas participen juntos de una educación de calidad y de las oportunidades de recreación. Esto supondría proporcionar a los estudiantes con discapacidad facilidades como acceso al sistema braille y al lenguaje de señas, y adaptar los planes de estudios con miras a que gocen de las mismas oportunidades para aprender e interactuar.

La inclusión beneficia a todo el mundo. Continuando con el ejemplo de la educación, las rampas y las entradas y puertas anchas mejoran el acceso y la seguridad de todos los niños, los docentes, los progenitores y los visitantes de la escuela, y no solo de quienes utilizan silla de ruedas. Y un programa de estudios inclusivo –es decir, centrado en el niño y con representaciones de personas con impedimentos para reflejar un sector real de la sociedad– puede ampliar tanto los horizontes de los niños que, de otra manera, podrían ver limitadas sus ambiciones y opciones a causa de sus discapacidades, como los de los niños sin discapacidad, que aprenderían a valorar la diversidad, las habilidades y la preparación necesarias para construir una sociedad inclusiva para todos. Cuando los logros educativos llevan a la consecución de trabajo u otros medios para ganarse la vida, el niño con discapacidad puede avanzar y asumir su lugar como miembro pleno y en igualdad de condiciones del mundo adulto, un miembro que produce y consume.

Las cifras

Según una estimación ampliamente utilizada, alrededor de 93 millones de niños –o sea, 1 de cada 20 niños menores de 14 años– vive con alguna discapacidad moderada o grave.

Estas estimaciones mundiales son esencialmente especulativas. Por ejemplo, la anterior se emplea desde 2004. En general, provienen de datos de muy variada calidad y de métodos demasiado contradictorios para ser fiables. Con el propósito de ofrecer un contexto e ilustrar las cuestiones que son objeto de examen, en este informe se presentan los resultados de encuestas nacionales y de estudios independientes, si bien deben interpretarse con prudencia y no deben compararse entre sí. El motivo es que las definiciones de discapacidad difieren de un lugar a otro y de una época a otra, al igual que el diseño, la metodología y el análisis de los estudios. En el capítulo 6 del presente informe se exponen estos temas, al igual que algunas iniciativas prometedoras para mejorar la calidad y la disponibilidad de los datos.

Un marco para la acción

Los niños y niñas con discapacidad no deben considerarse ni tratarse como simples beneficiarios de desembolsos caritativos. Tienen los mismos derechos que los demás niños; por ejemplo: a la vida; a las oportunidades que se derivan de una buena atención de la salud, una nutrición adecuada

(continúa en la página 9)

PERSPECTIVA

Una pionera convertida en promotora de la inclusión

Por Nancy Maguire

Nancy Maguire, oriunda del Reino Unido y trabajadora social cualificada, luego de viajar al extranjero decidió emprender una campaña en defensa de los derechos de las personas con discapacidad, especialmente las mujeres jóvenes. Esta activista ha trabajado en Asia y África meridional con organizaciones dedicadas a las personas discapacitadas, y espera obtener su título de maestría en políticas y desarrollo.

Nací en Londres en 1986 y tengo una enfermedad llamada osteogénesis imperfecta, que comúnmente se conoce como "huesos de cristal". Muchos niños con esta enfermedad crecen protegidos –sobreprotegidos, podría decirse– contra cualquier posibilidad de sufrir una lesión. Mis padres querían que yo estuviera segura, pero al mismo tiempo deseaban que pudiera jugar, hacer amigos y tener una infancia lo más normal posible.

En la década de 1980, la educación inclusiva todavía era un concepto bastante novedoso. Al igual que a la mayoría de los padres y madres de niños con discapacidad, a los míos les aconsejaron que me matricularan en una escuela especial. Mi madre es maestra y, después de visitar las escuelas que le recomendaron, se convenció de que allí yo recibiría una educación de baja calidad. Mis padres siempre se han basado en lo que es conveniente para Katy, mi hermana mayor, que no tiene ninguna discapacidad, y piensan que si algo no es suficientemente bueno para ella, tampoco lo es para mí.

Yo fui la primera alumna con discapacidad en mi escuela primaria, y me sentía como un conejillo de Indias en materia de inclusión. Por ejemplo, aunque mis maestros no dudaban en incluirme en todos los aspectos de la vida escolar, no tenían la experiencia necesaria para adaptar la educación física de modo que yo pudiera participar activamente.

Como ocurre en la mayoría de los casos, mi infancia no siempre fue fácil. Pasé mucho tiempo en el hospital y, aunque estaba matriculada en el sistema escolar ordinario, supuestamente "inclusivo", había momentos en que me sentía excluida. Por ejemplo, no me permitieron asistir a la fiesta de Navidad cuando estaba en preescolar, porque las maestras temían que me quebrara algún hueso.

Además, en la escuela secundaria los estudiantes con impedimentos teníamos que comer en una mesa aparte, y los maestros no entendían por qué yo me negaba a sentarme ahí. No obstante, y a pesar de los obstáculos, logré prosperar tanto desde el punto de vista educativo como social.

Siempre me alentaron a probar nuevas cosas. Entre mis actividades extraescolares estaban la natación, el ballet, el tenis en silla de ruedas, la actuación y el canto. En muchas de estas actividades, yo era la única persona con discapacidad. Algo interesante es que esos grupos solían ser más incluyentes que la escuela, pues me permitían participar de muchas maneras. Me sentía querida y todos encontraban formas creativas para que yo pudiera disfrutar de las actividades. Sin embargo, había muchas cosas que se me hacían difíciles debido a que mi movilidad era limitada. Con frecuencia me sentía triste porque no podía hacer las cosas tan bien como las otras niñas y, al crecer y tomar más conciencia de mi problema, empecé a evitar las situaciones en que se pudieran poner de manifiesto mis dificultades.

Durante mi adolescencia, muchos de mis amigos y amigas atravesaron períodos de rebeldía

Las personas con discapacidad están adquiriendo mayor visibilidad en muchas esferas de actividad; por ejemplo, en la política y los medios de comunicación. Esto es fundamental para mejorar la percepción de los niños y las niñas acerca de lo que pueden lograr.

y procuraban llamar la atención mediante su manera de vestir o de comportarse. Mientras que ellos hacían todo lo posible para ser diferentes, mi afán era ser "normal" y aceptada. A causa de mi discapacidad, recibía mucha atención. En la calle, la gente me miraba, hacía comentarios y preguntaban a mis padres: "¿Qué le sucede a su hija?" Había días en los que lograba hacer caso omiso de mi condición, pero no importa cuán fuerte eres ni cuánto te apoya tu familia, es imposible que eso no te afecte.

Desarrollé una autoestima sumamente baja y una pobre imagen corporal, que empeoró porque había aumentado mucho de peso. Me resultaba difícil hacer ejercicio y, como muchas niñas de mi edad, solía comer para consolarme. También había internalizado el término médico con el que me describían, sobre todo la palabra "deforme" (tenía una curvatura en la columna vertebral, que después me corrigieron). A los 14 años desarrollé un trastorno alimentario, en parte porque deseaba perder peso, pero también porque el peso era un aspecto de mi apariencia física que realmente podía controlar.

Pese a todo el cariño y el apoyo que recibí de mi familia y mis amigos, nunca vi como algo positivo el hecho de tener una discapacidad. Yo pensaba que debía superarla, como la adversidad. Me obsesioné con la idea de ser lo menos discapacitada posible y me convencí de que, si lograba caminar, mi vida sería mucho mejor. Irónicamente, aunque ya no utilizo silla de ruedas, hoy soy más consciente que nunca de mi condición. La gente todavía hace comentarios sobre mi aspecto porque soy de baja estatura, y hacen suposiciones sobre mi vida y mis capacidades. Siempre tengo que probarme a mí misma, especialmente en el trabajo. Y aunque mi discapacidad no me define, sí ha influido de modo determinante en mi personalidad y en mis logros. Tener una discapacidad es algo que ahora acepto; ya no lo veo como algo negativo o de lo cual avergonzarme. Tener una discapacidad me ha traído algunas ventajas y me ha abierto oportunidades que quizás nunca se me habrían presentado, como escribir este artículo.

La experiencia de cada niño es distinta. Yo vengo de una familia de clase media baja del Reino Unido, donde tuve acceso a atención gratuita de la salud y a una buena educación. Pero tengo la absoluta convicción de que el sentido de pertenencia, la autoestima y las aspiraciones trascienden las distinciones de género, clase o nacionalidad. Para valorarse más a sí mismos, los niños y niñas con discapacidad necesitan oportunidades de contribuir y participar en todos los aspectos de sus vidas. Las personas con discapacidad están adquiriendo mayor visibilidad en muchas esferas; por ejemplo, en la política y los medios de comunicación. Esto es fundamental para mejorar la percepción de los niños y las niñas acerca de lo que pueden lograr. Cuando yo estaba creciendo, el único modelo que tenía era Stevie Wonder. Lo admiraba porque, a pesar de ser ciego, era un músico exitoso y respetado. Sin embargo, me habría ayudado mucho ver personas con discapacidad desempeñarse en trabajos corrientes, como maestros, médicos y tenderos. Pienso que eso también habría sido bueno para mis padres. Mi madre decía que, cuando yo era pequeña, procuraba no pensar en mi futuro porque sentía temor. Ella sabía que yo tenía capacidades, pero temía que mis opciones fueran muy escasas.

Mi discapacidad no me ha impedido alcanzar ninguna meta importante. Soy una trabajadora social cualificada, aprobé el examen de conducción cuando tenía 16 años, dejé mi hogar a los 19 años y he vivido y trabajado en Asia y África. Espero trabajar en el futuro a nivel internacional como defensora de los niños y niñas con discapacidad, pues creo firmemente en los derechos humanos inalienables y en el potencial de estos niños, hasta ahora desaprovechado.

PERSPECTIVA

Vivir con albinismo, discriminación y superstición

Por Michael Hosea

Michael Hosea nació en 1995. Es el mayor de seis hijos y una de las tres personas con albinismo entre sus familiares directos. Vive en Dodoma, República Unida de Tanzanía, y está próximo a graduarse de la escuela. Promueve los derechos de los jóvenes con discapacidad, especialmente los que tienen albinismo, a través de la red Leonard Cheshire Disability Young Voices.

Nací en Mwanza, la segunda ciudad más grande de la República Unida de Tanzanía. Soy el hijo mayor y vivo con mis hermanos y mis progenitores en Dodoma, la capital. En mi familia somos seis hijos, y tengo una hermana y un hermano que también son albinos.

Los inconvenientes que acarrea mi situación dificultan mucho mi vida. Debo cuidarme siempre del sol, vestirme con ropa pesada y utilizar mangas largas. También debo usar anteojos de sol para proteger los ojos. Por otra parte, tengo problemas en la escuela. Hay ocasiones en las que no puedo ver la pizarra y siempre me tengo que sentar a la sombra. En este país no hay suficiente tecnología para mejorar la visión, como anteojos, lupas y equipos informáticos especiales, por lo que los niños albinos afrontan enormes dificultades para terminar el ciclo de estudios y encontrar trabajo. Como mi familia es pobre, conseguir el dinero para los gastos de escolaridad también es complicado.

El trato que nos da la gente dificulta aún más nuestra vida. Existe mucha discriminación contra las personas albinas y, a veces, echo de menos la compañía de amigos. Hay gente con creencias horribles sobre nosotros; por ejemplo, que no somos humanos y no moriremos nunca, o que el albinismo es una maldición de los dioses y que quien nos toque quedará maldito.

Lo peor de todo es que quienes practican la brujería nos persiguen y matan para utilizar nuestro cabello, nuestros órganos y partes del cuerpo en encantamientos y pociones. Durante siglos, algunos han creído que si acuden a un médico con partes

La educación es la clave para detener los asesinatos, los abusos y la discriminación. Es importante que todos –incluyendo a los miembros de mi familia ampliada– sepan que nosotros somos personas iguales a ellos.

del cuerpo de una persona albina se volverán ricos y prósperos. Aunque es ilegal matar a los albinos, sigue ocurriendo a causa de la codicia. Pero todo se basa en mentiras, pues hay gente que ha hecho estas cosas terribles y sus vidas no han cambiado.

Hace pocos meses, y gracias a un amigo de mi padre, mis hermanos y yo nos libramos de ser asesinados para fines de brujería. Ese hombre vino a nuestra casa para advertir a mi padre que sus tres hijos albinos estaban en peligro, y le suplicó que nos fuéramos de Mwanza. Si bien esto era difícil, pues la situación económica de mis progenitores no era buena, empacamos todo lo que teníamos y nos fuimos a las tres de la mañana.

Viajamos más de 500 kilómetros hasta llegar a Dodoma, y dos días después recibimos la noticia de que unos hombres habían irrumpido en nuestra casa en Mwanza, buscándonos para matarnos.

Cuando esos individuos se percataron de que habíamos escapado, irrumpieron en la casa de nuestro vecino. Él era el representante de las personas albinas de nuestra localidad y había trabajado arduamente para ayudarnos y promover los derechos de los albinos en nuestra comunidad. Le cortaron los genitales y los brazos y lo dejaron allí para que muriera. Más tarde recibimos una llamada telefónica de otro vecino, que nos relató lo que había sucedido. Esa noticia me impactó de tal modo que lloré mucho, pero ¿qué podía hacer yo? Así son las cosas.

No comprendo por qué hay personas que hacen esto a otros seres humanos. Yo creo que la educación es la clave para detener los asesinatos, los abusos y la discriminación. Es importante que todos –incluyendo a los miembros de mi familia extensa– sepan que nosotros somos personas iguales a ellos. Todos somos iguales.

Para escapar de las penalidades de la vida, me gusta cantar y escribir canciones. Acabo de componer una canción sobre los albinos y nuestra lucha. Mi sueño es poder grabar mi música en un estudio algún día y difundir mi mensaje. Rezo para que llegue el día en que todos los habitantes del mundo entiendan que los albinos no somos distintos de ellos. Todos somos seres humanos y merecemos ser tratados con amor y respeto.

Nota:
El albinismo es un trastorno poco común, heredado genéticamente y presente en todos los grupos étnicos. Las personas albinas tienen poca o ninguna pigmentación en los ojos, el cabello y la piel debido a la falta de melanina. Son muy sensibles a la luz intensa, y tienen una probabilidad superior al promedio de contraer cáncer de piel por exposición al sol. La mayoría de las personas con albinismo también sufren de impedimentos visuales. Según estimaciones de Under the Same Sun, una organización no gubernamental del Canadá, el albinismo afecta a 1 de cada 2.000 tanzanos. Aun cuando este trastorno no afecta la esperanza de vida, la duración promedio de la vida de una persona albina en la República Unida de Tanzanía es de aproximadamente 30 años.

PERSPECTIVA

Quiero tener buenos recuerdos

Por Nicolae Poraico

Nicolae Poraico y su hermano Grisha pasaron varios años en un establecimiento de acogida para niños con discapacidad mental, en la República de Moldova. Nicolae fue diagnosticado con una discapacidad intelectual moderada y su hermano, con una discapacidad intelectual grave. En 2010, Nicolae y Grisha se reunieron con su madre en la aldea de Lapusna. Esto fue posible gracias a la ayuda del programa Community for All de Moldova, que ejecuta Keystone Human Services International Moldova Association con apoyo financiero de la Iniciativa Pro Salud Mental de la Sociedad Abierta y la Fundación Soros de Moldova.

Yo tenía 11 años cuando nos llevaron a la institución a mi hermano Grisha y a mí. Ahora tengo 16 años. Nuestra madre nos mandó allá porque no teníamos dinero suficiente para comprar o alquilar una casa, y ella tenía que trabajar por las noches. Nos visitaba con frecuencia.

No recuerdo mi primer día en la institución. Incluso ya no tengo algunos recuerdos de mi estadía allí, y espero, con el tiempo, olvidar los demás recuerdos. Quiero tener nuevos y buenos recuerdos.

En los días festivos, la alimentación era buena. También era buena otros días. Nos daban cuatro comidas diarias. Después de comer, yo limpiaba la cocina.

Los maestros nos enseñaban a recitar poemas y a cantar. También nos enseñaban juegos. Conozco un poema sobre Gigel y dos sobre las madres.

La siesta era de 1 a 4 p.m. Yo no dormía; más bien, reía, hablaba con otros niños, descansaba la cabeza sobre la almohada, mantenía abiertos los ojos y miraba a los niños. Los 16 niños de mi clase vivíamos en la misma habitación.

Un niño de nombre Víctor trabajaba en la cocina. Fuimos a un estadio cercano. Solo me llevó a mí; él tenía pan y leche agria y comimos juntos. Cuando mi madre nos llevó a mi hermano y a mí a casa, Víctor no se enteró, pues estaba durmiendo. Él me dio su fotografía para que no lo olvidara, pero la perdí allí mismo.

Había ocasiones en las que el personal nos golpeaba. No sé por qué lo hacían. Me golpeaban tanto con distintos palos que tenía heridas en la espalda. Pero no solo me maltrataban a mí; otros niños también tenían heridas. Y algunos tenían cuchillos. Se pegaban y a veces yo peleaba con ellos a puñetazos. ¿Qué más podía hacer? Si no me defendía, podían matarme. Cuando golpeaban a Grisha, yo lo defendía.

Yo no quería estar allá. Si mi madre nos hubiera dejado en ese lugar, el director habría podido mandarnos a vivir con diferentes familias y ella no nos habría encontrado. Pero quiero visitar esa institución únicamente para ver a Víctor y pedirle su número de teléfono.

En casa estoy bien. Ahora juego con Colea, Igor y Dima. Aquí nadie me maltrata. De vez en cuando discutimos sobre problemas con nuestra madre y le pedimos consejos. Nos llevamos muy bien y voy a la escuela todos los días. Me gusta la educación física y las clases de idioma rumano. Me alegra haber venido y estoy feliz en Lapusna.

(viene de la página 3)

y una educación de calidad; a expresar sus puntos de vista; a participar en la toma de decisiones; y a gozar de la misma protección bajo la ley. Son el eje de los esfuerzos destinados a construir sociedades inclusivas y equitativas, no solo como beneficiarios, sino también como agentes de cambio. Al fin y al cabo, ¿quiénes mejor que ellos para comprender sus necesidades y evaluar la respuesta?

En cualquier iniciativa que busque fomentar la inclusión y el sentido de la equidad, los niños y niñas con discapacidad deben poder contar con el apoyo de sus familias, de las organizaciones para personas con discapacidad, de las asociaciones de padres y de los grupos comunitarios. También deben contar con asociados en otros lugares. Los gobiernos tienen la capacidad de ayudar armonizando sus políticas y programas con el espíritu y las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención sobre los Derechos del Niño y otros instrumentos internacionales que guardan relación con la discapacidad infantil. Los asociados internacionales pueden prestar ayuda acorde con las convenciones. Las empresas y otras entidades del sector privado pueden favorecer la inclusión –y atraer a gente talentosa– promoviendo la diversidad en la contratación de su personal.

La comunidad científica está trabajando para mejorar la recopilación y el análisis de los datos. Su trabajo ayudará a superar la ignorancia y la discriminación que con frecuencia se deriva de ella. Más aún, como los datos sirven para diseñar intervenciones y evaluar sus efectos, mejorar su recopilación y análisis garantiza un óptimo destino de los recursos y los servicios. Pero las instancias decisorias no deben esperar a que haya datos de mejor calidad para empezar a construir infraestructura y servicios más incluyentes. Como ya se ha constatado, la inclusión abarca y beneficia a comunidades enteras, y sus elementos se pueden aplicar a nuevos proyectos. Lo único que se requiere es que esos esfuerzos mantengan su flexibilidad para poderlos adaptar a medida que se conocen nuevos datos.

En el siguiente capítulo de este informe se examinan la exclusión y los factores que facilitan su propagación, junto con algunas bases filosóficas y prácticas de la inclusión. Los capítulos subsiguientes –en cada uno de los cuales se aplica el mismo enfoque centrado en determinar los obstáculos y formular soluciones prometedoras– se dedican a aspectos concretos de las vidas de los niños y las niñas con discapacidad. En el capítulo 3 se analizan los servicios sanitarios, nutricionales y educativos que podrían representar una sólida base para que los niños y niñas con discapacidad tengan vidas plenas y gratificantes. En el capítulo 4 se exploran tanto las posibilidades como las dificultades que implica garantizar la protección y el reconocimiento jurídicos contra la explotación y el abuso. En el capítulo 5 se examina la inclusión en el contexto de las crisis humanitarias.

La invisibilidad origina y perpetúa gran parte de las privaciones que sufren los niños y niñas con discapacidad. Las investigaciones sobre la discapacidad infantil son increíblemente inadecuadas, sobre todo en los países de bajos y medianos ingresos. La resultante falta de pruebas entorpece la realización de una labor normativa apropiada y la prestación de servicios a uno de los sectores más vulnerables de la infancia. Por lo tanto, en el capítulo 6 de este informe se estudian las posibilidades y los desafíos que encaran los investigadores, así como las maneras en que una recopilación y un análisis sólidos de los datos pueden hacer visibles a estos niños y niñas. El capítulo 7, el último de esta edición de *El Estado Mundial de la Infancia*, se refiere a medidas necesarias y viables que permitirán a los gobiernos, sus asociados internacionales, la sociedad civil y el sector privado impulsar la equidad por medio de la inclusión de los niños y las niñas con discapacidad.

Wenjun, de 9 años, camina con su madre de acogida en China. © UNICEF/CHINA/2010/Liu

Niños con y sin discapacidad participan en festividades escolares en Bangladesh. © UNICEF/BANA2007-00655/Siddique

LAS BASES DE LA INCLUSIÓN

Adoptar un enfoque basado en el respeto a los derechos, las aspiraciones y el potencial de todos los niños y niñas puede reducir la vulnerabilidad a la discriminación, la exclusión y el abuso de los niños y niñas con discapacidad.

La Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ponen en tela de juicio la validez de las medidas caritativas que consideran a los niños y niñas con discapacidad como receptores pasivos de atención y protección. Más bien, exigen que se reconozca a todos los niños y niñas, sin excepción, como miembros plenos de sus familias, comunidades y sociedades. Esto implica sustituir la noción tradicional de que se debe "rescatar" al niño, y sustituirla por la adopción de medidas para erradicar las barreras físicas, culturales, económicas, de actitud, de comunicación y de movilidad que impiden la realización de los derechos de la infancia, incluyendo el de participar activamente en la toma de las decisiones que afectan a su vida cotidiana.

A menudo se dice que cuando *uno* cambia, el mundo cambia. Subestimar el potencial de las personas con discapacidad es uno de los factores que más atentan contra su inclusión. No solo el conjunto de la sociedad lo hace; también se observa entre muchos profesionales, políticos y otros responsables de adoptar decisiones. Asimismo, ocurre en las familias, entre los compañeros y entre las mismas personas con impedimentos, particularmente ante la ausencia de pruebas de que se les valora y apoya en su desarrollo. Las actitudes negativas o basadas en una información errónea, que dan lugar a carencias como la falta de acomodación razonable para los niños y niñas con discapacidad, siguen representando uno de los mayores problemas para alcanzar la igualdad de oportunidades.

Las percepciones sociales negativas llevan a que los niños y niñas con discapacidad tengan menos amigos, se aíslen y sean víctimas de hostigamiento; a que sus familias experimentan más estrés; y a que sus comunidades los traten como si no pertenecieran a ellas. Los primeros estudios sobre el trato que los niños y niñas con discapacidad reciben de sus pares revelaron que, incluso a nivel preescolar, no son tenidos en cuenta como amigos ni compañeros de juegos, algunas veces porque los demás niños creen que no están interesados o que no pueden jugar o interactuar[4]. Según una encuesta a familiares de niños con discapacidad que se efectuó en el Reino Unido, el 70% de quienes respondieron consideraban que la comprensión y la aceptación de las discapacidades entre los miembros de sus comunidades eran escasas o insatisfactorias, y casi el 50% informaron que tenían problemas para acceder a servicios de apoyo, como centros de atención infantil[5]. En un estudio con niños que tenían necesidades educativas especiales, realizado en 2007 en el Reino Unido, el 55% dijo haber recibido tratos injustos debido a sus discapacidades[6]. En Madagascar, un estudio comprobó que la ignorancia sobre la discapacidad era común entre los progenitores, y que incluso entre los presidentes de las asociaciones de padres y madres, un 48% creía equivocadamente que la discapacidad es contagiosa[7]. Una investigación efectuada en 2009 en la ciudad vietnamita de Da Nang indicó que, si bien la comunidad por lo regular mostraba una actitud tolerante hacia los niños y niñas con discapacidad y sus familias, persistían el estigma y la discriminación. Se consideraba que la presencia en público de niños y niñas con

discapacidad en festividades tales como Tet, que marca el Año Nuevo Lunar, podía dar al traste con la buena suerte[8].

Así pues, no sorprende que los niños y niñas con discapacidad se cuenten entre los más propensos a tener una baja autoestima y a sentirse aislados. Su impedimento no debe definir a ningún niño o niña. Cada niño es único y tiene derecho a ser respetado como tal. Cuando las sociedades adoptan principios incluyentes y demuestran en la práctica que apoyan la equidad, los niños y niñas con discapacidad pueden gozar de los mismos derechos y opciones que los demás. Facilitar la participación en la comunidad y brindar oportunidades educativas, culturales y recreativas es de suma importancia para el sano desarrollo físico e intelectual de todos los niños. La ayuda especializada –por ejemplo, en materia de comunicaciones y movilidad– para propiciar la interacción y la autonomía en las actividades diarias debe ser gratuita y estar al alcance de todos.

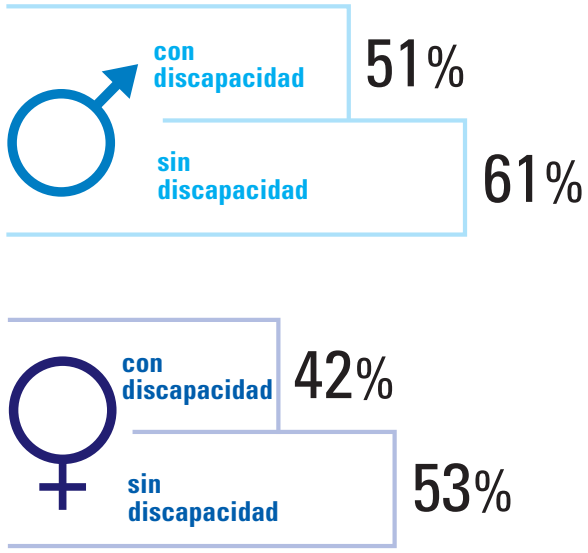
Un cambio en las actitudes

Las vidas de los niños y niñas con discapacidad cambiarán muy poco mientras las actitudes de las comunidades, los profesionales, los medios de difusión y los gobiernos no empiecen a cambiar. La ignorancia sobre la naturaleza y las causas de los impedimentos, la invisibilidad de los niños que padecen discapacidad, la subvaloración de su potencial, y los obstáculos a la igualdad de oportunidades y al tratamiento conspiran para mantener marginados a estos niños y sin la posibilidad de opinar ni expresar sus puntos de vista. Organizar grandes campañas públicas de sensibilización auspiciadas por los gobiernos, que incluyan a los niños como protagonistas clave y reciban apoyo de todas las partes interesadas de la sociedad civil, serviría para crear conciencia y combatir estos obstáculos a la realización de sus derechos. Además, los progenitores y las organizaciones de personas discapacitadas pueden desempeñar un papel decisivo a la hora de hacer campaña en pro de la aceptación y la inclusión.

Dar cabida al tema de la discapacidad en el debate político y social puede sensibilizar a los encargados de tomar decisiones y a los proveedores de servicios, y demostrar al conjunto de la sociedad que las discapacidades forman parte de la condición humana[9]. No puede dejar de subrayarse la importancia de la participación de los niños y niñas con discapacidad. La interacción es efectiva para mitigar los prejuicios, y se ha observado que las actividades en las que participan niños con y sin discapacidad propician actitudes más positivas[10]. La integración social beneficia a todos. Por consiguiente, si las sociedades aspiran a reducir las desigualdades, deben comenzar por los niños, que son las personas más indicadas para construir una sociedad inclusiva para la siguiente generación. Así, los niños y las niñas que han gozado de una educación inclusiva pueden convertirse en los mejores maestros de la sociedad.

Los medios de comunicación incluyentes también tienen una función importante que cumplir. La literatura infantil que incluye a niños y a adultos con discapacidad transmite un mensaje positivo al mostrar que ellos forman parte de las familias y los vecindarios. En los cuentos y los libros de texto para niños conviene incluir gente de todos los grupos, pero más que todo a personas que pueden ser víctimas de discriminación por motivo de raza, género, origen étnico o discapacidad. No es necesario que figuren como protagonistas principales; lo que importa es destacar su presencia y participación. Los libros, las películas y, en general, los medios de información desempeñan un papel crucial, pues enseñan normas sociales a los niños. Así como los programas infantiles

Tasas estimadas de terminación en la escuela primaria



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), basado en encuestas efectuadas en 51 países.

transmiten una imagen de las niñas que lleva implícitas nociones de jerarquía de género y expectativas tradicionales sobre el papel del hombre y la mujer, la ausencia, tergiversación o estereotipos en torno a los discapacitados crean y refuerzan prejuicios sociales, y conducen a subestimar los roles y el lugar de estas personas en la sociedad.

De forma similar, la participación en actividades sociales ayuda a generar una visión positiva de la discapacidad. Los deportes, en particular, han servido para superar numerosos prejuicios sociales. La actividad física es un poderoso medio para fomentar el respeto. En efecto, es inspirador ver a un niño o a una niña sobreponerse a sus limitaciones físicas o cognitivas y participar, a pesar de carecer –como tantas veces ocurre– de equipos adaptados a sus necesidades, de estímulo y apoyo. En un estudio, los niños y niñas con discapacidad que realizaban actividades físicas resultaron ser más competentes que los niños que no tenían discapacidad[11].

Pero hay que ser cautelosos para no crear un clima artificial en el cual los niños y niñas con discapacidad que demuestran un heroísmo físico sean considerados más valiosos que los niños que no demuestran esta clase de heroísmo.

El deporte también ha sido útil en campañas para reducir el estigma. Los atletas discapacitados son con frecuencia los representantes más reconocidos de las personas con discapacidad, y muchos aprovechan plataformas como los Juegos Paralímpicos y las Olimpíadas Especiales para hacer campaña y convertirse en modelos de conducta para los niños con impedimentos físicos o cognitivos. Experiencias en Bosnia y Herzegovina, la Federación de Rusia, Malasia y la República Democrática Popular Lao han evidenciado que el acceso al deporte y la recreación no solo beneficia directamente a los niños y niñas con discapacidad, sino que les da prestigio entre los miembros de sus comunidades, que los ven participar junto con otros niños en actividades que la sociedad valora[12].

Alentar a los niños y niñas con discapacidad para que participen en deportes y actividades recreativas en compañía de todos sus pares implica algo más que un cambio de actitud. Se trata de un derecho y una exigencia concreta de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que recomienda a los Estados Parte "garantizar que los niños y las niñas con discapacidad gocen, al igual que los demás niños, de acceso al juego, a la recreación y el ocio, y a los deportes, incluyendo las actividades del sistema educativo".

Se trata de la capacidad

La campaña de Montenegro "Se trata de la capacidad", que se inició en septiembre de 2010, ha sido efectiva para modificar las actitudes y las prácticas hacia los niños que padecen discapacidades. La campaña agrupa a 100 organizaciones nacionales e internacionales que van desde el Gobierno de Montenegro hasta la Unión Europea, el Consejo de Europa, la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa, organismos de las Naciones Unidas, embajadas, asociaciones de padres y madres de niños con discapacidad, medios impresos y electrónicos, el sector privado, funcionarios locales, y niños y niñas con y sin discapacidad. Una de las estrategias de la campaña fue distribuir en todo el país carteles que mostraban niños con discapacidad como miembros activos de la sociedad; es decir, actuando como atletas, amigos, músicos, bailarines, estudiantes, hijas, hijos, hermanos y hermanas.

Una encuesta realizada en noviembre de 2011 para evaluar el impacto de la campaña reveló que había contribuido a elevar en un 18% el número de personas que consideraban a los niños y niñas con discapacidad como miembros de la sociedad en igualdad de condiciones que los demás. También reveló que tanto el comportamiento hacia los niños y niñas con discapacidad como la comunicación entre ellos y las personas sin discapacidad habían mejorado.

Apoyar a los niños y niñas y a sus familias

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad destaca el papel de la familia como unidad natural de la sociedad y el apoyo que el Estado debe dar a la familia. Manifiesta que "las personas con discapacidad y los miembros de sus familias deben recibir la protección y la ayuda necesarias para que las familias puedan contribuir al goce pleno y equitativo de los derechos de las personas discapacitadas[13]".

El proceso de cumplir los derechos de un niño con discapacidad –o de incluirlo en la vida de la

Marmane, de 8 años, mira por encima de su hombro, en un centro de rehabilitación dirigido por la organización no gubernamental internacional Médicos sin Fronteras, en Puerto Príncipe, Haití. © UNICEF/HQ2005-1970/LeMoyne

comunidad– empieza con un entorno hogareño que propicie la intervención temprana. Comprende la estimulación y la interacción con los progenitores y los cuidadores desde los primeros días y semanas de vida, a través de las diferentes etapas del desarrollo educativo y recreativo del niño. La inclusión es importante a todas las edades, pero cuanto más temprano se dé a los niños y niñas con discapacidad la oportunidad de interactuar con sus pares, y cuanto más amplia sea la sociedad, tanto más importantes serán los posibles beneficios para todos los niños.

Con arreglo a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los niños y niñas con impedimentos y sus familias tienen derecho a un nivel de vida adecuado, lo que incluye alimentación, vivienda y vestuario apropiados. Los niños y niñas con discapacidad y los responsables de su cuidado también tienen derecho a gozar de servicios subsidiados o gratuitos, como guarderías, sustitución temporal y participación en grupos de autoayuda.

La protección social para los niños y niñas con discapacidad y sus familias es vital, pues el costo de vida suele ser más alto para estas familias, que, entre otras razones, pierden oportunidades de obtener ingresos.

Estimaciones sobre los costos adicionales en los que incurren las familias por motivo de la discapacidad oscilan entre el 11% y el 69% del ingreso en el Reino Unido, entre el 29% y el 37% en Australia, entre el 20% y el 37% en Irlanda, en un 9% en Viet Nam y en un 14% en Bosnia y Herzegovina[14]. Entre los costos directos relacionados con la discapacidad figuran el tratamiento médico, los viajes, la rehabilitación o la ayuda para el cuidado de la persona discapacitada, y costos de oportunidad, como los ingresos que dejan de percibirse cuando los progenitores u otros miembros de la familia dejan sus empleos o reducen sus horas de trabajo para poder atender al niño –o a los niños– con discapacidad[15].

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha estimado que, en 10 países de bajos y medianos ingresos, los costos económicos de la discapacidad representan entre el 3% y el 5% del producto interno bruto[16]. De acuerdo con un examen de 14 países en desarrollo, las personas con impedimentos tienen más probabilidades de vivir en medio de la pobreza que las personas sin discapacidad[17]. Las primeras tendían a estar en situación menos favorable en lo referente a educación, empleo, consumo, salud y condiciones de vida. En Malawi y Uganda, las familias donde hay personas con discapacidad a menudo son más pobres que aquellas en las que no hay personas discapacitadas[18].

Los hogares con personas discapacitadas por lo regular tienen ingresos más bajos y mayores probabilidades de vivir por debajo del umbral de pobreza[19]. En los países en desarrollo, los hogares con una o más personas discapacitadas gastan muchísimo más en atención de la salud[20]. Esto significa que incluso una familia que técnicamente se ubica por encima del umbral de pobreza, y en la cual uno o más de sus miembros son discapacitados, puede tener un nivel de vida equivalente al de una familia que se encuentra por debajo del

umbral de pobreza, y en la cual ninguno de sus miembros sufre de discapacidad.

Existen pruebas de que la discapacidad en la infancia reduce las oportunidades futuras. Los niños y niñas con discapacidad crecen en medio de una mayor pobreza; tienen menos acceso a la enseñanza y a los servicios de salud; y están en desventaja en numerosos aspectos, entre ellos, una mayor probabilidad de abuso y de ruptura familiar.

Los Estados pueden abordar el problema de la pobreza infantil, con todos los riesgos que supone, por medio de iniciativas de protección social, como los programas de transferencias de dinero en efectivo. Relativamente fáciles de administrar, estos programas permiten atender con flexibilidad las necesidades particulares de los padres y sus hijos. También respetan el derecho de los progenitores y los niños a tomar decisiones.

Se ha comprobado que los programas de transferencias de efectivo benefician a los niños[21], aunque puede ser difícil determinar hasta qué punto se utilizan y benefician a los niños y niñas con discapacidad y a sus cuidadores[22]. Basándose en los prometedores resultados de estos programas, un número creciente de países de bajos y medianos ingresos han puesto en marcha iniciativas de protección social, incluyendo transferencias de efectivo destinadas, concretamente, a los niños y niñas con discapacidad. Algunos de esos países son Bangladesh, el Brasil, Chile, la India, Lesotho, Mozambique, Namibia, Nepal, Sudáfrica, Turquía y Viet Nam. El tipo de beneficios y los criterios para recibirlos varían enormemente, y algunos se asocian con la gravedad de la discapacidad del niño. A fin de garantizar que estas transferencias logren sus objetivos, será esencial supervisar y evaluar periódicamente sus efectos en la salud y los logros tanto educativos como recreativos del niño.

Otra herramienta que los gobiernos pueden utilizar son los presupuestos destinados específicamente a los niños y niñas con discapacidad. Por ejemplo, un gobierno que se ha comprometido a dar a todos los niños una educación gratuita y de alta calidad incluiría, desde el principio, objetivos claros en relación con estos niños y se aseguraría de asignar una parte suficiente de los recursos disponibles a atender asuntos como la formación de los docentes, la facilitación del acceso a la infraestructura y los planes de estudio, y la adquisición de dispositivos de apoyo.

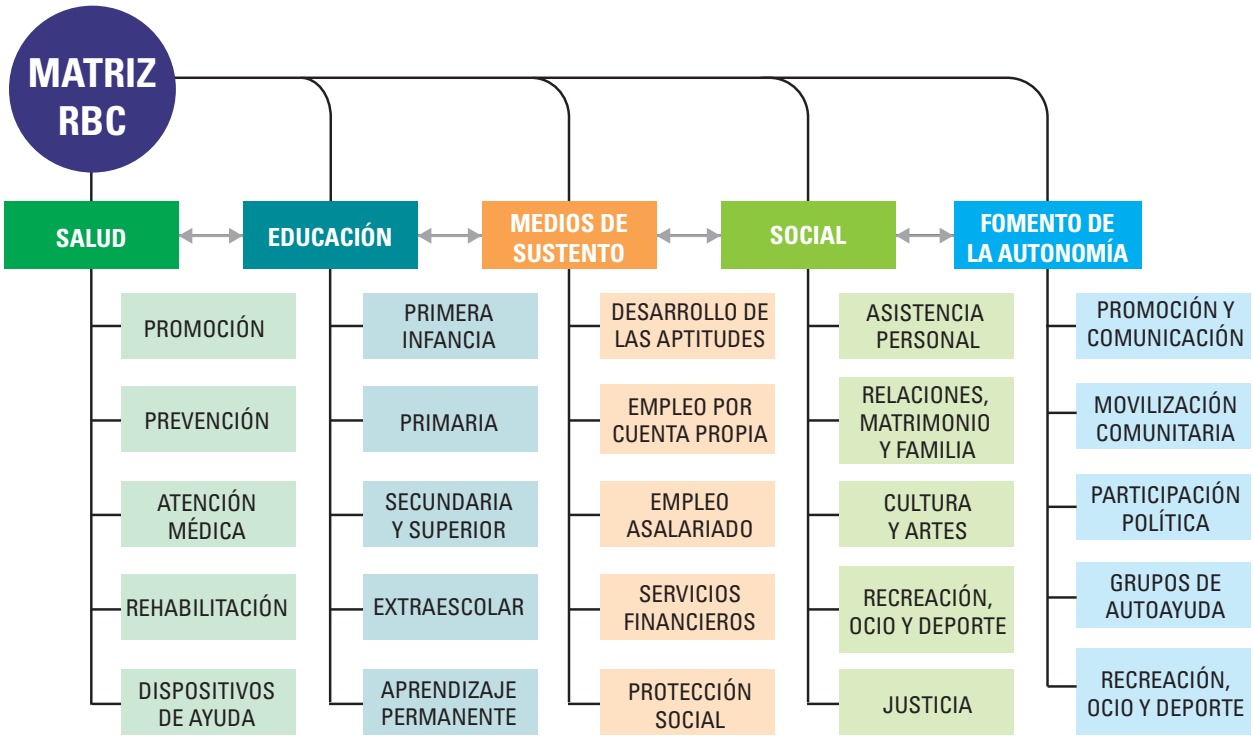
En su escuela, ubicada en el pueblo de Moshi, República Unida de Tanzanía, un niño con albinismo lee con ayuda del sistema braille. © UNICEF/HQ2008-1786/Pirozzi

El acceso efectivo a servicios como educación, salud, habilitación (capacitación y tratamiento para realizar las actividades cotidianas), rehabilitación (productos y servicios tendientes a recuperar la función después de adquirido el impedimento) y recreación debe suministrarse sin costo alguno y ser compatible con el objetivo de propiciar la máxima integración social y desarrollo del niño, incluyendo los ámbitos cultural y espiritual. Medidas de esta naturaleza favorecen la inclusión en la sociedad, de conformidad con el artículo 23 de la Convención sobre los Derechos del Niño, según el cual los niños y niñas con discapacidad "deben gozar de una vida plena y decente, en condiciones que garanticen la dignidad, promuevan la confianza en sí mismos y conduzcan a su participación activa en la comunidad[23]".

Los Estados Parte en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se han comprometido a tomar medidas para eliminar la discriminación contra los niños y niñas con discapacidad y para dar prioridad a su inclusión en la sociedad. La adopción de estrategias nacionales de carácter integral y con resultados medibles mejorarán las probabilidades de que todos los niños y las niñas puedan ejercer sus derechos. La cooperación internacional y el intercambio de información y asistencia técnica –incluyendo los adelantos en materia de enseñanza y los enfoques comunitarios hacia la intervención precoz– podrían dar impulso a estas aspiraciones. Los programas de asistencia para el desarrollo enfocados en la infancia pueden ayudar tomando en consideración tanto las necesidades de los niños y niñas con discapacidad como las necesidades de sus familias, particularmente en los lugares de ingresos bajos, donde los sistemas de protección y promoción de los derechos de los niños y niñas con discapacidad pueden ser deficientes.

Diversas instituciones gubernamentales y no gubernamentales prestan servicios a los niños y niñas con discapacidad. Una coordinación multisectorial apropiada en la cual participen los miembros de las familias ayudaría a evitar deficiencias en la prestación de esos servicios. Dicha coordinación deberá

Rehabilitación basada en la comunidad (RBC)



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS).

Una guardería inclusiva en Nizhny Novgorod, Federación de Rusia. © UNICEF/RUSS/2011/Kochineva

ser acorde con los cambios en las habilidades y las necesidades del niño, a medida que crece y adquiere experiencias de vida.

Rehabilitación basada en la comunidad

Los programas de rehabilitación basada en la comunidad (RBC) son diseñados y dirigidos por las comunidades locales. Su propósito es que la gente con discapacidad tenga acceso a rehabilitación y a otros servicios y oportunidades –como salud, educación y medios de sustento–, al igual que las demás personas. Desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de la década de 1970 y principios de los años 1980, la rehabilitación basada en la comunidad se aplica en más de 90 países. Esta modalidad de rehabilitación implica pasar de la atención centrada en las instituciones y practicada por especialistas, a depositar la confianza en la comunidad y a contar con su colaboración para abordar las necesidades particulares de las personas discapacitadas, cuya activa participación en el proceso es fundamental[24].

La rehabilitación basada en la comunidad es efectiva para abordar diversas carencias. Los niños y niñas con discapacidad que viven en comunidades rurales e indígenas afrontan múltiples desventajas: padecen discapacidades, pertenecen a grupos marginados y viven en lugares remotos. Adicionalmente, tienen muy poco o ningún acceso a servicios que podrían garantizar su desarrollo, protección y participación en la vida comunitaria[25]. Una iniciativa de divulgación dirigida por el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), en Oaxaca, México, constituye un ejemplo de un programa de rehabilitación basado en la comunidad para niños indígenas con discapacidad, sus familias y sus comunidades. En colaboración con UNICEF y con financiación de la agencia estatal de bienestar social DIF-Oaxaca, el CIESAS aplicó este modelo de rehabilitación para fomentar la inclusión de los niños y niñas con discapacidad en cuatro comunidades rurales aisladas[26] con grandes poblaciones indígenas y bajas puntuaciones en el Índice de Desarrollo Humano. Se impartió capacitación a equipos formados por un médico, un terapeuta físico u

ocupacional, un educador y dos activistas comunitarios con un buen dominio de las lenguas indígenas locales, que posteriormente organizaron seminarios sobre discriminación, inclusión y derechos de la infancia en las comunidades. Estos equipos promovieron la creación de redes locales de apoyo entre las familias de niños con discapacidad y, cuando los casos lo ameritaban, remitían a los niños a terapia o a tratamiento médico. Durante el período 2007-2010, la iniciativa se tradujo en una mayor aceptación de los niños indígenas con discapacidad por parte de sus familias y comunidades. Otros resultados positivos fueron una mejor prestación de los servicios sociales; la construcción, por parte de la comunidad, de rampas para sillas de ruedas a fin de posibilitar el acceso a los espacios públicos; la suscripción de un acuerdo entre el estado y los hospitales federales para prestar servicios sin costo alguno a los niños y niñas con discapacidad remitidos por el proyecto; y la matriculación de 32 nuevos niños con discapacidad en el sistema escolar ordinario[27].

Tecnología de apoyo

Dependiendo de la discapacidad, el niño puede necesitar uno o más servicios y dispositivos de ayuda (*ver la página siguiente*). Sin embargo, de acuerdo con la OMS, en numerosos países de bajos ingresos, solamente entre el 5% y el 15% de quienes requieren tecnología de apoyo pueden obtenerla[28]. Entre las razones están los costos, que suelen ser prohibitivos en el caso de los niños y niñas, puesto que sus dispositivos de ayuda deben reemplazarse o repararse a medida que crecen[29]. En comparación con los adultos, para los niños es más difícil acceder a la tecnología de apoyo[30]. El suministro y los usos de la tecnología de apoyo se examinan en un artículo de la sección Enfoque, disponible en línea en <www.unicef.org/sowc2013>.

Diseño universal

Los enfoques incluyentes se construyen alrededor del concepto de accesibilidad, con miras a que todo el mundo pueda acceder al trabajo normal, en lugar de tener que crear sistemas paralelos. Si se pretende que los niños y niñas con discapacidad ejerzan su derecho a participar en la comunidad, es esencial crear entornos accesibles, y si se aspira a que se beneficien de la educación, se debe facilitar su acceso a todas las escuelas. Los niños que reciben educación junto con sus pares tienen más

Liban, de 8 años, utiliza muletas desde que perdió una pierna por la explosión de una bomba en Mogadiscio, Somalia.
© UNICEF/HQ2011-2423/Grarup

Productos de tecnología de apoyo

Categoría	Ejemplos de productos
Movilidad	• Bastón, muleta, caminador, silla de ruedas manual y eléctrica, triciclo • Pierna o mano artificial, soporte ortopédico, tablilla para mano/muñeca, abrazadera para pie • Silla esquinera, asiento especial, baranda para incorporarse • Cubiertos y utensilios de cocina adaptados, bastón para vestirse, asiento para baño, asiento para sanitario, baranda para sanitario, robot para alimentación
Visión	• Gafas, lupa, programa para computadora con capacidad de magnificación • Bastón blanco, dispositivo de navegación basado en el sistema mundial de determinación de posición (GPS) • Sistemas braille para lectura y escritura, lector de monitor para computadora, reproductor de audiolibros, grabadora y reproductor de audio • Ajedrez en braille, balones sonoros
Audición	• Audífonos, ayudas auditivas • Teléfono con amplificación de sonido, sistemas de bucle
Comunicación	• Tarjetas de comunicación con textos; tablero de comunicación con letras, símbolos o dibujos • Dispositivo electrónico de comunicación con mensajes grabados o sintéticos
Cognición	• Listas de tareas, agendas, calendarios e instrucciones basados en imágenes • Cronómetro, despertador manual o automático, teléfono inteligente con adaptación de listas de tareas, actividades, citas y grabadora de audio. • Juguetes y juegos adaptados.

Fuente: Johan Borg; Organización Internacional de Normalización (2008), <http://www.iso.org/iso/home/store/catalogue_tc/catalogue_tc_browse.htm?commid=53782>.

posibilidades de llegar a ser miembros productivos de sus sociedades y de integrarse en la vida de sus comunidades[31].

La accesibilidad se refiere al diseño de entornos, productos y estructuras. El diseño universal se define como la creación de productos y entornos que, en la medida de lo posible, puedan utilizar todas las personas, sin necesidad de adaptaciones o proyectos especializados. Este enfoque gira en torno a diseños convenientes para todos, independientemente de la edad, la capacidad o la situación.

Los principios del diseño universal fueron formulados por arquitectos, diseñadores de productos, ingenieros e investigadores de diseño ambiental. Abarcan diversos campos y son útiles para orientar el proceso de diseño y evaluar diseños existentes. Hay siete principios: uso equitativo; flexibilidad en el uso; uso simple e intuitivo; información perceptible; tolerancia al error; esfuerzo físico bajo; y tamaño y espacio para el acceso y el uso.

Existen muchos ejemplos de diseño universal; por ejemplo, las rampas de las aceras, los audiolibros, los cierres en velcro, los armarios con tablas extensibles; las puertas automáticas y los autobuses de piso bajo.

El costo de integrar el aspecto de la accesibilidad en los nuevos edificios y en la infraestructura es insignificante; de hecho, representa menos del 1% del costo de desarrollo del capital[32]. En cambio, el costo de realizar adaptaciones en edificaciones ya terminadas puede ser mucho más alto, especialmente en las pequeñas, donde puede representar hasta un 20% del costo original[33]. Tiene sentido integrar el aspecto de la accesibilidad en las etapas iniciales del diseño. Igualmente, debe tomarse en consideración a la hora de financiar proyectos de desarrollo.

PERSPECTIVA

Para los jóvenes sordos, el lenguaje es la clave

Por Krishneer Sen

Krishneer Sen, un joven activista sordo de Suva, Fiji, y beneficiario de una beca de World Deaf Leadership, estudia tecnología de la información en la Universidad Gallaudet, Estados Unidos. En 2012 trabajó como pasante con UNICEF en Fiji.

El acceso a la información y a los medios de comunicación es vital para que cualquier persona haga valer sus derechos como ciudadano o ciudadana. Pero sin la manera de recoger información ni de expresar opiniones o exigencias, es imposible obtener educación, encontrar trabajo o participar en los asuntos cívicos.

En mi país, Fiji, la falta de acceso a la información y a los medios de difusión es el mayor problema de los niños sordos. La tecnología de la información y las comunicaciones, que estudio en la universidad, está ayudando a las personas sordas de todo el mundo mediante la creación de oportunidades impensables hace una generación. Donde se dispone de ella, esta tecnología ofrece a los sordos la oportunidad de comunicarse y relacionarse con amigos, mitiga su aislamiento y abre caminos para su participación en la vida política, económica, social y cultural. Quienes carecen de acceso a esta tecnología –bien sea porque viven en las zonas rurales, porque son pobres y no tienen educación, o porque todavía no existen dispositivos apropiados para ellos– se sienten frustrados y excluidos.

En Fiji, las personas sordas como yo tienen poco acceso a los medios de difusión, a los servicios de emergencia, e incluso a simples conversaciones telefónicas. Ante la falta de tecnología de apoyo, como teléfonos subtitulados, nos vemos obligados a depender de personas oyentes para actuar como intérpretes, o a recurrir a los mensajes de texto. Esto no cambiará mientras los gobiernos no otorguen una alta prioridad a la tecnología de la información y las comunicaciones, y a las políticas sobre medios de difusión para las personas con discapacidad.

Los sordos pueden tener vidas satisfactorias y contribuir a la sociedad, al igual que las personas que oyen. El desarrollo de sus capacidades comienza con la educación y el lenguaje. Dado que los niños sordos crecen en un mundo donde la discapacidad auditiva es muy poco frecuente, una educación de calidad debe, necesariamente, ser bilingüe. Desde su nacimiento, a los niños y niñas sordos de Fiji se debería enseñar el lenguaje de señas propio del país, además de los idiomas que comúnmente aprenden los niños oyentes (inglés, fiyiano e hindi). La educación bilingüe ayuda a que los niños sordos desarrollen la capacidad de comunicarse utilizando los lenguajes de las personas oyentes. Para los niños sordos que se comunican eficazmente por medio del lenguaje de señas es más fácil aprender otros idiomas, como el inglés. Yo pienso que el bilingüismo favorece el acceso de los niños sordos a la educación que requieren para

Urge que los medios sean más accesibles a los niños sordos; esto se lograría poniendo subtítulos o interpretando los programas televisivos, y creando programas infantiles que utilicen el lenguaje de señas.

desenvolverse como ciudadanos en igualdad de condiciones que los demás.

Cuando yo era niño, solía ver programas de dibujos animados en la televisión de Fiji que no tenían subtítulos ni interpretación en lenguaje de señas. El conocimiento que tenía mi familia de este lenguaje era muy precario. Más tarde me percaté de que la razón por la que yo seguía teniendo dificultades con mi inglés era que, en mi hogar, había aprendido muy poco el lenguaje de señas. Los progenitores son decisivos para el desarrollo de la capacidad de comunicación del niño sordo y su acceso a la información. Junto con otras personas que interactúan con estos niños, conviene que tomen la iniciativa y utilicen el lenguaje de señas para comunicarse en la vida cotidiana, tanto en el hogar como en la escuela. Urge que los medios sean más accesibles a los niños sordos; esto se lograría poniendo subtítulos o interpretando los programas televisivos, y creando programas infantiles que contengan el lenguaje de señas. Se requiere un entorno libre de barreras a la comunicación. Me gustaría que el lenguaje de señas de Fiji se usara en una gran variedad de programas, desde noticieros hasta dibujos animados. Aparte de la televisión, las redes sociales son una poderosa herramienta para mejorar el conocimiento sobre Fiji y los asuntos internacionales, y para que todos –incluyendo las personas con discapacidad– estén actualizados sobre la situación política y puedan emitir un voto consciente durante las elecciones.

Poner la tecnología de la información y las comunicaciones al alcance de los niños y las niñas sordos beneficiaría su desarrollo social y emocional, permitiría su integración en el sistema escolar ordinario, y los prepararía para su futura vida laboral. Yo tomé un curso básico de informática en una escuela especial y esto cambió mi vida positivamente. Gracias a la Internet tuve conocimiento de la Universidad Gallaudet, donde estudio en la actualidad.

Además de mejorar la educación, la tecnología de la información y las comunicaciones permite que los jóvenes con discapacidad auditiva y de otra índole conozcan sus derechos y se asocien para ejecutar campañas en pro de su realización. Al posibilitar el activismo, esta tecnología puede elevar el perfil de las personas discapacitadas dentro de la sociedad, abriéndoles caminos para participar activamente.

Mi sueño es que las personas sordas se puedan comunicar libremente con quienes sí oyen recurriendo a tecnologías de apoyo. Tengo un proyecto para después de graduarme: introducir las tecnologías de la comunicación en Fiji, con el objeto de facilitar la comunicación entre las personas sordas y las oyentes, por medio de intérpretes del lenguaje de señas y videotelefonía. Trabajaré con la Asociación para Sordos de Fiji, a la cual he pertenecido durante muchos años, para promover los derechos humanos, las oportunidades y la igualdad.

Si los gobiernos han de considerar como una prioridad las necesidades de las personas sordas, tendremos que defender nuestra causa. Para incentivar el activismo entre los discapacitados auditivos, es preciso enseñar a los niños sordos a utilizar tanto el lenguaje de señas como los idiomas de las personas oyentes de sus comunidades. De igual manera, debemos esforzarnos para expandir el acceso a las tecnologías mediante las cuales ellos puedan encontrar información y comunicarse con los demás, sin importar si son sordos o no.

Una maestra con impedimento auditivo enseña a un grupo de niños con el mismo tipo de discapacidad, en Gulu, Uganda.
© UNICEF/UGDA2012-00108/Sibiloni

UNA BASE SÓLIDA

Buena salud, nutrición y una educación de calidad: estos son los cimientos de la vida que los niños, las niñas y sus progenitores desean, y a los que todos los niños y niñas tienen derecho.

Salud incluyente

En virtud de la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, todos los niños y niñas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud. De ello se sigue, por tanto, que los niños y niñas con discapacidad tienen derecho a disfrutar de toda la gama de servicios que integran la asistencia sanitaria, desde la inmunización, en los primeros meses y años, y el tratamiento de las enfermedades y afecciones de la infancia, a la información y los servicios de salud sexual y de la reproducción durante la adolescencia y hasta que se convierten en adultos. Igualmente esenciales son los servicios básicos, como el agua, el saneamiento y la higiene.

El objetivo que se persigue con el planteamiento de una salud incluyente es asegurar que los niños y niñas con discapacidad disfruten realmente de estos derechos en la misma medida que los demás. Es una cuestión de justicia social y de respeto a la inherente dignidad de todos los seres humanos, y es asimismo una inversión en el futuro. Los niños y niñas que padecen discapacidad son, al igual que el resto de los niños y niñas, los adultos del mañana. Precisan gozar de buena salud por su propia razón de ser, por el papel tan importante que ésta desempeña en una infancia feliz, y porque con ella mejorarán sus perspectivas en tanto que futuros productores y progenitores.

Inmunización

Las inmunizaciones constituyen un elemento esencial de los esfuerzos mundiales por reducir los índices de enfermedad y mortalidad en la infancia. Se cuentan entre las intervenciones de salud pública más rentables y beneficiosas, ya que con ellas es posible reducir la carga de morbilidad y mortalidad, en especial entre los menores de 5 años. Por este motivo, la inmunización ha sido la piedra angular de las iniciativas nacionales e internacionales de salud, una intervención con la que se está llegando a más niños y niñas que nunca. Una consecuencia de esto es que la incidencia de la poliomielitis –que puede conducir a una parálisis muscular permanente– descendió desde los más de 350.000 casos registrados en 1988, a 221 en 2012[34].

Aún queda mucho por hacer. Por ejemplo, en 2008, más de un millón de niños y niñas menores de 5 años murieron debido a la enfermedad neumocócica, a la diarrea por rotavirus y a la Haemophilus influenzae tipo B. Mediante la inmunización es posible prevenir gran parte de estas muertes[35].

La inclusión de los niños y niñas con discapacidad en los esfuerzos de inmunización no es sólo una cuestión ética sino un imperativo en materia de salud pública y de equidad: los objetivos de cobertura universal únicamente pueden alcanzarse incluyendo en los esfuerzos de inmunización a los niños y niñas con discapacidad[36].

La inmunización constituye un cauce esencial para prevenir enfermedades que originan discapacidades, pero no deja de ser importante inmunizar a un niño o niña que ya padece una discapacidad. Por desgracia, muchos niños y niñas con discapacidad continúan sin beneficiarse del incremento en la cobertura inmunitaria, pese a hallarse expuestos al mismo riesgo

de padecer enfermedades propias de la infancia que el resto de los niños y niñas. Dejarles sin inmunizar o inmunizarlos sólo parcialmente puede comportar consecuencias como el retraso en las distintas etapas del crecimiento, enfermedades secundarias y, en el peor de los casos, una muerte prevenible[37].

Será más fácil integrar a los niños y niñas con discapacidad en la cultura inmunitaria si se les incluye en los esfuerzos orientados a fomentar la inmunización. Por ejemplo, mostrar a niños y niñas con discapacidad junto a los otros niños y niñas en los carteles y el material promocional de las campañas puede contribuir a promover la concienciación. Para facilitar la comprensión general acerca de la importancia de inmunizar a todos los niños y niñas hay que instruir a los progenitores por medio de campañas de salud pública, de organizaciones de la sociedad civil y de personas con discapacidad, de las escuelas y de los medios de comunicación.

Nutrición

Se calcula que existen 870 millones de personas en todo el mundo que padecen desnutrición. Entre ellas se cree que hay cerca de 165 millones de niños y niñas menores de 5 años que padecen retraso en el crecimiento o desnutrición crónica, y se considera que más de 100 millones tienen un peso inferior al normal. Una alimentación insuficiente o una dieta desequilibrada en la que escaseen determinadas vitaminas y minerales (yodo, vitamina A, hierro y zinc, por ejemplo) pueden hacer que los bebés y los niños sean vulnerables a dolencias específicas o a infecciones que podrían derivar en discapacidades físicas, sensoriales o intelectuales[38].

Se considera que cada año hay entre 250.000 y 500.000 niños y niñas en situación de riesgo de padecer ceguera debido a una carencia de vitamina A, un síndrome que puede prevenirse fácilmente mediante la administración por vía oral de suplementos cuyo coste es de tan sólo unos céntimos por niño[39]. Por un importe también mínimo –cinco céntimos por persona y año– la yodación de la sal continúa siendo la forma más rentable de administrar yodo y de prevenir daños cognitivos en los niños y niñas que viven en zonas con deficiencia de yodo[40]. Estas medidas de bajo coste no sólo ayudan a los niños y niñas con discapacidad, sino también a las madres que se esfuerzan por criar a sus bebés, niños y niñas en circunstancias difíciles.

El retraso en el crecimiento durante la primera infancia –que se mide por la baja estatura en relación a la edad– es consecuencia de la diarrea y de

Haciendo los deberes en Bangladesh. © Broja Gopal Saha/Centre for Disability in Development

una nutrición de poca calidad. En un estudio realizado en varios países se concluía que cada caso de diarrea ocurrido durante los dos primeros años de vida contribuye al retraso en el crecimiento, que se estima afecta a cerca del 28% de los niños y niñas menores de 5 años de los países de ingresos medianos y bajos[41,42]. Las consecuencias del retraso en el crecimiento, como el bajo rendimiento cognitivo y educativo, comienzan cuando los niños y niñas son muy pequeños, pero les afectan durante el resto de sus vidas. No obstante, se ha demostrado que los esfuerzos realizados en el ámbito comunitario para mejorar las prácticas de salud básicas logran reducir el retraso en el crecimiento entre los niños y niñas de corta edad[43].

La desnutrición en las madres puede derivar en una serie de discapacidades infantiles prevenibles. Aproximadamente el 42% de las mujeres embarazadas de los países de ingresos medianos y bajos están anémicas, y más de una de cada dos mujeres embarazadas de estos países padecen anemia por ferropenia[44]. La anemia afecta también a más de la mitad de los niños y niñas en edad preescolar de los países en desarrollo. Constituye una de las causas de discapacidad más prevalentes del mundo y, por ende, un grave problema de salud pública en el mundo entero[45]. La desnutrición en las madres que amamantan puede asimismo contribuir a una peor salud del bebé, aumentando el riesgo de que padezca enfermedades que pueden ocasionar discapacidad[46]. Las madres saludables pueden contribuir a reducir la incidencia de determinadas discapacidades y están más preparadas para atender las necesidades de su progenie.

Pero si bien la desnutrición puede ser una causa de discapacidad, también puede ser su consecuencia. De hecho, los niños y niñas con discapacidad se exponen a un riesgo mayor de padecer desnutrición. Por ejemplo, un bebé con labio leporino puede ser incapaz de mamar o de consumir alimentos de forma eficaz. Los niños y niñas con parálisis cerebral pueden tener dificultades para masticar o tragar[47]. Determinadas dolencias como la fibrosis quística pueden impedir la absorción de nutrientes. Algunos niños, niñas y bebés con discapacidad pueden precisar dietas específicas o un mayor aporte calórico para mantener un peso saludable[48]. Y sin embargo, a veces se les aparta de las iniciativas comunitarias de detección y nutrición. Los niños y niñas con discapacidad que no asisten a la escuela no pueden beneficiarse de los programas escolares de alimentación.

Varios son los factores físicos y las actitudes que pueden perjudicar la nutrición infantil. En algunas sociedades, puede que no se estimule a las madres a amamantar a los bebés con discapacidad. La estigmatización y la discriminación pueden también hacer que se alimente menos a los niños y niñas con discapacidad, que se les niegue la comida o que se les suministren alimentos menos nutritivos que a sus hermanos o hermanas no discapacitados[49]. Los niños y niñas que padecen ciertos tipos de discapacidades físicas o intelectuales pueden también experimentar dificultades para comer por sí solos, o necesitan más tiempo o ayuda para alimentarse. Es probable que algunos casos de salud precaria y consunción que se atribuyen a la discapacidad se deban, en realidad, a problemas de alimentación[50].

Agua, saneamiento e higiene

Es un hecho ampliamente reconocido, aunque poco documentado en el mundo en desarrollo, que las personas con discapacidad afrontan habitualmente dificultades en el acceso al agua potable y al saneamiento. Algunos niños y niñas con impedimentos físicos no pueden recoger agua o portarla largas distancias; para otros, es posible que las paredes de los pozos o los grifos sean demasiado elevados. Las herramientas y las puertas de las instalaciones sanitarias son a veces difíciles de manipular, puede que no haya ningún lugar donde apoyar el recipiente del agua mientras se llena, o puede que no haya ningún lugar donde apoyarse para mantener el equilibrio y evitar caer en el pozo, el estanque o la letrina. Los caminos largos o resbaladizos y la iluminación deficiente también limitan el uso de las letrinas por parte de los niños y niñas con discapacidad.

Las barreras para las personas con discapacidad trascienden los aspectos materiales y de diseño. Las barreras sociales varían según las distintas culturas. Los niños y niñas con discapacidad son a menudo objeto de estigmatización y discriminación cuando emplean instalaciones públicas y del hogar. Con frecuencia se informa de temores completamente infundados a que los niños y niñas con discapacidad puedan contaminar las fuentes de agua o ensuciar las letrinas. Cuando se obliga a los niños, niñas o

adolescentes con discapacidad –en particular las niñas– a emplear instalaciones distintas de las que usan los restantes miembros del hogar, o se les fuerza a usarlas en momentos distintos, se les está exponiendo a un riesgo mayor de que sufran accidentes o sean víctimas de agresiones físicas, en especial violaciones. Las causas que en dichos entornos impiden el acceso al agua y el saneamiento de los niños y niñas con discapacidad pueden variar en función del contexto cultural y geográfico, dependiendo también del tipo de discapacidad de que se trate: un niño o niña con un impedimento físico puede tener serias dificultades para emplear una bomba manual o una letrina exterior; un niño o niña sordo o que padezca una discapacidad intelectual puede que experimente pocas dificultades físicas, pero sea vulnerable, en cambio, a la humillación o el maltrato, y que por eso le sean inaccesibles estas instalaciones.

Es posible que los niños y niñas con discapacidad no asistan a la escuela por no disponer de una letrina a la que poder acceder. Los niños y niñas con discapacidad declaran con frecuencia que procuran beber y comer menos a fin de reducir el número de veces que necesitan ir al servicio, sobre todo si precisan la ayuda de otra persona. Esto acrecienta el riesgo de desnutrición para estos niños y niñas. Asimismo, es motivo de preocupación que en algunos lugares se continúen construyendo instalaciones de agua, saneamiento e higiene sin una adecuada consideración de las necesidades de los niños y niñas con discapacidad. Cada vez existen más intervenciones de fácil instalación y bajo coste para las personas con discapacidad, como por ejemplo los nuevos tipos de letrinas elevadas y bombas de agua de fácil empleo. Esta información debe aún diseminarse entre los profesionales o incorporarse a las políticas y prácticas de agua, saneamiento e higiene[51].

Beatriz, una niña de 10 años que padece parálisis cerebral hace pompas de jabón, el Brasil. © Andre Castro/2012/Brasil

Salud sexual y de la reproducción y VIH/sida

Los niños, niñas y jóvenes que viven con una discapacidad física, sensorial, intelectual o psicosocial han quedado excluidos casi por completo de los programas de salud sexual y de la reproducción y del programa de VIH/sida. A menudo se cree, erróneamente, que no son sexualmente activos, que no consumen drogas ni alcohol, y que padecen un menor riesgo de ser víctimas del maltrato, la violencia o la violación que sus compañeros no discapacitados, por lo que tienen menos probabilidades de infectarse con el VIH[52]. La consecuencia de esto es que los niños, niñas y jóvenes con discapacidad quedan expuestos a un mayor peligro de contraer el VIH.

Las personas discapacitadas de todas las edades que conviven con el VIH suelen recibir menos servicios adecuados que sus pares no discapacitados. Los centros de tratamiento, detección y asesoramiento rara vez se adaptan a sus necesidades, y no es habitual que el personal de atención sanitaria esté preparado para tratar con niños, niñas y jóvenes discapacitados[53].

Muchos jóvenes con discapacidad no reciben tan siquiera información básica sobre cómo sus cuerpos se desarrollan y cambian. Pocas veces en los planes de estudios se ofrece educación estructurada acerca de la salud sexual y de la reproducción y las relaciones y, en los casos en que sí se ofrece, se suele excluir a los niños y niñas con discapacidad. A muchos de ellos se les ha enseñado a callar y a ser obedientes, con lo que carecen de toda experiencia acerca de fijar

límites en cuanto al contacto físico en sus relaciones con los demás[54]. Así pues, el riesgo de abuso se incrementa, como revela un estudio realizado en Sudáfrica, que sugiere que los niños y niñas sordos padecen un riesgo muy elevado de contraer el VIH[55].

Detección e intervención oportunas

El crecimiento de los niños y niñas durante los tres primeros años de vida es rápido, de modo que la detección y la intervención oportunas son de particular importancia. Las pruebas de detección de posibles problemas en el desarrollo son un medio eficaz para detectar discapacidades en los niños y niñas[56]. Pueden realizarse en las instalaciones de atención primaria, por ejemplo, con ocasión de las visitas que se realizan a los centros comunitarios de salud para la administración las vacunas o supervisar el crecimiento. La finalidad de estas pruebas es detectar a los niños y niñas que se hallan en situación de riesgo, remitirles a un especialista para una ulterior evaluación e intervención, en su caso, y proporcionar a los miembros de la familia información fundamental sobre la discapacidad. En estos exámenes de detección se evalúan, por ejemplo, la vista y el oído, y se valora cómo evoluciona el niño o niña en relación a hitos del crecimiento como la capacidad de sentarse, de permanecer de pie, de gatear, andar, hablar o manipular objetos.

Los sistemas de atención sanitaria de los países de ingresos altos proveen numerosas oportunidades para detectar y tratar las dificultades en el crecimiento de los niños y niñas en las etapas iniciales de su vida. En los países de ingresos medianos y bajos, no obstante, existen cada vez más intervenciones orientadas a mejorar el desarrollo de los niños y niñas de corta edad. Algunos ejemplos son el tratamiento de la ferropenia, la formación de cuidadores y la rehabilitación en el seno de la comunidad[57].

Estudios practicados recientemente en países de ingresos medianos y bajos revelan que hasta un 70% de los niños, niñas y adultos recién diagnosticados de epilepsia pueden ser tratados con éxito –es decir, logrando controlar por completo los ataques– mediante el uso de medicamentos antiepilépticos. Después de un periodo de entre dos y cinco años, es posible retirar la medicación, sin riesgo de recaída, en cerca de un 70% de los casos de niños y niñas, y en un 60% de los adultos. Pese a ello, aproximadamente tres terceras partes de las personas que padecen epilepsia en los países con ingresos bajos no reciben el tratamiento que precisan[58]. Los tratamientos existen; lo que a menudo falta es una difusión eficaz de los mismos.

La detección y el tratamiento de las discapacidades no son ámbitos distintos de la medicina, sino un aspecto integral de la salud pública. Sin embargo, los responsables de la formulación de políticas y los investigadores tienden a considerar estas medidas como rivales en cuanto a captación de recursos de las medidas que promueven la salud de las personas no discapacitadas[59]. Esto no hace sino perpetuar la discriminación y la desigualdad.

Los niños y niñas con discapacidad que logran superar la discriminación y otros obstáculos que impiden su acceso a la atención sanitaria pueden encontrarse, por último, con que los servicios que reciben son de una calidad deficiente. Debería alentarse la retroalimentación por parte de los niños y niñas con el fin de mejorar las instalaciones y los servicios, y que se adecuen a sus necesidades. Además, los trabajadores sanitarios y otros profesionales que trabajan con la infancia saldrán beneficiados si se les educa acerca de los múltiples aspectos del crecimiento y la discapacidad en la infancia, y se les capacita para prestar unos servicios integrales, con la participación de la familia ampliada cuando sea posible. La cooperación internacional puede desempeñar un papel importante en las iniciativas orientadas a ofrecer unos servicios de mayor calidad a los niños y niñas a los que se diagnostica una discapacidad o que corren el riesgo de padecerla, y constituye también una vía óptima para rectificar el criterio de rivalidad en la asignación de recursos al que se alude en el párrafo anterior.

Educación incluyente

La educación es la vía de entrada a una participación plena en la sociedad. Es especialmente importante para los niños y niñas con discapacidad, a los que a menudo se excluye de ella. Muchos de los beneficios de asistir a la escuela se revelan con el tiempo –por ejemplo, la capacidad de ganarse la vida como adultos–, aunque otros son evidentes de inmediato. La participación en la escuela es para los niños y niñas con discapacidad una oportunidad importante para corregir los errores

de concepto que dificultan su inclusión. Además, cuando estos niños y niñas asisten a la escuela, sus progenitores y cuidadores pueden dedicar su tiempo a trabajar y descansar. En principio, todos los niños y niñas tienen el mismo derecho a la educación. En la práctica, a los niños y niñas con discapacidad se les priva de este derecho de forma desproporcionada. En consecuencia, se mina su capacidad para disfrutar de unos plenos derechos como ciudadanos y para asumir funciones importantes en la sociedad, principalmente por medio del empleo productivo.

Datos obtenidos a partir de encuestas del hogar practicadas en países de ingresos medianos y bajos revelan que los niños y niñas con discapacidad de entre 6 y 17 años son menos proclives a estar matriculados en la escuela que sus pares no discapacitados[60]. Un estudio realizado en 2004 en Malawi concluía que los niños y niñas con discapacidad presentaban el doble de probabilidades de no haber asistido nunca a la escuela que sus compañeros sin discapacidad. De forma análoga, un estudio practicado en la República Unida de Tanzanía en 2008 concluía que los niños y niñas con discapacidad que asistían a la escuela primaria progresaban a niveles educativos más altos sólo con la mitad de frecuencia que los niños y niñas no discapacitados[61].

En tanto se prive a los niños y niñas con discapacidad de un acceso equitativo a sus escuelas locales, los gobiernos no podrán alcanzar el Objetivo de Desarrollo del Milenio de conquistar la educación primaria universal (ODM 2), y los Estados Parte de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad no podrán cumplir la responsabilidad que les atañe en virtud del artículo 24[62]. En un informe reciente relativo a la Convención sobre los Derechos del Niño se admitía que "los desafíos que enfrentan los niños y niñas con discapacidad en lo concerniente a satisfacer su derecho a la educación continúan siendo complejos", y que constituyen "uno de los grupos más marginados y excluidos en lo que respecta a la educación[63]".

Si bien las convenciones defienden con poderosos argumentos la educación incluyente, en ocasiones también es posible que se empleen erróneamente para justificar una educación segregada. Por ejemplo, puede argüirse que los niños y niñas internados en escuelas especiales disfrutan de su derecho a la "inclusión" en la educación, pese a que se está vulnerando su derecho a que residan con sus familias y formen parte de su propia comunidad.

La educación incluyente comporta la provisión de oportunidades significativas de aprendizaje a todos los estudiantes que integran el sistema escolar normal. Lo idóneo es que permita que los niños y niñas con y sin discapacidad asistan a las mismas clases del grado que corresponda a su edad en una escuela local, con el apoyo individual pertinente según las necesidades. Exige ajustes de índole material –por ejemplo, que haya rampas en lugar de escaleras y que los umbrales de las puertas sean suficientemente amplios para los usuarios de sillas de ruedas–, además de un programa

Estudiantes aprenden matemáticas empleando el método braille, Bengala occidental, la India.
© UNICEF/INDA2009-00026/Khemka

de estudios que se centre en la infancia, incluya representaciones de los diversos tipos de personas que integran la sociedad (no sólo las que padecen discapacidad), y refleje las necesidades de todos los niños y niñas. En las escuelas incluyentes se instruye a los niños y niñas en grupos reducidos, en los que colaboran y se ayudan unos a otros en lugar de competir. No se segrega a los niños y niñas con discapacidad ni en el aula ni durante el almuerzo o el recreo.

Estudios practicados en distintos países revelan que existe una estrecha relación entre pobreza y discapacidad, relación que va ligada a su vez a cuestiones relativas al género, la salud y el empleo[64]. Los niños y niñas con discapacidad a menudo quedan atrapados en un círculo vicioso de pobreza y exclusión: las niñas se convierten, por ejemplo, en cuidadoras de sus hermanos y hermanas más pequeños en lugar de asistir a la escuela, o quizás se estigmatice a toda la familia, haciendo que rehúsen informar de la discapacidad del niño o niña o se nieguen a mostrarle en público[65]. La educación de aquellos que están excluidos o marginados, sin embargo, acarrea la reducción de la pobreza[66].

Los planteamientos incluyentes de la educación han sido ratificados en numerosas ocasiones en todo el mundo, como en la Conferencia Mundial sobre Necesidades Educativas Especiales, celebrada en 1994, y desde 2002 por medio de la iniciativa sobre el derecho a la educación de las personas con discapacidad, enmarcada en el programa mundial de educación para todos[67,68]. Estos métodos no son, en modo alguno, lujos que sólo pueden permitirse las clases privilegiadas o los países de ingresos altos: en todas las regiones del mundo se encuentran ejemplos de inclusión en la educación. A fin de optimizar la capacidad para incluir a los excluidos, en todos los esfuerzos deberían aplicarse los principios del diseño universal a los sistemas y entornos de aprendizaje. Se incluye un ejemplo de esto en el infográfico publicado online en <www.unicef.org/sowc2013>.

Empezar pronto

Los primeros pasos hacia la inclusión se inician en casa durante los primeros años. Si los niños y niñas con discapacidad no reciben el amor, el estímulo sensorial, la atención sanitaria y la inclusión social a la que tienen derecho, pueden perderse hitos importantes en el desarrollo, lo que limitará injustamente sus posibilidades y tendrá importantes implicaciones económicas y sociales para ellos mismos, sus familias y las comunidades en las que viven.

Ashiraff juega con sus amigos en la escuela, en Togo, gracias a que una organización para personas discapacitadas de ámbito local y aliados internacionales le ayudaron a hacer valer su derecho a una educación.
© UNICEF/Togo/2012/Brisno

Los niños y niñas cuya discapacidad o retraso en el crecimiento se detecta a tiempo tienen muchas más posibilidades de alcanzar su pleno potencial. La educación en la primera infancia, ya sea pública, privada o impartida en el seno de la comunidad, debería diseñarse para responder a las necesidades individuales del niño o niña. Los primeros años de la infancia son importantes precisamente porque cerca del 80% de la capacidad cerebral se desarrolla antes de los 3 años, y porque el periodo comprendido entre el nacimiento y la escuela primaria es especialmente propicio para adaptar la educación centrada en el desarrollo a las necesidades del niño o niña. Algunos estudios sugieren que los niños y niñas más desfavorecidos son los que más pueden beneficiarse[69].

La educación en la primera infancia no se limita a la formación preescolar o a la que se imparte en las restantes instituciones de atención infantil: el entorno del hogar desempeña un papel fundamental en lo que concierne a estimular y facilitar el desarrollo del niño o niña. Estudios practicados en Bangladesh,

(continúa en la página 32)

PERSPECTIVA

Mi hijo Hanif

Por Mohammad Absar

Mohammad Absar vive en la aldea de Maddhyam Sonapaha, en la provincia de Mirershorai, Bangladesh. Tiene tres hijos y tres hijas, y mantiene a su familia gracias a un puesto de venta de té.

Mi hijo Hanif tiene nueve años y está en segundo curso. Cuando tenía cuatro años, sufrió una caída mientras jugaba. Comenzó a quejarse de que le dolía la pierna; se le hinchó y se le puso roja. Le llevamos al hospital de Chittagong. Los médicos de allí intentaron salvarle la pierna a Hanif, pero estaba muy infectada y decidieron amputársela.

Después de haber perdido la pierna, los otros niños le atormentaban llamándole "cojo" o "monstruo sin pierna" y le empujaban al suelo cuando intentaba jugar con ellos. Se burlaban también de su hermano, que padece una enfermedad mental. Esto me producía tristeza, y a mi mujer le enojaba mucho. Discutía con las personas que decían cosas malas de sus hijos. En cuanto a Hanif, comenzó a negarse a salir a la calle. Se sentía muy desgraciado.

Las cosas empezaron a mejorar cuando la organización no gubernamental para el progreso de las comunidades pobres de la región comenzó a celebrar reuniones en nuestra zona con el objeto de concienciar acerca de la discapacidad y de animar a las personas a que mantengan una actitud positiva para con los que tienen necesidades especiales.

Un rehabilitador de la organización para el progreso de las comunidades pobres visitó nuestro hogar acompañado de un profesor de la escuela primaria. Nos animaron a matricular a Hanif en la escuela. Dado que la escuela de educación primaria se encuentra a medio kilómetro de nuestra casa, tenía que llevar a mi hijo a la escuela todas las mañanas. Abrí un pequeño puesto junto a la escuela para poder estar ahí y llevarle a casa al final del día. Al principio, Hanif lo pasó muy mal en la escuela. Sus compañeros, al igual que sus amigos del vecindario, se burlaban de él y le insultaban.

Un día, el rehabilitador nos informó de que el Centro sobre Discapacidad durante el Desarrollo, una organización no gubernamental de ámbito nacional radicada en Dhaka, le proveería a mi hijo una pierna artificial. Viajamos a la capital, donde se le colocó a Hanif una prótesis y durante varios días se le enseñó a usarla. También recibió un par de muletas. Su muñón es bastante pequeño, por lo que le resulta un poco difícil subir escaleras. Aparte de eso, ahora ya puede hacer casi todo él solo.

Al principio de colocarle la pierna, la gente no dejaba de mirarle; estaban muy asombrados de verle andar de nuevo. Ni yo mismo imaginé que fuera posible. Algunos de nuestros vecinos venían a visitarnos a casa sólo para ver la prótesis.

Ahora que mi hijo puede caminar de nuevo y participar en todo tipo de actividades, el resto de los niños han dejado de insultarle. Ya no le tiran al suelo. Y ya no tengo que llevar a Hanif a la escuela: va él solo, y a sus compañeros parece que les gusta ir con él. Lo más importante es que Hanif se siente más feliz y más seguro. Su pierna artificial le permite ser independiente, y ya no se siente inferior al resto de los niños. Va mejor en la escuela, y ahora puede disfrutar deportes como el cricket y el fútbol con sus compañeros.

Un rehabilitador ha visitado la escuela de Hanif en varias

Mira a Hanif y verás como con el apoyo y el estímulo adecuado, las personas con discapacidad pueden ser útiles en la sociedad.

ocasiones a fin de celebrar reuniones para concienciar sobre la discapacidad y sobre la importancia de una educación incluyente. El entorno que rodea a Hanif está más adaptado que nunca a las necesidades de las personas con discapacidad. En su escuela hacen todo lo posible por satisfacer sus necesidades. Por ejemplo, como Hanif tiene problemas para subir escaleras y una de sus clases iba a impartirse en la 1ª planta, el director de la escuela accedió a trasladarla al piso bajo para que a Hanif le fuera más fácil asistir.

En la escuela, Hanif disfruta pintando. Fuera de la escuela y en los recreos, le encanta jugar. Cuando sea mayor quiere ser profesor, como sus maestros e ídolos, el Sr. Arup y el Sr. Shapan. Ellos quieren mucho a Hanif y le apoyan en todo lo que pueden. Dado que nuestra familia es muy pobre, el Centro de Discapacidad durante el Desarrollo sufraga el coste de la pierna artificial de mi hijo y los gastos asociados, por medio del proyecto conocido como "Derechos para las personas con discapacidad", que auspicia la Fundación Manusher Jonno. Si Hanif tiene algún problema con la prótesis, los rehabilitadores vienen a casa y lo solucionan. Le han tenido que ajustar la pierna a medida que Hanif ha ido creciendo.

Hanif recibe también un sueldo de 300 takas bangladesís cada mes del departamento de servicios sociales de nuestro distrito. Yo le llevo al banco de nuestra localidad a cobrar su subvención. Hanif necesitará apoyo adicional para asegurar que puede proseguir con su educación de forma ininterrumpida.

Ante todo, deseo que mi hijo tenga una buena educación. La educación le dotará de los medios necesarios y le orientará para que pueda construirse una vida útil. Creo que lo mejor para Hanif sería un trabajo de oficina, para que no tenga que andar o estar de pie mucho tiempo. Quizás pueda trabajar con una organización como el centro sobre discapacidad en el desarrollo, donde el entorno es muy propicio para las personas con discapacidad. He conocido a personas con distintas discapacidades que trabajaban allí. Un entorno así permitiría a mi hijo dar lo mejor de sí en el trabajo y a la vez asegurarse una posición honrada. Quizás se convierta en un ejemplo: mira a Hanif y verás cómo, con el apoyo y el estímulo adecuado, las personas con discapacidad pueden ser útiles en la sociedad.

Hanif participa en clase. © Centre for Disability in Development

(viene de la página 29)

China, India y Sudáfrica han demostrado que una interacción más profusa entre la madre y el hijo y el aumento de actividades orientadas al crecimiento favorecen el desarrollo cognitivo de los niños y niñas de corta edad en una variedad de entornos, desde el hogar al centro de salud[70, 71, 72, 73, 74].

No debemos permitir que los prejuicios arraigados y las bajas expectativas respecto de los niños y niñas con discapacidad obstaculicen su desarrollo en la primera infancia. Es evidente que con el apoyo de la familia y la comunidad desde los primeros días de vida, los niños y niñas con discapacidad tienen más posibilidades de sacar el máximo provecho de sus años escolares y de prepararse para la vida adulta.

Trabajar con los maestros

Los profesores son un –o quizás *el*– elemento clave en el entorno de aprendizaje de los niños y niñas, de modo que es importante que comprendan bien qué es la educación incluyente y que se comprometan en serio a enseñar a todos los niños y niñas.

Sin embargo, a menudo los maestros carecen de la preparación y de la ayuda necesarias para enseñar a los niños y niñas con discapacidad en escuelas corrientes. Esta es una de las causas de que en muchos países, los educadores se muestren reacios a apoyar la inclusión de niños y niñas con discapacidad en sus clases[75]. Por ejemplo, un informe referido a los futuros maestros de educación especial que se llevó a cabo en Israel revelaba que sostenían ideas preconcebidas y poco beneficiosas acerca de las personas con discapacidad, y que algunos discriminaban entre distintos tipos de discapacidad[76]. Los recursos destinados a los niños y niñas con discapacidad suelen asignarse más a escuelas segregadas que a un sistema de educación oficial incluyente. Esto puede resultar costoso e inadecuado: en Bulgaria, la dotación por cada niño o niña al que se educa en un colegio especial puede ser hasta tres veces mayor que la correspondiente a un niño o niña similar en una escuela normal[77].

Un análisis referido a la situación de los niños y niñas con discapacidades intelectuales realizado en 22 países europeos destacaba como principal motivo de preocupación la falta de formación de los profesores normales para tratar con niños y niñas con discapacidad. La mayoría de las veces eran trabajadores auxiliares (en lugar de profesores titulados), quienes se encargaban de enseñar a estos estudiantes. La formación de profesores ha demostrado ser útil para promover el compromiso con la inclusión. Un estudio practicado en 2003 concluía que los directores de escuela que habían participado en cursos sobre discapacidad manifestaban actitudes más incluyentes. Y cambiar las actitudes beneficia a los estudiantes: las opiniones positivas acerca de la inclusión se transforman en colocaciones menos restrictivas para estudiantes concretos con discapacidad[78]. Otro estudio realizado en 2001 concluía que impartir cursos sobre la inclusión a quienes se preparan para ser maestros es un método eficaz para impulsar cambios en su actitud y lograr que favorezcan la inclusión en las aulas de los niños y niñas con discapacidad leve[79].

La mayor oportunidad parecen ofrecerla los profesores que acaban de comenzar en la profesión. En una evaluación sistemática de los estudios existentes en relación a países tan diversos como China, Chipre, India, República de Corea, República Islámica del Irán, el Estado de Palestina, Emiratos Árabes Unidos y Zimbabwe, se concluía que los profesores con menos experiencia docente mantenían unas actitudes más positivas que aquellos que llevaban más tiempo en el oficio. Los profesores que habían recibido formación sobre educación incluyente presentaban actitudes más positivas que los que no habían recibido ninguna, y los que tenían las actitudes más positivas eran aquellos que habían vivido experiencias reales de inclusión[80].

Sin embargo, en la formación previa al empleo rara vez se prepara a los maestros para practicar una enseñanza incluyente. Y cuando esta formación existe, la calidad es variable. Si bien existen múltiples herramientas, no siempre están orientadas a contextos específicos, por lo que muchas veces incluyen conceptos foráneos. El aprendizaje en grupo es un ejemplo. Los profesores reaccionaban de forma adversa ante imágenes de niños y niñas con y sin discapacidad sentados en grupo, porque esto difiere del modo en que los estudiantes interactúan en aulas más tradicionales[81].

Otro desafío es la falta de diversidad entre el personal docente. No es frecuente hallar profesores discapacitados, y en algunos entornos existen obstáculos

considerables para que los adultos con discapacidad se conviertan en profesores. En Camboya, por ejemplo, la ley decreta que los profesores deben estar "exentos de discapacidades[82]".

Las alianzas con la sociedad civil aportan ejemplos alentadores para mejorar la diversidad y la formación de los profesores. En Bangladesh, el centro sobre discapacidad en el desarrollo, una organización no gubernamental, emplea a un grupo de formadores en educación incluyente para que impartan durante el año escolar sesiones formativas de 10 días de duración en 20 escuelas simultáneamente[83]. Muchos de los formadores del centro sobre discapacidad en el desarrollo tienen una discapacidad visual o de otro tipo, siendo un ejemplo a seguir para los profesores y estudiantes, con y sin discapacidad. Y en Mozambique, la organización no gubernamental Ajuda de Desenvolvimento de Povo para Povo ha colaborado estrechamente con la organización nacional de personas discapacitadas, conocida como ADEMO, ofreciendo instrucción a los alumnos que son maestros y trabajan con niños y niñas con discapacidad, y formando a alumnos que estudian para ser maestros y tienen una discapacidad[84].

Los docentes suelen trabajar de forma aislada, lo que significa que por lo general no suelen contar con ninguna ayuda en el aula, y a menudo trabajan bajo presión para cumplir con un programa apretado que se les impone desde arriba. La educación incluyente exige un enfoque flexible en lo que concierne a la organización escolar, la creación de los planes de estudio y la valoración de los alumnos. Esta flexibilidad permitiría crear una pedagogía más incluyente, pasando así de un método en el que el profesor es el eje central a un enfoque que se centre en el niño o niña, y que abarque distintos estilos de aprendizaje.

Es preciso que los maestros puedan solicitar la ayuda profesional de colegas más veteranos y experimentados en el trato con niños y niñas con discapacidad, en especial los niños y niñas con impedimentos sensoriales o motores. Por ejemplo, podrían recibir asesoramiento de especialistas acerca del uso del lenguaje braille o la enseñanza con ordenadores[85]. Cuando dichos especialistas sean relativamente pocos, pueden desplazarse entre las escuelas según las necesidades. En zonas de ingresos bajos como África subsahariana, es posible que apenas haya de estos profesores especialistas itinerantes, lo que representa una oportunidad para que los proveedores de ayuda financiera y técnica presten el apoyo pertinente, desde el ámbito internacional hasta la esfera local[86].

Incorporar a los progenitores, las comunidades y los niños y niñas

Los programas de educación incluyente que se centran sólo en los procedimientos de las aulas están desaprovechando el potencial de los progenitores de contribuir a la educación incluyente, y además no son útiles para evitar violaciones como el confinamiento de los niños y niñas con discapacidad en estancias separadas.

Los progenitores pueden cumplir numerosas funciones importantes, como proveer transporte accesible, concienciar a la sociedad, participar en organizaciones de la sociedad civil y coordinar las funciones con el sector sanitario, a fin de que los niños y niñas dispongan de los materiales y el apoyo adecuados, y con los sectores sociales para que puedan disponer de becas y préstamos para

(continúa en la página 36)

Unos niños juegan al fútbol en el Centro Nimba, Conakry, Guinea. En este centro se imparte formación a personas con discapacidades físicas. © UNICEF/HQ2010-1196/Asselin

PERSPECTIVA

El nuevo concepto de normalidad

Por Claire Halford

Claire Halford vive en Melbourne, Australia, con su pareja y sus dos hijos. Trabajó en moda y artes visuales antes de convertirse en cuidadora a tiempo completo de su hijo Owen.

Todas las mujeres esperan tener un hijo sano cuando están embarazadas. Cuando nos preguntan, ¿qué va a ser?, los futuros progenitores responden, "Oh, si está sano, eso es lo de menos".

Recuerdo la etapa del primer trimestre de embarazo con mi primogénito, Owen. Le dije a la matrona que había dejado de fumar y de beber, que comía siguiendo una dieta sana, hacía ejercicio moderado y me sentía muy bien por llevar a un bebé en mi seno. "Eso es estupendo", me dijo en tono reconfortante. "Después de todo, qué puede ir mal tratándose de una mujer sana en un país del primer mundo y con atención médica profesional?". Poco sabía yo que en apenas seis meses iba a enterarme exactamente de lo que podría ir mal.

El alumbramiento de mi hijo, a los 9 meses, fue en extremo traumático. Cuando por fin llegó al mundo, le costaba respirar. Su cerebro sufrió falta de oxígeno. Se le reanimó y recibió ventilación asistida, de modo que durante dos semanas estuvo alternando entre la unidad de cuidados intensivos y la de cuidados especiales. Tuvo su primer ataque cuando aún tenía un día. La epilepsia era una invasión constante en nuestras vidas, todo el día, cada día, hasta que cumplió los dos años.

Mi hijo fue diagnosticado con parálisis cerebral a los cinco meses. Parálisis cerebral es un término genérico que se emplea para designar una lesión cerebral que puede producirse en el útero, durante el alumbramiento o en los primeros años de vida. En Australia, la parálisis cerebral es la causa más habitual de discapacidad física en la infancia, y es una discapacidad que afecta a niños y niñas de todos los países, tanto ricos como pobres. Es una dolencia que afecta principalmente a los músculos y al sistema motor. Owen padece de una parálisis cerebral grave. No puede sentarse, ni darse la vuelta, ni andar ni hablar.

Tras el diagnóstico, nos llegaban cartas de los médicos por correo casi todas las semanas. Las primeras cartas nos presentaban una realidad atroz y empleaban términos médicos como "cuadriplejia espástica", "incapacidad visual cortical" y "retraso global en el desarrollo", que nos resultaban completamente extraños. Todas las búsquedas en línea acaban en un "pronóstico pesimista".

En aquellos primeros días, la única luz que brillaba en toda esta desesperante oscuridad era la maravillosa personalidad de Owen, su risa contagiosa, su evidente relación con el mundo que le rodeaba y su hermoso aspecto físico, que iba emergiendo.

El primer año fue muy difícil. El enojo –que no la ira– y la decepción, el dolor, la soledad y la desilusión acechaban en cada esquina. Tal como la matrona había dicho, esto no debía haberme sucedido a mí, ni a él, ni a nosotros. ¡Era una equivocación! Nuestras amistades y familiares eran incapaces de decir o hacer nada bien, así que buscamos a otras personas en una situación similar, por medio de grupos de apoyo de la zona o a través de internet.

En torno a la fecha en que Owen fue diagnosticado, recibí una llamada de la universidad en la que solía trabajar, preguntándome si me gustaría volver a enseñar dibujo y diseño a tiempo parcial. Este empleo me habría permitido abandonar el mercado minorista, algo bueno para mí de haberlo podido aceptar. Pero lo rechacé, porque yo ya tenía un nuevo trabajo: ahora era una cuidadora a tiempo completo.

Resultó que Owen tenía ataques intratables que no respondían a la medicación antiepiléptica. Así

que cuando sólo tenía dos años, le pusimos a régimen siguiendo una dieta médica indicada contra la epilepsia. La dieta ketogénica es una dieta estrictamente alta en grasas y baja en carbohidratos. Por un extraño e inesperado golpe del destino, surtió efecto: mi pobre hijo, que tanto había sufrido, pasó de tener hasta 200 ataques en un día a casi ninguno en los tres primeros meses. Ha estado prácticamente libre de ataques desde entonces.

Mi pareja y yo tuvimos otro hijo después, un bebé sano al que queremos tanto como a Owen. Él nos ha permitido tener una nueva perspectiva de la vida. Nuestra vida familiar ha acabado por ser lo que nos define. La conexión que compartimos nos hace más fuertes: para nosotros, nuestro estilo de vida es normal, no paramos. Es normal tener que atravesar la ciudad para acudir a fisioterapia varias veces por semana; es normal transportar materiales pesados como armazones de soporte y asientos de baño de una habitación a otra todos los días. Nos conocemos el hospital infantil como la palma de la mano y tenemos amistad con muchos de los mejores especialistas pediátricos.

Me denomino a mí misma la "asistente personal" de mi hijo, porque tiene una lista interminable de formularios de financiación, cuestionarios, citas médicas, sesiones de terapia, revisiones y análisis de sangre. Yo me encargo de casi todo lo que concierne a su cuidado personal como, por ejemplo, la alimentación y el baño. Mi pareja ayuda cuando puede, pues tiene que trabajar muchas horas para que podamos mantenernos a flote económicamente, para que yo pueda cuidar de Owen y tengamos una vida confortable. Los fines de semana procuramos estar ocupados, haciendo cosas en familia, como visitar el mercado agrícola, ir a un restaurante vietnamita o a ver una película para niños. Owen tiene una vida bastante divertida y ajetreada para un niño de cinco años. Pero aunque las cosas vayan bien ahora, le queda un largo y difícil camino por recorrer.

Tenemos la esperanza de matricular a Owen en una escuela corriente, con ayuda del Centro para la Educación de Afectados por Parálisis Cerebral, un programa de intervención precoz. Desde que empezó a ir a este centro, Owen ha mostrado una notable mejoría en su capacidad para comunicarse y moverse. También asiste a actividades en la Asociación de Equitación para Personas con Discapacidad, que a los dos nos encanta. A lo largo de los años hemos invertido mucho dinero y tiempo en terapias y servicios; algunos de ellos buenos, otros no tanto. Vamos aprendiendo sobre la marcha, y cada vez se nos da mejor tomar decisiones prácticas, sin dejarnos llevar por las emociones. Aunque sigue siendo difícil; siempre estoy peleando o esperando algo que él necesita con urgencia, a veces durante años.

Las batallas más difíciles son las que tienen que ver con la manera en que los demás perciben a Owen. Yo sólo quiero que le traten y le hablen como a cualquier niño, pero también quiero que reciba atención especial y que las personas sean más pacientes. Quiero que mis amigos y mi familia le ayuden y se impliquen más con él. Muchos de ellos tienden a fijarse más en cómo estoy yo o en otros aspectos menos desafiantes, que en los verdaderos problemas de Owen. También para ellos es difícil, con todo lo que ha ocurrido. A veces pienso que tenía que haber venido con un manual de instrucciones.

Alguna vez he sentido que aquellas cosas que me definían antes de convertirme en cuidadora –el trabajo, mis intereses creativos y mi vida social– se me han esfumado con tanto dolor y tanto agotamiento. Las más de las veces, sin embargo, siento que antes de nacer Owen, mi vida era superficial en comparación. Convertirme en cuidadora de mi propio hijo ha resultado ser una experiencia abrumadoramente profunda y gozosa. Celebramos los pequeños logros con ferviente entusiasmo, y mis expectativas acerca de lo que es el éxito se hicieron añicos para volver a configurarse en algo hermosamente sencillo: cuando Owen logra permanecer sentado sin ayuda durante cinco segundos, o, cuando ve los juegos paralímpicos en la televisión y escuchamos las expresiones "parálisis cerebral" y "campeón" en una misma frase. El tener que ocuparme de Owen me ha hecho crecer, sobre todo, tal vez, en mi capacidad de empatía.

He aprendido que con independencia de lo que un niño o niña pueda hacer, siempre tendrá una identidad y un carácter que dejarán un impronta particular en este mundo. Si queremos llegar a ser una sociedad ilustrada, debemos creer y estimular. Sólo entonces podrán esos niños y niñas que padecen limitaciones tan difíciles crecer. Y entonces podremos comprender que las cosas que "van mal" a veces son sólo diferentes, y otras veces, asombrosas.

(viene de la página 33)

mitigar la pobreza. En numerosos países, las escuelas cuentan con comités comunitarios que encabezan una serie de actividades cuyo fin es promover la inclusión. Por ejemplo, en Viet Nam, los comités directivos comunitarios han participado en iniciativas de activismo, de formación a escala local, de instalación de materiales de apoyo, de prestación de ayuda económica y de creación de entornos accesibles[87]. Es importante que los progenitores y los miembros de la comunidad sean conscientes de que tienen aportaciones que hacer y de que dichas aportaciones se aprovechan.

Pese a que la importancia de la participación y el carácter instrumental del niño están bien documentados, no acaban de integrarse en las estructuras existentes ni en el sistema educativo. Esto afecta a todos los niños y niñas, con o sin discapacidad: pocos son los que participan en la toma de decisiones sobre sus vidas. Implicar a los niños y niñas con discapacidad en dichas decisiones puede ser un enorme desafío, debido, sobre todo, a ideas y conductas muy arraigadas que hacen que se les perciba como víctimas pasivas. Tal como señalaba el informe de 2011 del Secretario General sobre la situación de la Convención sobre los Derechos del Niño, "Sigue siendo difícil para los niños con discapacidad lograr que se escuche su voz. Iniciativas tales como los consejos escolares y los parlamentos infantiles, los procesos consultivos para solicitar la opinión de los niños, así como los procedimientos judiciales, no aseguran por lo general la inclusión de los niños con discapacidad, ni reconocen su capacidad para la participación[88]".

El recurso más infrautilizado en las escuelas y comunidades de todo el mundo son los propios niños y niñas. El Child-to-Child Trust de Reino Unido lleva muchos años trabajando para promover la implicación de la infancia en la educación sobre la salud y, en algunos países, este método se ha empleado con buenos resultados en el marco de programas de educación incluyente y rehabilitación de ámbito comunitario[89]. En la investigación participativa, por ejemplo, los niños y niñas suelen destacar la importancia de un entorno limpio y de unos retretes higiénicos, y para los niños y niñas con discapacidad son cruciales los aspectos de la intimidad y la accesibilidad[90]. Es razonable pensar que los niños y niñas con discapacidad puedan y deban orientar y evaluar los esfuerzos con los que se busca promover la accesibilidad y la inclusión. Después de todo, ¿quién mejor que ellos para entender cómo se produce la exclusión y qué repercusiones tiene?

Esferas de responsabilidad

Como ocurre en otros campos de actuación, resultará más fácil la puesta en práctica de las aspiraciones relativas a la educación incluyente si los gobiernos y los aliados tienen claro quién debe hacer qué, de qué manera, y a quién deben informar. De lo contrario, la promesa de inclusión corre el riesgo de quedarse en meras palabras.

En un estudio de los países participantes en lo que antaño se llamó "Iniciativa acelerada de educación para todos", conocida ahora como "Alianza mundial para la educación", se llegó a la siguiente conclusión: "una serie de países respaldados por la iniciativa acelerada de educación para todos, en concreto aquellos que se aproximan a la educación primaria universal, cuentan actualmente con planes del sector educativo de alcance nacional en los que se aborda la inclusión de los niños y niñas con discapacidad. […] No obstante, en una serie de países, las políticas y provisiones referidas a los niños y niñas con discapacidad siguen siendo superficiales o no se han puesto en práctica[91]". El informe revela que en el caso de cinco países respaldados por la iniciativa acelerada de educación, ni siquiera se hace mención de los niños y niñas con discapacidad.

En ocasiones, el problema reside en la pluralidad o la falta de claridad de los mandatos: en el caso de Bangladesh, reina cierta confusión sobre cuáles son los ministerios responsables de los niños y niñas con discapacidad en edad escolar. El mandato para la ejecución del programa de educación para todos recae en los Ministerios de Educación y Educación Primaria y Colectiva, pero es el Ministerio de Bienestar Social el que gestiona la educación de los niños y niñas con discapacidad, considerándola más como una cuestión de beneficencia que como un asunto de derechos humanos[92]. Desde 2002, por medio del programa de educación para el desarrollo, que depende del Ministerio de Educación, se ha incluido en la educación primaria a los niños y niñas con discapacidad y a los que tienen necesidades educativas especiales[93]. Pero sigue siendo

el Ministerio de Bienestar Social el que gestiona la provisión educativa integral a los niños y niñas con impedimentos visuales, y dirige las escuelas primarias para niños y niñas con impedimentos auditivos, visuales o intelectuales[94].

Se debería exhortar a los ministerios de educación a que asuman la responsabilidad de todos los niños y niñas en edad escolar. La colaboración coordinada con aliados y partes interesadas puede cumplir una importante función auxiliar en este proceso. En Bangladesh, el foro nacional de organizaciones que trabajan con las personas discapacitadas promueve la cooperación entre el Gobierno y las organizaciones no gubernamentales, y ha sido fundamental para alentar una mayor inclusión educativa y lograr que la responsabilidad ministerial se desplace gradualmente desde el Ministerio de Bienestar Social al de Educación. Como consecuencia de ello, la campaña para la educación popular, una red de ámbito nacional, y el Comité de fomento rural de Bangladesh, una organización no gubernamental consagrada a alcanzar la educación para todos y la reducción de la pobreza, incluyen ahora en sus escuelas a estudiantes con discapacidad.

La exclusión priva a los niños y niñas con discapacidad de los beneficios de la educación a lo largo de la vida: un mejor trabajo, seguridad social y económica y oportunidades para participar plenamente en la sociedad. En cambio, lo cierto es que invertir en la educación de los niños y niñas con discapacidad puede contribuir a su eficiencia en el futuro como miembros de la población activa, ya que el potencial de ingresos de una persona puede aumentar hasta en un 10% por cada año de escolarización adicional[95]. Pero, además, la educación incluyente puede también reducir dependencias presentes y futuras, ya que al eximir a otros miembros de la familia de algunas de sus responsabilidades relativas al cuidado, les permite retomar una actividad económica o simplemente descansar[96].

La alfabetización básica también puede conllevar una mejora de la salud: un bebé nacido de una madre que sepa leer tiene un 50% más de probabilidades de sobrevivir pasados los 5 años[97]. La educación materna deficiente se ha vinculado con unos mayores índices de retraso en el crecimiento entre niños y niñas de los barrios de tugurios de Kenya, los asentamientos de la etnia romaní en Serbia, y

Lectura en braille en una escuela de Uganda.
© UNICEF/UGDA2012-00112/Sibiloni

en Camboya[98, 99,100]. La mejora en la educación de los progenitores bangladesíes trajo consigo una disminución del riesgo de retraso en el crecimiento de su progenie de hasta un 5,4% (4,6% con respecto a las madres y entre el 2,9 y el 5,4% con respecto a los padres), y gracias al aumento en el nivel educativo de los progenitores indonesios se logró una disminución de las probabilidades de padecer retraso en el crecimiento de hasta el 5% (entre el 4,4% y el 5% con respecto a las madres, y el 3% con respecto a los padres)[101].

La educación es al tiempo un instrumento útil y un derecho, cuyo propósito, tal como declara la Convención sobre los Derechos del Niño, es "desarrollar la personalidad, las aptitudes y la capacidad mental y física del niño hasta el máximo de sus posibilidades[102]".

PERSPECTIVA

Acomodar, adaptar y potenciar

Por Yahia J. Elziq

Yahia J. Elziq es asesor técnico de Handicap International de Ramallah, Estado de Palestina.

Saja tenía 7 años cuando la conocí.

En aquel entonces yo trabajaba en uno de los tres centros nacionales de rehabilitación de la Ribera Occidental como terapeuta ocupacional. Aunque este centro no está preparado para tratar las necesidades y exigencias de una niña como Saja, que padece de parálisis cerebral, sí podíamos darle sesiones de terapia para evitar que su estado se deteriorara. Los dos principales obstáculos que siguen impidiendo su acceso a una rehabilitación adecuada son la falta de mecanismos de remisión y coordinación entre los servicios de la Ribera Occidental, y las restricciones al movimiento que se imponen a los palestinos bajo la ocupación. El centro de rehabilitación especializada para este tipo de dolencias se encuentra en Jerusalén Este, pero a la familia de Saja se le denegó el permiso para entrar en la ciudad.

Además, los niños y niñas con discapacidad que viven en la Ribera Occidental, al igual que en otros lugares, se enfrentan a una carencia generalizada de conocimientos y habilidades en lo que concierne a la discapacidad, tanto en el sector público como en el privado. Han de combatir también las opiniones dominantes que consideran a las personas con discapacidad como dignas de lástima y merecedoras de caridad, pero no como seres individuales que poseen los mismos intereses y derechos que los demás y que pueden aportar –y de hecho aportan– algo a la sociedad.

En este contexto, Saja ha tenido suerte. Tras una extensa evaluación, nuestro equipo elaboró un plan destinado a favorecer y mejorar su participación en la comunidad. La prioridad para ella y su familia era lograr matricularla en una escuela corriente. Sin embargo, para que Saja pudiera asistir a una escuela corriente era necesario que se efectuaran varios cambios en el entorno; por ejemplo, las instalaciones debían ser físicamente accesibles, y ella necesitaría una silla de ruedas adecuada. La plena colaboración de su familia, la escuela y la comunidad eran imperativos absolutos. Saja necesitaba actividades integrales que implicaban la participación de diversas partes interesadas, empezando por sus propios progenitores, que tendían a emplear los recursos existentes en favor de su hermano, que padecía la misma enfermedad, con lo que la privaban a ella de la

Saja me abrió los ojos a mi propia capacidad de ajustarme y adaptarme como profesional, así como al efecto positivo que los terapeutas profesionales podemos tener cuando adoptamos actitudes que potencian.

oportunidad de desarrollar todas sus posibilidades.

La falta de una política nacional adecuada hacía muy difícil abordar todas estas cuestiones. Por ejemplo, no existe un programa de educación incluyente para los niños y niñas con discapacidad, y las políticas que tienen en cuenta la discapacidad no son prioritarias para los responsables de la toma de decisiones. Así pues, la suerte de los niños y niñas con discapacidad depende en una gran medida de que los miembros de la comunidad quieran reconocer que estos niños y niñas poseen los mismos derechos que el resto de la infancia. Cuando estos derechos se reconozcan, podrán resolverse muchos problemas, a menudo simplemente movilizando recursos ya existentes en las comunidades.

Por fortuna, en el caso de Saja, las negociaciones con el director de la escuela dieron su fruto y se trasladó su aula del segundo piso al primero. Los maestros aceptaron la idea de tenerla en su clase. Por medio de nuestras propias redes de contactos profesionales y personales, logramos encontrar una silla de ruedas adecuada para ella, y gracias a algunos médicos y a un centro de salud de la zona, su familia pudo encontrar tratamiento para mejorarle la vista. Los trabajadores sociales ayudaron a su familia a cobrar conciencia de la situación particular de Saja, y un psicólogo la ayudó a superar su experiencia de ser discriminada.

La situación de Saja mejoró notablemente a lo largo de tan sólo dos años, al abordarse algunos de sus problemas de salud: mejoró su movilidad, su autoestima y su confianza en sí misma, además de sus interacciones sociales, sus conocimientos y sus aptitudes para la vida. Como persona, me hacía muy feliz ver cómo había progresado Saja; como rehabilitador, resultaba muy gratificante.

Saja me abrió los ojos a mi propia capacidad de ajustarme y adaptarme como profesional, así como al efecto positivo que los terapeutas profesionales podemos tener cuando adoptamos actitudes que potencian. Lo que es más, me ayudó a entender el valor y la importancia de adoptar una visión holística de cada niño o niña, y de aplicar un método integral cuando trabajamos con personas discapacitadas y sus comunidades. Esta es la única forma de asegurar que los niños y niñas con discapacidad puedan tener las mismas oportunidades que los demás niños y niñas de participar en la vida de la comunidad.

Quiero compartir este descubrimiento con los responsables de la formulación de políticas a fin de que puedan dar un enfoque más potenciador y holístico a su trabajo. Unas buenas políticas –formuladas con la participación de los niños y niñas con discapacidad y de organizaciones de personas con discapacidad, y aplicadas debidamente– contribuirán a asegurar que cuando nos llegue la próxima Saja, ella y su familia sabrán cuáles son sus derechos y qué es lo que puede esperar lograr, que no es sino lo que cualquier otra niña de su edad y de su comunidad podría esperar. Este es el mensaje que nos ofrecen la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención sobre los Derechos del Niño, y que queremos promover cada día.

Una maestra con capacitación en educación incluyente supervisa a Sok Chea, un niño de cinco años ciego y sordo, en un centro preescolar de Camboya. © UNICEF/Cambodia/2011/Mufel

ELEMENTOS ESENCIALES DE LA PROTECCIÓN

Los niños y niñas con discapacidad figuran entre los miembros más vulnerables de la sociedad. Son los que más pueden beneficiarse de las medidas orientadas a incluirles, a protegerles contra los malos tratos y a asegurar su acceso a la justicia.

Obtener protección puede resultar un particular desafío para los niños y niñas con discapacidad. En las sociedades en que se estigmatiza a estos niños y niñas y se expone a sus familias a la exclusión social o económica, muchos niños y niñas con discapacidad no pueden ni siquiera obtener un documento de identidad. Sus nacimientos quedan sin registrar, quizás porque no se espera que sobrevivan, porque sus progenitores no desean admitirles, o por temor de que drenen los recursos públicos[103]. Esto constituye una violación flagrante de los derechos humanos de estos niños y niñas y una barrera fundamental a su participación en la sociedad. Puede condenarles a la invisibilidad e incrementar su vulnerabilidad a las múltiples formas de explotación que dimanan del hecho de no tener una identidad oficial.

Los Estados Parte de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se han arrogado la obligación firme de garantizar una protección jurídica eficaz para los niños y niñas con discapacidad. Han abrazado, asimismo, el principio de la "acomodación razonable", que exige que se realicen las adaptaciones necesarias y adecuadas para que los niños y niñas con discapacidad puedan disfrutar de sus derechos en condición de igualdad con los demás. Para que la legislación resultante y los esfuerzos por cambiar las normas sociales discriminatorias sean válidos, es también necesario asegurar que las leyes se ejecuten y que los niños y niñas con discapacidad estén informados de su derecho a que se les proteja de la discriminación y de cómo pueden hacer valer este derecho. La instauración de sistemas separados para los niños y niñas con discapacidad sería inadecuada. Al igual que ocurre con otros aspectos de la vida y la sociedad a los que alude este informe, la meta es la equidad por medio de la inclusión.

Malos tratos y violencia

La exclusión y la discriminación contra los niños y niñas con discapacidad les hacen desmedidamente vulnerables a la violencia, al abandono y a los malos tratos. Estudios procedentes de los Estados Unidos revelan que los niños y niñas con discapacidad en edad preescolar o más jóvenes tienen más probabilidades de padecer malos tratos que sus compañeros no discapacitados[104]. La conclusión de una encuesta nacional sobre adultos sordos practicada en Noruega era que las niñas tenían el doble de probabilidades de sufrir abusos sexuales, y los niños, tres veces más probabilidades que sus compañeros no discapacitados[105]. Se ha demostrado que los niños y niñas que ya sufren estigmatización y aislamiento son más proclives a padecer malos tratos físicos.

Algunas formas de violencia se dan sólo con los niños y niñas con discapacidad. Es posible, por ejemplo, que sufran violencia bajo la forma de un tratamiento orientado a modificar su conducta, como, por ejemplo, la electroconvulsión, la terapia con fármacos o el electroshock[106]. Las niñas con discapacidad son objeto de malos tratos específicos, ya que en muchos países se las somete a una esterilización forzosa o se les obliga a abortar[107]. Se argumenta en defensa de estos procedimientos que evitan la menstruación o los embarazos

no deseados, o incluso en ocasiones se alega una noción equivocada de "protección de la infancia", dada la mayor vulnerabilidad de las niñas discapacitadas a sufrir abusos sexuales y violación[108]. A comienzos de 2013, la Organización Mundial de la Salud elaboraba ya unas directrices orientadas a combatir la vulneración de derechos humanos que constituye la esterilización forzosa.

Instituciones y atención deficiente

En muchos países se sigue ingresando a los niños y niñas con discapacidad en instituciones que no suelen dar la atención individualizada que los niños y niñas precisan para desarrollarse plenamente. La calidad de los servicios educativos, de atención sanitaria y de rehabilitación en las instituciones es a menudo insuficiente, porque carecen de normas referidas a la atención apropiada de los niños y niñas con discapacidad, o, si éstas existen, porque no se exige ni se supervisa su cumplimiento.

La Convención sobre los Derechos del Niño estipula que los niños y niñas con discapacidad tienen el derecho a recibir el cuidado de sus progenitores (artículo 7) y a que no se les separe de ellos salvo que una autoridad competente así lo disponga por considerarlo en el mejor interés del niño o niña (artículo 9). La Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad corrobora esta idea en su artículo 23, que prevé que en aquellos casos en que los familiares directos no puedan cuidar de un niño o niña con discapacidad, los Estados Parte deberán adoptar todas las medidas posibles para proveer atención alternativa en la comunidad o en la familia ampliada.

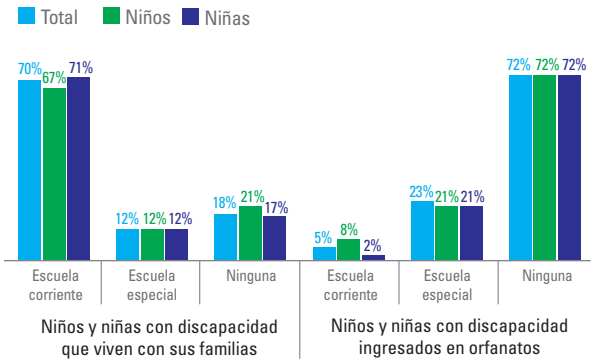
En muchos países, las familias de acogida son una forma habitual de atención alternativa. Las familias de acogida pueden ser renuentes a asumir el cuidado de un niño o niña con discapacidad debido a la carga adicional de dedicación y a las exigencias físicas y psicológicas que supone. Las organizaciones encargadas de la colocación de niños y niñas en familias pueden animar a las familias a que consideren la posibilidad de acoger a un niño o niña con discapacidad, y ofrecerles el apoyo y la formación adecuados.

Cuando las autoridades han llegado a percatarse de los peligros que comporta la atención en instituciones y han comenzado a devolver a los niños y niñas con sus familias o comunidades, los niños y niñas con discapacidad han sido de los últimos en salir de las instituciones y en ser transferidos

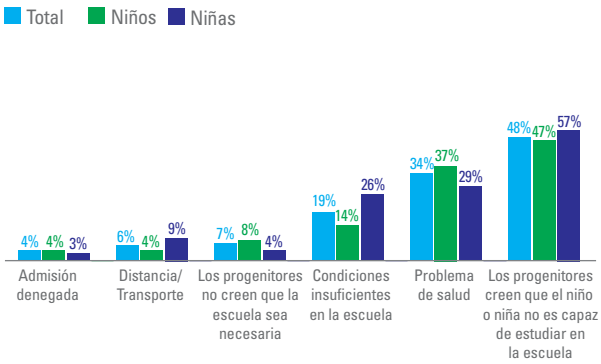
Niños y niñas con discapacidad y la educación secundaria

▸*Armenia, 2011*

Los niños y niñas con discapacidad que viven con sus familias por lo general reciben su educación secundaria en escuelas corrientes. Los niños y niñas con discapacidad que viven en orfanatos no suelen recibir ningún tipo de educación secundaria.



La principal razón de que los niños y niñas con discapacidad que viven con sus familias no asistan a la escuela es que sus progenitores no creen que sean capaces de estudiar en la escuela.



Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de la República de Armenia y UNICEF, *It's About Inclusion: Access to education, health and social protection services for children with disabilities in Armenia*. UNICEF/Yerevan, 2012. <http://www.unicef.org/ceecis/UNICEF_Disability_Report_ENG_small.pdf>.

Tamaño de las muestras: 5.707 niños y niñas en total; 5.322 niños y niñas con discapacidad bajo el cuidado de familias 385 niños y niñas con discapacidad ingresados en orfanatos. Edades: Muestra total: 0–18 años. Preguntas referidas a la educación secundaria: de 6 a18 años.

a otra atención alternativa. En numerosos países de ECE/CEI se están aplicando reformas a la atención en instituciones y transfiriendo a los niños y niñas desde las grandes instalaciones a hogares de acogida más pequeños, con atenciones análogas al cuidado familiar. En Serbia, por ejemplo, se iniciaron reformas de gran alcance en 2001 que dieron prioridad a la desinstitucionalización, y se fomentó la colocación en hogares de acogida, una opción frecuente en el país. Se aprobó una nueva ley de la familia y se estableció un fondo de apoyo para la creación de servicios sociales de ámbito comunitario. Pese a los avances logrados, una evaluación más minuciosa reveló que la egresión de los niños y niñas no discapacitados de las instituciones se había producido a un ritmo mucho más intenso que la de los niños y niñas con discapacidad, de los cuales cerca del 70% habían ingresado directamente desde una sala de maternidad. Esta revelación puso de manifiesto la importancia de asegurar que las reformas se diseñen y se apliquen de manera que todos los niños y niñas, sin exclusión, se beneficien de ellas, y ha dado origen desde entonces a un compromiso renovado con la desinstitucionalización[109].

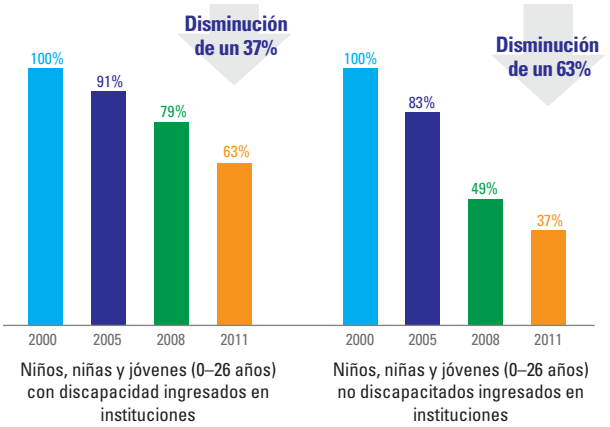
Justicia incluyente

La responsabilidad de un Estado de proteger los derechos de todos los niños y niñas bajo su jurisdicción se aplica igualmente a quienes están en contacto con la justicia como víctimas, testigos, sospechosos o reos. Determinadas medidas podrían ser de ayuda, como entrevistar a los niños y niñas con discapacidad utilizando lenguajes adecuados, verbales o de señas. Se puede impartir formación a los funcionarios responsables de ejecutar la ley, a los trabajadores sociales, a los abogados, los jueces y otros profesionales pertinentes sobre cómo trabajar con niños y niñas con discapacidad. Es fundamental la formación sistemática y continua de todos los profesionales implicados en la administración de la justicia juvenil, como también lo es establecer unas normativas y protocolos que favorezcan el trato ecuánime de los niños y niñas con discapacidad.

Asimismo, es importante generar soluciones alternativas a los procedimientos judiciales, teniendo en cuenta las diversas aptitudes individuales de los niños y niñas con discapacidad. Sólo en última instancia debería recurrirse a las vías jurídicas oficiales, cuando sea en interés del orden público y explicando siempre el proceso y los derechos del niño o niña.

Los últimos en beneficiarse

La egresión de niños y niñas con discapacidad de las instituciones como consecuencia de las reformas acometidas en el sistema serbio de prestaciones sociales se produjo a un ritmo menos intenso que la de los niños y niñas no discapacitados.



Fuente: Instituto Republicano para la Protección Social, Serbia.

Tamaño de las muestras: niños, niñas y jóvenes con discapacidad (0–26 años): 2.020 en 2000, 1.280 en 2011. Niños, niñas y jóvenes (0–26 años) no discapacitados: 1.534 en 2000, 574 en 2011.

No deberá ingresarse a los niños y niñas con discapacidad en instalaciones ordinarias de detención de menores, ni cuando estén a la espera de ser juzgados ni con posterioridad a un juicio. Cualquier decisión que derive en una privación de libertad deberá orientarse al tratamiento apropiado que aborde las cuestiones que llevaron al niño o niña a delinquir. Este tratamiento deberá aplicarse en instalaciones adecuadas, con personal capacitado y en las que se respeten las garantías jurídicas y de derechos humanos[110].

Un niño aprende el alfabeto holandés en una escuela para niños y niñas con discapacidades cognitivas en Curaçao, los Países Bajos. © UNICEF/HQ2011-1955/LeMoyne

ENFOQUE

Violencia contra los niños y niñas con discapacidad

Por Lisa Jones, Mark A. Bellis, Sara Wood, Karen Hughes, Ellie McCoy, Lindsay Eckley, Geoff Bates
Centro para la Salud Pública, Universidad John Moores, Liverpool

Christopher Mikton, Alana Officer, Tom Shakespeare
Departamento de Prevención de la Violencia y los Traumatismos y Discapacidad, Organización Mundial de la Salud

Los niños y niñas con discapacidad son entre tres y cuatro veces más proclives a padecer violencia.

Los niños, niñas y adultos discapacitados a menudo encuentran numerosos obstáculos físicos, sociales y medioambientales que se oponen a su participación plena en la sociedad, dificultando, por ejemplo, su acceso a la atención de la salud, la educación y otros servicios de apoyo. Se cree también que son más vulnerables a padecer violencia que sus compañeros no discapacitados. Entender el alcance de la violencia contra los niños y niñas con discapacidad es un primer paso indispensable para la creación de unos programas eficaces que les eviten convertirse en víctimas de la violencia y que mejoren su salud y su calidad de vida. A tal fin, equipos de investigación de la Universidad John Moores de Liverpool y de la Organización Mundial de la Salud practicaron el primer análisis sistemático de los estudios existentes sobre violencia contra los niños y niñas con discapacidad (de hasta 18 años), que incluía un metanálisis.

Diecisiete estudios, todos ellos practicados en países de altos ingresos, reunían las condiciones para su inclusión en este análisis. Las estimaciones sobre la prevalencia de la violencia contra los niños y niñas con discapacidad eran de un 26,7% para las modalidades combinadas de violencia, de un 20,4% para la violencia física, y de un 13,7% para la violencia sexual. Las estimaciones del riesgo indicaban que los niños y niñas con discapacidad presentaban un riesgo considerablemente mayor de experimentar violencia que sus compañeros no discapacitados, siendo 3,7 veces más proclives a padecer modalidades combinadas de violencia, 3,6 veces más proclives a ser víctimas de violencia física y 2,9 veces más tendentes a padecer violencia sexual. El tipo de discapacidad parecía afectar a la prevalencia y el riesgo de padecer violencia, si bien la evidencia en este extremo no era concluyente. Por ejemplo, los niños y niñas con discapacidades intelectuales presentaban 4,6 veces más probabilidades de ser víctimas de la violencia sexual que sus compañeros no discapacitados.

Este análisis demostró que la violencia es un problema grave que afecta a los niños y niñas con discapacidad. Asimismo, ponía de relieve la falta de estudios de calidad referidos a este problema en los países de ingresos medianos y bajos, que por lo general presentan unos índices poblacionales de discapacidad más elevados. Es urgente subsanar esta carencia en la investigación.

Los niños y niñas con discapacidad se exponen a un mayor riesgo de padecer violencia física o sexual que sus pares no discapacitados.

Se han propuesto una serie de argumentos para explicar por qué los niños y niñas con discapacidad incurren en un riesgo mucho mayor de padecer violencia que los niños y niñas no discapacitados. La obligación de atender a un niño o niña con discapacidad puede suponer una carga extraordinaria para los progenitores, con lo que aumenta el riesgo de que sufra malos tratos. Las cifras de niños y niñas con discapacidad a los que se ingresa en instituciones siguen siendo elevadas, lo cual constituye un importante factor de riesgo de abuso sexual y físico. Los niños y niñas que padecen discapacidades que afectan a la comunicación pueden ser especialmente vulnerables a los malos tratos, ya que las dificultades para comunicarse pueden impedir que denuncien las experiencias de abuso.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad tiene por objeto proteger los derechos de las personas con discapacidad y garantizar su participación plena y equitativa en la sociedad. En lo que se refiere a los niños y niñas con discapacidad, esto incluye velar por que su evolución sea segura y estable a lo largo de la infancia y hasta su ingreso en la edad adulta. Como ocurre con todos los niños y niñas, una infancia feliz y segura aporta la mejor oportunidad de tener una vida saludable y bien adaptada como adultos. Es conocido que las experiencias adversas en la infancia, en especial la violencia, se vinculan a una gran variedad de consecuencias que incidirán negativamente en su situación social y en su salud más tarde en la vida. Las enormes exigencias que pesan sobre los niños y niñas con discapacidad –que han de afrontar sus minusvalías y superar las barreras sociales que incrementan su riesgo de alcanzar peores resultados en la vida– nos indican que una infancia segura y protegida es de especial importancia.

Los niños y niñas que viven ingresados en instituciones lejos de su hogar precisan de una atención y protección aún mayores, por lo que los regímenes y estructuras que exacerban el riesgo de que padezcan violencia y malos tratos deberían abordarse con carácter de urgencia. Residan en instituciones o con sus familias u otros cuidadores, todos los niños y niñas con discapacidad deberían considerarse como un grupo de alto riesgo en el que es fundamental detectar los casos de violencia. Pueden beneficiarse de intervenciones como las visitas a los hogares y los programas de formación de los progenitores, que han demostrado su eficacia a la hora de prevenir la violencia y mitigar sus consecuencias en el caso de los niños y niñas no discapacitados. Sería prioritario evaluar cuán eficaces son estas intervenciones para los niños y niñas con discapacidad.

PERSPECTIVA

Segregación y malos tratos en las instituciones

Por Eric Rosenthal y Laurie Ahern

Eric Rosenthal, JD, es el fundador y Director Ejecutivo de Disability Rights International. Laurie Ahern es su Presidenta. Tras practicar una serie de investigaciones en diversos orfanatos y otras instituciones de más de 24 países, Disability Rights International ha querido llamar la atención de la comunidad internacional sobre los derechos humanos de las personas con discapacidad.

En todo el mundo hay millones de niños y niñas con discapacidad que viven separados de sus familias e ingresados en orfanatos, internados, instalaciones psiquiátricas y residencias de asistencia social. A los niños y niñas que sobreviven a las instituciones les aguarda, de por vida, un panorama de segregación de la sociedad en instalaciones para adultos. Según la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, segregar a los niños y niñas por causa de su discapacidad es una violación de los derechos de cada uno de esos niños o niñas. El artículo 19 de la Convención exige a los gobiernos el establecimiento de las leyes, las políticas sociales y los servicios de apoyo a las comunidades que se precisan para prevenir el aislamiento o la segregación de la comunidad.

A lo largo de 20 años, Disability Rights International ha documentado las condiciones en que viven los niños y niñas con discapacidad ingresados en instituciones de 26 países de todo el mundo. Las conclusiones que hemos alcanzado son sorprendentemente homogéneas. Hemos entrevistado a madres desoladas y a padres que desean tener a sus hijos e hijas en el hogar, pero que, por no recibir el apoyo adecuado de su gobierno, no pueden permitirse quedarse en casa para atenderles en lugar de ir a trabajar. Los médicos suelen aconsejar a los progenitores que coloquen a su hijo o hija en un orfanato antes de que se encariñen demasiado con él.

La crianza de los niños o niñas en escenarios comunitarios entraña peligros inherentes. Incluso cuando las instituciones están limpias, bien gestionadas y dotadas del personal idóneo, los niños y niñas enfrentan riesgos mayores para su vida y su salud que los niños y niñas que crecen junto a sus familias. Los niños y niñas que crecen en instituciones presentan más probabilidades de desarrollar deficiencias que dificulten su crecimiento, y los más jóvenes de entre ellos corren el riesgo de sufrir además daños psicológicos irreversibles.

Incluso en instituciones en que la alimentación es adecuada, hallamos con frecuencia a niños y niñas escuálidos simplemente porque dejan de comer; es una afección que se conoce como "retraso en el desarrollo". Los bebés y los niños y niñas con discapacidad pueden caer en la desnutrición o en una carencia de nutrientes adecuados debido a que el personal de la institución no puede tomarse el tiempo necesario para alimentarles. Muchas veces, cuando se trata de un niño o niña en cama, el personal le coloca un biberón sobre el pecho, en teoría para que pueda cogerlo y beber; pero en la práctica, es posible que el niño o niña sea incapaz de cogerlo.

A muchos niños y niñas se les deja languidecer en esos lugares. En 2007, un investigador de Disability Rights International descubrió, con gran horror, que un niño que parecía tener 7 u 8 años tenía en realidad, según una enfermera, 21, y que no había salido de su cuna en 11 años.

Sin movimiento, las discapacidades físicas empeoran, y los niños y niñas pueden acabar desarrollando complicaciones médicas que amenacen su vida. A algunos niños y niñas se les atrofian los brazos y las piernas, y hay que amputárselos.

Sin atención ni apoyo emocional, muchos niños y niñas se vuelven autodestructivos, y puede que se balanceen hacia delante y hacia

atrás, que se golpeen la cabeza contra las paredes, se muerdan a sí mismos o se metan los dedos en los ojos. La mayoría de las instalaciones carecen de personal preparado que pueda ayudar a estos y niñas a cesar en esas conductas. Al contrario, en ocasiones se les ata de forma permanente a la cama o se les introduce en una jaula, ya sea para prevenir los daños que se infligen a sí mismos o para ayudar a los empleados que, desbordados, intentan atender las necesidades de los numerosos niños y niñas que tienen a su cuidado. El Comité de las Naciones Unidas contra la Tortura, y el Relator Especial sobre la tortura de las Naciones Unidas han manifestado que el uso prolongado de medidas retentivas podría constituir tortura.

Para un niño o niña ingresado en una institución, caer enfermo puede ser una sentencia de muerte. Los empleados de las instalaciones de más de un país han declarado que a los niños y niñas con discapacidad se les deniega tratamiento médico de forma sistemática. Empleados de las instituciones nos han dicho también –erróneamente– que los niños y niñas que padecen discapacidades del desarrollo no son capaces de sentir dolor, de modo que en algunos casos los procedimientos médicos se llevan a cabo sin anestesia. En una instalación concreta se les extraían los dientes a los niños y niñas empleando alicates; en otra, los niños y niñas recibían terapia de electroshock sin anestesia ni relajantes musculares.

Se ha administrado electroshock a niños y niñas mientras se les mantenía amarrados y aislados durante largos periodos de tiempo con el fin de hacerles daño, argumentando que esta "terapia adversa" servía para erradicar conductas consideradas como inadecuadas. Un maestro de los Estados Unidos nos relató el caso de una niña sorda, ciega y muda a la que le dieron electroshock porque gemía. Resultó que tenía un diente roto.

Al no existir ningún mecanismo de supervisión o de salvaguarda de los derechos humanos, se han dado casos de niños y niñas que, efectivamente, han desaparecido de las instituciones. La mayoría de las instalaciones que visitamos no contaban con ningún programa de vigilancia y aplicación de los derechos humanos para proteger contra la violencia, la explotación y los malos tratos, como dispone el artículo 16 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En algunos casos, las autoridades no llevan la cuenta de los nombres o la cantidad de niños y niñas recluidos en estos lugares.

Las estadísticas oficiales no son fiables y, a menudo, atenúan la exposición de los datos que se refieren al uso de sistemas segregados de servicios. Es frecuente que las cifras se limiten a los orfanatos, con lo que no incluyen a los niños y niñas retenidos en otro tipo e instituciones como los internados, las instituciones sanitarias o psiquiátricas, los sistemas de justicia penal o los refugios para personas sin techo. Y a menudo no se tienen en cuenta las instituciones privadas o religiosas, que quizás sean más extensas que los orfanatos estatales.

En las entradas de algunos orfanatos se exhiben los logotipos de gobiernos, empresas donantes, iglesias u obras benéficas privadas. Aunque represente una proporción mínima del presupuesto operativo de una institución, la ayuda económica de donantes internacionales o de agentes de apoyo técnico puede dar la impresión de que el centro cuenta con una suerte especie de "sello de aprobación". Disability Rights International ha constatado casos en que se ha recibido ayuda bilateral y multilateral –tanto oficial como procedente de donaciones voluntarias de los empleados– para instalar servicios como zonas de recreo en orfanatos donde los niños y niñas mueren por falta de atención médica y donde se les tiene atados a la cama. Es posible que la intención de estos donantes sea buena, pero este apoyo contraviene el espíritu de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y otros instrumentos sobre derechos que protegen a las personas de la segregación.

No debería apartarse a ningún niño o niña de su familia por causa de una discapacidad. Disability Rights International exhorta a todos los gobiernos y organismos internacionales donantes a que se comprometan a evitar ulteriores colocaciones en orfanatos. Es mucho más difícil proteger a los niños y niñas y brindarles una oportunidad de vivir en sociedad cuando sus vínculos familiares ya se han roto. La confinación de los niños y niñas en instituciones es una violación de los derechos humanos. Podemos acabar con esta práctica en todo el mundo por medio de una moratoria en las futuras colocaciones.

Fadi, de 12 años, camina en la cercanía de unas casas que han quedado destruidas por los ataques aéreos, en Rafah, Estado de Palestina, donde la violencia continuada ha tenido repercusiones psicológicas profundas, sobre todo para la infancia.
© UNICEF/HQ2012-1583/El Baba

CAPÍTULO 5

RESPUESTA HUMANITARIA

Las crisis humanitarias, como las que se derivan de guerras o los desastres naturales, encierran un riesgo especial para los niños y niñas con discapacidad. Es necesaria una respuesta humanitaria mundial urgente y viable.

Los conflictos armados y las guerras afectan a niñas y niños directa e indirectamente: de forma directa por las heridas que sufren en los ataques, el fuego de artillería y las explosiones de minas terrestres o por las condiciones psicológicas que se derivan de dichas lesiones o de haber presenciado hechos traumáticos; de forma indirecta, por ejemplo, con la interrupción de los servicios de salud que dejan muchas enfermedades sin tratamiento, y con la inseguridad alimentaria, que lleva a la desnutrición[111] . Además, en estas situaciones, a los niños se les separa de sus familias, de sus hogares y de sus escuelas, a veces durante años.

La naturaleza de los conflictos armados, causa principal de las discapacidades de niñas y niños, está cambiando. Los enfrentamientos cada vez más cobran la forma de guerras civiles y de una violencia fragmentada que se caracteriza por el uso indiscriminado de la fuerza y de las armas. Al mismo tiempo, cabe suponer que en los próximos años los desastres naturales afectarán a un número mayor de niños y adultos, sobre todo en regiones peligrosas como las zonas costeras de baja altitud, a medida que los desastres relacionados con el cambio climático aumenten en frecuencia y dureza[112].

Los niños y niñas con discapacidad se enfrentan a dificultades especiales en las situaciones de emergencia. La inaccesibilidad de las rutas de evacuación puede impedir que escapen durante una situación de crisis; por ejemplo, un niño o una niña en silla de ruedas que no pueda huir de un tsunami o de un tiroteo y quizás haya sido abandonado por sus familiares. Si dependen de los servicios de cuidadores, ante la pérdida de dicha asistencia son extremadamente vulnerables a actos de violencia física o sexual, emocional o de abusos verbales. Los niños y niñas con discapacidad también pueden convertirse en seres invisibles por las creencias de la familia y la comunidad; por ejemplo, a algunos niños o niñas con problemas mentales se les mantiene encerrados en las casas por el estigma que rodea su condición.

Por otra parte, a los niños y niñas con discapacidad se les excluye con frecuencia o se les imposibilita el acceso a programas de asistencia y servicios de apoyo, como los servicios de salud pública o de distribución de alimentos, debido a las barreras físicas que plantean los edificios o por actitudes negativas. A veces se ignoran sus dificultades a la hora de crear servicios concretos para ellos. Por ejemplo, los supervivientes de minas terrestres pueden tener problemas para acceder a los servicios de rehabilitación por la distancia, el elevado coste del transporte o el criterio de admisión de los programas de tratamiento. Además, los niños y niñas con discapacidad con frecuencia se encuentran desatendidos en sistemas de alerta temprana que no suelen tener en cuenta los requerimientos de comunicación y movilidad de quienes padecen discapacidades.

La acción humanitaria que incluye a la discapacidad se basa y fundamenta en:

- Un enfoque basado en los derechos, en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) y en la Convención sobre los Derechos de las

Personas con Discapacidad. El artículo 11 de esta última Convención exige a los principales garantes que adopten todas las medidas necesarias con las que avalar la protección y seguridad de las personas con discapacidad en situaciones de conflicto, emergencia y desastres, poniendo así de relieve la importancia que tiene este asunto.

- Un planteamiento incluyente que reconozca que los niños y niñas con discapacidad, además de las necesidades propias de su situación, tienen las mismas necesidades que los otros niños, ya que la discapacidad es sólo uno de los aspectos de su realidad: son niños con la particularidad de sufrir discapacidad. Dicho planteamiento incluyente también aborda las barreras físicas, informativas, actitudinales y sociales que impiden a los niños y niñas con discapacidad la participación y toma de decisiones en los programas habituales.
- Garantizar la accesibilidad y el diseño universal en materia de infraestructura e información. Esto incluye facilitar a los niños y niñas con discapacidad el acceso físico a todos los establecimientos, a los centros de acogida, de salud y de enseñanza, y a la organización de la salud y otros servicios, incluidos los sistemas de comunicación en información.
- Promocionar una vida independiente, de manera que los niños y niñas con discapacidad puedan manejarse con la mayor autonomía posible y participar de forma más completa en todos los aspectos de la vida.
- Integrar la edad, el género y una conciencia más plural, que incluya prestar especial atención a la doble o triple discriminación a la que se enfrentan las mujeres y las jóvenes con discapacidad.

La acción humanitaria que incluye la discapacidad garantiza que niñas, niños y adultos con discapacidad, así como sus familias, sobrevivan con dignidad, lo que también beneficia al conjunto de la población. Este planteamiento, más que simples políticas

Vijay, de 12 años, sobrevivió a la explosión de una mina terrestre y ha seguido adelante con su vida al convertirse en educador sobre el riesgo de las minas en Sri Lanka. © UNICEF/Sri Lanka/2012/Tuladar

Restos explosivos de guerra expuestos en una escuela de Ajdabiya, Libia. Los estudiantes recogieron los objetos por toda la ciudad. © UNICEF/HQ2011-1435/Diffidenti

y proyectos aislados dirigidos a la discapacidad, requiere programas incluyentes y holísticos. Las esferas clave de intervención de la acción humanitaria que incluye la discapacidad comprenden:

- Mejorar los datos y las evaluaciones para contar con una base de evidencias sobre las distintas necesidades y prioridades de los niños y niñas con discapacidad.
- Hacer que los servicios humanitarios principales sean asequibles para los niños y niñas con discapacidad y que éstos se involucren en la planificación y diseño de los mismos.
- Proyectar servicios especializados para niños y niñas con discapacidad y garantizar que la recuperación y reintegración transcurra en entornos que favorezcan el bienestar, la salud, la autoestima y la dignidad.
- Tomar las medidas necesarias para prevenir daños y abusos y promover la accesibilidad.
- Unirse a los actores nacionales, regionales y de la comunidad, incluidas las organizaciones para personas con discapacidad, para poder enfrentarse a percepciones y actitudes discriminatorias y promover la equidad.
- Estimular la participación de niños y niñas con discapacidad consultándoles y facilitando la posibilidad de que se escuchen sus opiniones.

Las partes de un conflicto tienen la obligación de proteger a los niños y niñas de los efectos de la violencia armada y de proporcionarles una atención sanitaria adecuada y cuidado psicosocial que les ayude a su recuperación y reintegración. El Comité de los Derechos del Niño ha recomendado a los Estados Parte de la CDN que añadan referencias explícitas sobre los niños y niñas con discapacidad como parte de un compromiso más amplio de no reclutar niños en las fuerzas armadas[113]. Los gobiernos también deberían preocuparse de abordar la recuperación y reintegración social de las niñas y los niños que adquieren discapacidades a causa de los conflictos armados. Este punto se explora detalladamente en el siguiente artículo de Enfoque.

ENFOQUE

Riesgo, capacidad de resistencia y acción humanitaria integradora

Por Maria Kett
Directora adjunta del Departamento de Epidemiología y Salud Pública del Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre del University College de Londres

El artículo 11 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad insta a los Estados Parte a "garantizar la seguridad y la protección de las personas con discapacidad en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales".

En una situación de emergencia, se trate de un conflicto armado o de un desastre natural o provocado por el hombre, los niños son quienes tienen más posibilidades de sufrir debido a la falta de alimentos, refugio, atención sanitaria, educación y servicios de apoyo psicosocial. Esto puede ser más grave en el caso de niños y niñas con discapacidad: incluso donde se dispone de existencias básicas y servicios de auxilio, es probable que no sean incluyentes o accesibles.

Saber cuántos niños y niñas con discapacidad viven en zonas afectadas por una situación de emergencia supone todo un reto, ya que es posible que las cifras exactas no existieran incluso antes de la emergencia. Por ejemplo, las familias o las comunidades a veces ocultan a estos niños por el estigma que supone su condición. Las consecuencias de la exclusión son preocupantes porque los sistemas de información, aun los más rudimentarios, pueden ser esclarecedores en situaciones humanitarias, si no hay acceso a centros de información y registro.

Al mismo tiempo, un número cada vez mayor de niñas y niños sufren lesiones que les producen discapacidades como resultado de emergencias inesperadas o crónicas. En un terremoto, los niños pueden quedar discapacitados por la caída de objetos o el desplome de un edificio, así como sufrir lesiones por aplastamiento y quedar expuestos a traumas psicológicos durante las inundaciones y los corrimientos de tierra. Los conflictos aumentan la probabilidad de que los niños adquieran algún tipo de discapacidad como consecuencia de los enfrentamientos, de las minas terrestres, o por estar expuestos a otros restos explosivos de guerra. Puesto que los niños son de un tamaño menor y están en la primera fase de su desarrollo, sufren mutilaciones más graves que las de los adultos, y requieren del continuo tratamiento de fisioterapia, uso de prótesis y ayuda psicológica.

Los retos a los que se enfrentan los niños y niñas con discapacidad y sus familias rara vez se admiten al evaluar el impacto producido por una emergencia. Estos retos incluyen nuevas barreras ambientales, como rampas destruidas; dispositivos de asistencia perdidos o dañados; y pérdida de los servicios previamente establecidos (intérpretes de lengua de signos o enfermeras a domicilio) o sistemas de apoyo (pagos de la seguridad social, o programas de protección social).

Existen otros riesgos. Si mueren miembros de la familia, tal vez no quede ninguno que sepa cómo cuidar a un niño o niña con discapacidad física o discapacidad sensorial. Si las familias se ven obligadas a huir, especialmente si tienen que afrontar un largo viaje a pie, existe la posibilidad de que no se lleven con ellos a los niños que no pueden andar o que tienen una salud frágil. Otro motivo por el que las familias a veces abandonan a los niños es porque temen ser rechazados a la hora de pedir asilo en otro país si un miembro de su familia tiene una discapacidad. Varios países practican dicha discriminación. Los internados e instituciones suelen cerrar o quedan abandonados una vez que el profesorado se ausenta, dejando a unos pocos, o a nadie, a cargo de los niños.

Los niños y niñas con discapacidad, en especial los que padecen problemas de aprendizaje, a veces también se ven directamente involucrados en conflictos. Se pueden ver forzados a realizar servicios como soldados, cocineros o porteadores, precisamente por ser considerados de menos valor,

o con menos resistencia que los niños sin discapacidades. En teoría, los programas de desarme, desmovilización y reintegración incluyen a todos los niños excombatientes, pero los recursos o programas para niños y niñas con discapacidad generalmente no existen. Estos niños permanecen marginados y excluidos, abandonados a la pobreza, vulnerables y muy a menudo teniendo que mendigar, como ha sido el caso en Liberia y Sierra Leona.

El riesgo de violencia, incluida la sexual, aumenta cuando las estructuras sociales y la protección familiar fallan, como ocurre durante los conflictos y los desastres. Aunque las niñas discapacitadas están especialmente expuestas en dichas situaciones, los niños también corren riesgos e incluso es menos probable que reciban ayuda.

La recuperación y reconstrucción llegan con sus propios retos para estos niños. Como suele ocurrir con todos los niños afectados por crisis, los que padecen discapacidades requieren una serie de servicios, algunos destinados especialmente a ellos. Sin embargo, aunque las necesidades de la discapacidad son muy importantes, son sólo parte del panorama. Por ejemplo, durante las operaciones de rescate tras el tsunami de 2004 en el océano Índico, una niña discapacitada recibió cinco sillas de ruedas pero nadie le preguntó si necesitaba comida o ropa.

Resistencia e inclusión

Los niños demuestran constantemente su capacidad de resistencia. Se pueden tomar medidas para respaldar su participación e inclusión. Estas medidas deberían ir dirigidas a grupos y contextos determinados: la experiencia del conflicto es distinta según el género, del mismo modo que no lo viven igual los niños más pequeños que los adolescentes. Del mismo modo, las emergencias afectan de manera distinta a las zonas urbanas que a las rurales.

Como punto de partida, a los niños y niñas con discapacidad se les debería dar la oportunidad de participar en la planificación y puesta en marcha de las estrategias para la construcción de la paz y la reducción del riesgo de desastres, así como en los procesos de recuperación. La ignorancia y la presunción incorrecta de que estos niños son incapaces de colaborar han impedido su participación, pero esto ha empezado a cambiar. En Bangladesh, por ejemplo, Plan International supo desafiar estos conceptos erróneos al asociarse con organizaciones de discapacitados y trabajar directamente con las comunidades en tareas de reducción del riesgo de desastres centradas en la infancia.

Igualmente, las prestaciones para niños y niñas con discapacidad están aumentando en respuesta a los desastres. En el Pakistán, Handicap International y Save the Children construyeron espacios incluyentes amigos de la infancia y desarrollaron una orientación sectorial sobre la inclusión de personas con discapacidad, especialmente en proyectos de protección. En Haití, Handicap International y la organización confesional para el desarrollo CBM presionaron al gobierno para que incrementara la inclusión de las personas con discapacidad en la distribución de alimentos y en otros asuntos pertinentes. Las Naciones Unidas a menudo utilizan las situaciones de emergencia como una oportunidad para "reconstruir mejor", algo que puede beneficiar a los niños con discapacidad, ya que ofrece a todos una ocasión para trabajar juntos.

La discapacidad también se ha integrado en directrices como las de la *Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria del Proyecto Esfera*, elaborada por un grupo de organizaciones internacionales para mejorar la calidad y la responsabilidad de la respuesta humanitaria. La disponibilidad de las directrices de emergencia sobre cómo incluir a las personas con discapacidad (y en particular a las niñas y los niños) está aumentando. Es necesario que estos beneficios se consoliden y amplíen a sectores como la nutrición y la protección.

Asimismo, es necesario un enfoque planificado de la recopilación de datos. Se debería intensificar la colaboración con organizaciones, locales y nacionales, de personas con discapacidad, y también incrementar, la capacidad de estos grupos para abordar asuntos propios de los niños. Igualmente, la medida en la que los niños y niñas con discapacidad están incluidos en una respuesta humanitaria debe ser revisada y mejorar sus resultados.

Es imprescindible que haya normas claras y listas de control de la inclusión que puedan ser aplicadas en todas las categorías de emergencias, aunque para ponerlas en práctica deberán estar acompañadas de recursos.

ENFOQUE

Restos explosivos de guerra

Por el equipo editorial de ayuda a las víctimas del Monitor de Minas Terrestres y Municiones en Racimo.

El Monitor de Minas Terrestres y Municiones en Racimo ofrece servicios de investigación a la Campaña Internacional para la prohibición de las minas terrestres y a la Convención sobre municiones en racimo. Es el régimen de evaluación de facto para el Tratado sobre la prohibición de minas antipersonal y la Convención sobre Municiones en Racimo.

Los restos explosivos de guerra y las minas terrestres antipersonal producen efectos devastadores en los niños y representan un factor que contribuye de manera considerable a la discapacidad del niño. Sin embargo, desde la firma del "Tratado sobre la prohibición de minas antipersonal" de 1997 se han retirado este tipo de municiones de vastas extensiones de terrenos que han recuperado su uso productivo.

El Tratado de 1997; el Protocolo II Enmendado de 1996 y el Protocolo V de 2003 a la Convención sobre ciertas armas convencionales de 1980; y la Convención de 2008 sobre Municiones en Racimo, han tenido todas ellas un impacto positivo en términos de protección de la vida de aquellas personas que vivían en zonas contaminadas por los restos explosivos de guerra y minas terrestres. El movimiento global para prohibir las minas terrestres y municiones en racimo es un testimonio de la importancia de la firme voluntad política que existe entre las principales partes interesadas en potenciar un cambio global.

Se entiende que la programación de la acción contra las minas, cuya aspiración es la de abordar el impacto de las minas terrestres y los restos explosivos de guerra, está construida sobre cinco pilares: su eliminación, la educación sobre el riesgo de los restos explosivos de guerra, la asistencia a las víctimas, la destrucción de las reservas acumuladas y el apoyo activo. A pesar de obtener grandes éxitos en muchas de estas cuestiones, como indicaba el descenso significativo de víctimas de minas terrestres y los restos explosivos de guerra, la asistencia a los heridos sigue siendo el principal punto débil, mucho más notable en el caso de las niñas y los niños afectados por los restos explosivos de guerra o las minas terrestres.

A diferencia de los otros cuatro pilares de acción contra las minas, la asistencia de las víctimas requiere una respuesta transversal que incluya intervenciones médicas y paramédicas que garanticen la rehabilitación física, así como participaciones sociales y económicas para promocionar la reintegración y el sustento de las víctimas.

Hasta la fecha, el grueso de la ayuda para las intervenciones antiminas y la financiación ha sido dedicado a actividades de limpieza. En 2010, el 85% de los fondos globales relacionados con los efectos de las minas se asignaron a la limpieza, mientras que para intervenciones de ayuda a las víctimas sólo se estableció el 9%. Aunque las Normas Internacionales de Acción contra las Minas (las normas que están en vigor para todas las operaciones relativas a las minas) abordan los pilares de la programación de limpieza de minas, de la educación sobre los riesgos de minas y los restos explosivos de guerra, y la destrucción de reservas acumuladas, no encaran en cambio el tema de la asistencia a las víctimas. Además, el derecho a una rehabilitación física apropiada según la edad y el género, y a la reintegración social y económica para los supervivientes de minas terrestres y restos explosivos de guerra, está enraizado en los derechos humanos internacionales y en las leyes humanitarias. Pocos programas de asistencia a los afectados han tenido en cuenta, sin embargo, las necesidades específicas de los niños, tanto de los supervivientes directos como de las víctimas en un sentido más amplio del término.

Consecuencias sobre las niñas y los niños

La cifra de muertos y heridos a consecuencia de la explosión de minas terrestres ha descendido

Desde que comenzó la supervisión en 1999, cada año ha habido al menos 1.000 víctimas entre niñas y niños. Muchas de ellas no han sido registradas, por lo que la cifra exacta probablemente será mucho más elevada.

notablemente. Entre 2001 y 2010, según los informes del Monitor de Minas Terrestres y Municiones en Racimo, que se encarga de realizar el seguimiento del "Tratado sobre la prohibición de minas" y de la Convención sobre Municiones en Racimo, el número de nuevas minas terrestres y restos explosivos de guerra se redujo de 7.987 a 4.191. La tabla de la página siguiente demuestra la notable disminución en el número total de civiles muertos y heridos a causa de minas terrestres y los restos explosivos de guerra en los cinco años del periodo de 2005 a 2010.

Sin embargo, el porcentaje total de bajas representado por víctimas infantiles ha aumentado. Desde 2005, los niños han constituido cada año el 20% o 30% aproximadamente de todas las bajas producidas por las minas terrestres, los restos de municiones en racimo y otros restos explosivos de guerra. Desde que la supervisión comenzó en 1999, cada año ha habido por lo menos 1.000 víctimas entre la población infantil. El número de niñas y niños afectados en 2010 por minas terrestres y restos explosivos de guerra alcanzó 1.200, lo que supuso el 55% de todas las muertes de civiles: los niños ahora representan el grupo para quienes las minas terrestres y los restos explosivos de guerra son más mortíferos.

Dado que en muchos países gran parte de los damnificados no están registrados, la cifra total anual de bajas infantiles seguramente es superior, y en alguno de los países del mundo más afectados por las minas, el porcentaje de niñas y niños afectados es todavía más alto: en 2011, las niñas y los niños representaron el 61% de todas las víctimas civiles en el Afganistán. Ese mismo año, figuraron entre el 58% de los damnificados civiles en la República Democrática Popular Lao, el 50% de los del Iraq y el 48% en el Sudán.

Aunque las niñas y niños constituyen actualmente la mayoría de los afectados por minas terrestres, restos de municiones en racimo y otros restos explosivos de guerra, desde 2008 son los varones los que componen el grupo individual más numeroso, aproximadamente el 50% de todos los damnificados civiles. En 2006, primer año en el que el Monitor comenzó a dividir los datos de víctimas por edad y género, los varones representaban el 83% de las bajas entre la población infantil, constituyendo el grupo individual de víctimas civiles más numeroso en 17 países. En 2008, los varones representaron el 73% de las bajas infantiles y fueron el grupo mayor de víctimas en 10 países. En muchos países contaminados, los niños corren un riesgo mayor

Mónica y Luis, ambos de 14 años en esta fotografía de 2004 en Colombia, sentados al borde de la piscina. Mónica perdió un pie cuando un primo suyo llevó a casa una granada. Explotó y mató al primo. © UNICEF/HQ2004-0793/DeCesare

que las niñas de encontrarse con minas y restos explosivos de guerra al desempeñar más actividades en el exterior, como llevar el ganado, ir a buscar leña y comida, o recoger chatarra. En general, las niñas y niños son más dados que los adultos a manipular, de forma deliberada, los artefactos explosivos, a veces sin darse cuenta, por curiosidad o creyendo que se trata de juguetes. Los niños suelen manosear los artefactos explosivos que encuentran mucho más que las niñas. Estas circunstancias, unidas a la tendencia a adoptar comportamientos de riesgo, hacen que una educación bien planeada sobre los riesgos de los explosivos sea de suma importancia para los niños.

Ayuda a las niñas y los niños supervivientes

Los episodios provocados por los restos explosivos de guerra y las minas terrestres afectan a las niñas y los niños de modo diferente que a los adultos, tanto si son ellos mismos las víctimas directas por muerte o lesión, como si se convierten en víctimas por la muerte o las lesiones de miembros de su familia o de la comunidad. Los niños que sobreviven pero sufren lesiones tienen necesidades específicas que deben tomarse en consideración, tanto en términos de recuperación y rehabilitación física como de reintegración social y económica. De menor tamaño que los adultos, las niñas y los niños tienen más probabilidad de morir o sufrir serias lesiones por una explosión, incluidas quemaduras graves, heridas de metralla, fracturas de las extremidades y daños de otro tipo que pueden derivar en ceguera o sordera. Su tamaño hace que los órganos vitales se encuentren más próximos a la detonación, y que, en caso de una gran hemorragia, su límite de pérdida de sangre sea más bajo que el de un adulto. Si se pisa una mina terrestre antipersonal, su explosión causará invariablemente lesiones en pies y piernas, con infecciones secundarias que habitualmente acaban en amputación, causando discapacidades para toda la vida y requiriendo la ayuda de rehabilitación a largo plazo.

*Víctimas infantiles en países seriamente afectados por minas y restos explosivos de guerra, 2011**

País	Total de víctimas civiles	Víctimas infantiles	Víctimas infantiles como porcentaje del total de víctimas
Afganistán	609	373	61%
República Democrática del Congo	22	15	68%
Iraq	100	50	50%
República Democrática Popular Lao	97	56	58%
Sudán	62	30	48%

* Sólo incluye a las víctimas cuya edad y estado civil o de seguridad eran conocidos.

Fuente: Monitor de minas terrestres y municiones en racimo.

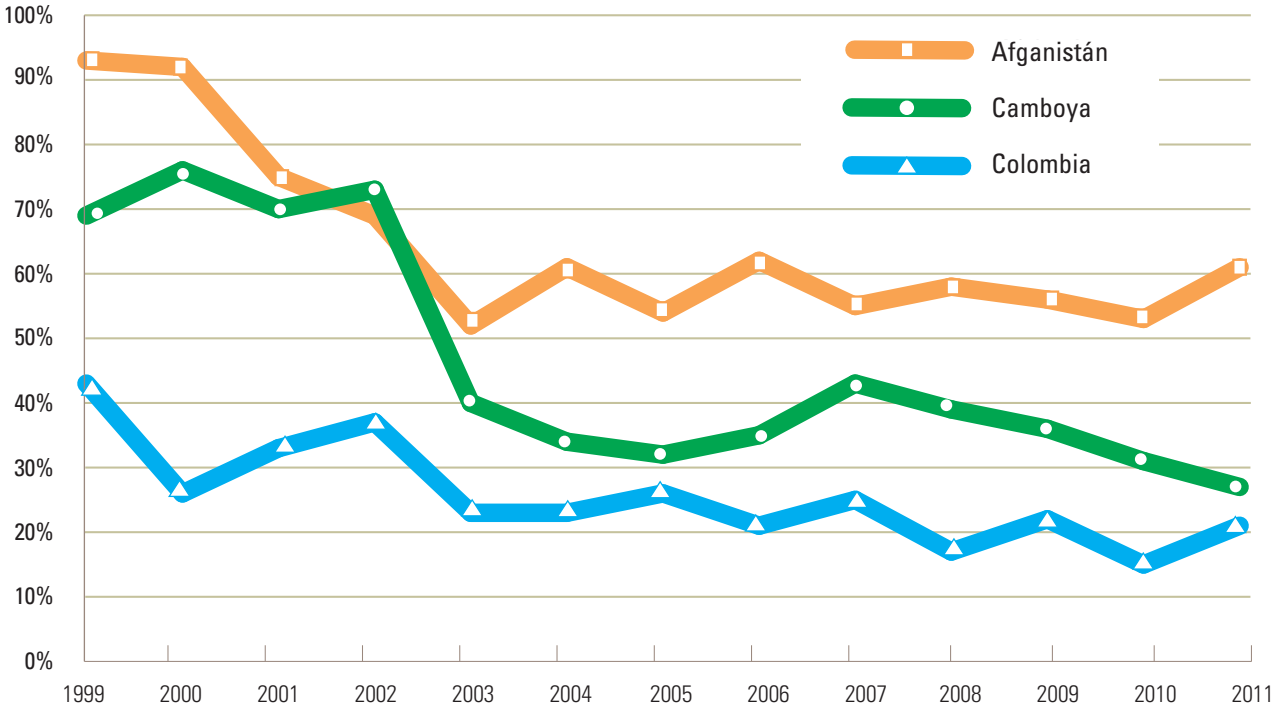
Más de la tercera parte de los supervivientes requieren amputaciones, y aunque faltan datos sobre el porcentaje exacto de las niñas y los niños afectados que las requieren, es de suponer que el tanto por ciento será más elevado en su caso, dado su menor tamaño. Cuando los niños sobreviven a las lesiones, su rehabilitación física es más compleja que la de los adultos. La rehabilitación de los que sufren heridas que derivan en la amputación de algún miembro es más complicada porque sus huesos crecen con más rapidez que el tejido blando y es necesario volver a amputar varias veces. Asimismo, conforme crecen necesitan nuevas prótesis. Pocos países afectados por las minas terrestres y los restos explosivos de guerra disponen de medios necesarios para abordar la compleja rehabilitación física y médica que necesitan los niños supervivientes.

Además del trauma físico, las consecuencias psicológicas de sobrevivir a la explosión de una mina terrestre o restos explosivos de guerra suelen ser devastadoras para el desarrollo del niño. Incluyen un sentimiento de culpa, la pérdida de autoestima, fobias y miedo, trastornos del sueño, incapacidad para hablar y traumas que, de no tratarse, pueden derivar a largo plazo en trastornos mentales. Estos efectos psicológicos que la guerra genera en niñas y niños son difíciles de documentar y no se limitan a quienes han padecido lesiones físicas.

Las necesidades sociales y económicas de los niños supervivientes también varían

*Víctimas infantiles en los países más afectados**

Porcentaje de niñas y niños entre las víctimas civiles (1999–2011)



* Los tres Estados Parte del Tratado de prohibición de minas con las tasas de víctimas anuales más elevadas.

Fuente: Monitor de minas terrestres y municiones en racimo.

considerablemente de las de los adultos.

Abordar los efectos psicológicos resumidos arriba depende en gran medida del respaldo psicosocial apropiado según la edad y el acceso a la educación. En mucho países, las niñas y los niños supervivientes se ven obligados a interrumpir sus estudios por el tiempo que necesitan para su recuperación, y porque la rehabilitación representa una pesada carga para la economía familiar. El acceso a la educación gratuita para niños y niñas con discapacidad a consecuencia de las minas terrestres o restos explosivos de guerra es imprescindible tanto para proporcionar un sentido de normalidad a sus vidas, permitiéndoles recobrarse de la angustia psicológica producida por sus heridas, como para reintegrarlos con niños y niñas de su misma edad y permitirles que participen plenamente en la sociedad.

No obstante, los niños que quedan discapacitados tras la explosión de una mina terrestre o restos explosivos de guerra son más vulnerables que los otros niños a que se les deniegue este derecho: seguramente no van a poder ir caminando a la escuela, y rara vez tienen otras alternativas de transporte en su lugar. Incluso cuando se las arreglan para ir a la escuela, las clases casi nunca reúnen las condiciones necesarias para los niños y niñas con discapacidad, ni sus profesores están preparados para adaptarse a las necesidades de los alumnos con discapacidades.

Las ayudas en el sustento y la generación de ingresos son especialmente necesarias para respaldar a las niñas y los niños que tienen una discapacidad como resultado de las minas terrestres o los restos explosivos de guerra. Desgraciadamente, dichas ayudas rara vez, por no decir ninguna, tienen en cuenta la edad. En los casos en los que se ha considerado la edad, como ocurrió durante el proyecto de 2008–2010 en Camboya, los retos para garantizar unas intervenciones apropiadas a la edad de

niños y adolescentes fueron tales que excluyeron por completo a los menores de 18 años de las intervenciones de ayuda para la subsistencia de las víctimas.

El fracaso para abordar las necesidades específicas y los riesgos de niños y adolescentes se refleja de forma más general en el fortalecimiento del sector económico y de subsistencia: la evaluación de 43 estudios realizada en 2011 sobre las consecuencias de los programas de fortalecimiento económico en contextos de crisis en países de renta baja descubrió que algunos de estos esfuerzos, paradójicamente, habían aumentado el riesgo de que se sacara a los niños de la escuela y se les pusiera a trabajar o de que las niñas fueran objeto de violencia. Los programas estudiados presentaban dichas iniciativas como microcréditos, formación profesional e intervenciones agrícolas. La evaluación hizo un llamamiento a los profesionales del fortalecimiento económico para "incorporar la protección y el bienestar de las niñas y los niños en la valoración, el diseño, la puesta en marcha, la supervisión y la evaluación de los programas de fortalecimiento económico". Además, las oportunidades de generar ingresos y medios de subsistencia para niñas, niños y adolescentes deben tener en cuenta no sólo la edad sino el género y el contexto cultural en el que viven. Puesto que los niños y niñas con discapacidad son más vulnerables a las privaciones, la violencia, el abuso y la explotación, existe la urgente necesidad de garantizar que los programas de asistencia a las víctimas tengan en cuenta las necesidades particulares de los supervivientes.

Por otra parte, los niños que son víctimas de minas terrestres y otros restos explosivos de guerra como consecuencia de la muerte o las lesiones de miembros de su familia o cuidadores, incluidos los que mantienen a la familia, también tienen otras necesidades que difieren de las de los adultos. Como supervivientes, al ser niños también son más vulnerables a la pérdida de oportunidades educativas, la separación de sus familiares, el trabajo infantil y otras formas de explotación o abandono.

Pese a que los niños son víctimas necesitadas de una particular asistencia, pocos programas de asistencia tienen en cuenta la edad y el género de los damnificados. Aunque la investigación se haya orientado a la ayuda de las víctimas en general, y las directrices se hayan elaborado en función de lo que dichos programas deberían representar, a fecha de hoy la atención se ha centrado poco, o más bien nada, en niños y adolescentes. Mientras tanto, aunque los Estados Parte del "Tratado de prohibición de minas", los protocolos II y V de la Convención sobre ciertas Armas Convencionales, y la Convención sobre Municiones en Racimo deben informar con regularidad, y a nivel nacional, sobre la puesta en marcha de estos mecanismos, no informan sobre sus esfuerzos por abordar las necesidades específicas de los supervivientes según su edad. No es de extrañar, por lo tanto, que en una encuesta de 2009 realizada a más de 1.600 supervivientes de 25 países afectados y dirigida por Handicap International, casi dos terceras partes de los encuestados dijeran que los servicios para niñas y niños "nunca" o "casi nunca" estaban adaptados a sus necesidades particulares o garantizaban que los servicios fueran los apropiados a la edad.

Las víctimas infantiles, tanto las afectadas de forma directa como las que lo están de manera indirecta, tienen necesidades específicas y adicionales en todos los aspectos de su asistencia. Sin embargo, la información de la que se dispone sobre los esfuerzos para hacer frente a estas necesidades es limitada. Gran parte de las niñas y los niños que han protagonizado casos relacionados con minas o restos explosivos de guerra sufren lesiones. Sin embargo, la mayoría de los sistemas de recopilación de datos no reflejan dichas necesidades.

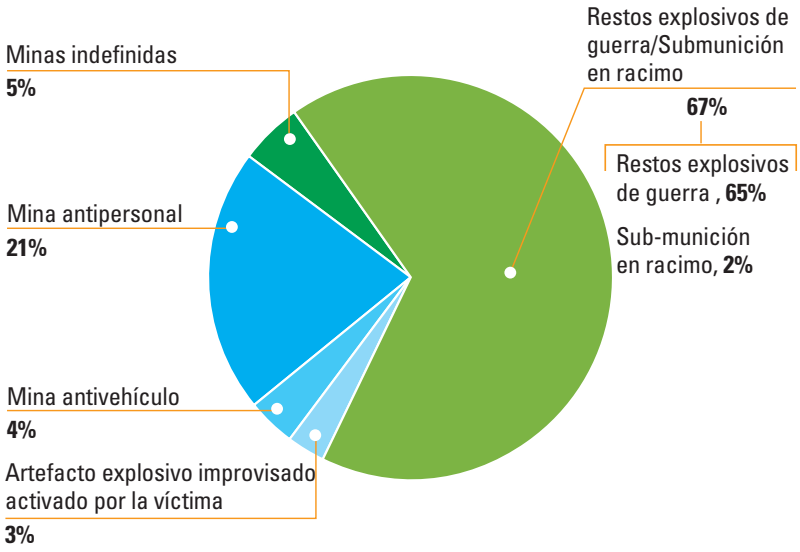
Puesto que los niños representan un porcentaje cada vez mayor del total de las bajas civiles causadas por minas terrestres y restos explosivos de guerra, es imprescindible la puesta en marcha de recomendaciones programáticas y políticas específicas sobre la asistencia de las víctimas que hagan frente a las necesidades de las niñas y los niños supervivientes. Dichas recomendaciones incluyen:

- Respaldar y promover la creación de sistemas de supervisión de lesiones a nivel nacional capaces de ofrecer información continua y sistemática sobre la magnitud y la

naturaleza de las lesiones producidas por las minas terrestres y restos explosivos de guerra (y otros tipos de heridas si se considera oportuno), incluyendo por separado los datos de edad y género de las niñas y los niños lesionados.

- Integrar un componente de asistencia a las víctimas dentro de las Normas Internacionales de Acción contra las Minas, que incluya notas técnicas y pautas de mejores prácticas, con observaciones y guías concretas sobre la asistencia a las víctimas y los supervivientes infantiles.
- Desarrollar y promover la creación de bases de datos sobre la asistencia a las víctimas, capaces de ofrecer referencias sistemáticas para controlar la rehabilitación, las exigencias socio-económicas y psicosociales de cada niño, niña y adulto supervivientes, de manera apropiada y a través de los años.
- Sensibilizar a los gobiernos, a los actores que participan en acciones contra las minas, a los donantes y a otras partes interesadas, tanto por medio de foros nacionales como internacionales, sobre la importancia de priorizar la asistencia a las víctimas (incluidos los niños supervivientes y los hijos de los que murieron al activar explosivos) como un pilar clave de las leyes internacionales y las acciones contra las minas.
- Hacer que los gobiernos, actores humanitarios y de desarrollo y proveedores de servicios se den cuenta de la importancia de asegurar la disponibilidad (con orientación específica que incluya la edad y el género) de rehabilitación física, ayuda psicosocial, protección, educación y servicios de prestación de subsistencia, para niñas y niños supervivientes y víctimas de minas terrestres y restos explosivos de guerra.
- Preparar a profesionales de la salud, incluyendo a personal de intervención en caso de emergencia, cirujanos y proveedores de servicios ortoprotésicos, para que tengan en cuenta las necesidades particulares de cada niña o niño superviviente.
- Preparar a quienes se hacen cargo de la educación (directores de escuelas, maestros y educadores), para que puedan ofrecer una educación apropiada y accesible a las víctimas y supervivientes infantiles.
- Formular leyes nacionales, planes y políticas que se comprometan con las necesidades de los supervivientes y las víctimas de restos explosivos de guerra y minas terrestres, o para las personas con discapacidad en general, de modo que se integren y respondan a las necesidades particulares, por edad y género, de las víctimas y supervivientes infantiles.
- Integrar un componente sólido de asistencia a las víctimas en el borrador de la Estrategia Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre Actividades de Lucha contra las Minas, incluyendo las consideraciones sobre la asistencia específica a los niños y las niñas supervivientes.

*Víctimas infantiles según el tipo de explosivo**



* No se incluyen tipos de explosivos desconocidos.

Fuente: Monitor de minas terrestres y municiones en racimo

PERSPECTIVA

El elefante, pedazo a pedazo

Por Chaeli Mycroft

Chaeli Mycroft, galardonada con el Premio Internacional de la Paz de la Infancia, es una activista para el desarrollo de capacidades y entusiasta bailarina en silla de ruedas. Está preparando sus estudios de política y filosofía en la Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica.

Algunas personas ven la discapacidad como una carga, otras como un don. Mi discapacidad me ha proporcionado oportunidades y experiencias únicas por las que no habría pasado de no ser discapacitada. Me siento feliz y agradecida por mi discapacidad, porque me ha convertido en la persona que soy ahora.

No estoy diciendo que ser discapacitado sea algo fácil de sobrellevar. La situación es muy compleja y afecta a casi todos los aspectos de la vida. Pero confío que a lo largo de la mía pueda infundir confianza a otros jóvenes discapacitados para que vean su discapacidad como la oportunidad para centrarse no sólo en sus limitaciones, sino en sus aptitudes.

Mi familia siempre me ha animado a que me centrara en mis aptitudes y nunca me ha visto o tratado con piedad, algo por lo que siempre les estaré eternamente agradecida, ya que me hicieron sentir igual que alguien sin discapacidades. También fui educada para saber que mi contribución es igual de importante que la de cualquier otra persona, y para defender a pie firme (metafóricamente) mis derechos. Mis amigas y amigos me ven como a una igual y aceptan que con mi discapacidad tenga a veces problemas para hacer las cosas del mismo modo que ellos, así que nos las ingeniamos para que yo participe en todo lo que hacemos. Por ejemplo, cuando éramos más jóvenes jugábamos al cricket y yo era la encargada de apuntar los tantos.

El increíble respaldo que recibí me permitió trabajar con niños y niñas con discapacidad en Sudáfrica. Por ese motivo me concedieron el Premio Internacional de la Paz de la Infancia en 2011, un acontecimiento que ha cambiado mi vida de un modo sorprendente. La Fundación en favor de los derechos de los niños, que convoca anualmente el premio, me ha dado la oportunidad de difundir mi mensaje en todo el mundo y de conocer a gente que de otro modo nunca habría conocido. También pagan mi educación y están haciendo lo posible para que el año que viene pueda ir

Si las personas con discapacidad no pueden creer en sí mismas o si otros no creen en ellas, yo lo haré, y confío en que mi optimismo se extenderá y estimulará más actitudes positivas.

a la universidad con todos los ajustes necesarios a mi circunstancia física.

Hay muchos niños y niñas con discapacidad a quienes no se les valora su talento y permanecen ocultos al mundo por miedo e ignorancia. Tenemos que darnos cuenta de que las personas con discapacidad son decisivas para nuestra población. Las personas con discapacidad somos con frecuencia las que pensamos de manera independiente porque no nos queda más remedio. Tenemos que lograr que nuestras discapacidades trabajen a favor nuestro y no en contra, y enseñar a los demás a que actúen con afecto y empatía. La empatía es algo de lo que el mundo está muy necesitado.

Creo que hay dos temas muy importantes que se deben abordar a nivel mundial: la accesibilidad y las actitudes. Estos asuntos están interconectados y no pueden manejarse por separado. Si la gente de todo el mundo pudiera cambiar su actitud hacia la discapacidad pasando de la piedad, vergüenza e inferioridad a otra postura de generosidad, aceptación e igualdad, se verían sorprendentes progresos. Las actitudes positivas pueden conducir a mejorar la accesibilidad, del mismo modo que la inaccesibilidad expresa la opinión de que las necesidades de las personas con discapacidad son menos importantes que las de quienes no las tienen, una actitud de consecuencias negativas para las personas con y sin discapacidades.

Un cambio mejorado de actitud también podría ayudar a abordar otros asuntos más importantes, como los de transmitir nuestra experiencia educativa. Yo he recibido educación de todo tipo de centros al que una persona con discapacidad puede asistir: escuelas de educación especial, escuelas ordinarias públicas de primaria y secundaria, un colegio privado de secundaria convencional. Yo no diría que soy una experta, pero hay muchas cosas que puedo decir por experiencia. No siempre fue fácil ni sencillo, ciertamente. A menudo tenía que enfrentarme a problemas y muchas veces me sentía increíblemente infeliz. Luché con todas mis fuerzas para sentirme incluida y para hacérselo más fácil a los que vengan detrás de mí. Estoy acabando mis estudios secundarios en un lugar en el que estoy totalmente incluida y aceptada. Cuando pienso en todo esto, lo único que siento es alivio, alivio por no tener ya que luchar tanto por mi propia felicidad. Ahora puedo, con fuerzas renovadas, luchar por otras personas con discapacidad y por su derecho a ser felices.

Quizás pueda parecer que soy siempre una persona excesivamente positiva. Pero no es cierto. He tenido muchos problemas, y estoy segura de que no han terminado. Lo que hace que la balanza se incline positivamente es el hecho de que estoy rodeada de personas que creen en mi capacidad y son optimistas respecto a mi contribución a la sociedad, que compensan mis días negativos. La verdad es que por ese motivo los quiero mucho.

Mi objetivo en la vida es conseguir que la discapacidad llegue a ser algo que esté completamente aceptado y admitido por la comunidad mundial. Quizás sea una ardua tarea y puede que tenga muchas vertientes, pero creo que es totalmente posible.

Hay que empezar por creer. Yo creo en mis aptitudes; creo de todo corazón que puedo hacer que se produzca un cambio, que puedo cambiar vidas. Si las personas con discapacidad no creen en sí mismas o si los demás no creen en ellos, yo lo haré, y confío en que mi optimismo se extenderá y estimulará más aptitudes positivas. Esto puede que sea insignificante para algunos, pero aun así es un cambio.

El elefante, pedazo a pedazo.

Una trabajadora de la salud diagnostica a un niño en la Sociedad para niños sordos Atfaluna, en el Estado de Palestina. La organización ofrece educación y formación profesional, atención sanitaria gratuita, servicios psicosociales y empleo. © UNICEF/HQ2008-0159/Davey

MEDIR LA DISCAPACIDAD INFANTIL

Una sociedad no puede ser equitativa a no ser que todos los niños y niñas estén incluidos, y los que padecen alguna discapacidad no pueden estarlo a no ser que sean visibles por medio de una recopilación de datos y un análisis sólidos.

Medir la discapacidad de un niño presenta una serie de desafíos excepcionales. Dado que los niños desarrollan y aprenden a realizar las tareas básicas a diferente velocidad, puede ser una tarea difícil evaluar las funciones y distinguir las limitaciones importantes en relación a las variantes del desarrollo normal[114]. La diversa naturaleza y gravedad de las discapacidades, junto con la necesidad de aplicar definiciones y medidas específicas según la edad, complican aún más los esfuerzos de recopilación de datos. Además, la mala calidad de los datos sobre la discapacidad infantil procede en algunos casos de un mal entendimiento de lo que es la discapacidad en los niños, y en otros, del estigma o la insuficiente inversión en la mejora de medidas. La falta de pruebas como resultado de tales dificultades obstaculiza el desarrollo de buenas políticas y el reparto de servicios vitales. Sin embargo, como se analiza abajo, los esfuerzos por mejorar la recopilación de datos está en curso, y el propio acto de recopilar la información ya está provocando un cambio positivo.

La evolución de las definiciones

Aunque existe un acuerdo general en que la definición de discapacidad debería incorporar factores médicos y sociales, la evaluación de la discapacidad es predominantemente médica, con un enfoque particular en las discapacidades físicas o mentales.

Los cálculos de prevalencia de discapacidades varían dependiendo de la definición de discapacidad que se use. Las definiciones médicas limitadas probablemente den lugar a unos cálculos que están por debajo de evaluaciones más amplias que tienen en cuenta los obstáculos sociales que impiden el funcionamiento y la participación[115].

Un marco para examinar la salud y la discapacidad dentro de un contexto más abierto que tenga en cuenta los obstáculos sociales es la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)[116] . Esta clasificación trata la discapacidad de dos modos fundamentales: a) como una cuestión de la estructura y las funciones del cuerpo, y b) en términos de participación y actividad de la persona. La discapacidad, como la define la CIF, forma parte de la existencia humana. La definición de la CIF normaliza de manera efectiva la discapacidad, al desviar la atención de la causa al efecto y admitir que todas las personas pueden sufrir algún tipo de discapacidad. La definición de la CIF también reconoce que el funcionamiento y la discapacidad se dan en un contexto, y que por lo tanto lo coherente es calcular no sólo los factores corporales sino los sociales y medioambientales.

Aunque la CIF se diseñó principalmente para adultos con discapacidad, una clasificación derivada de ésta, la "Clasificación internacional del funcionamiento, la discapacidad y la salud para niños y jóvenes" (CIF-NJ) da un paso hacia adelante al incorporar la dimensión social, capturando no sólo la discapacidad sino también su efecto en la participación y funcionamiento de las niñas y los

niños en su entorno. La clasificación abarca cuatro esferas principales: las estructuras del cuerpo (por ejemplo, los órganos, las extremidades y las estructuras de los sistemas nervioso, visual, auditivo y aparato locomotor); las funciones corporales (funciones psicológicas de los sistemas del cuerpo, como la comprensión o la memoria); limitaciones relacionadas con la actividad (por ejemplo, caminar, trepar, vestirse); y restricciones participativas (al jugar con sus cuidadores u otros niños, o al realizar tareas sencillas)[117].

La discapacidad en su contexto

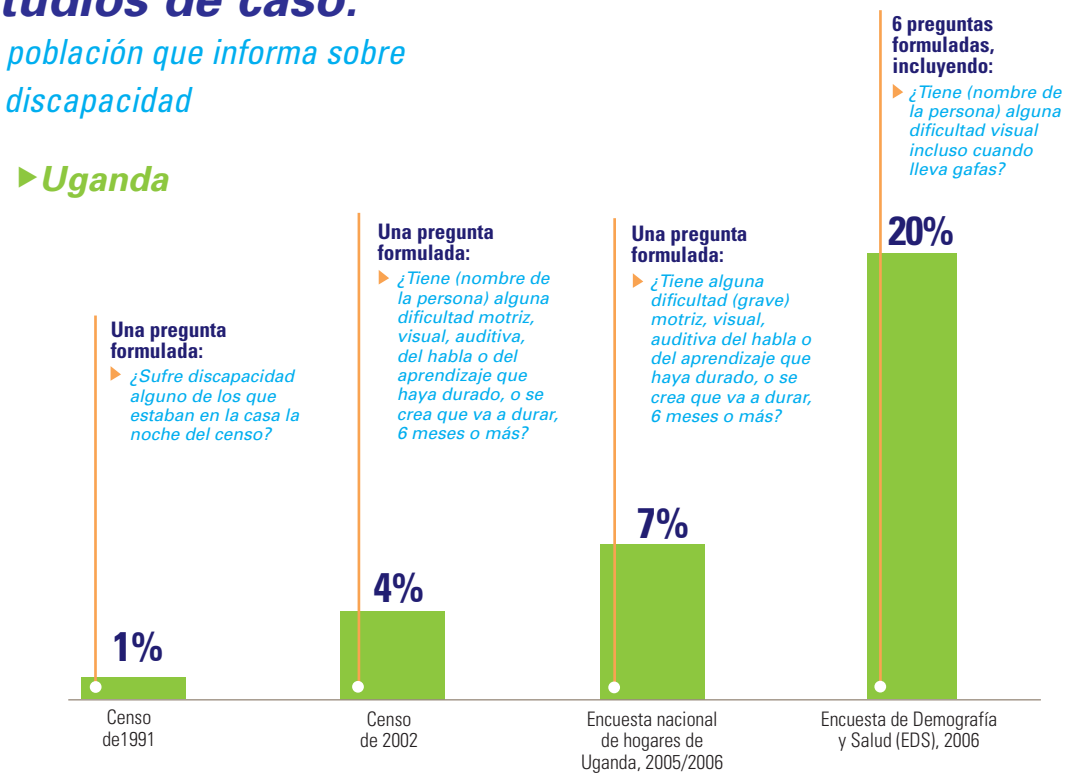
Los datos deberían ser interpretados en su contexto. Los cálculos de la prevalencia de la discapacidad están en función tanto de la incidencia como de la supervivencia, y sus resultados deberían ser interpretados con precaución, especialmente en países donde la tasa de mortalidad de niños y bebés es muy elevada[118]. Un informe que refleje una baja incidencia de discapacidad puede que sea la consecuencia de unas tasas bajas de supervivencia para los menores con discapacidad, o quizás refleje un fallo a la hora de contar a los niños y niñas con discapacidad que están confinados en instituciones, ocultos por unos familiares que temen ser discriminados, o que viven y trabajan en las calles.

La cultura también desempeña un papel importante. La interpretación de lo que puede ser considerado un funcionamiento "normal" varía según el contexto e influye en el resultado de la medición. La consecución de ciertos objetivos no solo varía entre los niños, sino que difiere asimismo según la cultura. A los niños se les puede estimular para que experimenten nuevas actividades en las diferentes etapas del desarrollo. Por ejemplo, un estudio demostró que el 50% de las niñas y los niños de las zonas urbanas en la India "sabían usar una taza" cuando tenían alrededor de dos años y medio de edad, mientras que en Tailandia los niños conseguían eso mismo a los 10 meses aproximadamente[119]. Por lo tanto, es importante hacer una evaluación de la población infantil, contrastando los valores referenciales apropiados a las circunstancias y costumbres locales.

Por estas razones, las herramientas de valoración elaboradas en países de altos ingresos, tales como la escala de inteligencia Wechsler para

Cuatro estudios de caso:

Porcentaje de la población que informa sobre alguna forma de discapacidad



Fuente: UNICEF, a partir de las encuestas y los censos mencionados arriba

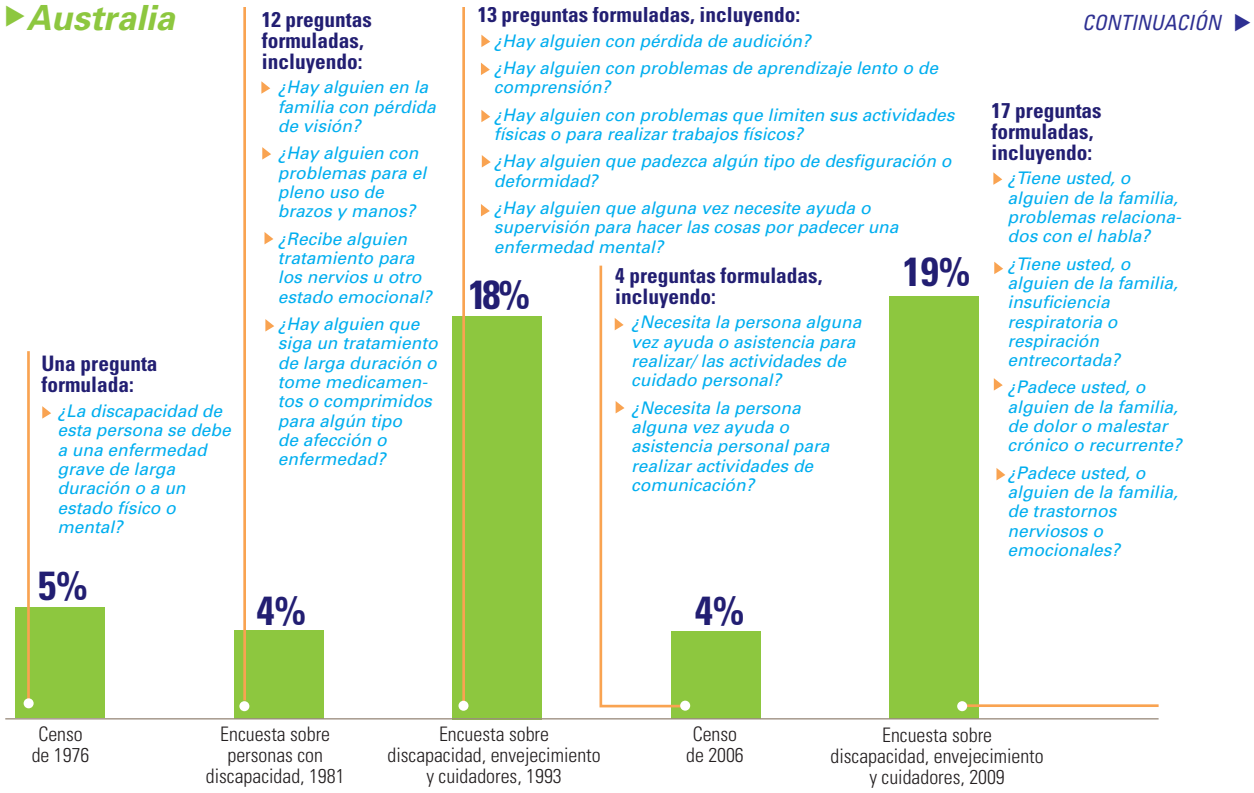
niños y la escala Griffith de desarrollo mental[120], no se pueden aplicar de forma indiscriminada en otros países o comunidades, ya que su competencia para detectar y medir de forma precisa la discapacidad en los diferentes contextos socioculturales no está muchas veces probada. Los marcos referenciales pueden variar, y las herramientas de estudio pueden fallar al no captar suficientemente las costumbres locales, el entendimiento cultural, la lengua o las expresiones. Por ejemplo, los cuestionarios que evalúan el desarrollo del niño sobre la base de actividades habituales, tales como preparar un desayuno de cereales o tomar parte en juegos de mesa, puede que sean apropiados en algunos lugares, pero no en aquellos donde las niñas y los niños no participan en estas actividades de forma habitual[121].

Recopilación de datos

Es probable que los objetivos específicos de la recopilación de datos influyan a la hora de definir lo que constituye la "discapacidad", las preguntas formuladas y las cifras resultantes. La medida del tipo de discapacidad y su prevalencia a menudo están unidas a iniciativas políticas específicas, tales como los programas de protección social. Los resultados pueden utilizarse para determinar el derecho a beneficios, o para planificar y acordar las prestaciones de ayuda. Por ejemplo, el criterio utilizado para definir la elegibilidad y obtener beneficios por una discapacidad, seguramente va a ser más restrictivo que el utilizado en una encuesta dirigida a identificar a todas las personas con alguna limitación funcional, produciendo unos resultados en cifras radicalmente diferentes[122].

A muchos niños y niñas se les determina una discapacidad cuando entran en contacto con la escuela o los sistemas de salud. Sin embargo, en los países o comunidades de bajos ingresos, el personal sanitario y escolar puede no estar capacitado para reconocer o registrar sistemáticamente la presencia de niños y niñas con discapacidad. El resultado de esta insuficiencia informativa sobre los niños y niñas con discapacidad de los países de bajos ingresos ha contribuido al concepto erróneo de que la discapacidad no merece una prioridad a nivel mundial[123].

En los casos en los que no existe escolarización u otros servicios formales para niños y niñas con



discapacidad, se utilizan otros métodos de enumeración, como censos, encuestas generales y domiciliarias, y entrevistas con informantes clave, para calcular la prevalencia de la discapacidad.

Los instrumentos de recopilación general de datos seguramente no conceden la debida importancia a la cifra de niños y niñas con discapacidades[124]. Emplean la típica pregunta filtro o genérica, como la de que si hay alguien "con discapacidad" en la familia, o utilizan la misma pregunta para todos sus miembros, sin distinción de edad. En las encuestas se suele pasar por alto sobre todo a los niños, con preguntas que no van particularmente dirigidas a ellos[125].

Las encuestas dirigidas a familias que de manera específica abordan el tema de la discapacidad infantil o incluyen medidas particularmente diseñadas para evaluar la discapacidad en niñas y niños han conseguido unos resultados más precisos que los censos o encuestas realizados en familias donde se ha preguntado por la discapacidad en general[126]. Dichas encuestas tienden a presentar informes con tasas de prevalencia más elevadas porque suelen incluir un mayor número de preguntas y son más detalladas.

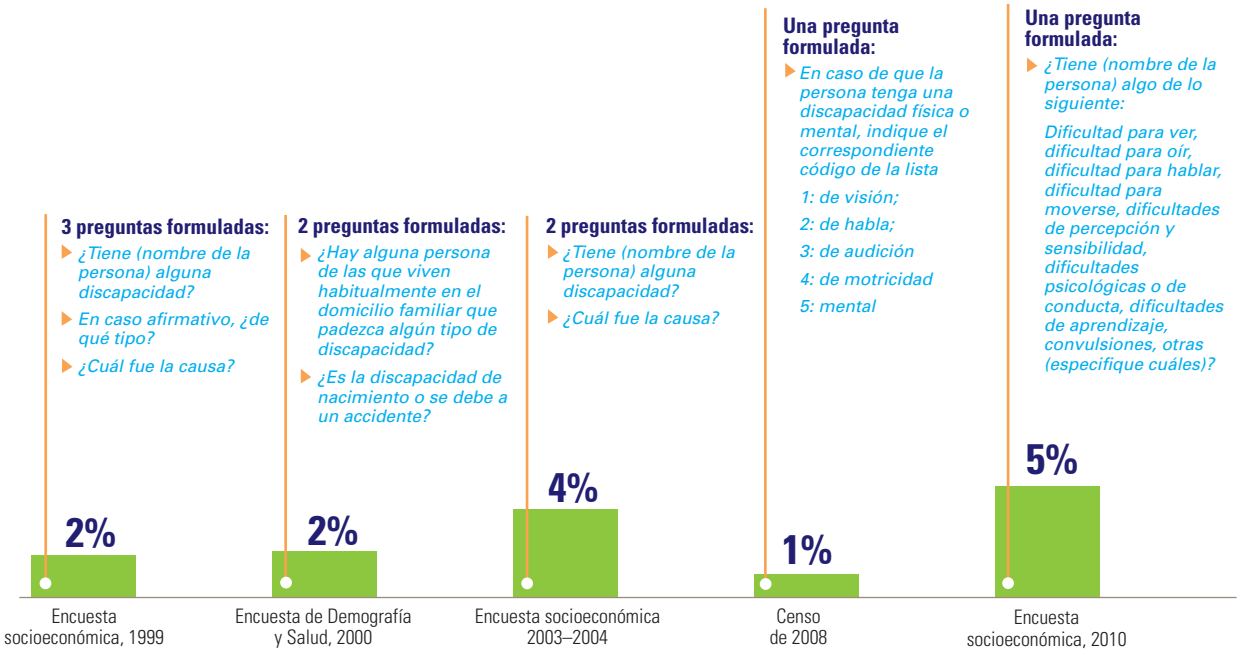
Diseño de cuestionarios

Incluso las encuestas bien diseñadas pueden informar erróneamente sobre la discapacidad si se aplica a los niños un solo grupo de preguntas para toda la escala de edad. La elección de las preguntas se debe hacer a la medida de la edad del niño para que reflejen las fases del desarrollo evolutivo de sus capacidades[127]. Algunas competencias, como las de cuidados personales (por ejemplo, lavarse y vestirse) no serán oportunas para las niñas y los niños más pequeños. Dada la complejidad de los procesos de desarrollo que deben realizarse en los primeros dos años de vida, sin herramientas o una valoración especializada puede ser difícil distinguir la discapacidad de algunas variantes en el desarrollo normal[128].

Las preguntas diseñadas para valorar la discapacidad en la población adulta no siempre son aplicables a los niños; sin embargo, muchos instrumentos de las encuestas utilizan un conjunto único de preguntas para ambos grupos. Entre los ejemplos de preguntas de escasa relevancia para los niños se incluyen las que se refieren a caídas o pérdida de memoria, así como las que aluden a tareas que las niñas y los niños más pequeños no podrían

CUATRO ESTUDIOS DE CASO (continuación)

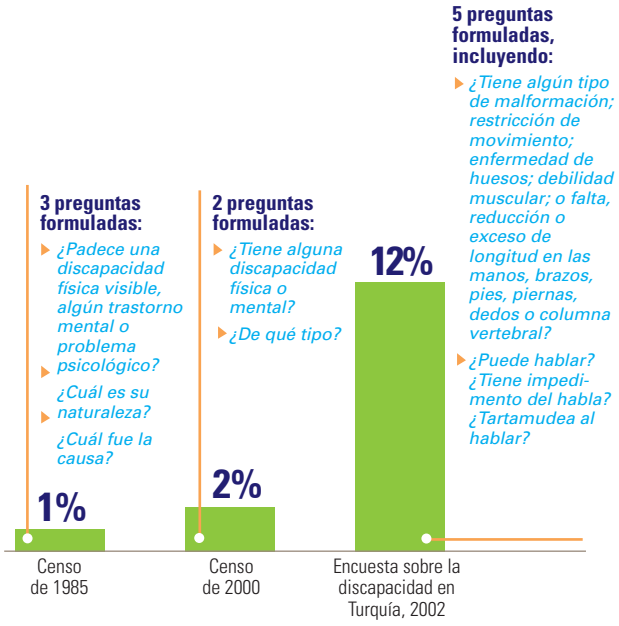
▶ *Camboya*



realizar por sí solos. Las preguntas que relacionan la discapacidad con la población de mayor edad no solo son irrelevantes para la valoración del niño, sino que pueden también influir en la mente del cuestionado a la hora de responder qué debería considerarse discapacidad, de modo que la naturaleza y calidad de la respuesta se vería afectada[129]. Para evaluar de manera precisa la discapacidad de las niñas y los niños, se debe tener en cuenta el uso de cuestionarios que estén particularmente diseñados para este propósito.

Muchos instrumentos de recopilación de datos, incluidos los censos y encuestas en viviendas familiares, están únicamente basados en las respuestas de los progenitores, cuando normalmente son los cuidadores quienes mejor informan sobre el estado de discapacidad de los niños que tienen a su cargo. Aunque el lugar que ocupan los progenitores y cuidadores suele ser privilegiado para identificar las dificultades con las que sus niños se pueden encontrar al realizar determinadas tareas, sus respuestas no son suficientes para hacer un diagnóstico o establecer la prevalencia de las discapacidades. La precisa valoración de la discapacidad de un niño requiere de una interpretación rigurosa de los comportamientos adecuados a la edad. Las personas que responden al cuestionario es posible que tengan un conocimiento limitado de las cotas específicas utilizadas para evaluar a niñas y niños en cada una de sus etapas de desarrollo, y quizás no estén en posición de detectar adecuadamente las manifestaciones de determinados tipos de discapacidad. Ciertas condiciones temporales, como una infección de oído, pueden causar grandes dificultades para llevar a cabo algunas tareas y ser presentadas como una forma de discapacidad. Al mismo tiempo, puede ocurrir que el padre o la madre pasen por alto algunos indicios, o duden de informarlos, por la falta de aceptación o el estigma que rodea la discapacidad en su cultura. La elección de la terminología utilizada en los cuestionarios puede reforzar o corregir tales fenómenos de distorsión estadística y discriminación social.

▶ *Turquía*



Fines y consecuencias

Los esfuerzos para medir la discapacidad de una niña o un niño representan una oportunidad para unir valoraciones con estrategias de intervención. Con frecuencia, la valoración de la discapacidad de un niño supone la primera oportunidad para determinar su situación y enviarlo a un especialista, o administrarle algún tipo de atención inmediata. La competencia y los recursos para el seguimiento de la valoración y el respaldo a esos niños a quienes se les ha diagnosticado una discapacidad son desgraciadamente escasas[130]. Admitida la importancia de una intervención temprana, debería examinarse la posibilidad de unir exploración y valoración con intervenciones sencillas, especialmente en el marco de la clase media y baja.

Los datos que captan el tipo de discapacidad de los niños y su gravedad, así como las barreras que evitan el funcionamiento y la participación de niños y niñas con discapacidad en la comunidad, cuando se combinan con los indicadores socioeconómicos oportunos, ayudan a alentar decisiones sobre cómo asignar recursos, eliminar obstáculos, diseñar y ofrecer servicios y evaluar dichas intervenciones de manera significativa.

Por ejemplo, los datos se pueden utilizar para determinar si los ingresos, el género o la pertenencia a una minoría afectan el acceso a la educación, la inmunización o la administración de suplementos nutricionales para niños y niñas con

discapacidad. Una supervisión regular hace posible evaluar si las iniciativas diseñadas para beneficiar a las niñas y los niños están cumpliendo sus objetivos.

Existe una clara necesidad de concertar la evaluación de discapacidad del niño para producir cálculos que sean fiables, válidos e internacionalmente comparables. Esto facilitaría una política apropiada y respuestas programáticas por parte de los gobiernos y de sus asociados internacionales, y de este modo cumplir el requerimiento de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Sin embargo, el estado actual fragmentado de la recopilación de datos sobre discapacidad infantil no puede servir de excusa para postergar la adopción de medidas eficaces para la inclusión del niño. Conforme los nuevos análisis de datos vayan emergiendo, ofrecerán la oportunidad de adaptar los programas ya existentes y planificados para niños y niñas con discapacidad y para sus familias.

Un camino hacia adelante

UNICEF mantiene conversaciones con el fin de mejorar la metodología utilizada para medir la discapacidad del niño o de la niña en las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados y en otras labores de recopilación de datos. Este trabajo se está llevando a cabo en colaboración con el Grupo de Washington sobre Estadísticas de la Discapacidad, las oficinas nacionales de estadística, y los organismos de recopilación de datos, los académicos, los profesionales, las organizaciones de personas con discapacidad y otros grupos interesados. Estas asociaciones se consideran como una condición esencial para lograr a escala mundial una supervisión fiable y un sistema de información sobre la discapacidad del niño.

El Grupo de Washington se creó en 2001 bajo el patrocinio de las Naciones Unidas para mejorar la calidad y comparabilidad internacional de las medidas sobre la discapacidad. El Grupo ha elaborado, o suscrito, preguntas sobre la discapacidad en las personas adultas que han sido utilizadas por varios países en censos y encuestas, y en 2010 comenzó a trabajar en el desarrollo de un grupo de preguntas para medir el funcionamiento y la discapacidad entre los niños y jóvenes.

El trabajo llevado a cabo por UNICEF y el Grupo de Washington para desarrollar una herramienta de investigación que refleje el pensamiento actual sobre el funcionamiento y la discapacidad del niño está basado en el marco conceptual de la clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud para la infancia y adolescencia de la Organización Mundial de la Salud. La herramienta de investigación que se está elaborando se centra en las limitaciones de la actividad y pretende cumplir con los objetivos de cualquier país particular, por ejemplo: identificando a los niños con riesgo de exclusión social y de una reducida participación en la vida familiar, en la educación y en la sociedad. El esfuerzo de colaboración pretende desarrollar un módulo de evaluación sobre el funcionamiento y la discapacidad del niño, que pueda producir cifras comparables a nivel nacional y promocionar la concertación de los datos del funcionamiento y de la discapacidad en la infancia a nivel internacional. El módulo cubre la franja de edad comprendida entre los 2 y los 17 años, y evalúa el habla y el lenguaje, la audición, la visión, el aprendizaje (desarrollo intelectual y cognitivo), movilidad y psicomotricidad, emociones y conducta. Además de estos tipos de actividad relativamente básicos, la herramienta de investigación también incluye aspectos relacionados con las habilidades de los niños para participar en una serie de actividades e interacciones sociales. En vez de confiar en el planteamiento de un simple sí o no, estos aspectos tienen que ser valorados en contraste con una escala de evaluación para reflejar mejor el grado de discapacidad.

También se encuentra en desarrollo una metodología estandarizada de conjunto para una valoración más a fondo sobre la discapacidad en la infancia. Consistirá en la elaboración de protocolos de recopilación de datos, así como de un marco donde encuadrar los resultados de los análisis. Como hay que admitir que en algunas zonas pueden escasear los especialistas, se está diseñando un conjunto de herramientas que permita a los profesores, trabajadores de la comunidad y otros profesionales cualificados aplicar la nueva metodología. Esto le servirá para fortalecer la capacidad local de identificar y evaluar a los niños y niñas con discapacidades.

ENFOQUE

Lecciones aprendidas

Desde 1995, UNICEF ha respaldado a países en el seguimiento de los progresos en terrenos clave para el bienestar de niños y mujeres a través de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés). Estas encuestas, realizadas a nivel nacional en viviendas familiares representativas, se han llevado a cabo en más de 100 países de ingreso bajo y mediano, y algunas han incluido un módulo diseñado para observar la discapacidad en el menor. Esta información está sirviendo de base para diseñar una herramienta de medición mejorada con la que evaluar la discapacidad infantil.

La discapacidad empezó a formar parte de los cuestionarios MICS de los años 2000–2001 (MICS2). Desde entonces, los datos sobre la discapacidad han sido recopilados a través de más de 50 encuestas, logrando que las encuestas MICS se conviertan en la mayor fuente de datos comparables sobre discapacidad infantil en países de bajos y medios ingresos.

El módulo estándar sobre la discapacidad incluido en las encuestas MICS, realizadas entre los años 2000 y 2010, se encuentra en las diez preguntas filtro, que fueron elaboradas en 1984 como parte del estudio piloto internacional sobre la discapacidad infantil grave. Su diseño refleja cómo se entendía y se examinaba la discapacidad en ese momento.

El proceso de las diez preguntas filtro comienza con una entrevista a los cuidadores principales de las niñas y los niños de 2 a 9 años de edad, a los que se les pide que faciliten una valoración personal del funcionamiento y desarrollo mental y físico de las niñas y los niños que tienen a su cargo. Las preguntas incluyen información sobre si los menores parecen tener dificultad auditiva; si las niñas o los niños son capaces de seguir instrucciones; si sufren ataques o pérdida de la conciencia; y si van retrasados en su psicomotricidad (levantarse, sentarse o caminar) comparados con otros niños o niñas. Las categorías de las respuestas no dan lugar a matices, y las niñas y niños están clasificados como positivos (resultados anormales) o negativos (normales) en cada pregunta de las pruebas de detección.

La validez del enfoque de las diez preguntas se ha examinado ampliamente, pero los resultados se deben interpretar con cautela. Las diez preguntas son una herramienta filtro que requiere un seguimiento médico y una valoración del desarrollo con la que poder brindar un cálculo fiable del número de niños y niñas con discapacidad en una población determinada. Los niños que tienen serias discapacidades son muy propensos a dar resultados positivos, pero en algunos casos se descubre en pruebas posteriores que dichos resultados no encierran una discapacidad. A veces, el resultado positivo de las pruebas de filtro de los niños se debe a condiciones de salud temporales que pueden ser tratadas fácilmente. Aunque las diez preguntas filtro vienen con la recomendación de un seguimiento de evaluación en profundidad, pocos países han contado con presupuestos o capacidad para dirigir la segunda etapa de valoración clínica que ratifique los resultados, aparte de que la falta de una metodología estandarizada constituye un obstáculo más para dirigir la valoración.

Con la aplicación de las diez preguntas filtro durante los años 2005–2006, MICS ofreció una amplia gama de resultados en todos los países participantes. El porcentaje de niñas y niños que dieron un resultado positivo de discapacidad varió desde el 3% en Uzbekistán al 48% en la República Centroafricana. Lo que no quedó claro es si esta desigualdad numérica reflejó diferencias verdaderas entre las poblaciones examinadas o factores adicionales. Por ejemplo, la baja tasa presentada en Uzbekistán puede que refleje, entre otras cosas, la gran población de niños y niñas con discapacidad que viven en instituciones y que no participan en las encuestas de viviendas familiares.

ENFOQUE

De la prueba a la evaluación

Expertos en la medición de la discapacidad infantil están de acuerdo en que las medidas de exploración, (como las entrevistas de las diez preguntas filtro), necesitan un seguimiento con valoraciones realizadas en profundidad. Estas valoraciones permiten validar los resultados de la prueba inicial y hacer posible un mejor entendimiento del grado y la naturaleza de la discapacidad infantil en un país. Camboya, Bhután y la ex República Yugoslava de Macedonia son tres países que han asumido dichas valoraciones. Sus experiencias ofrecen lecciones importantes para la medición de la discapacidad de niñas y niños y la adaptación de la metodología al contexto local. También dan testimonio del poder transformador de la recopilación de datos.

En Camboya, todas las niñas y los niños con resultado positivo (anormal) en las diez preguntas, y un 10% elegido al azar, con resultado negativo (normal), fueron remitidos para ser valorados más detenidamente por un equipo multiprofesional formado por médicos, especialistas en el oído y la visión, y por psicólogos. El equipo, tras recibir formación, fue enviado por todo el país para dirigir las valoraciones de la discapacidad infantil en centros de salud locales y en servicios similares. La decisión de utilizar un equipo móvil de especialistas se tomó con el fin de asegurar la calidad uniforme de la exploración por todo el país y minimizar el lapso de tiempo entre la prueba y la evaluación.

El mismo planteamiento de muestreo se empleó en Bhután, donde la fase de prueba identificó a 3.500 niñas y niños con riesgo de discapacidad en una prueba realizada a 11.370 niñas y niños. Un equipo básico de siete profesionales recibió dos semanas de formación sobre cómo dirigir la evaluación. A su vez, ellos mismos se responsabilizaron de la preparación de otros 120 profesionales de la salud y la educación. A estos profesionales se les dividió en dos grupos. El primero consistió en 30 supervisores reclutados entre médicos de medicina general, pediatras, oculistas, fisioterapeutas y educadores especiales. El segundo grupo de 90 peritos y asesores de campo estuvo formado mayormente por maestros de escuelas primarias y trabajadores sociales.

La metodología utilizada en la ex República Yugoslava de Macedonia procedía de Camboya, con algunas adaptaciones trazadas por la pericia técnica y las herramientas disponibles en el contexto local. Se dirigieron dos estudios: uno nacional y otro centrado en la población romaní. La evaluación consistía en una hora con un médico o psicólogo y un periodo de 10 a 15 minutos de observación con un oftalmólogo y un especialista en el oído.

Las experiencias en los tres países demuestra la importancia de las asociaciones colectivas a la hora de movilizar recursos limitados y de garantizar tasas de respuesta elevadas, que a cambio ofrecen sólidos resultados. Estas asociaciones colectivas involucran a las agencias gubernamentales y a sus asociados internacionales, a las organizaciones de personas con discapacidad y a otras organizaciones de la sociedad civil. En la ex República Yugoslava de Macedonia, por ejemplo, los asociados hicieron posible dirigir evaluaciones en las guarderías locales durante los fines de semana, algo que favorecía a los niños y las niñas y a sus familias.

También es importante adaptar al potencial local la composición del equipo básico de evaluación y el tipo de herramientas utilizado. En el momento que se

Desde las primeras etapas de la planificación se debería incorporar a la valoración una estrategia para intervenir en nombre de los niños a quienes se ha detectado una discapacidad.

llevaba a cabo el estudio, tanto Camboya como Bhután tuvieron que hacer frente a la falta de asesores cualificados. En Camboya, esta situación se superó al emplear un equipo móvil de evaluación, mientras que en Bhután se hizo hincapié en la formación de profesionales de nivel medio. La disponibilidad de especialistas no es algo que pueda darse por sentado; en Camboya, por ejemplo, el jefe de especialistas de oído vino de fuera del país.

Las herramientas de evaluación (cuestionarios y pruebas) tendrían que validarse localmente y ser culturalmente apropiados. También habría que prestar especial atención al idioma. Uno de los retos con los que uno se tropieza en Camboya está relacionado con la traducción de los instrumentos de evaluación del inglés al khmer, especialmente cuando se trata de encontrar equivalentes lingüísticos para los conceptos de deficiencia y discapacidad. El tipo de valoración del diagnóstico utilizado en el estudio de Camboya fue revisado para adecuarlo a las características de la ex República Yugoslava de Macedonia y la prueba local *chuturich* fue utilizada para el componente psicológico de la evaluación.

La evaluación lleva a la acción

Con la evaluación llega el potencial para una intervención inmediata. En Camboya, a algunos niños y niñas que en las pruebas auditivas habían mostrado una discapacidad, se descubrió que tenían una infección de oído o un tapón de cera. Esto limitaba su audición y en muchos casos también su participación en la escuela, pero una vez identificadas sus dolencias, se les ofreció tratamiento, previniendo de este modo posibles infecciones secundarias más graves y deficiencias a largo plazo.

La evaluación también puede ayudar al aumento de conciencia y a generar un cambio incluso si el proceso de recolección y los análisis de datos están todavía en curso. Cuando las evaluaciones clínicas en Bhután mostraron una incidencia más alta de discapacidades cognitivas leves entre las niñas y los niños de los hogares más pobres y cuyas madres tenían menos preparación, el gobierno decidió centrarse en el desarrollo de la primera infancia y en los servicios de cuidado de los niños de zonas rurales, donde los ingresos y los niveles de educación son más bajos. Y en la ex República Yugoslava de Macedonia, los resultados que revelaban el acceso desigual a la educación estimularon los planes para mejorar la participación escolar y la lucha contra la discriminación de los niños y las niñas con discapacidades.

Desde las primeras etapas de la planificación se debería incorporar a la valoración una estrategia para intervenir en nombre de los niños a quienes se ha detectado una discapacidad. Dicha estrategia debería incluir un gráfico con los servicios disponibles, el desarrollo de los protocolos de remisión y la preparación de los materiales informativos para familias, sobre cómo ajustar el entorno de los niños para que aumenten su funcionamiento y participación en el hogar y en la comunidad.

PERSPECTIVA

Desde la invisibilidad hasta la inclusión para los niños indígenas con discapacidad

Por Olga Montufar Contreras

Olga Montufar Contreras es la presidenta de la Fundación Paso a Paso, una organización multicultural que promueve la integración social de los indígenas con discapacidades en México. Hija de una mujer sorda, recibió formación de ingeniería y tiene una maestría en Políticas Sociales y Desarrollo.

Las personas indígenas han tenido que vivir durante mucho tiempo en la extrema pobreza, la discriminación y la exclusión de la sociedad y de los servicios sociales. Dentro de nuestras comunidades, los jóvenes de ambos sexos con discapacidades son los más vulnerables y los que peor lo pasan. Su marginalización persiste a pesar de que tres organismos internacionales de los derechos humanos, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas y la Convención sobre los Derechos del Niño, nos permitieron una oportunidad histórica para abordar los retos a los que se enfrentaba la población infantil indígena con discapacidades.

Yo nací en una comunidad indígena con una discapacidad física causada por la poliomielitis, y aunque han pasado los años veo que la situación ha cambiado poco, o más bien nada. Hoy en día, igual que cuando era pequeña, los niños y las niñas con discapacidad están condenados al ostracismo, y el rechazo que sufren por parte de la comunidad se extiende a la madre, al padre y a los hermanos y hermanas, porque la discapacidad está considerada como un castigo divino, y un niño con discapacidad representa una carga para la comunidad. Ahora, como entonces, resulta extremadamente difícil acceder a los servicios y hacer frente a los gastos adicionales generados por un miembro de la familia con discapacidad. La miseria absoluta, el aislamiento geográfico y la marginación política se sustentan y están reforzados por la discriminación y los prejuicios. Las consecuencias pueden ser graves: muchas madres, débiles y sin poder para cambiar las cosas, permanecen en silencio ante nuestra condición o recurren al infanticidio.

Mi familia es una de las pocas que muestran solidaridad hacia los hijos e hijas que tienen discapacidades. En nuestro caso se debía en parte a que habíamos migrado a la ciudad y pudimos obtener una vivienda más cerca de los servicios de asistencia. Pero en las desesperadas circunstancias en las que viven la mayoría de nuestras familias, son frecuentes las violaciones de los derechos humanos, y no despiertan el interés de los demás. Por eso es necesario movilizar la voluntad y los recursos para tomar medidas que merezcan la pena.

Uno de los problemas más acuciantes que hay que abordar es la falta de datos estadísticos sobre las comunidades indígenas en general y de nuestros niños y niñas con discapacidad en particular. Reunir los datos puede

Reunir los datos puede resultar una ardua tarea: las familias indígenas viven en casas diseminadas, a menudo en zonas remotas. Puede que no haya suficientes entrevistadores que hablen lenguas indígenas.

resultar una ardua tarea: las familias indígenas viven en casas diseminadas, a menudo en zonas remotas.

Puede que no haya suficientes entrevistadores que hablen lenguas indígenas. En muchas ocasiones, las familias niegan nuestra existencia a las personas a cargo de las encuestas. Incluso en los casos en que nuestros padres y madres nos admiten y quieren ayudarnos, acaban entregando una información insuficiente porque, para empezar, son pocos (suponiendo que haya alguno) los servicios de pruebas o diagnóstico de la discapacidad. Como la falta de dichos servicios contribuye a nuestra invisibilidad, esto supone una amenaza a nuestra condición física e intelectual. A estos problemas hay que añadir que a los niños y niñas con discapacidad a menudo no se les registra al nacer, siendo éste uno de los principales obstáculos para que se reconozca nuestra ciudadanía y el derecho a los servicios públicos. Esta circunstancia debería motivar la investigación en las poblaciones indígenas, y los resultados pueden servir como punto de partida para desarrollar políticas públicas y servicios que aborden nuestras necesidades y garanticen nuestros derechos.

La falta de accesos al sistema de educación convencional también puede ser corregida. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad requiere la inclusión de los niños y las niñas indígenas con discapacidad pero, en la práctica, la inclusión a menudo se encuentra muy lejos del alcance de las niñas y los niños de nuestras comunidades. Las distancias que deben recorrer a diario para llegar a la escuela a veces son inaccesibles. Hay pocas escuelas que cuenten con instalaciones apropiadas y los servicios mínimos para facilitar el aprendizaje. Y, de nuevo, las prácticas de la comunidad tradicional contribuyen a la falta de una educación inclusiva. Los jefes de los clanes determinan las funciones que deben desempeñar las niñas y los niños desde su nacimiento, y, en caso de que padezcan alguna discapacidad, la idea generalizada es que enviarlos a la escuela supone una pérdida de tiempo, además de una carga económica excesiva para la familia. Mucha gente cree que las personas con alguna discapacidad como yo somos objetos rotos que no servimos para nada, incluso si se nos arregla provisionalmente. La situación es aún peor para las niñas con discapacidad, ya que para nosotras es más difícil que para los niños obtener permiso para estudiar.

Incluso cuando los estigmas de la comunidad se han superado y hemos podido asistir a la escuela, nuestros profesores tienen que hacer frente a dos obstáculos: el insuficiente conocimiento de las lenguas indígenas y su inadecuada preparación en educación incluyente. La falta de preparación hace más difícil incluir a los niños y niñas con discapacidades. Por consiguiente, nos vemos obligados a confiar en la buena voluntad de los profesores que, a título personal, acepten el reto de incluir en sus aulas a niños indígenas con discapacidades.

En México, como en cualquier otro sitio, los gobiernos, organismos internacionales y grupos de la comunidad se esfuerzan por eliminar la distancia que existe entre lo ideal y lo actualmente posible. Debemos seguir trabajando juntos para garantizar una infancia más justa y equitativa, para transformar las vidas de las niñas y los niños indígenas discapacitados mediante la esperanza y las oportunidades para el futuro, de manera que también ellos puedan ser libres para dejar volar sus sueños.

Nguyen, que es autista, asiste a una clase, especialmente adaptada a sus necesidades, en el Centro de Recursos para una Educación Inclusiva Da Nang, en Viet Nam. Dichos centros se crearon para ayudar a las niñas y los niños a prepararse para la admisión en escuelas convencionales inclusivas. © UNICEF/Viet Nam/2012/Bisin

UN PROGRAMA DE ACCIÓN

Los países del mundo han afirmado repetidas veces su compromiso con la construcción de sociedades más integradas. Como resultado, la situación de muchos niños y niñas con discapacidad, y de sus familias, ha mejorado.

Sin embargo, los progresos han sido diferentes entre los países y dentro de ellos. Muchos niños y niñas con discapacidad siguen haciendo frente a obstáculos que limitan su participación en los asuntos cívicos, sociales y culturales de sus comunidades. Esto ocurre tanto en aquellas situaciones que podrían considerarse como normales, como durante las crisis humanitarias. Las siguientes recomendaciones se aplican con la misma urgencia en las situaciones humanitarias, y su aplicación en ese contexto se explica con mayor detalle en el capítulo 5. Lograr la promesa de la equidad por medio de la inclusión exigirá que los actores que se especifican más adelante y en todo este informe tomen las medidas que también se han mencionado antes y se detallan de nuevo a continuación.

Ratificar y aplicar las convenciones

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) ofrecen una minuciosa orientación para establecer sociedades integradas. A comienzos de este año, 127 países y la Unión Europea habían ratificado la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y 193 habían ratificado la CDN. De este modo, reafirmaron su compromiso con todos sus ciudadanos. Otros países tienen todavía que unirse al movimiento mundial que estos países representan.

La ratificación por sí sola no será suficiente. El proceso de cumplir con los compromisos en la práctica exigirá el esfuerzo de los gobiernos nacionales, las autoridades locales, los empleadores, las organizaciones de personas con discapacidad y las asociaciones de padres y madres. Además, las organizaciones internacionales y los donantes pueden armonizar su asistencia en el marco de estos instrumentos internacionales. Cumplir con las promesas de las dos convenciones exigirá no solamente una puesta en vigor diligente, sino también un seguimiento riguroso y un compromiso incansable de todos con la rendición de cuentas y la adaptación.

Luchar contra la discriminación

La discriminación es la raíz de muchos de los problemas a los que hacen frente los niños y niñas con discapacidad y sus familias. Los principios de la igualdad de derechos y la no discriminación se deben reflejar tanto en las leyes como en las políticas, y es preciso complementarlos con los esfuerzos para mejorar la concienciación sobre la discapacidad entre el público general, comenzando por todos aquellos que proporcionan servicios esenciales a los niños y niñas en esferas como la salud, la educación y la protección. Para ello, los organismos internacionales y sus aliados en el gobierno y en la comunidad pueden aumentar los esfuerzos para lograr que los funcionarios y servidores públicos a todos los niveles de antigüedad tengan una comprensión más profunda de los derechos, las capacidades y los problemas de los niños y niñas con discapacidad, a fin de que los encargados de elaborar políticas y los proveedores de servicios puedan prevalecer contra los prejuicios, tanto si proceden de la sociedad como de ellos mismos.

Cuando las comunidades aceptan la discapacidad como parte de la diversidad humana; cuando sistemas genéricos como la educación y la recreación están disponibles e integrados; y cuando no se obliga a los progenitores a cargar con todos los costos asociados con la discapacidad, las familias de los niños y niñas con discapacidad pueden hacer frente a los problemas y prosperar del mismo modo que otras familias. Las organizaciones de progenitores pueden desempeñar un papel fundamental, pero es preciso dotarlas de más medios para que los niños y niñas con discapacidad reciban el valor, el aprecio y el apoyo que merecen de sus familias y sus comunidades.

Los Estados Parte de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y las Naciones Unidas y sus organismos se han comprometido a llevar a cabo campañas de concienciación para cambiar las actitudes hacia los niños y niñas con discapacidad y sus familias. Entre otras cosas, esto requerirá destacar sus habilidades y capacidades, y promover el compromiso de la comunidad con los niños y niñas con discapacidad, contando con su participación. Los Estados Parte también tienen que proporcionar información a las familias sobre cómo evitar, reconocer y denunciar casos de explotación, violencia y abuso.

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo: firmas y ratificaciones

155

PAÍSES QUE HAN
FIRMADO LA CONVENCIÓN*

- Afganistán
- Albania
- Alemania
- Andorra
- Angola
- Antigua y Barbuda
- Arabia Saudita
- Argelia
- Argentina
- Armenia
- Australia
- Austria
- Azerbaiyán
- Bahamas
- Bahrein
- Bangladesh
- Barbados
- Belarús
- Bélgica
- Belice

128

PAÍSES QUE HAN
RATIFICADO LA CONVENCIÓN*

- Benin
- Bhután
- Bolivia (Estado Plurinacional de)
- Bosnia y Herzegovina
- Botswana
- Brasil
- Brunei Darussalam
- Bulgaria
- Burkina Faso
- Burundi
- Cabo Verde
- Camboya
- Camerún
- Canadá
- Chad
- Chile
- China
- Chipre
- Colombia
- Comoras

91

PAÍSES QUE HAN
FIRMADO EL PROTOCOLO

- Congo
- Costa Rica
- Côte d'Ivoire
- Croacia
- Cuba
- Dinamarca
- Djibouti
- Dominica
- Ecuador
- Egipto
- El Salvador
- Emiratos Árabes Unidos
- Eritrea
- Eslovaquia
- Eslovenia
- España
- Estados Unidos
- Estonia
- Etiopía
- Ex República Yugoslava de Macedonia

76

PAÍSES QUE HAN
RATIFICADO EL PROTOCOLO

- Federación de Rusia
- Fiji
- Filipinas
- Finlandia
- Francia
- Gabón
- Gambia
- Georgia
- Ghana
- Granada
- Grecia
- Guatemala
- Guinea
- Guinea Ecuatorial
- Guinea-Bissau
- Guyana
- Haití
- Honduras
- Hungría
- India

27

PAÍSES QUE NO HAN
FIRMADO

* Incluye la Unión Europea

Fuente: UN Enable; Colección de Tratados de las Naciones Unidas. Las notas sobre los términos utilizados se encuentran en la pág.154.

La discriminación sobre la base de la discapacidad es una forma de opresión. Establecer un derecho claro y con base jurídica a recibir protección contra la discriminación es fundamental para reducir la vulnerabilidad de los niños y niñas con discapacidad. La legislación tiene mayor sentido cuando se informa a los niños y niñas con discapacidad sobre su derecho a la protección contra la discriminación y se les indica cómo pueden ejercer este derecho. Allí donde no haya una legislación que prohíba la discriminación sobre la base de la discapacidad, las organizaciones de las personas con discapacidad y la sociedad civil en su conjunto tendrán que seguir desempeñando una función fundamental ejerciendo presión en favor de este tipo de leyes, de la misma manera que lo hacen con respecto a la prestación de servicios y la promoción de la transparencia y la rendición de cuentas.

Eliminar los obstáculos a la inclusión

Todos los entornos infantiles –los centros para la primera infancia, las escuelas, los establecimientos de salud, el transporte público, los lugares de recreo, etc.– pueden construirse de tal modo que faciliten el acceso y alienten la participación de los niños y niñas con discapacidad junto a los otros niños. Un diseño

(continúa en la página 80)

PERSPECTIVA

Abrir las puertas a la educación y al empleo

Por Ivory Duncan

Nacida en 1991, Ivory Duncan está cursando estudios en Comunicaciones en la Universidad de Guyana. Promueve los derechos de los jóvenes con discapacidad por medio de la red Leonard Cheshire Disability Young Voices y es voluntaria en la Comisión Nacional sobre la Discapacidad de Guyana.

Como yo, un gran número de personas jóvenes con discapacidad tratan de alcanzar un futuro que no pueden dar por sentado. ¿Podremos superar los obstáculos físicos y financieros que supone la educación superior? Si conseguimos graduarnos en la universidad o en la escuela de formación profesional, ¿qué tipos de trabajos nos esperan? ¿Tendremos igualdad de oportunidades, podremos hacer frente a la discriminación? ¿Tendremos la posibilidad de demostrar nuestra valía en el competitivo mundo del empleo? Y si no es así, ¿cómo podremos ser ciudadanos y productores plenos, miembros de la sociedad en el mismo pie de igualdad que todos aquellos que no tienen discapacidades?

Perdí la pierna después de un accidente de tráfico cuando tenía 15 años. Mis padres, que son personas de escasos recursos, lograron perseverar para ayudarme a pagar los gastos a fin de que pudiera recibir una educación universitaria, a pesar de que tenían que criar a otros dos niños con discapacidad. La vida puede ser dura, pero yo agradezco mi buena fortuna: tengo una familia cariñosa y estoy trabajando para cumplir mi sueño, que es recibir un título y tener una carrera.

Satisfacer nuestros sueños conlleva un esfuerzo que no se exige a los jóvenes sin discapacidades. Para ir a la universidad desde mi casa, no tengo otra posibilidad que tomar un taxi, porque la otra forma sería tomar un bote o cruzar el puente del puerto de Demerara, nada de lo cual resulta posible en mi silla de ruedas. Pagar un taxi es caro, y mis padres luchan para llegar a fin de mes. Asistir a la universidad también supone un desafío físico. Resulta difícil ir de una clase a otra porque las aulas no suelen ser accesibles a los usuarios de sillas de ruedas. Hay largas escaleras, y cuando finalmente consigo llegar a clase, estoy cansada y frustrada, y me resulta difícil concentrarme en lo que dice el profesor. Pero trato de hacerlo porque sé que es mejor intentar y no conseguirlo, que no intentarlo.

Los problemas comenzaron mucho antes de llegar a la educación superior. Resulta fácil encerrar a los niños y niñas con discapacidad y esconderlos de la sociedad, lo que les impide acudir a la escuela o realizar una contribución significativa a la sociedad. Se les debería alentar a acudir a las escuelas generales si es posible, al mismo tiempo que debería de haber escuelas especiales que incluyan la formación profesional y servicios de apoyo. Las escuelas con necesidades especiales deberían ofrecer un plan de estudios completo para los estudiantes con discapacidad, a fin de ayudarles a ampliar sus

Me gustaría tener también la confianza en que cuando me gradúe y busque un trabajo, no sufriré de discriminación debido a mi discapacidad, sino que se reconocerán mis capacidades, mis cualificaciones y mi potencial.

conocimientos y proporcionarles oportunidades para lograr la excelencia académica.

Muchos niños y jóvenes con discapacidad quieren recibir una educación superior, así que es muy importante que ingresen en las escuelas y en otras instituciones de aprendizaje y reciban las mismas oportunidades que otros estudiantes en lo que se refiere a escoger los cursos y las actividades. Depende de las instituciones educativas y de los gobiernos acomodar y apoyar a los estudiantes como yo para que podamos recibir la educación que necesitamos y lograr cualquier tipo de objetivo que tengamos.

Acomodar a los niños y los jóvenes con discapacidad requiere cosas como ajustar los requisitos y los criterios de entrada para aprobar, y garantizar que los materiales de aprendizaje, los exámenes y los horarios de clase tengan en cuenta nuestras necesidades. Es necesario capacitar apropiadamente a los maestros y ofrecerles la posibilidad de recibir instrucción adicional en otros países a fin de mejorar la calidad de la educación. Las escuelas deben enseñar braille y otras formas de comunicación cuando sea necesario, y también existe una gran necesidad de instalar equipos especiales, que son inexistentes en muchas escuelas de Guyana. Lograr que las instituciones educativas tengan en cuenta las discapacidades significa también establecer instalaciones y servicios de transporte que las personas con discapacidad puedan utilizar; debe haber rampas para los usuarios de sillas de ruedas, lavatorios accesibles y ascensores para personas que no pueden subir las escaleras. Es preciso que todos los aspectos y todos los niveles de la educación, desde la escuela elemental a la universidad, sean accesibles.

Los ministerios de educación y los servicios públicos deben también trabajar juntos para prestar asistencia a aquellos estudiantes con discapacidad que tengan una vocación académica y que deseen avanzar más allá de la educación secundaria. Debido a que las dificultades financieras son una de las principales razones por las que los jóvenes con discapacidad no consiguen continuar su educación, esta asistencia debería incluir subvenciones, préstamos y becas.

Los gobiernos tienen que garantizar también que la educación abra las mismas puertas a los estudiantes con discapacidad, como lo hace con todos los demás. Mi padre y mi madre han empleado mucho esfuerzo y mucho dinero, más de lo que pueden costear, para ayudarme a acudir a la escuela y a la universidad, y ahora yo estoy trabajando duro, a pesar de los desafíos, para acudir a clase y aprender, porque sé que es lo que necesito hacer para mejorar mi vida. Por ello, me gustaría tener también la confianza en que cuando me gradúe y busque un trabajo, no sufriré de discriminación debido a mi discapacidad, sino que se reconocerán mis capacidades, mis cualificaciones y mi potencial. Como persona joven con una discapacidad que ha trabajado muy duro para educarse a sí misma, merezco igual que todos los demás la oportunidad de satisfacer mis sueños, ganarme bien la vida y contribuir a nuestra sociedad.

(viene de la página 77)

universal –la idea de que todos los productos, los entornos construidos, los programas y los servicios deben poder ser utilizados en la mayor medida posible por todas las personas, independientemente de su capacidad, edad o situación social– debe aplicarse en la construcción de las infraestructuras públicas y privadas. Cuando los niños interactúan y se comprenden entre ellos a diferentes niveles de capacidad, todos ellos se benefician.

Los principios del diseño universal se aplican también a la elaboración de planes de estudio y programas de formación profesional incluyentes, así como leyes, políticas y servicios de protección de la infancia. Los niños tienen que tener acceso a sistemas concebidos para dotarles de las aptitudes educativas y de enseñanza para la vida práctica que les preparen para sus años como adultos, y que les protejan del abandono, de los malos tratos y de la violencia a medida que avanzan hacia la vida adulta. Si la protección fracasa, tienen que tener la posibilidad de realizar denuncias y procurar justicia. Los gobiernos tienen una función decisiva que desempeñar al incorporar y poner en práctica las medidas legislativas, administrativas y educativas necesarias para proteger a los niños y niñas con discapacidad contra toda forma de explotación, violencia y malos tratos en todos los entornos. No resulta apropiado crear sistemas separados para los niños y niñas con discapacidad, ya que el objetivo debe ser establecer mecanismos de protección de la infancia incluyentes y de alta calidad que se adapten a todos los niños y niñas, y que puedan acceder a ellos. Uno de estos mecanismos es la inscripción del nacimiento. Aunque no es una garantía por sí misma, es un elemento esencial de la protección. Las medidas para inscribir a los niños y niñas con discapacidad –y lograr por tanto que sean visibles– exigen prioridad.

Poner fin a la institucionalización

Muy a menudo, la invisibilidad y los malos tratos son el destino de los niños y adolescentes con discapacidad que se encuentran confinados en una institución. Estos establecimientos no consiguen sustituir la vida enriquecedora del hogar ni siquiera cuando están bien dirigidos, responden a las necesidades de los niños y son sometidos a inspecciones. Entre las medidas inmediatas para reducir la excesiva dependencia en las instituciones cabe destacar una moratoria en las nuevas admisiones. Esto debe estar acompañado por la promoción y el apoyo a la

Unos niños con problemas de audición y visuales aprenden cerámica en un orfanato de Moscú Oblast, Federación de Rusia.
© UNICEF/RUSS/2011/Kochineva

atención basada en la familia y a la rehabilitación basada en la comunidad. Además, se necesitan medidas más amplias que reduzcan las presiones que llevan a las familias a enviar a sus hijos lejos del hogar. Entre ellas hay que mencionar la creación de servicios públicos, escuelas y sistemas de salud que sean accesibles y adecuados para los niños y niñas con discapacidad y sus familias.

Apoyar a las familias

La CDN indica que los niños deben crecer en un entorno familiar. Esto implica que las familias de los niños y los adolescentes con discapacidad deben recibir un apoyo adecuado a fin de proporcionar el mejor entorno posible y la mejor calidad de vida para sus hijos. El apoyo a las familias y los cuidadores –guarderías infantiles que reciben subsidios, por ejemplo, o préstamos para compensar el aumento de costos y la reducción en los ingresos que supone ocuparse de un niño con una discapacidad– pueden resultar fundamentales para reducir las presiones que llevan a enviar a los niños y niñas con discapacidad a las instituciones. Un apoyo de este tipo puede mejorar también las posibilidades de los niños que vuelven a la comunidad después de haber vivido en una institución.

La discapacidad en la familia está relacionada a menudo con mayores costos de vida y una pérdida de las oportunidades de obtener ingresos, y por ello puede aumentar el riesgo de que estas familias se vuelvan más pobres, o de que sigan viviendo en la pobreza. Los niños y niñas con discapacidad que viven en la pobreza pueden encontrar que resulta especialmente difícil para ellos obtener servicios como la rehabilitación o la tecnología de asistencia. Abandonar a su suerte a estos niños y a sus familias sería poner la promesa de la inclusión lejos de su alcance.

Las políticas sociales deben tener en cuenta los costos monetarios y de tiempo relacionados con la discapacidad. Estos costos se pueden compensar con préstamos sociales, subsidios para transporte o fondos para que dispongan de medios de asistencia personal o de atención alternativa para dar descanso a sus cuidadores. Los beneficios en efectivo son más fáciles de administrar y más flexibles para satisfacer las necesidades concretas de los niños y niñas con discapacidad y de sus familias. También permiten respetar el derecho de los progenitores y los niños a tomar decisiones. En los lugares donde ya existen programas de transferencia de efectivo para las familias que viven en circunstancias difíciles, es posible adaptarlos para que las familias de los niños y niñas con discapacidad no queden excluidas involuntariamente o no reciban un apoyo adecuado. Estas recomendaciones serían urgentes bajo cualquier sustancia, pero lo son aún más en estos tiempos difíciles: la asistencia y los presupuestos sociales se están recortando, el desempleo sigue siendo elevado, los bienes y los servicios son cada vez más caros. Las familias de todo el mundo hacen frente a un riesgo cada vez mayor de caer en la pobreza.

Avanzar más allá de las normas mínimas

Es preciso evaluar continuamente los apoyos y servicios existentes a fin de lograr la mejor calidad posible. El objetivo debe ser avanzar más allá de las normas mínimas. La atención tiene que centrarse en el servicio a los niños individuales con discapacidad, así como en la importancia de transformar sistemas o sociedades en su totalidad. La participación en marcha de los niños con discapacidad y sus familias en la evaluación de los servicios servirá para garantizar una prestación adecuada y apropiada a medida que los niños se hagan mayores y cambien sus necesidades. No es posible exagerar la importancia de esta participación. Los niños y los jóvenes con discapacidad son las fuentes más autorizadas de información sobre lo que ellos mismos necesitan, y su opinión es importante para saber si sus necesidades están siendo satisfechas.

Coordinar los servicios para apoyar al niño

Debido a que los efectos de la discapacidad afectan a varios sectores, es posible coordinar los servicios para tener en cuenta toda la amplia gama de problemas que afrontan los niños con discapacidad y sus familias. Un programa coordinado de intervención temprana en los sectores de la salud, la educación y el bienestar ayudaría a promover la detección temprana y la gestión de las discapacidades de la infancia. Es necesario reforzar las intervenciones de la primera infancia en todos los sectores. Los estudios han indicado que los avances en la capacidad

(continúa en la página 84)

PERSPECTIVA

Poner fin al “hambre de libros” con mejores tecnologías y derechos de autor

Por Kartik Sawhney

Kartik Sawhney es un estudiante de escuela superior de Nueva Delhi, India, que ha obtenido premios a nivel nacional. Promueve activamente los derechos de las personas con discapacidad y es miembro de la red Leonard Cheshire Disability Young Voices.

Las personas con impedimentos visuales hacen frente a lo que por lo menos un escritor ha denominado como un “hambre de libros”. No es algo nuevo para nosotros: las personas con problemas visuales y que no pueden acceder a los medios impresos han estado luchando por este acceso durante un largo tiempo. La “accesibilidad” es un término amplio que incluye acceso al entorno físico, al transporte, a la tecnología de la información y de la comunicación, a la educación y a otras instalaciones. Desde mi punto de vista, es crucial que el material sea accesible. La urgencia es incluso mayor cuando consideramos la situación que existe en los países en desarrollo.

Cuando realicé una encuesta informal entre cerca de 60 estudiantes con problemas visuales que recibían una educación primaria y secundaria en las escuelas generales de la India, encontré que menos del 20% tenía acceso a materiales en su formato preferido, y que menos del 35% tenía acceso a materiales en cualquier tipo de formato. Al tener problemas visuales, yo mismo he sufrido varias experiencias en las que la falta de acceso me ha impedido aprovechar las mismas oportunidades que disfrutan los demás. El esfuerzo necesario para lograr que el material de lectura sea accesible es monumental. Gracias a los avances en el reconocimiento de caracteres ópticos –una tecnología que convierte el texto impreso, escrito a mano o escrito a máquina, en un texto codificado en máquina que hace posible que una voz computarizada lea el texto en voz alta– se han producido algunas mejoras. Sin embargo, el contenido técnico sigue siendo inaccesible. Todos los días paso dos horas escribiendo el material impreso que necesito para mis clases de ciencias y matemáticas, por ejemplo, debido a que los programas de reconocimiento de caracteres ópticos no reconocen diagramas y símbolos especiales con la precisión necesaria. Los problemas de los estudiantes rurales son incluso mayores: dependen de seres humanos para que les lean en voz alta volúmenes de información. Por ejemplo, mis amigos en un pequeño poblado no tienen otra opción que depender completamente de los voluntarios que acuden a ayudarles semanalmente.

Incluso no es posible leer una gran parte del contenido de Internet en las pantallas estándar debido, sobre todo, a los diferentes estándares y plataformas que

Al tener problemas visuales, yo mismo he sufrido varias experiencias en las que la falta de acceso me ha impedido aprovechar las mismas oportunidades que disfrutan los demás.

utilizan los autores y los diseñadores. Aunque el World Wide Web Consortium (W3C) ha producido directrices para los sitios web a fin de garantizar una experiencia agradable para todos, todavía queda mucho para alcanzar esta visión. Todos los días me encuentro con sitios web que no cumplen con la norma del W3C. Esto exige un mayor escrutinio, pero no sólo por parte de los gobiernos, sino también de la sociedad civil, las universidades y las organizaciones internacionales. El Gobierno de la India ha tomado las medidas necesarias para lograr un cambio positivo en esta cuestión; ahora ofrece un Premio Nacional para el Empoderamiento de las Personas con Discapacidad en la categoría de "Sitio web con un mejor acceso". Este incentivo lleva a las organizaciones a hacer que sus sitios web sean accesibles. Si se aplican en un número suficiente de países, estas medidas pueden impulsar una revolución.

Esto no es solamente una cuestión que atañe a los gobiernos: todos pueden marcar una diferencia positiva. Recuerdo un logro histórico realizado en 2011 por un grupo de jóvenes con problemas visuales en Bangalore, India. Mientras se preparaban para los exámenes de ingreso en varias escuelas de negocios prestigiosas del país, se pusieron en contacto con responsables de la famosa editorial educativa Pearson Education y les pidieron que publicaran su material en un formato accesible. Pearson aceptó y desde entonces ha puesto gran parte de su material a disposición de las personas con problemas visuales. Sin embargo, no todas las editoriales son tan sensibles ni comprensivas. La falta de conciencia y la falta de sensibilidad son dos de los principales desafíos. A menos que haya un cambio de paradigma en las actitudes hacia las personas que tienen problemas visuales, será difícil superar los desafíos que afronta la comunidad de las personas que no pueden tener acceso a los medios impresos.

Pero existe otro obstáculo al acceso, un obstáculo político y judicial, no técnico o relacionado con las actitudes. En la actualidad, solamente 57 países han enmendado sus leyes de derechos de autor para proporcionar concesiones a las personas con impedimentos visuales. De este modo, proporcionar libros electrónicos para las personas con problemas visuales está considerado todavía, desafortunadamente, como una infracción a los derechos de autor en muchos países, y esto impide a las editoriales locales ayudar a esta comunidad. Para un estudiante joven, estos datos son extremadamente perturbadores: debido a que la mayoría de los países se han comprometido a proporcionar el máximo apoyo y cooperación para el bienestar y el empoderamiento de las personas con discapacidad, resulta que hay una gran diferencia entre lo que dicen las leyes sobre el papel y su aplicación en el mundo real. La necesidad ahora mismo es transformar las palabras en medidas concretas. Sugiero que se establezca un organismo internacional para supervisar la aplicación de la legislación internacional sobre la discapacidad, siempre que no infrinja la soberanía nacional.

Es preciso enmendar los derechos de autor. Espero que los países sigan trabajando en el marco legal, y que las Naciones Unidas tomen medidas en favor de un referendo sobre esta cuestión. Con un esfuerzo concertado, creo que garantizaremos este derecho inalienable a todas las personas con discapacidad, en todo el mundo: ¡el derecho a tener acceso a todos los materiales!

(viene de la página 81)

funcional pueden ser mayores cuando las intervenciones se producen temprano en el desarrollo de un niño. Cuando se eliminan los obstáculos al comienzo de la vida, se disminuye la gravedad del efecto de los múltiples obstáculos a los que hacen frente los niños con discapacidad. A medida que avanzan en sus primeros años, su capacidad para funcionar puede mejorarse mediante la rehabilitación. Las mejoras en la capacidad ofrecerán grandes repercusiones si los sistemas escolares tienen la voluntad y la capacidad de aceptarlos y de abordar sus necesidades educativas. Además, adquirir una educación podría ser más pertinente si hubiera también programas de transición incluyentes desde la escuela hasta el lugar de trabajo, así como medidas a todos los niveles económicos para promover el empleo de las personas con discapacidad.

Incorporar a los niños y niñas con discapacidad en la toma de decisiones

Los niños y los adolescentes con discapacidad tienen que estar en el centro mismo de los esfuerzos para construir sociedades incluyentes; es decir, no solamente como beneficiarios, sino también como agentes de cambio. Los Estados Parte de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad han afirmado el derecho de los niños y niñas con discapacidad a expresar sus puntos de vista libremente sobre todas las cuestiones que les afecten. Al hacerlo, los gobiernos han reafirmado los principios de la CDN y se han obligado a consultar a los niños y niñas con discapacidad cuando elaboren y pongan en práctica las leyes y las políticas que les conciernan. Esto es algo que redunda en interés del Estado, ya que los niños y los jóvenes con discapacidad pueden enriquecer la labor de elaboración de políticas y la prestación de servicios con sus experiencias cotidianas, y están cualificados de manera única para proporcionar información que permita saber si sus necesidades están siendo satisfechas y utilizar sus contribuciones en todo el espectro de temas e intervenciones: desde la salud y la nutrición a la salud sexual y de la reproducción, la educación y los servicios para la transición hacia la edad adulta.

El derecho a ser escuchado debe aplicarse a todos los niños y niñas, independientemente del tipo o del grado de discapacidad, e incluso los niños y niñas con discapacidades profundas pueden recibir apoyo para expresar sus decisiones y deseos. Un niño que es capaz de expresarse a sí mismo es un niño que tiene menos probabilidades de sufrir malos tratos o explotación. Por el contrario, los malos tratos y la

Unos niños juegan con una pelota y una red en la escuela primaria Ojwina en Lira, Uganda.
© UNICEF/UGDA2012-00120/Sibilon

Nemanja (a la izquierda), de seis años, sentada con sus compañeros de clase en Novi Sad, Serbia. Su escuela primaria fue la primera en integrar a niños con discapacidad de conformidad con una ley destinada a reducir la institucionalización.
© UNICEF/HQ2011-1156/Holt

explotación prosperan cuando los niños carecen de los medios para poner en tela de juicio su opresión. La participación es especialmente importante para grupos marginados, como por ejemplo los niños que viven en instituciones.

Reconocer que los niños y niñas y los adolescentes con discapacidad son titulares de derechos, y no meros beneficiarios de la caridad, no es eliminar la necesidad de una rehabilitación apropiada, de tratamiento médico o de materiales y artículos de asistencia. Significa, sin embargo, que los derechos, las perspectivas y las decisiones de los niños deben ser respetados. A su vez, esto requiere que los encargados de tomar decisiones se comuniquen de manera fácilmente reconocible y utilizable por los niños con discapacidad, para que sus puntos de vista puedan ser incorporados en el diseño, la aplicación y la evaluación de las políticas y los servicios.

Promesa mundial, puesta a prueba local

A fin de satisfacer las promesas de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y de la CDN, los organismos y los donantes internacionales y sus aliados nacionales y locales pueden incluir a los niños y niñas con discapacidad entre los objetivos, metas e indicadores de seguimiento de todos los programas de desarrollo. Disponer de datos confiables y objetivos es importante para prestar asistencia a la planificación y la asignación de recursos, y para situar más claramente a los niños y niñas con discapacidad en el temario del desarrollo. La labor estadística necesaria llevará tiempo, pero servirá de aliento vital si los donantes internacionales promueven un programa mundial concertado de investigación sobre la discapacidad. Entretanto, la planificación y la programación tendrán que continuar; denegar o retrasar los servicios a los niños y niñas con discapacidad debido a que se necesitan más datos sería inaceptable. En lugar de ello, es posible diseñar planes, programas y presupuestos que permitan modificaciones a medida que haya más información disponible.

La evidencia final de todos los esfuerzos mundiales y nacionales se llevará a cabo en el ámbito local, donde se demostrará si todos los niños y niñas con una discapacidad disfrutan de sus derechos –incluido el acceso a los servicios, el apoyo y las oportunidades– a la par que otros niños y niñas, incluso en los entornos más remotos y en las circunstancias más desfavorecidas.

PERSPECTIVA

Niños y niñas con discapacidad y derechos humanos universales

Por Lenín Voltaire Moreno Garcés

Lenín Voltaire Moreno Garcés, Vicepresidente de la República del Ecuador desde 2007 hasta mayo de 2013, ha sido el único titular de un alto cargo público en Latinoamérica que tenía una discapacidad física. Las estadísticas en este ensayo proceden de documentos nacionales de programas.

No puede haber un ejercicio universal de los derechos humanos a menos que todas las personas, hasta las más vulnerables, puedan disfrutar plenamente de esos derechos. Impulsada por esa convicción, la Vicepresidencia de la República del Ecuador ha concentrado sus esfuerzos en la evaluación y la mejora de la situación de las personas con discapacidad, empezando para ello con los niños y niñas de todo el país.

A partir de julio de 2009, en el marco del proyecto Misión Solidaria Manuela Espejo, hemos realizado una serie de encuestas en todo el Ecuador. Tras visitar 1.286.331 hogares en las 24 provincias y 221 cantones del país, localizamos a 293.743 personas con discapacidad. De ellas, alrededor del 24% del total tenían discapacidad intelectual, mientras que el resto, 76%, tenían discapacidad física o sensorial. Calculamos que la prevalencia de formas graves de discapacidad superaba el 2% de la población nacional, según el censo de 2010.

Descubrimos que unos 55.000 niños y niñas menores de 18 años tienen discapacidad en el Ecuador, lo que representa alrededor del 19% de todos los habitantes del país con discapacidad. Desde junio de 2012, esos niños y niñas han recibido 87.629 donaciones de ayuda técnica, consistentes en sillas de ruedas, andadores, colchones antillagas, bastones, audífonos y kits visuales, según sus necesidades. También se crearon tres nuevos talleres de fabricación de prótesis de los que se espera que en 2012 produzcan 1.960 prótesis y productos ortopédicos para los niños y niñas con discapacidad.

Descubrimos también que muchas familias viven en circunstancias extremadamente difíciles. El cuidado de los niños y niñas con discapacidad grave puede resultar especialmente costoso y, en algunos casos, obligar a las madres a abandonar a sus hijos para ganar dinero. Por eso se crearon los bonos Joaquín Gallegos Lara, que proveen el equivalente de 240 dólares mensuales en ayuda financiera a las personas a cargo inmediato de niños, niñas o adultos con discapacidad. Como parte de esa iniciativa, también se ofrece capacitación en materia de primeros auxilios, higiene y rehabilitación. De esa manera, el Ecuador recompensa por primera vez la obra de amor que realizan las familias que atienden a sus integrantes con discapacidad. Desde junio de 2012, ese subsidio ha beneficiado a 6.585 menores con discapacidad, de los cuales el 43% son niñas.

Además de prestar ayuda, nuestro enfoque otorga importancia a la detección de la discapacidad y la intervención tempranas.

Debemos comprender [en el gobierno] que la discapacidad no constituye un problema, sino que se trata más bien de una circunstancia... [Debemos] ayudar a que nuestros ciudadanos y ciudadanas más jóvenes se integren plenamente en nuestra sociedad.

Para 2012, en el país se habían realizado exámenes de audición a 1,1 millones de niños menores de nueve años y se había dado respaldo a la intervención temprana. A tal fin, se dotó a la red de establecimientos del Ministerio de Salud Pública de 1.401 consultorios de exámenes y diagnósticos de problemas auditivos; se brindó capacitación a 1.500 profesionales de la salud especializados; se establecieron 30 departamentos de servicios de terapia del habla; y se suministraron 1.508 audífonos.

Para 2013 se habrá examinado a 714.000 niños y niñas en 24 centros de servicios para personas con discapacidad visual, y esperamos que unos 2.500 reciban soportes visuales que les ayuden a mejorar la vista o a valerse por ellos mismos si tienen ceguera.

Asimismo, hemos puesto en marcha "Con pie derecho: la huella del futuro", un programa nacional de detección de los problemas congénitos de salud tratables en los recién nacidos. Para diciembre de 2011, se había examinado a 98.034 recién nacidos como parte de ese programa, y de esa manera se pudieron detectar 30 casos congénitos de hipotiroidismo, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita y fenilcetonuria. Esos 30 niños y niñas recibieron atención contra males que, de no ser tratados en las primeras semanas o los primeros meses de vida, podrían haber causado problemas cognitivos y del habla y temblores, entre otros.

Además del apoyo biosocial y el fomento y respaldo a la intervención temprana, promovemos la inclusión social y cultural. Bajo el lema "Ecuador alegre y solidario", se han realizado en todo el país festivales en los que han participado unos 70.000 niños, niñas y adolescentes con y sin discapacidad. A fin de crear entornos adecuados para la integración, se fomentan los juegos y entretenimientos. En los festivales, las personas con discapacidad cumplen funciones de instructores de ejercicios físicos, artes y manualidades, juegos y narración de cuentos.

Unos 7.700 niños, niñas y adolescentes marginados o vulnerables logran ahora avanzar en su desarrollo personal, adquirir más autoestima e integrarse más eficazmente en la sociedad por medio de actividades como los bailes, la música y la literatura. Entre ellos figuran unos 1.100 niños, niñas y adolescentes que participan en el Circo Social y Artístico, una iniciativa que se lleva a cabo con la colaboración de la compañía de espectáculos canadiense Cirque du Soleil.

Todas estas innovaciones han despertado el interés de los vecinos del Ecuador, que en varios casos tratan de aprender más acerca de nuestra experiencia. Lo primero que hay que recalcar es que no podemos perder más tiempo. Ningún niño ni ninguna niña debería tener que esperar para recibir los servicios y el apoyo a los que tiene pleno derecho, y esto es algo que resulta particularmente cierto en el caso de los niños y niñas con discapacidad, ya que su grado de vulnerabilidad puede aumentar con el tiempo.

Los gobernantes debemos abordar esta tarea de inmediato. Debemos comprender que la discapacidad no constituye un problema sino que se trata más bien de una circunstancia. A nosotros nos cabe la responsabilidad, independientemente del lugar que ocupemos o de la función que desempeñemos, de ayudar a que nuestros ciudadanos y ciudadanas más jóvenes se integren plenamente en nuestra sociedad. No podemos ni siquiera soñar con tener un país con justicia social, donde se respeten los principios de la buena vida, a menos que garanticemos que las personas con discapacidad, y especialmente los niños, niñas y adolescentes, puedan disfrutar plenamente de sus derechos.

Discapacidad no es sinónimo de incapacidad, es parte de la maravillosa diversidad que enriquece a la humanidad.

REFERENCIAS

CAPÍTULO 1 Introducción

1 Organización Mundial de la Salud, 'Community-based Rehabilitation Guidelines', OMS, Ginebra, 2010, <www.who.int/disabilities/cbr/guidelines/en/index.html>, consultado el 31 enero de 2013.

2 Groce, Nora Ellen, 'Adolescents and Youth with Disabilities: Issues and challenges', *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, vol. 15, no. 2, julio de 2004, págs. 13–32.

3 Comité sobre los Derechos del Niño, Observación General No. 9 de la Convención sobre los Derechos del Niño (2006): Los derechos de los niños con discapacidad, CDN/C/GC/9, Ginebra, 27 de febrero de 2007, págs. 2, 9; Jones, Lisa, et al., 'Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies', *The Lancet*, vol. 380, no. 9845, 8 de septiembre de 2012, págs. 899–907; Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, *World Report on Disability*, OMS, Ginebra, 2011, pág. 59.

RECUADRO: Las cifras

Organización Mundial de la Salud, *The Global Burden of Disease: 2004 update*, OMS, Ginebra, 2008; Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población, *Perspectivas de la población mundial: la revisión de 2010*, Naciones Unidas, Nueva York, 2011.

Capítulo 2 Las bases de la inclusión

4 Bruce Marks, Susan, 'Reducing Prejudice against Children with Disabilities in Inclusive Settings', *International Journal of Disability, Development and Education,* vol. 44, no. 2, 1997, págs. 119–120.

5 Contact a Family, 'What Makes My Family Stronger: A report into what makes families with disabled children stronger – socially, emotionally and practically', Londres, mayo de 2009, <http://89.16.177.37/ professionals/research/researchandreports.html>, consultado el 31 enero de 2013.

6 Gobierno del Reino Unido, 'The Consolidated 3rd and 4th Periodic Report to UN Comité sobre los Derechos del Niño', Reino Unido, julio de 2007, pág. 31, <www.ofmdfmni.gov.uk/uk_uncrc-2.pdf>, consultado el 31 enero de 2013.

7 D'Aiglepierre, Rohen, Focus Development Association y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Exclusion Scolaire et Moyens d'Inclusion au Cycle Primaire a Madagascar', febrero de 2012, pág. 67, <www.unicef.org/madagascar/EXCLUSION-INCLUSIONweb.pdf>, consultado el 31 enero de 2013.

8 TNS y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Research Report on Children with Disabilities and their Families in Da Nang: Knowledge – attitudes – practices', Viet Nam, noviembre de 2009, pág. 14.

9 Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, *World Report on Disability*, 2011, pág. 3.

10 Maras, Pam, y Rupert Brown, 'Effects of Contact on Children's Attitudes Towards Disability: A longitudinal study', *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 26, no. 23, diciembre de 1996, págs. 2113–2134, citado en Maras, Pam, y Rupert Brown, 'Effects of Different Forms of School Contact on Children's Attitudes toward Disabled and Non-Disabled Peers', *British Journal of Educational Psychology*, vol. 70, no. 3, septiembre de 2000, pág. 339.

11 Barg, Carolyn J., et al., 'Physical Disability, Stigma, and Physical Activity in Children', *International Journal of Disability, Development and Education*, vol. 57, no. 4, diciembre de 2010, pág. 378.

12 Grupo internacional de trabajo sobre la discapacidad en el deporte y la Oficina del Asesor Especial del Secretario General de las Naciones Unidas sobre deporte para el desarrollo y la paz, 'Sport in the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities', IDSWG, Northeastern University, Boston, 2007.

13 Preámbulo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

14 Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, *World Report on Disability*, 2011, pág. 43.

15 Mont, Daniel M., y Nguyen Viet Cuong, 'Disability and Poverty in Vietnam', *World Bank Economic Review*, vol. 25, no. 2, 2011, págs. 323–359.

16 Buckup, Sebastian, 'The Price of Exclusion: The economic consequences of excluding people with disabilities from the world of work', International Labour Office Employment Working Paper No. 43, Organización Internacional del Trabajo, Ginebra, 2009.

17 Mitra, Sophie, Aleksandra Posarac y Brandon Vick, 'Disability and Poverty in Developing Countries: A snapshot from the World Health Survey', Documento de debate sobre protección social No. 1109, Banco Mundial, Washington, D.C., abril de 2011.

18 Groce, Nora, et al., 'Disability and Poverty: The need for a more nuanced understanding of implications for development policy and practice', *Third World Quarterly*, vol. 32, no. 8, 2011, págs. 1493–1513.

19 Loeb, M. E., y Arne H. Eide, eds., 'Living Conditions among People with Activity Limitations in Malawi: A national representative study', SINTEF Health Research, Oslo, 26 de agosto de 2004, <www.safod.com/LCMalawi.pdf>, consultado el 31 enero de 2013; Hoogeveen, Johannes G., 'Measuring Welfare for Small but Vulnerable Groups: Poverty and disability in Uganda', *Journal of African Economies*, vol. 14, no. 4, 1 de agosto de 2005, págs. 603–631.

20 Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, *World Report on Disability*, 2011, págs. 10, 39–40.

21 Gertler, Paul J., y Lia C. Fernald, 'The Medium Term Impact of *Oportunidades* on Child Development in Rural Areas', Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, 30 de noviembre de 2004; Behrman, Jere R., y John Hoddinott, 'Programme Evaluation with Unobserved Heterogeneity and Selective Implementation: The Mexican *PROGRESA* impact on child nutrition', *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, vol. 67, no. 4, agosto de 2005, págs. 547–569; Hoddinott, John, y Emmanuel Skoufias, 'The Impact of PROGRESA on Food Consumption', *Economic Development and Cultural Change*, vol. 53, no. 1, octubre de 2004, págs. 37–61; Maluccio, John A., et al., 'The Impact of an Experimental Nutritional Intervention in Childhood on Education among Guatemalan Adults', Food Consumption and Nutrition Division Discussion Paper 207, International Food Policy Research Institute, Washington, D.C., junio de 2006.

22 Groce, Nora, et al., 'Poverty and Disability: A critical review of the literature in low and middle-income countries', Working Paper Series No. 16, Leonard Cheshire Disability and Inclusive Development Centre, University College London, Londres, septiembre de 2011.

23 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 23.

24 Organización Mundial de la Salud, 'Community- Based Rehabilitation', OMS, Ginebra, <www.who.int/disabilities/cbr/en/>, consultado el 31 enero de 2013.

25 Allen-Leigh, Betania, et al., *Iniciativa Evaluation: Evaluación externa de diseño y resultados del proyecto piloto 'Atención Integral a Niños y Niñas con Discapacidad en Comunidades Rurales en Oaxaca'*, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, 2010, tal como aparece citado en la Secretaría para la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 'Compilation of best practices for including persons with disabilities in all aspects of development efforts', documento de trabajo en respuesta a la resolución de la Asamblea General A/65/186 y con la intención de facilitar los debates conducentes a la Reunión de alto nivel sobre discapacidad y desarrollo durante el 67ª periodo extraordinario de la Asamblea General en 2012.

26 Alcaldías de Santa Maria Guienagati, San Martín Peras, Coicoyan de las Flores y San José Tanago.

27 Allen-Leigh, Betania, et al., *Iniciativa Evaluación: Evaluación externa de diseño y resultados del proyecto piloto 'Atención Integral a Niños y Niñas con Discapacidad en Comunidades Rurales en Oaxaca'*, 2010.

28 Organización Mundial de la Salud, 'Assistive Devices/Technologies: What WHO is doing', OMS, Ginebra, <www.who.int/disabilities/technology/activities/en/#>, consultado el 31 enero de 2013.

29 Borg, Johan, Anna Lindström y Stig Larsson,'Assistive Technology in Developing Countries: National and international responsibilities to implement the Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad', *The Lancet*, vol. 374, no. 9704, 28 de noviembre de 2009, págs. 1863–1865.

30 François, Isabelle, et al., 'Causes of Locomotor Disability and Need for Orthopaedic Devices in a Heavily Mined Taliban-Controlled Province of Afghanistan: Issues and challenges for public health managers', *Tropical Medicine & International Health*, vol. 3, no. 5, May 1998, págs. 391–396; Matsen, S. L., 'A Closer Look at Amputees in Vietnam: A field survey of Vietnamese using prostheses', *Prosthetics and Orthotics International*, vol. 23, no. 2, agosto de 1999, págs. 93–101; May-Teerink, Teresa Lynn, 'A Survey of Rehabilitative Services and People Coping with Physical Disabilities in Uganda, East Africa', págs. 311–316; Bigelow, Jeffrey, et al., 'A Picture of Amputees and the Prosthetic Situation in Haiti', *Disability & Rehabilitation*, vol. 26, no. 4, 2004, págs. 246–252; Lindsay, Sally, e Irina Tsybina, 'Predictors of Unmet Needs for Communication and Mobility Assistive Devices among Youth with a Disability: The role of socio-cultural factors', *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, vol. 6, no. 1, enero de 2011, págs. 10–21.

31 Steinfeld, Edward, 'Education for All: The cost of accessibility', Education Notes, Banco Mundial, Washington, D.C., agosto de 2005, <http://siteresources.worldbank.org/EDUCATION/Resources/Education-Notes/ EdNotes_CostOfAccess_2.pdf>, consultado el 31 enero de 2013

32 Basado en las evaluaciones del Departamento de Trabajos Públicos de Sudáfrica, Accessible Design Case Studies, 2004, in Metts, Robert, 'Disability and Development', documento de antecedentes preparado para el programa de la investigación sobre discapacidad y desarrollo, 16 de noviembre de 2004, Banco Mundial, Washington, D.C., págs. 15–45.

33 Instituto de Discapacidad de Sudáfrica, Viviendas especiales para personas con discapacidad, datos proporcionados por Philip Thompson, presidente de África, Comisión Internacional sobre tecnología y acceso, tal como aparece citado en Metts, Robert, 'Disability and Development', pág. 17; Metts, Robert, 'Disability and Development', págs. 15–45.

RECUADRO: Se trata de la capacidad

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en Montenegro, '"It's about Ability" Campaign Honoured for the Best Humanitarian Action in Montenegro', UNICEF Montenegro, Podgorica, Montenegro, 15 de febrero de 2011, <www.unicef.org/montenegro/media_16505.html>, consultado el 31 enero de 2013.

Perovic, Jelena, 'Survey: It's about ability campaign results in positive change for children with disability in Montenegro', UNICEF Montenegro, Podgorica, Montenegro, 14 de diciembre de 2011, <www.unicef.org/montenegro/15868_18773.html>, consultado el 31 enero de 2013.

Capítulo 3 Una base sólida

34 Organización Mundial de la Salud, 'Fact Sheet: Poliomyelitis', OMS, Ginebra, 2011; Polio News, Iniciativa mundial para la erradicación de la poliomielitis, enero de 2013.

35 Organización Mundial de la Salud, 'Global Immunization Data', OMS, Ginebra, October 2012.

36 Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, '*Disability and the Millennium Development Goals: A review of the MDG process and strategies for inclusion of disability issues in Millennium Development Goal efforts*', Naciones Unidas, Nueva York, diciembre de 2011.

37 Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, *World Report on Disability*, 2011, págs. 58–60.

38 Gakidou, Emmanuela, et al., 'Improving Child Survival through Environmental and Nutritional Interventions: The importance of targeting interventions toward the poor', *Journal of the American Medical Association*, vol. 298, no. 16, octubre de 2007, págs. 1876–1887.

39 Organización Mundial de la Salud, *Nutrition for Health and Development: A global agenda for combating malnutrition – Progress report*, OMS, Ginebra, 2000, págs. 14–15.

40 Organización Mundial de la Salud, 'Micronutrient deficiencies: Iodine deficiency disorders', OMS, Ginebra, 2012, <www.who.int/nutrition/topics/idd/en>, consultado el 31 enero de 2013

41 Checkley William, et al., 'Multi-Country Analysis of the Effects of Diarrhoea on Childhood Stunting', *International Journal of Epidemiology*, vol. 37, no. 4, agosto de 2008, págs. 816–830.

42 Walker, Susan P., et al., 'Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development', *The Lancet*, vol. 378, no. 9799, 8 de octubre de 2011, págs. 1325–1338.

43 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Tracking Progress on Child and Maternal Nutrition: A survival and development priority*', UNICEF, Nueva York, noviembre de 2009, pág. 6.

44 Walker, Susan P., et al., 'Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development', págs. 1325–1338.

45 Organización Mundial de la Salud, 'Medical Devices: Anaemia prevention and control', OMS, Ginebra, 2012, <www.who.int/medical_devices/initiatives/anaemia_control/en/>, consultado el 31 enero de 2013.

46 Scholl, Theresa O., 'Maternal Iron Status: Relation to fetal growth, length of gestation, and iron endowment of the neonate', *Nutrition Reviews*, vol. 69, no. 11, noviembre de 2011, S23–S29; Vaughan, Owen R., et al., 'Environmental Regulation of Placental Phenotype: Implications for fetal growth', *Reproduction, Fertility and Development*, vol. 24, no. 1, 6 de diciembre de 2011, págs. 80–96.

47 Adams, Melanie S., et al., 'Feeding Difficulties in Children with Cerebral Palsy: Low-cost caregiver training in Dhaka, Bangladesh', *Child: Care, Health and Development*, vol. 38, no. 6, noviembre de 2012, págs. 878–888.

48 National Institutes for Health (NIH), MedlinePlus, 'Cystic Fibrosis – Nutritional Considerations', <www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002437.htm>, consultado el 31 enero de 2013; O'Brien, S., et al., 'Intestinal Bile Acid Malabsorption in Cystic Fibrosis', *Gut*, vol. 34, no. 8, agosto de 1993, págs. 1137–1141.

49 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Violence against Disabled Children: UN Secretary- General's report on violence against children – Summary report', UNICEF, Nueva York, 28 de julio de 2005, págs. 6–7; Banco Mundial, mayo de 2004, "Disability in Bangladesh: A situation analysis" The Danish Bilharziasis Laboratory for the World Bank, República Popular de Bangladesh <http://siteresources.world- bank.org/DISABILITY/Resources/Regions/ South%20Asia/DisabilityinBangladesh.pdf>, pág. 15, consultado el 31 enero de 2013.

50 Organización Mundial de la Salud, *Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries – A review*, OMS, Ginebra, 2012; Thommessen, M., et al., 'Feeding Problems, Height and Weight in Different Groups of Disabled Children', *ActaPaediatrica*, vol. 80, no. 5, mayo de 1991, págs. 527–533; Sullivan, Peter B., ed., *Feeding and Nutrition in Children with Neurodevelopmental Disability*, Mac Keith Press, Londres, 2009, pág. 61; Adams, Melanie S., et al., 'Feeding Difficulties in Children with Cerebral Palsy', págs. 878–888.

51 Groce, N., et al., 'Water and Sanitation Issues for Persons with Disabilities in Low- and Middle-Income Countries: A literature review and discussion of implications for global health and international development,' *Journal of Water and Health*, vol. 9, no. 4, 2011, págs. 617–627.

52 Human Rights Watch, 'Fact Sheet: HIV and disability', Human Rights Watch, Nueva York, junio de 2011. Véase también Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, *World Report on Disability*, 2011, pág. 77, sobre concepciones erróneas en la actividad sexual, pág. 59, sobre uso de drogas y alcohol y pág. 147, sobre riesgos de malos tratos.

53 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Towards an AIDS-Free Generation: Promoting community-based strategies for and with children and adolescents with disabilities', UNICEF, julio de 2012.

54 Organización Mundial de la Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas, *Promoting Sexual and Reproductive Health for Persons with Disabilities: WHO/UNFPA guidance note*, OMS, 2009, págs. 5–9, 12, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241598682/en>, consultado el 31 enero de 2013; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Sexuality Education in Asia and the Pacific: Review of policies and strategies to implement and scale up*, UNESCO Bangkok, Bangkok, 2012, pág. 2, <http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215091e.pdf>, consultado el 31 enero de 2013.

55 Willemse, Karin, Ruth Morgan y John Meletse, 'Deaf, Gay, HIV Positive, and Proud: Narrating an alternative identity in post-Apartheid South Africa', *Canadian Journal of African Studies*, vol. 43, no. 1, abril de 2009, págs. 83–104.

56 Sices, Laura, 'Developmental Screening in Primary Care: The effectiveness of current practice and recommendations for improvement', The Commonwealth Fund, Nueva York, diciembre de 2007, págs. v and 6; Johnson-Staub, Christine, 'Charting Progress for Babies in Child Care Project: Promote access to early, regular, and comprehensive screening', CLASP, Washington, D.C., febrero de 2012, pág. 1.

57 Ertem, Ilgi O., et al., 'A Guide for Monitoring Child Development in Low- and Middle-Income Countries', *Pediatrics*, vol. 121, no. 3, marzo de 2008, págs. e581–e589; Organización Mundial de la Salud, *Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, Early Identification, Assessment and Intervention in low-and middle income countries*, OMS 2012, pág.1

58 Organización Mundial de la Salud, 'Epilepsy: Fact sheet No. 999', OMS, Ginebra, octubre de 2012, <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs999/en/index.html>, consultado el 31 enero de 2013.

59 Metts, Robert, 'Disability and Development', págs. 15–45.

60 Filmer, Deon, 'Disability, Poverty, and Schooling in Developing Countries: Results from 14 household surveys', *World Bank Economic Review*, vol. 22, no. 1, 2008, págs. 141–163, tal como se cita en Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, *World Report on Disability*, 2011.

61 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *EFA Global Monitoring Report 2010: Reaching the marginalized*, UNESCO y Oxford University Press, Paris y Oxford, UK, 2010, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001866/186606E.pdf>, consultado el 31 enero de 2013; Loeb, M. E., and Arne H. Eide, eds., 'Living Conditions among People with Activity Limitations in Malawi: A national representative study', SINTEF Health Research, Oslo, 26 de agosto de 2004, <www.safod.com/LCMalawi.pdf>, 31 de enero de 2013; Gobierno de la República Unida de Tanzanía, '2008 Tanzania Disability Survey', Oficina Nacional de Estadísticas de la República Unida de Tanzanía, Dar es Salaam, República Unida de Tanzanía, 2009, pág. 19, <nbs.go.tz/tnada/index.php/ddibrowser/5/download/24>, 31 de enero de 2013.

62 Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, *World Report on Disability*, 2011, pág. 206.

63 Naciones Unidas, Informe del Secretario General sobre la situación de la Convención sobre los Derechos del Niño, A/66/230, Naciones Unidas, Nueva York, 3 de agosto de 2011, pág. 8.

64 Para un examen, véase Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, *World Report on Disability*, 2011, págs. 39–40; Filmer, Deon, 'Disability, Poverty, and Schooling in Developing Countries: Results from 14 household surveys', págs. 141–163; Sundrum, Ratna, et al., 'Cerebral Palsy and Socioeconomic Status: A retrospective cohort study', *Archives of Disease in Childhood*, vol. 90, no. 1, enero de 2005, págs. 15–18; Newacheck, Paul W., et al., 'Disparities in the Prevalence of Disability between Black and White Children', *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 157, no. 3, marzo de 2003, págs. 244–248.

65 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Promoting the Rights of Children with Disabilities*, Innocenti Digest No. 13, Centro de Investigación Innocenti de UNICEF, Florencia, octubre de 2007, pág. 15, recuadro 5.1, <www.un.org/esa/socdev/unyin/documents/children_disability_rights.pdf>, consultado el 31 enero de 2013.

66 van der Berg, Servaas, *Poverty and Education*, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, París, 2008.

67 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Promoting the Rights of Children with Disabilities*, Innocenti Digest No. 13, pág. 27, un recuadro 5.1.

68 UNICEF, *The Right of Children with Disabilities to Education: A rights-based approach to inclusive education*, 2012, pág. 8; Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 'The Right to Education for Persons with Disabilities: Towards inclusion – An Education for All flag ship', París, <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001322/132277e.pdf>, consultado el 31 enero de 2013.

69 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 'Inclusion of Children with Disabilities: The early childhood imperative', UNESCO Policy Brief on Early Childhood No. 46, UNESCO, París, abril–junio de 2009, <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001831/183156e.pdf>, consultado el 31 enero de 2013.

70 Nahar, Baitun, et al., 'Effects of Psychosocial Stimulation on Growth and Development of Severely Malnourished Children in a Nutrition Unit in Bangladesh', *European Journal of Clinical Nutrition*, vol. 63, no. 6, junio de 2009, págs. 725–731.

71 Jin, X., et al., '"Care for Development" Intervention in Rural China: A prospective follow-up study', *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, vol. 28, no. 3, 2007, págs. 213–218.

72 Nair, M. K., et al., 'Effect of Child Development Centre Model Early Stimulation among At Risk Babies: A randomized controlled trial', *Indian Pediatrics*, vol. 46, suplemento, enero de 2009, págs. s20–s26.

73 Potterton, Joanne, et al., 'The Effect of a Basic Home Stimulation Programme on the Development of Young children Infected with HIV', *Developmental Medicine & Child Neurology*, vol. 52, no. 6, junio de 2010, págs. 547–551.

74 Walker, Susan P., et al., 'Inequality in Early Childhood: Risk and protective factors for early child development', págs. 1325–1338.

75 Forlin, Chris, et al., 'Demographic Differences in Changing Pre-Service Teachers' Attitudes, Sentiments and Concerns about Inclusive Education', *International Journal of Inclusive Education*, vol. 13, no. 2, marzo de 2009, págs. 195–209. Felicia Wilczenski's 'Attitudes toward Inclusive Education Scale' (ATIES), preparada en 1992, ha sido especialmente influyente en los estudios sobre las actitudes de los maestros: Wilczenski, Felicia L., 'Measuring Attitudes toward Inclusive Education', *Psychology in the Schools*, vol. 29, no. 4, octubre de 1992, págs. 306–312. Para un examen, véase Kuyini, Ahmed Bawa, y Ishwar Desai, 'Principals' and Teachers' Attitudes and Knowledge of Inclusive Education as Predictors of Effective Teaching Practices in Ghana', *Journal of Research in Special Educational Needs*, vol. 7, no. 2, junio de 2007, págs. 104–113.

76 Tur-Kaspa, Hana, Amatzia Weisel y Tova Most, 'A Multidimensional Study of Special Education Students' Attitudes towards People with Disabilities: A focus on deafness', *European Journal of Special Needs Education*, vol. 15, no. 1, marzo de 2000, págs. 13–23.

77 Latimier, Camille, y Jan Šiška, 'Children's Rights for All!: Implementation of the United Nations Convention on the Rights of the Child for children with intellectual disabilities', Inclusion Europe, Bruselas, octubre de 2011, pág. 21.

78 Praisner, Cindy L., 'Attitudes of Elementary School Principals toward the Inclusion of Students with Disabilities', *Exceptional Children,* vol. 69, no. 2, 2003, págs. 135–145.

79 Shade, Richard A., y Roger Stewart, 'General Education and Special Education Preservice Teachers' Attitudes towards Inclusion', *Preventing School Failure,* vol. 46, no. 1, 2001, págs. 37–41.

80 de Boer, Anke, Sip Jan Pijl y Alexander Minnaert, 'Regular Primary Schoolteachers' Attitudes towards Inclusive Education: A review of the literature', *International Journal of Inclusive Education*, vol. 15, no 3, abril de 2011, págs. 345–346.

81 Miles, Susie, y Ian Kaplan, 'Using Images to Promote Reflection: An action research study in Zambia and Tanzania', *Journal of Research in Special Educational Needs,* vol. 5, no. 2, junio de 2005, págs. 79–80.

82 Kalyanpur, Maya, 'Paradigm and Paradox: Education for All and the inclusion of children with disabilities in Cambodia', *International Journal of Inclusive Education*, vol. 15, no. 10, diciembre de 2011, pág. 1058.

83 Miles, Susie, et al., 'Education for Diversity: The role of networking in resisting disabled people's marginalisation in Bangladesh', *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, vol. 42, no. 2, 2012, pág. 293.

84 Schurmann, Erik, 'Training Disabled Teachers in Mozambique', Enabling Education No. 10, Enabling Education Network, Manchester, Reino Unido, 2006, <www.eenet.org.uk/resources/docs/enabling_education10.pdf>, consultado el 31 enero de 2013.

85 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Promoting the Rights of Children with Disabilities*, Innocenti Digest No. 13, pág. 30.

86 Lynch, Paul, et al., 'Inclusive Educational Practices in Uganda: Evidencing practice of itinerant teachers who work with children with visual impairment in local mainstream schools', *International Journal of Inclusive Education*, vol. 15, no. 10, diciembre de 2011, págs. 1119–1134; Miles, Susie, and Sue Stubbs, '*Inclusive Education and Children with Disabilities*', documento de debate de antecedentes de UNICEF escrito para el *Estado Mundial de la Infancia 2013*, 2012, pág. 23.

87 Prag, Anat, 'Fostering Partnerships for Education Policy and Reform: Vietnam', Enabling Education No. 8, Enabling Education Network, Manchester, UK, 2004, <www.eenet.org.uk/resources/docs/eenet_news8.pdf>, consultado el 31 enero de 2013.

88 Informe del Secretario General sobre la situación de la Convención sobre los Derechos del Niño, 3 de agosto de 2011.

89 Stubbs, Sue, 'Inclusive Education: Where there are few resources', The Atlas Alliance, Oslo, septiembre de 2008, pág. 36, <www.child-to-child.org/about/index.html>, consultado el 31 enero de 2013; Fosere, Mamello, 'Mamello's Story', Enabling Education No. 5, Enabling Education Network, Manchester, Reino Unido, 2001, pág. 10, <www.eenet.org.uk/resources/eenet_newsletter/news5/page10.php>.

90 Lewis, Ingrid, 'Water, Sanitation, Hygiene (WASH) and Inclusive Education', Enabling Education No. 14, Enabling Education Network, Manchester, Reino Unido, 2010, págs. 9–13, <www.eenet.org.uk/resources/docs/Enabling%20Education~issue%2014~2010.pdf>, consultado el 31 enero de 2013.

91 Bines, Hazel, 'Education's Missing Millions: Including disabled children in education through EFA FTI processes and national sector plans – Main report of study findings', World Vision UK, Milton Keynes, Reino Unido, septiembre de 2007, pág. 3.

92 Munir, Shirin Z., y Sultana S. Zaman, 'Models of Inclusion: Bangladesh experience', ch. 19 in *Inclusive Education across Cultures: Crossing boundaries, sharing ideas*, edited by Mithu Alur y Vianne Timmons, Sage Publications India, New Delhi, 2009, pág. 292.

93 Ahsan, Mohammad Tariq, y Lindsay Burnip, 'Inclusive Education in Bangladesh', *Australasian Journal of Special Education*, vol. 31, no. 1, abril de 2007, pág. 65.

94 Miles, Susie, et al., 'Education for Diversity: The role of networking in resisting disabled people's marginalisation in Bangladesh', *Compare: A Journal of Comparative and International Education*, vol. 42, no. 2, 2012, págs. 283–302.

95 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Building Human Capacities in Least Developed Countries to Promote Poverty Eradication and Sustainable Development*, UNESCO, París, 2011, pág. 8.

96 Lansdown, Gerison, '*Vulnerability of Children with Disabilities*', documento de investigación de antecedentes de UNICEF escrito para el *Estado Mundial de la Infancia 2013*, 2012, pág. 8.

97 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, *Education Counts: Towards the Millennium Development Goals,* UNESCO, París, 2011, pág. 17.

98 Abuya, Benta A., James Ciera and Elizabeth Kimani-Murage, 'Effect of Mother's Education on Child's Nutritional Status in the Slums of Nairobi', *BMC Pediatrics,* vol. 12, no. 80, junio de 2012.

99 Janevic, Teresa, et al., 'Risk Factors for Childhood Malnutrition in Roma Settlements in Serbia', *BMC Public Health*, vol. 10, agosto de 2010.

100 Miller, Jane E., y Yana V. Rodgers, 'Mother's Education and Children's Nutritional Status: New evidence from Cambodia', *Asian Development Review,* vol. 26, no. 1, 2009, págs. 131–165.

101 Semba, Richard D., et al., 'Effect of Paternal Formal Education on Risk of Child Stunting in Indonesia and Bangladesh: A cross-sectional study', *The Lancet,* vol. 371, no. 9609, enero de 2008, págs. 322–328.

102 Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 29.

Capítulo 4 Elementos esenciales de la protección

103 Cody, Clare, *Count Every Child: The right to birth registration*, Plan Ltd., Woking, Reino Unido, 2009.

104 Algood, C. L., et al., 'Maltreatment of Children with Developmental Disabilities: An ecological systems analysis,' *Children and Youth Services Review*, vol. 33, no. 7, julio de 2011, págs. 1142–1148; Stalker, K., and K. McArthur, 'Child Abuse, Child Protection and Disabled Children: A review of recent research,' *Child Abuse Review*, vol. 21, no. 1, enero/febrero de 2012, págs. 24–40.

105 Kvam, Marit Hoem, 'Sexual Abuse of Deaf Children: A retrospective analysis of the prevalence and characteristics of childhood sexual abuse among deaf adults in Norway', *Child Abuse & Neglect*, vol. 28, no. 3, marzo de 2004, págs. 241–251; Lansdown, Gerison, '*Vulnerability of Children with Disabilities*', pág. 6.

106 Mental Disability Rights International, 'Behind Closed Doors: Human rights abuses in the psychiatric facilities, orphanages and rehabilitation centers of Turkey', MDRI, Washington, D.C., 28 de septiembre de 2005, págs. 1, 23, 72, <www.disabilityrightsintl.org/wordpress/wp-content/uploads/turkey- final-9-26-05.pdf>, consultado el 31 enero de 2013; Mental Disability Rights International,'Torture Not Treatment: Electric shock and long-term restraint in the United States on children and adults with disabilities at the Judge Rotenberg Center', MDRI, Washington, D.C., 2010, págs. 1–2, <www.disabilityrightsintl.org/wordpress/wp-content/uploads/USReportandUrgentAppeal.pdf>, consultado el 31 enero de 2013.

107 Human Rights Watch, Open Society Foundations, Women with Disabilities Australia, International Disability Alliance y Stop Torture in Health Care, 'Sterilization of Women and Girls with Disabilities: A briefing paper', noviembre de 2011, <www.hrw.org/sites/default/files/related_material/2011_global_DR.pdf>, consultado el 31 enero de 2013.

108 Dowse, Leanne, 'Moving Forward or Losing Ground?: The sterilisation of women and girls with disabilities in Australia', Paper prepared for Women with Disabilities Australia and presented at the Disabled Peoples' International World Summit, Winnipeg, Canadá, 8–10 de septiembre de 2004.

109 Información obtenida de la oficina de UNICEF en Serbia; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Ministerio de Trabajo y Política Social del Gobierno de Serbia, 'Transforming Residential Institutions for Children and Developing Sustainable Alternatives', Belgrado, 2011, págs. 4–8.

110 Observación General No. 9 (2006) de la Convención sobre los Derechos del Niño, pág. 21.

ENFOQUE
Violencia contra los niños y niñas con discapacidad

Jones, Lisa, et al., 'Prevalence and Risk of Violence against Children with Disabilities', págs. 899–907.

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, *World Report on Disability*, 2011, págs. 29, 59 y 137, págs. 29, 59 y 137.

Pinheiro, Paulo Sérgio, *Informe Mundial sobre la violencia contra los niños*, Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la violencia contra los niños, Ginebra, 2006.

Krug, Etienne G., et al., eds., *World Report on Violence and Health*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 2002.

Hibbard, Roberta A., et al., 'Maltreatment of Children with Disabilities', *Pediatrics*, vol. 119, no. 5, 1 de mayo de 2007, págs. 1018–1025.

Ammerman, Robert T., et al., 'Maltreatment in Psychiatrically Hospitalized Children and Adolescents with Developmental Disabilities: Prevalence and correlates', *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 33, no. 4, mayo de 1994, págs. 567–576.

Sullivan, Patricia M., 'Violence Exposure among Children with Disabilities', *Clinical Child and Family Psychology Review*, vol. 12, no. 2, junio de 2009, págs. 196–216.

Ammerman, Robert T., y Nora J. Baladerian, *Maltreatment of Children with Disabilities*, National Committee to Prevent Child Abuse, Chicago, 1993.

Naciones Unidas, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, A/RES/61/106, Naciones Unidas, Nueva York, 2008.

Gilbert, Ruth, et al., 'Burden and Consequences of Child Maltreatment in High-Income Countries', *The Lancet*, vol. 373, no. 9657, 3 de enero de 2009, págs. 68–81.

Felitti, Vincent J., et al., 'Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The adverse childhood experiences (ACE) study', *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 14, no. 4, mayo de 1998, págs. 245–258.

MacMillan, Harriet L., et al., 'Interventions to Prevent Child Maltreatment and Associated Impairment', *The Lancet*, vol. 373, no. 9659, 17 de enero de 2009, págs. 250–266.

Capítulo 5 Respuesta humanitaria

111 Von der Assen, Nina, Mathijs Euwema and Huib Cornielje, 'Including Disabled Children in Psychological Programmes in Areas Affected by Armed Conflict', *Intervention*, vol. 8, no. 1, marzo de 2010, págs. 29–39.

112 Bartlett, Sheridan, 'The Implications of Climate Change for Children in Lower-Income Countries', *Children, Youth and Environments*, vol. 18, no. 1, 2008, págs. 71–98.

113 Observación General No. 9 (2006) de la Convención sobre los Derechos del Niño, pág. 22.

ENFOQUE
Riesgo, capacidad de resistencia y acción humanitaria integradora

African Child Policy Forum, 'Violence against Children in Africa: A compilation of the main findings of the various research projects conducted by the African Child Policy Forum (ACPF) since 2006', ACPF, Addis Ababa, marzo de 2011.

Handicap International, 'Mainstreaming Disability into Disaster Risk Reduction: A training manual', Handicap International, Kathmandu, enero de 2009,<www.handicap-international.fr/fileadmin/documents/publications/DisasterRiskReduc.pdf>, consultado el 31 enero de 2013.

Comité Internacional de la Cruz Roja, 'Promotion and Protection of the Rights of Children: ICRC statement to the Naciones Unidas, 2011', CICR, Ginebra, 17 de octubre de 2011, <www.icrc.org/eng/resources/documents/statement/united-nations-children-statement-2011-10-18.htm>, consultado el 31 enero de 2013.

IRIN, 'DRC: Child disability, the forgotten crisis', IRIN, Goma, Democratic Republic of the Congo, 23 de octubre de 2009, <www.irinnews.org/Report/86710/DRC-Child-disability-the-forgotten-crisis>, consultado el 2 de octubre de 2012.

Kett, Maria, y Mark van Ommeren, 'Disability, Conflict and Emergencies', *The Lancet*, vol. 374, no. 9704, 28 de noviembre de 2009, págs. 1801–1803, <www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2809%2962024-9/fulltext>, consultado el 31 enero de 2013.

Kett, Maria, y Jean-François Trani, 'Vulnerability and Disability in Darfur', *Forced Migration Review*, vol. 35, julio de 2010, págs. 12–14.

Nelson, Brett D., et al., 'Impact of Sexual Violence on Children in the Eastern Democratic Republic of Congo', *Medicine, Conflict and Survival*, vol. 27, no. 4, octubre–diciembre de 2011, págs. 211–225.

Pearn, John H., 'The Cost of War: Child injury and death', in *Contemporary Issues in Childhood Diarrhoea and Malnutrition*, primera edición, editado por Zulfigar Ahmed Bhutta, Oxford University Press, Karachi, Pakistán, págs. 334–343.

Penrose, Angela, and Mie Takaki, 'Children's Rights in Emergencies and Disasters', *The Lancet*, vol. 367, no. 9511, 25 de febrero de 2006, págs. 698–699.

Plan International, 'Child-Centred Disaster Risk Reduction: Building resilience through participation – Lessons from Plan International', Plan UK, Londres, 2010.

Handicap International and Save the Children, *Out from the Shadows: Sexual Violence against Children with Disabilities*, Save the Children UK, Londres, 2011.

Tamashiro, Tami, 'Impact of Conflict on Children's Health and Disability', Background paper prepared for the *Education for All Global Monitoring Report 2011: The hidden crisis – Armed conflict and education*, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, París, junio de 2010, <http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001907/190712e.pdf>, consultado el 31 enero de 2013.

Trani, Jean-François, et al., 'Disability, Vulnerability and Citizenship: To what extent is education a protective mechanism for children with disabilities in countries affected by conflict?', *International Journal of Inclusive Education,* vol. 15, no. 10, 2011, págs. 1187–1203.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 'Violence against Disabled Children: UN Secretary- General's Report on Violence against Children– Summary report', UNICEF, Nueva York, 28 de julio de 2005, págs. 4–5, <www.unicef.org/videoaudio/PDFs/UNICEF_Violence_Against_Disabled_ Children_Report_Distributed_Version.pdf>, consultado el 31 enero de 2013. Asamblea General de las Naciones Unidas, Informe del Representante Especial del Secretario General para los niños y los conflictos armados, A/62/228, Naciones Unidas, Nueva York,13 de agosto de 2007.

Women's Commission for Refugee Women and Children, *Disabilities among Refugees and Conflict-Affected Populations: Resource kit for fieldworkers,* Women's Commission for Refugee Women and Children, Nueva York, junio de2008, <http://womensrefugeecommission.org/resources/cat_view/68-reports/81-disabilities>, consultado el 31 enero de 2013.

Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, *World Report on Disability*, 2011, págs. 34–37.

ENFOQUE
Restos explosivos de guerra

Según el tratado para prohibir las minas, las víctimas se definen como aquellos que han sufrido directamente un impacto y por tanto han muerto o han sobrevivido a causa de la explosión de una mina terrestre, así como los miembros sobrevivientes de las familias de las personas muertas o heridas. Según la Convención sobre municiones de racimo, las víctimas incluyen también los miembros de las familias afectadas y las comunidades afectadas. A lo largo de este documento, "víctimas" se refiere a los sobrevivientes, a los miembros de las familias de las personas afectadas y las comunidades afectadas; "bajas" se refiere a las personas directamente muertas o heridas por las explosiones; mientras que "sobrevivientes" se refiere específicamente a quienes han sufrido el impacto directo y han sobrevivido a las explosiones de las minas terrestres o los restos explosivos de guerra.

Monitor de Minas Terrestres y Municiones en Racimo, *Landmine Monitor 2011,* Mines Action Canada, octubre de 2011, pág. 51.

"Minas" incluye las minas antipersonales activadas por las víctimas y los materiales explosivos improvisados; 2010 es el año más reciente en el que los totales de bajas verificados estaban disponibles para todos los países en el momento de la publicación. Véase <www.the-monitor.org>, consultado el 31 enero de 2013, para obtener una definición completa de las bajas y dos materiales tal como se presentan aquí y para una actualización de los datos sobre bajas.

El Monitor de Minas Terrestres determinó un número de bajas de más de 1.500 niños y niñas en 1999 y más de 1.600 en 2001.

Esto incluye solamente las bajas de quienes se conocía su estatus civil o de seguridad, y su edad.

Los niños varones representaron 1.371 de las 2.735 bajas de civiles causados por restos explosivos de guerra entre 2008 y 2010.

Monitor de Minas Terrestres y Municiones en Racimo, *Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – November 2011*, Landmine and Cluster Munition Monitor, Ginebra, pág. 2.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – November 2010, págs. 1–3.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Landmines and children – March 2010, págs. 2, 3.

Los porcentajes son bajas civiles de quienes se conocía su edad. Los niños representaron el 30% de las bajas de todos los tipos de minas.

Monitor de Minas Terrestres y Municiones en Racimo, 'The Issues: Landmines', Landmine and Cluster Munition Monitor, Ginebra, <www. the-monitor. org/index.php/LM/The-Issues/ Landmines>, consultado el 31 enero de 2013.

Walsh, Nicolas E., y Wendy S. Walsh, 'Rehabilitation of Landmine Victims: The ultimate challenge', *Boletín del Organización Mundial de la Salud*, vol. 81, no. 9, 2003, págs. 665–670.

Alianza Internacional Save the Children, 'Child Landmine Survivors: An inclusive approach to policy and practice', Alianza Internacional Save the Children, Londres, 2000.

Watts, Hugh G., 'The Consequences for Children of Explosive Remnants of War: Land mines, unexploded ordnance, improvised explosive devices and cluster bombs', *Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach*, vol. 2, 2009, págs. 217–227.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – November 2010, págs. 1–3.

Watts, Hugh G., 'The Consequences for Children of Explosive Remnants of War', págs. 217–227.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Landmines and children – June 2009, págs. 1–4.

Munoz, Wanda, Ulrike Last y Teng Kimsean, *Good Practices from the Project: Towards sustainable income generating activities for mine victim and other persons with disabilities in Cambodia,* Handicap International Federation (HIC) Cambodia, Phnom Penh, Camboya, 2010.

Child Protection in Crisis (CPC) Network, Livelihoods and Economic Strengthening Task Force, *The Impacts of Economic Strengthening Programs on Children: a review of the evidence,* CPC Network, agosto de 2011, págs. ii, 1, 18.

Landmine and Cluster Munition Monitor Fact Sheet: Impact of mines/ERW on children – November 2010, págs. 1–3.

Handicap International, *Voices from the Ground: Landmine and explosive remnants of war survivors speak out on victim assistance,* Handicap International, Bruselas, septiembre de 2009, pág. 210.

Capítulo 6 Medir la discapacidad infantil

114 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Universidad de Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys*, UNICEF, Nueva York, 2008, pág. 9.

115 Mont, Daniel, 'Measuring Disability Prevalence', Social Protection Discussion Paper No. 0706, Banco Mundial, Washington, D.C., marzo de 2007, pág. 35; Maulik, Pallab K., y Gary L. Darmstadt, 'Childhood Disability in Low- and Middle-Income Countries: Overview of screening, prevention, services, legislation, and epidemiology', *Pediatrics,* vol. 120, Suplemento 1, julio de 2007, pág. S21.

116 Organización Mundial de la Salud, *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health: ICF – The international classification of functioning, disability and health*, OMS, Ginebra, 2002.

117 Msall, Michael E., y Dennis P. Hogan, 'Counting Children with Disability in Low-Income Countries: Enhancing prevention, promoting child development, and investing in economic well-being', *Pediatrics,* vol. 120, no. 1, julio de 2007, pág. 183.

118 Durkin, Maureen, S., 'The Epidemiology of Developmental Disabilities in Low-Income Countries', *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Review*, vol. 8, no. 3, 2002, pág. 211; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Universidad de Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, pág. 8.

119 Lansdown, R. G., et al., 'Culturally Appropriate Measures for Monitoring Child Development at Family and Community Level: A WHO collaborative study', *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, vol. 74, no. 3, 1996, pág. 287

120 Véase el apéndice 2 de Maulik y Darmstadt, 2007.

121 Robertson, Janet, Chris Hatton y Eric Emerson, 'The Identification of Children with or at Significant Risk of Intellectual Disabilities in Low and Middle Income Countries: A review', CEDR Research Report, no. 3, Centre for Disability Research, Lancaster University, Lancaster, UK, julio de 2009, pág. 22; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Universidad de Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, págs. 9, 58; Gladstone, M. J., et al., 'Can Western Developmental Screening Tools Be Modified for Use in a Rural Malawian Setting?', *Archives of Diseases in Childhood*, vol. 93, no. 1, enero de 2008, págs. 23–29.

122 Mont, Daniel, 'Measuring Disability Prevalence', pág. 35; Washington Group on Disability Statistics, 'Understanding and Interpreting Disability as Measured Using the WG Short Set of Questions', 20 de abril de 2009, pág. 2.

123 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Universidad de Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, pág. 8.

124 Durkin, Maureen S., 'Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries: Rationale and study design', *International Journal of Mental Health*, vol. 20, no. 2, 1991, págs. 47–60; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Universidad de Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, pág. 8.

125 Durkin, Maureen S., 'Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries', págs. 47–60.

126 Ibid.; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Universidad de Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, pág. 9.

127 Organización Mundial de la Salud y la Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico, *Training Manual on Disability Statistics,* Bangkok, 2008, págs.107–108.

128 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Universidad de Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, págs. 8–9; Nair, M. K., et al., 'Developmental Screening Chart', *Indian Pediatrics*, vol. 28, no. 8, 1991, págs. 869–872.

129 Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Universidad de Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, pág. 9; Durkin, Maureen S., 'Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries', págs. 47–60.

130 Robertson, Janet, Chris Hatton y Eric Emerson, 'The Identification of Children with or at Significant Risk of Intellectual Disabilities in Low and Middle Income Countries: A review', pág. 20.

ENFOQUE
Lecciones aprendidas

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Universidad de Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys*, pág. 9; Thorburn Marigold, et al., 'Identification of Childhood Disability in Jamaica: The ten question screen', *International Journal of Rehabilitation Research*, vol. 15, no. 2, junio de 1992, págs. 115–127.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Universidad de Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries: Results from the Multiple Indicator Cluster Surveys*, pág. 9.

Durkin, Maureen S., 'Population-Based Studies of Childhood Disability in Developing Countries', págs. 47–60; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Universidad de Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, págs. 9–10.

Zaman, Sultana S., et al., 'Validity of the 'Ten Questions' for Screening Serious Childhood Disability: Results from urban Bangladesh', *International Journal of Epidemiology*, vol. 19, no. 3, 1990, pág. 613.

Anteriores publicaciones de UNICEF informaron que el número de países participantes era de 20. Esa cifra era correcta cuando se imprimieron esas publicaciones, pero el número final de países que administraron las Diez Preguntas como parte de las MICS3 fue de 25.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Universidad de Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, pág. 23.

ENFOQUE
De la prueba a la evaluación

Maulik, Pallab K., y Gary L. Darmstadt, 'Childhood Disability in Low- and Middle-Income Countries', julio de 2007, pág. S6; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y la Universidad de Wisconsin, *Monitoring Child Disability in Developing Countries*, pág. 58.

Tablas estadísticas

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

Panorama general 94
Notas generales a los datos 94
Cálculos sobre mortalidad en la infancia 94
Notas sobre tablas específicas 95
Explicación de los símbolos 98
Clasificación regional 98
Tasa de mortalidad de menores de 5 años 99

TABLAS

1 Indicadores básicos 100
2 Nutrición 104
3 Salud 108
4 VIH/sida 112
5 Educación 116
6 Indicadores demográficos 120
7 Indicadores económicos 124
8 Mujeres 128
9 Protección infantil 132
10 Ritmo de progreso 136
11 Adolescentes 140
12 Equidad – residencia 144
13 Equidad – riqueza 148
14 Desarrollo en la primera infancia 152

TABLAS ESTADÍSTICAS

PANORAMA GENERAL

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

Las tablas estadísticas que aparecen en este informe también sirven de apoyo al enfoque de UNICEF en torno a los progresos y los resultados de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente y los pactos sobre los derechos y el desarrollo de la infancia. UNICEF es el principal organismo responsable de la supervisión mundial de los objetivos relacionados con la infancia de la Declaración del Milenio, así como de los Objetivos e Indicadores de Desarrollo del Milenio; la organización es también uno de los principales asociados en la labor de las Naciones Unidas destinada a supervisar estas metas e indicadores.

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

Todas las cifras que se presentan en esta guía de consulta están disponibles en Internet en <www.unicef.org/sowc2013> y por medio de la base estadística mundial de datos de UNICEF en <www.childinfo.org>. Sírvase consultar con estos sitios web para obtener las últimas versiones de las tablas estadísticas, así como cualquier actualización o corrección posterior a la impresión.

Notas generales a los datos

Los datos que figuran en las siguientes tablas estadísticas se derivan de las bases de datos mundiales de UNICEF y están acompañados de definiciones, fuentes y notas a pie de página adicionales cuando se considera necesario. Las tablas se basan en estimaciones interinstitucionales y encuestas nacionales representativas en los hogares como las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y las Encuestas de Demografía y Salud (DHS). Además, se han utilizado datos de otras organizaciones de las Naciones Unidas. Los datos presentados en las tablas estadísticas de este año reflejan por lo general la información que había disponible hasta agosto de 2012. Para obtener más información sobre la metodología y las fuentes de los datos, visite <www.childinfo.org>.

Este informe incluye las últimas estimaciones y predicciones de la publicación *Perspectiva de la población mundial: revisión de 2010* y *Perspectiva de la población mundial: revisión de 2011* (Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, División de Población). Es posible que en los países que hayan sufrido recientemente desastres naturales o causados por los seres humanos, este hecho haya afectado negativamente la calidad de los datos. Esto puede suceder especialmente allí donde se haya producido una fragmentación en las infraestructuras básicas del país o se hayan registrado importantes movimientos demográficos.

Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS): UNICEF apoya a los países en la recopilación de datos estadísticamente correctos y comparables internacionalmente a través de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS). Desde 1995 se han realizado alrededor de 240 encuestas en aproximadamente 100 países y zonas. La quinta ronda de encuestas MICS en más de 60 países está en marcha actualmente. Las encuestas MICS se encuentran entre las mayores fuentes de datos para supervisar el progreso hacia las metas de desarrollo acordadas internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Hay más información disponible en <www.childinfo.org/mics.html>. Las encuestas MICS se encuentran entre las mayores fuentes de datos para supervisar el progreso hacia las metas de desarrollo acordadas internacionalmente, incluidos los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Cálculos sobre mortalidad en la infancia

Todos los años, en su publicación más importante, el *Estado Mundial de la Infancia*, UNICEF presenta una serie de estimaciones sobre mortalidad en la infancia, como la tasa anual de mortalidad de lactantes, la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, y los fallecimientos de niños menores de 5 años, durante por lo menos dos años de referencia. Estas cifras representan las mejores estimaciones de que se dispone en el momento en que se elabora el informe. Las estimaciones se basan en las tareas del Grupo

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

Región de UNICEF	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
África subsahariana	236	212	197	184	178	170	154	133	112	109
África oriental y meridional	214	191	183	170	162	155	135	112	88	84
África occidental y central	259	237	215	202	197	190	175	155	135	132
Oriente Medio y África del Norte	190	157	122	90	72	61	52	44	37	36
Asia meridional	195	175	154	135	119	104	89	75	64	62
Asia Oriental y Pacífico	120	92	75	62	55	49	39	29	22	20
América Latina y el Caribe	117	100	81	65	53	43	34	26	22	19
ECE/CEI	88	75	68	56	48	45	35	28	22	21
Países menos adelantados	238	223	206	186	171	156	136	118	102	98
Mundo	**141**	**123**	**111**	**96**	**87**	**82**	**73**	**63**	**53**	**51**

Muertes de menores de 5 años (millones)

Región de UNICEF	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2011
África subsahariana	3,1	3,2	3,4	3,5	3,8	4,0	4,0	3,8	3,4	3,4
África oriental y meridional	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7	1,7	1,6	1,5	1,2	1,2
África occidental y central	1,6	1,7	1,8	1,9	2,1	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1
Oriente Medio y África del Norte	1,2	1,1	1,0	0,8	0,7	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
Asia meridional	5,3	5,1	5,0	4,6	4,3	3,9	3,3	2,7	2,4	2,3
Asia Oriental y Pacífico	5,2	3,5	2,3	2,4	2,2	1,6	1,3	0,9	0,6	0,6
América Latina y el Caribe	1,2	1,1	0,9	0,8	0,6	0,5	0,4	0,3	0,2	0,2
ECE/CEI	0,5	0,6	0,5	0,4	0,4	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1
Países menos adelantados	3,3	3,4	3,5	3,5	3,5	3,5	3,3	3,0	2,7	2,6
Mundo	**16,9**	**14,8**	**13,1**	**12,7**	**12,0**	**10,8**	**9,6**	**8,2**	**7,1**	**6,9**

Interorganismos sobre Estimaciones de Mortalidad Infantil (IGME, por sus siglas en inglés), que incluye a UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. El IGME actualiza estas estimaciones cada año, emprendiendo una revisión detallada de todos los datos nuevos. En ocasiones, esta revisión da como resultado ajustes de las estimaciones anteriormente anunciadas. Como resultado, las estimaciones publicadas en ediciones consecutivas del *Estado Mundial de la Infancia* no deben utilizarse para analizar las tendencias de la mortalidad a lo largo de un período de tiempo. En la página 95 se presentan estimaciones comparables sobre niños menores de 5 años para los períodos 1970 y 2011. Los indicadores de mortalidad específicos de cada país para el período de 1970 a 2011, sobre la base de las estimaciones más recientes del IGME, se presentan en la Tabla 10 (para los años 1970, 1990, 2000 y 2011) y están disponibles en <www.childinfo.org> y <www.childmortality.org>.

Notas sobre tablas específicas

TABLA 1. INDICADORES BÁSICOS

Tasa de mortalidad de menores de 5 años por género: Por primera vez, el IGME ha producido estimaciones por género de la tasa de mortalidad de menores de 5 años. Una información detallada sobre los métodos para realizar la estimación está disponible en el anexo del último informe del IGME, en <www.childmortality.org>.

Distribución familiar del ingreso: La distribución familiar del ingreso recibido por el 20% de los hogares con el ingreso más alto, y el 40% de los hogares con el ingreso más bajo, ya no se refleja en la Tabla 1, sino en la Tabla 7, donde se presenta junto a otros indicadores económicos.

TABLA 2. NUTRICIÓN

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

Suplementos de vitamina A: En este informe solamente se presenta la cobertura completa (dos dosis) para la administración de suplementos de vitamina A, haciendo

hincapié en la importancia de que el niño reciba dos dosis anuales de vitamina A con una separación de 4 a 6 meses entre cada dosis. Ante la falta de un método directo para medir este indicador, la cobertura completa se registra como la estimación más baja de cobertura de las rondas 1 y 2 en un año dado.

TABLA 3. SALUD

Tratamiento de diarrea: Por primera vez, la tabla incluye el tratamiento de la diarrea con las sales de rehidratación oral (SRO). Las SRO son un producto clave para la supervivencia infantil y por tanto resulta crucial supervisar su cobertura. Esto reemplaza el indicador utilizado en años anteriores, el tratamiento de la diarrea con terapia de rehidratación oral y alimentación continuada, que seguirá estando disponible en <www.childinfo.org>.

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

Inmunización: Este informe presenta las estimaciones de la OMS y UNICEF sobre la cobertura nacional de inmunización. Estas son las estimaciones oficiales de las Naciones Unidas para medir el progreso hacia los indicadores de los ODM para la cobertura con la vacuna que contiene el sarampión. Desde 2000, las estimaciones se actualizan una vez al año en julio, después de un proceso de consulta en el que los países reciben borradores de informes para qué los analicen y los comenten. Debido a que el sistema incorpora nuevos datos empíricos, cada revisión anual sustituye las presentaciones anteriores de datos, y los niveles de cobertura de las revisiones anteriores no son comparables. Una explicación más detallada del proceso se puede encontrar en <www.childinfo.org/immunization_countryreports.html>.

Los promedios regionales para los seis antígenos registrados se calculan de la siguiente manera:

- Para BCG, los promedios regionales incluyen sólo aquellos países donde la BCG está incluida en el calendario sistemático de vacunación nacional.
- Para DPT, polio, sarampión, hepatitis B y Hib, los promedios regionales incluyen todos los países.
- Para la protección al nacer contra el tétanos, los promedios regionales incluyen sólo los países donde el tétanos materno y neonatal es endémico.

TABLA 4. VIH/sida

En 2012, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) presentó nuevas estimaciones sobre el VIH y el sida a escala mundial para 2011 que reflejaban los principales cambios en las pautas de la OMS de tratamiento del VIH en adultos y niños y para la prevención de la transmisión vertical del VIH, así como mejoras en los supuestos de la probabilidad de transmisión del VIH de madre a hijo y las tasas netas de supervivencia de los niños infectados. Además, hay más datos fiables disponibles procedentes de encuestas basadas en la población, sistemas nacionales ampliados de vigilancia centinela y estadísticas de servicios de programas en varios países. Sobre la base de la metodología refinada, ONUSIDA ha generado retrospectivamente nuevas estimaciones para la prevalencia de VIH, el número de personas que viven con VIH y aquellas que requieren tratamiento, las muertes relacionadas con el sida, las nuevas infecciones y el número de niños cuyos progenitores han muerto debido a todas las causas, incluido el sida, durante los últimos años. Para los análisis de tendencias solamente se deben utilizar las nuevas estimaciones. Las nuevas estimaciones sobre el VIH y el sida se incluyen en esta tabla también se publicarán en el próximo *Informe sobre la epidemia mundial de sida*, 2012 de ONUSIDA.

En general, las cifras mundiales y regionales publicadas en el *Estado Mundial de la Infancia* de 2013 no son comparables a las estimaciones publicadas previamente. Para obtener más información sobre las estimaciones, las metodologías y las actualizaciones sobre el VIH y el sida, sírvase consultar <www.unaids.org>.

TABLA 8. SITUACIÓN DE LAS MUJERES

Tasa de mortalidad derivada de la maternidad (ajustada): La tasa sobre salud materna presenta las nuevas tasas de mortalidad derivada de la maternidad "ajustadas" para el año 2010, producidas por el IGME, que está compuesto por la OMS, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Banco Mundial, junto a expertos técnicos independientes. El grupo interinstitucional ha utilizado un enfoque dual para generar las estimaciones sobre mortalidad derivada de la maternidad, que requiere hacer ajustes a las estimaciones existentes sobre mortalidad derivada de la maternidad en los sistemas de registro civil para corregir las clasificaciones erróneas y las notificaciones incompletas, y generar estimaciones basadas en modelos para los países que no disponen de estimaciones fiables sobre mortalidad derivada de la maternidad a nivel nacional, procedentes de los sistemas de registro civil. Estas estimaciones "ajustadas" no se deben comparar con estimaciones interinstitucionales anteriores. El informe completo –con estimaciones completes nacionales y regionales para los años 1990, 1995, 2000, 2005 y 2010, así como una detallada información metodológica– se encuentra en <www.childinfo.org/ maternal_mortality.html>.

TABLA 9. PROTECCIÓN INFANTIL

Disciplina violenta: Las estimaciones previas utilizadas en publicaciones de UNICEF y en los informes de país de las MICS antes de 2010 se calcularon utilizando ponderaciones en los hogares que no tenían en cuenta la última etapa de selección de niños para la administración del módulo sobre disciplina infantil en las MICS. (Se lleva a cabo una selección al azar de un niño de 2–14 años para la administración del módulo de disciplina infantil.) En enero de 2010 se decidió que es posible lograr estimaciones más exactas mediante una ponderación en el hogar que tenga en cuenta la última etapa de selección. Los datos de MICS 3 se volvieron a calcular utilizando

el nuevo enfoque. Todas las publicaciones producidas por UNICEF después de 2010, incluido el *Estado Mundial de la Infancia* de 2013, utilizan estas estimaciones modificadas.

Trabajo infantil: Los nuevos datos de la cuarta ronda de las encuestas MICS (MICS4, 2009–2012) incluidos en la tabla se han recalculado según la definición de los indicadores utilizada en las encuestas MICS3, para garantizar que se pueden comparar entre los países. En esta definición, las actividades de recolectar agua o leña se clasifican como tareas domésticas en lugar de actividad económica. Según este enfoque, un niño entre los 5 y los 14 años tendría que emplear 28 horas a la semana en la recolección de agua o de leña para que se le considere un trabajador infantil.

TABLA 10. LA TASA DEL PROGRESO

La tasa de mortalidad de menores de cinco años (TMM5) se utiliza como el principal indicador de progreso en el bienestar infantil. En 1970, alrededor de 16,9 millones de niños y niñas morían todos los años. Por comparación, en 2011, el número estimado de niños y niñas que murieron antes de cumplir 5 años se mantuvo en 6,9 millones, lo que significa que hubo un declive considerable a largo plazo en el número mundial de muertes de menores de 5 años.

La TMM5 tiene varias ventajas como patrón para medir el bienestar de la infancia:

- En primer lugar, este indicador mide los resultados finales del proceso de desarrollo en vez de factores intermedios tales como el nivel de escolarización, la disponibilidad de calorías per cápita o el número de médicos por cada 1.000 habitantes, todos los cuales son medios para conseguir un fin.
- En segundo lugar, la TMM5 es el resultado de una amplia variedad de factores: por ejemplo, antibióticos para tratar la neumonía; mosquiteros tratados con insecticida para evitar el paludismo; salud nutricional y conocimientos básicos de salud de la madre; cobertura de inmunización y utilización de la terapia de rehidratación oral; acceso a servicios de atención maternoinfantil (incluida la atención prenatal); nivel de ingresos y disponibilidad de alimentos de la familia; acceso a agua potable y saneamiento básico; y grado de seguridad del medio ambiente infantil.
- En tercer lugar, la TMM5 está menos expuesta que, por ejemplo, el ingreso nacional bruto (INB) per cápita, a la falacia del promedio estadístico. Esto se debe a que los límites naturales impiden que los hijos de los ricos puedan tener una probabilidad 1.000 veces mayor de sobrevivir, aunque los límites sociales establecidos les permitan poseer un ingreso 1.000 veces más elevado. En otras palabras, es mucho más difícil que la presencia de una minoría rica afecte a la TMM5 de un país y, por tanto, este indicador representa de forma más adecuada, aunque imperfecta, el estado de salud de la mayoría de la población infantil y de la sociedad en su conjunto.

La velocidad del ritmo de reducción de la TMM5 puede medirse mediante el cálculo de la tasa media anual de reducción (TMAR). A diferencia de las comparaciones entre niveles absolutos, la TMAR mide cambios relativos que reflejan diferencias en comparación con el valor de partida.

Cuanto más bajos son los niveles de mortalidad de los menores de 5 años ya alcanzados, la misma reducción absoluta representa obviamente una mayor reducción porcentual. Así pues, la TMAR indica un avance más rápido en el caso de una reducción de 10 puntos, por ejemplo, cuando ésta se logra con niveles iniciales más bajos de mortalidad de menores de 5 años en comparación con un nivel más alto durante el mismo periodo. Una disminución de 10 puntos de la TMM5 desde 100 en 1990 hasta 90 en 2011 representa una reducción del 10%, correspondiente a una TMAR de alrededor de 0,5%, mientras la misma disminución de 10 puntos desde el 20 al 10 durante el mismo periodo representa una reducción del 50% o una reducción de la TMAR del 3,3%. (Un valor negativo para la reducción del porcentaje indica un aumento de la TMM5 durante el período especificado.)

La utilización combinada de la TMM5 y su tasa de reducción, junto con la tasa de crecimiento del PIB per cápita, permite obtener un cuadro representativo de los avances logrados por cualquier país, zona o región, durante un determinado período de tiempo, en la satisfacción de las necesidades humanas más básicas.

Como muestra la tabla 10, no existe una relación fija entre la tasa anual de reducción de la TMM5 y la tasa anual de crecimiento del PIB per cápita. Estas comparaciones ayudan a destacar las relaciones entre los avances económicos y el desarrollo humano.

Finalmente, la tabla muestra la tasa global de fecundidad por países y zonas, y la TMAR correspondiente. Como se puede apreciar, muchos de los países y zonas que han logrado reducciones significativas de la TMM5 han alcanzado asimismo reducciones igualmente significativas en las tasas de fecundidad.

TABLAS 12–13. EQUIDAD

Tratamiento de la diarrea: Por primera vez, la tabla incluye el tratamiento de la diarrea con las sales de rehidratación oral (SRO). Esto reemplaza el indicador utilizado en años anteriores, el tratamiento de la diarrea con terapia de rehidratación oral y alimentación continuada.

Explicación de los símbolos

Los símbolos siguientes se aplican a todas las tablas:

– Indica que los datos no están disponibles.
x Indica los datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales, con la excepción de los datos de 2005 a 2006 de la India.
y Indica los datos referidos a definiciones diferentes a la norma o sólo a 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.
* Los datos se refieren al año disponible más reciente durante el período especificado en el titular de la columna.
** Excluye China.

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

Clasificación regional

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

África subsahariana
África oriental y meridional; África occidental y central; Djibouti y el Sudán[1]

África oriental y meridional
Angola; Botswana; Burundi; Comoras; Eritrea; Etiopía; Kenya; Lesotho; Madagascar; Malawi; Mauricio; Mozambique; Namibia; República Unida de Tanzanía; Rwanda; Seychelles; Somalia; Sudáfrica; Sudán del Sur[1], Swazilandia; Uganda; Zambia; Zimbabwe

África occidental y central
Benin; Burkina Faso; Camerún; Cabo Verde; Chad; Congo; Côte d'Ivoire; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Gabón; Gambia; Ghana; Liberia; Malí; Mauritania; Níger; Nigeria; República Centroafricana; República Democrática del Congo; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Sierra Leona; Togo

Oriente Medio y África del Norte
Arabia Saudita; Argelia; Bahrein; Djibouti; Egipto; Emiratos Árabes Unidos; Irán (República Islámica de); Iraq; Jordania; Kuwait; Líbano; Libia; Marruecos; Omán; Qatar; República Árabe Siria; Sudán[1]; Estado de Palestina; Túnez; Yemen

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

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

América Latina y el Caribe
Antigua y Barbuda; Argentina; Bahamas; Barbados; Belice; Bolivia (Estado Plurinacional de); Brasil; Chile; Colombia; Costa Rica; Cuba; Dominica; Ecuador; El Salvador; Granada; Guatemala; Guyana; Haití; Honduras; Jamaica; México; Nicaragua; Panamá; Paraguay; Perú; República Dominicana; Saint Kitts y Nevis; Santa Lucía; San Vicente y las Granadinas; Suriname; Trinidad y Tabago; Uruguay; Venezuela (República Bolivariana de)

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

Países y zonas menos adelantados
[Clasificados como tales por el Alto Representante de las Naciones Unidas para los Países Menos Adelantados, los Países en Desarrollo sin Litoral y los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo] Afganistán; Angola; Bangladesh; Benin; Bhután; Burkina Faso; Burundi; Camboya; Cabo Verde; Chad; Comoras; Djibouti; Eritrea; Etiopía; Gambia; Guinea; Guinea-Bissau; Guinea Ecuatorial; Haití; Islas Salomón; Kiribati; Lesotho; Liberia; Madagascar; Malawi; Maldivas; Malí; Mauritania; Mozambique; Myanmar; Nepal; Níger; República Centroafricana; República Democrática del Congo; República Democrática Popular Lao; República Unida de Tanzanía; Rwanda; Samoa; Santo Tomé y Príncipe; Senegal; Sierra Leona; Somalia; Sudán[1]; Sudán del Sur[1]; Timor-Leste; Togo; Tuvalu; Uganda; Vanuatu; Yemen; Zambia

Posición de los países y zonas según su TMM5

La lista siguiente presenta a los países y zonas en orden descendente según las estimaciones de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) de 2011, un indicador fundamental para medir el bienestar de los niños. Los países y los zonas aparecen en orden alfabético en las tablas que siguen.

Países y zonas	Tasa	Posición
Sierra Leona	185	**1**
Somalia	180	**2**
Malí	176	**3**
Chad	169	**4**
República Democrática del Congo	168	**5**
República Centroafricana	164	**6**
Guinea-Bissau	161	**7**
Angola	158	**8**
Burkina Faso	146	**9**
Burundi	139	**10**
Camerún	127	**11**
Guinea	126	**12**
Níger	125	**13**
Nigeria	124	**14**
Sudán del Sur[1]	121	**15**
Guinea Ecuatorial	118	**16**
Côte d'Ivoire	115	**17**
Mauritania	112	**18**
Togo	110	**19**
Benin	106	**20**
Swazilandia	104	**21**
Mozambique	103	**22**
Afganistán	101	**23**
Gambia	101	**23**
Congo	99	**25**
Djibouti	90	**26**
Uganda	90	**26**
Santo Tomé y Príncipe	89	**28**
Lesotho	86	**29**
Sudán[1]	86	**29**
Malawi	83	**31**
Zambia	83	**31**
Comoras	79	**33**
Ghana	78	**34**
Liberia	78	**34**
Etiopía	77	**36**
Yemen	77	**36**
Kenya	73	**38**
Pakistán	72	**39**
Haití	70	**40**
Eritrea	68	**41**
República Unida de Tanzania	68	**41**
Zimbabwe	67	**43**
Gabón	66	**44**
Senegal	65	**45**
Tayikistán	63	**46**
Madagascar	62	**47**
Myanmar	62	**47**
India	61	**49**
Papua Nueva Guinea	58	**50**
Bhután	54	**51**
Rwanda	54	**51**
Timor-Leste	54	**51**
Turkmenistán	53	**54**
Bolivia (Estado Plurinacional de)	51	**55**
Uzbekistán	49	**56**
Nepal	48	**57**
Kiribati	47	**58**
Sudáfrica	47	**58**
Bangladesh	46	**60**
Azerbaiyán	45	**61**
Camboya	43	**62**
Micronesia (Estados Federados de)	42	**63**
Namibia	42	**63**
República Democrática Popular Lao	42	**63**
Nauru	40	**66**
Iraq	38	**67**
Guyana	36	**68**
Marruecos	33	**69**
República Popular Democrática de Corea	33	**69**
Indonesia	32	**71**
Kirguistán	31	**72**
Mongolia	31	**72**
Argelia	30	**74**
Guatemala	30	**74**
Suriname	30	**74**
Tuvalu	30	**74**
Kazajstán	28	**78**
Trinidad y Tabago	28	**78**
Botswana	26	**80**
Islas Marshall	26	**80**
Nicaragua	26	**80**
Filipinas	25	**83**
Irán (República Islámica de)	25	**83**
República Dominicana	25	**83**
Ecuador	23	**86**
Estado de Palestina	22	**87**
Islas Salomón	22	**87**
Paraguay	22	**87**
Viet Nam	22	**87**
Cabo Verde	21	**91**
Egipto	21	**91**
Georgia	21	**91**
Honduras	21	**91**
Jordania	21	**91**
Nauru	21	**91**
San Vicente y las Granadinas	21	**91**
Barbados	20	**98**
Panamá	20	**98**
Palau	19	**100**
Samoa	19	**100**
Armenia	18	**102**
Colombia	18	**102**
Jamaica	18	**102**
Perú	18	**102**
Belice	17	**106**
Bahamas	16	**107**
Brasil	16	**107**
Fiji	16	**107**
Libia	16	**107**
México	16	**107**
República de Moldova	16	**107**
Santa Lucía	16	**107**
Túnez	16	**107**
China	15	**115**
El Salvador	15	**115**
Mauricio	15	**115**
República Árabe Siria	15	**115**
Tonga	15	**115**
Turquía	15	**115**
Venezuela (República Bolivariana de)	15	**115**
Albania	14	**122**
Argentina	14	**122**
Seychelles	14	**122**
Granada	13	**125**
Rumania	13	**125**
Vanuatu	13	**125**
Bulgaria	12	**128**
Dominica	12	**128**
Federación de Rusia	12	**128**
Sri Lanka	12	**128**
Tailandia	12	**128**
Kuwait	11	**133**
Maldivas	11	**133**
Bahrein	10	**135**
Costa Rica	10	**135**
ex República Yugoslava de Macedonia	10	**135**
Islas Cook	10	**135**
Ucrania	10	**135**
Uruguay	10	**135**
Arabia Saudita	9	**141**
Chile	9	**141**
Líbano	9	**141**
Omán	9	**141**
Antigua y Barbuda	8	**145**
Bosnia y Herzegovina	8	**145**
Eslovaquia	8	**145**
Estados Unidos	8	**145**
Letonia	8	**145**
Qatar	8	**145**
Brunei Darussalam	7	**151**
Emiratos Árabes Unidos	7	**151**
Malasia	7	**151**
Montenegro	7	**151**
Saint Kitts y Nevis	7	**151**
Serbia	7	**151**
Belarús	6	**157**
Canadá	6	**157**
Cuba	6	**157**
Hungría	6	**157**
Lituania	6	**157**
Malta	6	**157**
Nueva Zelandia	6	**157**
Polonia	6	**157**
Australia	5	**165**
Croacia	5	**165**
Reino Unido	5	**165**
República de Corea	5	**165**
Alemania	4	**169**
Austria	4	**169**
Bélgica	4	**169**
Dinamarca	4	**169**
España	4	**169**
Estonia	4	**169**
Francia	4	**169**
Grecia	4	**169**
Irlanda	4	**169**
Israel	4	**169**
Italia	4	**169**
Mónaco	4	**169**
Países Bajos	4	**169**
República Checa	4	**169**
Suiza	4	**169**
Andorra	3	**184**
Chipre	3	**184**
Eslovenia	3	**184**
Finlandia	3	**184**
Islandia	3	**184**
Japón	3	**184**
Luxemburgo	3	**184**
Noruega	3	**184**
Portugal	3	**184**
Singapur	3	**184**
Suecia	3	**184**
San Marino	2	**195**
Liechtenstein	–	**–**
Santa Sede	–	**–**

[1] Debido a la cesión de la República de Sudán del Sur realizada por la República del Sudán en julio de 2011, 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 correspondientes a la mayoría de los indicadores como Estados separados. Los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión, y estos datos se incluyen en los promedios para las regiones de Asia oriental y meridional, del Oriente Medio y África del Norte, y de África subsahariana, así como para las categorías de países/zonas menos adelantados. Para los fines de este informe, Sudán del Sur se designa como país menos adelantado.

TABLA 1: INDICADORES BÁSICOS

Países y zonas	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años		TMM5 por género 2011		Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año)		Tasa de mortalidad neonatal 2011	Población total (miles) 2011	Nacimientos anuales (miles) 2011	Muertes anuales (<5 años) (miles) 2011	INB per cápita (dólares) 2011	Esperanza de vida al nacer (años) 2011	Tasa total de alfabeti-zación de adultos (%) 2007–2011*	Tasa neta de matricula-ción en la enseñanza primaria (%) 2008–2011*
		1990	2011	hombre	mujer	1990	2011								
Afganistán	**23**	192	101	103	99	129	73	36	32.358	1.408	128	410 x	49	–	–
Albania	**122**	41	14	15	14	36	13	7	3.216	41	1	3.980	77	96	80
Alemania	**169**	9	4	4	4	7	3	2	82.163	699	3	43.980	80	–	100
Andorra	**184**	8	3	4	3	7	3	1	86	–	0	41.750 x	–	–	79
Angola	**8**	243	158	165	150	144	96	43	19.618	803	120	4.060	51	70	86
Antigua y Barbuda	**145**	27	8	9	7	23	6	4	90	–	0	12.060	–	99	88
Arabia Saudita	**141**	43	9	10	8	34	8	5	28.083	605	6	17.820	74	87	90
Argelia	**74**	66	30	32	28	54	26	17	35.980	712	21	4.470	73	73	97
Argentina	**122**	28	14	16	13	24	13	8	40.765	693	10	9.740	76	98	–
Armenia	**102**	47	18	19	15	40	16	11	3.100	47	1	3.360	74	100	–
Australia	**165**	9	5	5	4	8	4	3	22.606	307	1	46.200 x	82	–	97
Austria	**169**	9	4	5	4	8	4	3	8.413	74	0	48.300	81	–	–
Azerbaiyán	**61**	95	45	47	43	75	39	19	9.306	184	8	5.290	71	100	85
Bahamas	**107**	22	16	17	15	18	14	7	347	5	0	21.970 x	76	–	98
Bahrein	**135**	21	10	10	10	18	9	4	1.324	23	0	15.920 x	75	92	–
Bangladesh	**60**	139	46	48	44	97	37	26	150.494	3.016	134	770	69	57	–
Barbados	**98**	18	20	22	18	16	18	10	274	3	0	12.660 x	77	–	95
Belarús	**157**	17	6	6	5	14	4	3	9.559	107	1	5.830	70	100	92
Bélgica	**169**	10	4	5	4	9	4	2	10.754	123	1	46.160	80	–	99
Belice	**106**	44	17	19	15	35	15	8	318	8	0	3.690	76	–	97
Benin	**20**	177	106	109	103	107	68	31	9.100	356	36	780	56	42	94
Bhután	**51**	138	54	57	50	96	42	25	738	15	1	2.070	67	53 x	90
Bolivia (Estado Plurinacional de)	**55**	120	51	54	48	83	39	22	10.088	264	13	2.040	67	91	–
Bosnia y Herzegovina	**145**	19	8	9	7	17	7	5	3.752	32	0	4.780	76	98	87
Botswana	**80**	53	26	28	24	41	20	11	2.031	47	1	7.480	53	84	87
Brasil	**107**	58	16	17	14	49	14	10	196.655	2.996	44	10.720	73	90	–
Brunei Darussalam	**151**	12	7	8	7	9	6	4	406	8	0	31.800 x	78	95	–
Bulgaria	**128**	22	12	13	11	19	11	7	7.446	75	1	6.550	73	98	100
Burkina Faso	**9**	208	146	151	142	105	82	34	16.968	730	101	570	55	29	58
Burundi	**10**	183	139	145	133	110	86	43	8.575	288	39	250	50	67	–
Cabo Verde	**91**	58	21	23	20	45	18	10	501	10	0	3.540	74	84	93
Camboya	**62**	117	43	47	37	85	36	19	14.305	317	13	830	63	74	96
Camerún	**11**	145	127	135	120	90	79	33	20.030	716	88	1.210	52	71	94
Canadá	**157**	8	6	6	5	7	5	4	34.350	388	2	45.560	81	–	–
Chad	**4**	208	169	177	160	113	97	42	11.525	511	79	690	50	34	–
Chile	**141**	19	9	10	8	16	8	5	17.270	245	2	12.280	79	99	94
China	**115**	49	15	15	14	39	13	9	1.347.565	16.364	249	4.930	73	94	100 z
Chipre	**184**	11	3	3	3	10	3	1	1.117	13	0	29.450 x	80	98	99
Colombia	**102**	34	18	20	16	28	15	11	46.927	910	16	6.110	74	93	92
Comoras	**33**	122	79	85	74	86	59	32	754	28	2	770	61	75	–
Congo	**25**	119	99	103	94	75	64	32	4.140	145	14	2.270	57	–	91
Costa Rica	**135**	17	10	11	9	15	9	6	4.727	73	1	7.660	79	96	–
Côte d'Ivoire	**17**	151	115	125	105	104	81	41	20.153	679	75	1.100	55	56	61
Croacia	**165**	13	5	6	5	11	4	3	4.396	43	0	13.850	77	99	96
Cuba	**157**	13	6	6	5	11	5	3	11.254	110	1	5.460 x	79	100	100
Dinamarca	**169**	9	4	4	3	7	3	2	5.573	64	0	60.390	79	–	96
Djibouti	**26**	122	90	95	84	94	72	33	906	26	2	1.270 x	58	–	45
Dominica	**128**	17	12	13	11	14	11	8	68	–	0	7.090	–	–	98
Ecuador	**86**	52	23	25	21	41	20	10	14.666	298	7	4.140	76	92	98
Egipto	**91**	86	21	22	20	63	18	7	82.537	1.886	40	2.600	73	72	96
El Salvador	**115**	60	15	17	14	47	13	6	6.227	126	2	3.480	72	84	95
Emiratos Árabes Unidos	**151**	22	7	7	6	19	6	4	7.891	94	1	40.760	77	90 x	–
Eritrea	**41**	138	68	74	61	86	46	22	5.415	193	13	430	62	68	35
Eslovaquia	**145**	18	8	9	7	16	7	4	5.472	58	0	16.070	75	–	–
Eslovenia	**184**	10	3	3	3	9	2	2	2.035	20	0	23.610	79	100	97
España	**169**	11	4	5	4	9	4	3	46.455	499	2	30.990	81	98	100
Estado de Palestina	**87**	43	22	23	21	36	20	13	4.152	137	3	a	73	95	89
Estados Unidos	**145**	11	8	8	7	9	6	4	313.085	4.322	32	48.450	79	–	96
Estonia	**169**	20	4	4	3	16	3	2	1.341	16	0	15.200	75	100	96
Etiopía	**36**	198	77	82	72	118	52	31	84.734	2.613	194	400	59	39	82
ex República Yugoslava de Macedonia	**135**	38	10	11	9	34	9	6	2.064	22	0	4.730	75	97	98
Federación de Rusia	**128**	27	12	13	10	23	10	7	142.836	1.689	20	10.400	69	100	96
Fiji	**107**	30	16	18	15	25	14	8	868	18	0	3.680	69	–	99
Filipinas	**83**	57	25	29	22	40	20	12	94.852	2.358	57	2.210	69	95	89

Países y zonas	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años		TMM5 por género 2011		Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año)		Tasa de mortalidad neonatal 2011	Población total (miles) 2011	Nacimientos anuales (miles) 2011	Muertes anuales (<5 años) (miles) 2011	INB per cápita (dólares) 2011	Esperanza de vida al nacer (años) 2011	Tasa total de alfabeti-zación de adultos (%) 2007–2011*	Tasa neta de matricula-ción en la enseñanza primaria (%) 2008–2011*
		1990	2011	hombre	mujer	1990	2011								
Finlandia	**184**	7	3	3	3	6	2	2	5.385	61	0	48.420	80	–	98
Francia	**169**	9	4	5	4	7	3	2	63.126	792	3	42.420	82	–	99
Gabón	**44**	94	66	72	59	69	49	25	1.534	42	3	7.980	63	88	–
Gambia	**23**	165	101	107	94	78	58	34	1.776	67	6	610	58	50	69
Georgia	**91**	47	21	23	18	40	18	15	4.329	51	1	2.860	74	100	100
Ghana	**34**	121	78	83	72	76	52	30	24.966	776	60	1.410	64	67	84
Granada	**125**	21	13	13	12	17	10	7	105	2	0	7.220	76	–	97
Grecia	**169**	13	4	5	4	12	4	3	11.390	117	1	25.030	80	97	–
Guatemala	**74**	78	30	33	28	56	24	15	14.757	473	14	2.870	71	75	99
Guinea	**12**	228	126	128	123	135	79	39	10.222	394	48	440	54	41	77
Guinea-Bissau	**7**	210	161	174	147	125	98	44	1.547	59	9	600	48	54	75
Guinea Ecuatorial	**16**	190	118	124	112	118	80	37	720	26	3	14.540	51	94	56
Guyana	**68**	63	36	40	32	48	29	20	756	13	0	2.900 x	70	–	84
Haití	**40**	143	70	74	66	99	53	25	10.124	266	19	700	62	49 x	–
Honduras	**91**	55	21	23	20	43	18	11	7.755	205	4	1.970	73	85	96
Hungría	**157**	19	6	7	6	17	5	4	9.966	100	1	12.730	74	99	98
India	**49**	114	61	59	64	81	47	32	1.241.492	27.098	1.655	1.410	65	63	98
Indonesia	**71**	82	32	34	29	54	25	15	242.326	4.331	134	2.940	69	93	99
Irán (República Islámica de)	**83**	61	25	25	25	47	21	14	74.799	1.255	33	4.520 x	73	85	–
Iraq	**67**	46	38	41	35	37	31	20	32.665	1.144	42	2.640	69	78	–
Irlanda	**169**	9	4	4	4	8	3	2	4.526	72	0	38.580	81	–	100
Islandia	**184**	6	3	3	2	5	2	1	324	5	0	35.020	82	–	99
Islas Cook	**135**	19	10	11	8	16	8	5	20	–	0	–	–	–	98
Islas Marshall	**80**	52	26	29	23	41	22	12	55	–	0	3.910	–	–	99
Islas Salomón	**87**	42	22	21	22	34	18	11	552	17	0	1.110	68	–	–
Israel	**169**	12	4	5	4	10	4	2	7.562	156	1	28.930	82	–	97
Italia	**169**	10	4	4	3	8	3	2	60.789	557	2	35.330	82	99	99
Jamaica	**102**	35	18	21	16	28	16	11	2.751	50	1	4.980	73	87	82
Japón	**184**	6	3	4	3	5	2	1	126.497	1.073	4	45.180	83	–	100
Jordania	**91**	37	21	22	19	31	18	12	6.330	154	3	4.380	73	93	91
Kazajstán	**78**	57	28	32	24	48	25	14	16.207	345	11	8.220	67	100	100
Kenya	**38**	98	73	78	67	64	48	27	41.610	1.560	107	820	57	87	84
Kirguistán	**72**	70	31	34	28	58	27	16	5.393	131	4	920	68	99	95
Kiribati	**58**	88	47	50	45	64	38	19	101	–	0	2.110	–	–	–
Kuwait	**133**	17	11	12	10	14	9	5	2.818	50	1	48.900 x	75	94	98
Lesotho	**29**	88	86	93	79	71	63	39	2.194	60	5	1.220	48	90	74
Letonia	**145**	21	8	9	8	17	7	5	2.243	24	0	12.350	73	100	96
Líbano	**141**	33	9	10	9	27	8	5	4.259	65	1	9.110	73	90	93
Liberia	**34**	241	78	83	74	161	58	27	4.129	157	12	240	57	61	–
Libia	**107**	44	16	17	16	33	13	10	6.423	144	2	12.320 x	75	89	–
Liechtenstein	**–**	–	–	–	–	–	–	–	36	–	–	137.070 x	–	–	99
Lituania	**157**	17	6	6	5	14	5	3	3.307	35	0	12.280	72	100	96
Luxemburgo	**184**	8	3	3	3	7	2	2	516	6	0	78.130	80	–	97
Madagascar	**47**	161	62	65	58	98	43	23	21.315	747	45	430	67	64	–
Malasia	**151**	17	7	7	6	15	6	3	28.859	579	4	8.420	74	93	–
Malawi	**31**	227	83	87	79	134	53	27	15.381	686	52	340	54	75	97
Maldivas	**133**	105	11	12	10	76	9	7	320	5	0	6.530	77	98 x	97
Malí	**3**	257	176	182	169	132	98	49	15.840	728	121	610	51	31	66
Malta	**157**	11	6	7	5	10	5	4	418	4	0	18.620 x	80	92 x	94
Marruecos	**69**	81	33	35	30	64	28	19	32.273	620	21	2.970	72	56	94
Mauricio	**115**	24	15	16	14	21	13	9	1.307	16	0	8.240	73	89	93
Mauritania	**18**	125	112	120	104	81	76	40	3.542	118	13	1.000	59	58	74
México	**107**	49	16	17	14	38	13	7	114.793	2.195	34	9.240	77	93	100
Micronesia (Estados Federados de)	**63**	56	42	47	36	44	34	17	112	3	0	2.900	69	–	–
Mónaco	**169**	8	4	4	3	6	3	2	35	–	0	183.150 x	–	–	–
Mongolia	**72**	107	31	35	26	76	26	12	2.800	65	2	2.320	68	97	99
Montenegro	**151**	18	7	8	7	16	7	5	632	8	0	7.060	75	98	83
Mozambique	**22**	226	103	107	99	151	72	34	23.930	889	86	470	50	56	92
Myanmar	**47**	107	62	69	56	77	48	30	48.337	824	53	d	65	92	–
Namibia	**63**	73	42	45	38	49	30	18	2.324	60	2	4.700	62	89	86
Nauru	**66**	40	40	56	24	32	32	22	10	–	0	–	–	–	–
Nepal	**57**	135	48	49	47	94	39	27	30.486	722	34	540	69	60	–
Nicaragua	**80**	66	26	29	22	50	22	13	5.870	138	4	1.170	74	78 x	94
Níger	**13**	314	125	127	122	133	66	32	16.069	777	89	360	55	29 x	58

TABLA 1 | INDICADORES BÁSICOS ▶

Países y zonas	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años		TMM5 por género 2011		Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año)		Tasa de mortalidad neonatal 2011	Población total (miles) 2011	Nacimientos anuales (miles) 2011	Muertes anuales (<5 años) (miles) 2011	INB per cápita (dólares) 2011	Esperanza de vida al nacer (años) 2011	Tasa total de alfabeti-zación de adultos (%) 2007–2011*	Tasa neta de matricula-ción en la enseñanza primaria (%) 2008–2011*
		1990	2011	hombre	mujer	1990	2011								
Nigeria	**14**	214	124	129	119	127	78	39	162.471	6.458	756	1.200	52	61	58
Niue	**91**	14	21	21	21	12	18	10	1	–	0	–	–	–	–
Noruega	**184**	8	3	3	3	7	3	2	4.925	61	0	88.890	81	–	99
Nueva Zelandia	**157**	11	6	7	5	9	5	3	4.415	64	0	29.350 x	81	–	99
Omán	**141**	48	9	9	8	36	7	5	2.846	50	0	19.260 x	73	87	98
Países Bajos	**169**	8	4	4	4	7	3	3	16.665	181	1	49.730	81	–	100
Pakistán	**39**	122	72	76	68	95	59	36	176.745	4.764	352	1.120	65	55	74
Palau	**100**	32	19	23	14	27	14	9	21	–	0	7.250	–	–	–
Panamá	**98**	33	20	21	18	26	17	9	3.571	70	1	7.910	76	94	99
Papua Nueva Guinea	**50**	88	58	60	55	64	45	23	7.014	208	12	1.480	63	61	–
Paraguay	**87**	53	22	25	20	41	19	13	6.568	158	3	2.970	72	94	86
Perú	**102**	75	18	20	17	54	14	9	29.400	591	11	5.500	74	90	98
Polonia	**157**	17	6	6	5	15	5	4	38.299	410	2	12.480	76	100	96
Portugal	**184**	15	3	4	3	11	3	2	10.690	97	0	21.250	79	95	99
Qatar	**145**	20	8	8	7	17	6	4	1.870	21	0	80.440	78	96	96
Reino Unido	**165**	9	5	6	5	8	4	3	62.417	761	4	37.780	80	–	100
República Árabe Siria	**115**	36	15	16	14	30	13	9	20.766	466	7	2.750 x	76	83	99
República Centroafricana	**6**	169	164	170	157	112	108	46	4.487	156	25	470	48	56	71
República Checa	**169**	14	4	4	4	13	3	2	10.534	116	0	18.520	78	–	–
República de Corea	**165**	8	5	5	4	6	4	2	48.391	479	3	20.870	81	–	99
República de Moldova	**107**	35	16	17	15	29	14	8	3.545	44	1	1.980	69	99	90
República Democrática Popular Lao	**63**	148	42	44	39	102	34	18	6.288	140	6	1.130	67	73 x	97
República Democrática del Congo	**5**	181	168	178	158	117	111	47	67.758	2.912	465	190	48	67	–
República Dominicana	**83**	58	25	27	23	45	21	14	10.056	216	5	5.240	73	90	93
República Popular Democrática de Corea	**69**	45	33	35	32	23	26	18	24.451	348	12	d	69	100	–
República Unida de Tanzanía	**41**	158	68	70	65	97	45	25	46.218	1.913	122	540	58	73	98
Rumania	**125**	37	13	14	11	31	11	8	21.436	221	3	7.910	74	98	88
Rwanda	**51**	156	54	57	51	95	38	21	10.943	449	23	570	55	71	99
Saint Kitts y Nevis	**151**	28	7	8	6	22	6	5	53	–	0	12.480	–	–	86
Samoa	**100**	30	19	21	16	25	16	8	184	4	0	3.190	72	99	95
San Marino	**195**	12	2	2	2	11	2	1	32	–	0	50.400 x	–	–	92
San Vicente y las Granadinas	**91**	27	21	23	19	21	20	13	109	2	0	6.100	72	–	98
Santa Lucía	**107**	23	16	17	14	18	14	9	176	3	0	6.680	75	–	90
Santa Sede	**–**	–	–	–	–	–	–	–	0	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	**28**	96	89	92	86	62	58	29	169	5	0	1.360	65	89	99
Senegal	**45**	136	65	69	60	69	47	26	12.768	471	30	1.070	59	50	78
Serbia	**151**	29	7	8	6	25	6	4	9.854	110	1	5.680	75	98	95
Seychelles	**122**	17	14	15	13	14	12	9	87	–	0	11.130	–	92	–
Sierra Leona	**1**	267	185	194	176	158	119	49	5.997	227	42	340	48	42	–
Singapur	**184**	8	3	3	2	6	2	1	5.188	47	0	42.930	81	96	–
Somalia	**2**	180	180	190	170	108	108	50	9.557	416	71	d	51	–	–
Sri Lanka	**128**	29	12	13	11	24	11	8	21.045	373	5	2.580	75	91	94
Sudáfrica	**58**	62	47	50	44	48	35	19	50.460	1.052	47	6.960	53	89	90
Sudán[σ]	**29**	123	86	91	81	77	57	31	34.318	–	95	–	–	–	–
Sudán del Sur[σ]	**15**	217	121	122	119	129	76	38	10.314	–	43	a	–	–	–
Suecia	**184**	7	3	3	3	6	2	2	9.441	113	0	53.230	81	–	99
Suiza	**169**	8	4	5	4	7	4	3	7.702	77	0	76.380	82	–	99
Suriname	**74**	52	30	33	26	44	26	16	529	10	0	7.640 x	71	95	91
Swazilandia	**21**	83	104	113	94	61	69	35	1.203	35	4	3.300	49	87	86
Tailandia	**128**	35	12	13	11	29	11	8	69.519	824	10	4.420	74	94 x	90
Tayikistán	**46**	114	63	70	56	89	53	25	6.977	194	12	870	68	100	98
Timor-Leste	**51**	180	54	57	51	135	46	24	1.154	44	2	2.730 x	62	58	86
Togo	**19**	147	110	118	102	85	73	36	6.155	195	21	560	57	57	94
Tonga	**115**	25	15	18	13	21	13	8	105	3	0	3.580	72	99 x	–
Trinidad y Tabago	**78**	37	28	31	24	32	25	18	1.346	20	1	15.040	70	99	97
Túnez	**107**	51	16	18	15	40	14	10	10.594	179	3	4.070	75	78	99
Turkmenistán	**54**	94	53	57	48	75	45	22	5.105	109	5	4.110	65	100	–
Turquía	**115**	72	15	16	14	60	12	9	73.640	1.289	20	10.410	74	91	97
Tuvalu	**74**	58	30	33	27	45	25	14	10	–	0	5.010	–	–	–
Ucrania	**135**	19	10	11	9	17	9	5	45.190	494	5	3.120	68	100	91
Uganda	**26**	178	90	97	83	106	58	28	34.509	1.545	131	510	54	73	91

Países y zonas	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años		TMM5 por género 2011		Tasa de mortalidad infantil (< de 1 año)		Tasa de mortalidad neonatal 2011	Población total (miles) 2011	Nacimientos anuales (miles) 2011	Muertes anuales (<5 años) (miles) 2011	INB per cápita (dólares) 2011	Esperanza de vida al nacer (años) 2011	Tasa total de alfabetización de adultos (%) 2007–2011*	Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria (%) 2008–2011*
		1990	2011	hombre	mujer	1990	2011								
Uruguay	**135**	23	10	11	9	20	9	5	3.380	49	1	11.860	77	98	99
Uzbekistán	**56**	75	49	55	42	62	42	15	27.760	589	30	1.510	68	99	92
Vanuatu	**125**	39	13	14	12	31	11	7	246	7	0	2.870	71	83	–
Venezuela (República Bolivariana de)	**115**	31	15	17	13	26	13	8	29.437	598	9	11.920	74	96	95
Viet Nam	**87**	50	22	25	19	36	17	12	88.792	1.458	32	1.260	75	93	98
Yemen	**36**	126	77	80	73	89	57	32	24.800	940	70	1.070	65	64	78
Zambia	**31**	193	83	86	80	114	53	27	13.475	622	46	1.160	49	71	93
Zimbabwe	**43**	79	67	73	61	53	43	30	12.754	377	24	640	51	–	–
MEMORÁNDUM															
Sudán y Sudán del Sur[σ]	**–**	–	–	–	–	–	–	–	–	1.447	–	1.300 x	61	–	–
DATOS CONSOLIDADOS[#]															
África subsahariana		178	109	114	103	107	69	34	876.497	32.584	3.370	1.269	55	63	76
África oriental y meridional		162	84	89	79	100	55	29	418.709	14.399	1.177	1.621	56	68	86
África occidental y central		197	132	138	126	116	83	39	422.564	16.712	2.096	937	53	57	67
África septentrional y Oriente Medio		72	36	38	34	54	28	16	415.633	10.017	351	6.234	71	77	90
Asia meridional		119	62	61	63	85	48	32	1.653.679	37.402	2.309	1.319	66	62	92
Asia Oriental y Pacífico		55	20	21	19	41	17	11	2.032.532	28.448	590	4.853	73	94	96
América Latina y el Caribe		53	19	21	17	42	16	10	591.212	10.790	203	8.595	74	91	95
ECE/CEI		48	21	23	19	40	18	10	405.743	5.823	125	7.678	70	98	95
Países menos adelantados		171	98	102	93	107	65	33	851.103	28.334	2.649	695	59	60	80
Mundo		87	51	53	50	61	37	22	6.934.761	135.056	6.914	9.513	69	84	91

σ 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 correspondientes a la mayoría de los indicadores como Estados separados. Los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión (véase el punto Memorándum).

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 98.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa de mortalidad de menores de 5 años – Probabilidad de morir desde el nacimiento hasta la edad de 5 años, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad infantil – Probabilidad de morir desde el nacimiento hasta la edad de 1 año, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad neonatal – Probabilidad de morir durante los primeros 28 días completos de vida, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

INB per cápita – El Ingreso Nacional Bruto (INB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto sobre productos que no haya sido incluido en la valoración de la producción (menos subsidios), más los ingresos primarios netos (remuneración de empleados y rentas de propiedades) de las personas no residentes. El INB per cápita, convertido en dólares de los Estados Unidos utilizando el método del Atlas del Banco Mundial, es el ingreso nacional bruto dividido por la población a mediados del año.

Esperanza de vida al nacer – El número de años que un recién nacido podría vivir si en el momento de su nacimiento está sujeto a los riesgos de mortalidad prevalecientes en una muestra representativa de la población.

Tasa total de alfabetización de adultos – Número de personas de 15 años y más que saben leer y escribir, como porcentaje de la población de esta categoría de edad.

Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria – Número de niños matriculados o que asisten a la escuela primaria o secundaria, expresado como porcentaje del número total de niños en edad de ir a la escuela primaria. Debido a la inclusión de niños en edad escolar primaria que están matriculados en escuelas secundarias, este indicador se puede denominar también como tasa neta ajustada de matriculación en la enseñanza primaria.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Tasas de mortalidad infantil y de menores de 5 años – Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad de las Naciones Unidas (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial).

Tasa de mortalidad neonatal – Organización Mundial de la Salud, mediante sistemas de registro civil, sistemas de seguimiento y encuestas en los hogares.

Total de población y nacimientos – División de Población de las Naciones Unidas.

Muertes de menores de 5 años – Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad de las Naciones Unidas (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial).

INB per cápita – Banco Mundial.

Esperanza de vida al nacer – División de Población de las Naciones Unidas.

Tasa de alfabetización de adultos y tasa de matriculación en la escuela primaria – Instituto de Estadísticas de la UNESCO (UIS).

NOTAS

a país de bajos ingresos (INB per cápita de 1.025 dólares o menos).

b país de bajos y medianos ingresos (INB per cápita de 1.026 a 4.035 dólares).

c país de medianos y altos ingresos (INB per cápita de 4.036 a 12.475 dólares).

d país de altos ingresos (INB per cápita de 12.476 dólares o más).

– Datos no disponibles.

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.

z Datos proporcionados por el Ministerio de Educación de China. El IEU no publica actualmente las tasas netas de matriculación de China.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

TABLA 2: NUTRICIÓN

Países y zonas	Bajo peso al nacer (%) 2007–2011*	Iniciación temprana a la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva <6 meses (%)	Incorporación de alimentos sólidos, semisólidos o blandos 6 a 8 meses (%)	Lactancia materna a los 2 años (%)	Insuficiencia ponderal (%)θ 2007–2011*		Cortedad de talla (%)θ 2007–2011*	Emaciación (%)θ 2007–2011*	Sobrepeso (%)θ 2007–2011*	Suplementos de vitamina A cobertura completaΔ (%) 2011	Consumo de sal yodada (%) 2007–2011*
		2007–2011*				moderada y grave	grave	moderada y grave	moderada y grave	moderada y grave		
Afganistán	–	–	–	29 x	54 x	33 x	12 x	59 x	9 x	5 x	100	28 x
Albania	7 x	43	39	78	31	5	2	19	9	23	–	76 y
Alemania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	4 x	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	12 x	55	11 x	77 x	37 x	16 y	7 y	29 y	8 y	–	55	45
Antigua y Barbuda	5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6 x	–	–
Argelia	6 x	50 x	7 x	39 x, y	22 x	3 x	1 x	15 x	4 x	13 x	–	61 x
Argentina	7	–	–	–	28	2 x	0 x	8 x	1 x	10 x	–	–
Armenia	7	36	35	48 y	23	5	1	19	4	17	–	97 x
Australia	7 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Austria	7 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaiyán	10 x	32 x	12 x	83 x	16 x	8 x	2 x	25 x	7 x	14 x	–	54 x
Bahamas	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	22 x	36 x	64	71	90	36	10	41	16	2	94	84 x
Barbados	12	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belarús	4 x	21 x	9 x	38 x	4 x	1 x	1 x	4 x	2 x	10 x	–	94 y
Bélgica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belice	14	51 x	10 x	–	27 x	4 x	1 x	22 x	2 x	14 x	–	–
Benin	15 x	32	43 x	76 y	92	18 x	5 x	43 x	8 x	11 x	98	86
Bhután	10	59	49	67	66	13	3	34	6	8	–	96 x
Bolivia (Estado Plurinacional de)	6	64	60	83	40	4	1	27	1	9	21	89 y
Bosnia y Herzegovina	5 x	57 x	18 x	29 x	10 x	1 x	0 x	10 x	4 x	26 x	–	62 x
Botswana	13	40	20	46 y	6	11	4	31	7	11	75	65
Brasil	8	43 x	41 y	70 x	25 x	2 x	–	7 x	2 x	7	–	96 x
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	9	–	–	–	–	–	–	–	–	14 x	–	100 x
Burkina Faso	16 x	20 x	25	61	80	26	7	35	11	–	87	34 x
Burundi	11 x	–	69	70 y	79	29	8	58	6	3	83	98 x
Cabo Verde	6 x	73 x	60 x	80 x	13 x	–	–	–	–	–	–	75
Camboya	11	65	74	82 y	43	28	7	40	11	2	92	83 y
Camerún	11 x	20 x	20	63 x, y	24	15	5	33	6	6	–	49 x
Canadá	6 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chad	20	29	3	46	59	30	13	39	16	3	–	54
Chile	6	–	–	–	–	–	–	–	–	10	–	–
China	3	41	28	43 y	–	4	–	10	3	7	–	97 y
Chipre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	6 x	57	43	86	33	3	1	13	1	5	–	–
Comoras	25 x	25 x	21 x	34 x	45 x	–	–	–	–	22 x	–	82 x
Congo	13 x	39 x	19 x	78 x	21 x	11 x	3 x	30 x	8 x	9 x	–	82 x
Costa Rica	7	–	15 x	92	40	1	–	6	1	8	–	–
Côte d'Ivoire	17 x	25 x	4 x	51 x	37 x	16 y	5 y	27 y	5 y	–	100	84 x
Croacia	5 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	5	70 x	49	77	17	–	–	–	–	–	–	88 x
Dinamarca	5 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	10 x	67	1 x	35 x	18 x	23 y	5 y	31 y	10 y	10 x	95	0 x
Dominica	10	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	8	–	40 x	77 x	23 x	6 x	–	–	–	5 x	–	–
Egipto	13	56	53	70	35	6	1	29	7	21	–	79
El Salvador	9	33	31	72 y	54	6 y	1 y	19 y	1 y	6	–	62 x
Emiratos Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	14 x	78 x	52 x	43 x	62 x	35 x	13 x	44 x	15 x	2 x	46	68 x
Eslovaquia	7 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eslovenia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
España	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estado de Palestina	7 x	–	27 x	–	–	–	–	–	–	–	–	86 x
Estados Unidos	8 x	–	–	–	–	1 x	0 x	3 x	0 x	8 x	–	–
Estonia	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Etiopía	20 x	52	52	55 x	82	29	9	44	10	2	71	15 y
ex República Yugoslava de Macedonia	6	21	23	41	13	1	0	5	2	16 x	–	94 x
Federación de Rusia	6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	35 x
Fiji	10 x	57 x	40 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Países y zonas	Bajo peso al nacer (%) 2007–2011*	Iniciación temprana a la lactancia materna (%) 2007–2011*	Lactancia materna exclusiva <6 meses (%) 2007–2011*	Incorporación de alimentos sólidos, semisólidos o blandos 6 a 8 meses (%) 2007–2011*	Lactancia materna a los 2 años (%) 2007–2011*	Insuficiencia ponderal (%)θ 2007–2011* moderada y grave	Insuficiencia ponderal (%)θ 2007–2011* grave	Cortedad de talla (%)θ 2007–2011* moderada y grave	Emaciación (%)θ 2007–2011* moderada y grave	Sobrepeso (%)θ 2007–2011* moderada y grave	Suplementos de vitamina A cobertura completaΔ (%) 2011	Consumo de sal yodada (%) 2007–2011*
Filipinas	21	54	34	90	34	22 y	–	32 y	7 y	3	91	45 x
Finlandia	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Francia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabón	14 x	71 x	6 x	62 x	9 x	8 x	2 x	25 x	4 x	6 x	–	36 x
Gambia	10	52	34	34	31	18	4	24	10	2	93	21
Georgia	5	69	55	43 y	17	1	1	11	2	20	–	100
Ghana	13	52	63	76	44	14	3	28	9	6	–	32 x
Granada	9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	11	56	50	71 y	46	13 y	–	48 y	1 y	5	28	76
Guinea	12 x	40 x	48	32 y	–	21	7	40	8	–	88	41
Guinea-Bissau	11	55	38	43	65	18	5	32	6	3	100	12
Guinea Ecuatorial	13 x	–	24 x	–	–	11 x	–	35 x	3 x	8 x	–	33 x
Guyana	14	43 x	33	81	49	11	2	18	5	6	–	11
Haití	25 x	44 x	41 x	90 x	35 x	18 x	6 x	29 x	10 x	4 x	36	3 x
Honduras	10 x	79 x	30 x	84 x	48 x	8 x	1 x	29 x	1 x	6 x	–	–
Hungría	9 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
India	28 x	41 x	46 x	56 x	77 x	43 x	16 x	48 x	20 x	2 x	66	71
Indonesia	9	29	32	85	50	18	5	36	13	14	76	62 y
Irán (República Islámica de)	7 x	56 x	23 x	68 x	58 x	–	–	–	–	–	–	99 x
Iraq	15 x	31 x	25 x	62 x	36 x	6 x	2 x	26 x	6 x	15 x	–	28 x
Irlanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islandia	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Cook	3 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	18	73	31	77 y	53	–	–	–	–	–	–	–
Islas Salomón	13	75	74	81 y	67	12	2	33	4	3	–	–
Israel	8 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaica	12 x	62 x	15 x	36 x	24 x	2	–	4	2	–	–	–
Japón	8 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordania	13	39	22	84 y	11	2	0	8	2	7	–	88 x
Kazajstán	6 x	64 x	17 x	50 x	16 x	4 x	1 x	17 x	5 x	17 x	–	92 x
Kenya	8	58	32	85	54	16	4	35	7	5	–	98
Kirguistán	5 x	65 x	32 x	60 x	26 x	2 x	0 x	18 x	3 x	11 x	–	76 x
Kiribati	–	–	69	–	82	–	–	–	–	–	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	9	–	–
Lesotho	11	53	54	68	35	13	2	39	4	7	–	84
Letonia	5 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Líbano	12	–	15	35 x	15	–	–	–	–	17 x	–	71
Liberia	14	44	34 y	51 y	41	15 y	2 y	42 y	3 y	4	96	–
Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	22	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Luxemburgo	8 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	16	72	51	86	61	36 x	–	50	15 x	–	91	53
Malasia	11	–	–	–	–	13 x	–	17 x	–	–	–	18
Malawi	13 x	58 x	72	86	77	13	3	47	4	9	96	50 x
Maldivas	22 x	64	48	91	68	17	3	19	11	7	–	44 x
Malí	19 x	46 x	38 x	25 x	56 x	27 x	10 x	38 x	15 x	–	96	79 x
Malta	6 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Marruecos	15 x	52 x	31 x	66 x	15 x	3	–	15	2	11	–	21 x
Mauricio	14 x	–	21 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	34	81	46	61 y	47 y	20 y	4 y	23 y	12 y	–	100	23
México	7	18	19	27	–	3 x	–	16 x	2 x	8 x	–	91 x
Micronesia (Estados Federados de)	18 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mónaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	5	71	59	78	66	5	2	16	2	14 x	85	70
Montenegro	4 x	25 x	19 x	35 x	13 x	2 x	1 x	7 x	4 x	16 x	–	71 x
Mozambique	16	63	41	86	52	15	4	43	6	7	100	25
Myanmar	9	76	24	81 y	65	23	6	35	8	3	96	93
Namibia	16 x	71	24 x	91 x	28 x	17	4	29	8	5	–	63 x
Nauru	27	76	67	65 y	65	5	1	24	1	3	–	–
Nepal	18	45	70	66	93	29	8	41	11	1	91	80

Países y zonas	Bajo peso al nacer (%) 2007–2011*	Iniciación temprana a la lactancia materna (%) 2007–2011*	Lactancia materna exclusiva <6 meses (%) 2007–2011*	Incorporación de alimentos sólidos, semisólidos o blandos 6 a 8 meses (%) 2007–2011*	Lactancia materna a los 2 años (%) 2007–2011*	Insuficiencia ponderal (%)θ 2007–2011* moderada y grave	Insuficiencia ponderal (%)θ 2007–2011* grave	Cortedad de talla (%)θ 2007–2011* moderada y grave	Emaciación (%)θ 2007–2011* moderada y grave	Sobrepeso (%)θ 2007–2011* moderada y grave	Suplementos de vitamina A cobertura completaΔ (%) 2011	Consumo de sal yodada (%) 2007–2011*
Nicaragua	9	54	31	76 y	43	6	1	22	1	6	2	97 x
Níger	27 x	42	27	65 y	–	39 y	12 y	51 y	12 y	4 x	95	32
Nigeria	12	38	13	76	32	23	9	41	14	11	73	97 x
Niue	0 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	5 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelandia	6 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Omán	12	85 x	–	91 x	73 x	9	1	10	7	2	–	69 x
Países Bajos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistán	32	29	37	36 y	55	32	12	44	15	6	90	69
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	10 x	–	–	–	–	4 y	–	19 y	1 y	–	–	–
Papua Nueva Guinea	11 x	–	56 x	76 x, y	72 x	18 x	5 x	43 x	5 x	3 x	12	92 x
Paraguay	6	47	24	67 y	14	3 x	–	18 x	1 x	7 x	–	93
Perú	8	51	71	82	55 y	4	1	20	0	–	–	91
Polonia	6 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	8 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Reino Unido	8 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	10	46	43	–	25	10	–	28	12	18	–	79 x
República Centroafricana	14	43	34	56 x, y	32	24	8	41	7	2	0	65
República Checa	7 x	–	–	–	–	–	–	–	–	4 x	–	–
República de Corea	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República de Moldova	6 x	65 x	46 x	18 x	2 x	3 x	1 x	10 x	5 x	9 x	–	60 x
República Democrática del Congo	10	43	37	52	53	24	8	43	9	–	98	59
República Democrática Popular Lao	11 x	30 x	26 x	41 x	48 x	31 x	9 x	48 x	7 x	1 x	92	84 x
República Dominicana	11	65	8	88	12	3	0	10	2	8	–	19 x
República Popular Democrática de Corea	6	18	65 x	31 x	36	19	4	32	5	–	100	25 y
República Unida de Tanzanía	8	49	50	92	51	16	4	42	5	6	97	59
Rumania	8 x	–	16 x	41 x	–	4 x	1 x	13 x	4 x	8 x	–	74 x
Rwanda	7	71	85	79	84	11	2	44	3	7	76	99
Saint Kitts y Nevis	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100 x
Samoa	10	88	51	71 y	74	–	–	–	–	–	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	11	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	8 x	45	51	74	20	13	3	29	11	12	44	86
Senegal	19	23 x	39	61 x	51	18	5	27	10	3	–	47
Serbia	5	8	14	84	15	2	1	7	4	16	–	32
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	11	45	32	25	48	22	8	44	9	10	99	63
Singapur	8 x	–	–	–	–	3 x	0 x	4 x	4 x	3 x	–	–
Somalia	–	26 x	9 x	16 x	35 x	32 x	12 x	42 x	13 x	5 x	12	1 x
Sri Lanka	17	80	76	87 y	84	21	4	17	15	1	–	92 y
Sudáfrica	–	61 x	8 x	49 x	31 x	9	–	24	5	–	44	–
Sudánʳ	–	–	41	51	40	32	13	35	16	–	–	10
Sudán del Surʳ	–	–	45	21	38	28	12	31	23	–	–	54
Suecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suiza	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	11 x	34 x	2 x	58 x	15 x	7 x	1 x	11 x	5 x	4 x	–	–
Swazilandia	9	55	44	66	11	6	1	31	1	11	41	52
Tailandia	7	50 x	15	–	–	7 x	1 x	16 x	5 x	8 x	–	47 x
Tayikistán	10 x	57 y	25 x	15 x	34 x	15	6	39	7	–	99	62
Timor-Leste	12 x	82	52	82	33	45	15	58	19	6	59	60
Togo	11	46	62	44	64	17	4	30	5	2	22	32
Tonga	3 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	19 x	41 x	13 x	83 x	22 x	–	–	–	–	5 x	–	28 x
Túnez	5 x	87 x	6 x	61 x, y	15 x	3 x	–	9 x	3 x	9 x	–	97 x
Turkmenistán	4 x	60 x	11 x	54 x	37 x	8 x	2 x	19 x	7 x	–	–	87 x

Países y zonas	Bajo peso al nacer (%) 2007–2011*	Iniciación temprana a la lactancia materna (%)	Lactancia materna exclusiva <6 meses (%)	Incorporación de alimentos sólidos, semisólidos o blandos 6 a 8 meses (%)	Lactancia materna a los 2 años (%)	Insuficiencia ponderal (%)θ 2007–2011*		Cortedad de talla (%)θ 2007–2011*	Emaciación (%)θ 2007–2011*	Sobrepeso (%)θ 2007–2011*	Suplementos de vitamina A cobertura completaΔ (%) 2011	Consumo de sal yodada (%) 2007–2011*
		2007–2011*				moderada y grave	grave	moderada y grave	moderada y grave	moderada y grave		
Turquía	11	39	42	68 y	22	2	0	12	1	–	–	69
Tuvalu	6	15	35	40 y	51	2	0	10	3	6	–	–
Ucrania	4	41	18	86	6	–	–	–	–	–	–	18 x
Uganda	14 x	42 x	62	75 x	46	14	3	33	5	3	60	96 x
Uruguay	9	59	65	35 y	27	5 x	2 x	15 x	2 x	9 x	–	–
Uzbekistán	5 x	67 x	26 x	47 x	38 x	4 x	1 x	19 x	4 x	13 x	95	53 x
Vanuatu	10	72	40	68	32	–	–	–	–	5	–	23
Venezuela (República Bolivariana de)	8	–	–	–	–	4	–	16	5	6	–	–
Viet Nam	5	40	17	50	19	12	2	23	4	–	99 w	45
Yemen	–	30 x	12 x	76 x	–	43 x	19 x	58 x	15 x	5 x	9	30 x
Zambia	11	57	61	94	42	15	3	45	5	8	72	77 x
Zimbabwe	11	69 x	31	86	20	10	2	32	3	6	56	94 y
MEMORÁNDUM												
Sudán y Sudán del Surσ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5 x	–	–
DATOS CONSOLIDADOS#												
África subsahariana	12	48	37	71	50	21	7	40	9	7	78	48
África oriental y meridional	–	56	52	84	59	18	5	40	7	5	72	50
África occidental y central	12	41	25	65	43	23	8	39	12	9	83	–
África septentrional y Oriente Medio	–	–	–	–	–	8	–	20	9	12	–	–
Asia meridional	28	39	47	55	75	33	14	39	16	3	73	71
Asia Oriental y Pacífico	6	41	28	57	42 **	6	4 **	12	4	5	85 **	87
América Latina y el Caribe	8	–	37	–	–	3	–	12	2	7	–	–
ECE/CEI	7	–	–	–	–	2	–	12	1	16	–	–
Países menos adelantados	–	52	49	68	64	23	7	38	10	4	82	50
Mundo	15	42	39	60	58 **	16	10 **	26	8	7	75 **	76

σ 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 correspondientes a la mayoría de los indicadores como Estados separados. Los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión (véase el punto Memorándum).

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 106.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Bajo peso al nacer – Porcentaje de lactantes que pesan menos de 2.500 gramos al nacer.

Iniciación temprana a la lactancia materna – Porcentaje de lactantes que reciben lactancia materna durante la primera hora de nacidos.

Lactancia materna exclusiva (<6 meses) – Porcentaje de niños de 0 a 5 meses alimentados exclusivamente con leche materna en las últimas 24 horas antes de la encuesta.

Incorporación de alimentos sólidos, semisólidos o blandos (6 a 8 meses) – Porcentaje de niños de 6 a 8 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos en las últimas 24 horas antes de la encuesta.

Lactancia materna a los 2 años – Porcentaje de niños de 20 a 23 meses que recibieron leche materna en las últimas 24 horas antes de la encuesta.

Insuficiencia ponderal – Moderada y grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de peso por edad del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud; grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos tres desviaciones estándar por debajo de la media de peso por edad del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS.

Cortedad de talla – Moderada y grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de altura por edad del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS.

Emaciación – Moderada y grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de peso por altura del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS.

Sobrepeso – Moderado y grave: Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que están más de dos desviaciones estándar por encima de la media de peso por altura del Patrón Internacional de Crecimiento Infantil de la OMS.

Suplementos de vitamina A (cobertura completa) – Porcentaje estimado de niños y niñas de 6 a 59 meses que recibieron 2 dosis de suplementos de vitamina A en 2008.

Consumo de sal yodada – Porcentaje de hogares que consumen sal adecuadamente yodada (15 partes por millón o más).

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Bajo peso al nacer – Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), otras encuestas nacionales en los hogares y datos de los sistemas de notificación periódica, UNICEF y la OMS.

Lactancia materna – DHS, MICS, otras encuestas nacionales en los hogares y UNICEF.

Insuficiencia ponderal, emaciación, cortedad de talla y sobrepeso – DHS, MICS, otras encuestas nacionales en los hogares, OMS y UNICEF.

Suplementos de vitamina A – UNICEF.

Consumo de sal yodada – DHS, MICS, otras encuestas nacionales en los hogares y UNICEF.

NOTAS

– Datos no disponibles.

w Identifica a los países con programas nacionales de administración de suplementos de vitamina A dirigidos a una categoría reducida de edad. La cifra de cobertura se registra como seleccionada.

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales, con excepción de los datos de 2005 a 2006 de la India. No se presentan estimaciones de datos de años anteriores a 2000.

y Datos referidos a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Si están dentro del periodo de referencia señalado, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

Δ La cobertura completa con suplementos de vitamina A se registra como el porcentaje inferior de 2 puntos de cobertura anuales (por ejemplo, el punto inferior entre la ronda 1 (enero–junio) y la ronda 2 (julio–diciembre) de 2011).

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

** No incluye China..

θ Los promedios regionales del bajo peso (moderado y grave), de la cortedad 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). El indicador sobre bajo peso grave no se incluyó en este ejercicio; los promedios regionales de este indicador se basan en un promedio ponderado de la población calculado por UNICEF.

TABLA 3: SALUD

Países y zonas	Uso de fuentes mejoradas de agua potable (%) 2010			Uso de instalaciones mejoradas de saneamiento (%) 2010			Vacunas sistemáticas del PAI financiadas por el gobierno (%) 2011	Cobertura de inmunización (%) 2011								Neumonía (%) 2007–2012*		Diarrea (%) 2007–2012*	Paludismo (%) 2007–2012*		
	total	urbana	rural	total	urbana	rural		BCG	DPT1[B]	DPT3[B]	Polio3	MCV	HepB3	Hib3	Recién nacidos protegidos contra el tétanos[A]	Búsqueda de atención por sospechas de neumonía	Tratamiento con antibióticos por sospechas de neumonía	Tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO)	Tratamiento del paludismo entre niños con fiebre	Niños que duermen bajo un MTI	Hogares con por lo menos un MTI
Afganistán	50	78	42	37	60	30	–	68	86	66	66	62	66	66	60	61	64	53	–	–	–
Albania	95	96	94	94	95	93	–	99	99	99	99	99	99	99	87	70	60	54	–	–	–
Alemania	100	100	100	100	100	100	–	–	99	99	95	99	93	93	–	–	–	–	–	–	–
Andorra	100	100	100	100	100	100	–	–	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Angola	51	60	38	58	85	19	–	88	99	86	85	88	86	86	70	–	–	–	28	26	35
Antigua y Barbuda	–	95	–	–	98	–	–	–	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	97	–	–	100	–	–	98	99	98	98	98	98	98	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	83	85	79	95	98	88	–	99	99	95	95	95	95	95	90	53 x	59 x	19 x	–	–	–
Argentina	–	98	–	–	–	–	–	99	98	93	95	93	93	93	–	–	–	–	–	–	–
Armenia	98	99	97	90	95	80	–	96	98	95	96	97	95	95	–	57	36	33	–	–	–
Australia	100	100	100	100	100	100	–	–	92	92	92	94	92	92	–	–	–	–	–	–	–
Austria	100	100	100	100	100	100	–	–	93	83	83	76	83	83	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaiyán	80	88	71	82	86	78	78	82	79	74	80	67	48	38	–	36 x	–	21 x	1 x	1 x	–
Bahamas	–	98	–	100	100	100	–	–	99	98	97	90	95	98	92	–	–	–	–	–	–
Bahrein	–	100	–	–	100	–	100	–	99	99	99	99	99	99	94	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	81	85	80	56	57	55	30	95	99	96	96	96	96	96	94	35	71	78	–	–	–
Barbados	100	100	100	100	100	100	–	–	93	91	91	93	91	91	–	–	–	–	–	–	–
Belarús	100	100	99	93	91	97	–	99	99	98	98	99	98	21	–	90 x	67 x	36 x	–	–	–
Bélgica	100	100	100	100	100	100	–	–	99	98	98	95	97	98	–	–	–	–	–	–	–
Belice	98	98	99	90	93	87	–	98	98	95	95	98	95	95	88	71 x	44 x	27 x	–	–	–
Benin	75	84	68	13	25	5	17	97	94	85	85	72	85	85	92	31	–	50	38	71	80
Bhután	96	100	94	44	73	29	4	95	98	95	95	95	95	–	89	74	49	61	–	–	–
Bolivia (Estado Plurinacional de)	88	96	71	27	35	10	–	90	90	82	82	84	82	82	74	51	64	35	–	–	–
Bosnia y Herzegovina	99	100	98	95	99	92	–	94	94	88	89	89	88	85	–	91 x	73 x	35 x	–	–	–
Botswana	96	99	92	62	75	41	100	99	98	96	96	94	93	96	92	14 x	–	49 x	–	–	–
Brasil	98	100	85	79	85	44	–	99	99	96	97	97	96	97	92	50	–	–	–	–	–
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	96	99	97	99	91	93	96	95	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	100	100	100	100	100	100	–	98	96	95	95	95	96	95	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	79	95	73	17	50	6	32	99	93	91	90	63	91	91	88	56	47	21	35	47	57
Burundi	72	83	71	46	49	46	3	90	99	96	94	92	96	96	80	55	43	38	17	45	52
Cabo Verde	88	90	85	61	73	43	100	99	99	90	90	96	90	90	92	–	–	–	–	–	–
Camboya	64	87	58	31	73	20	23	94	96	94	94	93	94	94	91	64	39	34	–	4 x	5 x
Camerún	77	95	52	49	58	36	9	80	90	66	67	76	66	66	75	30	–	17	21	21	36
Canadá	100	100	99	100	100	99	–	–	98	95	99	98	70	95	–	–	–	–	–	–	–
Chad	51	70	44	13	30	6	11	53	45	22	31	28	22	22	60	26	31	13	36	10	42
Chile	96	99	75	96	98	83	–	91	98	94	93	91	94	94	–	–	–	–	–	–	–
China	91	98	85	64	74	56	100	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	100	100	100	100	100	100	–	–	99	99	99	87	96	96	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	92	99	72	77	82	63	–	83	95	85	85	88	85	85	79	64	–	54	–	–	3 x
Comoras	95	91	97	36	50	30	–	76	94	83	85	72	83	83	85	56 x	–	19 x	63 x	9 x	–
Congo	71	95	32	18	20	15	9	95	90	90	90	90	90	90	83	52	–	35	25	26	27
Costa Rica	97	100	91	95	95	96	–	78	87	85	82	83	84	81	–	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	80	91	68	24	36	11	30	74	75	62	58	49	62	62	82	38	–	17	18	39	68
Croacia	99	100	97	99	99	98	–	99	97	96	96	96	97	96	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	94	96	89	91	94	81	–	99	96	96	99	99	96	96	–	97	70	51	–	–	–
Dinamarca	100	100	100	100	100	100	–	–	94	91	91	87	–	91	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	88	99	54	50	63	10	0	89	89	87	87	84	87	87	79	62 x	43 x	62 x	1	20	30
Dominica	–	96	–	–	–	–	–	99	99	98	99	99	98	98	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	94	96	89	92	96	84	–	99	99	99	99	98	98	99	85	–	–	–	–	–	–
Egipto	99	100	99	95	97	93	100	98	97	96	96	96	96	–	86	73	58	28	–	–	–
El Salvador	88	94	76	87	89	83	–	91	90	89	89	89	90	90	88	67	51	58	–	–	–
Emiratos Árabes Unidos	100	100	100	98	98	95	–	98	94	94	94	94	94	94	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	–	–	–	–	–	4	3	99	99	99	99	99	99	99	93	44 x	–	45 x	13	49	71
Eslovaquia	100	100	100	100	100	99	100	97	99	99	99	98	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Eslovenia	99	100	99	100	100	100	–	–	98	96	96	95	–	96	–	–	–	–	–	–	–
España	100	100	100	100	100	100	–	–	99	97	97	95	97	97	–	–	–	–	–	–	–
Estado de Palestina	85	86	81	92	92	92	–	98	99	99	99	99	98	–	–	65 x	–	–	–	–	–
Estados Unidos	99	100	94	100	100	99	–	–	98	94	94	90	91	88	–	–	–	–	–	–	–
Estonia	98	99	97	95	96	94	100	99	96	93	93	94	94	93	–	–	–	–	–	–	–
Etiopía	44	97	34	21	29	19	–	69	61	51	62	57	51	51	88	27	7	26	10	33	53
ex República Yugoslava de Macedonia	100	100	99	88	92	82	–	98	95	95	95	98	90	89	–	93 x	74 x	62	–	–	–
Federación de Rusia	97	99	92	70	74	59	–	95	97	97	97	98	97	–	–	–	–	–	–	–	–

Países y zonas	Uso de fuentes mejoradas de agua potable (%) 2010			Uso de instalaciones mejoradas de saneamiento (%) 2010			Vacunas sistemáticas del PAI financiadas por el gobierno (%) 2011	Cobertura de inmunización (%) 2011								Neumonía (%) 2007–2012*		Diarrea (%) 2007–2012*	Paludismo (%) 2007–2012*		
	total	urbana	rural	total	urbana	rural		BCG	DPT1[β]	DPT3[β]	Polio3	MCV	HepB3	Hib3	Recién nacidos protegidos contra el tétanos[λ]	Búsqueda de atención por sospechas de neumonía	Tratamiento con antibióticos por sospechas de neumonía	Tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO)	Tratamiento del paludismo entre niños con fiebre	Niños que duermen bajo un MTI	Hogares con por lo menos un MTI
Fiji	98	100	95	83	94	71	–	99	99	99	99	94	99	99	94	–	–	–	–	–	–
Filipinas	92	93	92	74	79	69	–	84	85	80	80	79	76	14	76	50	42	47	0 x	–	–
Finlandia	100	100	100	100	100	100	100	–	99	99	99	97	–	99	–	–	–	–	–	–	–
Francia	100	100	100	100	100	100	–	–	99	99	99	89	65	97	–	–	–	–	–	–	–
Gabón	87	95	41	33	33	30	100	89	69	45	44	55	45	45	75	48 x	–	25 x	–	55	70
Gambia	89	92	85	68	70	65	100	90	99	96	95	91	96	96	91	69	70	39	30	33	51
Georgia	98	100	96	95	96	93	78	96	95	94	90	94	92	92	–	74 x	56 x	40 x	–	–	–
Ghana	86	91	80	14	19	8	–	98	94	91	91	91	91	91	88	41	56	35	53	39	48
Granada	–	97	–	97	96	97	–	–	98	94	95	95	94	94	–	–	–	–	–	–	–
Grecia	100	100	99	98	99	97	–	91	99	99	99	99	95	83	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	92	98	87	78	87	70	–	89	91	85	86	87	85	85	85	64 x	–	37	–	–	–
Guinea	74	90	65	18	32	11	24	93	86	59	57	58	59	59	80	42 x	–	33 x	74	5	8
Guinea-Bissau	64	91	53	20	44	9	–	93	92	76	73	61	76	76	80	52	35	19	51	36	53
Guinea Ecuatorial	–	–	–	–	–	–	100	73	65	33	39	51	–	–	75	–	–	29 x	49 x	1 x	–
Guyana	94	98	93	84	88	82	–	97	97	93	93	98	93	93	90	65	18	50	6	24	26
Haití	69	85	51	17	24	10	–	75	83	59	59	59	–	–	70	31 x	3 x	40 x	5 x	–	–
Honduras	87	95	79	77	85	69	–	99	99	98	98	99	98	98	94	56 x	54 x	56 x	1 x	–	–
Hungría	100	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	99	–	99	–	–	–	–	–	–	–
India	92	97	90	34	58	23	100	87	83	72	70	74	47	–	87	69 x	13 x	26 x	8 x	–	–
Indonesia	82	92	74	54	73	39	100	82	86	63	70	89	63	–	85	66	–	35	1	3	3
Irán (República Islámica de)	96	97	92	100	100	100	100	99	99	99	99	99	99	–	95	93 x	–	–	–	–	–
Iraq	79	91	56	73	76	67	–	92	90	77	78	76	76	–	85	82 x	82 x	31 x	1 x	0 x	–
Irlanda	100	100	100	99	100	98	–	41	98	95	95	92	95	95	–	–	–	–	–	–	–
Islandia	100	100	100	100	100	100	–	–	98	96	96	93	–	96	–	–	–	–	–	–	–
Islas Cook	–	98	–	100	100	100	–	98	98	93	93	89	93	93	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	94	92	99	75	83	53	2	99	99	94	95	97	97	92	–	–	–	–	–	–	–
Islas Salomón	–	–	–	–	98	–	47	89	94	88	93	73	88	88	85	73	23	–	19	40	49
Israel	100	100	100	100	100	100	–	–	96	94	94	98	99	93	–	–	–	–	–	–	–
Italia	100	100	100	–	–	–	–	–	98	96	96	90	96	96	–	–	–	–	–	–	–
Jamaica	93	98	88	80	78	82	–	99	99	99	99	88	99	99	80	75 x	52 x	40 x	–	–	–
Japón	100	100	100	100	100	100	–	94	99	98	96	94	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordania	97	98	92	98	98	98	100	95	98	98	98	98	98	98	90	75	79	20	–	–	–
Kazajstán	95	99	90	97	97	98	–	96	99	99	99	99	99	95	–	71 x	32 x	74 x	–	–	–
Kenya	59	82	52	32	32	32	57	92	95	88	88	87	88	88	73	56	50	39	23	47	56
Kirguistán	90	99	85	93	94	93	–	98	97	96	94	97	96	96	–	62 x	45 x	20 x	–	–	–
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	86	99	99	95	90	95	95	–	81	51	62	–	–	–
Kuwait	99	99	99	100	100	100	–	99	99	99	99	99	99	99	95	–	–	–	–	–	–
Lesotho	78	91	73	26	32	24	42	95	93	83	91	85	83	83	83	66	–	51	–	–	–
Letonia	99	100	96	–	–	–	100	95	97	94	94	99	91	93	–	–	–	–	–	–	–
Líbano	100	100	100	–	100	–	–	–	84	81	75	79	81	81	–	74 x	–	44 x	–	–	–
Liberia	73	88	60	18	29	7	91	73	61	49	56	40	49	49	91	62	–	53	57	37	50
Libia	–	–	–	97	97	96	–	99	98	98	98	98	98	98	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	–	98	–	–	95	–	100	98	95	92	92	94	95	92	–	–	–	–	–	–	–
Luxemburgo	100	100	100	100	100	100	–	–	99	99	99	96	95	99	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	46	74	34	15	21	12	21	82	96	89	88	70	89	89	78	42	–	17	20	46	57
Malasia	100	100	99	96	96	95	–	99	99	99	99	95	97	99	90	–	–	–	–	–	–
Malawi	83	95	80	51	49	51	–	99	98	97	86	96	97	97	87	70	–	69	43	39	57
Maldivas	98	100	97	97	98	97	100	98	97	96	96	96	96	–	95	22 x	–	57	–	–	–
Malí	64	87	51	22	35	14	–	89	85	72	71	56	72	72	89	38 x	–	14 x	35	70	85
Malta	100	100	100	100	100	100	–	–	99	96	96	84	82	96	–	–	–	–	–	–	–
Marruecos	83	98	61	70	83	52	–	99	99	99	98	95	98	99	89	70	–	23 x	–	–	–
Mauricio	99	100	99	89	91	88	100	99	99	98	98	99	98	98	95	–	–	–	–	–	–
Mauritania	50	52	48	26	51	9	21	86	91	75	73	67	75	75	80	45	24	20	21	–	12
México	96	97	91	85	87	79	–	99	99	97	97	98	98	97	88	–	–	–	–	–	–
Micronesia (Estados Federados de)	–	–	–	–	–	–	–	75	96	84	83	92	83	72	–	–	–	–	–	–	–
Mónaco	100	100	–	100	100	–	–	89	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	82	100	53	51	64	29	69	99	99	99	99	98	99	99	–	87	72	38 x	–	–	–
Montenegro	98	99	96	90	92	87	100	97	98	95	95	91	91	90	–	89 x	57 x	16 x	–	–	–
Mozambique	47	77	29	18	38	5	20	91	90	76	73	82	76	76	83	65	22	55	30	18	28
Myanmar	83	93	78	76	83	73	–	93	99	99	99	99	52	–	93	69	34	61	–	11	–
Namibia	93	99	90	32	57	17	–	89	88	82	85	74	82	82	83	53 x	–	63	20	34	54

Países y zonas	Uso de fuentes mejoradas de agua potable (%) 2010			Uso de instalaciones mejoradas de saneamiento (%) 2010			Vacunas sistemáticas del PAI financiadas por el gobierno (%) 2011	Cobertura de inmunización (%) 2011								Neumonía (%) 2007–2012*		Diarrea (%) 2007–2012*	Paludismo (%) 2007–2012*		
	total	urbana	rural	total	urbana	rural		BCG	DPT1[β]	DPT3[β]	Polio3	MCV	HepB3	Hib3	Recién nacidos protegidos contra el tétanos[λ]	Búsqueda de atención por sospechas de neumonía	Tratamiento con antibióticos por sospechas de neumonía	Tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO)	Tratamiento del paludismo entre niños con fiebre	Niños que duermen bajo un MTI	Hogares con por lo menos un MTI
Nauru	88	88	–	65	65	–	100	99	99	99	99	99	99	99	–	69	47	–	–	–	–
Nepal	89	93	88	31	48	27	20	97	96	92	92	88	92	92	82	50	7	39	1	–	–
Nicaragua	85	98	68	52	63	37	–	98	99	98	99	99	98	98	81	58 x	–	59	2 x	–	–
Níger	49	100	39	9	34	4	14	61	80	75	44	76	75	75	84	51	–	34	–	64	76
Nigeria	58	74	43	31	35	27	–	64	53	47	73	71	50	–	60	45	23	26	49	29	42
Niue	100	100	100	100	100	100	5	99	99	98	98	99	98	99	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	100	100	100	100	100	100	100	–	99	94	94	93	–	95	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelandia	100	100	100	–	–	–	100	–	95	95	95	93	95	94	–	–	–	–	–	–	–
Omán	89	93	78	99	100	95	–	99	99	99	99	99	99	99	91	–	–	–	–	–	–
Países Bajos	100	100	100	100	100	100	100	–	99	97	97	96	–	97	–	–	–	–	–	–	–
Pakistán	92	96	89	48	72	34	–	85	88	80	75	80	80	80	75	69	50	41	3	–	0
Palau	85	83	96	100	100	100	0	–	99	84	98	85	91	85	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	–	97	–	–	–	–	–	97	95	87	91	97	87	87	–	–	–	–	–	–	–
Papua Nueva Guinea	40	87	33	45	71	41	45	83	83	61	58	60	62	61	61	63 x	–	–	–	–	–
Paraguay	86	99	66	71	90	40	–	94	97	90	87	93	90	90	85	–	–	–	–	–	–
Perú	85	91	65	71	81	37	–	91	94	91	91	96	91	91	85	68	51	32	–	–	–
Polonia	–	100	–	–	96	–	–	93	99	99	96	98	98	99	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	99	99	100	100	100	100	100	96	99	98	97	96	97	97	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	100	100	100	100	100	100	–	97	94	93	93	99	93	93	–	–	–	–	–	–	–
Reino Unido	100	100	100	100	100	100	–	–	98	95	95	90	–	95	–	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	90	93	86	95	96	93	–	90	86	72	75	80	66	72	94	77 x	71 x	50 x	–	–	–
República Centroafricana	67	92	51	34	43	28	–	74	64	54	47	62	54	54	80	30	31	16	32	36	47
República Checa	100	100	100	98	99	97	–	–	99	99	99	98	99	99	–	–	–	–	–	–	–
República de Corea	98	100	88	100	100	100	–	99	99	99	98	99	99	–	–	–	–	–	–	–	–
República de Moldova	96	99	93	85	89	82	–	98	96	93	96	91	96	78	–	60 x	–	33 x	–	–	–
República Democrática del Congo	45	79	27	24	24	24	0	67	79	70	78	71	70	70	70	40	42	27	39	38	51
República Democrática Popular Lao	67	77	62	63	89	50	6	77	83	78	79	69	78	78	80	32 x	52 x	46 x	8 x	41 x	45 x
República Dominicana	86	87	84	83	87	75	–	98	91	84	84	79	80	71	90	70	57	41	–	–	–
República Popular Democrática de Corea	98	99	97	80	86	71	–	98	95	94	99	99	94	–	93	80	88	74	–	–	–
República Unida de Tanzanía	53	79	44	10	20	7	23	99	96	90	88	93	90	90	88	71	–	44	59	64	64
Rumania	–	99	–	–	–	–	100	99	96	89	89	93	96	89	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	65	76	63	55	52	56	11	99	98	97	93	95	97	97	85	50	–	29	11	70	82
Saint Kitts y Nevis	99	99	99	96	96	96	–	99	99	97	98	99	98	98	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	96	96	96	98	98	98	100	99	99	91	91	67	91	91	–	–	–	68	–	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	90	86	86	83	86	85	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	–	–	–	96	–	99	98	95	95	99	96	96	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	96	98	95	65	71	63	–	97	98	97	97	95	97	97	–	–	–	–	–	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	89	89	88	26	30	19	15	99	98	96	96	91	96	96	–	75	–	49	8	56	61
Senegal	72	93	56	52	70	39	32	95	94	83	73	82	83	83	88	50	–	22	8	35	63
Serbia	99	99	98	92	96	88	–	99	91	91	91	95	89	91	–	90	82	36	–	–	–
Seychelles	–	100	–	–	98	–	100	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	55	87	35	13	23	6	2	96	94	84	81	80	84	84	85	74	58	73	62	30	36
Singapur	100	100	–	100	100	–	–	99	98	96	96	95	96	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	29	66	7	23	52	6	0	41	52	41	49	46	–	–	64	13 x	32 x	13 x	8 x	11 x	12 x
Sri Lanka	91	99	90	92	88	93	39	99	99	99	99	99	99	99	95	58	–	50	0	3	5
Sudáfrica	91	99	79	79	86	67	100	78	77	72	73	78	76	72	77	65 x	–	40 x	–	–	–
Sudán[σ]	–	–	–	–	–	–	2	92	98	93	93	87	93	93	74	56	66	22	65	–	25
Sudán del Sur[σ]	–	–	–	–	–	–	0	57	58	46	46	64	–	–	44	48	33	39	36	25	53
Suecia	100	100	100	100	100	100	–	23	99	98	98	96	–	98	–	–	–	–	–	–	–
Suiza	100	100	100	100	100	100	0	–	95	95	95	92	–	95	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	92	97	81	83	90	66	–	–	90	86	86	85	86	86	93	74 x	37 x	44 x	–	3 x	–
Swazilandia	71	91	65	57	64	55	–	98	98	91	85	98	91	91	86	58	61	57	2	2	10
Tailandia	96	97	95	96	95	96	100	99	99	99	99	98	98	–	91	84 x	65 x	57 x	–	–	–
Tayikistán	64	92	54	94	95	94	18	97	98	96	97	98	96	96	–	64 x	41 x	73	2 x	1 x	2 x
Timor-Leste	69	91	60	47	73	37	100	68	69	67	66	62	67	–	81	71	45	71	6	42	42
Togo	61	89	40	13	26	3	25	90	95	81	81	67	81	81	81	32	41	11	34	57	57
Tonga	100	100	100	96	98	96	100	99	99	99	99	99	99	99	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	94	98	93	92	92	92	–	–	96	90	91	92	90	90	–	74 x	34 x	–	–	–	–
Túnez	–	99	–	–	96	–	–	98	98	98	98	96	98	43	96	59 x	–	55 x	–	–	–

Países y zonas	Uso de fuentes mejoradas de agua potable (%) 2010			Uso de instalaciones mejoradas de saneamiento (%) 2010			Vacunas sistemáticas del PAI financiadas por el gobierno (%) 2011	Cobertura de inmunización (%) 2011								Neumonía (%) 2007–2012*		Diarrea (%) 2007–2012*	Paludismo (%) 2007–2012*		
	total	urbana	rural	total	urbana	rural		BCG	DPT1[β]	DPT3[β]	Polio3	MCV	HepB3	Hib3	Recién nacidos protegidos contra el tétanos[λ]	Búsqueda de atención por sospechas de neumonía	Tratamiento con antibióticos por sospechas de neumonía	Tratamiento con sales de rehidratación oral (SRO)	Tratamiento del paludismo entre niños con fiebre	Niños que duermen bajo un MTI	Hogares con por lo menos un MTI
Turkmenistán	–	97	–	98	99	97	–	98	98	97	97	99	97	71	–	83 x	50 x	40 x	–	–	–
Turquía	100	100	99	90	97	75	–	97	98	97	97	97	96	97	90	41 x	–	–	–	–	–
Tuvalu	98	98	97	85	88	81	–	99	99	96	96	98	96	96	–	–	–	–	–	–	–
Ucrania	98	98	98	94	96	89	–	90	73	50	58	67	21	26	–	–	–	–	–	–	–
Uganda	72	95	68	34	34	34	19	86	91	82	82	75	82	82	85	79	47	44	65	43	60
Uruguay	100	100	100	100	100	99	–	99	99	95	95	95	95	95	–	–	–	–	–	–	–
Uzbekistán	87	98	81	100	100	100	–	99	99	99	99	99	99	99	–	68 x	56 x	28 x	–	–	–
Vanuatu	90	98	87	57	64	54	16	81	78	68	67	52	59	–	75	–	–	23	53	56	68
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–	–	–	–	–	–	95	90	78	78	86	78	78	50	72 x	–	38 x	–	–	–
Viet Nam	95	99	93	76	94	68	30	98	97	95	96	96	95	95	87	73	68	47	1	9	10
Yemen	55	72	47	53	93	34	13	59	89	81	81	71	81	81	66	44 x	38 x	33 x	–	–	–
Zambia	61	87	46	48	57	43	19	88	87	81	83	83	81	81	81	68	47	60	34	50	64
Zimbabwe	80	98	69	40	52	32	–	98	99	99	99	92	93	93	66	48	31	21	2	10	29
MEMORÁNDUM																					
Sudán y Sudán del Sur[σ]	58 †	67 †	52 †	26 †	44 †	14 †	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
DATOS CONSOLIDADOS[#]																					
África subsahariana	61	83	49	30	43	23	27	79	79	71	76	74	70	60	76	49	34	32	38	38	50
África oriental y meridional	61	87	50	35	54	27	39	85	85	79	79	79	76	76	81	55	30	39	31	41	54
África occidental y central	62	82	47	26	35	20	17	73	71	62	72	69	63	44	72	44	33	27	42	36	49
África septentrional y Oriente Medio	86	93	76	82	91	70	75	93	96	92	92	90	91	48	85	–	–	–	–	–	–
Asia meridional	90	96	88	38	60	28	90	87	85	75	73	77	57	23	85	65	24	34	7	–	–
Asia Oriental y Pacífico	90	97	84	67	77	58	95	95	95	91	92	95	89	10	85**	64**	–	43**	–	6**	–
América Latina y el Caribe	94	98	81	79	84	60	–	95	96	92	92	93	90	90	85	–	–	–	–	–	–
ECE/CEI	96	99	91	85	87	80	–	96	95	92	93	94	89	58	–	–	–	–	–	–	–
Países menos adelantados	63	82	56	35	48	30	19	82	87	78	79	76	75	74	81	50	43	42	36	41	53
Mundo	89	96	81	63	79	47	84	88	89	83	84	84	75	43	82**	60**	31**	35**	19**	–	–

σ 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 correspondientes a la mayoría de los indicadores como Estados separados. Los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión (véase el punto Memorándum).

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 98.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Uso de fuentes mejoradas de agua potable – Porcentaje de la población que utiliza como su principal fuente de agua potable los medios siguientes: abastecimiento de agua potable conectada al hogar, a un terreno, a un patio o al patio del vecino; fuente o toma de agua; pozo entubado o perforado; pozo excavado protegido; fuente protegida; agua de lluvia; agua embotellada además de una de las fuentes anteriores como fuente secundaria.

Uso de instalaciones mejoradas de saneamiento – Porcentaje de la población que utiliza cualquiera de las siguientes instalaciones de saneamiento, sin compartirlas con otros hogares: letrina con sifón que descarga en una cloaca con tubería, un tanque séptico o una letrina de pozo; letrina de pozo mejorada con ventilación; letrina de pozo con losa; pozo cubierto; retrete de compostaje.

Vacunas sistemáticas del PAI financiadas por el gobierno – Porcentaje de vacunas del PAI que se administran sistemáticamente en un país para proteger a la infancia y que son financiadas por el gobierno nacional (incluidos préstamos).

PAI – Programa Ampliado de Inmunización: Las vacunas que se administran mediante este programa incluyen la tuberculosis (TB); la difteria, la tosferina y el tétanos (DPT); la poliomielitis y el sarampión; así como la vacunación de mujeres embarazadas para proteger a los lactantes contra el tétanos neonatal. Puede que en algunos países se incluyan en el programa otras vacunas, como por ejemplo la de la hepatitis B (HepB), la Haemophilus influenzae tipo B (Hib) o la fiebre amarilla.

BCG – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron el bacilo Calmette-Guérin (vacuna contra la tuberculosis).

DPT1 – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron su primera dosis de la vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos.

DPT3 – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron tres dosis de la vacuna contra la difteria, la tosferina y el tétanos

Polio3 – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron tres dosis de la vacuna contra la poliomielitis.

Vacuna que contiene sarampión– Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron la primera dosis de la vacuna que contiene sarampión.

HepB3 – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron tres dosis de la vacuna contra hepatitis B.

Hib3 – Porcentaje de lactantes sobrevivientes que recibieron tres dosis de la vacuna contra la Haemophilus influenzae tipo B.

Recién nacidos protegidos contra el tétanos – Porcentaje de lactantes sobrevivientes protegidos contra el tétanos al nacer.

Búsqueda de atención por sospechas de neumonía – Porcentaje de niños menores de 5 años de quienes se sospecha que han padecido neumonía (tos y respiración rápida o dificultosa debido a un problema en el pecho) en las últimas dos semanas antes de la encuesta y que fueron conducidos a un proveedor apropiado de atención de la salud.

Tratamiento con antibióticos por sospechas de neumonía – Porcentaje de niños menores de 5 años de quienes se sospecha que han padecido neumonía (tos y respiración rápida o dificultosa debido a un problema en el pecho) en las últimas dos semanas antes de la encuesta y que recibieron antibióticos.

Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO) – Porcentaje de niños menores de 5 años con diarrea durante las dos semanas que precedieron a la encuesta y que recibieron sales de rehidratación oral (sobres de SRO o fluidos pre empaquetados de SRO).

Tratamiento del paludismo entre niños con fiebre – Porcentaje de niños menores de 5 años que padecieron fiebre en las últimas dos semanas anteriores a la encuesta y recibieron cualquier tipo de medicamentos antipalúdicos. NB: Este indicador se refiere al tratamiento antipalúdico entre todos los niños con fiebre, más que entre los casos confirmados de paludismo, y por lo tanto hay que interpretarlo con precaución. Para más información, consulte <www.childinfo.org/malaria_maltreatment.php>.

Niños que duermen bajo un mosquitero tratado con insecticida – Porcentaje de niños menores de 5 años que habían dormido bajo un mosquetero tratado con insecticida la noche anterior a la encuesta.

Hogares que disponen de por lo menos un mosquetero tratado con insecticida – Porcentaje de hogares con por lo menos un mosquitero tratado con insecticida.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Uso de fuentes mejoradas de agua potable y de instalaciones mejoradas de saneamiento – UNICEF y Programa Conjunto de Monitoreo para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Vacunas sistemáticas del PAI financiadas por el gobierno – Según los informes de los gobiernos en el formulario conjunto de información de UNICEF y la OMS.

Inmunización – UNICEF y OMS.

Niños de quienes se sospecha que padecen neumonía y procuran atención y tratamiento – Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y otras encuestas nacionales en los hogares.

Tratamiento contra la diarrea – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares

Prevención y tratamiento del paludismo – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares.

NOTAS

– Datos no disponibles.

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.

β La cobertura de la DPT1 debe ser por lo menos tan elevada como la de la DPT3. Las discrepancias donde la cobertura de la DPT1 sea menor que la de la DPT3 reflejan carencias en la recopilación de datos y el proceso de presentación de informes. UNICEF y la OMS trabajan con los sistemas nacionales y territoriales para eliminar estas discrepancias.

λ La OMS y UNICEF han empleado un modelo para calcular el porcentaje de nacimientos que pueden considerarse como protegidos contra el tétanos debido a que las mujeres embarazadas recibieron dos dosis o más de la vacuna antitoxina tetánica. Este modelo tiene por objetivo mejorar la precisión de este indicador al capturar o incluir otros escenarios potenciales en los que las mujeres podrían estar protegidas (por ejemplo, mujeres que reciben dosis de antitoxina tetánica en actividades de inmunización suplementaria). En <www.childinfo.org>, es posible encontrar una explicación más minuciosa de la metodología.

† El Programa Conjunto de la OMS/UNICEF para el Monitoreo del Abastecimiento de Agua y Saneamiento cerró su base de datos para estas estimaciones antes de la cesión de la República de Sudán del Sur por la República del Sudán. Los datos agregados presentados son de antes de la cesión del Sudán. El Programa Conjunto publicará datos desagregados para el Sudán y Sudán del Sur como Estados separados en 2013.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

** No incluye China.

TABLA 4: VIH/SIDA

Países y zonas	Prevalencia del VIH entre adultos (%) 2011	Personas de todas las edades que viven con VIH (miles) 2011			Mujeres que viven con VIH (miles) 2011	Niños que viven con VIH (miles) 2011	Prevención entre los jóvenes (15–24 años)							Huérfanos		
							Prevalencia del VIH entre los jóvenes (%) 2011			Conocimiento amplio del VIH (%) 2007–2011*		Uso del preservativo entre jóvenes con compañeros múltiples (%) 2007–2011*		Niños huérfanos debido al sida (miles) 2011	Niños huérfanos debido a todas las causas (miles) 2011	Tasa de asistencia escolar de los huérfanos
		estimado	bajo	alto			total	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer			2007–2011*
Afganistán	<0,1	6	3	17	1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Albania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	22	36	55	–	–	–	–
Alemania	0,1	73	66	82	11	–	0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	2,1	230	160	340	120	34	1,1	0,6	1,6	32	25	–	–	140	1.300	85
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	53	46	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	–	–	13	28	–	–	–	–	–	–	13 x	–	–	–	–	–
Argentina	0,4	95	79	120	35	–	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Armenia	0,2	4	2	7	<1	–	0,1	0,1	0,1	9	16	86	–	–	–	–
Australia	0,2	22	18	27	7	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Austria	0,4	18	13	24	5	–	0,3	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaiyán	0,1	7	5	9	1	–	<0,1	<0,1	<0,1	5 x	5 x	29 x	–	–	–	–
Bahamas	2,8	7	6	7	3	–	0,4	0,3	0,5	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	<0,1	8	5	16	<1	–	<0,1	<0,1	<0,1	18	8	–	–	–	–	84x
Barbados	0,9	1	1	2	<0,5	–	0,3	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Belarús	0,4	20	15	30	6	–	0,3	0,4	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Bélgica	0,3	20	16	26	6	–	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Belice	2,3	5	4	5	2	–	1,0	1,0	1,0	–	40 x	–	–	–	–	66 x
Benin	1,2	64	56	73	33	9	0,6	0,3	0,8	35 x	16 x	44	35	47	380	90
Bhután	0,3	1	<1	3	<0,5	–	0,2	0,3	0,2	–	21	–	–	–	–	70
Bolivia (Estado Plurinacional de)	0,3	17	9	30	1	–	0,1	0,2	<0,1	28	24	41	–	–	–	–
Bosnia y Herzegovina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	44 x	–	–	–	–	–
Botswana	23,4	300	280	310	160	15	6,6	4,1	9,0	–	–	–	–	100	140	–
Brasil	0,3	490	430	570	200	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	0,1	4	3	6	1	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	1,1	120	100	150	56	23	0,5	0,3	0,6	36	31	75	65	130	880	101
Burundi	1,3	80	72	93	38	19	0,4	0,3	0,6	47	45	–	–	120	610	82
Cabo Verde	1,0	3	2	5	3	–	0,6	0,1	1,1	–	–	–	–	–	–	–
Camboya	0,6	64	52	96	31	–	0,1	0,1	0,1	44	44	–	–	–	–	86
Camerún	4,6	550	510	600	280	60	2,1	1,2	2,9	34 x	32 x	67	47	340	1.300	91 x
Canadá	0,3	71	63	89	13	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Chad	3,1	210	180	280	100	34	1,5	0,9	2,1	–	10	–	57 p	180	880	117
Chile	0,5	51	34	73	5	–	0,2	0,3	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
China	<0,1	780	620	940	231	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	0,5	150	90	240	29	–	0,3	0,4	0,1	–	24	–	39	–	–	–
Comoras	0,1	<0,5	<0,5	<0,5	<0,1	–	<0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Congo	3,3	83	74	92	40	13	1,8	1,2	2,5	22	8	40	26	51	230	–
Costa Rica	0,3	9	7	10	4	–	0,1	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	3,0	360	320	400	170	61	1	0,6	1,4	–	–	57	34	410	1.200	83 x
Croacia	<0,1	1	<1	2	<0,5	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	0,2	14	12	16	3	–	<0,1	0,1	<0,1	–	54	–	66	–	–	–
Dinamarca	0,2	6	5	7	2	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	1,4	9	7	12	5	1	0,2	0,1	0,3	–	18 x	–	–	9	46	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	48	56	–	–	–	–	–
Ecuador	0,4	35	19	84	8	–	0,2	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Egipto	<0,1	10	6	18	2	–	<0,1	<0,1	<0,1	18	5	–	–	–	–	–
El Salvador	0,6	24	12	59	10	–	0,3	0,3	0,3	–	27	–	–	–	–	–
Emiratos Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	0,6	23	13	52	12	4	0,2	0,1	0,3	–	–	–	–	19	280	–
Eslovaquia	<0,1	<0,5	<0,5	<1	<0,2	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Eslovenia	0,1	<1	<0,5	<1	<0,2	–	<0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
España	0,4	150	130	160	35	–	0,1	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Estado de Palestina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estados Unidos	0,6	1.300	1.000	2.000	300	–	0,2	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Estonia	1,3	10	8	12	3	–	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Etiopía	1,4	790	720	870	390	180	0,3	0,2	0,4	34	24	47	–	950	4.600	90
ex República Yugoslava de Macedonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	27 x	–	36 x,p	–	–	–
Federación de Rusia	–	–	730	1,300	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Países y zonas	Prevalencia del VIH entre adultos (%) 2011	Personas de todas las edades que viven con VIH (miles) 2011			Mujeres que viven con VIH (miles) 2011	Niños que viven con VIH (miles) 2011	Prevención entre los jóvenes (15–24 años)							Huérfanos		
							Prevalencia del VIH entre los jóvenes (%) 2011			Conocimiento amplio del VIH (%) 2007–2011*		Uso del preservativo entre jóvenes con compañeros múltiples (%) 2007–2011*		Niños huérfanos debido al sida (miles) 2011	Niños huérfanos debido a todas las causas (miles) 2011	Tasa de asistencia escolar de los huérfanos
		estimado	bajo	alto			total	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer			2007–2011*
Fiji	0,1	<0,5	<0,2	<0,5	<0,2	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Filipinas	<0,1	19	16	24	4	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	21	–	–	–	–	–
Finlandia	0,1	3	3	4	<1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Francia	0,4	160	130	200	46	–	0,1	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Gabón	5,0	46	34	67	24	3	2,1	1,2	3,0	–	–	–	–	21	64	–
Gambia	1,5	14	7	28	8	–	0,8	0,4	1,2	–	33	–	49 p	–	–	103
Georgia	0,2	5	2	8	1	–	0,2	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Ghana	1,5	230	200	260	110	31	0,6	0,4	0,9	34	28	42	–	180	970	76
Granada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	60	65	–	–	–	–	–
Grecia	0,2	11	10	13	3	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	0,8	65	19	280	26	–	0,4	0,4	0,5	24	22	74	27 p	–	–	–
Guinea	1,4	85	68	100	41	11	0,6	0,4	0,9	–	–	–	–	52	570	–
Guinea-Bissau	2,5	24	20	28	12	3	1,5	0,9	2	–	15	–	50	8	110	109
Guinea Ecuatorial	4,7	20	17	29	10	3	2,8	1,6	4,1	–	–	–	–	6	46	–
Guyana	1,1	6	6	7	3	–	0,3	0,2	0,3	47	54	76	–	–	–	–
Haití	1,8	120	96	130	61	13	0,8	0,4	1,1	40 x	34 x	51 x	23 x	87	420	86x
Honduras	–	33	25	45	10	–	–	–	–	–	30 x	–	27 x	–	–	108 x
Hungría	0,1	4	3	5	1	–	<0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
India	–	–	–	–	–	–	–	–	–	36 x	20 x	32 x	17 x,p	–	–	72 x
Indonesia	0,3	380	240	570	110	–	0,2	0,2	0,2	15 y	10 y	–	–	–	–	–
Irán (República Islámica de)	0,2	96	80	120	13	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3 x	–	–	–	–	84x
Irlanda	0,3	8	6	10	2	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Islandia	0,3	<1	<0,5	<1	<0,2	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Islas Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	–	–	–	–	–	–	–	–	–	39	27	23 p	9 p	–	–	–
Islas Salomón	–	–	–	–	–	–	–	–	–	35	29	39	18	–	–	–
Israel	0,2	9	7	11	3	–	0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Italia	0,4	150	120	200	49	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Jamaica	1,8	30	24	39	10	–	0,7	0,9	0,6	54	63	77	57	–	–	–
Japón	<0,1	8	6	10	2	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Jordania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	13 y	–	–	–	–	–
Kazajstán	0,2	19	17	23	8	–	<0,1	<0,1	0,1	–	22 x	–	–	–	–	–
Kenya	6,2	1.600	1.500	1.700	800	220	2,6	1,6	3,5	55	48	67	37	1.100	2.600	–
Kirguistán	0,4	12	9	19	4	–	0,3	0,3	0,3	–	20 x	–	–	–	–	–
Kiribati	–	–	–	–	–	–	–	–	–	49	44	33	–	–	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	23,3	320	300	340	170	41	10,9	6,4	15,4	29	39	60	45	140	200	98
Letonia	0,7	9	7	13	3	–	0,1	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Líbano	0,1	3	2	4	1	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	1,0	25	21	32	12	5	0,2	0,1	0,3	27	21	28	16	33	230	85
Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	0,1	2	1	2	<0,5	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Luxemburgo	0,3	<1	<1	1	<0,5	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	0,3	34	26	47	10	–	0,1	0,2	0,1	26	23	9	7	–	–	74
Malasia	0,4	81	72	89	8	–	0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Malawi	10,0	910	850	970	430	170	3,5	2,1	4,9	45	42	41	31	610	1.000	97
Maldivas	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	<0,1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	35 y	–	–	–	–	–
Malí	1,1	110	83	140	55	–	0,2	0,1	0,3	–	15	–	27 p	–	–	92
Malta	0,1	<0,5	<0,5	<0,5	<0,1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Marruecos	0,2	32	21	46	15	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Mauricio	1,0	7	5	10	2	–	0,5	0,6	0,4	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	1,1	24	13	41	13	–	0,3	0,2	0,4	14	5	–	–	–	–	66
México	0,2	180	160	200	32	–	0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Micronesia (Estados Federados de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mónaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	<0,1	<1	<1	<1	<0,5	–	<0,1	<0,1	0,1	29	32	69	65 p	–	–	102
Montenegro	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mozambique	11,3	1.400	1.200	1.600	750	200	5,5	2,8	8,2	34	36	37	33	800	2.000	83
Myanmar	0,6	220	180	260	77	–	0,3	0,2	0,3	–	32	–	–	–	–	–
Namibia	13,4	190	160	230	100	20	4,6	2,7	6,5	62	65	82	74	75	120	100

Países y zonas	Prevalencia del VIH entre adultos (%) 2011	Personas de todas las edades que viven con VIH (miles) 2011			Mujeres que viven con VIH (miles) 2011	Niños que viven con VIH (miles) 2011	Prevención entre los jóvenes (15–24 años)							Huérfanos		
							Prevalencia del VIH entre los jóvenes (%) 2011			Conocimiento amplio del VIH (%) 2007–2011*		Uso del preservativo entre jóvenes con compañeros múltiples (%) 2007–2011*		Niños huérfanos debido al sida (miles) 2011	Niños huérfanos debido a todas las causas (miles) 2011	Tasa de asistencia escolar de los huérfanos
		estimado	bajo	alto			total	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer			2007–2011*
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	10	13	17 p	8 p	–	–	–
Nepal	0,3	49	32	100	10	–	0,1	0,1	0,1	34	26	45	–	–	–	–
Nicaragua	0,2	8	3	19	5	–	0,1	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Níger	0,8	65	57	70	33	–	0,4	0,2	0,5	16 x	13 x	42 x,p	–	–	–	67x
Nigeria	3,7	3.400	3.000	3.800	1.700	440	2	1,1	2,9	33	22	56	29	2.200	10.800	117
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	0,1	5	4	6	1	–	<0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelandia	0,1	3	2	3	<1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Omán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Países Bajos	0,2	25	20	36	8	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Pakistán	0,1	130	76	260	28	–	0,1	0,1	0,1	–	3	–	–	–	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	0,8	18	12	29	4	–	0,3	0,4	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Papua Nueva Guinea	0,7	28	24	33	12	4	0,3	0,2	0,4	–	–	–	–	12	250	–
Paraguay	0,3	13	6	32	4	–	0,2	0,2	0,2	–	–	–	51	–	–	–
Perú	0,4	74	38	200	20	–	0,2	0,2	0,1	–	19	–	38 p	–	–	–
Polonia	0,1	35	28	46	10	–	0,1	0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	0,7	48	37	62	14	–	0,2	0,3	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Reino Unido	0,3	94	74	120	29	–	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	7 x	–	–	–	–	–
República Centroafricana	4,6	130	100	130	62	20	1,9	1,2	2,6	26 x	17 x	73 x	59 x	140	350	89x
República Checa	<0,1	2	2	2	<1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
República de Corea	<0,1	15	12	19	4	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
República de Moldova	0,5	15	12	17	6	–	0,1	0,1	0,1	39 y	42 y	–	–	–	–	–
República Democrática del Congo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15	–	16	–	–	74
República Dominicana	0,7	44	37	50	24	–	0,2	0,1	0,4	34	41	62	34	–	–	98
República Popular Democrática de Corea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	8	–	–	–	–	–
República Democrática Popular Lao	0,3	10	8	15	5	–	0,1	0,1	0,2	–	–	–	–	–	–	–
República Unida de Tanzanía	5,8	1.600	1.500	1.700	760	230	2,9	1,8	4	43	48	36	32	1.300	3.000	90
Rumania	0,1	16	13	20	5	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	2,9	210	180	250	110	27	1,3	0,8	1,7	47	53	58 p	29 p	170	660	91
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	50	53	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6	3	–	–	–	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	1,0	<1	<1	1	<0,5	–	0,4	0,4	0,3	43	43	59	–	–	–	–
Senegal	0,7	53	43	65	28	–	0,4	0,3	0,5	31	29	49	–	–	–	97
Serbia	0,1	4	2	5	<1	–	<0,1	<0,1	<0,1	48	54	63	65 p	–	–	–
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	1,6	49	39	69	27	4	0,9	0,5	1,3	–	23	–	12	18	310	88
Singapur	0,1	3	3	5	1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	0,7	35	23	52	15	–	0,3	0,3	0,4	–	4 x	–	–	–	–	78 x
Sri Lanka	<0,1	4	3	11	1	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Sudáfrica	17,3	5.600	5.300	5.900	2.900	460	8,6	5,3	11,9	–	–	–	–	2.100	3.500	101
Sudán[rr]	0,4	69	56	84	22	–	0,2	0,2	0,2	11	5	–	–	–	–	96
Sudán del Sur[rr]	3,1	150	100	200	77	16	1,7	1	2,5	–	10	–	7	75	410	78
Suecia	0,2	9	7	13	3	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Suiza	0,4	20	16	27	6	–	0,2	0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	1,0	3	2	5	2	–	0,2	0,2	0,2	–	41 x	–	80 x	–	–	–
Swazilandia	26,0	190	180	200	100	17	10,8	6,3	15,3	54	58	85	69	75	110	99
Tailandia	1,2	490	450	550	200	–	0,2	0,3	0,2	–	46 x	–	–	–	–	93x
Tayikistán	0,3	11	8	15	4	–	0,1	0,1	0,1	13	14	78	–	–	–	–
Timor-Leste	–	–	–	–	–	–	–	–	–	20	12	–	–	–	–	75
Togo	3,4	150	120	190	73	19	1,5	0,9	2,1	42	33	54	39	89	250	86
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Países y zonas	Prevalencia del VIH entre adultos (%) 2011	Personas de todas las edades que viven con VIH (miles) 2011			Mujeres que viven con VIH (miles) 2011	Niños que viven con VIH (miles) 2011	Prevención entre los jóvenes (15–24 años)							Huérfanos		
		estimado	bajo	alto			Prevalencia del VIH entre los jóvenes (%) 2011			Conocimiento amplio del VIH (%) 2007–2011*		Uso del preservativo entre jóvenes con compañeros múltiples (%) 2007–2011*		Niños huérfanos debido al sida (miles) 2011	Niños huérfanos debido a todas las causas (miles) 2011	Tasa de asistencia escolar de los huérfanos 2007–2011*
							total	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer			
Trinidad y Tabago	1,5	13	12	15	7	–	0,8	0,6	1	–	54 x	–	67 x	–	–	–
Túnez	<0,1	2	2	2	<0,5	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Turkmenistán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	5 x	–	–	–	–	–
Turquía	<0,1	6	4	8	2	–	<0,1	<0,1	<0,1	–	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	61	39	–	–	–	–	–
Ucrania	0,8	230	180	310	94	–	0,1	0,1	0,1	43	45	64	63	–	–	–
Uganda	7,2	1.400	1.300	1.500	670	190	3,8	2,4	5,3	39	39	31	24	1.100	2.600	88
Uruguay	0,6	12	6	33	4	–	0,3	0,4	0,2	–	–	–	–	–	–	–
Uzbekistán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	31 x	–	–	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15	–	–	–	–	92
Venezuela (República Bolivariana de)	0,5	99	51	230	25	–	0,2	0,4	0,1	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	0,5	250	200	330	48	–	0,2	0,3	0,2	–	51	–	–	–	–	–
Yemen	0,2	22	19	25	9	–	0,1	0,1	0,1	–	2 x,y	–	–	–	–	–
Zambia	12,5	970	900	1.100	460	170	5,0	3,1	7,0	41	38	43	42 p	680	1.200	92
Zimbabwe	14,9	1.200	1.200	1.300	600	200	5,6	3,6	7,6	47	52	51	39 p	1.000	1.300	95
MEMORÁNDUM																
Sudán y Sudán del Sur[σ]	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
DATOS CONSOLIDADOS[#]																
África subsahariana	4,8	23.500	22.100	24.900	11.800	3.100	2,2	1,3	3,0	36	28	49	30	15.200	53.600	95
África oriental y meridional	7,0	17.200	16.300	17.800	8.700	2.200	3,1	1,9	4,3	40	36	44	30	10.700	27.200	89
África occidental y central	2,6	6.300	5.700	6.800	3.200	850	1,3	0,7	1,8	33	21	56	30	4.500	26.300	100
África septentrional y Oriente Medio	0,1	260	220	320	74	32	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	160	6.000	–
Asia meridional	0,2	2.500	1.600	3.400	890	110	0,1	0,1	0,1	34	17	33	17	600	42.900	72
Asia Oriental y Pacífico	0,2	2.400	2.100	2.700	720	64	0,1	0,1	0,1	–	23 **	–	–	510	28.700	–
América Latina y el Caribe	0,4	1.600	1.300	1.900	540	58	0,2	0,2	0,2	–	–	–	–	600	9.500	–
ECE/CEI	0,6	1.500	1.100	1.800	410	18	0,1	0,1	0,1	–	–	–	–	170	6.500	–
Países menos adelantados	1,9	10.300	9.600	10.900	5.000	1.600	0,9	0,6	1,3	30	24	–	–	7.800	43.200	88
Mundo	0,8	34.000	31.400	35.900	15.000	3.400	0,4	0,3	0,5	–	21 **	–	–	17.300	151.000	–

σ 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 correspondientes a la mayoría de los indicadores como Estados separados. Los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión (véase el punto Memorándum).

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 98.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Prevalencia del VIH entre los adultos – Porcentaje estimado de adultos (de 15 a 49 años) que vivían con VIH hasta 2011.

Personas que viven con VIH – Número estimado de personas (de todas las edades) que vivían con VIH hasta 2011.

Mujeres que viven con VIH – Número estimado de mujeres (más de 15 años) que vivían con VIH hasta 2011.

Niños que viven con VIH – Número estimado de niños (de 0 a 14 años) que vivían con VIH hasta 2011.

Prevalencia del VIH entre los jóvenes – Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que vivían con VIH hasta 2011.

Conocimiento amplio del VIH – Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que identifican correctamente los métodos para prevenir la transmisión sexual del VIH (uso del preservativo y una pareja fiel), que rechazan los tres conceptos erróneos más comunes definidos localmente sobre la transmisión del VIH, y que saben que una persona que parece saludable puede estar infectada con el VIH.

Uso de preservativo entre jóvenes con compañeros múltiples – Entre los jóvenes de 15 a 24 años que informaron haber tenido más de un compañero sexual en los últimos 12 meses, el porcentaje que informó haber utilizado un preservativo la última vez que practicó una relación sexual con cualquier compañero.

Niños huérfanos debido al sida – Número estimado de niños (de 0 a 17 años) que han perdido a uno o a ambos progenitores debido al sida hasta 2011.

Niños huérfanos debido a todas las causas – Número estimado de niños (de 0 a 17 años) que han perdido a uno o a ambos progenitores debido a cualquier otra causa hasta 2011.

Tasa de asistencia escolar de los huérfanos – Porcentaje de los niños de 10 a 14 años de edad que habían perdido a sus padres y madres naturales y asistían actualmente a la escuela, como porcentaje de los niños no huérfanos de la misma edad que vivían por lo menos con uno de sus progenitores y asistían a la escuela.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Estimado de la tasa de prevalencia del VIH entre los adultos – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de sida en el mundo*, 2012.

Número estimado de personas que viven con VIH – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de sida en el mundo*, 2012.

Número estimado de mujeres que viven con VIH – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de sida en el mundo*, 2012.

Número estimado de personas que viven con el VIH – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de sida en el mundo*, 2012.

Prevalencia del VIH entre los jóvenes – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de sida en el mundo*, 2012.

Conocimiento amplio del VIH – Encuestas sobre los indicadores del sida (EIS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), y otras encuestas nacionales en los hogares, 2005–2009; HIV/AIDS Survey Indicators Database, <www.measuredhs.com/hivdata>.

Uso de preservativo entre jóvenes con compañeros múltiples – EIS, BSS, DHS, RHS y otras encuestas nacionales en los hogares, 2003–2008; HIV/AIDS Survey Indicators Database, <www.measuredhs.com/hivdata>.

Niños huérfanos debido al SIDA – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de sida en el mundo*, 2012.

Niños huérfanos debido a todas las causas – ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia de sida en el mundo*, 2012.

Tasa de asistencia escolar de los huérfanos – EIS, DHS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares, 2005–2009; HIV/AIDS Survey Indicators Database, <www.measuredhs.com/hivdata>.

NOTAS

– Datos no disponibles,

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales, con excepción de los datos de 2005 a 2006 de la India. No se presentan estimaciones de datos de años anteriores a 2000.

y Datos referidos a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país, Si están dentro del periodo de referencia señalado, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

p Sobre la base de denominadores pequeños (típicamente de 25 a 49 casos no ponderados).

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

** No incluye China.

TABLA 5: EDUCACIÓN

Países y zonas	Tasa de alfabetización de jóvenes (15–24 años) (%) 2007–2011*		Número por cada 100 habitantes 2011		Participación en la escuela preprimaria		Participación en la escuela primaria								Participación en la escuela secundaria			
					Tasa bruta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa bruta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa neta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa neta de asistencia (%) 2007–2011*		Tasa de permanencia hasta el último grado de la primaria (%) 2008–2011* 2007–2011*		Tasa neta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa neta de asistencia (%) 2007–2011*	
	hombre	mujer	teléfonos móviles	Usuarios de Internet	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	datos admin.	datos de encuestas	hombre	mujer	hombre	mujer
Afganistán	–	–	54	5	–	–	114	79	–	–	66 x	40 x	–	90 x	–	–	18 x	6 x
Albania	99	99	96	49	56	55	87	87	80	80	90	91	95	100	–	–	84	82
Alemania	–	–	132	83	114	113	103	102	–	–	–	–	96	–	–	–	–	–
Andorra	–	–	75	81	104	99	84	85	78	79	–	–	–	–	74	75	–	–
Angola	80	66	48	15	103	105	137	112	93	78	77	75	32	83 x	12	11	21	17
Antigua y Barbuda	–	–	182	82	76	76	106	97	91	84	–	–	–	–	85	85	–	–
Arabia Saudita	99	97	191	48	–	–	106	106	90	89	–	–	–	–	78	83	–	–
Argelia	94 x	89 x	99	14	79	76	113	107	98	96	97 x	96 x	95	93 x	–	–	57 x	65 x
Argentina	99	99	135	48	73	75	118	117	–	–	–	–	94	–	78	87	–	–
Armenia	100	100	104	–	29	34	101	104	–	–	99 x	98 x	–	100 x	85	88	93 x	95 x
Australia	–	–	108	79	79	78	105	105	97	98	–	–	–	–	85	86	–	–
Austria	–	–	155	80	100	100	100	99	–	–	–	–	97	–	–	–	–	–
Azerbaiyán	100	100	109	50	26	25	94	93	85	84	74 x	72 x	96	100 x	–	–	83	82
Bahamas	–	–	86	65	–	–	113	115	–	–	–	–	89	–	82	88	–	–
Bahrein	100	100	128	77	–	–	–	–	–	–	86 x	87 x	–	99 x	–	–	77 x	85 x
Bangladesh	75	78	56	5	14	13	–	–	–	–	85 y	88 y	66	94 x	45	50	–	–
Barbados	–	–	127	72	108	108	119	122	–	–	–	–	–	–	81	88	–	–
Belarús	100	100	112	40	100	98	100	100	–	–	93 x	94 x	100	100 x	–	–	95 x	97 x
Bélgica	–	–	117	78	118	118	105	104	99	99	–	–	93	–	–	–	–	–
Belice	–	–	64	–	45	47	127	116	–	–	95 x	95 x	90	98 x	–	–	58 x	60 x
Benin	66	45	85	4	18	19	135	117	–	–	65 x	58 x	–	89 x	–	–	34 x	23 x
Bhután	80 x	68 x	66	21	2	2	110	112	88	91	91	93	91	94	50	54	54	56
Bolivia (Estado Plurinacional de)	100	99	83	30	45	45	105	104	–	–	97	97	–	96	68	69	78	75
Bosnia y Herzegovina	100	100	85	60	17	17	111	113	86	88	97 x	98 x	99	100 x	–	–	89 x	89 x
Botswana	94	97	143	7	19	19	112	108	87	88	86	88	93	–	57	65	36 x	44 x
Brasil	97	99	123	45	–	–	–	–	–	–	95 x	95 x	–	88 x	–	–	74 x	80 x
Brunei Darussalam	100	100	109	56	88	88	107	109	–	–	–	–	96	–	95	99	–	–
Bulgaria	98	98	141	51	80	79	103	102	99	100	–	–	97	–	84	82	–	–
Burkina Faso	47	33	45	3	3	3	79	72	61	56	49 x	44 x	64	89 x	18	14	17 x	15 x
Burundi	78	78	14	1	9	9	157	155	–	–	73	74	56	82 x	18	15	7	7
Cabo Verde	97	99	79	32	70	70	114	105	95	92	–	–	–	–	61	71	–	–
Camboya	88	86	70	3	13	13	130	124	96	95	85 y	85 y	–	92 x	–	–	45 y	44 y
Camerún	89	77	52	5	28	29	129	111	–	–	82 x	77 x	66	87 x	–	–	39 x	37 x
Canadá	–	–	75	83	71	71	99	98	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chad	53	41	32	2	2	2	107	78	–	–	56	48	28	94 x	–	–	20	12
Chile	99	99	130	54	55	58	108	103	94	94	–	–	–	–	81	84	–	–
China	99	99	73	38	54	54	110	113	100 z	100 z	–	–	99 z	–	–	–	–	–
Chipre	100	100	98	58	81	81	106	105	99	99	–	–	–	–	96	96	–	–
Colombia	98	99	98	40	49	49	116	114	92	91	90	92	85	95	72	77	73	79
Comoras	86	85	29	6	22	21	109	100	–	–	31 x	31 x	–	19 x	–	–	10 x	11 x
Congo	87 x	78 x	94	6	12	13	118	112	92	89	86 x	87 x	–	93 x	–	–	39 x	40 x
Costa Rica	98	99	92	42	71	72	110	109	–	–	96	96	89	–	–	–	59 x	65 x
Côte d'Ivoire	72	62	86	2	4	4	96	80	67	56	59 x	51 x	61	90 x	–	–	32 x	22 x
Croacia	100	100	116	71	62	61	93	93	95	97	–	–	99	–	88	94	–	–
Cuba	100	100	12	23	100	100	104	102	100	100	–	–	95	–	86	85	–	–
Dinamarca	–	–	126	90	97	96	99	99	95	97	–	–	99	–	88	91	–	–
Djibouti	–	–	21	7	4	4	62	56	47	42	67 x	66 x	64	92 x	28	20	45 x	37 x
Dominica	–	–	164	51	111	114	113	111	–	–	–	–	88	–	–	–	–	–
Ecuador	98	99	105	31	109	115	114	115	–	–	92 y	93 y	–	–	–	–	71 y	73 y
Egipto	91	84	101	36	24	23	103	98	–	–	90	87	–	99	71	69	70	70
El Salvador	96	96	126	18	63	65	117	111	95	95	–	–	86	–	57	59	–	–
Emiratos Árabes Unidos	94 x	97 x	149	70	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	92	87	4	6	14	13	48	41	37	33	69 x	64 x	69	–	32	25	23 x	21 x
Eslovaquia	–	–	109	74	92	89	102	102	–	–	–	–	98	–	–	–	–	–
Eslovenia	100	100	107	72	87	85	98	97	97	97	–	–	100	–	91	92	–	–
España	100	100	114	68	126	127	106	105	100	100	–	–	99	–	94	96	–	–
Estado de Palestina	99	99	–	55	40	39	92	90	90	88	91 x	92 x	–	–	81	87	–	–
Estados Unidos	–	–	106	78	68	70	102	101	95	96	–	–	93	–	89	90	–	–
Estonia	100	100	139	77	96	96	100	98	96	96	–	–	98	–	91	93	–	–
Etiopía	63	47	17	1	5	5	106	97	85	80	64	65	47	84 x	–	–	16	16
ex República Yugoslava de Macedonia	99	99	109	57	25	26	89	91	97	99	99	98	–	99	–	–	84	81
Federación de Rusia	100	100	179	49	91	89	99	99	95	96	–	–	96	–	–	–	–	–

Países y zonas	Tasa de alfabetización de jóvenes (15–24 años) (%) 2007–2011*		Número por cada 100 habitantes 2011		Participación en la escuela preprimaria		Participación en la escuela primaria								Participación en la escuela secundaria			
					Tasa bruta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa bruta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa neta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa neta de asistencia (%) 2007–2011*		Tasa de permanencia hasta el último grado de la primaria (%) 2008–2011* 2007–2011*		Tasa neta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa neta de asistencia (%) 2007–2011*	
	hombre	mujer	teléfonos móviles	Usuarios de Internet	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	datos admin.	datos de encuestas	hombre	mujer	hombre	mujer
Fiji	–	–	84	28	17	19	106	104	99	99	–	–	91	–	–	–	–	–
Filipinas	97	98	92	29	51	52	107	105	88	90	88 x	89 x	76	90 x	56	67	55 x	70 x
Finlandia	–	–	166	89	68	68	99	99	98	98	–	–	100	–	94	94	–	–
Francia	–	–	105	80	109	108	111	109	99	99	–	–	–	–	98	99	–	–
Gabón	99	97	117	8	41	43	184	179	–	–	94 x	94 x	–	–	–	–	34 x	36 x
Gambia	72	62	89	11	30	31	82	84	68	70	40	45	61	93	–	–	34	34
Georgia	100	100	102	37	52	64	107	111	–	–	95	96	96	98 x	–	–	85 x	88 x
Ghana	82	80	85	14	68	70	107	107	84	85	72	74	72	81	51	47	40	44
Granada	–	–	–	–	95	102	103	103	96	99	–	–	–	–	95	86	–	–
Grecia	99	99	106	53	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	89	85	140	12	70	72	119	114	100	98	–	–	–	–	43	40	23 x	24 x
Guinea	70	57	44	1	14	14	103	86	83	70	55 x	48 x	66	96 x	36	22	27 x	17 x
Guinea-Bissau	79	65	26	3	7	7	127	119	77	73	69	65	–	79	–	–	27	20
Guinea Ecuatorial	98	98	59	–	47	63	88	85	57	56	61 x	60 x	62	–	–	–	23 x	22 x
Guyana	–	–	69	32	74	78	83	86	82	86	94	96	83	100	78	83	70	79
Haití	74	70	41	–	–	–	–	–	–	–	48 x	52 x	–	85 x	–	–	18 x	21 x
Honduras	94	96	104	16	43	44	116	116	95	97	87 x	90 x	–	–	–	–	35 x	43 x
Hungría	99	99	117	59	85	84	102	101	98	98	–	–	98	–	91	91	–	–
India	88	74	72	10	54	56	116	116	99	98	85 x	81 x	–	95 x	–	–	59 x	49 x
Indonesia	100	99	98	18	43	44	117	119	–	–	98	98	–	–	68	67	57 y	59 y
Irán (República Islámica de)	99	99	75	21	41	44	114	115	–	–	94 x	91 x	94	–	92	80	–	–
Iraq	85	81	78	5	–	–	–	–	–	–	91 x	80 x	–	93 x	–	–	46 x	34 x
Irlanda	–	–	108	77	99	97	108	108	99	100	–	–	–	–	98	100	–	–
Islandia	–	–	106	95	97	97	99	100	99	100	–	–	–	–	87	89	–	–
Islas Cook	–	–	–	–	166	149	107	110	98	99	–	–	–	–	76	82	–	–
Islas Marshall	–	–	–	–	45	47	102	101	–	–	–	–	83	–	–	–	–	–
Islas Salomón	–	–	50	6	49	50	–	–	–	–	63 y	69 y	–	–	–	–	29 y	30 y
Israel	–	–	122	70	103	109	103	103	97	97	–	–	99	–	97	100	–	–
Italia	100	100	152	57	100	96	102	101	100	99	–	–	100	–	94	94	–	–
Jamaica	93	98	108	32	113	113	91	87	83	81	97 x	98 x	95	99 x	80	87	89 x	93 x
Japón	–	–	103	80	–	–	103	103	–	–	–	–	100	–	99	100	–	–
Jordania	99	99	118	35	33	31	92	92	91	91	99	99	–	–	83	88	85	89
Kazajstán	100	100	143	45	48	47	111	111	–	–	99 x	98 x	100	100 x	89	88	95 x	95 x
Kenya	92	94	65	28	52	52	115	112	84	85	72	75	–	96	52	48	40	42
Kirguistán	100	100	105	20	19	19	100	99	95	95	91 x	93 x	98	99 x	79	79	88 x	91 x
Kiribati	–	–	14	10	–	–	111	115	–	–	–	–	–	–	–	–	55 y	63 y
Kuwait	99	99	–	74	81	83	104	107	97	100	–	–	96	–	86	93	–	–
Lesotho	86	98	48	4	–	–	104	102	72	75	87	91	69	84 x	23	37	26	40
Letonia	100	100	103	72	85	82	101	100	95	97	–	–	95	–	83	84	–	–
Líbano	98	99	79	52	82	81	106	103	94	93	98	98	92	93 x	71	79	77	85
Liberia	71	82	49	3	–	–	101	91	–	–	32	28	–	–	–	–	14	14
Libia	100	100	156	17	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	102	85	102	105	109	102	100	98	–	–	79	–	64	64	–	–
Lituania	100	100	151	65	75	73	96	95	96	96	–	–	98	–	91	91	–	–
Luxemburgo	–	–	148	91	87	86	99	100	96	98	–	–	–	–	84	86	–	–
Madagascar	66	64	38	2	9	9	150	147	–	–	78	80	35	89	23	24	27	28
Malasia	98	98	127	61	64	69	–	–	–	–	–	–	98	–	65	71	–	–
Malawi	87	87	25	3	–	–	133	138	–	–	76 x	79 x	53	81 x	28	27	19	20
Maldivas	99	99	166	34	113	115	111	107	97	97	82	84	–	99	–	–	52	63
Malí	56	34	68	2	3	3	86	75	71	61	62	55	75	96 x	35	24	38	24
Malta	97	99	125	69	119	115	101	101	93	94	–	–	80	–	82	80	–	–
Marruecos	87	72	113	51	65	50	115	108	95	93	91 x	88 x	91	–	–	–	39 x	36 x
Mauricio	96	98	99	35	97	96	99	100	92	94	–	–	98	–	–	–	–	–
Mauritania	71	65	93	5	–	–	99	105	73	76	56	59	71	77	–	–	21	17
México	98	98	82	36	101	102	115	113	99	100	97 x	97 x	94	–	70	73	–	–
Micronesia (Estados Federados de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mónaco	–	–	86	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	94	97	105	20	76	79	123	121	100	99	95	97	94	99	–	–	91	95
Montenegro	99	99	–	40	32	30	107	106	–	–	97 x	98 x	–	97 x	–	–	90 x	92 x
Mozambique	79	65	33	4	–	–	121	109	95	89	82	80	27	60	17	15	21	20
Myanmar	96	96	3	1	10	10	126	126	–	–	90	91	75	93	49	52	52 y	53 y
Namibia	91	95	105	12	–	–	108	107	84	89	91	93	83	89 x	–	–	47	62

Países y zonas	Tasa de alfabetización de jóvenes (15–24 años) (%) 2007–2011*		Número por cada 100 habitantes 2011		Participación en la escuela preprimaria		Participación en la escuela primaria								Participación en la escuela secundaria			
					Tasa bruta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa bruta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa neta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa neta de asistencia (%) 2007–2011*		Tasa de permanencia hasta el último grado de la primaria (%) 2008–2011*	2007–2011*	Tasa neta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa neta de asistencia (%) 2007–2011*	
	hombre	mujer	teléfonos móviles	Usuarios de Internet	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	datos admin.	datos de encuestas	hombre	mujer	hombre	mujer
Nauru	–	–	65	–	96	93	90	96	–	–	–	–	–	–	–	–	52 y	69 y
Nepal	88	78	44	9	–	–	–	–	–	–	67 y	70 y	–	95 x	–	–	46 x	38 x
Nicaragua	85 x	89 x	82	11	55	56	119	116	93	95	71 y	70 y	–	56 x	43	49	35 x	47 x
Níger	52 x	23 x	27	1	4	4	73	60	64	52	44 x	31 x	69	88 x	13	8	13 x	8 x
Nigeria	78	66	59	28	14	14	87	79	60	55	65	60	80	98	–	–	45	43
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	–	–	117	94	100	98	99	99	99	99	–	–	99	–	94	94	–	–
Nueva Zelandia	–	–	109	86	91	95	101	101	99	100	–	–	–	–	94	95	–	–
Omán	98	98	169	68	45	45	107	104	100	97	–	–	–	–	89	90	–	–
Países Bajos	–	–	–	92	93	93	108	107	–	–	–	–	–	–	87	88	–	–
Pakistán	79	61	62	9	–	–	104	85	81	67	70	62	62	–	38	29	35	29
Palau	–	–	75	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	98	97	204	43	67	67	109	106	99	98	–	–	94	–	66	72	–	–
Papua Nueva Guinea	65	72	34	2	101	99	63	57	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	99	99	99	24	35	35	101	98	86	86	87	89	78	–	58	62	81 x	80 x
Perú	98	97	110	37	79	79	108	108	98	98	96	96	90	95	77	78	81 y	82 y
Polonia	100	100	128	65	65	66	98	97	96	96	–	–	98	–	90	92	–	–
Portugal	100	100	115	55	82	82	116	112	99	100	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	96	98	123	86	57	54	103	103	96	97	–	–	–	–	76	93	–	–
Reino Unido	–	–	131	82	81	82	106	106	100	100	–	–	–	–	95	97	–	–
República Árabe Siria	96	94	63	23	10	9	119	116	100	98	87 x	86 x	95	100 x	67	67	63 x	63 x
República Centroafricana	72	58	25	2	6	6	109	78	81	61	56 x	47 x	46	62 x	18	10	12 x	9 x
República Checa	–	–	122	73	107	105	106	106	–	–	–	–	100	–	–	–	–	–
República de Corea	–	–	109	84	118	119	106	105	99	98	–	–	99	–	96	95	–	–
República de Moldova	99	100	105	38	76	75	94	93	90	90	84 x	85 x	95	100 x	78	79	82 x	85 x
República Democrática del Congo	68	62	23	1	3	3	100	87	–	–	78	72	55	75	–	–	35	28
República Democrática Popular Lao	89 x	79 x	87	9	22	22	131	122	98	95	81 x	77 x	–	65 x	42	38	39 x	32 x
República Dominicana	96	98	87	36	38	38	115	102	96	90	95	96	–	78	58	67	56	68
República Popular Democrática de Corea	100	100	4	–	–	–	–	–	–	–	99	99	–	–	–	–	98	98
República Unida de Tanzanía	78	76	56	12	33	34	101	103	98	98	79	82	81	91 x	–	–	26	24
Rumania	97	97	109	44	79	79	96	95	88	87	–	–	97	–	82	83	–	–
Rwanda	77	78	41	7	10	11	141	144	–	–	86	89	–	76 x	–	–	15	16
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	–	92	88	93	94	86	86	–	–	74	–	89	88	–	–
Samoa	99	100	–	–	35	41	107	109	93	97	88 y	89 y	–	–	73	83	51 y	70 y
San Marino	–	–	112	50	96	89	89	101	91	93	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	121	43	79	80	109	101	–	–	–	–	–	–	85	96	–	–
Santa Lucía	–	–	123	42	62	59	96	92	90	89	–	–	92	–	85	85	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	95	96	68	20	44	48	131	130	–	–	86	85	68	84	44	52	30	31
Senegal	74	56	73	18	12	14	84	89	76	80	60	63	60	93 x	–	–	35	32
Serbia	99	99	125	42	53	53	96	96	95	94	98	99	99	99	89	91	88	90
Seychelles	99	99	146	43	106	97	117	117	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	69	50	36	–	7	7	129	120	–	–	73	76	–	93	–	–	40	33
Singapur	100	100	149	75	–	–	–	–	–	–	–	–	99	–	–	–	–	–
Somalia	–	–	7	1	–	–	–	–	–	–	18 x	15 x	–	85 x	–	–	12 x	8 x
Sri Lanka	98	99	87	15	–	–	99	99	94	94	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudáfrica	97	98	127	21	65	65	104	100	90	91	80 x	83 x	–	–	–	–	41 x	48 x
Sudán[σ]	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	78	72	–	82	–	–	33	30
Sudán del Sur[σ]	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	32	25	–	65	–	–	8	4
Suecia	–	–	119	91	95	95	102	101	100	99	–	–	99	–	94	94	–	–
Suiza	–	–	130	85	99	100	103	102	99	99	–	–	–	–	84	82	–	–
Suriname	98	99	179	32	85	86	116	111	91	91	95 x	94 x	90	92 x	46	55	56 x	67 x
Swazilandia	92	95	64	18	22	23	121	111	86	85	96	97	84	93	29	37	42	52
Tailandia	98 x	98 x	113	24	98	101	91	90	90	89	98 x	98 x	–	99 x	68	76	77 x	83 x
Tayikistán	100	100	91	13	9	8	104	100	99	96	99 y	96 y	99	100 x	90	80	89 x	74 x
Timor-Leste	80	79	53	1	–	–	119	115	86	86	71	73	67	91	34	39	43	48
Togo	88	75	50	4	9	9	147	132	–	–	91	87	59	90	–	–	51	40
Tonga	99 x	100 x	53	25	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	100	100	136	55	–	–	107	103	98	97	98 x	98 x	89	98 x	–	–	84 x	90 x

Países y zonas	Tasa de alfabetización de jóvenes (15–24 años) (%) 2007–2011*		Número por cada 100 habitantes 2011		Participación en la escuela preprimaria		Participación en la escuela primaria								Participación en la escuela secundaria			
					Tasa bruta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa bruta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa neta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa neta de asistencia (%) 2007–2011*		Tasa de permanencia hasta el último grado de la primaria (%) 2008–2011* 2007–2011*		Tasa neta de matriculación (%) 2008–2011*		Tasa neta de asistencia (%) 2007–2011*	
	hombre	mujer	teléfonos móviles	Usuarios de Internet	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	datos admin.	datos de encuestas	hombre	mujer	hombre	mujer
Túnez	98	96	117	39	–	–	111	107	–	–	95 x	93 x	95	–	–	–	–	–
Turkmenistán	100	100	69	5	–	–	–	–	–	–	99 x	99 x	–	100 x	–	–	84 x	84 x
Turquía	99	97	89	42	22	21	103	101	98	97	94 y	92 y	92	95 x	77	71	–	–
Tuvalu	–	–	22	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	35 y	47 y
Ucrania	100	100	123	31	99	96	99	100	91	91	70	76	98	100	86	86	85	85
Uganda	90	85	48	13	14	14	120	122	90	92	82 y	80 y	32	72 x	–	–	17 y	17 y
Uruguay	98	99	141	51	89	89	115	111	100	99	–	–	95	–	66	73	–	–
Uzbekistán	100	100	92	30	26	26	95	93	93	91	96 x	96 x	98	100 x	93	91	91 x	90 x
Vanuatu	94	94	–	–	58	59	120	114	–	–	80	82	71	88	46	49	38	36
Venezuela (República Bolivariana de)	98	99	98	40	71	76	104	101	95	95	91 x	93 x	92	82 x	68	76	30 x	43 x
Viet Nam	97	96	143	35	84	79	109	103	–	–	98	98	–	99	–	–	78	84
Yemen	96	74	47	15	1	1	96	78	86	70	75 x	64 x	–	73 x	49	31	49 x	27 x
Zambia	82	67	61	12	–	–	115	116	91	94	81	82	53	87	–	–	38	36
Zimbabwe	–	–	72	16	–	–	–	–	–	–	87	89	–	79 x	–	–	48	49
MEMORÁNDUM																		
Sudán y Sudán del Sur[σ]	–	–	56	19	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
DATOS CONSOLIDADOS[#]																		
África subsahariana	76	67	53	13	18	18	103	96	78	74	72	70	60	–	–	–	31	29
África oriental y meridional	80	72	51	11	21	22	113	108	88	85	75	75	49	–	33	30	23	23
África occidental y central	73	61	54	14	14	14	96	86	69	64	68	64	68	90	–	–	40	36
África septentrional y Oriente Medio	94	89	94	29	25	23	103	97	92	87	–	–	–	–	68	63	–	–
Asia meridional	86	73	69	9	48	49	107	105	93	91	83	79	–	95	54	46	55	46
Asia Oriental y Pacífico	99	99	81	35	56	56	110	112	96	96	96 **	97 **	95	–	70	74	61 **	63 **
América Latina y el Caribe	97	97	107	39	70	70	116	112	96	95	–	–	91	–	71	76	–	–
ECE/CEI	99	99	132	42	57	56	100	99	95	95	–	–	96	–	83	82	–	–
Países menos adelantados	76	68	42	6	13	13	106	100	82	78	76	75	56	–	35	29	27	24
Mundo	92	87	85	33	48	48	107	105	92	90	82 **	79 **	81	–	64	61	49 **	45 **

σ 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 correspondientes a la mayoría de los indicadores como Estados separados. Los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión (véase el punto Memorándum).

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 98.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa de alfabetización de los jóvenes – Número de personas alfabetizadas de 15 a 24 años, expresadas como porcentaje del total de la población en ese grupo de edad.

Teléfonos móviles – El número de suscripciones activas a un servicio de telefonía móvil pública, incluyendo el número de tarjetas SIM de prepago activas durante los últimos tres meses.

Usuarios de internet – Número estimado de usuarios de internet con respecto al total de la población. Esto incluye aquellos que utilizan internet desde cualquier dispositivo (incluidos los teléfonos móviles) en los últimos 12 meses.

Tasa bruta de matriculación en la escuela preprimaria – Número de niños matriculados en la enseñanza preescolar, independientemente de su edad, expresado como porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para asistir a la escuela preprimaria.

Tasa bruta de matriculación en la enseñanza primaria – El número total de niños matriculados en la enseñanza primaria, independientemente de su edad, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios.

Tasa neta de matriculación en la enseñanza primaria – El número total de niños matriculados en la enseñanza primaria que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios. Debido a la inclusión de niños en edad escolar primaria matriculados en la escuela secundaria, este indicador también se puede considerar como una tasa neta ajustada de matriculación en la escuela primaria.

Tasa neta de asistencia a la enseñanza primaria – El número total de niños que asisten a la escuela primaria y que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios. Debido a la inclusión de niños en edad escolar primaria que asisten a la escuela secundaria, este indicador también se puede considerar como una tasa neta ajustada de asistencia a la escuela primaria.

Tasa de permanencia hasta el último grado de primaria – Porcentaje de niños que ingresan al primer grado de la escuela primaria y que completan el último grado de la escuela primaria.

Tasa neta de matriculación en la escuela secundaria – El número total de niños matriculados en la enseñanza secundaria que tienen la edad oficial para realizar estudios secundarios, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios secundarios. La proporción neta de matriculación en la escuela secundaria no incluye a los niños en edad escolar secundaria matriculados en la educación terciaria, debido a los problemas de la información y el registro de la edad a ese nivel.

Tasa neta de asistencia a la escuela secundaria – El número de niños que asisten a la escuela secundaria o superior y tienen la edad oficial para realizar estudios secundarios, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios secundarios. Debido a la inclusión de niños en edad escolar secundaria que asisten a la escuela terciaria, este indicador también se puede considerar como una tasa neta ajustada de matriculación en la escuela secundaria.

Todos los datos se refieren a la Clasificación Internacional Normalizada de la Educación (CINE), de carácter oficial, para los niveles de educación primaria y secundaria, y por lo tanto puede que no se correspondan directamente con el sistema escolar de un país específico.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Alfabetización de los jóvenes – Instituto para Estadísticas de la UNESCO.

Utilización del teléfono e internet – Unión Internacional de Telecomunicaciones (Ginebra).

Matriculación en la enseñanza preprimaria, primaria y secundaria – IEU. Estimaciones basadas en datos administrativos de los Sistemas Nacionales de Información de la Gestión de la Educación, con estimaciones de las Naciones Unidas sobre la población.

Asistencia a la escuela primaria y secundaria – Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y otras encuestas nacionales en los hogares.

Tasa de permanencia hasta el último grado de la enseñanza primaria – Datos administrativos: IEU, datos de encuestas: DHS y MICS. Los promedios regionales y mundiales calculados por UNICEF.

NOTAS

– Datos no disponibles.

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales. Nos se presentan las estimaciones de años anteriores a 2000.

y Los datos corresponden a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.

z Datos proporcionados por el Ministerio de Educación de China. El IEU no publica actualmente las tasas netas de matriculación de China.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado por el titular de la columna.

** No incluye China.

TABLA 6: INDICADORES DEMOGRÁFICOS

Países y zonas	Población (miles) 2011			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Tasa bruta de mortalidad			Tasa bruta de natalidad			Esperanza de vida			Tasa total de fecundidad 2011	Población urbana (%) 2011	Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%)	
	total	menos de 18	menos de 5	1990–2011	2011–2030[a]	1970	1990	2011	1970	1990	2011	1970	1990	2011			1990–2011	2011–2030[a]
Afganistán	32.358	17.219	5.686	4,3	2,6	29	22	16	52	52	43	35	42	49	6,2	24	5,6	4,1
Albania	3.216	877	203	-0,1	0,1	8	6	6	33	25	13	67	72	77	1,5	53	1,7	1,5
Alemania	82.163	13.437	3.504	0,2	-0,2	12	11	11	14	11	9	71	75	80	1,4	74	0,2	0,1
Andorra	86	16	4	2,3	1,4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	87	1,9	1,0
Angola	19.618	10.399	3.393	3,1	2,4	27	23	14	52	53	41	37	41	51	5,3	59	5,3	3,3
Antigua y Barbuda	90	28	8	1,7	0,8	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	30	0,9	1,5
Arabia Saudita	28.083	9.923	3.186	2,6	1,7	15	5	4	47	36	22	52	69	74	2,7	82	3,0	1,9
Argelia	35.980	11.641	3.464	1,7	1,0	16	6	5	49	32	20	53	67	73	2,2	73	3,3	1,7
Argentina	40.765	12.105	3.423	1,1	0,7	9	8	8	23	22	17	66	72	76	2,2	93	1,4	0,8
Armenia	3.100	763	225	-0,6	0,0	5	8	9	23	21	15	70	68	74	1,7	64	-0,9	0,3
Australia	22.606	5.190	1.504	1,3	1,1	9	7	7	20	15	14	71	77	82	2,0	89	1,5	1,2
Austria	8.413	1.512	381	0,4	0,1	13	11	9	15	11	9	70	75	81	1,4	68	0,6	0,5
Azerbaiyán	9.306	2.430	846	1,2	0,8	7	7	7	29	27	20	65	65	71	2,2	54	1,2	1,4
Bahamas	347	95	27	1,4	0,9	6	6	5	26	24	15	66	69	76	1,9	84	1,7	1,1
Bahrein	1.324	311	102	4,7	1,2	7	3	3	38	29	19	64	72	75	2,5	89	4,7	1,3
Bangladesh	150.494	55.515	14.421	1,7	1,0	23	10	6	47	36	20	42	59	69	2,2	28	3,4	2,7
Barbados	274	59	15	0,3	0,1	9	8	9	22	16	11	69	75	77	1,6	44	1,7	1,1
Belarús	9.559	1.766	527	-0,3	-0,4	7	11	14	16	14	11	71	71	70	1,5	75	0,3	0,0
Bélgica	10.754	2.182	619	0,4	0,2	12	11	10	15	12	11	71	76	80	1,8	97	0,4	0,3
Belice	318	131	37	2,4	1,7	8	5	4	42	37	24	66	72	76	2,7	45	2,2	1,8
Benin	9.100	4.568	1.546	3,1	2,5	26	17	12	48	47	39	40	49	56	5,2	45	4,3	3,7
Bhután	738	258	70	1,3	1,0	23	14	7	47	38	20	41	53	67	2,3	36	5,0	2,6
Bolivia (Estado Plurinacional de)	10.088	4.254	1.230	2,0	1,5	20	11	7	46	36	26	46	59	67	3,3	67	2,9	2,0
Bosnia y Herzegovina	3.752	686	167	-0,7	-0,4	7	9	10	23	15	8	66	67	76	1,1	48	0,3	0,6
Botswana	2.031	788	229	1,8	0,8	13	7	13	46	35	23	55	64	53	2,7	62	3,7	1,5
Brasil	196.655	59.010	14.662	1,3	0,6	10	7	6	35	24	15	59	66	73	1,8	85	1,9	0,8
Brunei Darussalam	406	124	37	2,3	1,3	7	4	3	36	29	19	67	73	78	2,0	76	3,0	1,7
Bulgaria	7.446	1.249	378	-0,8	-0,8	9	12	15	16	12	10	71	71	73	1,5	73	-0,3	-0,2
Burkina Faso	16.968	8.824	3.047	2,9	2,8	23	17	12	48	47	43	41	49	55	5,8	27	6,0	5,2
Burundi	8.575	3.813	1.221	2,0	1,5	20	19	14	44	46	34	44	46	50	4,2	11	4,7	4,0
Cabo Verde	501	190	50	1,7	0,8	15	9	5	41	39	20	53	65	74	2,3	63	3,4	1,7
Camboya	14.305	5.480	1.505	1,9	1,0	20	12	8	42	44	22	44	56	63	2,5	20	3,1	2,4
Camerún	20.030	9.420	3.102	2,4	1,9	19	14	14	45	42	36	46	53	52	4,4	52	3,7	2,8
Canadá	34.350	6.926	1.936	1,0	0,8	7	7	8	17	14	11	73	77	81	1,7	81	1,3	0,9
Chad	11.525	5.992	2.047	3,1	2,5	22	17	16	46	47	44	44	51	50	5,9	22	3,3	3,5
Chile	17.270	4.615	1.222	1,3	0,6	10	6	6	29	23	14	62	74	79	1,8	89	1,6	0,8
China	1.347.565	317.892	82.205	0,8	0,2	9	7	7	36	21	12	63	69	73	1,6	51	3,9	1,8
Chipre	1.117	244	65	1,8	0,8	7	7	7	19	19	12	73	77	80	1,5	70	2,0	1,1
Colombia	46.927	15.951	4.509	1,6	1,0	9	6	5	38	27	19	61	68	74	2,3	75	2,1	1,3
Comoras	754	366	124	2,6	2,3	18	11	9	47	37	37	48	56	61	4,9	28	2,6	3,0
Congo	4.140	1.940	637	2,6	2,1	14	12	11	43	38	35	53	56	57	4,5	64	3,4	2,7
Costa Rica	4.727	1.405	359	2,1	1,0	7	4	4	33	27	16	67	76	79	1,8	65	3,2	1,6
Côte d'Ivoire	20.153	9.539	2.992	2,3	2,1	21	13	12	52	41	34	44	53	55	4,3	51	3,5	3,2
Croacia	4.396	806	215	-0,1	-0,3	10	11	12	15	12	10	69	72	77	1,5	58	0,2	0,3
Cuba	11.254	2.343	543	0,3	-0,1	7	7	7	29	17	10	70	74	79	1,5	75	0,4	0,0
Dinamarca	5.573	1.212	327	0,4	0,3	10	12	10	15	12	11	73	75	79	1,9	87	0,5	0,4
Djibouti	906	382	115	2,3	1,8	20	14	10	49	42	29	43	51	58	3,7	77	2,4	1,9
Dominica	68	21	6	-0,2	0,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	67	-0,3	0,4
Ecuador	14.666	5.234	1.469	1,7	1,0	12	6	5	42	29	20	58	69	76	2,4	67	2,7	1,7
Egipto	82.537	30.537	9.092	1,8	1,3	16	9	5	41	32	23	50	62	73	2,7	43	1,8	2,0
El Salvador	6.227	2.394	631	0,7	0,7	13	8	7	43	32	20	57	66	72	2,2	65	2,0	1,3
Emiratos Árabes Unidos	7.891	1.590	451	7,0	1,5	7	3	1	37	26	13	62	72	77	1,7	84	7,3	1,7
Eritrea	5.415	2.588	879	2,6	2,3	21	16	8	47	41	36	43	48	62	4,4	21	4,0	4,4
Eslovaquia	5.472	1.024	281	0,2	0,1	9	10	10	18	15	11	70	71	75	1,3	55	0,0	0,3
Eslovenia	2.035	344	102	0,3	0,1	10	10	10	17	11	10	69	73	79	1,5	50	0,2	0,4
España	46.455	8.306	2.546	0,8	0,4	9	9	9	20	10	11	72	77	81	1,5	77	1,0	0,6
Estado de Palestina	4.152	2.051	635	3,3	2,6	13	5	4	50	45	33	56	68	73	4,4	74	3,7	2,9
Estados Unidos	313.085	75.491	21.629	1,0	0,8	9	9	8	16	16	14	71	75	79	2,1	82	1,4	1,0
Estonia	1.341	250	80	-0,7	-0,2	11	13	13	15	14	12	71	69	75	1,7	69	-0,9	0,0
Etiopía	84.734	40.698	11.915	2,7	1,8	21	18	9	47	48	31	43	47	59	4,0	17	4,1	3,6
ex República Yugoslava de Macedonia	2.064	445	112	0,4	-0,1	8	8	9	24	17	11	66	71	75	1,4	59	0,5	0,4
Federación de Rusia	142.836	26.115	8.264	-0,2	-0,2	9	12	14	14	14	12	69	68	69	1,5	74	-0,1	0,0
Fiji	868	300	91	0,8	0,5	8	6	7	34	29	21	60	66	69	2,6	52	1,9	1,2
Filipinas	94.852	39.205	11.161	2,1	1,5	9	7	6	39	33	25	61	65	69	3,1	49	2,1	2,3

Países y zonas	Población (miles) 2011			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Tasa bruta de mortalidad			Tasa bruta de natalidad			Esperanza de vida			Tasa total de fecundidad 2011	Población urbana (%) 2011	Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%)	
	total	menos de 18	menos de 5	1990–2011	2011–2030[a]	1970	1990	2011	1970	1990	2011	1970	1990	2011			1990–2011	2011–2030[a]
Finlandia	5.385	1.084	303	0,4	0,2	10	10	10	14	13	11	70	75	80	1,9	84	0,6	0,4
Francia	63.126	13.837	3.985	0,5	0,4	11	9	9	17	13	13	72	77	82	2,0	86	1,2	0,8
Gabón	1.534	642	188	2,4	1,8	20	11	9	34	38	27	47	61	63	3,2	86	3,4	2,0
Gambia	1.776	897	292	2,9	2,4	26	13	9	51	47	38	38	53	58	4,8	57	4,8	3,2
Georgia	4.329	892	258	-1,1	-0,7	9	9	11	19	17	12	67	71	74	1,5	53	-1,3	-0,3
Ghana	24.966	11.174	3.591	2,5	2,0	17	11	8	47	39	31	49	57	64	4,1	52	4,2	3,0
Granada	105	35	10	0,4	0,1	9	8	6	28	28	19	64	69	76	2,2	39	1,2	1,0
Grecia	11.390	2.001	600	0,5	0,1	8	9	10	17	10	10	72	77	80	1,5	61	0,7	0,6
Guatemala	14.757	7.072	2.192	2,4	2,3	15	9	5	44	39	32	52	62	71	3,9	50	3,3	3,2
Guinea	10.222	5.045	1.691	2,7	2,3	30	21	13	49	46	38	34	44	54	5,2	35	3,8	3,7
Guinea-Bissau	1.547	739	244	2,0	2,0	26	22	16	46	46	38	37	43	48	5,0	44	4,1	3,2
Guinea Ecuatorial	720	327	111	3,1	2,2	25	20	14	39	47	36	40	47	51	5,1	39	3,7	3,0
Guyana	756	297	60	0,2	0,3	12	10	6	37	25	18	56	61	70	2,2	28	0,0	1,0
Haití	10.124	4.271	1.245	1,7	1,1	18	13	9	39	37	26	47	55	62	3,3	53	4,7	2,6
Honduras	7.755	3.338	975	2,2	1,7	15	7	5	47	38	26	52	66	73	3,1	52	3,4	2,6
Hungría	9.966	1.800	493	-0,2	-0,2	11	14	13	15	12	10	69	69	74	1,4	69	0,1	0,4
India	1.241.492	448.336	128.542	1,7	1,1	16	11	8	38	31	22	49	58	65	2,6	31	2,6	2,3
Indonesia	242.326	77.471	21.210	1,3	0,8	15	8	7	40	26	18	52	62	69	2,1	51	3,7	1,9
Irán (República Islámica de)	74.799	20.819	6.269	1,5	0,6	16	8	5	42	34	17	51	62	73	1,6	69	2,4	0,9
Iraq	32.665	16.146	5.294	3,0	2,8	12	7	6	45	38	35	58	67	69	4,6	66	2,8	2,9
Irlanda	4.526	1.137	370	1,2	0,9	11	9	6	22	14	16	71	75	81	2,1	62	1,6	1,4
Islandia	324	81	24	1,1	1,0	7	7	6	21	17	15	74	78	82	2,1	94	1,3	1,1
Islas Cook	20	8	2	0,7	0,4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	74	1,9	0,8
Islas Marshall	55	20	5	0,7	1,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	72	1,2	1,5
Islas Salomón	552	254	81	2,8	2,2	13	11	6	45	40	31	54	57	68	4,2	20	4,7	4,0
Israel	7.562	2.417	754	2,5	1,4	7	6	5	26	22	21	72	76	82	2,9	92	2,6	1,4
Italia	60.789	10.308	2.910	0,3	0,0	10	10	10	17	10	9	71	77	82	1,4	68	0,4	0,4
Jamaica	2.751	956	254	0,7	0,2	8	7	7	36	26	18	68	71	73	2,3	52	1,0	0,6
Japón	126.497	20.375	5.418	0,2	-0,3	7	7	9	19	10	8	72	79	83	1,4	91	1,0	0,0
Jordania	6.330	2.747	817	2,9	1,5	11	5	4	51	36	25	61	70	73	3,0	83	3,6	1,7
Kazajstán	16.207	4.800	1.726	-0,1	0,8	9	9	10	26	23	21	62	67	67	2,5	54	-0,3	1,0
Kenya	41.610	20.317	6.805	2,7	2,4	15	10	10	51	42	37	52	59	57	4,7	24	4,4	4,1
Kirguistán	5.393	1.957	624	1,0	1,1	11	8	7	31	31	24	60	66	68	2,7	35	0,7	1,8
Kiribati	101	36	10	1,6	1,4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	44	2,7	2,0
Kuwait	2.818	863	282	1,4	1,9	6	3	3	49	21	18	67	72	75	2,3	98	1,4	1,9
Lesotho	2.194	970	276	1,4	0,8	17	10	15	43	36	28	49	59	48	3,1	28	4,6	2,9
Letonia	2.243	382	117	-0,8	-0,4	11	13	14	14	14	11	70	69	73	1,5	68	-0,9	-0,2
Líbano	4.259	1.271	328	1,8	0,5	9	7	7	33	26	15	65	69	73	1,8	87	2,0	0,6
Liberia	4.129	2.057	700	3,2	2,4	23	21	11	49	46	39	41	42	57	5,2	48	2,2	3,2
Libia	6.423	2.293	717	1,9	1,0	16	4	4	49	26	23	52	68	75	2,5	78	2,0	1,3
Liechtenstein	36	7	2	1,1	0,7	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	14	0,3	1,1
Lituania	3.307	616	173	-0,5	-0,4	9	11	14	17	15	11	71	71	72	1,5	67	-0,6	-0,1
Luxemburgo	516	110	29	1,4	1,1	12	10	8	13	13	12	70	75	80	1,7	85	1,7	1,3
Madagascar	21.315	10.570	3.378	3,0	2,7	21	16	6	48	45	35	44	51	67	4,6	33	4,6	4,3
Malasia	28.859	10.244	2.796	2,2	1,3	7	5	5	33	28	20	64	70	74	2,6	73	4,0	1,9
Malawi	15.381	8.116	2.829	2,4	3,2	24	18	12	52	48	44	41	47	54	6,0	16	3,8	4,7
Maldivas	320	104	26	1,8	0,9	21	9	4	50	41	17	44	61	77	1,7	41	4,0	2,6
Malí	15.840	8.525	2.995	2,9	2,8	30	21	14	49	49	46	34	44	51	6,2	35	4,8	4,3
Malta	418	77	20	0,6	0,2	9	8	8	16	16	9	70	75	80	1,3	95	0,8	0,3
Marruecos	32.273	10.790	3.048	1,3	0,8	17	8	6	47	30	19	52	64	72	2,2	57	2,0	1,4
Mauricio	1.307	344	81	1,0	0,3	7	6	7	29	22	13	63	69	73	1,6	42	0,8	0,8
Mauritania	3.542	1.635	522	2,7	2,0	18	11	9	47	41	33	47	56	59	4,5	41	2,9	3,0
México	114.793	39.440	10.943	1,5	0,9	10	5	5	43	28	19	61	71	77	2,3	78	1,9	1,2
Micronesia (Estados Federados de)	112	48	13	0,7	0,8	9	7	6	41	34	24	62	66	69	3,4	23	0,1	1,6
Mónaco	35	7	2	0,7	0,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	0,7	0,0
Mongolia	2.800	934	317	1,2	1,2	15	10	6	44	32	23	56	61	68	2,5	69	2,0	2,0
Montenegro	632	145	39	0,2	0,0	3	5	10	10	11	12	69	76	75	1,6	63	1,5	0,4
Mozambique	23.930	12.086	3.877	2,7	2,1	25	21	14	48	43	37	39	43	50	4,8	31	4,6	3,3
Myanmar	48.337	14.832	3.981	1,0	0,6	16	11	8	40	27	17	50	57	65	2,0	33	2,3	2,2
Namibia	2.324	994	288	2,4	1,4	15	9	8	43	38	26	53	61	62	3,2	38	3,9	2,8
Nauru	10	4	1	0,6	0,4	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	0,6	0,4
Nepal	30.486	12.883	3.453	2,2	1,4	21	13	6	44	39	24	43	54	69	2,7	17	5,3	3,4
Nicaragua	5.870	2.390	684	1,7	1,1	14	7	5	46	37	23	54	64	74	2,6	58	2,1	1,7
Níger	16.069	8.922	3.196	3,4	3,4	26	24	13	56	56	48	38	41	55	7,0	18	4,2	5,3

Países y zonas	Población (miles) 2011			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Tasa bruta de mortalidad			Tasa bruta de natalidad			Esperanza de vida			Tasa total de fecundidad 2011	Población urbana (%) 2011	Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%)	
	total	menos de 18	menos de 5	1990–2011	2011–2030[a]	1970	1990	2011	1970	1990	2011	1970	1990	2011			1990–2011	2011–2030[a]
Nígeria	162.471	79.931	27.195	2,4	2,4	22	19	14	46	44	40	42	46	52	5,5	50	4,1	3,5
Niue	1	1	0	-2,3	-1,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	38	-1,4	-0,5
Noruega	4.925	1.117	309	0,7	0,7	10	11	8	17	14	12	74	77	81	1,9	79	1,2	0,9
Nueva Zelandia	4.415	1.091	320	1,2	0,9	9	8	7	22	17	15	71	75	81	2,2	86	1,3	1,0
Omán	2.846	910	290	2,0	1,2	16	5	4	49	38	18	51	71	73	2,2	73	2,5	1,6
Países Bajos	16.665	3.526	907	0,5	0,2	8	9	8	17	13	11	74	77	81	1,8	83	1,4	0,5
Pakistán	176.745	73.756	22.064	2,2	1,5	15	10	7	43	40	27	53	61	65	3,3	36	3,0	2,6
Palau	21	7	2	1,5	1,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	84	2,4	1,4
Panamá	3.571	1.213	345	1,9	1,2	8	5	5	37	26	20	65	72	76	2,5	75	3,5	1,7
Papua Nueva Guinea	7.014	3.168	975	2,5	2,0	17	10	7	44	35	30	46	56	63	3,9	12	1,6	3,6
Paraguay	6.568	2.587	744	2,1	1,5	7	6	5	37	33	24	65	68	72	2,9	62	3,2	2,1
Perú	29.400	10.421	2.902	1,4	1,0	14	7	5	42	30	20	53	66	74	2,5	77	2,0	1,3
Polonia	38.299	7.023	2.008	0,0	-0,1	8	10	10	17	15	11	70	71	76	1,4	61	0,0	0,1
Portugal	10.690	1.930	501	0,4	-0,2	11	10	10	21	11	9	67	74	79	1,3	61	1,5	0,5
Qatar	1.870	302	97	6,5	1,2	6	2	2	36	24	12	66	74	78	2,2	99	6,8	1,3
Reino Unido	62.417	13.153	3.858	0,4	0,6	12	11	9	15	14	12	72	76	80	1,9	80	0,5	0,8
República Árabe Siria	20.766	8.923	2.446	2,5	1,5	11	5	4	47	36	22	60	71	76	2,9	56	3,1	2,2
República Centroafricana	4.487	2.098	658	2	1,8	23	17	16	43	41	35	42	49	48	4,5	39	2,3	2,8
República Checa	10.534	1.836	567	0,1	0,1	12	12	10	16	12	11	70	72	78	1,5	73	0,0	0,2
República de Corea	48.391	9.842	2.488	0,6	0,2	9	6	6	32	16	10	61	72	81	1,4	83	1,1	0,4
República de Moldova	3.545	740	223	-1,0	-0,6	10	10	13	18	19	12	65	68	69	1,5	48	-0,9	0,6
República Democrática del Congo	67.758	35.852	12.037	3,0	2,4	21	19	16	48	50	43	44	47	48	5,7	34	4,0	3,8
República Democrática Popular Lao	6.288	2.581	682	1,9	1,1	18	13	6	42	42	22	46	54	67	2,7	34	5,7	3,3
República Dominicana	10.056	3.672	1.051	1,6	1,0	11	6	6	42	30	21	58	68	73	2,5	70	2,7	1,5
República Popular Democrática de Corea	24.451	6.757	1.706	0,9	0,4	7	5	10	35	21	14	62	71	69	2,0	60	1,1	0,7
República Unida de Tanzanía	46.218	23.690	8.267	2,8	3,0	18	15	10	48	44	41	47	51	58	5,5	27	4,5	4,7
Rumania	21.436	3.928	1.093	-0,4	-0,3	9	11	12	21	14	10	68	69	74	1,4	53	-0,4	0,0
Rwanda	10.943	5.352	1.909	2,1	2,5	20	32	12	51	45	41	44	33	55	5,3	19	8,1	4,3
Saint Kitts y Nevis	53	17	5	1,3	0,9	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	32	0,9	1,7
Samoa	184	81	22	0,6	0,5	10	7	5	39	32	24	55	65	72	3,8	20	0,3	0,3
San Marino	32	6	2	1,3	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	94	1,5	0,4
San Vicente y las Granadinas	109	35	9	0,1	0,1	11	7	7	40	25	17	61	69	72	2,0	49	0,9	0,8
Santa Lucía	176	55	15	1,2	0,7	9	6	6	39	28	17	64	71	75	2,0	18	-1,3	-1,4
Santa Sede	0	0	0	-2,5	-0,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	-2,5	-0,1
Santo Tomé y Príncipe	169	79	24	1,8	1,7	13	10	8	41	38	31	55	61	65	3,6	63	3,5	2,5
Senegal	12.768	6.425	2.125	2,7	2,4	24	13	9	51	44	37	41	53	59	4,7	43	3,1	3,3
Serbia	9.854	2.089	551	0,1	-0,2	9	10	12	18	15	11	68	72	75	1,6	56	0,7	0,4
Seychelles	87	43	14	1,0	0,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	54	1,4	1,0
Sierra Leona	5.997	2.965	984	2,0	1,9	29	25	15	47	44	38	35	39	48	4,9	39	2,8	2,9
Singapur	5.188	1.104	238	2,6	0,7	5	5	5	23	19	9	68	76	81	1,3	100	2,6	0,7
Somalia	9.557	4.896	1.701	1,8	2,8	24	20	15	51	45	43	40	45	51	6,3	38	2,9	4,1
Sri Lanka	21.045	6.183	1.886	0,9	0,5	9	7	7	31	20	18	63	70	75	2,3	15	0,3	2,0
Sudáfrica	50.460	18.045	4.989	1,5	0,4	14	8	15	38	29	21	53	62	53	2,4	62	2,3	1,1
Sudán[σ]	34.318	–	–	2,5	2,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	33	3,2	2,9
Sudán del Sur[δ]	10.314	–	–	2,6	2,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	18	4,0	3,9
Suecia	9.441	1.916	562	0,5	0,5	10	11	10	14	14	12	74	78	81	1,9	85	0,6	0,7
Suiza	7.702	1.435	382	0,7	0,3	9	9	8	16	12	10	73	78	82	1,5	74	0,7	0,5
Suriname	529	176	47	1,3	0,7	9	7	7	37	23	18	63	67	71	2,3	70	2,0	1,1
Swazilandia	1.203	548	158	1,6	1,0	18	10	14	49	43	29	48	59	49	3,3	21	1,2	1,5
Tailandia	69.519	17.111	4.270	0,9	0,3	10	5	7	38	19	12	60	73	74	1,6	34	1,6	1,6
Tayikistán	6.977	3.052	883	1,3	1,3	10	8	6	40	39	28	60	63	68	3,2	27	0,5	2,1
Timor-Leste	1.154	616	201	2,1	2,9	23	18	8	42	43	38	40	46	62	6,1	28	3,6	4,1
Togo	6.155	2.831	870	2,5	1,8	20	14	11	49	42	32	45	53	57	4,0	38	3,8	3,0
Tonga	105	46	14	0,4	0,8	7	6	6	36	31	27	65	70	72	3,9	23	0,6	1,5
Trinidad y Tabago	1.346	334	96	0,5	0,0	7	7	8	27	21	15	65	69	70	1,6	14	2,7	1,7
Túnez	10.594	3.001	885	1,2	0,7	14	6	6	39	27	17	54	69	75	2,0	66	1,9	1,1
Turkmenistán	5.105	1.785	499	1,6	1,0	11	8	8	37	35	21	58	63	65	2,4	49	1,9	1,8
Turquía	73.640	23.107	6.489	1,5	0,9	16	8	5	39	26	18	50	63	74	2,1	72	2,4	1,6
Tuvalu	10	4	1	0,4	0,6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	51	1,5	1,3
Ucrania	45.190	7.977	2.465	-0,6	-0,6	9	13	16	15	13	11	71	70	68	1,5	69	-0,5	-0,2
Uganda	34.509	19.042	6.638	3,2	2,9	16	17	12	49	50	45	50	47	54	6,1	16	4,8	5,3

Países y zonas	Población (miles) 2011			Tasa de crecimiento anual de la población (%)		Tasa bruta de mortalidad			Tasa bruta de natalidad			Esperanza de vida			Tasa total de fecundidad 2011	Población urbana (%) 2011	Tasa anual del crecimiento de la población urbana (%)	
	total	menos de 18	menos de 5	1990–2011	2011–2030[α]	1970	1990	2011	1970	1990	2011	1970	1990	2011			1990–2011	2011–2030[α]
Uruguay	3.380	912	245	0,4	0,3	10	10	9	21	18	15	69	73	77	2,1	93	0,6	0,4
Uzbekistán	27.760	9.849	2.802	1,4	1,0	10	7	7	36	35	21	63	67	68	2,3	36	0,9	1,7
Vanuatu	246	109	34	2,5	2,2	14	8	5	42	36	29	52	63	71	3,8	25	3,8	3,4
Venezuela (República Bolivariana de)	29.437	10.215	2.935	1,9	1,2	7	5	5	37	29	20	64	71	74	2,4	94	2,4	1,3
Viet Nam	88.792	25.532	7.202	1,3	0,7	18	8	5	41	30	16	48	66	75	1,8	31	3,4	2,5
Yemen	24.800	12.697	4.179	3,5	2,7	24	12	6	51	52	38	40	56	65	5,1	32	5,5	4,3
Zambia	13.475	7.169	2.509	2,6	3,1	17	17	15	49	44	46	49	47	49	6,3	39	2,5	4,3
Zimbabwe	12.754	5.841	1.706	0,9	1,7	13	9	13	48	37	29	55	61	51	3,2	39	2,3	3,0
MEMORÁNDUM																		
Sudán y Sudán del Sur[σ]	–	20.660	6.472	–	–	19	14	9	46	41	32	45	53	61	4,3	–	–	–
DATOS CONSOLIDADOS[#]																		
África subsahariana	876.497	428.333	140.617	2,5	2,3	20	16	12	47	44	37	44	50	55	4,9	37	3,8	3,4
África oriental y meridional	418.709	196.675	63.188	2,5	2,2	19	15	12	47	43	35	47	51	56	4,5	30	3,6	3,4
África occidental y central	422.564	210.616	70.843	2,6	2,4	22	18	13	47	45	39	42	48	53	5,3	43	3,9	3,5
África septentrional y Oriente Medio	415.633	157.845	48.169	2,1	1,5	16	8	5	44	34	24	52	63	71	2,8	60	2,7	1,9
Asia meridional	1.653.679	614.255	176.150	1,8	1,1	17	11	8	40	33	23	49	59	66	2,7	31	2,8	2,4
Asia Oriental y Pacífico	2.032.532	533.810	141.248	1,0	0,4	10	7	7	36	23	14	61	68	73	1,8	50	3,4	1,8
América Latina y el Caribe	591.212	195.081	52.898	1,4	0,9	10	7	6	36	27	18	60	68	74	2,2	79	2,0	1,1
ECE/CEI	405.743	95.460	28.590	0,2	0,1	10	11	11	20	18	14	66	68	70	1,8	65	0,3	0,6
Países menos adelantados	851.103	395.405	124.162	2,4	2,1	22	15	10	47	43	33	43	51	59	4,2	29	3,9	3,6
Mundo	6.934.761	2.207.145	638.681	1,3	0,9	12	9	8	33	26	19	59	65	69	2,4	52	2,2	1,7

σ 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 correspondientes a la mayoría de los indicadores como Estados separados. Los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión (véase el punto Memorándum).

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 98.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa bruta de mortalidad – Número anual de defunciones por cada 1.000 habitantes.

Tasa bruta de natalidad – Número anual de nacimientos por cada 1.000 habitantes.

Esperanza de vida – Promedio de años de vida de un recién nacido según la probabilidad de muerte prevaleciente para una muestra representativa de la población en el momento de su nacimiento.

Tasa total de fecundidad – Número de nacimientos por mujer durante el período de procreación en el caso de que viva hasta el final de su edad de procrear y tenga hijos en los períodos correspondientes a cada grupo de edad, de acuerdo con las tasas de fecundidad prevalecientes para cada grupo de edad.

Población urbana – Proporción de población residente en zonas urbanas según las definiciones utilizadas en los censos nacionales más recientes.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Población– División de Población de las Naciones Unidas. Tasas de crecimiento calculados por UNICEF sobre la base de los datos de la División de Población de las Naciones Unidas.

Tasas brutas de mortalidad y natalidad – División de Población de las Naciones Unidas.

Esperanza de vida – División de Población de las Naciones Unidas.

Tasa total de fecundidad – División de Población de las Naciones Unidas.

NOTAS

– Datos no disponibles.

α Basado en proyecciones variables de la fecundidad promedio.

TABLA 7: INDICADORES ECONÓMICOS

Países y zonas	INB per cápita 2011		Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa media anual de inflación (%) 1990–2011	Población que vive por debajo de la línea internacional de la pobreza de US$1,25 al día (%) 2006–2011	Gasto público como % del PIB (2007–2010*) asignado a:			Flujos de AOD en millones de dólares 2010	Flujos de AOD como % del INB del país receptor 2010	Servicio de la deuda como % de la exportación bienes y servicios 2010	Distribución familiar del ingreso (%, 2005–2011*)	
	US$	PPP US$	1970–1990	1990–2011			salud	educación	ejército				más pobre 40%	más rico 20%
Afganistán	410 x	910 x, e	–	–	–	–	2	–	2	6.374	–	–	23	37
Albania	3.980	8.900	-0,7 x	5,3	13	1	3	–	2	338	3	9	20	43
Alemania	43.980	40.170	2,3	1,3	1	–	8	5	1	–	–	–	22 x	37 x
Andorra	41.750 x	–	-1,4	2,5 x	3 x	–	5	4	–	–	–	–	–	–
Angola	4.060	5.290	–	4,1	205	54 x	–	3	5	239	0	4	8 x	62 x
Antigua y Barbuda	12.060	15.670 e	7,8 x	0,6	4	–	4	2	–	19	2	–	–	–
Arabia Saudita	17.820	24.870	-1,4	0,2	5	–	2	6	8	–	–	–	–	–
Argelia	4.470	8.370 e	1,6	1,5	12	–	5	4	3	199	0	1	–	–
Argentina	9.740	17.250	-0,8	2,3	8	1	6	6	1	155	0	16	14	49
Armenia	3.360	6.140	–	6,1	47	1	2	4	4	340	4	31	22	40
Australia	46.200 x	36.910 x	1,6	2,2	3	–	6	5	2	–	–	–	–	–
Austria	48.300	41.970	2,5	1,8	1	–	8	5	1	–	–	–	22 x	38 x
Azerbaiyán	5.290	9.020	–	5,9	50	0	1	3	3	156	0	1	20	42
Bahamas	21.970 x	29.850 x, e	1,9	0,7	4	–	3	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	15.920 x	21.240 x	-1,0 x	1,3 x	3 x	–	3	3	3	–	–	–	–	–
Bangladesh	770	1.940	0,6	3,6	4	43	1	2	1	1.417	1	3	21	41
Barbados	12.660 x	18.850 x, e	1,7	1,1 x	3 x	–	4	7	–	16	–	–	–	–
Belarús	5.830	14.560	–	4,7	113	0	4	5	1	137	0	4	23	36
Bélgica	46.160	39.300	2,2	1,6	2	–	7	6	1	–	–	–	21 x	41 x
Belice	3.690	6.070 e	2,9	1,8	1	–	4	6	1	25	2	11	–	–
Benin	780	1.630	0,5	1,3	5	47 x	2	5	1	691	10	–	18 x	46 x
Bhután	2.070	5.480	–	5,3	7	10	5	5	–	131	9	–	17	45
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2.040	4.920	-1,1	1,6	7	16	3	–	2	676	4	8	9	59
Bosnia y Herzegovina	4.780	9.200	–	8,3 x	5 x	0	7	–	1	492	3	16	18	43
Botswana	7.480	14.560	8,1	3,4	9	–	8	8	3	157	1	1	–	–
Brasil	10.720	11.500	2,3	1,6	49	6	4	6	2	664	0	19	10	59
Brunei Darussalam	31.800 x	49.790 x	-2,2 x	-0,4 x	5 x	–	–	2	3	–	–	–	–	–
Bulgaria	6.550	13.980	3,4 x	3,3	37	0	4	4	2	–	–	14	22	37
Burkina Faso	570	1.310	1,3	2,8	3	45	4	5	1	1.065	12	–	17	47
Burundi	250	610	1,2	-1,4	14	81	5	7	3	632	40	1	21	43
Cabo Verde	3.540	4.000	–	5,0	2	21 x	3	6	1	329	21	4	12 x	56 x
Camboya	830	2.260	–	6,5 x	4 x	23	2	2	1	737	7	1	19	46
Camerún	1.210	2.360	3,4	0,8	4	10	2	4	2	538	2	4	17	46
Canadá	45.560	39.830	2,0	1,8	2	–	7	5	1	–	–	–	20 x	40 x
Chad	690	1.370	-0,9	3,1	6	62 x	4	3	6	490	7	–	17 x	47 x
Chile	12.280	16.160	1,5	3,4	6	1	4	5	3	198	0	15	12	58
China	4.930	8.430	6,6	9,3	5	13	2	–	2	648	0	2	15	48
Chipre	29.450 x	30.910 x	5,9 x	2,0	3	–	2	8	2	–	–	–	–	–
Colombia	6.110	9.640	1,9	1,6	13	8	5	5	4	910	0	19	10	60
Comoras	770	1.120	-0,1 x	-0,8	4	46 x	2	8	–	68	13	–	8 x	68 x
Congo	2.270	3.280	3,3	0,4	8	54 x	–	6	1	1.314	15	–	13	53
Costa Rica	7.660	11.950 e	0,7	2,6	12	3	7	6	–	96	0	7	12	56
Côte d'Ivoire	1.100	1.730	-1,7	-0,6	5	24	1	5	2	848	4	–	16	48
Croacia	13.850	19.330	–	2,8	24	0	7	4	2	149	0	–	20	42
Cuba	5.460 x	–	3,9	3,0 x	4 x	–	11	14	3	129	–	–	–	–
Dinamarca	60.390	42.330	2,0	1,4	2	–	9	9	1	–	–	–	–	–
Djibouti	1.270 x	2.450 x	–	-1,4 x	3 x	19 x	5	8	4	133	–	7	17 x	46 x
Dominica	7.090	12.460 e	5,2 x	2,2	3	–	4	4	–	32	9	7	–	–
Ecuador	4.140	8.310	1,3	1,5	5	5	3	–	4	153	0	8	13	54
Egipto	2.600	6.160	4,3	2,8	7	2	2	4	2	594	0	5	22	40
El Salvador	3.480	6.690 e	-1,9	2,4	4	9	4	4	1	284	1	12	13	53
Emiratos Árabes Unidos	40.760	48.220 e	-4,3 x	-1,9	5	–	2	1	6	–	–	–	–	–
Eritrea	430	580 e	–	-0,8 x	13 x	–	1	–	–	161	8	–	–	–
Eslovaquia	16.070	22.610	–	3,7	6	0	6	5	1	–	–	–	24	36
Eslovenia	23.610	27.110	–	3,2	12	0 x	6	6	2	–	–	–	21 x	39 x
España	30.990	31.930	1,9	1,9	4	–	7	5	1	–	–	–	19 x	42 x
Estado de Palestina	b	–	–	-2,4 x	4 x	0	–	–	–	2.519	–	–	19	43
Estados Unidos	48.450	48.890	2,1	1,7	2	–	8	5	5	–	–	–	16 x	46 x
Estonia	15.200	21.270	–	5,5 x	6 x	1 x	5	6	2	–	–	–	18 x	43 x
Etiopía	400	1.110	–	3,3	7	39 x	2	5	1	3.529	12	4	22	39
ex República Yugoslava de Macedonia	4.730	11.490	–	1,2	22	0	5	–	2	178	2	12	15	49
Federación de Rusia	10.400	20.050	–	2,3	52	0	3	4	4	–	–	13	17	47

Países y zonas	INB per cápita 2011		Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa media anual de inflación (%) 1990–2011	Población que vive por debajo de la línea internacional de la pobreza de US$1,25 al día (%) 2006–2011	Gasto público como % del PIB (2007–2010*) asignado a:			Flujos de AOD en millones de dólares 2010	Flujos de AOD como % del INB del país receptor 2010	Servicio de la deuda como % de la exportación bienes y servicios 2010	Distribución familiar del ingreso (%, 2005–2011*)	
	US$	PPP US$	1970–1990	1990–2011			salud	educación	ejército				más pobre 40%	más rico 20%
Fiji	3.680	4.590	0,6	1,3	4	6	3	4	2	76	3	1	16	50
Filipinas	2.210	4.160	0,5	1,9	7	18	1	3	1	535	0	15	15	50
Finlandia	48.420	37.990	2,9	2,5	2	–	7	7	2	–	–	–	24 x	37 x
Francia	42.420	35.860	2,1	1,2	2	–	9	6	3	–	–	–	–	–
Gabón	7.980	13.650	0,2	-0,7	6	5 x	1	–	1	104	1	–	16	48
Gambia	610	2.060	0,6	0,9	6	34 x	3	4	–	121	16	5	13 x	53 x
Georgia	2.860	5.390	3,1	2,7	67	15	3	3	6	626	5	15	16	47
Ghana	1.410	1.820	-2,0	2,5	26	29	3	5	0	1.694	6	3	15	49
Granada	7.220	10.530 e	4,2 x	2,9	4	–	4	–	–	34	6	12	–	–
Grecia	25.030	26.040	1,3	2,2	5	–	7	–	3	–	–	–	19 x	41 x
Guatemala	2.870	4.800 e	0,2	1,3	7	14	2	3	0	398	1	10	10	60
Guinea	440	1.050	–	2,9	8	43	1	2	–	214	5	5	17	46
Guinea-Bissau	600	1.250	0,0	-1,2	17	49 x	2	–	–	141	16	–	19 x	43 x
Guinea Ecuatorial	14.540	24.110	–	18,2	11	–	3	–	–	85	1	–	–	–
Guyana	2.900 x	3.460 x, e	-1,3	2,8 x	11 x	–	7	3	–	153	6	2	–	–
Haití	700	1.190 e	–	-1,0 x	15 x	62 x	1	–	–	3.076	46	6	9 x	63 x
Honduras	1.970	3.840 e	0,8	1,6	13	18	3	–	2	576	4	5	8	60
Hungría	12.730	20.380	3,0	2,5	11	0	5	5	1	–	–	–	21	40
India	1.410	3.620	2,0	4,9	6	33	1	–	3	2.807	0	5	21	42
Indonesia	2.940	4.530	4,6	2,7	14	18	1	4	1	1.393	0	16	20	43
Irán (República Islámica de)	4.520 x	11.400 x	-2,3	2,7 x	22 x	2 x	2	5	2	122	–	–	17	45
Iraq	2.640	3.770	–	-1,9 x	13 x	3	3	–	6	2.192	3	–	21	40
Irlanda	38.580	33.310	–	0,6 x	1 x	–	7	6	1	–	–	–	20 x	42 x
Islandia	35.020	31.640	3,2	2,1	5	–	7	8	0	–	–	–	–	–
Islas Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	13	–	–	–	–
Islas Marshall	3.910	–	–	0,5	2	–	16	–	–	91	49	–	–	–
Islas Salomón	1.110	2.360 e	–	-0,9	7	–	5	7	–	340	61	6	–	–
Israel	28.930	27.290	1,9	1,8	5	–	4	6	6	–	–	–	16 x	45 x
Italia	35.330	32.350	2,8	0,8	3	–	7	5	2	–	–	–	18 x	42 x
Jamaica	4.980	7.770 e	-1,3	0,5	15	0 x	3	6	1	141	1	19	14 x	52 x
Japón	45.180	35.510	3,4	0,7	-1	–	7	3	1	–	–	–	–	–
Jordania	4.380	5.970	2,5 x	2,6	4	0	6	–	6	955	3	4	19	44
Kazajstán	8.220	11.310	–	4,1	54	0	3	4	1	222	0	70	22	38
Kenya	820	1.720	1,2	0,4	9	43 x	–	7	2	1.631	5	4	14	53
Kirguistán	920	2.290	–	0,7	35	6	3	6	4	373	8	14	18	43
Kiribati	2.110	3.480 e	-5,3	1,1	3	–	10	–	–	23	11	–	–	–
Kuwait	48.900 x	53.820 x	-6,7 x	1,4 x	6 x	–	3	–	4	–	–	–	–	–
Lesotho	1.220	2.070	2,4	2,3	8	43 x	5	13	2	257	10	2	10 x	56 x
Letonia	12.350	17.820	3,4	4,4	17	0	4	6	1	–	–	74	18	44
Líbano	9.110	14.000	–	2,5	7	–	4	2	4	449	1	14	–	–
Liberia	240	520	-4,0	5,5	30	84	4	3	0	1.423	177	1	18	45
Libia	12.320 x	16.750 x, e	–	–	–	–	2	–	1	9	–	–	–	–
Liechtenstein	137.070 x	–	2,2	3,0 x	1 x	–	–	2	–	–	–	–	–	–
Lituania	12.280	19.690	–	3,6	20	0	5	6	2	–	–	32	18	44
Luxemburgo	78.130	63.540	2,6	2,7	3	–	5	–	1	–	–	–	21 x	39 x
Madagascar	430	950	-2,3	-0,3	13	81	3	3	1	473	5	–	15	50
Malasia	8.420	15.190	4,0	3,1	4	0	2	6	2	2	0	5	13	51
Malawi	340	870	0,0	1,3	25	74 x	4	–	1	1.027	21	–	18 x	47 x
Maldivas	6.530	8.540	–	5,8 x	5 x	–	5	9	–	111	8	20	17 x	44 x
Malí	610	1.050	0,1	2,1	5	50	3	4	2	1.093	12	–	20	41
Malta	18.620 x	24.170 x	6,0	2,4	3	–	6	6	1	–	–	–	–	–
Marruecos	2.970	4.910	1,9	2,5	3	3	2	5	3	994	1	9	17	48
Mauricio	8.240	14.760	3,2 x	3,5	6	–	2	3	0	125	1	2	–	–
Mauritania	1.000	2.410	-1,1	1,3	8	23	2	4	3	373	10	–	16	47
México	9.240	15.120	1,7	1,3	12	1	3	5	1	473	0	8	13	54
Micronesia (Estados Federados de)	2.900	3.610 e	–	0,4	2	31 x	13	–	–	125	41	–	7 x	64 x
Mónaco	183.150 x	–	1,4	2,1 x	1 x	–	3	1	–	–	–	–	–	–
Mongolia	2.320	4.360	–	3,3	24	–	4	5	1	304	5	4	18	44
Montenegro	7.060	13.720	–	3,4 x	7 x	0	7	–	1	77	2	–	22	39
Mozambique	470	980	-1,0 x	4,3	17	60	4	–	1	1.959	21	3	15	51
Myanmar	a	–	1,6	7,4 x	24 x	–	0	–	–	358	–	8	–	–
Namibia	4.700	6.600	-2,1 x	1,9	9	32 x	4	6	3	259	2	–	8 x	69 x

Países y zonas	INB per cápita 2011		Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa media anual de inflación (%) 1990–2011	Población que vive por debajo de la línea internacional de la pobreza de US$1,25 al día (%) 2006–2011	Gasto público como % del PIB (2007–2010*) asignado a:			Flujos de AOD en millones de dólares 2010	Flujos de AOD como % del INB del país receptor 2010	Servicio de la deuda como % de la exportación bienes y servicios 2010	Distribución familiar del ingreso (%, 2005–2011*)	
	US$	PPP US$	1970–1990	1990–2011			salud	educación	ejército				más pobre 40%	más rico 20%
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	28	–	–	–	–
Nepal	540	1.260	1,1	1,9	7	25	2	5	2	821	5	4	20	41
Nicaragua	1.170	2.840 e	-3,7	1,9	17	12 x	5	–	1	628	10	11	16	47
Níger	360	720	-2,0	-0,2	4	44	3	4	1	749	14	–	20	43
Nigeria	1.200	2.300	-1,3	2,1	20	68	2	–	1	2.069	1	0	13	54
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	15	–	–	–	–
Noruega	88.890	58.090	3,2	2,0	4	–	8	7	2	–	–	–	24 x	37 x
Nueva Zelandia	29.350 x	29.140 x	1,1 x	1,8 x	2 x	–	8	6	1	–	–	–	–	–
Omán	19.260 x	25.770 x	3,1	2,7	5	–	2	4	10	-40	–	–	–	–
Países Bajos	49.730	43.770	1,6	1,9	2	–	8	6	2	–	–	–	–	–
Pakistán	1.120	2.880	2,6	1,9	10	21	1	3	3	3.021	2	10	23	40
Palau	7.250	12.330 e	–	-0,1 x	3 x	–	9	–	–	26	20	–	–	–
Panamá	7.910	14.740 e	0,3	3,4	2	7	5	4	–	129	1	5	11	56
Papua Nueva Guinea	1.480	2.590 e	-1,0	0,1	8	–	2	–	0	513	6	13	–	–
Paraguay	2.970	5.310	3,1	0,3	10	7	3	4	1	105	1	4	11	56
Perú	5.500	10.160	-0,6	3,2	10	5	3	3	1	-254	0	15	12	53
Polonia	12.480	20.450	–	4,4	10	0	5	6	2	–	–	–	20	42
Portugal	21.250	24.530	2,5	1,5	4	–	8	6	2	–	–	–	–	–
Qatar	80.440	87.030	–	0,8 x	11 x	–	2	2	2	–	–	–	–	–
Reino Unido	37.780	36.970	2,1	2,4	2	–	8	6	3	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	2.750 x	5.090 x	2,2	1,8 x	7 x	2 x	1	5	4	137	0	3	19 x	44 x
República Centroafricana	470	810	-1,3	-0,5	3	63	2	1	2	264	13	–	10	61
República Checa	18.520	24.190	–	2,7	5	–	6	5	1	–	–	–	–	–
República de Corea	20.870	30.290	6,2	4,1	4	–	4	5	3	–	–	–	–	–
República de Moldova	1.980	3.670	1,8 x	-0,1	38	0	6	10	0	468	7	9	20	41
República Democrática del Congo	190	350	-2,2	-2,6	211	88	–	3	1	3.413	28	–	15	51
República Democrática Popular Lao	1.130	2.600	–	4,7	21	34	1	2	0	416	6	13	19	45
República Dominicana	5.240	9.490 e	2,1	3,9	11	2	2	2	1	177	0	7	13	53
República Popular Democrática de Corea	a	–	–	–	–	–	–	–	–	79	–	–	–	–
República Unida de Tanzanía	540	1.510	–	2,5	13	68	3	7	1	2.961	13	3	18	45
Rumania	7.910	15.140	0,9 x	2,8	44	0	4	4	2	–	–	29	21	38
Rwanda	570	1.240	1,2	2,3	9	63	5	4	1	1.034	19	2	13	57
Saint Kitts y Nevis	12.480	14.490 e	6,3 x	1,6	5	–	4	4	–	11	2	17	–	–
Samoa	3.190	4.430 e	–	2,8	6	–	5	5	–	147	27	3	–	–
San Marino	50.400 x	–	1,7	3,2 x	3 x	–	6	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	6.100	10.560 e	3,3	3,2	4	–	3	5	–	17	3	14	–	–
Santa Lucía	6.680	9.080 e	5,3 x	0,7	3	–	5	4	–	41	5	6	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	1.360	2.080	–	–	–	28 x	3	–	–	–	–	5	14 x	56 x
Senegal	1.070	1.960	-0,5	1,1	4	34 x	3	6	2	931	7	–	17	46
Serbia	5.680	11.640	–	1,4	23 x	0	6	5	2	651	2	24	23	37
Seychelles	11.130	25.320 e	2,9	2,0	6	0	3	–	1	56	7	4	9	70
Sierra Leona	340	850	-0,5	1,1	16	53 x	1	4	2	475	25	2	16 x	49 x
Singapur	42.930	59.790	5,9	3,5	1	–	2	4	5	–	–	–	–	–
Somalia	a	–	-0,8	–	–	–	–	–	–	499	–	–	–	–
Sri Lanka	2.580	5.560	3,0	4,1	10	7	2	3	4	581	1	9	17	48
Sudáfrica	6.960	10.790	0,1	1,3	8	14	3	5	1	1.032	0	5	7	68
Sudán[σ]	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudán del Sur[σ]	b	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suecia	53.230	42.350	1,8	2,2	2	–	8	7	1	–	–	–	23 x	37 x
Suiza	76.380	50.900	1,7 x	0,9	1	–	6	5	1	–	–	–	20 x	41 x
Suriname	7.640 x	7.710 x, e	-2,2 x	1,7 x	46 x	–	4	–	–	104	–	–	–	–
Swazilandia	3.300	5.970	3,1	1,8	9	41	4	8	3	92	3	2	11	57
Tailandia	4.420	8.390	4,7	2,8	3	0	3	4	2	-11	0	5	17	47
Tayikistán	870	2.310	–	0,2	73	7	2	5	–	430	8	18	21	39
Timor-Leste	2.730 x	5.210 x, e	–	1,9 x	7 x	37	9	16	5	292	11	–	21	41
Togo	560	1.030	-0,3	-0,1	4	39	1	3	2	421	15	–	19	42
Tonga	3.580	4.690 e	–	1,5	6	–	5	–	–	70	19	–	–	–
Trinidad y Tabago	15.040	24.940 e	0,5	4,8	5	–	3	–	–	4	0	–	–	–

Países y zonas	INB per cápita 2011		Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa media anual de inflación (%)	Población que vive por debajo de la línea internacional de la pobreza de US$1,25 al día (%)	Gasto público como % del PIB (2007–2010*) asignado a:			Flujos de AOD en millones de dólares	Flujos de AOD como % del INB del país receptor	Servicio de la deuda como % de la exportación bienes y servicios	Distribución familiar del ingreso (%, 2005–2011*)	
	US$	PPP US$	1970–1990	1990–2011	1990–2011	2006–2011	salud	educación	ejército	2010	2010	2010	más pobre 40%	más rico 20%
Túnez	4.070	9.090	2,5	3,3	4	1 x	3	6	1	551	1	9	16	48
Turkmenistán	4.110	8.350 e	–	5,8	86	–	1	–	–	43	0	–	–	–
Turquía	10.410	16.730	2,0	2,4	44	0	5	–	3	1.049	0	33	17	45
Tuvalu	5.010	–	–	2,1	3	–	10	–	–	13	35	–	–	–
Ucrania	3.120	7.080	–	0,6	67	0	4	5	3	624	0	39	24	36
Uganda	510	1.320	–	3,7	7	38	2	3	2	1.730	10	1	15	51
Uruguay	11.860	14.740	0,9	2,1	15	0	5	–	2	49	0	12	14	51
Uzbekistán	1.510	3.440 e	–	2,5	78	–	2	–	–	229	1	–	19 x	44 x
Vanuatu	2.870	4.500 e	1,2 x	0,6	3	–	3	5	–	108	15	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	11.920	12.620	-1,7	0,4	32	7	3	4	1	53	0	8	14	49
Viet Nam	1.260	3.260	–	6,0	10	17	3	5	2	2.945	3	2	19	43
Yemen	1.070	2.180	–	1,1	15	18 x	2	5	4	666	–	2	18	45
Zambia	1.160	1.490	-2,3	0,8	28	69	4	1	2	913	6	1	10	59
Zimbabwe	640	–	-0,4	-3,0	1	–	–	2	1	738	11	–	–	–
MEMORÁNDUM														
Sudán y Sudán del Sur$^{\sigma}$	1.300 x	2.020 x	0,1	3,4	26	20	2	–	–	2.055	4	4	18	42
DATOS CONSOLIDADOS#														
África subsahariana	1.269	2.269	0,0	2,0	29	53	3	5	1	40.604	4	3	15	50
África oriental y meridional	1.621	2.868	0,3	1,9	34	51	3	5	1	19.572	3	4	16	50
África occidental y central	937	1.721	-0,5	2,0	21	59	–	–	–	18.844	5	1	15	50
África septentrional y Oriente Medio	6.234	9.655	-0,1	0,8	7	–	2	4	5	11.535	1	5	19	43
Asia meridional	1.319	3.366	2,0	4,5	6	32	–	–	–	15.263	1	5	21	42
Asia Oriental y Pacífico	4.853	8.185	5,6	7,5	5	14	2 **	4 **	2 **	9.289	0	4	16	47
América Latina y el Caribe	8.595	11.759	1,4	1,7	28	5	4	5	1	9.272	0	13	12	56
ECE/CEI	7.678	14.216	–	2,5	51	0	3	4	3	6.582	0	23	19	43
Países menos adelantados	695	1.484	-0,1	3,1	45	51	2	4	2	44.538	8	4	19	45
Mundo	9.513	11.580	2,4	2,6	8	22	6 **	5 **	3 **	90.358	0	9	17	46

σ 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 correspondientes a la mayoría de los indicadores como Estados separados. Los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión (véase el punto Memorándum).

\# Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 98.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

INB per cápita – El Ingreso Nacional Bruto (INB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto sobre productos (menos subsidios) que no haya sido incluido en la valoración de la producción, más los ingresos primarios netos (remuneración de empleados y rentas de propiedades) procedentes del exterior. El INB per cápita, convertido en dólares de los Estados Unidos utilizando el método del Atlas del Banco Mundial, es el ingreso nacional bruto dividido por la población a mediados del año.

INB per cápita (PPA US$) – INB per cápita convertido a dólares internacionales, teniendo en cuenta las diferencias en los niveles de precios (poder adquisitivo) entre los países. Basado en los datos del Programa de Comparación Internacional (PCI).

PIB per cápita – El Producto Interno Bruto (PIB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto sobre productos (menos subsidios) que no haya sido incluido en la valoración de la producción. El PIB per cápita es el producto interno bruto dividido por la población a mediados del año. El crecimiento se calcula sobre la base de los datos del PIB a precios constantes, en moneda local.

Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de US$1,25 al día – Porcentaje de la población que vive con menos de 1,25 dólar al día según los precios de 2005, tras un ajuste para equiparar el poder adquisitivo. El nuevo umbral de la pobreza refleja las revisiones de la paridad del poder adquisitivo de los tipos de cambio sobre la base de los resultados del PCI. Las revisiones revelan que el costo de vida es más elevado en el mundo en desarrollo de lo que se calculaba. Como resultado de estas revisiones, las tasas de pobreza de cada uno de los países no pueden compararse con las tasas de pobreza que aparecieron en anteriores ediciones. Para obtener más información sobre la definición, metodología y fuentes de los datos presentados, consulte <www.worldbank.org>.

AOD – Asistencia oficial al desarrollo neta.

Servicio de la deuda – Suma total pagada por intereses y principal de la deuda externa con garantía pública.

Distribución familiar del ingreso – Proporción del ingreso recibido por el 20% de los hogares con el ingreso más alto y el 40% de los hogares con el ingreso más bajo.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

INB per cápita – Banco Mundial.

PIB per cápita – Banco Mundial.

Tasa de inflación – Banco Mundial.

Población por debajo de la línea internacional de la pobreza de US$1,25 al día – Banco Mundial.

Gastos en salud, educación y Fuerzas Armadas – Fondo Monetario Internacional.

AOD – Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos.

Servicio de la deuda – Banco Mundial.

Distribución familiar del ingreso – Banco Mundial.

NOTAS

a País de bajos ingresos (INB per cápita de 1.025 dólares o menos).

b País de bajos y medianos ingresos (INB per cápita de 1.026 a 4.035 dólares).

c País de medianos y altos ingresos (INB per cápita de 4.036 a 12.475 dólares).

d País de altos ingresos (INB per cápita de 12.476 dólares o más).

– Datos no disponibles.

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.

e Estimado basado en una regresión; otras cifras sobre el PPC han sido extrapoladas de las estimaciones de referencia del PCI de 2005.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

** No incluye China.

TABLA 8: MUJERES

Países y zonas	Esperanza de vida: mujeres con respecto al % de hombres 2011	Tasa de alfabetización femenina: mujeres con respecto al % de hombres 2007–2011*	Tasas de matriculación: mujeres como % de hombres 2008–2011		Tasa de supervivencia hasta el último grado de primaria: mujeres como % de hombres 2008–2011*	Prevalencia de anticonceptivos (%) 2007–2012*	Atención prenatal (%) 2007–2012*		Atención durante el parto (%) 2007–2012*			Tasa de mortalidad derivada de la maternidad[1]		
												2007–2011*	2010	
			Primaria TNE	Secundaria TNE			Por lo menos 1 visita	Por lo menos 4 visitas	Nacimientos atendidos por personal especializado	Partos en instituciones	Cesárea	registrada	ajustada	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida: (1 en:)
Afganistán	101	–	69	51	–	21	48	15	39	33	4	330	460	32
Albania	108	97	99	98	100	69	97	67	99	97	19	21	27	2.200
Alemania	106	–	100	95	101	–	100 x	–	–	–	29	–	7	10.600
Andorra	–	–	101	105	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	106	70	81	69	73	6 x	80	–	47	46	–	–	450	39
Antigua y Barbuda	–	101	92	101	–	–	100	–	100	–	–	0	–	–
Arabia Saudita	103	90	99	95	–	24	97	–	97	–	–	–	24	1.400
Argelia	104	79 x	94	102	104	61 x	89 x	–	95 x	95 x	–	–	97	430
Argentina	110	100	99	112	101	78 x	99 x	89 x	95	99	–	44	77	560
Armenia	109	100	102	102	–	55	99	93	100	99	13	9	30	1.700
Australia	106	–	99	95	–	71 x	98	92	–	99	31	–	7	8.100
Austria	107	–	99	96	103	–	–	–	–	–	24	–	4	18.200
Azerbaiyán	109	100	99	98	102	51 x	77 x	45 x	88 x	78 x	5 x	24	43	1.000
Bahamas	109	–	102	105	96	45 x	98	–	99	–	–	0	47	1.100
Bahrein	102	97	–	–	–	–	100	–	97	–	–	–	20	1.800
Bangladesh	102	85	–	113	114	61	55	26	32	29	17	220	240	170
Barbados	109	–	102	109	–	–	100	–	100	–	–	0 x	51	1.300
Belarús	118	100	100	–	–	73 x	99 x	–	100	100 x	22	1	4	16.300
Bélgica	107	–	100	97	103	75 x	–	–	–	–	18	–	8	7.500
Belice	104	–	91	–	103	34 x	94 x	–	94	89	–	55	53	610
Benin	107	55	87	–	–	13	86	61 x	84	87	4 x	400 x	350	53
Bhután	106	59 x	102	101	105	66	97	77	65	63	12	260 x	180	210
Bolivia (Estado Plurinacional de)	107	91	99	99	–	61	86	72	71	68	19	310	190	140
Bosnia y Herzegovina	107	97	102	103	99	36 x	99 x	–	100 x	100 x	–	3	8	11.400
Botswana	96	101	96	106	104	53	94	73	95	99	–	160	160	220
Brasil	110	100	–	–	–	81 x	98	91	97 x	98	50	75	56	910
Brunei Darussalam	106	97	101	103	100	–	99	–	100	100	–	–	24	1.900
Bulgaria	110	99	100	95	99	–	–	–	100	93	31	8	11	5.900
Burkina Faso	104	59	91	76	109	16	94	34	66	66	2	340	300	55
Burundi	106	85	99	72	118	22	99	33	60	60	4	500	800	31
Cabo Verde	111	89	92	120	–	61 x	98 x	72 x	78 x	76	11 x	54	79	480
Camboya	105	80	95	90	–	51	89	59	71	54	3	210	250	150
Camerún	104	80	86	83	98	23	85	–	64	61	2 x	670 x	690	31
Canadá	106	–	100	98	–	74 x	100	99	100	99	26	–	12	5.200
Chad	106	54	73	42	96	5	53	23	23	16	2	1.100 x	1.100	15
Chile	108	100	95	103	–	58 x	–	–	100	100	–	20	25	2.200
China	105	94	103	104	–	85 x	94	–	100	98	27	30	37	1.700
Chipre	106	98	99	100	–	–	99	–	–	100	–	–	10	6.300
Colombia	110	100	98	110	101	79	97	89	99	99	43	63	92	430
Comoras	105	87	92	–	–	26 x	75 x	–	62 x	–	–	380 x	280	67
Congo	105	–	95	–	–	45	93	–	94	92	3 x	780 x	560	39
Costa Rica	106	100	99	106	103	82	90	86	99	99	21 y	23	40	1.300
Côte d'Ivoire	104	72	83	–	96	18	91	–	59	57	6 x	540 x	400	53
Croacia	110	99	100	107	101	–	–	–	100	–	19	9	17	4.100
Cuba	105	100	98	99	102	74	100	100	100	100	–	41	73	1.000
Dinamarca	106	–	100	102	100	–	–	–	–	–	21	–	12	4.500
Djibouti	105	–	90	80	101	23	92 x	–	93 x	87 x	12	550 x	200	140
Dominica	–	–	98	109	105	–	100	–	100	–	–	0	–	–
Ecuador	108	97	101	103	–	73 x	84 x	58 x. y	98 x	85 x	26 x	61	110	350
Egipto	105	79	96	96	–	60	74	66	79	72	28	55	66	490
El Salvador	114	94	95	101	101	73	94	78 y	96	85	25	56	81	490
Emiratos Árabes Unidos	103	102 x	–	–	–	–	100	–	100	100	–	0	12	4.000
Eritrea	108	73	84	76	94	8 x	70 x	41 x	28 x	26 x	3 x	–	240	86
Eslovaquia	111	–	99	101	100	–	97 x	–	100	–	24	10	6	12.200
Eslovenia	109	100	99	100	100	–	100 x	–	100	–	–	10	12	5.900
España	108	98	99	102	101	66 x	–	–	–	–	26	–	6	12.000
Estado de Palestina	105	94	98	108	–	50 x	99 x	–	99 x	97 x	15 x	–	64	330
Estados Unidos	107	–	99	101	89	79	–	–	–	–	31	13	21	2.400
Estonia	115	100	99	102	100	–	–	–	100 x	–	–	7 x	2	25.100
Etiopía	106	59	91	82	100	29	43	19	10	10	2	680	350	67
ex República Yugoslava de Macedonia	106	97	101	99	–	40	99	94	98	98	25	4	10	6.300
Federación de Rusia	119	100	100	98	–	80	–	–	100	–	–	17	34	2.000

Países y zonas	Esperanza de vida: mujeres con respecto al % de hombres 2011	Tasa de alfabetización femenina: mujeres con respecto al % de hombres 2007–2011*	Tasas de matriculación: mujeres como % de hombres 2008–2011		Tasa de supervivencia hasta el último grado de primaria: mujeres como % de hombres 2008–2011*	Prevalencia de anticonceptivos (%) 2007–2012*	Atención prenatal (%) 2007–2012*		Atención durante el parto (%) 2007–2012*			Tasa de mortalidad derivada de la maternidad†		
												2007–2011*	2010	
			Primaria TNE	Secundaria TNE			Por lo menos 1 visita	Por lo menos 4 visitas	Nacimientos atendidos por personal especializado	Partos en instituciones	Cesárea	registrada	ajustada	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida: (1 en:)
Fiji	108	–	98	109	95	32	100	–	100	–	–	23	26	1.400
Filipinas	110	101	98	108	111	51	91	78	62	44	10	160 x	99	300
Finlandia	108	–	99	105	100	–	100 x	–	–	100	16	–	5	12.200
Francia	108	–	99	101	–	71 x	100 x	–	–	–	21	–	8	6.200
Gabón	103	92	97	–	–	33 x	94 x	63 x	86 x	85 x	6 x	520 x	230	130
Gambia	104	67	102	95	94	13	98	72	57	56	3	730 x	360	56
Georgia	110	100	103	–	105	53	98	90	100	98	24	19	67	960
Ghana	103	84	100	91	91	34	96	87	68	67	11	450	350	68
Granada	104	–	100	103	–	54 x	100	–	99	–	–	0	24	1.700
Grecia	106	98	–	–	–	76 x	–	–	–	–	–	–	3	25.500
Guatemala	111	87	96	93	–	54	93	–	52	51	16	140	120	190
Guinea	106	58	84	59	76	9 x	88	50	46	39	2	980 x	610	30
Guinea-Bissau	107	60	94	–	–	14	93	70	44	42	–	410 x	790	25
Guinea Ecuatorial	105	93	97	–	108	10 x	86 x	–	65 x	–	–	–	240	88
Guyana	109	–	104	111	96	43	92	79	92	89	13	86	280	150
Haití	104	84 x	–	–	–	32 x	85 x	54 x	26 x	25 x	3 x	630 x	350	83
Honduras	107	100	100	123	–	65 x	92 x	81 x	67 x	67 x	13 x	–	100	270
Hungría	111	100	99	99	100	–	–	–	100	–	31	19	21	3.300
India	105	68 x	100	92	–	55	74 x	37 x	52	47	9 x	210	200	170
Indonesia	105	94	102	100	–	61	93	82	79	55	15	230	220	210
Irán (República Islámica de)	105	90	101	86	100	79 x	98 x	94 x	97 x	96 x	40 x	25 x	21	2.400
Iraq	110	82	–	–	–	50 x	84 x	–	80	65	21 x	84 x	63	310
Irlanda	106	–	100	105	–	65 x	100 x	–	100 x	100	25	–	6	8.100
Islandia	104	–	100	103	–	–	–	–	–	–	17	–	5	8.900
Islas Cook	–	–	102	110	–	29	100	–	100	100	–	0	–	–
Islas Marshall	–	–	99	103	91	45	81	77	99	85	9	140	–	–
Islas Salomón	104	–	–	–	–	35	74	65	86	85	6	150	93	240
Israel	106	–	101	102	98	–	–	–	–	–	–	–	7	5.100
Italia	107	99	99	99	100	–	99 x	68 x	–	99 x	40	–	4	20.300
Jamaica	107	112	95	103	102	72	99	87	98	97	15	95 x	110	370
Japón	109	–	100	100	100	54 x	–	–	–	100 x	–	–	5	13.100
Jordania	104	93	100	106	–	59	99	94	99	99	19	19	63	470
Kazajstán	118	100	100	97	100	51 x	100 x	–	100	100 x	–	17	51	770
Kenya	104	93	98	90	–	46	92	47	44	43	6	490	360	55
Kirguistán	113	99	99	99	99	48 x	97 x	–	99	97 x	–	64	71	480
Kiribati	–	–	104	111	–	22	88	71	80	66	10	0	–	–
Kuwait	102	97	103	107	100	–	100	–	100	–	–	–	14	2.900
Lesotho	97	115	98	138	124	47	92	70	62	59	7	1.200	620	53
Letonia	115	100	99	98	100	–	92 x	–	100 x	–	–	32	34	2.000
Líbano	106	92	97	112	103	54	96 x	–	98 x	–	–	–	25	2.100
Liberia	104	88	91	–	–	11	79	66	46	37	4	990	770	24
Libia	107	86	–	–	–	–	93	–	100	–	–	–	58	620
Liechtenstein	–	–	94	103	96	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	117	100	99	98	100	–	100 x	–	100 x	–	–	9	8	9.400
Luxemburgo	107	–	101	102	–	–	–	–	100 x	100 x	29	–	20	3.200
Madagascar	105	91	98	94	105	40	86	49	44	35	2	500	240	81
Malasia	106	95	–	107	100	–	91	–	99	99	–	30	29	1.300
Malawi	100	84	104	91	103	46	95	46	71	73	5	680	460	36
Maldivas	103	100 x	96	–	–	35	99	85	95	95	32	140 x	60	870
Malí	104	47	87	70	95	8 x	70 x	35 x	49 x	45 x	2 x	460 x	540	28
Malta	106	103 x	101	89	91	–	100 x	–	–	100	–	–	8	8.900
Marruecos	107	64	94	–	100	67	77	–	74	73	16	130	100	400
Mauricio	109	95	101	100	99	76 x	–	–	98 x	98 x	–	22 x	60	1.000
Mauritania	106	79	105	85	99	9	75	16 x	61	48	3 x	690	510	44
México	106	97	99	107	102	73	96	86	95	80	43	52	50	790
Micronesia (Estados Federados de)	103	–	–	–	–	55	80	–	100	–	–	0	100	290
Mónaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	112	101	98	107	102	55	99	–	99	99	21	47	63	600
Montenegro	107	98	98	101	–	39 x	97 x	–	100	100	–	13	8	7.400
Mozambique	104	61	90	82	94	12	92	–	55	58	2 x	500	490	43
Myanmar	105	95	100	106	107	46	83	–	71	36	–	320 x	200	250
Namibia	102	99	99	–	107	55	95	70	81	81	13	450	200	160

Países y zonas	Esperanza de vida: mujeres con respecto al % de hombres 2011	Tasa de alfabetización femenina: mujeres con respecto al % de hombres 2007–2011*	Tasas de matriculación: mujeres como % de hombres 2008–2011		Tasa de supervivencia hasta el último grado de primaria: mujeres como % de hombres 2008–2011*	Prevalencia de anticonceptivos (%) 2007–2012*	Atención prenatal (%) 2007–2012*		Atención durante el parto (%) 2007–2012*			Tasa de mortalidad derivada de la maternidad[†]		
												2007–2011*	2010	
			Primaria TNE	Secundaria TNE			Por lo menos 1 visita	Por lo menos 4 visitas	Nacimientos atendidos por personal especializado	Partos en instituciones	Cesárea	registrada	ajustada	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida: (1 en:)
Nauru	–	–	106	120	–	36	95	40	97	99	8	300 x	–	–
Nepal	103	66	–	–	–	50	58	50	36	35	5	280 x	170	190
Nicaragua	109	100 x	98	110	–	72	90	78	74	74	20	63	95	350
Níger	102	35 x	82	66	94	18	46 x	15 x	18 x	17 x	1 x	650 x	590	23
Nigeria	103	70	91	88	107	15	58	45	39	35	2	550	630	29
Niue	–	–	–	–	–	23 x	100	–	100	–	–	0 x	–	–
Noruega	106	–	100	98	100	88 x	–	–	–	–	16	–	7	7.900
Nueva Zelandia	105	–	100	105	–	–	–	–	–	–	23	–	15	3.300
Omán	107	90	97	99	–	24	99	96	99	99	14	26	32	1.200
Países Bajos	105	–	99	99	–	69	–	–	–	100	14	–	6	10.500
Pakistán	103	59	82	76	92	27	61	28	43	41	7	280	260	110
Palau	–	–	–	–	–	22	90	81	100	100	–	0	–	–
Panamá	107	99	97	107	100	52	96	–	89	88	–	60	92	410
Papua Nueva Guinea	107	90	89	–	–	32 x	79 x	55 x	53 x	52 x	–	730 x	230	110
Paraguay	106	98	97	105	106	79	96	91	82	–	33	100	99	310
Perú	107	89	100	98	101	75	95	94	85	85	23	93	67	570
Polonia	112	100	99	99	100	–	–	–	100 x	–	21	2	5	14.400
Portugal	108	97	97	104	–	67 x	100 x	–	100 x	–	31	–	8	9.200
Qatar	99	99	100	121	–	–	100	–	100	–	–	–	7	5.400
Reino Unido	105	–	100	102	–	84	–	–	–	–	26	–	12	4.600
República Árabe Siria	104	86	98	100	101	54	88	64	96	78	26	65 x	70	460
República Centroafricana	107	62	71	58	90	15	68	38	54	53	5	540 x	890	26
República Checa	108	–	99	101	100	–	–	–	100	–	20	2	5	12.100
República de Corea	109	–	99	99	100	80	–	–	–	–	32	–	16	4.800
República de Moldova	111	99	100	102	104	68 x	98 x	89 x	100	99	9 x	15	41	1.500
República Democrática del Congo	107	74	87	58	88	17	89	45	80	75	7	550	540	30
República Democrática Popular Lao	104	77 x	93	83	–	38 x	35 x	–	20 x	17 x	2	410 x	470	74
República Dominicana	108	100	88	112	–	73	99	95	98	98	42	160	150	240
República Popular Democrática de Corea	110	100	–	–	–	69 x	100	94	100	95	13	77	81	670
República Unida de Tanzanía	103	85	102	–	113	34	88	43	49	50	5	450	460	38
Rumania	110	99	99	99	100	70 x	94 x	76 x	99	98 x	19 x	21	27	2.600
Rwanda	105	90	102	102	–	52	98	35	69	69	7	480	340	54
Saint Kitts y Nevis	–	–	100	99	90	54	100	–	100	–	–	0	–	–
Samoa	109	100	102	114	–	29	93	58	81	81	13	29 x	100	260
San Marino	–	–	113	102	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	106	–	93	102	–	48 x	100	–	99	–	–	0 x	48	940
Santa Lucía	108	–	96	99	97	–	99	–	100	–	–	0 x	35	1.400
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	105	90	100	103	121	38	98	72	82	79	5	160	70	330
Senegal	104	63	106	88	105	13	93	50	65	73	6	390	370	54
Serbia	106	97	99	102	100	61	99	94	100	100	25	9	12	4.900
Seychelles	–	101	100	109	–	–	–	–	–	–	–	57 x	–	–
Sierra Leona	103	59	93	–	–	11	93	75	63	50	5	860	890	23
Singapur	106	96	–	–	100	–	–	–	–	100 x	–	–	3	25.300
Somalia	106	–	–	–	–	15 x	26 x	6 x	33 x	9 x	–	1.000 x	1.000	16
Sri Lanka	109	97	100	–	–	68	99	93	99	98	24	39 x	35	1.200
Sudáfrica	102	96	96	105	–	60 x	97	87	91 x	89 x	21 x	400 x	300	140
Sudán[σ]	–	–	–	–	–	9	56	47	23	21	7	94 x	–	–
Sudán del Sur[σ]	–	–	–	–	–	4	40	17	19	12	1	2.100 x	–	–
Suecia	105	–	99	99	100	–	100 x	–	–	–	–	–	4	14.100
Suiza	106	–	100	97	–	–	–	–	–	–	30	–	8	9.500
Suriname	110	99	95	123	122	46 x	90 x	–	90 x	88 x	–	180	130	320
Swazilandia	98	99	92	100	107	65	97	77	82	80	12	590 x	320	95
Tailandia	109	96 x	99	108	–	80	99	80	100	99	24	12 x	48	1.400
Tayikistán	110	100	96	87	101	37	89	49	88	88	–	45	65	430
Timor-Leste	103	83	96	101	111	22	84	55	29	22	2	560	300	55
Togo	106	61	90	–	123	15	72	55	59	67	9	–	300	80
Tonga	108	100 x	–	–	–	32	98	–	98	98	–	36	110	230
Trinidad y Tabago	110	99	97	107	106	43 x	96 x	–	98 x	97 x	–	–	46	1.300

Países y zonas	Esperanza de vida: mujeres con respecto al % de hombres 2011	Tasa de alfabetización femenina: mujeres con respecto al % de hombres 2007–2011*	Tasas de matriculación: mujeres como % de hombres 2008–2011		Tasa de supervivencia hasta el último grado de primaria: mujeres como % de hombres 2008–2011*	Prevalencia de anticonceptivos (%) 2007–2012*	Atención prenatal (%) 2007–2012*		Atención durante el parto (%) 2007–2012*			Tasa de mortalidad derivada de la maternidad†		
												2007–2011*	2010	
			Primaria TNE	Secundaria TNE			Por lo menos 1 visita	Por lo menos 4 visitas	Nacimientos atendidos por personal especializado	Partos en instituciones	Cesárea	registrada	ajustada	Riesgo de mortalidad de la madre en su vida: (1 en:)
Túnez	106	82	96	106	102	60 x	96 x	68 x	95 x	89 x	21 x	–	56	860
Turkmenistán	114	100	–	–	–	48 x	99 x	83 x	100 x	98 x	3 x	12	67	590
Turquía	106	89	98	91	103	73	92	74	91	90	37	29 x	20	2.200
Tuvalu	–	–	–	–	–	31	97	67	98	93	7	0 x	–	–
Ucrania	118	100	101	98	101	67	99	75	99	99	10	16	32	2.200
Uganda	103	78	101	85	101	30	93	48	57	57	5	440	310	49
Uruguay	110	101	97	–	104	78 x	96	90	100	–	34	34	29	1.600
Uzbekistán	110	100	97	99	101	65 x	99 x	–	100 x	97 x	–	21	28	1.400
Vanuatu	106	96	95	102	94	38	84	–	74	80	–	86	110	230
Venezuela (República Bolivariana de)	108	100	97	110	105	–	94 x	–	95 x	95 x	–	63	92	410
Viet Nam	105	96	94	109	–	78	94	60	93	92	20	69	59	870
Yemen	105	58	82	62	–	28 x	47 x	14 x	36 x	24 x	9 x	370 x	200	90
Zambia	102	77	101	–	95	41	94	60	47	48	3	590	440	37
Zimbabwe	97	–	–	–	–	59	90	65	66	65	5	960	570	52
MEMORÁNDUM														
Sudán y Sudán del Sur[σ]	106	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	730	31
DATOS CONSOLIDADOS[#]														
África subsahariana	104	76	93	82	101	24	77	46	49	47	4	–	500	39
África oriental y meridional	104	82	96	89	103	34	81	44	44	43	4	–	410	52
África occidental y central	104	70	89	76	100	17	74	47	55	52	4	–	570	32
África septentrional y Oriente Medio	105	82	94	92	–	48	77	–	73	62	–	–	170	190
Asia meridional	104	69	98	91	–	52	70	35	49	44	9	–	220	150
Asia Oriental y Pacífico	105	94	102	104	–	64 **	93	77 **	92	84	23	–	82	680
América Latina y el Caribe	109	98	97	108	102	–	96	89	90	89	40	–	81	520
ECE/CEI	113	98	99	97	101	73	–	–	97	–	–	–	32	1.700
Países menos adelantados	104	76	94	84	102	35	74	38	48	44	6	–	430	52
Mundo	106	90	97	97	100 **	55 **	81	50 **	66	61	16	–	210	180

σ 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 correspondientes a la mayoría de los indicadores como Estados separados. Los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión (véase el punto Memorándum).

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 98.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Esperanza de vida – Promedio de años de vida de un recién nacido según la probabilidad de muerte prevaleciente para una muestra representativa de la población en el momento de su nacimiento.
Tasa de alfabetización de adultos – Número de personas de 15 años o más que pueden leer y escribir y comprender un texto corto y simple sobre la vida cotidiana, expresado como porcentaje del total de la población en ese grupo de edad.
Tasa bruta de matriculación en la escuela primaria (TBM) – Matriculación total en la escuela primaria, independientemente de la edad, expresado como porcentaje de la población oficial en edad escolar primaria.
Tasa bruta de matriculación en la escuela secundaria (TBM) – Matriculación total en la escuela secundaria, independientemente de la edad, expresado como porcentaje de la población oficial en edad escolar secundaria.
Tasa de supervivencia hasta el último grado de primaria – Porcentaje de niños que ingresan al primer grado de la escuela primaria y que completan el último grado (datos de encuestas).
Prevalencia de anticonceptivos – Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad en uniones, que utilizan en la actualidad métodos anticonceptivos.
Atención prenatal – Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años de edad que durante el embarazo fueron atendidas al menos una vez por personal de salud especializado (médicos, enfermeras o parteras) y el porcentaje que recibieron la atención de cualquier personal de salud por lo menos cuatro veces.
Nacimientos atendidos por personal especializado – Proporción de nacimientos atendidos por personal especializado de la salud (médicos, enfermeras, parteras).
Partos en instituciones – Proporción de mujeres de 15 a 49 años que dieron a luz en un centro de salud.
Cesárea – Porcentaje de partos realizados mediante cesárea (una tasa de cesárea del 5% al 15% es una cifra previsible con niveles adecuados de atención obstétrica de emergencia).
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad – Número anual de mujeres fallecidas por causas relacionadas con el embarazo por cada 100.000 nacidos vivos durante el mismo período. La columna "registrada" indica las cifras presentadas por los países, que no han sido ajustadas para tomar en cuenta las clasificaciones erróneas y la población que ha quedado sin registrar. Los valores la tasa de mortalidad materna han sido redondeados de acuerdo con el siguiente esquema: <100, sin redondeo, 100-999, redondeados hasta el 10 más cercano y >1.000, redondeados hasta el 100 más cercano.
Riesgo de mortalidad de la madre en su vida – El riesgo de mortalidad de la madre a lo largo de su vida considera la probabilidad que tiene de quedar embarazada y la probabilidad de que muera como resultado del embarazo, acumuladas a lo largo de su ciclo reproductivo.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Esperanza de vida – División de Población de las Naciones Unidas.
Adultos alfabetizados – Instituto de Estadísticas de la UNESCO (IEU).
Matriculación en la escuela primaria y secundaria – IEU
Tasa de supervivencia hasta el último grado de primaria – IEU, promedios regionales y mundiales calculados por UNICEF.
Prevalencia de anticonceptivos – DHS, MICS, otras fuentes nacionalmente representativas, División de Población de las Naciones Unidas y UNICEF.
Atención prenatal – DHS, MICS y otras fuentes nacionalmente representativas.
Nacimientos atendidos por personal especializado – DHS, MICS y otras fuentes nacionalmente representativas.
Partos en instituciones – DHS, MICS y otras fuentes nacionalmente representativas.
Cesárea – DHS y otras fuentes nacionalmente representativas.
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad (registrada) – Fuentes nacionalmente representativas, entre ellas encuestas en hogares y registro civil.
Tasa de mortalidad derivada de la maternidad (ajustada) – Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad de las Naciones Unidas (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial).
Riesgo de mortalidad materna a lo largo de la vida – Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad de las Naciones Unidas (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y Banco Mundial).

NOTAS

– Datos no disponibles.
x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna, pero no anteriores a 2000. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.
* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.
** No incluye China.
† Los datos de mortalidad materna en la columna titulada "registrada" se refieren a los datos presentados por las autoridades nacionales. Los datos en la columna titulada "ajustada" se refieren a las estimaciones interinstitucionales para 2008 de las Naciones Unidas sobre mortalidad materna, que fueron publicadas a finales de 2010. Periódicamente, el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas (Banco Mundial, OMS, UNFPA y UNICEF) produce series de datos sobre mortalidad materna comparables que tienen en cuenta varios problemas bien fundamentados, como las notificaciones incompletas y las clasificaciones erróneas de las muertes derivadas de la maternidad, incluyendo también estimaciones para países que carecen de datos. Es preciso señalar que debido a una metodología en evolución estos valores no son comparables con los valores sobre las tasas de mortalidad materna "ajustadas" registradas anteriormente. Las series comparables de tasas de mortalidad materna a lo largo del tiempo para los años 1990, 1995, 2000, 2002 y 2010 están disponibles en <www.childinfo.org>.

TABLA 9: PROTECCIÓN INFANTIL

Países y zonas	Trabajo infantil (%)+ 2002–2011*			Matrimonio precoz (%) 2002–2011*		Inscripción del nacimiento (%) 2005–2011*	Mutilación/excisión genital (%) 2002–2011*			Justificación de golpear a la mujer (%) 2002–2011*		Disciplina violenta (%)+ 2005–2011*		
							prevalencia		actitudes					
	total	hombre	mujer	casados a los 15 años	casados a los 18 años	total	mujeres[a]	hijas[b]	apoyo a la práctica[c]	hombre	mujer	total	hombre	mujer
Afganistán	10	11	10	15	40	37	–	–	–	–	90	74	75	74
Albania	12	14	9	0	10	99	–	–	–	36	30	75	78	71
Alemania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	24 x	22 x	25 x	–	–	29 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	5 y	6 y	4 y	0	2	99	–	–	–	–	68	88	89	87
Argentina	7 y	8 y	5 y	–	–	91 x, y	–	–	–	–	–	–	–	–
Armenia	4 y	5 y	3 y	0	7	100	–	–	–	20	9	70	72	67
Australia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Austria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaiyán	7 y	8 y	5 y	1	12	94	–	–	–	58	49	75	79	71
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	5 x	6 x	3 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	13	18	8	32	66	10	–	–	–	36	36	–	–	–
Barbados	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belarús	5	6	4	0	7	–	–	–	–	–	–	84	87	80
Bélgica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belice	6	7	5	3	26	95	–	–	–	–	9	71	71	70
Benin	46	47	45	8	34	60	13	2	1	14	47	–	–	–
Bhután	3	3	3	6	26	100	–	–	–	–	68	–	–	–
Bolivia (Estado Plurinacional de)	26 y	28 y	24 y	3	22	76 y	–	–	–	–	16	–	–	–
Bosnia y Herzegovina	5	7	4	0	6	100	–	–	–	–	5	38	40	36
Botswana	9 y	11 y	7 y	–	–	72	–	–	–	–	–	–	–	–
Brasil	3 y	4 y	2 y	11	36	93 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Burkina Faso	39	42	36	10	52	77	76	13 y	9	34	44	83	84	82
Burundi	26	26	27	3	20	75	–	–	–	44	73	–	–	–
Cabo Verde	3 x, y	4 x, y	3 x, y	3	18	91	–	–	–	16 y	17	–	–	–
Camboya	37 y	–	–	2	18	62	–	–	–	22 y	46 y	–	–	–
Camerún	31	31	30	11	36	70	1	1	7	–	56	93	93	93
Canadá	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chad	26	25	28	29	68	16	44	18	38	–	62	84	85	84
Chile	3	3	2	–	–	100 y	–	–	–	–	–	–	–	–
China	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	9 y	12 y	6 y	6	23	97	–	–	–	–	–	–	–	–
Comoras	27 x	26 x	28 x	–	–	83 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Congo	25	24	25	7	33	81 y	–	–	–	–	76	–	–	–
Costa Rica	5	6	3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	35	36	34	8	35	55	36	9	20	–	65	91	91	91
Croacia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	–	–	–	9	40	100 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Dinamarca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	8	8	8	2	5	89	93	49	37	–	–	72	73	71
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	8	7	8	4	22	90	–	–	–	–	–	–	–	–
Egipto	7	8	5	2	17	99	91	24 y	54	–	39 y	92 y	–	–
El Salvador	5 y	7 y	3 y	5	25	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Emiratos Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	–	–	–	20	47	–	89	63	49	–	71	–	–	–
Eslovaquia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eslovenia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
España	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estado de Palestina	–	–	–	7	19	96 y	–	–	–	–	–	95	–	–
Estados Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Etiopía	27 y	31 y	24 y	16	41	7	74	38	–	45	68	–	–	–
ex República Yugoslava de Macedonia	13	12	13	1	7	100	–	–	–	–	15	69	71	67
Federación de Rusia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fiji	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	72 y	–	–

Países y zonas	Trabajo infantil (%)* 2002–2011*			Matrimonio precoz (%) 2002–2011*		Inscripción del nacimiento (%) 2005–2011*	Mutilación/excisión genital (%) 2002–2011*			Justificación de golpear a la mujer (%) 2002–2011*		Disciplina violenta (%)+ 2005–2011*		
							prevalencia		actitudes					
	total	hombre	mujer	casados a los 15 años	casados a los 18 años	total	Mujeres[a]	hijas[b]	apoyo a la práctica[c]	hombre	mujer	total	hombre	mujer
Filipinas	–	–	–	2	14	83 x	–	–	–	–	14	–	–	–
Finlandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Francia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabón	–	–	–	11 x	34 x	89 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Gambia	19	21	18	7	36	53	76	42 y	64	–	75	90	90	91
Georgia	18	20	17	1	14	99	–	–	–	–	7	67	70	63
Ghana	34	34	34	5	21	63	4	0 y	2	26 y	44	94	94	94
Granada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	21 y	–	–	7	30	97	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea	25	26	24	20	63	43	96	57	69	–	86	–	–	–
Guinea-Bissau	38	40	36	7	22	24	50	39	34	–	40 y	82	82	81
Guinea Ecuatorial	28 x	28 x	28 x	–	–	32 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	16	17	16	6	23	88	–	–	–	19	16	76	79	74
Haití	21	22	19	6	30	81	–	–	–	–	29	–	–	–
Honduras	16	16	15	11	39	94	–	–	–	–	16	–	–	–
Hungría	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
India	12	12	12	18	47	41	–	–	–	51	54	–	–	–
Indonesia	7 y	8 y	6 y	4	22	53	–	–	–	16 y	31 y	–	–	–
Irán (República Islámica de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	11	12	9	3	17	95	–	–	–	–	59	86	87	84
Irlanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	–	–	–	6	26	96	–	–	–	58	56	–	–	–
Islas Salomón	–	–	–	3	22	–	–	–	–	65	69	72 y	–	–
Israel	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaica	6	7	5	1	9	98	–	–	–	22 y	3 y	89	90	87
Japón	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordania	2 y	3 y	0 y	1	10	–	–	–	–	–	90 y	–	–	–
Kazajstán	2	2	2	0	6	100	–	–	–	17	12	49	54	45
Kenya	26 x	27 x	25 x	6	26	60	27	–	9	44	53	–	–	–
Kirguistán	4	4	3	1	10	94	–	–	–	–	38	54 y	58 y	49 y
Kiribati	–	–	–	3	20	94	–	–	–	60	76	81 y	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	23 x	25 x	21 x	2	19	45	–	–	–	48	37	–	–	–
Letonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Líbano	2	3	1	1	6	100	–	–	–	–	10 y	82	82	82
Liberia	21	21	21	11	38	4 y	58	–	–	30	59	94	94	94
Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Luxemburgo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	28 y	29 y	27 y	14	48	80	–	–	–	30	32	–	–	–
Malasia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Malawi	26	25	26	12	50	–	–	–	–	13	13	–	–	–
Maldivas	–	–	–	0	4	93	–	–	–	14 y	31 y	–	–	–
Malí	21	22	21	15	55	81	89	75	73	–	87	–	–	–
Malta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Marruecos	8	9	8	3	16	85 x, y	–	–	–	–	64	91	92	90
Mauricio	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	16	18	15	15	35	56	72	66	53	–	–	–	–	–
México	5	6	5	5	23	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Micronesia (Estados Federados de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mónaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	10	10	11	0	5	99	–	–	–	9 y	10	46	48	43
Montenegro	10	12	8	0	5	98	–	–	–	–	11	63	64	61
Mozambique	22	21	24	21	56	31	–	–	–	–	36	–	–	–
Myanmar	–	–	–	–	–	72	–	–	–	–	–	–	–	–
Namibia	–	–	–	2	9	67	–	–	–	41	35	–	–	–
Nauru	–	–	–	2	27	83	–	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	34 y	30 y	38 y	10	41	42	–	–	–	22	23	–	–	–

Países y zonas	Trabajo infantil (%)[+] 2002–2011*			Matrimonio precoz (%) 2002–2011*		Inscripción del nacimiento (%) 2005–2011*	Mutilación/excisión genital (%) 2002–2011*			Justificación de golpear a la mujer (%) 2002–2011*		Disciplina violenta (%)[+] 2005–2011*		
							prevalencia		actitudes					
	total	hombre	mujer	casados a los 15 años	casados a los 18 años	total	Mujeres[a]	hijas[b]	apoyo a la práctica[c]	hombre	mujer	total	hombre	mujer
Nicaragua	15 x	18 x	11 x	10	41	81 y	–	–	–	–	14	–	–	–
Níger	43	43	43	36	75	32 y	2	1	3	–	70	–	–	–
Nigeria	29	29	29	16	39	30	30 y	30 y	22	30	43	–	–	–
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Omán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Países Bajos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistán	–	–	–	7	24	27	–	–	–	–	–	–	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	
Panamá	7 y	10 y	4 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Papua Nueva Guinea	–	–	–	2	21	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	15	17	12	–	18	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Perú	34 y	31 y	36 y	3	19	93	–	–	–	–	–	–	–	–
Polonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	3 x, y	4 x, y	3 x, y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Reino Unido	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	4	5	3	3	13	95	–	–	–	–	–	89	90	88
República Centroafricana	29	27	30	29	68	61	24	1 y	11	80 y	80	92	92	92
República Checa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República de Corea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República de Moldova	16	20	12	1	19	98 x	–	–	–	22 y	21	–	–	–
República Democrática del Congo	15	13	17	9	39	28	–	–	–	–	76	92	92	91
República Democrática Popular Lao	11	10	13	–	–	72	–	–	–	–	81	74	75	72
República Dominicana	13	18	8	12	41	79	–	–	–	–	4	67	69	
República Popular Democrática de Corea	–	–	–	–	–	100	–	–	–	–	–	–	–	–
República Unida de Tanzanía	21 y	23 y	19 y	7	37	16	15	3	6	38	54	–	–	–
Rumania	1 x	1 x	1 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	29	27	30	1	8	63	–	–	–	25	56	–	–	–
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	–	–	–	–	–	48	–	–	–	46	61	–	–	–
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	8	8	7	5	34	75	–	–	–	22	20	–	–	–
Senegal	17 y	18 y	16 y	12	33	75	26	13 y	17	25	60	–	–	–
Serbia	4	5	4	1	5	99	–	–	–	7 y	3	67	70	64
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	26	27	25	18	44	78	88	10 y	72	–	73	82	81	82
Singapur	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	49	45	54	8	45	3	98	46	65	–	76 y	–	–	–
Sri Lanka	–	–	–	2	12	97	–	–	–	–	53 y	–	–	–
Sudáfrica	–	–	–	1	6	92 y	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudán[σ]	–	–	–	7	33	59	88	37 y	42	–	47	–	–	–
Sudán del Sur[σ]	–	–	–	9	52	35	–	–	–	–	79	–	–	–
Suecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suiza	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	6	7	5	3	19	97	–	–	–	–	13	86	87	85
Swazilandia	7	8	7	1	7	50	–	–	–	23 y	28	89	90	88
Tailandia	8	8	8	3	20	99	–	–	–	–	–	–	–	–
Tayikistán	10	9	11	1	13	88	–	–	–	–	74 y	78	80	75
Timor-Leste	4	4	4	3	19	55	–	–	–	81	86	–	–	–
Togo	28	28	29	6	25	78	4	0 y	2	–	43	93	94	93
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	1	1	1	2	8	96	–	–	–	–	8	77	78	77
Túnez	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turkmenistán	–	–	–	1	7	96	–	–	–	–	38 y	–	–	–
Turquía	3 y	3 y	2 y	3	14	94	–	–	–	–	25	–	–	–

Países y zonas	Trabajo infantil (%)+ 2002–2011*			Matrimonio precoz (%) 2002–2011*		Inscripción del nacimiento (%) 2005–2011*	Mutilación/excisión genital (%) 2002–2011*			Justificación de golpear a la mujer (%) 2002–2011*		Disciplina violenta (%)+ 2005–2011*		
							prevalencia		actitudes					
	total	hombre	mujer	casados a los 15 años	casados a los 18 años	total	Mujeres[a]	hijas[b]	apoyo a la práctica[c]	hombre	mujer	total	hombre	mujer
Tuvalu	–	–	–	0	10	50	–	–	–	73	70	–	–	–
Ucrania	7	8	7	0	10	100	–	–	–	11	4	70	76	65
Uganda	25 y	27 y	24 y	10	40	30	1	1 y	9	44	58	–	–	–
Uruguay	8 y	8 y	8 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uzbekistán	–	–	–	0	7	100	–	–	–	59 y	70	–	–	–
Vanuatu	–	–	–	9	27	26	–	–	–	–	–	78 y	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	8 x	9 x	6 x	–	–	92 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	7	7	7	1	9	95	–	–	–	–	36	74	76	71
Yemen	23	21	24	11	32	22	23 x, y	20 x, y	41 x, y	–	–	95	95	95
Zambia	41 y	42 y	40 y	9	42	14	1	–	–	49	62	–	–	–
Zimbabwe	–	–	–	4	31	49	–	–	–	34	40	–	–	–
MEMORÁNDUM														
Sudán y Sudán del Sur[σ]	13 x	14 x	12 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
DATOS CONSOLIDADOS[#]														
África subsahariana	27	28	26	12	37	41	40	24	21	35	55	–	–	–
África oriental y meridional	27	28	25	9	34	37	42	–	–	40	55	–	–	–
África occidental y central	27	28	27	14	41	42	34	23	22	30	56	–	–	–
África septentrional y Oriente Medio	9	10	8	3	17	81	–	–	–	–	52	90	–	–
Asia meridional	12	13	12	18	46	37	–	–	–	49	52	–	–	–
Asia Oriental y Pacífico	8 **	8 **	7 **	3 **	18 **	70 **	–	–	–	–	30 **	–	–	–
América Latina y el Caribe	9	9	7	7	29	93	–	–	–	–	–	–	–	–
ECE/CEI	5	6	4	1	10	96	–	–	–	–	27	–	–	–
Países menos adelantados	23	24	22	16	46	35	–	–	–	36	54	–	–	–
Mundo	15 **	15 **	14 **	11 **	34 **	51 **	–	–	–	–	47 **	–	–	–

σ 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 Memorándum).

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 98.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Trabajo infantil – Porcentaje de niños de 5 a 14 años que trabajaban en el momento de la encuesta. Se considera que un niño está sometido al trabajo infantil cuando se dan las condiciones siguientes: niños de 5 a 11 años que, durante la semana de referencia, realizaron una actividad económica al menos durante una hora o realizaron tareas domésticas por lo menos durante 28 horas y niños de 12 a 14 años que, durante la semana de referencia de la encuesta, realizaron una actividad económica al menos durante 14 horas o realizaron tareas domésticas por lo menos durante 28 horas.

Matrimonio precoz – Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años de edad que ya estaban casadas o tenían algún tipo de vínculo antes de cumplir 15 años y porcentaje de mujeres de 20 a 24 años de edad que ya estaban casadas o tenían algún tipo de vínculo antes de cumplir 18 años.

Inscripción del nacimiento – Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años que estaban inscritos en el momento de la encuesta. El numerador de este indicador incluye niños y niñas cuyo certificado de nacimiento se mostró al entrevistador, o cuya madre o cuidador dijo que el nacimiento había sido registrado.

Mutilación/excisión genital femenina – (a) Mujer – El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que sufrieron una mutilación/excisión; (b) Hijas – el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con una hija por lo menos que haya sufrido una mutilación/excisión; (c) apoyo a la práctica – el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que creen que la práctica de la mutilación/excisión genital debe continuar.

Justificación de golpear a la mujer – Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que consideran que está justificado que un marido golpee a su mujer por al menos una de las razones especificadas, es decir, si la mujer quema la comida, discute con él, sale a la calle sin decírselo, descuida a los hijos o se niega a tener relaciones sexuales.

Disciplina violenta – Porcentaje de niños de 2 a 14 años que sufren algún tipo de disciplina violenta (agresión psicológica y/o castigo físico).

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Trabajo infantil – Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras encuestas nacionales.

Matrimonio precoz – MICS, DHS y otras encuestas nacionales.

Inscripción del nacimiento – MICS, DHS, otras encuestas nacionales y sistemas del registro civil.

Mutilación/excisión genital de la mujer – MICS, DHS y otras encuestas nacionales.

Justificación de golpear a la mujer – MICS, DHS y otras encuestas nacionales.

Disciplina violenta – MICS, DHS y otras encuestas nacionales.

NOTAS

– Datos no disponibles.

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.

y Datos referidos a definiciones diferentes a la norma o sólo a 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.

\+ En las Notas generales a los datos se puede encontrar una explicación más detallada sobre la metodología y los recientes cambios en el cálculo de estas estimaciones, página 94.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

** No incluye China.

TABLA 10: RITMO DE PROGRESO

Países y zonas	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años				Tasa media anual de reducción (%)θ Tasa de mortalidad de menores de 5 años				Reducción desde 1990 (%)θ	Reducción desde 2000 (%)θ	Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa total de fecundidad			Tasa media anual de reducción (%) Tasa total de fecundidad	
		1970	1990	2000	2011	1970–1990	1990–2000	2000–2011	1990–2011			1970–1990	1990–2011	1970	1990	2011	1970–1990	1990–2011
Afganistán	23	309	192	136	101	2,4	3,4	2,7	3,1	47	26	–	–	7,7	8,0	6,2	-0,2	1,2
Albania	122	–	41	26	14	–	4,5	5,5	5,0	65	46	-0,7 x	5,3	4,9	3,2	1,5	2,1	3,6
Alemania	169	26	9	5	4	5,6	4,5	2,7	3,6	53	26	2,3	1,3	2,0	1,4	1,4	1,9	-0,2
Andorra	184	–	8	5	3	–	5,1	3,8	4,4	60	34	-1,4	2,5 x	–	–	–	–	–
Angola	8	–	243	199	158	–	2,0	2,1	2,1	35	21	–	4,1	7,3	7,2	5,3	0,1	1,4
Antigua y Barbuda	145	–	27	15	8	–	5,9	6,1	6,0	72	49	7,8 x	0,6	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	141	–	43	21	9	–	7,3	7,3	7,3	78	55	-1,4	0,2	7,3	5,8	2,7	1,1	3,6
Argelia	74	199	66	46	30	5,5	3,6	3,9	3,8	55	35	1,6	1,5	7,4	4,7	2,2	2,3	3,6
Argentina	122	58	28	20	14	3,7	3,1	3,3	3,2	49	31	-0,8	2,3	3,1	3,0	2,2	0,1	1,5
Armenia	102	–	47	30	18	–	4,6	4,8	4,7	63	41	–	6,1	3,2	2,5	1,7	1,2	1,8
Australia	165	21	9	6	5	4,2	3,8	2,9	3,4	51	27	1,6	2,2	2,7	1,9	2,0	1,9	-0,2
Austria	169	29	9	6	4	5,6	5,2	2,6	3,8	55	25	2,5	1,8	2,3	1,5	1,4	2,4	0,3
Azerbaiyán	61	–	95	69	45	–	3,2	3,9	3,6	53	35	–	5,9	4,6	3,0	2,2	2,2	1,5
Bahamas	107	31	22	17	16	1,8	2,6	0,4	1,4	26	4	1,9	0,7	3,5	2,6	1,9	1,5	1,6
Bahrein	135	81	21	12	10	6,9	5,0	2,0	3,4	51	19	-1,0 x	1,3 x	6,5	3,7	2,5	2,8	1,9
Bangladesh	60	226	139	84	46	2,4	5,0	5,5	5,3	67	45	0,6	3,6	6,9	4,5	2,2	2,1	3,4
Barbados	98	47	18	17	20	4,8	0,4	-1,2	-0,5	-10	-15	1,7	1,1 x	3,1	1,7	1,6	2,9	0,5
Belarús	157	–	17	14	6	–	2,3	8,1	5,3	67	59	–	4,7	2,3	1,9	1,5	1,0	1,2
Bélgica	169	24	10	6	4	4,3	5,4	2,7	4,0	57	26	2,2	1,6	2,2	1,6	1,8	1,7	-0,7
Belice	106	–	44	26	17	–	5,1	4,0	4,5	62	36	2,9	1,8	6,3	4,5	2,7	1,7	2,4
Benin	20	261	177	140	106	1,9	2,4	2,5	2,4	40	24	0,5	1,3	6,7	6,7	5,2	0,0	1,2
Bhután	51	286	138	89	54	3,6	4,4	4,6	4,5	61	40	–	5,3	6,7	5,8	2,3	0,7	4,3
Bolivia (Estado Plurinacional de)	55	226	120	81	51	3,2	3,9	4,3	4,1	58	37	-1,1	1,6	6,6	4,9	3,3	1,5	1,9
Bosnia y Herzegovina	145	–	19	10	8	–	6,7	2,0	4,3	59	20	–	8,3 x	2,9	1,7	1,1	2,6	1,9
Botswana	80	131	53	81	26	4,5	-4,3	10,4	3,4	51	68	8,1	3,4	6,6	4,7	2,7	1,7	2,6
Brasil	107	129	58	36	16	4,0	4,9	7,5	6,3	73	56	2,3	1,6	5,0	2,8	1,8	2,9	2,1
Brunei Darussalam	151	–	12	10	7	–	2,5	2,6	2,6	41	25	-2,2 x	-0,4 x	5,8	3,5	2,0	2,4	2,7
Bulgaria	128	39	22	21	12	2,9	0,7	4,9	2,9	45	42	3,4 x	3,3	2,2	1,7	1,5	1,1	0,6
Burkina Faso	9	291	208	182	146	1,7	1,4	2,0	1,7	30	19	1,3	2,8	6,6	6,8	5,8	-0,2	0,8
Burundi	10	229	183	165	139	1,1	1,0	1,5	1,3	24	15	1,2	-1,4	6,8	6,5	4,2	0,2	2,1
Cabo Verde	91	160	58	39	21	5,1	4,0	5,5	4,8	63	45	–	5,0	6,9	5,3	2,3	1,3	3,9
Camboya	62	–	117	102	43	–	1,4	7,9	4,8	64	58	–	6,5 x	5,9	5,7	2,5	0,2	3,9
Camerún	11	206	145	140	127	1,8	0,4	0,8	0,6	12	9	3,4	0,8	6,2	5,9	4,4	0,2	1,4
Canadá	157	22	8	6	6	4,9	2,9	0,9	1,9	33	10	2,0	1,8	2,2	1,7	1,7	1,5	-0,1
Chad	4	257	208	189	169	1,1	1,0	1,0	1,0	19	10	-0,9	3,1	6,5	6,7	5,9	-0,1	0,6
Chile	141	82	19	11	9	7,4	5,5	2,0	3,6	53	19	1,5	3,4	4,0	2,6	1,8	2,1	1,7
China	115	117	49	35	15	4,3	3,3	7,9	5,8	70	58	6,6	9,3	5,5	2,3	1,6	4,3	1,9
Chipre	184	–	11	7	3	–	5,3	6,7	6,0	72	52	5,9 x	2,0	2,6	2,4	1,5	0,4	2,4
Colombia	102	105	34	25	18	5,6	3,2	3,1	3,2	48	29	1,9	1,6	5,6	3,1	2,3	2,9	1,3
Comoras	33	219	122	100	79	2,9	2,0	2,1	2,0	35	20	-0,1 x	-0,8	7,1	5,6	4,9	1,2	0,7
Congo	25	152	119	109	99	1,2	0,9	0,9	0,9	17	9	3,3	0,4	6,3	5,4	4,5	0,8	0,8
Costa Rica	135	71	17	13	10	7,1	2,9	2,2	2,5	41	22	0,7	2,6	5,0	3,2	1,8	2,3	2,6
Côte d'Ivoire	17	233	151	139	115	2,2	0,9	1,7	1,3	24	17	-1,7	-0,6	7,9	6,3	4,3	1,2	1,7
Croacia	165	–	13	8	5	–	4,3	4,5	4,4	60	39	–	2,8	2,0	1,7	1,5	0,9	0,6
Cuba	157	41	13	9	6	5,6	4,5	3,5	4,0	56	32	3,9	3,0 x	4,0	1,8	1,5	4,2	0,9
Dinamarca	169	16	9	6	4	3,2	4,4	3,8	4,1	57	34	2,0	1,4	2,1	1,7	1,9	1,2	-0,6
Djibouti	26	–	122	106	90	–	1,4	1,5	1,5	26	15	–	-1,4 x	7,4	6,2	3,7	0,9	2,5
Dominica	128	54	17	15	12	5,7	1,6	2,1	1,8	32	21	5,2 x	2,2	–	–	–	–	–
Ecuador	86	138	52	34	23	4,8	4,3	3,7	4,0	56	33	1,3	1,5	6,3	3,7	2,4	2,7	1,9
Egipto	91	237	86	44	21	5,1	6,6	6,8	6,7	75	52	4,3	2,8	5,9	4,4	2,7	1,6	2,3
El Salvador	115	158	60	34	15	4,8	5,7	7,3	6,6	75	55	-1,9	2,4	6,2	4,0	2,2	2,3	2,8
Emiratos Árabes Unidos	151	92	22	12	7	7,1	5,9	5,7	5,8	70	46	-4,3 x	-1,9	6,6	4,4	1,7	2,0	4,5
Eritrea	41	247	138	98	68	2,9	3,4	3,4	3,4	51	31	–	-0,8 x	6,6	6,2	4,4	0,3	1,7
Eslovaquia	145	–	18	12	8	–	4,2	3,7	3,9	56	34	–	3,7	2,5	2,0	1,3	1,0	2,0
Eslovenia	184	–	10	5	3	–	6,6	6,0	6,2	73	48	–	3,2	2,3	1,5	1,5	2,0	0,1
España	169	29	11	7	4	4,9	5,0	4,1	4,5	61	36	1,9	1,9	2,9	1,3	1,5	3,8	-0,5
Estado de Palestina	87	–	43	30	22	–	3,6	2,8	3,2	49	27	–	-2,4 x	7,9	6,5	4,4	0,9	1,9
Estados Unidos	145	23	11	9	8	3,6	2,8	1,1	2,0	34	12	2,1	1,7	2,2	1,9	2,1	0,7	-0,3
Estonia	169	–	20	11	4	–	6,2	9,7	8,1	82	66	–	5,5 x	2,1	1,9	1,7	0,4	0,6
Etiopía	36	230	198	139	77	0,7	3,6	5,3	4,5	61	44	–	3,3	6,8	7,1	4,0	-0,2	2,7
ex República Yugoslava de Macedonia	135	–	38	16	10	–	8,4	4,8	6,5	74	41	–	1,2	3,1	2,1	1,4	1,9	1,9
Federación de Rusia	128	40	27	21	12	2,0	2,5	5,3	4,0	56	44	–	2,3	2,0	1,9	1,5	0,3	1,0
Fiji	107	53	30	22	16	2,9	2,8	2,8	2,8	45	26	0,6	1,3	4,5	3,4	2,6	1,5	1,2

Países y zonas	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años				Tasa media anual de reducción (%)[a] Tasa de mortalidad de menores de 5 años				Reducción desde 1990 (%)[a]	Reducción desde 2000 (%)[a]	Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa total de fecundidad			Tasa media anual de reducción (%) Tasa total de fecundidad	
		1970	1990	2000	2011	1970–1990	1990–2000	2000–2011	1990–2011			1970–1990	1990–2011	1970	1990	2011	1970–1990	1990–2011
Filipinas	83	88	57	39	25	2,2	3,8	3,9	3,8	55	35	0,5	1,9	6,3	4,3	3,1	1,9	1,6
Finlandia	184	16	7	4	3	4,4	4,4	3,6	4,0	57	33	2,9	2,5	1,9	1,7	1,9	0,3	-0,3
Francia	169	18	9	5	4	3,6	4,9	2,5	3,6	53	24	2,1	1,2	2,5	1,8	2,0	1,8	-0,6
Gabón	44	–	94	82	66	–	1,4	2,1	1,7	31	20	0,2	-0,7	4,7	5,2	3,2	-0,5	2,3
Gambia	23	286	165	130	101	2,8	2,3	2,4	2,3	39	23	0,6	0,9	6,1	6,1	4,8	0,0	1,1
Georgia	91	–	47	33	21	–	3,6	4,2	3,9	56	37	3,1	2,7	2,6	2,2	1,5	0,9	1,6
Ghana	34	183	121	99	78	2,1	2,0	2,2	2,1	36	21	-2,0	2,5	7,0	5,6	4,1	1,1	1,5
Granada	125	–	21	16	13	–	2,9	1,9	2,4	39	18	4,2 x	2,9	4,6	3,8	2,2	0,9	2,6
Grecia	169	38	13	8	4	5,5	5,0	5,1	5,0	65	43	1,3	2,2	2,4	1,4	1,5	2,5	-0,3
Guatemala	74	172	78	48	30	4,0	4,8	4,2	4,5	61	37	0,2	1,3	6,2	5,6	3,9	0,6	1,7
Guinea	12	316	228	175	126	1,6	2,7	3,0	2,8	45	28	–	2,9	6,8	6,7	5,2	0,1	1,3
Guinea-Bissau	7	242	210	186	161	0,7	1,2	1,3	1,3	24	14	0,0	-1,2	6,1	6,6	5,0	-0,5	1,4
Guinea Ecuatorial	16	–	190	152	118	–	2,2	2,3	2,3	38	22	–	18,2	5,7	5,9	5,1	-0,2	0,7
Guyana	68	78	63	49	36	1,0	2,5	2,8	2,7	43	27	-1,3	2,8 x	5,6	2,6	2,2	3,8	0,7
Haití	40	229	143	102	70	2,3	3,4	3,4	3,4	51	31	–	-1,0 x	5,8	5,4	3,3	0,3	2,4
Honduras	91	156	55	35	21	5,2	4,5	4,5	4,5	61	39	0,8	1,6	7,3	5,1	3,1	1,7	2,4
Hungría	157	43	19	11	6	4,2	5,3	5,1	5,2	66	43	3,0	2,5	2,0	1,8	1,4	0,6	1,2
India	49	189	114	88	61	2,5	2,6	3,3	3,0	46	30	2,0	4,9	5,5	3,9	2,6	1,7	2,0
Indonesia	71	164	82	53	32	3,5	4,4	4,6	4,5	61	39	4,6	2,7	5,5	3,1	2,1	2,8	1,9
Irán (República Islámica de)	83	203	61	44	25	6,0	3,3	5,1	4,3	59	43	-2,3	2,7 x	6,5	4,8	1,6	1,5	5,1
Iraq	67	115	46	43	38	4,6	0,7	1,1	0,9	18	11	–	-1,9 x	7,4	6,0	4,6	1,0	1,2
Irlanda	169	23	9	7	4	4,6	2,5	5,1	3,9	56	43	–	0,6 x	3,8	2,0	2,1	3,2	-0,3
Islandia	184	16	6	4	3	4,6	4,8	4,0	4,4	60	36	3,2	2,1	3,0	2,2	2,1	1,6	0,1
Islas Cook	135	61	19	17	10	5,8	1,1	5,3	3,3	50	44	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	80	98	52	38	26	3,2	3,2	3,3	3,3	50	30	–	0,5	–	–	–	–	–
Islas Salomón	87	102	42	31	22	4,5	3,2	3,1	3,1	48	29	–	-0,9	6,9	5,9	4,2	0,8	1,6
Israel	169	–	12	7	4	–	5,1	4,3	4,7	63	38	1,9	1,8	3,8	3,0	2,9	1,2	0,1
Italia	169	33	10	6	4	6,1	5,5	3,8	4,6	62	34	2,8	0,8	2,5	1,3	1,4	3,2	-0,5
Jamaica	102	63	35	26	18	3,0	3,0	3,0	3,0	47	28	-1,3	0,5	5,5	2,9	2,3	3,1	1,2
Japón	184	18	6	5	3	5,1	3,5	2,5	3,0	47	24	3,4	0,7	2,1	1,6	1,4	1,5	0,6
Jordania	91	97	37	28	21	4,8	2,7	2,7	2,7	44	26	2,5 x	2,6	7,9	5,8	3,0	1,6	3,1
Kazajstán	78	79	57	42	28	1,7	3,0	3,7	3,3	50	33	–	4,1	3,5	2,8	2,5	1,1	0,5
Kenya	38	153	98	113	73	2,2	-1,5	4,0	1,4	26	36	1,2	0,4	8,1	6,0	4,7	1,5	1,2
Kirguistán	72	143	70	47	31	3,6	3,9	4,0	4,0	56	35	–	0,7	4,9	3,9	2,7	1,2	1,8
Kiribati	58	154	88	65	47	2,8	2,9	2,9	2,9	46	27	-5,3	1,1	–	–	–	–	–
Kuwait	133	60	17	13	11	6,4	2,9	1,4	2,1	36	14	-6,7 x	1,4 x	7,2	2,6	2,3	5,1	0,6
Lesotho	29	177	88	117	86	3,5	-2,9	2,8	0,1	2	27	2,4	2,3	5,8	4,9	3,1	0,8	2,1
Letonia	145	–	21	17	8	–	1,7	6,7	4,3	60	52	3,4	4,4	1,9	1,9	1,5	0,0	1,2
Líbano	141	57	33	19	9	2,7	5,6	6,5	6,0	72	51	–	2,5	5,1	3,1	1,8	2,4	2,7
Liberia	34	280	241	164	78	0,7	3,9	6,7	5,4	68	52	-4,0	5,5	6,7	6,5	5,2	0,1	1,1
Libia	107	139	44	27	16	5,7	4,9	4,7	4,8	63	40	–	–	7,6	4,8	2,5	2,3	3,1
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2,2	3,0 x	–	–	–	–	–
Lituania	157	26	17	12	6	2,0	3,9	6,6	5,3	67	52	–	3,6	2,3	2,0	1,5	0,7	1,4
Luxemburgo	184	22	8	5	3	4,7	5,4	3,9	4,6	62	35	2,6	2,7	2,0	1,6	1,7	1,1	-0,3
Madagascar	47	176	161	104	62	0,4	4,4	4,8	4,6	62	41	-2,3	-0,3	7,3	6,3	4,6	0,8	1,5
Malasia	151	54	17	11	7	5,8	4,8	4,4	4,6	62	39	4,0	3,1	4,9	3,5	2,6	1,6	1,4
Malawi	31	334	227	164	83	1,9	3,2	6,2	4,8	64	50	0,0	1,3	7,3	6,8	6,0	0,4	0,6
Maldivas	133	266	105	53	11	4,6	6,9	14,5	10,9	90	80	–	5,8 x	7,2	6,1	1,7	0,8	6,1
Malí	3	373	257	214	176	1,9	1,8	1,8	1,8	32	18	0,1	2,1	6,9	7,1	6,2	-0,1	0,6
Malta	157	27	11	8	6	4,4	3,7	2,5	3,1	48	24	6,0	2,4	2,0	2,1	1,3	-0,2	2,2
Marruecos	69	177	81	53	33	3,9	4,3	4,3	4,3	60	38	1,9	2,5	7,1	4,0	2,2	2,8	2,8
Mauricio	115	85	24	19	15	6,3	2,5	1,9	2,2	37	19	3,2 x	3,5	4,0	2,3	1,6	2,7	1,7
Mauritania	18	197	125	118	112	2,3	0,6	0,5	0,5	10	5	-1,1	1,3	6,8	5,9	4,5	0,7	1,4
México	107	108	49	29	16	4,0	5,2	5,6	5,4	68	46	1,7	1,3	6,7	3,4	2,3	3,4	1,9
Micronesia (Estados Federados de)	63	–	56	49	42	–	1,5	1,4	1,5	26	15	–	0,4	6,9	5,0	3,4	1,7	1,8
Mónaco	169	–	8	5	4	–	4,2	2,4	3,3	50	24	1,4	2,1 x	–	–	–	–	–
Mongolia	72	–	107	63	31	–	5,2	6,6	5,9	71	52	–	3,3	7,6	4,1	2,5	3,1	2,4
Montenegro	151	–	18	13	7	–	3,3	5,1	4,3	59	43	–	3,4 x	2,4	1,9	1,6	1,2	0,6
Mozambique	22	275	226	172	103	1,0	2,7	4,7	3,7	54	40	-1,0 x	4,3	6,6	6,2	4,8	0,3	1,2
Myanmar	47	172	107	84	62	2,4	2,5	2,6	2,6	42	25	1,6	7,4 x	6,1	3,4	2,0	2,8	2,6
Namibia	63	113	73	74	42	2,2	-0,1	5,2	2,7	43	44	-2,1 x	1,9	6,5	5,2	3,2	1,1	2,4
Nauru	66	–	40	40	40	–	0,0	0,0	0,0	0	0	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	57	249	135	83	48	3,1	4,8	5,0	4,9	64	42	1,1	1,9	6,1	5,2	2,7	0,8	3,2

Países y zonas	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años				Tasa media anual de reducción (%)θ Tasa de mortalidad de menores de 5 años				Reducción desde 1990 (%)θ	Reducción desde 2000 (%)θ	Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa total de fecundidad			Tasa media anual de reducción (%) Tasa total de fecundidad	
		1970	1990	2000	2011	1970–1990	1990–2000	2000–2011	1990–2011			1970–1990	1990–2011	1970	1990	2011	1970–1990	1990–2011
Nicaragua	80	161	66	42	26	4,5	4,5	4,6	4,5	61	39	-3,7	1,9	6,9	4,8	2,6	1,9	2,9
Níger	13	324	314	216	125	0,2	3,8	5,0	4,4	60	42	-2,0	-0,2	7,4	7,8	7,0	-0,3	0,5
Nigeria	14	259	214	188	124	1,0	1,3	3,8	2,6	42	34	-1,3	2,1	6,5	6,4	5,5	0,1	0,7
Niue	91	–	14	29	21	–	-7,3	3,0	-1,9	-49	28	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	184	16	8	5	3	3,3	5,4	4,2	4,7	63	37	3,2	2,0	2,5	1,9	1,9	1,5	-0,2
Nueva Zelandia	157	21	11	7	6	3,1	4,1	2,1	3,0	47	20	1,1 x	1,8 x	3,1	2,1	2,2	2,0	-0,2
Omán	141	195	48	22	9	7,1	7,8	8,3	8,1	82	60	3,1	2,7	7,3	7,2	2,2	0,1	5,5
Países Bajos	169	16	8	6	4	3,2	2,9	4,0	3,5	52	35	1,6	1,9	2,4	1,6	1,8	2,2	-0,6
Pakistán	39	182	122	95	72	2,0	2,5	2,5	2,5	41	24	2,6	1,9	6,6	6,0	3,3	0,5	2,8
Palau	100	–	32	25	19	–	2,6	2,6	2,6	42	25	–	-0,1 x	–	–	–	–	–
Panamá	98	62	33	26	20	3,1	2,6	2,5	2,5	41	24	0,3	3,4	5,3	3,0	2,5	2,8	1,0
Papua Nueva Guinea	50	151	88	72	58	2,7	2,0	2,0	2,0	34	19	-1,0	0,1	6,2	4,8	3,9	1,2	1,0
Paraguay	87	75	53	35	22	1,7	4,0	4,1	4,1	57	37	3,1	0,3	5,7	4,5	2,9	1,2	2,1
Perú	102	158	75	39	18	3,7	6,6	7,0	6,8	76	53	-0,6	3,2	6,3	3,8	2,5	2,5	2,1
Polonia	157	36	17	10	6	3,6	5,9	4,6	5,2	66	40	–	4,4	2,2	2,0	1,4	0,4	1,8
Portugal	184	66	15	7	3	7,5	7,1	6,8	6,9	77	53	2,5	1,5	3,0	1,5	1,3	3,3	0,7
Qatar	145	57	20	13	8	5,2	4,7	4,5	4,6	62	39	–	0,8 x	6,9	4,2	2,2	2,5	3,0
Reino Unido	165	21	9	7	5	4,1	3,3	2,3	2,8	45	23	2,1	2,4	2,3	1,8	1,9	1,2	-0,1
República Árabe Siria	115	113	36	23	15	5,7	4,6	3,6	4,1	58	33	2,2	1,8 x	7,6	5,3	2,9	1,8	3,0
República Centroafricana	6	226	169	172	164	1,5	-0,2	0,5	0,2	3	5	-1,3	-0,5	6,0	5,8	4,5	0,1	1,1
República Checa	169	–	14	7	4	–	7,6	4,9	6,2	73	42	–	2,7	2,0	1,8	1,5	0,6	1,0
República de Corea	165	49	8	6	5	9,4	2,7	1,6	2,1	36	16	6,2	4,1	4,5	1,6	1,4	5,2	0,8
República de Moldova	107	70	35	24	16	3,5	3,8	3,6	3,7	54	33	1,8 x	-0,1	2,6	2,4	1,5	0,3	2,4
República Democrática del Congo	5	244	181	181	168	1,5	0,0	0,7	0,4	8	8	-2,2	-2,6	6,2	7,1	5,7	-0,7	1,1
República Democrática Popular Lao	63	–	148	81	42	–	6,0	6,0	6,0	72	48	–	4,7	6,0	6,2	2,7	-0,1	4,0
República Dominicana	83	122	58	39	25	3,7	4,1	4,0	4,1	58	36	2,1	3,9	6,2	3,5	2,5	2,9	1,5
República Popular Democrática de Corea	69	–	45	58	33	–	-2,5	5,0	1,4	26	42	–	–	4,0	2,4	2,0	2,6	0,9
República Unida de Tanzanía	41	208	158	126	68	1,4	2,2	5,7	4,0	57	47	–	2,5	6,8	6,2	5,5	0,4	0,6
Rumania	125	64	37	27	13	2,7	3,3	6,9	5,2	67	53	0,9 x	2,8	2,9	1,9	1,4	2,1	1,5
Rwanda	51	223	156	183	54	1,8	-1,6	11,1	5,1	65	70	1,2	2,3	8,1	7,0	5,3	0,7	1,3
Saint Kitts y Nevis	151	71	28	16	7	4,6	5,5	7,2	6,4	74	55	6,3 x	1,6	–	–	–	–	–
Samoa	100	–	30	23	19	–	2,6	1,8	2,2	37	18	–	2,8	6,1	4,8	3,8	1,2	1,1
San Marino	195	–	12	5	2	–	8,1	9,8	9,0	85	66	1,7	3,2 x	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	91	96	27	22	21	6,5	1,9	0,4	1,1	21	5	3,3	3,2	6,0	3,0	2,0	3,6	1,8
Santa Lucía	107	63	23	18	16	5,2	2,2	1,4	1,7	31	14	5,3 x	0,7	6,1	3,4	2,0	2,9	2,6
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	28	96	96	93	89	0,0	0,4	0,4	0,4	8	4	–	–	6,5	5,4	3,6	0,9	1,9
Senegal	45	295	136	130	65	3,9	0,4	6,4	3,5	52	50	-0,5	1,1	7,4	6,6	4,7	0,5	1,6
Serbia	151	–	29	13	7	–	8,1	5,3	6,6	75	44	–	1,4	2,4	2,1	1,6	0,6	1,4
Seychelles	122	66	17	14	14	6,9	1,8	0,0	0,9	17	0	2,9	2,0	–	–	–	–	–
Sierra Leona	1	342	267	241	185	1,2	1,0	2,4	1,7	31	23	-0,5	1,1	5,9	5,7	4,9	0,1	0,7
Singapur	184	27	8	4	3	6,4	6,5	3,7	5,0	65	33	5,9	3,5	3,2	1,8	1,3	2,9	1,5
Somalia	2	–	180	180	180	–	0,0	0,0	0,0	0	0	-0,8	–	7,2	6,6	6,3	0,4	0,2
Sri Lanka	128	76	29	19	12	4,8	4,1	4,1	4,1	58	36	3,0	4,1	4,3	2,5	2,3	2,8	0,4
Sudáfrica	58	–	62	74	47	–	-1,7	4,2	1,4	25	37	0,1	1,3	5,6	3,7	2,4	2,1	2,0
Sudán[σ]	29	148	123	104	86	0,9	1,7	1,7	1,7	30	17	–	–	–	–	–	–	–
Sudán del Sur[σ]	15	302	217	165	121	1,6	2,8	2,8	2,8	45	27	–	–	–	–	–	–	–
Suecia	184	13	7	4	3	3,4	4,9	3,5	4,2	58	32	1,8	2,2	2,0	2,0	1,9	0,1	0,2
Suiza	169	18	8	6	4	4,1	3,5	2,4	2,9	46	23	1,7 x	0,9	2,1	1,5	1,5	1,6	0,1
Suriname	74	–	52	40	30	–	2,6	2,7	2,7	43	26	-2,2 x	1,7 x	5,7	2,7	2,3	3,6	0,8
Swazilandia	21	181	83	114	104	3,9	-3,2	0,9	-1,0	-24	9	3,1	1,8	6,9	5,7	3,3	0,9	2,7
Tailandia	128	102	35	19	12	5,3	6,4	3,7	5,0	65	34	4,7	2,8	5,6	2,1	1,6	4,9	1,4
Tayikistán	46	–	114	95	63	–	1,9	3,7	2,8	45	33	–	0,2	6,9	5,2	3,2	1,4	2,2
Timor-Leste	51	–	180	109	54	–	5,0	6,4	5,7	70	51	–	1,9 x	5,9	5,3	6,1	0,5	-0,6
Togo	19	220	147	128	110	2,0	1,4	1,4	1,4	25	14	-0,3	-0,1	7,1	6,3	4,0	0,6	2,2
Tonga	115	43	25	20	15	2,9	2,2	2,2	2,2	37	21	–	1,5	5,9	4,6	3,9	1,2	0,9
Trinidad y Tabago	78	52	37	32	28	1,7	1,4	1,3	1,4	25	14	0,5	4,8	3,5	2,4	1,6	1,8	1,9
Túnez	107	181	51	30	16	6,3	5,5	5,5	5,5	68	45	2,5	3,3	6,6	3,6	2,0	3,0	2,9
Turkmenistán	54	–	94	71	53	–	2,8	2,8	2,8	44	26	–	5,8	6,3	4,3	2,4	1,9	2,9
Turquía	115	194	72	35	15	5,0	7,1	7,7	7,4	79	57	2,0	2,4	5,5	3,0	2,1	3,0	1,9

Países y zonas	Ordenación por categoría de la TMM5	Tasa de mortalidad de menores de 5 años				Tasa media anual de reducción (%)θ Tasa de mortalidad de menores de 5 años				Reducción desde 1990 (%)θ	Reducción desde 2000 (%)θ	Tasa media anual de crecimiento del PIB per cápita (%)		Tasa total de fecundidad			Tasa media anual de reducción (%) Tasa total de fecundidad	
		1970	1990	2000	2011	1970–1990	1990–2000	2000–2011	1990–2011			1970–1990	1990–2011	1970	1990	2011	1970–1990	1990–2011
Tuvalu	74	–	58	43	30	–	2,9	3,3	3,1	48	30	–	2,1	–	–	–	–	–
Ucrania	135	34	19	19	10	2,8	0,4	5,6	3,1	48	46	–	0,6	2,1	1,9	1,5	0,6	1,2
Uganda	26	190	178	141	90	0,3	2,4	4,1	3,3	49	36	–	3,7	7,1	7,1	6,1	0,0	0,8
Uruguay	135	55	23	17	10	4,3	3,0	4,6	3,8	55	40	0,9	2,1	2,9	2,5	2,1	0,7	0,9
Uzbekistán	56	–	75	61	49	–	2,1	2,1	2,1	35	20	–	2,5	6,5	4,2	2,3	2,2	2,8
Vanuatu	125	102	39	23	13	4,9	5,2	5,0	5,1	66	43	1,2 x	0,6	6,3	4,9	3,8	1,2	1,2
Venezuela (República Bolivariana de)	115	61	31	22	15	3,4	3,3	3,6	3,4	51	33	-1,7	0,4	5,4	3,4	2,4	2,2	1,7
Viet Nam	87	–	50	34	22	–	3,9	4,1	4,0	57	36	–	6,0	7,4	3,6	1,8	3,6	3,3
Yemen	36	293	126	99	77	4,2	2,4	2,4	2,4	39	23	–	1,1	7,5	8,7	5,1	-0,7	2,5
Zambia	31	179	193	154	83	-0,4	2,3	5,6	4,0	57	46	-2,3	0,8	7,4	6,5	6,3	0,7	0,1
Zimbabwe	43	119	79	106	67	2,0	-2,9	4,1	0,8	15	37	-0,4	-3,0	7,4	5,2	3,2	1,8	2,3
MEMORÁNDUM																		
Sudán y Sudán del Surσ	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	0,1	3,4	6,6	6,0	4,3	0,5	1,5
DATOS CONSOLIDADOS#																		
África subsahariana		236	178	154	109	1,4	1,5	3,1	2,3	39	29	0,0	2,0	6,7	6,2	4,9	0,3	1,2
África oriental y meridional		214	162	135	84	1,4	1,8	4,3	3,1	48	38	0,3	1,9	6,8	6,0	4,5	0,6	1,4
África occidental y central		259	197	175	132	1,4	1,2	2,6	1,9	33	24	-0,5	2,0	6,6	6,5	5,3	0,1	1,0
África septentrional y Oriente Medio		190	72	52	36	4,8	3,4	3,3	3,3	50	30	-0,1	0,8	6,7	5,0	2,8	1,5	2,8
Asia meridional		195	119	89	62	2,5	2,9	3,3	3,1	48	30	2,0	4,5	5,7	4,2	2,7	1,6	2,1
Asia Oriental y Pacífico		120	55	39	20	3,9	3,4	5,9	4,7	63	48	5,6	7,5	5,6	2,6	1,8	3,8	1,8
América Latina y el Caribe		117	53	34	19	4,0	4,4	5,2	4,8	64	44	1,4	1,7	5,3	3,2	2,2	2,5	1,8
ECE/CEI		88	48	35	21	3,1	3,2	4,6	3,9	56	40	–	2,5	2,8	2,3	1,8	0,9	1,3
Países menos adelantados		238	171	136	98	1,7	2,3	3,0	2,7	43	28	-0,1	3,1	6,7	5,9	4,2	0,6	1,7
Mundo		141	87	73	51	2,4	1,8	3,2	2,5	41	29	2,4	2,6	4,7	3,2	2,4	1,9	1,3

σ 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 correspondientes a la mayoría de los indicadores como Estados separados. Los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión (véase el punto Memorándum).

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 98.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Tasa de mortalidad de menores de 5 años – Probabilidad de muerte desde el nacimiento hasta la edad de 5 años, expresada por cada 1.000 nacidos vivos.

Reducción desde 1990 – Porcentaje de reducción de la tasa de mortalidad de menores de 5 años (TMM5) desde 1990 hasta 2011. La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas estableció en 2000 la meta de reducir en dos terceras partes (67%) la TMM5 desde 1990 a 2015. Por tanto, este indicador ofrece una evaluación actual de los progresos hacia esta meta.

PIB per cápita – El Producto Interno Bruto (PIB) es la suma del valor agregado por todos los productores residentes, más cualquier impuesto a los productos (menos subsidios) que no haya sido incluido en la valoración de la producción. El PIB per cápita es el producto interno bruto dividido por la población a mediados del año. El crecimiento se calcula sobre la base de los datos del PIB a precios constantes, en moneda local.

Tasa global de fecundidad – Número de niños que nacerían por mujer si viviera hasta el final de sus años de fecundidad y tuviera hijos a cada edad según las tasas prevalentes de fecundidad para cada edad.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Tasa de mortalidad de menores de 5 años – Grupo Interinstitucional para las Estimaciones sobre Mortalidad (UNICEF, Organización Mundial de la Salud, División de Población de las Naciones Unidas y el Banco Mundial).

PIB per cápita – Banco Mundial.

Fecundidad – División de Población de las Naciones Unidas.

NOTAS

– Datos no disponibles.

θ Un valor negativo indica un aumento de la tasa de mortalidad de menores de 5 años.

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.

TABLA 11: ADOLESCENTES

Países y zonas	Población de 10–19 años		Adolescentes actualmente casados o en unión (%) 2002–2011*		Nacimientos a los 18 años (%) 2007–2011*	Tasa de partos entre las adolescentes 2006–2010*	Justificación de golpear a la mujer entre los adolescentes (%) 2002–2011*		Uso de medios de difusión entre los adolescentes (%) 2002–2011*		Tasa bruta de matriculación en la secundaria de primer ciclo 2008–2011*	Tasa bruta de matriculación en la secundaria superior 2008–2011*	Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes (%) 2007–2011*	
	Total (miles) 2011	Proporción del total de la población (%) 2011	hombre	mujer			hombre	mujer	hombre	mujer			hombre	mujer
Afganistán	8.015	25	–	20	26	90	–	84	–	–	62	27	–	–
Albania	551	17	1	8	3	11	37	24	97	99	95	81	21	36
Alemania	8.059	10	–	–	–	9	–	–	–	–	101	107	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	5	–	–	–	–	88	84	–	–
Angola	4.720	24	–	–	–	165 x	–	–	–	–	39	22	–	–
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	67 x	–	–	–	–	122	80	55	40
Arabia Saudita	4.926	18	–	–	–	7	–	–	–	–	106	95	–	–
Argelia	6.425	18	–	2	–	4	–	66	–	–	133	50	–	12 x
Argentina	6.769	17	–	–	–	68	–	–	–	–	109	68	–	–
Armenia	435	14	1	8	2	28	21	8	94	92	96	85	4	10
Australia	2.917	13	–	–	–	16	–	–	–	–	113	167	–	–
Austria	929	11	–	–	–	10	–	–	–	–	102	96	–	–
Azerbaiyán	1.378	15	0	10	4 x	41	63	39	97	95	92	75	2 x	3 x
Bahamas	58	17	–	–	–	41	–	–	–	–	101	90	–	–
Bahrein	153	11	–	–	–	12	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	31.601	21	–	46	40	133 x	–	41	–	63 y	66	40	–	7
Barbados	38	14	–	–	–	50	–	–	–	–	99	103	–	–
Belarús	1.025	11	–	4	3 x	21	–	–	–	–	–	–	–	–
Bélgica	1.207	11	–	–	–	11	–	–	–	–	114	109	–	–
Belice	73	23	–	15	19 x	90 x	–	11	–	–	–	–	–	39 x
Benin	2.094	23	2	22	23 x	114 x	12	41	83	64	–	–	31 x	17 x
Bhután	148	20	–	15	15	59	–	70	–	–	78	42	–	22
Bolivia (Estado Plurinacional de)	2.232	22	4	13	20	89 x	–	17	100	97	94	73	24	22
Bosnia y Herzegovina	434	12	–	7	–	17	–	4	–	–	99	84	–	45 x
Botswana	434	21	–	–	–	51	–	–	–	–	91	68	–	–
Brasil	33.906	17	–	25	–	71	–	–	–	–	–	–	–	–
Brunei Darussalam	65	16	–	–	–	18	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	696	9	–	–	–	48	–	–	–	–	83	94	–	–
Burkina Faso	3.978	23	2	32	28	130	40	39	61	55	28	9	31	29
Burundi	1.946	23	1	9	11	65	56	74	83	69	34	13	45	43
Cabo Verde	113	23	2	8	22 x	92 x	24	23	88	88	109	67	–	–
Camboya	3.222	23	2	10	7	48	25 y	42 y	73	76	60	–	41	43
Camerún	4.481	22	–	22	33 x	127	–	58	77	61	–	–	–	32 x
Canadá	4.137	12	–	–	–	14	–	–	–	–	99	102	–	–
Chad	2.690	23	–	48	47	193 x	–	59	55	24	29	18	–	10
Chile	2.769	16	–	–	–	54	–	–	–	–	100	82	–	–
China	195.432	15	–	–	–	6	–	–	–	–	92	71	–	–
Chipre	153	14	–	–	–	4	–	–	–	–	102	96	–	–
Colombia	8.759	19	–	14	20	85	–	–	–	–	105	80	–	21
Comoras	161	21	–	–	–	95 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Congo	909	22	2	19	29 x	132 x	–	76	75	63	–	–	18	8
Costa Rica	832	18	3	11	9	67	–	–	–	–	116	75	–	–
Côte d'Ivoire	4.653	23	2	20	29 x	111	–	63	86	75	–	–	–	–
Croacia	490	11	–	–	–	13	–	–	–	–	105	87	–	–
Cuba	1.454	13	–	20	9	51	–	–	–	–	94	85	–	54
Dinamarca	701	13	–	–	–	6	–	–	–	–	116	119	–	–
Djibouti	202	22	–	4	–	27 x	–	–	–	–	44	25	–	16 x
Dominica	–	–	–	–	–	48	–	–	–	–	108	84	–	–
Ecuador	2.843	19	–	16	–	100 x	–	–	–	–	85	65	–	–
Egipto	15.964	19	–	13	7	50 x	–	50 y	–	97 y	94	51	16	3
El Salvador	1.440	23	–	21	–	65	–	–	–	–	86	44	–	–
Emiratos Árabes Unidos	898	12	–	–	–	34	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	1.171	22	–	29	25 x	–	–	70	–	85	44	22	–	–
Eslovaquia	635	12	–	–	–	21	–	–	–	–	91	88	–	–
Eslovenia	193	9	–	–	–	5	–	–	–	–	96	98	–	–
España	4.299	9	–	–	–	13	–	–	–	–	120	133	–	–
Estado de Palestina	1.040	25	1	13	–	60	–	–	–	–	88	78	–	–
Estados Unidos	41.478	13	–	–	–	39	–	–	–	–	103	90	–	–
Estonia	133	10	–	–	–	21	–	–	–	–	105	103	–	–
Etiopía	20.948	25	2	19	22	79	51	64	42	38	45	16	32	24
ex República Yugoslava de Macedonia	280	14	–	4	2	20	–	14	–	–	90	78	–	23 x
Federación de Rusia	14.023	10	–	–	–	30	–	–	–	–	90	86	–	–
Fiji	159	18	–	–	–	31 x	–	–	–	–	100	69	–	–

Países y zonas	Población de 10–19 años		Adolescentes actualmente casados o en unión (%) 2002–2011*		Nacimientos a los 18 años (%) 2007–2011*	Tasa de partos entre las adolescentes 2006–2010*	Justificación de golpear a la mujer entre los adolescentes (%) 2002–2011*		Uso de medios de difusión entre los adolescentes (%) 2002–2011*		Tasa bruta de matriculación en la secundaria de primer ciclo 2008–2011*	Tasa bruta de matriculación en la secundaria superior 2008–2011*	Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes (%) 2007–2011*	
	Total (miles) 2011	Proporción del total de la población (%) 2011	hombre	mujer			hombre	mujer	hombre	mujer			hombre	mujer
Filipinas	20.508	22	–	10	7	53	–	15	–	94	88	76	–	19
Finlandia	627	12	–	–	–	8	–	–	–	–	99	115	–	–
Francia	7.482	12	–	–	–	12	–	–	–	–	110	117	–	–
Gabón	346	23	2 x	18 x	35 x	–	–	–	89 x	83 x	–	–	–	–
Gambia	421	24	–	24	23	104 x	–	74	–	–	63	45	–	33
Georgia	541	13	–	11	6	44	–	5	–	–	93	81	–	–
Ghana	5.412	22	1	7	16	70	37	53	90	85	83	39	30	28
Granada	20	20	–	–	–	53 x	–	–	–	–	121	89	–	–
Grecia	1.087	10	–	–	–	12	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	3.467	23	–	20	22	92	–	–	–	–	65	48	24	20
Guinea	2.334	23	3	36	44 x	153 x	–	79	66	55	46	26	–	–
Guinea–Bissau	349	23	–	19	31 x	137	–	39 y	–	–	–	–	–	12
Guinea Ecuatorial	154	21	–	–	–	128 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	181	24	1	16	16	97	25	18	94	94	99	78	45	53
Haití	2.270	22	2	17	15 x	69 x	–	29	88	83	–	–	34 x	31 x
Honduras	1.777	23	–	20	26 x	108 x	–	18	–	98	75	71	–	28 x
Hungría	1.072	11	–	–	–	19	–	–	–	–	99	98	–	–
India	243.492	20	5	30	22 x	39	57	53	88	72	81	50	35 x	19 x
Indonesia	42.771	18	–	14	10	52 x	–	41 y	–	79 y	92	63	2 y	6
Irán (República Islámica de)	12.015	16	–	16	–	31	–	–	–	–	98	87	–	–
Iraq	7.490	23	–	19	–	68	–	57	–	–	–	–	–	3 x
Irlanda	567	13	–	–	–	16	–	–	–	–	110	138	–	–
Islandia	45	14	–	–	–	15	–	–	–	–	97	115	–	–
Islas Cook	–	–	–	–	–	47 x	–	–	–	–	97	67	–	–
Islas Marshall	–	–	5	21	21	105	71	47	86	85	110	92	35	27
Islas Salomón	121	22	0	13	15	70 x	73	72	71	54	–	–	26	29
Israel	1.206	16	–	–	–	14	–	–	–	–	94	110	–	–
Italia	5.742	9	–	–	–	7	–	–	–	–	107	97	–	–
Jamaica	562	21	–	5	16	72	28 y	4 y	–	–	91	95	52 y	61 y
Japón	11.799	9	–	–	–	5	–	–	–	–	103	102	–	–
Jordania	1.418	23	–	7	4	32	–	91 y	–	97 y	94	73	–	12
Kazajstán	2.402	15	1	5	3 x	31	14	9	99	99	105	80	–	22 x
Kenya	9.322	22	0	12	26	106	54	57	91	81	91	44	52	42
Kirguistán	1.082	20	–	8	2 x	31	–	28	–	–	94	62	–	19 x
Kiribati	–	–	5	16	9	39 x	65	77	58	57	99	72	46	41
Kuwait	394	14	–	–	–	14	–	–	–	–	110	89	–	–
Lesotho	531	24	1	16	13	92	54	48	64	69	58	29	28	35
Letonia	216	10	–	–	–	15	–	–	–	–	95	96	–	–
Líbano	772	18	–	3	–	18 x	–	22 y	–	–	90	73	–	–
Liberia	921	22	3	19	38	177	37	48	73	63	–	–	21	18
Libia	1.117	17	–	–	–	4 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	4	–	–	–	–	103	23	–	–
Lituania	391	12	–	–	–	17	–	–	–	–	96	105	–	–
Luxemburgo	63	12	–	–	–	7	–	–	–	–	110	88	–	–
Madagascar	5.060	24	11	34	36	147	33	35	61	60	42	15	26	23
Malasia	5.537	19	5	6	–	14	–	–	–	–	91	50	–	–
Malawi	3.673	24	2	23	35	157	21	16	82	65	40	15	45	40
Maldivas	66	21	–	5	1	19	–	41 y	–	100	–	–	–	22 y
Malí	3.723	24	–	40	46 x	190 x	–	83	81	79	48	26	–	14
Malta	50	12	–	–	–	20	–	–	–	–	103	97	–	–
Marruecos	6.094	19	–	11	8 x	18 x	–	64	–	90	–	–	–	–
Mauricio	211	16	–	–	–	31	–	–	–	–	96	85	–	–
Mauritania	791	22	–	25	19	88 x	–	–	55 x	44 x	26	22	10	4
México	21.658	19	–	15	39	87	–	–	–	–	117	61	–	–
Micronesia (Estados Federados de)	27	24	–	–	–	52 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Mónaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	500	18	1	5	2	20	9	14	–	–	89	90	24	28
Montenegro	83	13	–	2	–	24	–	6	–	–	114	94	–	–
Mozambique	5.577	23	5	43	42 x	193	–	37	95	88	34	11	31	37
Myanmar	8.665	18	–	7	–	17 x	–	–	–	–	62	38	–	31
Namibia	530	23	0	5	17	74 x	44	38	86	88	–	–	59	62
Nauru	–	–	9	18	22	84 x	–	–	89	86	–	–	8	8
Nepal	7.043	23	7	29	19	81	27	24	86	76	–	–	33	25

Países y zonas	Población de 10–19 años: Total (miles) 2011	Población de 10–19 años: Proporción del total de la población (%) 2011	Adolescentes actualmente casados o en unión (%) 2002–2011*: hombre	Adolescentes actualmente casados o en unión (%) 2002–2011*: mujer	Nacimientos a los 18 años (%) 2007–2011*	Tasa de partos entre las adolescentes 2006–2010*	Justificación de golpear a la mujer entre los adolescentes (%) 2002–2011*: hombre	Justificación de golpear a la mujer entre los adolescentes (%) 2002–2011*: mujer	Uso de medios de difusión entre los adolescentes (%) 2002–2011*: hombre	Uso de medios de difusión entre los adolescentes (%) 2002–2011*: mujer	Tasa bruta de matriculación en la secundaria de primer ciclo 2008–2011*	Tasa bruta de matriculación en la secundaria superior 2008–2011*	Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes (%) 2007–2011*: hombre	Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes (%) 2007–2011*: mujer
Nicaragua	1.319	22	–	24	28 x	109 x	–	19	–	95 x	80	54	–	–
Níger	3.776	24	3	59	51 x	199 x	–	68	66	48	19	4	14 x	12
Nigeria	36.205	22	1	29	28	123	35	40	82	64	47	41	28	20 x
Niue	–	–	–	–	–	16	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	646	13	–	–	–	10	–	–	–	–	98	124	–	–
Nueva Zelandia	612	14	–	–	–	29	–	–	–	–	104	137	–	–
Omán	462	16	–	–	–	12	–	–	–	–	108	93	–	–
Países Bajos	2.019	12	–	–	–	5	–	–	–	–	127	116	–	–
Pakistán	39.894	23	–	16	10	16	–	–	–	–	44	26	–	2
Palau	–	–	–	–	–	27 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	646	18	–	–	–	88	–	–	–	–	93	54	–	–
Papua Nueva Guinea	1.561	22	3	15	14 x	70 x	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	1.385	21	–	11	–	63	–	–	–	–	78	56	–	–
Perú	5.769	20	–	11	13	72	–	–	–	91	101	77	–	17
Polonia	4.300	11	–	–	–	16	–	–	–	–	97	97	–	–
Portugal	1.100	10	–	–	–	16	–	–	–	–	116	98	–	–
Qatar	151	8	–	–	–	15	–	–	–	–	101	86	–	–
Reino Unido	7.442	12	–	–	–	25	–	–	–	–	109	96	–	–
República Árabe Siria	4.786	23	–	10	9 x	75 x	–	–	–	–	92	37	–	6 x
República Centroafricana	1.030	23	11	55	45	133 x	87 y	79	–	–	–	–	26 x	16 x
República Checa	1.069	10	–	–	–	11	–	–	–	–	93	88	–	–
República de Corea	6.458	13	–	–	–	2	–	–	–	–	100	94	–	–
República de Moldova	459	13	1	10	5 x	26	25	24	99	98	89	86	–	–
República Democrática del Congo	16.323	24	–	25	25	135	–	72	55	43	48	32	–	13
República Democrática Popular Lao	1.509	24	–	–	55 x	110 x	–	79	–	–	55	32	–	–
República Dominicana	1.967	20	–	17	25	98 x	–	7	98	98	90	70	33	39
República Popular Democrática de Corea	4.103	17	–	–	–	1	–	–	–	–	–	–	–	7
República Unida de Tanzanía	10.475	23	4	18	28	128	39	52	79	70	–	–	41	46
Rumania	2.252	11	–	–	–	41	–	–	–	–	96	98	–	–
Rwanda	2.356	22	0	3	5	41	35	56	88	73	43	20	44	49
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	67 x	–	–	–	–	100	93	–	–
Samoa	44	24	1	7	5	29	50	58	97	97	105	76	5	2
San Marino	–	–	–	–	–	1 x	–	–	–	–	99	96	–	–
San Vicente y las Granadinas	21	19	–	–	–	70	–	–	–	–	119	91	–	–
Santa Lucía	32	18	–	–	–	49 x	–	–	–	–	98	93	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	40	24	1	20	25	110	25	23	96	95	71	19	39	39
Senegal	3.004	24	1	24	22	93	31	61	86	81	–	–	28	26
Serbia	1.207	12	1	5	3	22	6	2	99	100	99	85	43	53
Seychelles	–	–	–	–	–	62	–	–	–	–	131	104	–	–
Sierra Leona	1.366	23	–	23	38	98 x	–	63	66	51	–	–	26	16
Singapur	747	14	–	–	–	6	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	2.140	22	–	25	–	123 x	–	75 y	–	–	–	–	–	3 x
Sri Lanka	3.165	15	–	9	4	24	–	54 y	–	88 y	–	–	–	–
Sudáfrica	9.940	20	2	4	15 x	54	–	–	–	–	96	92	–	–
Sudán[r]	–	–	–	24	14	–	–	52	–	–	–	–	–	4
Sudán del Sur[r]	–	–	–	40	28	–	–	72	–	–	–	–	–	8
Suecia	1.097	12	–	–	–	6	–	–	–	–	97	101	–	–
Suiza	867	11	–	–	–	4	–	–	–	–	108	86	–	–
Suriname	96	18	–	11	–	66	–	19	–	–	89	56	–	41 x
Swazilandia	301	25	0	4	22	111 x	34	42	94	89	67	45	52	56
Tailandia	10.192	15	–	15	8 x	47	–	–	–	–	91	64	–	46 x
Tayikistán	1.670	24	–	6	4 x	27 x	–	85 y	–	–	98	61	9	11
Timor-Leste	301	26	0	8	9	54	72	81	61	62	63	49	15	11
Togo	1.416	23	0	12	17	–	–	41	–	–	–	–	–	33
Tonga	23	22	–	–	–	16	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	189	14	–	6	–	33	–	10	–	–	92	87	–	49 x
Túnez	1.709	16	–	–	–	6	–	–	–	–	116	73	–	–
Turkmenistán	1.013	20	–	5	2 x	21	–	37 y	–	96 x	–	–	–	4 x
Turquía	13.004	18	–	10	8 x	38	–	30	–	–	96	64	–	–

Países y zonas	Población de 10–19 años		Adolescentes actualmente casados o en unión (%) 2002–2011*		Nacimientos a los 18 años (%) 2007–2011*	Tasa de partos entre las adolescentes 2006–2010*	Justificación de golpear a la mujer entre los adolescentes (%) 2002–2011*		Uso de medios de difusión entre los adolescentes (%) 2002–2011*		Tasa bruta de matriculación en la secundaria de primer ciclo 2008–2011*	Tasa bruta de matriculación en la secundaria superior 2008–2011*	Conocimiento amplio del VIH entre los adolescentes (%) 2007–2011*	
	Total (miles) 2011	Proporción del total de la población (%) 2011	hombre	mujer			hombre	mujer	hombre	mujer			hombre	mujer
Tuvalu	–	–	2	8	3	28 x	83	69	89	95	–	–	57	31
Ucrania	4.638	10	3	6	3	30	8	3	99	99	104	78	33	39
Uganda	8.326	24	2	20	33	159 x	52	62	88	82	35	13	36	36
Uruguay	524	15	–	–	–	60	–	–	–	–	113	68	–	–
Uzbekistán	5.798	21	–	5	2 x	26	63	63	–	–	96	124	–	27 x
Vanuatu	54	22	–	13	–	–	–	–	–	–	65	41	–	14
Venezuela (República Bolivariana de)	5.499	19	–	16 x	–	101	–	–	–	–	90	71	–	–
Viet Nam	15.251	17	–	8	3	35	–	35	97	94	88	65	–	51
Yemen	6.073	25	–	19	–	80 x	–	–	–	–	54	34	–	2 x,y
Zambia	3.176	24	1	18	34	151 x	55	61	80	71	–	–	38	36
Zimbabwe	3.196	25	1	23	21	115	48	48	59	53	–	–	42	46
MEMORÁNDUM														
Sudán y Sudán del Sur[σ]	10.044	23	–	–	–	70	–	–	–	–	–	–	–	–
DATOS CONSOLIDADOS[#]														
África subsahariana	200.971	23	2	23	26	109	42	55	73	62	47	30	34	26
África oriental y meridional	94.195	22	3	19	26	102	46	55	71	64	49	30	38	35
África occidental y central	96.530	23	1	28	27	121	35	55	75	60	46	31	28	19
África septentrional y Oriente Medio	82.134	20	–	14	–	37	–	57	–	–	89	57	–	–
Asia meridional	333.425	20	5	29	22	38	56	52	88	71	75	45	34	15
Asia Oriental y Pacífico	317.250	16	–	11 **	8 **	14	–	34 **	–	85 **	89	68	–	20 **
América Latina y el Caribe	108.552	18	–	18	–	77	–	–	–	–	102	75	–	–
ECE/CEI	53.462	13	–	7	–	31	–	31	–	–	95	80	–	–
Países menos adelantados	193.984	23	–	27	28	106	–	55	68	61	50	26	–	22
Mundo	1.199.890	17	–	22 **	20 **	43	–	49 **	–	73 **	82	59	–	19 **

σ 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 Memorándum).

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 98.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Adolescentes actualmente casados o en unión – Porcentaje de niños y niñas de 15 a 19 años que se encuentran casadas o en unión en la actualidad. Este indicador trata de proporcionar un panorama general sobre el estado civil actual de los niños y niñas de este grupo de edad. Sin embargo, es importante señalar que aquellos que no están aún casados están todavía expuestos al riesgo de casarse antes de terminar la adolescencia.

Nacimientos a los 18 años – Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años que dan a luz antes de cumplir los 18 años. Este indicador estandarizado, obtenido de encuestas basadas en la población, registra los niveles de fecundidad entre las adolescentes hasta los 18 años. Hay que señalar que los datos están basados en las respuestas dadas por mujeres de 20 a 24 años, que han dejado atrás el riesgo de dar a luz antes de los 18 años.

Tasa de partos entre las adolescentes – Número de nacimientos por cada 1.000 niñas adolescentes de 15 a 19 años.

Justificación de golpear a la mujer – Porcentaje de niños y niñas de 15 a 19 años que consideran que está justificado que un marido golpee a su mujer por al menos una de las razones especificadas, es decir, si la mujer quema la comida, discute con él, sale a la calle sin decírselo, descuida a los hijos o se niega a tener relaciones sexuales.

Uso de los medios de difusión entre los adolescentes – El porcentaje de niños y niñas de 15 a 19 años que hacen uso de al menos uno de los siguientes medios de información, al menos una vez a la semana: periódicos, revistas, televisión o radio.

Tasa bruta de matriculación en la secundaria de primer ciclo – Número de niños matriculados en la escuela secundaria de primer ciclo, independientemente de su edad, expresado como porcentaje del número total de niños en edad oficial de recibir una educación secundaria de primer ciclo.

Tasa bruta de matriculación en la secundaria superior – Número de niños matriculados en la escuela secundaria superior, independientemente de su edad, expresado como porcentaje del número total de niños en edad oficial de recibir una educación secundaria superior.

Conocimiento amplio del VIH – Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) que identifican correctamente los dos sistemas principales para evitar la transmisión sexual del VIH (uso del preservativo y limitar la actividad sexual a un compañero fiel y no infectado), que rechazan los dos conceptos erróneos más comunes definidos localmente sobre la transmisión del VIH y que saben que una persona que parece saludable puede estar infectada con el VIH.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Población adolescente – División de Población de las Naciones Unidas.

Adolescentes actualmente casados o en unión – Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS), y otras encuestas nacionales.

Nacimientos a los 18 años – DHS y MICS.

Tasa de partos entre las adolescentes – División de Población de las Naciones Unidas.

Justificación de golpear a la mujer – DHS, MICS y otras encuestas nacionales.

Uso de los medios de difusión entre los adolescentes – Encuestas sobre los indicadores del sida (EIS), DHS, MICS y otras encuestas nacionales.

Tasa bruta de matriculación – Instituto de Estadísticas de la UNESCO (IEU).

Conocimiento amplio del VIH – EIS, DHS, MICS, Reproductive Health Surveys (RHS) y otras encuestas nacionales en los hogares; HIV/AIDS Survey Indicators Database, <www.measuredhs.com/hivdata>.

NOTAS

– Datos no disponibles.

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.

y Datos referidos a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Estos datos se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

** No incluye China.

TABLA 12: DISPARIDADES POR RESIDENCIA

Países y zonas	Inscripción al nacer (%) 2005–2011*			Nacimientos atendidos por personal capacitado (%) 2007–2012*			Prevalencia de la insuficiencia ponderal entre menores de 5 años (%) 2007–2011*			Menores de 5 años con diarrea que reciben sales de rehidratación oral (SRO) (%) 2007-2012*			Tasa neta de asistencia a la escuela primaria 2007–2011*			Conocimiento amplio del VIH (%) Mujeres 15–24 2007–2011*			Uso de instalaciones mejoradas de saneamiento (%) 2010		
	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural
Afganistán	60	33	1,8	74	31	2,4	–	–	–	48	54	0,9	73 x	47 x	1,6 x	–	–	–	60	30	2,0
Albania	99	98	1,0	100	99	1,0	5	6	1,2	*33 x*	*36 x*	*0,9 x*	90	91	1,0	51	26	2,0	95	93	1,0
Alemania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Angola	34 x	19 x	1,7 x	71	26	2,8	–	–	–	–	–	–	85	67	1,3	–	–	–	85	19	4,5
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	–	–
Argelia	99	99	1,0	98 x	92 x	1,1 x	3 x	4 x	1,4 x	18 x	19 x	1,0 x	98 x	95 x	1,0 x	16 x	10 x	1,7 x	98	88	1,1
Argentina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Armenia	99	100	1,0	100	99	1	3	7	2,6	*22 x*	*28 x*	*0,8 x*	–	–	–	16	16	1,0	95	80	1,2
Australia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Austria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Azerbaiyán	96	92	1,0	97 x	80 x	1,2 x	4 x	12 x	3,1 x	19 x	5 x	3,6 x	74 x	72 x	1,0 x	7 x	2 x	3,3 x	86	78	1,1
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	–	–
Bangladesh	13	9	1,5	54	25	2,1	28	39	1,4	84	76	1,1	86 y	86 y	1,0 y	–	–	–	57	55	1,0
Barbados	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Belarús	–	–	–	*100 x*	*100 x*	*1,0 x*	1 x	2 x	1,7 x	38 x	33 x	1,1 x	92 x	95 x	1,0 x	–	–	–	91	97	0,9
Bélgica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Belice	95	96	1,0	*99 x*	*93 x*	*1,1 x*	2 x	6 x	2,9 x	–	–	–	97 x	94 x	1,0 x	49 x	29 x	1,7 x	93	87	1,1
Benin	68	56	1,2	92	79	1,2	15 x	21 x	1,4 x	58	47	1,2	74 x	55 x	1,3 x	22 x	11 x	1,9 x	25	5	5,0
Bhután	100	100	1,0	90	54	1,6	11	14	1,3	64	60	1,1	96	90	1,1	32	15	2,1	73	29	2,5
Bolivia (Estado Plurinacional de)	79 y	72 y	1,1 y	88	51	1,7	3	6	2,3	38	32	1,2	98	96	1,0	32	9	3,5	35	10	3,5
Bosnia y Herzegovina	99	100	1,0	100 x	100 x	1,0 x	2 x	1 x	0,7 x	34 x	35 x	1,0 x	98 x	98 x	1,0 x	46 x	42 x	1,1 x	99	92	1,1
Botswana	78	67	1,2	99	90	1,1	–	–	–	47 x	51 x	0,9 x	89	85	1,0	–	–	–	75	41	1,8
Brasil	–	–	–	98 x	94 x	1,0 x	2 x	2 x	0,8 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	85	44	1,9
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Burkina Faso	93	74	1,3	93	61	1,5	–	–	–	31	19	1,6	79 x	38 x	2,1 x	46	24	1,9	50	6	8,3
Burundi	87	74	1,2	88	58	1,5	18	30	1,7	33	38	0,9	87	73	1,2	59	43	1,4	49	46	1,1
Cabo Verde	–	–	–	91 x	64 x	1,4 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	73	43	1,7
Camboya	74	60	1,2	95	67	1,4	19	30	1,6	33	34	1,0	85 y	85 y	1,0 y	55	41	1,3	73	20	3,7
Camerún	86	58	1,5	87	47	1,9	7	20	2,8	27	12	2,2	90 x	71 x	1,3 x	42 x	18 x	2,4 x	58	36	1,6
Canadá	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	99	1,0
Chad	42	9	4,9	60	12	5,1	22	33	1,5	27	10	2,8	–	–	–	18	7	2,6	30	6	5,0
Chile	–	–	–	*100 x*	*99 x*	*1,0 x*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	83	1,2
China	–	–	–	100	99	1,0	1	4	3,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	74	56	1,3
Chipre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Colombia	97	95	1,0	*98*	*86*	*1,1*	3	5	1,6	57	49	1,2	91	91	1,0	30	21	1,4	82	63	1,3
Comoras	87 x	83 x	1,1 x	79 x	57 x	1,4 x	–	–	–	25 x	17 x	1,5 x	41 x	29 x	1,4 x	–	–	–	50	30	1,7
Congo	88 y	75 y	1,2 y	98	86	1,1	8 x	15 x	2,0 x	38	27	1,4	–	–	–	9	6	1,5	20	15	1,3
Costa Rica	–	–	–	100	99	1,0	–	–	–	–	–	–	96	96	1,0	–	–	–	95	96	1,0
Côte d'Ivoire	79	41	2,0	84	45	1,9	9 x,y	20 x,y	2,2 x,y	22	14	1,5	67 x	48 x	1,4 x	–	–	–	36	11	3,3
Croacia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	98	1,0
Cuba	100 y	100 y	1,0 y	–	–	–	–	–	–	54	37	1,4	–	–	–	55	49	1,1	94	81	1,2
Dinamarca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Djibouti	90	82	1,1	95 x	40 x	2,3 x	18 y	27 y	1,5 y	–	–	–	67 x	49 x	1,4 x	18 x	9 x	2 x	63	10	6,3
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	89	92	1,0	98 x	99 x	1,0 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	96	84	1,1
Egipto	99	99	1,0	90	72	1,2	6	6	1,0	28	29	1,0	91	87	1,0	7	3	2,3	97	93	1,0
El Salvador	99	99	1,0	97	94	1,0	4 y	7 y	2,0 y	60	56	1,1	–	–	–	–	–	–	89	83	1,1
Emiratos Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	95	1,0
Eritrea	–	–	–	65 x	10 x	6,2 x	23 x	40 x	1,7 x	59 x	39 x	1,5 x	–	–	–	–	–	–	–	4	–
Eslovaquia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	99	1,0
Eslovenia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
España	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Estado de Palestina	97 y	96 y	1,0 y	99 x	98 x	1,0 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	92	92	1,0
Estados Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	99	1,0
Estonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	96	94	1,0
Etiopía	29	5	5,9	51	4	12,7	16	30	1,9	45	24	1,9	86	61	1,4	38	19	2,0	29	19	1,5
ex República Yugoslava de Macedonia	100	100	1,0	98	98	1,0	1	2	2,3	*19 x*	*30 x*	*0,6 x*	99	98	1,0	33 x	18 x	1,8 x	92	82	1,1
Federación de Rusia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	74	59	1,3

Países y zonas	Inscripción al nacer (%) 2005–2011*			Nacimientos atendidos por personal capacitado (%) 2007–2012*			Prevalencia de la insuficiencia ponderal entre menores de 5 años (%) 2007–2011*			Menores de 5 años con diarrea que reciben sales de rehidratación oral (SRO) (%) 2007-2012*			Tasa neta de asistencia a la escuela primaria 2007–2011*			Conocimiento amplio del VIH (%) Mujeres 15–24 2007–2011*			Uso de instalaciones mejoradas de saneamiento (%) 2010		
	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural
Fiji	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	94	71	1,3
Filipinas	87 x	78 x	1,1 x	78	48	1,6	–	–	–	58	36	1,6	–	–	–	23	17	1,4	79	69	1,1
Finlandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Francia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Gabón	90 x	87 x	1,0 x	92 x	67 x	1,4 x	–	–	–	23 x	29 x	0,8 x	–	–	–	–	–	–	33	30	1,1
Gambia	54	52	1,0	77	41	1,9	12	22	1,9	39	39	1	53	35	1,5	41	24	1,7	70	65	1,1
Georgia	99	98	1,0	*99 x*	*98 x*	*1,0 x*	1	1	1,6	44 x	36 x	1,2 x	97	95	1,0	–	–	–	96	93	1,0
Ghana	72	55	1,3	88	54	1,6	11	16	1,5	37	34	1,1	80	68	1,2	34	22	1,5	19	8	2,4
Granada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	96	97	1,0
Grecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	97	1,0
Guatemala	96	97	1,0	77	37	2,1	8 y	16 y	1,9 y	38	37	1	–	–	–	32	14	2,2	87	70	1,2
Guinea	78	33	2,4	84	31	2,7	15	23	1,5	52 x	28 x	1,9 x	–	–	–	–	–	–	32	11	2,9
Guinea-Bissau	30	21	1,4	*69 x*	*27 x*	*2,6 x*	13	21	1,6	28	13	2,1	84	57	1,5	22	8	2,8	44	9	4,9
Guinea Ecuatorial	43 x	24 x	1,8 x	87 x	49 x	1,8 x	–	–	–	43 x	19 x	2,2 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	91	87	1,0	98	90	1,1	7	12	1,7	*42 x*	*38 x*	*1,1 x*	96	94	1,0	72	47	1,5	88	82	1,1
Haití	87	78	1,1	47 x	15 x	3,0 x	12 x	20 x	1,7 x	51 x	35 x	1,4 x	–	–	–	38 x	26 x	1,4 x	24	10	2,4
Honduras	95	93	1,0	90 x	50 x	1,8 x	4 x	11 x	2,4 x	55 x	56 x	1,0 x	92 x	86 x	1,1 x	37 x	21 x	1,8 x	85	69	1,2
Hungría	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
India	59	35	1,7	76	43	1,7	33 x	46 x	1,4 x	33 x	24 x	1,4 x	–	–	–	33 x	14 x	2,4 x	58	23	2,5
Indonesia	71	41	1,7	84	76	1,1	15	21	1,4	33	35	0,9	99	97	1,0	16 y	6 y	2,5 y	73	39	1,9
Irán (República Islámica de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Iraq	95	96	1,0	86	71	1,2	6 x	7 x	1,1 x	30 x	32 x	0,9 x	92 x	78 x	1,2 x	4 x	1 x	4,4 x	76	67	1,1
Irlanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	98	1,0
Islandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Islas Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Islas Marshall	96	96	1,0	*97*	*68*	*1,4*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	33	12	2,7	83	53	1,6
Islas Salomón	–	–	–	95	84	1,1	8	12	1,5	–	–	–	72 y	65 y	1,1 y	34	28	1,2	98	–	–
Israel	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Italia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaica	–	–	–	99	98	1,0	–	–	–	–	–	–	97 x	98 x	1,0 x	66	60	1,1	78	82	1,0
Japón	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Jordania	–	–	–	99	99	1,0	2	2	1,3	20	20	1,0	–	–	–	–	–	–	98	98	1,0
Kazajstán	100	100	1,0	*100 x*	*100 x*	*1,0 x*	3 x	5 x	1,7 x	–	–	–	98 x	98 x	1,0 x	24 x	21 x	1,1 x	97	98	1,0
Kenya	76	57	1,3	75	37	2,0	10	17	1,7	40	39	1,0	81	72	1,1	57	45	1,3	32	32	1,0
Kirguistán	96	93	1,0	*100 x*	*96 x*	*1,0 x*	2 x	2 x	0,9 x	–	–	–	93 x	92 x	1,0 x	23 x	18 x	1,3 x	94	93	1,0
Kiribati	95	93	1,0	84	77	1,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	45	43	1,1	–	–	–
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Lesotho	43	46	1,0	88	54	1,6	12	13	1,1	57	50	1,1	93	88	1,0	44	36	1,2	32	24	1,3
Letonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Líbano	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	–	–
Liberia	5 y	3 y	1,9 y	79	32	2,4	*17 y*	*20 y*	*1,2 y*	57	52	1,1	46	21	2,2	26	15	1,8	29	7	4,1
Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	97	96	1,0
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	95	–	–
Luxemburgo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Madagascar	92	78	1,2	82	39	2,1	31 x	37 x	1,2 x	32	14	2,2	93	77	1,2	40	19	2,1	21	12	1,8
Malasia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	96	95	1,0
Malawi	–	–	–	84	69	1,2	10	13	1,3	72	69	1,0	88 x	88 x	1,0 x	56	38	1,5	49	51	1,0
Maldivas	93	92	1,0	99	93	1,1	11	20	1,8	–	–	–	83	83	1,0	43	32	1,4	98	97	1,0
Malí	92	77	1,2	80 x	38 x	2,1 x	20 x	29 x	1,5 x	26 x	11 x	2,3 x	79	52	1,5	19	12	1,5	35	14	2,5
Malta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Marruecos	92 x,y	80 x,y	1,1 x,y	92	55	1,7	2	4	2,5	28 x	18 x	1,5 x	96 x	83 x	1,2 x	–	–	–	83	52	1,6
Mauricio	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	91	88	1,0
Mauritania	75	42	1,8	90	39	2,3	–	–	–	16 y	11 y	1,5 y	72	49	1,5	8	2	4,7	51	9	5,7
México	–	–	–	98	87	1,1	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	87	79	1,1
Micronesia (Estados Federados de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mónaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	–	–
Mongolia	99	99	1,0	99	98	1,0	4	5	1,2	41 x	36 x	1,1 x	97	94	1,0	36	21	1,7	64	29	2,2
Montenegro	98	99	1,0	100 x	98 x	1,0 x	2 x	1 x	0,7 x	–	–	–	97 x	98 x	1,0 x	–	–	–	92	87	1,1
Mozambique	39	28	1,4	78	46	1,7	10	17	1,7	65	50	1,3	89	78	1,1	43	32	1,4	38	5	7,6
Myanmar	94	64	1,5	90	63	1,4	19	24	1,3	72	56	1,3	93	89	1,0	–	–	–	83	73	1,1
Namibia	83	59	1,4	94	73	1,3	12	19	1,7	67	60	1,1	94	91	1,0	65	65	1,0	57	17	3,4

Países y zonas	Inscripción al nacer (%) 2005–2011*			Nacimientos atendidos por personal capacitado (%) 2007–2012*			Prevalencia de la insuficiencia ponderal entre menores de 5 años (%) 2007–2011*			Menores de 5 años con diarrea que reciben sales de rehidratación oral (SRO) (%) 2007-2012*			Tasa neta de asistencia a la escuela primaria 2007–2011*			Conocimiento amplio del VIH (%) Mujeres 15–24 2007–2011*			Uso de instalaciones mejoradas de saneamiento (%) 2010		
	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural
Nauru	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	65	–	–
Nepal	44	42	1,0	73	32	2,3	17	30	1,8	44	39	1,1	70 y	69 y	1,0 y	40	24	1,7	48	27	1,8
Nicaragua	87 y	77 y	1,1 y	92	56	1,7	4	7	1,7	64	55	1,2	76 y	64 y	1,2 y	–	–	–	63	37	1,7
Níger	71 y	25 y	2,9 y	71 x	8 x	8,5 x	44 y	39 y	0,9 y	31 x	16 x	2,0 x	71 x	32 x	2,2 x	31 x	8 x	3,8 x	34	4	8,5
Nigeria	49	22	2,2	65	28	2,4	16	27	1,7	41	21	1,9	78	56	1,4	30	18	1,7	35	27	1,3
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Noruega	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Nueva Zelandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Omán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	95	1,1
Países Bajos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Pakistán	32	24	1,3	66	33	2,0	27	33	1,3	44	40	1,1	78	62	1,3	–	–	–	72	34	2,1
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Panamá	–	–	–	99	84	1,2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Papua Nueva Guinea	–	–	–	88 x	47 x	1,9 x	12 x	20 x	1,6 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	71	41	1,7
Paraguay	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	89	87	1,0	–	–	–	90	40	2,3
Perú	–	–	–	96	64	1,5	2	8	3,8	37	24	1,6	97	94	1,0	–	–	–	81	37	2,2
Polonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	96	–	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Reino Unido	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
República Árabe Siria	96	95	1,0	99	93	1,1	*9 x*	*9 x*	*1,0 x*	56 x	44 x	1,3 x	89 x	85 x	1,0 x	7 x	7 x	1,0 x	96	93	1,0
República Centroafricana	78	52	1,5	83	38	2,2	23	24	1,0	23	12	2,0	66 x	42 x	1,6 x	21 x	13 x	1,6 x	43	28	1,5
República Checa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	99	97	1,0
República de Corea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
República de Moldova	98 x	98 x	1,0 x	*100 x*	*99 x*	*1,0 x*	2 x	4 x	2,0 x	9 x	6 x	1,5 x	–	–	–	–	–	–	89	82	1,1
República Democrática del Congo	24	29	0,8	96	75	1,3	17	27	1,6	26	27	1,0	86	70	1,2	21	12	1,7	24	24	1,0
República Democrática Popular Lao	84	68	1,2	68 x	11 x	6,2 x	20 x	34 x	1,7 x	79 x	43 x	1,9 x	93 x	75 x	1,2 x	–	–	–	89	50	1,8
República Dominicana	83	73	1,1	98	97	1,0	3	4	1,2	42	39	1,1	95	95	1,0	42	37	1,2	87	75	1,2
República Popular Democrática de Corea	100	100	1,0	100	100	1,0	13	27	2,0	75	73	1,0	100	99	1,0	11	4	2,8	86	71	1,2
República Unida de Tanzanía	44	10	4,6	83	40	2,0	11	17	1,5	44	44	1,0	91	77	1,2	55	45	1,2	20	7	2,9
Rumania	–	–	–	*100 x*	*98 x*	*1,0 x*	3 x	4 x	1,3 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	60	64	0,9	82	67	1,2	6	12	1,9	26	30	0,9	92	87	1,1	66	50	1,3	52	56	0,9
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	96	96	1,0
Samoa	62	44	1,4	94	78	1,2	–	–	–	–	–	–	89 y	88 y	1,0 y	5	2	2,4	98	98	1,0
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	96	–
Santa Lucía	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	71	63	1,1
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	76	74	1,0	89	75	1,2	12	14	1,1	45	52	0,9	86	85	1,0	47	38	1,3	30	19	1,6
Senegal	89	66	1,4	91	49	1,8	12	21	1,8	24	21	1,2	81	50	1,6	41	18	2,2	70	39	1,8
Serbia	99	99	1,0	100	100	1,0	2	1	0,7	50	22	2,3	99	98	1,0	63	41	1,5	96	88	1,1
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	–	–
Sierra Leona	78	78	1,0	72	59	1,2	20	22	1,1	66	75	0,9	80	72	1,1	30	19	1,6	23	6	3,8
Singapur	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	–	–
Somalia	6	2	3,7	65 x	15 x	4,5 x	20 x	38 x	1,9 x	25 x	9 x	2,9 x	30 x	9 x	3,3 x	7 x	2 x	4,1 x	52	6	8,7
Sri Lanka	97	98	1,0	99	99	1,0	–	–	–	57	50	1,1	–	–	–	–	–	–	88	93	0,9
Sudáfrica	–	–	–	94 x	85 x	1,1 x	*10 x*	*9 x*	*0,9 x*	41 x	32 x	1,3 x	–	–	–	–	–	–	86	67	1,3
Sudán[r]	85	50	1,7	41	16	2,5	24	35	1,5	23	22	1,1	89	69	1,3	10	3	3,4	–	–	–
Sudán del Sur[r]	45	32	1,4	31	15	2,0	23	29	1,3	44	37	1,2	47	23	2,0	16	7	2,3	–	–	–
Suecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Suiza	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	100	1,0
Suriname	98	95	1,0	95 x	82 x	1,2 x	7 x	8 x	1,1 x	24 x	60 x	0,4 x	96 x	91 x	1,1 x	45 x	32 x	1,4 x	90	66	1,4
Swazilandia	62	47	1,3	89	80	1,1	4	6	1,5	65	55	1,2	97	96	1,0	70	55	1,3	64	55	1,2
Tailandia	100	99	1,0	100	100	1,0	5 x	8 x	1,7 x	50 x	59 x	0,9 x	98 x	98 x	1,0 x	43 x	47 x	0,9 x	95	96	1,0
Tayikistán	85	90	0,9	*95*	*86*	*1,1*	12	16	1,3	70	78	0,9	97 y	97 y	1,0 y	–	–	–	95	94	1,0
Timor-Leste	50	57	0,9	59	20	2,9	35	47	1,4	65	74	0,9	79	70	1,1	14	12	1,2	73	37	2,0
Togo	93	71	1,3	91	43	2,1	10	20	1,9	15	10	1,5	94	86	1,1	39	27	1,4	26	3	8,7
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	98	96	1,0
Trinidad y Tabago	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	92	92	1,0

Países y zonas	Inscripción al nacer (%) 2005–2011*			Nacimientos atendidos por personal capacitado (%) 2007–2012*			Prevalencia de la insuficiencia ponderal entre menores de 5 años (%) 2007–2011*			Menores de 5 años con diarrea que reciben sales de rehidratación oral (SRO) (%) 2007-2012*			Tasa neta de asistencia a la escuela primaria 2007–2011*			Conocimiento amplio del VIH (%) Mujeres 15–24 2007–2011*			Uso de instalaciones mejoradas de saneamiento (%) 2010		
	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural	urbana	rural	Proporción entre urbana y rural
Túnez	–	–	–	98 x	89 x	1,1 x	–	–	–	58 x	50 x	1,1 x	–	–	–	–	–	–	96	–	–
Turkmenistán	96	95	1,0	100 x	99 x	1,0 x	7 x	9 x	1,2 x	32 x	45 x	0,7 x	–	–	–	7 x	4 x	2,0 x	99	97	1,0
Turquía	95	92	1,0	96	80	1,2	1	3	2,1	–	–	–	94 y	91 y	1,0 y	–	–	–	97	75	1,3
Tuvalu	60	38	1,6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	38	41	0,9	88	81	1,1
Ucrania	100	100	1,0	99	98	1,0	–	–	–	–	–	–	71	76	0,9	48	37	1,3	96	89	1,1
Uganda	38	29	1,3	89	52	1,7	7	15	2,3	46	43	1,1	85 y	81 y	1,1 y	48	35	1,4	34	34	1,0
Uruguay	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	100	99	1,0
Uzbekistán	100	100	1,0	100 x	100 x	1,0 x	4 x	4 x	0,9 x	*34 x*	*31 x*	*1,1 x*	97 x	95 x	1,0 x	33 x	30 x	1,1 x	100	100	1,0
Vanuatu	39	23	1,7	87	72	1,2	11	11	1,0	–	–	–	85	80	1,1	23	13	1,8	64	54	1,2
Venezuela (República Bolivariana de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	97	94	1,0	99	91	1,1	6	14	2,3	47	46	1,0	98	98	1,0	58	48	1,2	94	68	1,4
Yemen	38	16	2,3	62 x	26 x	2,3 x	–	–	–	30 x	34 x	0,9 x	83 x	64 x	1,3 x	4 x	1 x	6,7 x	93	34	2,7
Zambia	28	9	3,2	83	31	2,7	13	15	1,2	59	60	1,0	91	77	1,2	42	27	1,6	57	43	1,3
Zimbabwe	65	43	1,5	86	58	1,5	8	10	1,3	26	18	1,4	89	88	1,0	59	47	1,3	52	32	1,6
MEMORÁNDUM																					
Sudán y Sudán del Sur$^{\sigma}$	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	44 †	14 †	3,1 †
DATOS CONSOLIDADOS#																					
África subsahariana	56	33	1,7	76	40	1,9	15	24	1,6	38	31	1,2	83	67	1,2	34	25	1,4	43	23	1,9
África oriental y meridional	49	28	1,7	75	36	2,1	12	20	1,7	46	38	1,2	87	72	1,2	48	32	1,5	54	27	2,0
África occidental y central	57	36	1,6	78	46	1,7	16	26	1,7	35	23	1,5	80	61	1,3	29	16	1,8	35	20	1,8
África septentrional y Oriente Medio	91	72	1,3	84	57	1,5	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	91	70	1,3
Asia meridional	52	32	1,6	73	40	1,8	31	43	1,4	39	32	1,2	–	–	–	33	14	2,3	60	28	2,1
Asia Oriental y Pacífico	80 **	65 **	1,2 **	95	88	1,1	5	10	2,0	46 **	41 **	1,1 **	98 **	95 **	1,0 **	24 **	21 **	1,1 **	77	58	1,3
América Latina y el Caribe	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	84	60	1,4
ECE/CEI	97	96	1,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	87	80	1,1
Países menos adelantados	50	31	1,6	76	40	1,9	18	27	1,5	47	41	1,1	86	73	1,2	35	24	1,4	48	30	1,6
Mundo	65 **	41 **	1,6 **	84	53	1,6	15	28	1,9	40 **	33 **	1,2 **	–	–	–	–	18 **	–	79	47	1,7

σ 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 correspondientes a la mayoría de los indicadores como Estados separados. Los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión (véase el punto Memorándum).

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 98.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Inscripción al nacer – Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que estaban inscritos en el momento de la encuesta. El numerador de este indicador incluye niños y niñas cuyo certificado de nacimiento se mostró al entrevistador, o cuya madre o cuidador dijo que el nacimiento había sido registrado.

Nacimientos atendidos por personal capacitado – Proporción de nacimientos atendidos por personal especializado de la salud (médicos, enfermeras, parteras).

Insuficiencia ponderal entre niños menores de 5 años – Porcentaje de niños menores de 5 años que están menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de peso por edad de acuerdo al Patrón de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO) – Porcentaje de niños menores de 5 años con diarrea durante las dos semanas que precedieron a la encuesta que recibieron sales de rehidratación oral (soluciones de SRO, fluidos de SRO pre empaquetados).

Tasa neta de asistencia a la escuela primaria – El número total de niños que asisten a la escuela primaria o secundaria y que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios. Debido a la inclusión de niños en edad escolar primaria que asisten a la escuela secundaria, este indicador también se puede considerar como una tasa neta ajustada de asistencia a la escuela primaria.

Conocimiento amplio del VIH – Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) que identifican correctamente los dos sistemas principales para evitar la transmisión sexual del VIH (uso del preservativo y limitar la actividad sexual a un compañero fiel y no infectado), que rechazan los dos conceptos erróneos más comunes definidos localmente sobre la transmisión del VIH y que saben que una persona que parece saludable puede estar infectada con el VIH.

Uso de instalaciones mejoradas de saneamiento – Porcentaje de la población que utiliza cualquiera de las siguientes instalaciones de saneamiento, sin compartirlas con otros hogares: letrina con sifón que descarga en una cloaca con tubería, un tanque séptico o una letrina de pozo; letrina de pozo mejorada con ventilación; letrina de pozo con losa; pozo cubierto; retrete de compostaje.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Inscripción al nacer – Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras encuestas nacionales y sistemas del registro civil.

Nacimientos atendidos por personal capacitado – DHS, MICS y otras fuentes nacionalmente representativas.

Insuficiencia ponderal entre niños menores de 5 años – DHS, MICS, otras encuestas nacionales en los hogares, OMS y UNICEF.

Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO) – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares.

Tasa de asistencia neta a la escuela primaria – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares.

Conocimiento amplio del VIH– Encuestas sobre los indicadores del sida (EIS), DHS, MICS, y otras encuestas nacionales en los hogares; HIV/AIDS Survey Indicators Database, <www.measuredhs.com/hivdata>.

Uso de instalaciones mejoradas de saneamiento – UNICEF y OMS, Programa Conjunto de Monitoreo para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento.

Los datos en *bastardilla* proceden de fuentes diferentes que los datos presentados para los mismos indicadores en otras tablas del informe: Tabla 2 (Nutrición – Prevalencia de la insuficiencia ponderal), Tabla 3 (Salud – Tratamiento contra la diarrea), Tabla 4 (VIH/sida – Conocimiento amplio del VIH) y Tabla 8 (Situación de las mujeres – Nacimientos atendidos por personal especializado).

NOTAS

– Datos no disponibles.

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales, con excepción de los datos de 2005 a 2006 de la India. No se presentan estimaciones de datos de años anteriores a 2000.

y Datos referidos a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Si están dentro del periodo de referencia señalado, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

† El Programa Conjunto de la OMS/UNICEF para el Monitoreo del Abastecimiento de Agua y Saneamiento cerró su base de datos para estas estimaciones antes de la cesión de la República de Sudán del Sur por la República del Sudán. Los datos agregados presentados son de antes de la cesión del Sudán. El Programa Conjunto publicará datos desagregados para el Sudán y Sudán del Sur como Estados separados en 2013.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

** No incluye China.

TABLA 13: DISPARIDADES POR RIQUEZA FAMILIAR

Países y zonas	Inscripción al nacer (%) 2005–2011*			Nacimientos atendidos por personal capacitado (%) 2007–2012*			Prevalencia de la insuficiencia ponderal entre menores de 5 años (%) 2007–2011*			Menores de 5 años con diarrea que reciben sales de rehidratación oral (SRO) (%) 2007–2012*			Tasa neta de asistencia a la escuela primaria 2007–2011*			Conocimiento amplio del VIH (%) Mujeres 15–24 2007–2011*			Conocimiento amplio del VIH (%) hombres 15–24 2007–2011*		
	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres
Afganistán	31	58	1,9	16	76	4,9	–	–	–	56	52	0,9	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Albania	98	99	1,0	98	100	1,0	8	4	2,2	–	–	–	89	91	1,0	20	60	3,0	10	38	3,8
Alemania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Andorra	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Angola	17 x	48 x	2,8 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	63	78	1,2	–	–	–	–	–	–
Antigua y Barbuda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Arabia Saudita	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Argelia	–	–	–	88 x	98 x	1,1 x	5 x	2 x	2,4 x	15 x	19 x	1,2 x	93 x	98 x	1,1 x	5 x	20 x	3,7 x	–	–	–
Argentina	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Armenia	100	100	1,0	99	100	1,0	8	2	5,3	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Australia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Austria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Azerbaiyán	92	97	1,1	76 x	100 x	1,3 x	15 x	2 x	7,0 x	*3 x*	*36 x*	*13,3 x*	72 x	78 x	1,1 x	1 x	12 x	10,3 x	2 x	14 x	6,3 x
Bahamas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bahrein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bangladesh	6	19	3,0	12	64	5,5	50	21	2,4	81	82	1,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Barbados	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belarús	–	–	–	*100 x*	*100 x*	*1,0 x*	2 x	0 x	6,7 x	–	–	–	96 x	94 x	1,0 x	–	–	–	–	–	–
Bélgica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belice	95	97	1,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	28 x	55 x	2,0 x	–	–	–
Benin	46	75	1,6	52 x	96 x	1,9 x	25 x	10 x	2,4 x	15 x	32 x	2,1 x	39 x	63 x	1,6 x	9 x	26 x	3,1 x	17 x	52 x	3,0 x
Bhután	100	100	1	34	95	2,8	16	7	2,2	60	56	0,9	85	94	1,1	7	32	4,4	–	–	–
Bolivia (Estado Plurinacional de)	68 y	90 y	1,3 y	38	99	2,6	8	2	3,8	31	35	1,1	95	97	1,0	5	40	8,4	11	45	4,3
Bosnia y Herzegovina	99	100	1,0	99 x	100 x	1,0 x	2 x	3 x	0,5 x	–	–	–	99 x	98 x	1,0 x	46 x	49 x	1,1 x	–	–	–
Botswana	–	–	–	*84 x*	*100 x*	*1,2 x*	16	4	4,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Brasil	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Brunei Darussalam	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Bulgaria	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	62	95	1,5	46	92	2,0	*38 x*	*18 x*	*2,1 x*	13	31	2,5	33 x	39 x	1,2 x	*8 x*	*37 x*	*4,4 x*	–	–	–
Burundi	64	87	1,4	51	81	1,6	41	17	2,4	35	42	1,2	64	87	1,4	–	–	–	–	–	–
Cabo Verde	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Camboya	48	78	1,6	49	97	2,0	35	16	2,2	32	34	1,1	79 y	86 y	1,1 y	28	58	2,1	30	64	2,1
Camerún	51	91	1,8	*23 x*	*98 x*	*4,4 x*	–	–	–	*5 x*	*34 x*	*6,8 x*	50 x	87 x	1,7 x	12 x	50 x	4,0 x	–	–	–
Canadá	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chad	5	46	9,2	8	61	7,6	33	21	1,6	5	29	5,3	–	–	–	6	18	2,9	–	–	–
Chile	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
China	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Chipre	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Colombia	–	–	–	*84*	*99*	*1,2*	6	2	3,0	47	61	1,3	90	93	1,0	15	32	2,2	–	–	–
Comoras	72 x	93 x	1,3 x	49 x	77 x	1,6 x	–	–	–	16 x	24 x	1,5 x	25 x	39 x	1,6 x	–	–	–	–	–	–
Congo	69 y	91 y	1,3 y	*40 x*	*95 x*	*2,4 x*	16 x	5 x	3,1 x	*13 x*	*18 x*	*1,4 x*	–	–	–	5	12	2,4	12	27	2,3
Costa Rica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Côte d'Ivoire	28	89	3,2	*29 x*	*95 x*	*3,3 x*	21 x,y	6 x,y	3,4 x,y	*6 x*	*12 x*	*2,0 x*	35 x	55 x	1,6 x	–	–	–	–	–	–
Croacia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Cuba	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dinamarca	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Djibouti	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Dominica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ecuador	–	–	–	99 x	98 x	1,0 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Egipto	99	100	1,0	55	97	1,8	8	5	1,4	34	23	0,7	81	93	1,1	2	9	4,9	9	28	3,1
El Salvador	98	99	1,0	91	98	1,1	12 y	1 y	12,9 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Emiratos Árabes Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eritrea	–	–	–	7 x	81 x	12,1 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eslovaquia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Eslovenia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
España	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estado de Palestina	–	–	–	98 x	100 x	1,0 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estados Unidos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Estonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Etiopía	3	18	7,0	2	46	26,8	36	15	2,4	18	45	2,5	52	86	1,7	–	–	–	–	–	–
ex República Yugoslava de Macedonia	99	100	1,0	98	98	1,0	2	0	–	–	–	–	97	99	1,0	9 x	45 x	5 x	–	–	–

Países y zonas	Inscripción al nacer (%) 2005–2011*			Nacimientos atendidos por personal capacitado (%) 2007–2012*			Prevalencia de la insuficiencia ponderal entre menores de 5 años (%) 2007–2011*			Menores de 5 años con diarrea que reciben sales de rehidratación oral (SRO) (%) 2007–2012*			Tasa neta de asistencia a la escuela primaria 2007–2011*			Conocimiento amplio del VIH (%) Mujeres 15–24 2007–2011*			Conocimiento amplio del VIH (%) hombres 15–24 2007–2011*		
	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres
Federación de Rusia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Fiji	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Filipinas	–	–	–	26	94	3,7	–	–	–	37	55	1,5	–	–	–	14	26	1,8	–	–	–
Finlandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Francia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gabón	88 x	92 x	1,0 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Gambia	46	61	1,3	34	58	1,7	24	9	2,6	*43*	*32*	*0,7*	28	42	1,5	20	48	2,4	–	–	–
Georgia	99	98	1,0	*95 x*	*99 x*	*1,0 x*	–	–	–	–	–	–	92	96	1,0	–	–	–	–	–	–
Ghana	47	82	1,7	39	98	2,5	19	9	2,2	45	34	0,7	61	86	1,4	17	34	2,1	23	50	2,1
Granada	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Grecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guatemala	–	–	–	20	95	4,7	21 y	3 y	6,5 y	39	51	1,3	–	–	–	5	41	7,8	–	–	–
Guinea	21	83	4,0	26	57	2,2	24	19	1,3	18 x	59 x	3,3 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guinea-Bissau	17	35	2,0	*19 x*	*79 x*	*4,0 x*	22	11	2,1	16	37	2,3	52	87	1,7	6	25	4,3	–	–	–
Guinea Ecuatorial	–	–	–	47 x	85 x	1,8 x	–	–	–	24 x	37 x	1,5 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	84	92	1,1	81	96	1,2	16	4	3,8	–	–	–	91	97	1,1	37	72	2,0	25	65	2,6
Haití	72	92	1,3	6 x	68 x	10,5 x	22 x	6 x	3,6 x	29 x	50 x	1,7 x	–	–	–	18 x	41 x	2,2 x	28 x	52 x	1,9 x
Honduras	92	96	1,0	33 x	99 x	2,9 x	16 x	2 x	8,1 x	56 x	47 x	0,8 x	80 x	90 x	1,1 x	13 x	44 x	3,4 x	–	–	–
Hungría	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
India	24	72	3,0	24	85	3,6	57 x	20 x	2,9 x	19 x	43 x	2,3 x	–	–	–	4 x	45 x	11,7 x	15 x	55 x	3,8 x
Indonesia	23	84	3,7	65	86	1,3	23	10	2,2	32	27	0,9	–	–	–	3	23	7,5	2	27	12,2
Irán (República Islámica de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Iraq	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Irlanda	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Cook	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Islas Marshall	92	98	1,1	*68*	*99*	*1,5*	–	–	–	–	–	–	–	–	–	12	39	3,3	37	58	1,6
Islas Salomón	–	–	–	74	95	1,3	14	10	1,4	–	–	–	58 y	61 y	1,1 y	17	37	2,1	35	50	1,5
Israel	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Italia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaica	96	99	1,0	97	98	1,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	54	69	1,3	–	–	–
Japón	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jordania	–	–	–	98	100	1,0	3	0	26	18	30	1,6	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Kazajstán	100	100	1,0	*100 x*	*100 x*	*1,0 x*	5 x	2 x	2,8 x	–	–	–	99 x	98 x	1,0 x	18 x	28 x	1,6 x	–	–	–
Kenya	48	80	1,7	20	81	4,0	25	9	2,8	40	37	0,9	58	78	1,3	29	61	2,1	42	68	1,6
Kirguistán	94	95	1,0	*93 x*	*100 x*	*1,1 x*	2 x	2 x	0,8 x	–	–	–	94 x	91 x	1,0 x	17 x	29 x	1,7 x	–	–	–
Kiribati	93	94	1,0	76	93	1,2	–	–	–	–	–	–	–	–	–	42	49	1,2	38	52	1,4
Kuwait	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lesotho	42	49	1,2	35	90	2,6	18	9	1,9	–	–	–	83	94	1,1	26	48	1,8	14	45	3,3
Letonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Líbano	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liberia	1 y	7 y	6,1 y	26	81	3,2	*21 y*	*13 y*	*1,6 y*	41	64	1,6	15	56	3,7	14	29	2,1	17	37	2,2
Libia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Liechtenstein	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lituania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Luxemburgo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Madagascar	61	93	1,5	22	90	4,1	40 x	24 x	1,7 x	12	29	2,4	59	96	1,6	10	42	4,3	8	49	6,5
Malasia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	23	48	2,0	–	–	–
Malawi	–	–	–	63	89	1,4	17	13	1,3	67	73	1,1	71 x	90 x	1,3 x	34	55	1,6	35	54	1,5
Maldivas	92	94	1,0	89	99	1,1	24	11	2,3	–	–	–	82	82	1,0	9	19	2,0	–	–	–
Malí	65	96	1,5	35 x	86 x	2,5 x	31 x	17 x	1,8 x	8 x	29 x	3,5 x	37	56	1,5	–	–	–	–	–	–
Malta	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Marruecos	–	–	–	*30 x*	*95 x*	*3,2 x*	–	–	–	18 x	25 x	1,4 x	77 x	95 x	1,2 x	–	–	–	–	–	–
Mauricio	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mauritania	28	83	2,9	21	95	4,6	–	–	–	10	34	3,2	41	59	1,5	0	12	29,5	4	27	6,2
México	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Micronesia (Estados Federados de)	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mónaco	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	99	99	1,0	98	99	1,0	6	2	2,7	–	–	–	93	98	1,1	17	42	2,5	12	48	4,1
Montenegro	94	99	1,0	*98 x*	*100 x*	*1,0 x*	4 x	1 x	4,1 x	–	–	–	92 x	100 x	1,1 x	–	–	–	–	–	–
Mozambique	20	48	2,4	37	89	2,4	–	–	–	*40*	*50*	*1,3*	72	80	1,1	41	43	1,1	16	45	2,7

Países y zonas	Inscripción al nacer (%) 2005–2011*			Nacimientos atendidos por personal capacitado (%) 2007–2012*			Prevalencia de la insuficiencia ponderal entre menores de 5 años (%) 2007–2011*			Menores de 5 años con diarrea que reciben sales de rehidratación oral (SRO) (%) 2007–2012*			Tasa neta de asistencia a la escuela primaria 2007–2011*			Conocimiento amplio del VIH (%) Mujeres 15–24 2007–2011*			Conocimiento amplio del VIH (%) hombres 15–24 2007–2011*		
	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres
Myanmar	50	96	1,9	51	96	1,9	33	14	2,5	52	75	1,4	81	94	1,2	–	–	–	–	–	–
Namibia	46	92	2,0	60	98	1,6	22	7	3,1	50	59	1,2	88	97	1,1	61	69	1,1	55	67	1,2
Nauru	71	88	1,2	97	98	1,0	7	3	2,7	–	–	–	–	–	–	13 y	10 y	0,8 y	–	25 y	–
Nepal	36	52	1,5	11	82	7,6	40	10	4,0	39	36	0,9	66 y	76 y	1,2 y	12 x	49 x	4,3 x	30 x	59 x	2,0 x
Nicaragua	72 y	93 y	1,3 y	42	99	2,4	9	1	6,6	53	64	1,2	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Níger	20 y	67 y	3,3 y	5 x	59 x	11,8 x	–	–	–	14 x	32 x	2,3 x	26 x	32 x	1,2 x	5 x	30 x	6,5 x	6 x	34 x	5,8 x
Nigeria	9	62	7,0	8	86	10,3	35	10	3,5	15	53	3,5	31	72	2,4	9	34	3,6	18	41	2,2
Niue	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Noruega	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nueva Zelandia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Omán	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Países Bajos	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Pakistán	18	38	2,1	*16*	*77*	*4,8*	–	–	–	41	44	1,1	42	74	1,8	–	–	–	–	–	–
Palau	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Panamá	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Papua Nueva Guinea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Paraguay	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Perú	–	–	–	56	100	1,8	9	1	15,7	27	42	1,6	92	97	1,1	–	–	–	–	–	–
Polonia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Portugal	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Qatar	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Reino Unido	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Árabe Siria	92	99	1,1	78 x	99 x	1,3 x	10 x	7 x	1,5 x	45 x	59 x	1,3 x	–	–	–	4 x	10 x	2,9 x	–	–	–
República Centroafricana	46	85	1,8	33	87	2,6	26	19	1,4	11	28	2,5	31 x	48 x	1,5 x	14	23	1,6	19	33	1,7
República Checa	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República de Corea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República de Moldova	97 x	98 x	1,0 x	*99 x*	*100 x*	*1,0 x*	5 x	1 x	8,2 x	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Democrática del Congo	25	27	1,1	69	99	1,4	29	12	2,3	28	26	0,9	65	73	1,1	8	24	2,8	14	30	2,2
República Democrática Popular Lao	62	85	1,4	3 x	81 x	27,1 x	38 x	14 x	2,7 x	42 x	80 x	1,9 x	59 x	84 x	1,4 x	–	–	–	–	–	–
República Dominicana	61	93	1,5	95	99	1,0	5	1	4,4	41	38	0,9	92	98	1,1	31	46	1,5	21	41	2,0
República Popular Democrática de Corea	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
República Unida de Tanzanía	4	56	12,7	31	90	2,9	22	9	2,3	41	38	0,9	68	93	1,4	39	55	1,4	34	56	1,7
Rumania	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Rwanda	58	64	1,1	61	86	1,4	16	5	3,0	22	37	1,7	80	94	1,2	–	–	–	–	–	–
Saint Kitts y Nevis	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Samoa	31	63	2,1	66	95	1,4	–	–	–	–	–	–	85 y	91 y	1,1 y	3	3	1,0	3	9	2,7
San Marino	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
San Vicente y las Granadinas	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Lucía	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santa Sede	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Santo Tomé y Príncipe	74	86	1,1	74	93	1,3	18	7	2,6	–	–	–	75	95	1,3	27	56	2,0	39	55	1,4
Senegal	50	94	1,9	30	96	3,2	24	10	2,4	21	31	1,5	47	78	1,7	–	–	–	–	–	–
Serbia	97	100	1,0	99	100	1,0	3	2	1,4	–	–	–	96	98	1,0	28	69	2,4	28	66	2,4
Seychelles	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sierra Leona	74	88	1,2	44	85	1,9	22	15	1,4	75	70	0,9	59	88	1,5	14	36	2,6	–	–	–
Singapur	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Somalia	1	7	6,6	11 x	77 x	7,2 x	42 x	14 x	3,0 x	7 x	31 x	4,8 x	3 x	40 x	12,5 x	1 x	8 x	13,5 x	–	–	–
Sri Lanka	97	98	1,0	97	99	1,0	29	11	2,6	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudáfrica	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudán[cr]	26	98	3,8	6	59	10,5	40	17	2,4	21	16	0,7	55	97	1,8	1	11	13,6	–	–	–
Sudán del Sur[cr]	21	57	2,7	8	41	5,1	32	21	1,6	27	52	1,9	12	58	4,7	3	18	6,1	–	–	–
Suecia	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suiza	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	94	98	1,0	81 x	96 x	1,2 x	9 x	5 x	1,8 x	–	–	–	88 x	97 x	1,1 x	23 x	54 x	2,4 x	–	–	–
Swazilandia	39	73	1,9	65	94	1,4	8	4	2,3	58	60	1,0	95	99	1,0	49	72	1,5	44	64	1,5
Tailandia	99	100	1,0	*93 x*	*100 x*	*1,1 x*	11 x	3 x	3,3 x	56 x	54 x	1,0 x	97 x	98 x	1,0 x	47 x	43 x	0,9 x	–	–	–
Tayikistán	89	86	1,0	90	90	1,0	17	13	1,3	*52 x*	*50 x*	*1,0 x*	96 y	96 y	1,0 y	–	–	–	–	–	–
Timor-Leste	50	56	1,1	10	69	6,9	49	35	1,4	70	71	1,0	60	83	1,4	9	16	1,8	11	35	3,0

Países y zonas	Inscripción al nacer (%) 2005–2011*			Nacimientos atendidos por personal capacitado (%) 2007–2012*			Prevalencia de la insuficiencia ponderal entre menores de 5 años (%) 2007–2011*			Menores de 5 años con diarrea que reciben sales de rehidratación oral (SRO) (%) 2007–2012*			Tasa neta de asistencia a la escuela primaria 2007–2011*			Conocimiento amplio del VIH (%) Mujeres 15–24 2007–2011*			Conocimiento amplio del VIH (%) hombres 15–24 2007–2011*		
	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres	Más pobres 20%	Más ricos 20%	Proporción entre ricos y pobres
Togo	59	97	1,7	28	94	3,4	21	9	2,5	8	19	2,5	80	92	1,2	18	42	2,3	20	55	2,7
Tonga	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Trinidad y Tabago	94	98	1,0	98	100	1,0	–	–	–	–	–	–	95 x	99 x	1,0 x	48 x	62 x	1,3 x	–	–	–
Túnez	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Turkmenistán	94	97	1,0	99 x	100 x	1,0 x	8 x	2 x	3,2 x	45 x	30 x	0,7 x	–	–	–	3 x	8 x	2,8 x	–	–	–
Turquía	89	99	1,1	73	100	1,4	4	1	8,4	–	–	–	87 y	95 y	1,1 y	–	–	–	–	–	–
Tuvalu	39	71	1,8	99	98	1,0	1	0	–	–	–	–	–	–	–	34 y	39	1,2 y	–	67 y	–
Ucrania	100	100	1,0	97	99	1,0	–	–	–	–	–	–	78	75	1,0	33	45	1,4	28	42	1,5
Uganda	27	44	1,6	43	88	2,0	–	–	–	43	45	1,1	–	–	–	*20 x*	*47 x*	*2,3 x*	*28 x*	*47 x*	*1,6 x*
Uruguay	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Uzbekistán	100	100	1,0	100 x	100 x	1,0 x	5 x	3 x	1,5 x	–	–	–	94 x	96 x	1,0 x	25 x	33 x	1,3 x	–	–	–
Vanuatu	13	41	3,1	55	90	1,6	12	10	1,2	–	–	–	74	76	1,0	9	23	2,7	–	–	–
Venezuela (República Bolivariana de)	87 x	95 x	1,1 x	*95 x*	*92 x*	*1,0 x*	–	–	–	*39 x*	*55 x*	*1,4 x*	86 x	99 x	1,2 x	–	–	–	–	–	–
Viet Nam	87	98	1,1	72	99	1,4	21	3	6,6	–	–	–	95	99	1,0	38	68	1,8	–	–	–
Yemen	5	50	9,3	17 x	74 x	4,3 x	–	–	–	31 x	37 x	1,2 x	44 x	73 x	1,6 x	0 x	4 x	–	–	–	–
Zambia	5	31	5,8	27	91	3,4	16	11	1,5	61	61	1,0	73	96	1,3	*24*	*48*	*2,0*	*24*	*51*	*2,1*
Zimbabwe	35	75	2,1	48	91	1,9	–	–	–	18	28	1,6	84	91	1,1	*31 x*	*52 x*	*1,7 x*	*37 x*	*51 x*	*1,4 x*
MEMORÁNDUM																					
Sudán y Sudán del Sur$^{\sigma}$	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
DATOS CONSOLIDADOS#																					
África subsahariana	25	60	2,4	27	82	3,0	30	12	2,5	27	42	1,5	53	80	1,5	16	36	2,2	22	45	2,0
África oriental y meridional	23	50	2,2	28	77	2,7	26	12	2,2	34	44	1,3	62	86	1,4	–	–	–	–	–	–
África occidental y central	26	65	2,5	28	88	3,1	31	11	2,7	21	42	2,0	43	73	1,7	10	30	3,0	17	38	2,2
África septentrional y Oriente Medio	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Asia meridional	23	63	2,7	22	82	3,7	55	19	2,8	29	46	1,6	–	–	–	4	44	11,7	15	55	3,8
Asia Oriental y Pacífico	48 **	89 **	1,9 **	54 **	92 **	1,7 **	24 **	10 **	2,5 **	36 **	41 **	1,1 **	–	–	–	14 **	35 **	2,4 **	–	–	–
América Latina y el Caribe	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ECE/CEI	94	98	1,0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Países menos adelantados	25	52	2,1	30	78	2,6	33	15	2,3	40	47	1,2	61	83	1,4	–	–	–	–	–	–
Mundo	32 **	68 **	2,1 **	31 **	85 **	2,7 **	39 **	14 **	2,7 **	29 **	44 **	1,5 **	–	–	–	–	–	–	–	–	–

σ 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 correspondientes a la mayoría de los indicadores como Estados separados. Los datos agregados presentados aquí son para el Sudán antes de la cesión (véase el punto Memorándum).

\# Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 98.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Inscripción al nacer – Porcentaje de niños y niñas menores de 5 años que estaban inscritos en el momento de la encuesta. El numerador de este indicador incluye niños y niñas cuyo certificado de nacimiento se mostró al entrevistador, o cuya madre o cuidador dijo que el nacimiento había sido registrado.

Nacimientos atendidos por personal capacitado – Proporción de nacimientos atendidos por personal especializado de la salud (médicos, enfermeras, parteras).

Insuficiencia ponderal entre niños menores de 5 años – Porcentaje de niños menores de 5 años que están menos dos desviaciones estándar por debajo de la media de peso por edad de acuerdo al Patrón de Crecimiento Infantil de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO) – Porcentaje de niños menores de 5 años con diarrea durante las dos semanas que precedieron a la encuesta que recibieron sales de rehidratación oral (soluciones de SRO, fluidos de SRO pre empaquetados).

Tasa neta de asistencia a la escuela primaria – El número total de niños que asisten a la escuela primaria o secundaria y que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios, expresado como el porcentaje del número total de niños que tienen la edad oficial para realizar estudios primarios. Debido a la inclusión de niños en edad escolar primaria que asisten a la escuela secundaria, este indicador también se puede considerar como una tasa neta ajustada de asistencia a la escuela primaria.

Conocimiento amplio del VIH– Porcentaje de hombres y mujeres jóvenes (de 15 a 19 años) que identifican correctamente los dos sistemas principales para evitar la transmisión sexual del VIH (uso del preservativo y limitar la actividad sexual a un compañero fiel y no infectado), que rechazan los dos conceptos erróneos más comunes definidos localmente sobre la transmisión del VIH y que saben que una persona que parece saludable puede estar infectada con el VIH.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Inscripción al nacer – Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), Encuestas de Demografía y Salud (DHS) y otras encuestas nacionales y sistemas del registro civil.

Nacimientos atendidos por personal capacitado – DHS, MICS y otras fuentes nacionalmente representativas.

Insuficiencia ponderal entre niños menores de 5 años – DHS, MICS, otras encuestas nacionales en los hogares, OMS y UNICEF.

Tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación oral (SRO) – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares.

Tasa de asistencia neta a la escuela primaria – DHS, MICS y otras encuestas nacionales en los hogares.

Conocimiento amplio del VIH– Encuestas sobre los indicadores del sida (EIS), DHS, MICS, y otras encuestas nacionales en los hogares; HIV/AIDS Survey Indicators Database, <www.measuredhs.com/hivdata>.

Los datos en *bastardilla* proceden de fuentes diferentes que los datos presentados para los mismos indicadores en otras tablas del informe: Tabla 2 (Nutrición – Prevalencia de la insuficiencia ponderal), Tabla 3 (Salud – Tratamiento contra la diarrea), Tabla 4 (VIH/sida – Conocimiento amplio del VIH) y Tabla 8 (Situación de las mujeres – Nacimientos atendidos por personal especializado).

NOTAS

– Datos no disponibles.

x Datos referidos a otros años o períodos distintos a los especificados en el titular de la columna. Estos datos no se incluyen en el cálculo de los promedios regionales y mundiales, con excepción de los datos de 2005 a 2006 de la India. No se presentan estimaciones de datos de años anteriores a 2000.

y Datos referidos a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Si están dentro del periodo de referencia señalado, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

** No incluye China.

TABLA 14: DESARROLLO EN LA PRIMERA INFANCIA

Países y zonas	Asistencia a la educación en la primera infancia 2005-2011*					Apoyo de los adultos al aprendizaje ++ 2005–2011*					Apoyo del padre al aprendizaje ++ 2005–2011*	Materiales de aprendizaje en el hogar 2005-2011*						Niños que reciben atención inadecuada 2005-2011*				
												Libros infantiles			Juegos ++							
	total	hombre	mujer	Más pobres 20%	Más ricos 20%	total	hombre	mujer	Más pobres 20%	Más ricos 20%		total	Más pobres 20%	Más ricos 20%	total	Más pobres 20%	Más ricos 20%	total	hombre	mujer	Más pobres 20%	Más ricos 20%
Afganistán	1	1	1	0	4	73	74	73	72	80	62	2	1	5	53	52	57	40	42	39	43	27
Albania	40	39	42	26	60	86	85	87	68	96	53	32	16	52	53	57	48	13	14	11	9	16
Bangladesh	15	14	15	11	16	61	61	60	42	85	53	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belarús	86	87	85	–	–	97	97	96	95	98	72	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Belice	32	30	34	16	59	86	88	83	73	94	50	40	17	73	57	55	58	2	3	2	4	1
Bhután	10	10	10	3	27	54	52	57	40	73	51	6	1	24	52	36	60	14	13	15	17	7
Bosnia y Herzegovina	6	5	8	1	15	83	83	83	74	90	74	70	52	88	43	49	43	7	7	6	6	10
Botswana	18	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Burkina Faso	2	3	1	0	9	14	14	14	12	26	24	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Burundi	5	5	5	4	10	34	35	34	32	38	20	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Camerún	22	22	22	3	56	58	57	59	57	69	39	8	3	22	57	62	46	36	36	36	45	25
Chad	5	5	4	1	16	70	69	70	64	71	29	1	0	2	43	38	50	56	57	56	58	56
Côte d'Ivoire	6	5	6	1	24	50	50	51	55	57	40	5	3	13	39	44	35	59	60	58	62	51
Djibouti	14	12	16	–	–	36	36	35	–	–	23	15	–	–	24	–	–	12	11	13	–	–
ex República Yugoslava de Macedonia	22	25	19	0	59	92	92	91	81	97	71	52	19	83	71	70	79	5	5	5	10	1
Gambia	18	17	19	13	33	48	49	47	50	56	21	1	0	5	42	29	49	21	22	19	25	18
Georgia	43	44	42	17	70	93	93	93	85	99	61	72	48	91	38	41	41	8	8	8	7	8
Ghana	68	65	72	42	97	40	38	42	23	78	30	6	1	23	41	31	51	21	21	21	27	15
Guinea-Bissau	10	10	10	4	26	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Guyana	49	48	50	33	78	89	88	89	77	99	52	54	28	86	65	67	60	11	13	10	19	6
Iraq	3	2	3	–	–	58	59	57	–	–	60	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Jamaica	86	84	88	–	–	94	95	93	–	–	41	57	–	–	71	–	–	4	4	3	–	–
Kazajstán	37	36	38	19	61	92	92	91	84	96	49	48	24	76	45	40	49	4	4	4	5	4
Kirguistán	19	21	17	7	47	88	90	85	86	99	54	76	76	85	57	59	54	11	12	9	11	6
Líbano	62	63	60	–	–	56 y	58 y	54 y	–	–	74 y	29	–	–	16 y	–	–	9	8	10	–	–
Malí	10	10	10	1	40	29	27	30	28	44	14	0	0	2	40	33	49	33	33	33	33	36
Marruecos	39	36	41	6	78	48 y	47 y	49 y	35 y	68 y	56 y	21 y	9 y	52 y	14 y	19 y	7 y	9	9	9	11	6
Mauritania	5	5	5	2	11	48	48	47	39	64	30	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mongolia	60	58	61	26	83	59	56	62	44	73	41	23	6	48	68	74	62	9	9	8	10	6
Montenegro	29	28	30	6	62	97	96	98	88	100	79	77	50	92	39	49	33	6	8	5	11	3
Mozambique	–	–	–	–	–	47	45	48	48	50	20	3	2	10	–	–	–	33	33	32	–	–
Myanmar	23	23	23	8	46	58 y	58 y	58 y	42 y	76 y	44 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nepal	30 y	29y	31 y	14 y	61 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Nigeria	32	32	32	5	70	78	78	78	68	91	38	14	2	35	35	25	42	38	38	37	41	32
República Árabe Siria	8	8	7	4	18	70	70	69	52	84	62	30	12	53	52	52	51	17	17	17	22	15
República Centroafricana	5	5	6	2	17	74	74	74	70	78	42	1	0	3	49	41	51	61	60	62	58	60
República Democrática del Congo	5	5	5	2	18	61	61	62	62	76	36	1	0	2	29	21	40	60	60	60	69	39
República Democrática Popular Lao	7	8	7	1	44	33	33	34	20	59	24	3	1	11	57	54	40	26	26	25	33	17
República Popular Democrática de Corea	98	98	97	–	–	91	88	93	–	–	75	79	–	–	47	–	–	17	17	16	–	–
Santo Tomé y Príncipe	27	29	26	18	51	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Senegal	22 y	23y	21 y	7 y	43 y	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Serbia	44	41	47	22	75	95	96	95	84	98	78	76	49	86	63	65	60	1	1	1	2	1
Sierra Leona	14	13	15	5	42	54	53	55	45	79	42	2	0	10	35	24	50	32	33	32	29	28
Somalia	2	2	2	1	6	79	80	79	76	85	48	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudán	20	20	21	10	48	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Sudán del Sur	6	6	6	2	13	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Suriname	39	37	40	17	63	75	75	76	61	92	31	45	20	75	64	67	63	7	6	8	13	1
Swazilandia	33	32	34	36	50	50	50	50	35	71	10	4	1	12	69	64	74	15	15	15	20	9
Tailandia	61	60	61	55	78	89	90	89	86	98	57	43	25	71	55	58	49	13	14	13	18	7
Tayikistán	10	11	10	1	29	74	73	74	56	86	23	17	4	33	46	43	44	13	13	12	15	11
Togo	29	27	31	10	52	62	61	63	55	68	38	2	0	7	31	26	41	41	42	41	45	35

Países y zonas	Asistencia a la educación en la primera infancia 2005-2011*					Apoyo de los adultos al aprendizaje ++ 2005–2011*					Apoyo del padre al aprendizaje ++ 2005–2011*	Materiales de aprendizaje en el hogar 2005-2011*						Niños que reciben atención inadecuada 2005-2011*				
												Libros infantiles			Juegos ++							
	total	hombre	mujer	Más pobres 20%	Más ricos 20%	total	hombre	mujer	Más pobres 20%	Más ricos 20%		total	Más pobres 20%	Más ricos 20%	total	Más pobres 20%	Más ricos 20%	total	hombre	mujer	Más pobres 20%	Más ricos 20%
Trinidad y Tabago	75	74	76	65	87	98	98	98	96	100	63	81	66	93	65	63	72	1	1	1	2	0
Ucrania	63	63	63	30	74	–	–	–	–	–	–	97	93	99	47	36	47	10	11	10	15	4
Uzbekistán	20	20	19	5	46	91	91	90	83	95	54	43	32	59	67	74	62	5	5	5	6	7
Viet Nam	72	71	73	59	91	77	74	80	63	94	61	20	3	49	49	41	54	9	10	9	17	4
Yemen	3	3	3	0	8	33	34	32	16	56	37	10	4	31	49	45	49	34	36	33	46	22
DATOS CONSOLIDADOS#																						
África subsahariana	21	21	21	6	47	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
África oriental y meridional	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
África occidental y central	22	22	23	6	49	63	63	63	57	77	35	8	1	21	36	29	43	43	43	43	47	34
África septentrional y Oriente Medio	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Asia meridional	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Asia Oriental y Pacífico	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
América Latina y el Caribe	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ECE/CEI	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Países menos adelantados	11	11	12	6	24	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mundo	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

Para obtener una lista completa de países y zonas en las regiones, subregiones y categoría de países, véase la página 98.

DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

Asistencia a la educación en la primera infancia – Porcentaje de niños de 36 a 59 meses de edad que asisten a un programa de educación en la primera infancia.

Apoyo de los adultos al aprendizaje – Proporción de niños 36 a 59 meses de edad con los que un adulto ha participado en cuatro o más de las siguientes actividades para promover el aprendizaje y la preparación para la escuela en los últimos tres días: a) leer libros con el niño, b) contar cuentos al niño, c) cantar canciones al niño, d) sacar al niño fuera del hogar, e) jugar con el niño y f) nombrar, contar o dibujar cosas con el niño.

Apoyo del padre al aprendizaje – Porcentaje de niños de 36 a 59 meses de edad cuyo padre ha participado en una o más de las siguientes actividades para promover el aprendizaje y la preparación para la escuela en los últimos tres días: a) leer libros con el niño, b) contar cuentos al niño, c) cantar canciones al niño, d) sacar al niño fuera del hogar, e) jugar con el niño y f) nombrar, contar o dibujar cosas con el niño.

Materiales de aprendizaje en hogar: libros infantiles – Porcentaje de niños de 0 a 59 meses de edad que tienen tres o más libros infantiles en el hogar.

Materiales de aprendizaje en hogar: juguetes – Porcentaje de niños de 0 a 59 meses de edad que tienen dos o más de los siguientes juguetes en el hogar: objetos del hogar u objetos encontrados fuera (palos, rocas, animales, conchas, hojas, etc.), juguetes hechos en el hogar o juguetes que provienen de una tienda.

Niños que reciben atención inadecuada – Porcentaje de niños de 0 a 59 meses que han estado solos o al cuidado de otro niño menor de 10 años durante más de una hora por lo menos una vez durante la semana pasada.

FUENTES ESTADÍSTICAS PRINCIPALES

Asistencia a la educación en la primera infancia – Encuestas de Demografía y Salud (DHS), Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) y otras encuestas nacionales.

Apoyo de los adultos al aprendizaje – MICS y otras encuestas nacionales.

Apoyo del padre al aprendizaje – MICS y otras encuestas nacionales.

Materiales de aprendizaje en hogar: libros infantiles – MICS y otras encuestas nacionales.

Materiales de aprendizaje en hogar: juguetes – MICS y otras encuestas nacionales.

Niños que reciben atención inadecuada – MICS y otras encuestas nacionales.

NOTAS

– Datos no disponibles.

y Datos referidos a definiciones diferentes a la norma o sólo a una parte del país. Si están dentro del periodo de referencia señalado, estos datos se incluyen en los cálculos de los promedios regionales y mundiales.

* Datos referidos al año disponible más reciente durante el período indicado en el titular de la columna.

++ Los cambios en las definiciones de varios indicadores sobre el desarrollo en la primera infancia se realizaron entre la tercera y cuarta rondas de MICS (MICS3 y MICS4). Con el fin de permitir la comparabilidad con las MICS4, los datos de las MICS3 sobre los indicadores relativos al apoyo de los adultos al aprendizaje, al apoyo del padre al aprendizaje y al aprendizaje en el hogar (juguetes) se volvieron a calcular según las definiciones de los indicadores de las MICS4. Por lo tanto, los datos recalculados que aquí se presentan diferirán de las estimaciones registradas en los informes nacionales de las MICS3.

Convenciones, protocolos facultativos, firmas y ratificaciones

Una nota sobre los términos utilizados en este informe

Una **convención** es un acuerdo oficial entre Estados Partes. El término "Convención" se utiliza (en lugar de su sinónimo, "tratado") para referirse a un instrumento multilateral que cuenta con un gran número de Estados Parte, incluidos aquellos instrumentos que están abiertos a la participación de la comunidad internacional en su conjunto y están negociados bajo los auspicios de una organización internacional.

Un **protocolo facultativo** de una convención es un instrumento jurídico destinado a complementar el acuerdo original mediante el establecimiento de derechos u obligaciones adicionales. Se puede utilizar para abordar con mayores detalles un asunto mencionado en el acuerdo original, para hablar sobre un nuevo aspecto que tenga que ver con cualquiera de sus temas, o para agregar procedimientos a su funcionamiento o ejecución. Un protocolo de este tipo es facultativo en el sentido de que los Estados Partes en la convención no están automáticamente obligados a cumplir sus disposiciones, sino que debe ser ratificado de forma independiente. Por lo tanto, un Estado puede ser parte en una Convención, pero no en sus protocolos facultativos.

El proceso por el cual un Estado se convierte en parte en una convención está compuesto, en su mayoría, de dos etapas: la firma y la ratificación.

Mediante la **firma de una convención**, un Estado indica su intención de tomar medidas para examinar la convención y su compatibilidad con el derecho interno. Una firma no establece ninguna obligación jurídica de vincularse a las disposiciones de la convención; sin embargo, sí indica que un Estado tiene la intención de actuar de buena fe y de no tomar medidas que pudieran socavar el propósito de la convención.

La **ratificación** es el acto concreto por el cual un Estado acepta estar jurídicamente vinculado a los términos de una convención. El procedimiento varía según la estructura legislativa particular de cada país. Después de que un Estado haya determinado que una convención es compatible con las leyes nacionales y que se pueden tomar medidas para cumplir con sus disposiciones, el organismo nacional correspondiente (por ejemplo, un parlamento) toma la decisión oficial de ratificarlo. Una vez que el instrumento de ratificación –una carta oficial, sellada y firmada por la autoridad competente (por ejemplo, un presidente)– está depositado con el Secretario General las Naciones Unidas, el Estado pasa a ser parte en la convención.

En algunos casos, un Estado se **adhiere** a una convención o un protocolo facultativo. Esencialmente, la **adhesión** es como ratificar sin tener que firmar

Para obtener más información y definiciones más precisas de estos y otros términos relacionados, consulte <http://treaties.un.org/Pages/Overview.aspx?path=overview/definition/page1_en.xml>.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se encuentra disponible en <http://treaties.un.org/doc/Publication/CTC/Ch_IV_15.pdf>.
El Protocolo Facultativo se encuentra disponible en <http://treaties.un.org/doc/Publication/CTC/Ch-15-a.pdf>.

UNICEF, Sede central
UNICEF House
3 United Nations Plaza
Nueva York, NY 10017, Estados Unidos

Oficina regional para Europa
Palais des Nations
CH-1211Ginebra 10, Suiza

Oficina regional para Europa Central y Oriental, la Comunidad de Estados Independientes y los Estados bálticos
Palais des Nations
CH-1211Ginebra 10, Suiza

UNICEF, Oficina regional para África Oriental y Meridional
Apartado Postal 44145
Nairobi 00100, Kenya

UNICEF, Oficina regional para África Central y Occidental
Apartado Postal 29720 Yoff
Dakar, Senegal

UNICEF, Oficina regional para América Latina y el Caribe
Apartado Postal 0843-03045
Ciudad de Panamá, Panamá

UNICEF, Oficina regional para Asia Oriental y el Pacífico
Apartado Postal 2-154
Bangkok 10200, Tailandia

UNICEF, Oficina regional para Oriente Medio y Norte de África
Apartado Postal 1551
Ammán 11821, Jordania

UNICEF, Oficina regional para Asia Meridional
Apartado Postal 5815
Lekhnath Marg
Katmandú, Nepal

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
3 United Nations Plaza,
Nueva York, NY 10017, EEUU
Correo electrónico: pubdoc@unicef.org
Sitio web: www.unicef.org

Para leer este informe en línea,
escanee este código QR o visite
www.unicef.org/sowc2013

US $25,00
ISBN: 978-92-806-4658-0
Número de venta de las Naciones Unidas: S.13.XX.1

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