

# Nota técnica sobre la página de datos estadísticos

17/01/14

## 1. Definición de datos e indicadores

### 1.1 Datos demográficos de grupos de la población

Fuente de	Definición
<b>Población nacional</b>	La población total de un determinado país según la estimación de la División de Población de la ONU
<b>Niños menores de 5 años</b>	La población total de niños menores de 5 años de edad en un determinado país según la estimación de la División de Población de la ONU
<b>Mujeres adolescentes</b>	La población total de mujeres entre 15 y 19 años de edad en un determinado país según la estimación de la División de Población de la ONU
<b>Promedio de nacimientos</b>	El número promedio anual de niños recién nacidos en un determinado país según la estimación de la División de Población de la ONU
<b>Índice de crecimiento de la población</b>	El ritmo al que aumenta el número de individuos de una población en un determinado período de tiempo como una parte de la población total inicial.

#### Fuente de datos:

Perspectivas de la Población Mundial: La Revisión de 2012, 2013, División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas del Secretariado de las Naciones Unidas.

La Revisión de 2012 de las Perspectivas de la Población Mundial es la vigésimo tercera ronda de estimación y proyecciones demográficas globales llevada a cabo por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las

Naciones Unidas del Secretariado de las Naciones Unidas. Las perspectivas de la población mundial se utilizan ampliamente en las Naciones Unidas y, además, muchas organizaciones internacionales, centros de investigación, investigadores académicos y prensa hacen uso de ellas.

### 1.2 Objetivos de nutrición de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS 65.6)

Indicador	Definición	Objetivo de la AMS
<b>Bajo peso al nacer</b>	Porcentaje de nacidos vivos que pesaron menos de 2,500 gramos al nacer.	Reducir un 30 % el bajo peso al nacer para 2025
<b>Lactancia exclusiva</b>	Porcentaje de lactantes entre 0 y 5 meses que fueron exclusivamente amamantados.	Aumentar las tasas de lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses al menos hasta un 50 % para 2025
<b>Retraso en el crecimiento de menores de 5 años</b>	Porcentaje de niños entre 0 y 59 meses de edad que están a menos dos (moderado a grave) y menos tres (grave) desviaciones estándar por debajo del promedio de la relación entre altura y edad de los Estándares de Crecimiento del Niño de la OMS.	Reducir en un 40 % el número de niños menores de 5 años con retraso en el crecimiento para 2025
<b>Emaciación de menores de 5 años</b>	Porcentaje de niños entre 0 y 59 meses de edad que están a menos dos (moderado a grave) y menos tres (grave) desviaciones estándar por debajo del promedio de la relación entre peso y altura de los Estándares de Crecimiento del Niño de la OMS.	Reducir y mantener la emaciación infantil en menos del 5 % para 2025
<b>Sobrepeso de menores de 5 años</b>	Porcentaje de niños entre 0 y 59 meses de edad que están a menos dos (moderado a grave) y menos tres (grave) desviaciones estándar por encima del promedio de la relación entre peso y edad de los Estándares de Crecimiento del Niño de la OMS.	Detener el aumento del sobrepeso infantil durante 2025

**Nota:**

1) Debido a la limitación de datos, el indicador "anemia en mujeres en edad reproductiva" no se ha incluido en este informe.

Enlace al sitio web: [http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition\\_globaltargets2025/en/](http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/)

2) Las metodologías y los procesos subyacentes para la estimación conjunta de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial están descritos en Estimación conjunta de la desnutrición infantil 2012, posteriormente actualizada con la publicación 2013. Las estimaciones antropométricas representativas a nivel nacional, que siguen el proceso de investigación de cada agencia y que fueron acordadas en conjunto, se incluyen en el Conjunto de datos colectivos que se actualiza frecuentemente.

3) En el esfuerzo por mantener una secuencia temporal consistente de datos antropométricos comparables mundialmente, parte de este proceso de armonización para calcular promedios regionales y mundiales y llevar a cabo análisis de tendencia requiere de todas las estimaciones de prevalencia antropométrica que deben recalcularse utilizando un algoritmo estándar. Este algoritmo se programó en el software y macro OMS Anthro, revisado por MEASURE DHS y UNICEF. Además, otras instituciones (por ejemplo, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades) han incorporado el algoritmo estándar en su proceso de análisis de la encuesta sobre nutrición. En aquellos países donde los datos antropométricos se recogen como parte de una Encuesta Demográfica y de Salud (DHS) o de una Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS), los datos sin procesar están disponibles públicamente o los programas de procesamiento de datos de encuesta ya incorporan el algoritmo de la OMS. En los países donde los datos antropométricos se recogen a través de una encuesta nacional de nutrición (u otro tipo de encuesta) y son analizados utilizando un algoritmo distinto, es necesario volver a calcular la prevalencia relacionada con la antropometría para lograr que las estimaciones puedan compararse entre los países y a lo largo del tiempo.

### 1.3 Práctica de alimentación del lactante y del niño pequeño

Indicador	Definición	Relevancia
Dieta mínima aceptable	Porcentaje de niños pequeños entre 6 y 23 meses	Además de la leche materna, una buena dieta se logra

Indicador	Definición	Relevancia
<b>y diversidad dietética mínima (3 IYCF)</b>	<p>que reciben las 3 prácticas claves de Alimentación del lactante y del niño pequeño durante el día anterior de acuerdo con las líneas directrices de la Organización Mundial de la Salud<sup>1</sup>:</p> <p>Para niños que fueron amamantados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación con alimentos sólidos, semisólidos o blandos: lactantes entre 6 y 8 meses, dos veces o más; niños pequeños entre 9 y 23 meses, tres meses o más</li> <li>• Incluir alimentos de cuatro o más de los siete grupos de alimentos</li> </ul> <p>Para niños que no fueron amamantados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• alimentación con leche, dos o más veces; alimentación con leche o alimentos sólidos, semisólidos o blandos, cuatro o más veces</li> <li>• Incluir alimentos de cuatro o más de los seis grupos de alimentos</li> </ul>	<p>cuando existe una diversidad dietaria mínima y frecuencia en las comidas (además de una cantidad mínima de alimentación con leche para los niños que no fueron amamantados).</p> <p>Una buena dieta es fundamental para garantizar el crecimiento y desarrollo apropiados para un niño pequeño durante el período de vida crítico, entre los 6 y los 23 meses, cuando son más vulnerables a la desnutrición, morbilidad y mortalidad.</p> <p>Existen evidencias sólidas de que una alimentación complementaria adecuada reduce la incidencia del retraso en el crecimiento.<sup>2</sup></p> <p>Las pruebas revisadas en la Serie de Lancet 2013 revelaron los efectos significativos de la <i>educación alimentaria enfocada en las poblaciones con seguridad alimentaria</i>: aumento de altura (DME: 0,35, 95 % IC: 0,08 - 0,62), relación entre altura y edad (RR: 0,34, 95 % IC: 0,21 - 0,54) y aumento de peso (DME: 0,40, 95 % IC: 0,02 - 0,78). La <i>educación alimentaria enfocada en las poblaciones con inseguridad alimentaria</i> tuvo efectos significativos en: la reducción del retraso en el crecimiento (RR: 0,68, 95 % IC: 0,60 - 0,76), el aumento en la relación entre altura y peso (DME: 0,25, 95 % IC: 0,09 - 0,42) y el aumento en la</p>
<b>Alimentación complementaria con alimentos de al menos</b>	<p>Porcentaje de niños entre 6 y 23 meses que reciben alimentos de cuatro o más de los siete grupos de alimentos.</p>	

<sup>1</sup> OMS, Sistema de información del panorama de la nutrición: Indicadores de perfil del país, (Guía de interpretación) 2010, p. 18

<sup>2</sup> Bhutta Z. et al, Intervenciones basadas en evidencia para el mejoramiento de la nutrición materno-infantil: ¿Qué se puede hacer y a qué costo? Nutrición Materno-Infantil 2, junio de 2013. p. 22

Indicador	Definición	Relevancia
<b>cuatro grupos (6 a 23 meses)</b>	<i>Nota:</i> unos pocos países todavía utilizan "al menos tres o más grupos de alimentos" como el mínimo.	relación entre peso y edad (DME: 0,26, 95 % IC: 0,12 - 0,41). La <i>provisión de alimentos complementarios con o sin educación en las poblaciones con inseguridad alimentaria</i> tuvo efectos significativos en: el aumento en la relación entre altura y edad (DME: 0,39, 95% IC: 0,05 - 0,73) y el aumento en la relación entre peso y edad (DME: 0,26, 95 % IC: 0,04 - 0,41), pero no en la reducción del retraso en el crecimiento. <sup>3</sup>

#### 1.4 Programas para deficiencias de vitaminas y minerales

Indicador	Definición	Relevancia
<b>Suplementos de zinc para tratar la diarrea (niños menores de 5 años)</b>	Porcentaje de niños menores de 5 años con diarrea aguda que recibieron suplementos de zinc de 20 mg a diario durante 10 a 14 días o suplementos de zinc de 10 mg a diario para lactantes menores de 6 meses <sup>4</sup> .  <i>Nota:</i> No existen indicadores aprobados internacionalmente	Las enfermedades diarreicas suponen alrededor de 2 millones de muertes por año entre niños menores de 5 años, convirtiéndose en la segunda causa de muerte infantil más común en todo el mundo. Estudios han mostrado consistentemente que la diarrea es la enfermedad infecciosa más importante determinante del retraso en el crecimiento longitudinal. Un análisis conjunto de nueve estudios comunitarios en países de bajos ingresos comprobó que las posibilidades de retraso en el crecimiento a los 24 meses de vida aumentó de manera multiplicativa con cada episodio de diarrea antes de esa edad. El porcentaje de retraso en el crecimiento atribuido a los cinco episodios de diarrea anteriores fue 25 % (95%, IC: 8 - 38 %). <sup>6</sup>  Se recomienda la provisión de suplementos de zinc como recurso seguro y efectivo

<sup>3</sup> Bhutta Z. et al., p. 47

<sup>4</sup> OMS, Sistema de información del panorama de la nutrición, p. 10-11

<sup>6</sup> Bhutta Z. et al., p. 22

Indicador	Definición	Relevancia
	<p>o herramientas para la recolección y compilación de datos para el tratamiento con zinc de niños con diarrea<sup>5</sup>.</p>	<p>durante el tratamiento de la diarrea. Específicamente, los suplementos de zinc suministrados durante un episodio de diarrea aguda disminuyen la duración y gravedad del episodio, y el suministro de suplementos de zinc durante 10 a 14 días disminuye la incidencia de la diarrea en los próximos 2 a 3 meses.<sup>7</sup></p> <p>Las pruebas revisadas en la Serie de Lancet 2013 revelaron los efectos significativos de los suplementos de zinc para la diarrea: reducción de la mortalidad por cualquier causa un 46 % (95 % IC: 12 - 68), reducción de los ingresos a hospitales por problemas de diarrea un 23 % (95 % IC 15 - 31), reducción de la duración de la diarrea aguda 0,5 días y reducción de la diarrea persistente 0,68 días.<sup>8</sup></p>
<p><b>Mujeres embarazadas que asisten a 4 o más visitas de cuidado prenatal</b></p>	<p>Porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años de edad que recibieron cuidado prenatal de cualquier prestador (capacitado o no capacitado) al menos cuatro veces durante el embarazo por motivos relacionados con el mismo<sup>9</sup>.</p>	<p>Alcanzar el pleno potencial esencial para la supervivencia que la atención prenatal promete a las mujeres y sus bebés requiere cuatro visitas que proporcionen intervenciones esenciales basadas en evidencia, un paquete a menudo conocido como cuidado prenatal centrado.</p> <p><b>Este indicador se utiliza como un sucedáneo para el acceso a los suplementos de hierro y ácido fólico.</b> La Organización Mundial de la Salud recomienda una ingesta diaria de suplementos de hierro y ácido fólico como parte del cuidado prenatal.</p> <p>Las pruebas revisadas en la Serie de Lancet 2013 revelaron los efectos significativos</p>

<sup>5</sup> OMS, Sistema de información del panorama de la nutrición, p. 11

<sup>7</sup> La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan para la prevención y el tratamiento de la diarrea aguda: lactancia exclusiva, suplemento de vitamina A, prácticas de higiene mejoradas, mejor acceso a fuentes más limpias de agua potable e instalaciones sanitarias, vacunación contra rotavirus y uso de zinc, que es seguro y efectivo. Concretamente, suplementos de zinc durante un episodio de diarrea aguda en el tratamiento clínico de la diarrea aguda

<sup>8</sup> Bhutta Z. et al., p. 49

<sup>9</sup> The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health. Opportunities for Africa's Newborns, Chapter 2: Antenatal Care. OMS, 2006, p. 51

Indicador	Definición	Relevancia
		de los suplementos de hierro y ácido fólico en: el peso al nacer (DM: 57,7 g, 95 % IC: 7,66 - 107,79), la anemia a término (RR: 0,34, 95 % IC: 0,21 - 0,54) y la concentración de hemoglobina en suero a término (DM: 16,13 g/l, 95 % IC: 12,74 - 19,52). <sup>10</sup>
<b>Suplemento de vitamina A</b>	<p>La proporción de niños entre 6 y 59 meses de vida que recibieron dos dosis altas de suplementos de vitamina A en un determinado año<sup>11</sup>.</p> <p>Las dosis recomendadas son 100 000 IU para niños entre 6 y 11 meses de edad y 200 000 IU para niños entre 12 y 59 meses de edad.</p>	<p>La Alianza Mundial para la Vitamina A define la cobertura total de suplemento de vitamina A como el porcentaje de niños entre 6 y 59 meses de edad que recibieron dos dosis con una diferencia aproximada de 4 a 6 meses durante un determinado año. Las estimaciones nacionales se recopilan a nivel mundial y se comunican anualmente según los datos administrativos de UNICEF. Existe una particular limitación para las estimaciones de suplemento de vitamina A recogidas en base a los datos de encuesta en los hogares y no es posible proporcionar un cálculo de dos dosis para cualquier año; la falta de consideración para con las campañas nacionales, los mecanismos de distribución y la coordinación de tiempo para estimar la cobertura del suplemento de vitamina A.</p> <p>UNICEF cuenta con una base de datos sobre este indicador en:  <a href="http://www.childinfo.org/vitamina.html">http://www.childinfo.org/vitamina.html</a></p>
<b>Presencia de sal yodada en el hogar</b>	Porcentaje de hogares que consumen sal correctamente yodada, definida como sal que contiene de 15 a 40 partes por millón de yodo <sup>12</sup> .	La deficiencia de yodo está normal y visiblemente asociada con los problemas de tiroides, pero el mayor daño se puede ver en el crecimiento y desarrollo mental disminuido, que contribuye al escaso rendimiento escolar, la reducción de la capacidad intelectual y el deterioro en la realización de actividades.

<sup>10</sup> Bhutta Z. et al., p. 44

<sup>11</sup> OMS, Sistema de información del panorama de la nutrición, p. 9

<sup>12</sup> OMS, Sistema de información del panorama de la nutrición, pp. 15-16

Indicador	Definición	Relevancia
		<p>Las pruebas revisadas en la Serie de Lancet 2013 revelaron efectos significativos en las mujeres embarazadas: peso al nacer 3,82 - 6,30% más alto, disminución del cretinismo a los 4 años de edad (RR: 0,27, 95 % IC: 0,12 - 0,60) e índices de desarrollo un 10 a 20% más elevados en niños pequeños.<sup>13</sup></p> <p>Para alcanzar el objetivo de la Yodación Universal de Sal, el porcentaje de hogares que consumen sal correctamente yodada debe ser superior a 90 %.</p>

### 1.5 Empoderamiento de la mujer

Indicador	Definición	Relevancia
<b>Alfabetización de mujeres</b>	Porcentaje de mujeres capaces de demostrar su capacidad de leer toda o una parte de una oración sencilla en cualquiera de los idiomas principales del país <sup>14</sup> .	<p>La capacidad de lectura es una ventaja personal importante que le permite a las mujeres aumentar sus oportunidades en la vida.</p> <p>Un análisis de 19 conjuntos de datos de la Encuesta demográfica y de salud (recopilados desde 1999) mostró que el riesgo de retraso en el crecimiento es significativamente menor entre las madres con al menos algún grado de escolarización primaria (razón de momios [RM] 0,89, 95 % IC: 0,85 - 0,93) y aún menor (<math>p &lt; 0,001</math>) entre madres que tienen algún grado de escolarización secundaria (0,75; 0,71 - 0,79). La educación de padres en los niveles primario y secundario también redujo el riesgo de retraso en el crecimiento, aunque las respectivas RM son menores en los casos de escolarización de madres. A pesar de la asociación general, existe una heterogeneidad considerable en la magnitud del</p>

<sup>13</sup> Bhutta Z. et al., p. 44

<sup>14</sup> Mukuria et al., The Context of Women's Health: Results from the Demographic and Health Surveys, 1994-2001, DHS Comparative Reports No. 11, ORC Macro, diciembre de 2005. p. 23.



Indicador	Definición	Relevancia
		efecto en cada país, probablemente indicio de las diferencias entre la calidad de educación y la calidad de datos. <sup>15</sup>
<b>Tasa de empleo femenino</b> <sup>16</sup>	Los índices de empleo se calculan como la relación entre empleadas y la población en edad de trabajar. La edad laboral comprende personas entre 15 y 64 años de edad, aunque en algunos países la edad laboral va de 16 a 64 años de edad. <sup>17</sup> .	<p>Cada vez más, las mujeres se están incorporando al sector laboral, y las madres deben adecuar sus responsabilidades domésticas y el cuidado de sus niños a sus horas de trabajo, dejando poco tiempo libre para ellas. Por otro lado, el ingreso proveniente del trabajo asalariado les ofrece a las mujeres beneficios para la salud, lo que les permite tener acceso a bienes básicos como vivienda y alimentos.</p> <p>Se ha comprobado que el trabajo femenino mejora la ingesta de alimentos e influye en la fertilidad.</p> <p>La autonomía y el bienestar de las mujeres se ven mejorados con el ingreso proveniente de su trabajo fuera del hogar, lo que disminuye su dependencia social del hombre.</p> <p>Sin embargo, las presiones económicas sobre las mujeres que viven en la pobreza hacen que se vean atraídas a tareas agrícolas, y es posible que el estado nutricional y la salud de las mujeres se vean disminuidos por las largas horas de trabajo y las tareas arduas requeridas.</p>
<b>Mujeres de 15-19 años que ya son</b>	Porcentaje de mujeres entre 20 y 24 años de edad que fueron madres antes de los 18 años <sup>18</sup> .	Los embarazos en adolescentes tienen un mayor riesgo de complicaciones y mortalidad de madres y niños, y peores resultados de parto que los embarazos en mujeres mayores. Además, el embarazo en adolescentes reducirá e impedirá su

<sup>15</sup> Ruel M. et al., Intervenciones y programas con incidencia nutricional: ¿De qué forma pueden ayudar a acelerar el avance del mejoramiento de la nutrición materno-infantil? Nutrición Materno-Infantil 3, junio de 2013, p. 66

<sup>16</sup> Mukuria et al., p. 27

<sup>17</sup> OCDE, Perspectivas del empleo de la OCDE, 2006

<sup>18</sup> OMS, Tema de ayuda: Mujeres entre 15 y 19 años que son madres o están embarazadas por primera vez

Indicador	Definición	Relevancia
<b>madres o que tienen un solo hijo</b>		<p>crecimiento. En algunos países, hasta la mitad de las adolescentes sufren de retraso en el crecimiento, lo que aumenta el riesgo de resultados de parto deficientes.<sup>19</sup></p> <p>Los partos de mujeres jóvenes entre 15 y 19 años están considerablemente asociados con riesgos de salud para madres y lactantes. Muchos de estos riesgos también están asociados con el primer parto. Dado que las madres adolescentes generalmente son madres por primera vez también, es difícil separar estos riesgos. La tasa de mortalidad de adolescentes durante el parto es desproporcionadamente alto. En muchos países, el riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo es dos veces mayor para adolescentes entre 15 y 19 años que para mujeres mayores<sup>20</sup>.</p>
<b>Edad mediana en el primer matrimonio<sup>21</sup></b>	La edad mediana de las mujeres en el primer matrimonio si, a lo largo de sus vidas, están sometidas a los índices de matrimonio por edad de las primeras nupcias sólo en un año determinado <sup>22</sup> .	<p>La edad de la primera relación sexual, el primer matrimonio y el primer parto proporcionan un panorama de las primeras influencias sobre la fertilidad que sugieren resultados relacionados con la fertilidad. En la mayoría de los países, el matrimonio es un indicio principal de la exposición de una mujer al riesgo de embarazo y, por lo tanto, es importante para comprender la fertilidad.</p> <p>Aquellas poblaciones en las mujeres se casan por primera vez siendo muy jóvenes suelen tener embarazos tempranos y alta fertilidad; por lo tanto, es importante examinar las tendencias de edad en el primer matrimonio. Los datos sobre la primera relación sexual resultan una medición más directa del comienzo de</p>

<sup>19</sup> Black R. et al, Desnutrición y sobrepeso materno-infantil en países de ingresos bajos y medios, Nutrición materno-infantil 1, junio de 2013, p. 17

<sup>20</sup> OMS, Sistema de información del panorama de la nutrición, p. 20

<sup>21</sup> Mukuria et al., pp. 35-36

<sup>22</sup> Naciones Unidas, Informe sobre fertilidad mundial 2009

Indicador	Definición	Relevancia
		exposición al embarazo. El comienzo de la edad reproductiva está asociado con el número de niños que una mujer puede dar a luz durante su periodo reproductivo en ausencia de cualquier control de fertilidad.
<b>Tasa Global de Fecundidad</b> <sup>23</sup>	La tasa global de fecundidad representa el número de nacimientos por mujer durante el período de reproducción en el caso de que viviera hasta el final de su edad fértil y tuviera niños de acuerdo con los índices de fecundidad prevalentes específicos para cada edad. <sup>24</sup> .	<p><b>Este indicador se utiliza como <i>sustituto</i> para el espacio de nacimiento.</b></p> <p>En los países, y en los grupos, donde la tasa global de fecundidad es alta, existe una relación con la salud y nutrición maternas deficientes.</p> <p>Los intervalos cortos entre embarazos aumentan el riesgo de bajo peso al nacer (RM: 1,65, 95 % IC: 1,27 - 2,14) y partos prematuros (RM: 1,45, 95 % IC: 1,30 - 1,61). Los embarazos reiterados y la edad materna avanzada también tienen un impacto en el bajo peso al nacer (RR: 1,61, 95 % IC: 1,16 - 2,24). Estos hallazgos hacen hincapié en la necesidad de optimizar la edad en el primer embarazo, el número de integrantes de la familia y los intervalos entre embarazos<sup>25</sup>.</p>
<b>Porcentaje de partos por profesional de la salud calificado</b> <sup>26</sup>	Porcentaje de nacidos vivos asistidos por personal de salud capacitado (doctores, enfermeras o parteras).	<p>La asistencia a cargo de personal capacitado en todos los partos se considera la única intervención más importante para garantizar la maternidad segura, ya que acelera la prestación a tiempo de atención obstétrica de emergencia y cuidado del recién nacido cuando surgen complicaciones que ponen en riesgo la vida de la madre<sup>27</sup>.</p> <p>Asistencia especializada denota no sólo la presencia de parteras y otras personas</p>

<sup>23</sup> Mukuria et al., p. 38

<sup>24</sup> Banco Mundial, Indicador de Tasa Global de Fecundidad, total (nacimientos por mujer)

<sup>25</sup> Bhutta et al., p. 43

<sup>26</sup> UNFPA, Atención especializada en el parto

<sup>27</sup> Black R. et al. Desnutrición y sobrepeso materno-infantil en países de ingresos bajos y medios, Nutrición materno-infantil 3, junio de 2013

Indicador	Definición	Relevancia
		con destrezas de partería (MOMS), sino también un entorno que le permita a los profesionales realizar su trabajo de manera competente. También implica el acceso a un nivel más exhaustivo de atención obstétrica en caso de complicaciones que requieran cirugías o transfusiones de sangre.

### 1.6 Otros indicadores sensibles a la nutrición

Indicador	Definición	Relevancia
<b>Tasa de urbanización</b>	Porcentaje de población que vive en zonas urbanas según la <i>definición</i> nacional utilizada en el censo de población más reciente.	<p>A menudo se subestima la pobreza en zonas urbanas y los niños que viven en esa pobreza están en riesgo de no poder recibir la ayuda de los esfuerzos de desarrollo. Es posible que el aumento del crecimiento urbano amplíe la brecha de desigualdad y, por consiguiente, incremente las necesidades de los niños de las zonas urbanas, en especial en África Urbana que actualmente está experimentando los índices de crecimiento urbano más altos con 200 millones de niños que viven en zonas urbanas, mientras que el 60 por ciento de la población urbana de África vive en condiciones de pobreza<sup>28</sup>.</p> <p>Un análisis de regresión llevado a cabo por Save the Children para establecer la importancia absoluta y relativa de los factores subyacentes y estructurales del retraso en el crecimiento en un conjunto de datos de 128 países comprobó que la población urbana y el PBI medio per cápita más altos están considerablemente correlacionados con niveles inferiores de prevalencia del retraso en el crecimiento<sup>29</sup>.</p>
<b>Porcentaje de</b>	Porcentaje de renta o consumo	La participación en el ingreso de los quintiles más pobres de la población es un

<sup>28</sup> Save The Children, Voices from Urban Africa, The Impact of Urban Growth on Children, noviembre de 2012. p. 8

<sup>29</sup> Save the Children, Global stunting reduction target: focus on the poorest or leave millions behind

Indicador	Definición	Relevancia
<b>renta del 20% de la población con menores ingresos</b>	del 20% de la población con menores ingresos indicado por quintiles <sup>30</sup> .	indicador importante del retraso en el crecimiento entre los países con una alta carga de retraso en el crecimiento, pero no en otros sitios <sup>31</sup> .

Estudios han mostrado que existe una relación significativa entre la deserción, el acceso a agua limpia y la altura de un niño. Para más detalles consulte “The Water, Sanitation, and Children’s Health” (Evidence from 172 DHS surveys)

<http://sanitationupdates.files.wordpress.com/2010/05/worldbank-dhs2010.pdf>

Indicador	Definición	Relevancia
<b>Defecación al aire libre</b>	Porcentaje de población que defeca en campos, bosques, arbustos, masas de agua y otros espacios abiertos.	La defecación al aire libre justificó el 54 % de la variación internacional en la altura de niños en comparación con el PIB, que sólo justificó el 29 %. Una reducción de 20 puntos porcentuales en la defecación al aire libre estuvo asociada con un aumento en la altura de los niños de 0.1 DE <sup>32</sup> .
<b>Suministro de agua no mejorado</b>	Porcentaje de población que utiliza fuentes de agua potable no mejoradas incluyendo: Pozos excavados desprotegidos, fuentes	El acceso a un suministro de agua adecuado no es solamente una necesidad básica, sino también un derecho humano. Además, el acceso a suministro de agua tiene considerables beneficios económicos y para la salud para los hogares y los individuos. El acceso equitativo al agua potable y saneamiento

<sup>30</sup> Banco Mundial, Grupo de Investigación sobre el Desarrollo. Los datos están basados en datos provenientes de la encuesta domiciliaria primaria obtenidos de las agencias estadísticas del gobierno y de los departamentos de país del Banco Mundial. Los datos para las economías de altos ingresos provienen de la base de datos de Estudio de Ingreso de Luxemburgo.  
<http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/index.htm>

<sup>31</sup> Save the Children, Global stunting reduction target: focus on the poorest or leave millions behind

Indicador	Definición	Relevancia
	desprotegidas, caretilla pequeña con tanque/bidón, camión cisterna, aguas superficiales (río, represa, lago, estanque, arroyo, cauce, canal de irrigación) o agua embotellada.	<p>mejorados es de importancia fundamental para la salud y acelerará el logro de los ocho ODM<sup>29</sup>.</p> <p>El análisis de regresión llevado a cabo por Save The Children comprobó que el acceso al agua potable apta para el consumo en zonas rurales estaba entre los principales factores para reducir el retraso en el crecimiento<sup>33</sup>.</p> <p>Una revisión de Cochrane del efecto de las intervenciones de WASH sobre los resultados de nutrición hizo hincapié en la mejora de la <i>calidad</i> del agua (así como también y sobre todo del suministro de agua)<sup>34</sup>.</p>

<sup>33</sup> Save the Children, Global stunting reduction target: focus on the poorest or leave millions behind

<sup>34</sup> Dangour et al. Intervenciones para mejorar el suministro y la calidad del agua, las prácticas de higiene y saneamiento, y los efectos en el estado de nutrición infantil, *Revisión sistemática en curso Cochrane 2013*. p. 27

## 2. Interpretación de los gráficos de áreas

### 2.1 Gráfico con objetivos de reducción del retraso en el crecimiento

La AMS recomendó una Tasa Media Anual de Reducción (TMAR) del 3,9 % para alcanzar el objetivo global para 2025 de reducir un 40 % en el número de niños con retraso en el crecimiento en el mundo. Para identificar el logro de reducción y la posible brecha para 2025 según el escenario actual, el Grupo de consulta sobre nutrición de la Comisión Europea y la Organización Mundial de la Salud desarrollaron la Herramienta de Medición de la Reducción del Retraso en el Crecimiento (HMRRC), que calcula el número proyectado de niños con retraso en el crecimiento en 2025 a nivel nacional de acuerdo con la tendencia actual o deseable (es decir, 40 % del número actual) en la reducción de retraso en el crecimiento.

Las mediciones según el escenario actual aplican la TMAR al último valor de prevalencia disponible que se transpone al año de referencia (es decir, 2012), mientras que el escenario deseable comienza desde la estimación del número de meta de niños con retraso en el crecimiento en 2025, es decir 40 % menos que el número estimado de niños con retraso en el crecimiento en la referencia. Por lo tanto, las mediciones se basan en este objetivo para el 2025, en el número de niños; y la prevalencia correspondiente se calcula utilizando proyecciones demográficas. Entonces la pendiente entre la prevalencia en la marca final y la prevalencia en el año de inicio (de cualquier plan/programa para reducir el retraso en el crecimiento), y el número de años entre estos intervalos de tiempo, se utilizan para calcular la TMAR (objetivo) deseable para alcanzar la prevalencia de la meta.

En el análisis de la tendencia en la reducción de la prevalencia del retraso en el crecimiento entre niños menores de cinco años en Uganda, la HCRRC utiliza la TMAR para cuantificar la tasa de cambio de la prevalencia desde 1985 a 2012. La medición se desarrolló en base a la prevalencia del retraso en el crecimiento histórica del Repositorio de Datos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS y los datos demográficos de las Perspectivas de la Población Mundial, 2010.

Indicador	Definición	Relevancia
<b>Tasa Media Anual de Reducción (TMAR)</b>	La TMAR se utiliza para el análisis de monitoreo y evaluación de la tendencia mundial en la prevalencia del retraso en el crecimiento entre niños menores de cinco años para cuantificar la tasa de cambio de la prevalencia de la referencia al año actual. Si la prevalencia es conocida y la tasa anual de reducción es constante, se puede determinar la prevalencia del próximo año <sup>35</sup> .	<p>La prevalencia global de retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años de edad ha disminuido un 36 % durante las últimas dos décadas, desde un 40 % estimado en 1990 a un 26 % en 2011. Esta es una tasa media anual de reducción de 2,1 % por año<sup>36</sup>.</p> <p>Se necesita una Tasa Media Anual de Reducción (TMAR) del 3,9 % para alcanzar el objetivo global para 2025 de reducir un 40 % el número de niños con retraso en el crecimiento.</p>

## 2.2 Tendencias y objetivos para el retraso en el crecimiento, la emaciación y la lactancia exclusiva

Durante el evento Nutrición para el Crecimiento, que tuvo lugar el 8 de junio de 2013 en Londres, 15 gobiernos se comprometieron a aumentar los recursos nacionales para fomentar la nutrición y 12 gobiernos anunciaron objetivos nacionales para reducir el retraso en el crecimiento. Estos objetivos nacionales aparecen en los perfiles de cada país según corresponda.

Cada gráfico indica la prevalencia de retraso en el crecimiento, emaciación y lactancia exclusiva para cada dato disponible desde 2000 a partir de las encuestas domiciliarias. Cuando estén disponibles, se indicará la prevalencia para el quintil de menores ingresos y la prevalencia para el quintil de mayores ingresos. La línea de puntos explica la regresión lineal.

La Tasa Media Anual de Reducción se calcula solamente para el retraso en el crecimiento.

<sup>35</sup> UNICEF, Nota técnica: Cómo calcular la Tasa Media Anual de Reducción (TMAR) de prevalencia de bajo peso

<sup>36</sup> UNICEF, Mejorar la nutrición infantil: El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr, UNICEF, abril de 2013, p. 8



### 2.3 Distribución del retraso en el crecimiento entre los quintiles de riqueza

La tabla de distribución del retraso en el crecimiento muestra la desigualdad del estado nutricional entre todos los quintiles de riqueza (más bajo, segundo, medio, cuarto y más alto). La tabla utiliza los últimos datos disponibles de la encuesta nacional domiciliaria.

Se indica la tasa de prevalencia nacional de retraso en el crecimiento, así como también, el objetivo nacional para la prevalencia de retraso en el crecimiento para mostrar la diferencia de prevalencia de retraso en el crecimiento en cada quintil de riqueza.

La distribución del retraso en el crecimiento entre los quintiles de riqueza está en su mayor parte disponible en los informes de encuesta del DHS y de las MICS producidos en los últimos años.

### 3. Fuente de datos

Las fuentes primarias de los indicadores de nutrición son las encuestas nacionales domiciliarias publicadas, como la Encuesta demográfica y de salud (DHS) y las Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS). En ausencia de informes de DHS o MICS recientemente publicados, se utilizan encuestas a nivel nacional de Supervisión y evaluación estandarizadas de la asistencia y la transición (SMART)<sup>37</sup>.

Entre las fuentes de datos adicionales se incluyen: la base de datos del Banco Mundial, la base de datos de medición de la población de la ONU, la base de datos de deficiencia de vitamina A de UNICEF y otras fuentes de datos que aparecen en la bibliografía.

#### Detalles de contacto:

Si tiene alguna pregunta sobre datos y fuentes de datos, comuníquese con **Sr. Shaoyu Lin**: [Shaoyu.lin@undp.org](mailto:Shaoyu.lin@undp.org)

**Queremos agradecerles especialmente a nuestros colegas del Departamento de Política y Planificación, Sector de Estadística y Monitoreo, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, cuyos aportes fueron fundamentales y esenciales para terminar este documento.**

---

<sup>37</sup> Las encuestas de SMART se han utilizado como fuente de datos para Senegal, Mauritania y Sierra Leona.

## Fuentes

- Bhutta Z. et al., (6 de junio, 2013). *Intervenciones basadas en evidencia para el mejoramiento de la nutrición materno-infantil: ¿Qué se puede hacer y a qué costo? Nutrición Materno-Infantil 2*. Fecha de consulta: 6 de agosto de 2012, de The Lancet, Volumen 382, Ejemplar 9890: <http://press.thelancet.com/nutrition2.pdf>
- Black R. et al. (Junio de 2013). *Desnutrición y sobrepeso materno-infantil en países de ingresos bajos y medios, Nutrición materno-infantil 3*. Fecha de consulta: 19 de agosto de 2013, de The Lancet, Volumen 382, Ejemplar 9890: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60937-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60937-X/abstract)
- Dangour A. et al. (2013). *Intervenciones para mejorar el suministro y la calidad del agua, las prácticas de higiene y saneamiento, y los efectos en el estado de nutrición infantil*. Revisión sistemática en curso Cochrane, Ejemplar 8. Art.
- Günther, Isabel y Günther Fink. (2010). *Water, Sanitation and Children's Health: Evidence from 172 DHS Surveys*. Fecha de consulta: 6 de agosto de 2013, desde <http://elibrary.worldbank.org/content/workingpaper/10.1596/1813-9450-5275>
- Measure DHS. (n.d.). *Measure DHS, Topics: Nutrition*. Fecha de consulta: 6 de agosto de 2013, desde Measure DHS: <http://www.measuredhs.com/topics/Nutrition.cfm>
- Mukuria, Altrena, Casey Aboulaflia y Albert Themme. (Diciembre de 2005). *The Context of Women's Health: Results from the Demographic and Health Surveys, 1994-2001*. Fecha de consulta: 6 de agosto de 2013, desde Measure DHS, DHS Comparative Reports No. 11, ORC Macro: <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/CR11/CR11.pdf>
- OCDE. (2006). *Perspectivas del empleo de la OCDE*. Fecha de consulta: 19 de agosto de 2013, desde OCDE: <http://www.oecd.org/publications/factbook/38335554.pdf>

- Ruel M. et al. (Junio de 2013). *Nutrición Materno-Infantil 3: Intervenciones y programas con incidencia nutricional: ¿De qué forma pueden ayudar a acelerar el avance del mejoramiento de la nutrición materno-infantil?* Fecha de consulta: 19 de agosto de 2013, de The Lancet, Volumen 382, Ejemplar 9891: <http://www.a4nh.cgiar.org/files/2013/06/NutritionSensitiveInterventionsAndPrograms.pdf>
- Save the Children (Noviembre de 2012). *Voices from Urban Africa, The Impact of Urban Growth on Children*. Fecha de consulta: 20 de agosto de 2013, desde Save the Children: <http://www.savethechildren.org/atf/cf/%7B9def2ebe-10ae-432c-9bd0-df91d2eba74a%7D/SAVETHECHILDREN-VOICESFROMURBANAFRICA-REPORT2012.PDF>
- The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health . (2006). *Opportunities for Africa's newborns: Practical data, policy and programmatic support for newborn care in Africa, Chapter 2: Antenatal Care*. Fecha de consulta: 6 de agosto de 2013, desde OMS en nombre de la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño: <http://www.who.int/pmnch/media/publications/oanfullreport.pdf>
- UNFPA. (n.d.). *Atención especializada en el parto*. Fecha de consulta: 6 de agosto de 2013, desde UNFPA: <http://www.unfpa.org/public/cache/offonce/home/mothers/pid/4383;jsessionid=F48A49550B2343B268EF89DAB575143D.jahia02>
- UNICEF. (2007). *Nota técnica: Cómo calcular la Tasa Media Anual de Reducción (TMAR) de prevalencia de bajo peso*. Fecha de consulta: 19 de agosto de 2013, desde UNICEF: [http://www.childinfo.org/files/Technical\\_Note\\_AARR.pdf](http://www.childinfo.org/files/Technical_Note_AARR.pdf)
- UNICEF. (Abril del 2013). *Mejorar la nutrición infantil: El imperativo para el progreso mundial que es posible lograr*. Fecha de consulta: 19 de agosto de 2013, desde UNICEF: [http://www.unicef.org/media/files/nutrition\\_report\\_2013.pdf](http://www.unicef.org/media/files/nutrition_report_2013.pdf)
- UNICEF. (n.d.). *Estadística por área: Agua y Saneamiento*. Fecha de consulta: 6 de agosto de 2013, desde UNICEF, Child Info: Monitoring the Situation of Children and Women: <http://www.childinfo.org/sanitation.html>
- Naciones Unidas. (2009). *Informe sobre fertilidad mundial 2009: Metadatos*. Fecha de consulta: 19 de agosto de 2013, desde Naciones Unidas: [http://www.un.org/esa/population/publications/WFR2009\\_Web/Data/Meta\\_Data/MAFM.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/WFR2009_Web/Data/Meta_Data/MAFM.pdf)
- Banco Mundial. (n.d.). *Indicador: Indicador de la tasa global de fecundidad, total (nacimientos por mujer)*. Fecha de consulta: 19 de agosto de 2013, desde Banco Mundial: <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>

Banco Mundial. (n.d.). *PovcalNet: herramienta en línea para el análisis de la pobreza*. Fecha de consulta: 6 de agosto de 2013, desde Banco Mundial: <http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/index.htm>

Organización Mundial de la Salud (2010). *Indicadores de perfil del país del Sistema de información del panorama de la nutrición (NLIS): guía de interpretación*. Fecha de consulta: 6 de agosto de 2013, desde [http://www.who.int/nutrition/nlis\\_interpretation\\_guide.pdf](http://www.who.int/nutrition/nlis_interpretation_guide.pdf)

Organización Mundial de la Salud (n.d.). *Tema de ayuda: Mujeres entre 15 y 19 años que son madres o están embarazadas por primera vez*. Fecha de consulta: 6 de agosto de 2013, desde Organización Mundial de la Salud: <http://apps.who.int/nutrition/landscape/help.aspx?menu=0&helpid=361>

Organización Mundial de la Salud (n.d.). *Indicadores para supervisar la implementación del plan de implementación exhaustivo*. Fecha de consulta: 6 de agosto de 2013, desde Organización Mundial de la Salud: [http://www.who.int/nutrition/EB128\\_18\\_backgroundpaper4\\_nutrition\\_indicators.pdf](http://www.who.int/nutrition/EB128_18_backgroundpaper4_nutrition_indicators.pdf)

Organización Mundial de la Salud (n.d.). *Departamento de Nutrición para la Salud y el Desarrollo de la OMS*. Fecha de consulta: 6 de agosto de 2013, desde Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/nutrition/en/>