



¿Un futuro para los niños del mundo? Una Comisión OMS-UNICEF-The Lancet

Helen Clark*, Awa Marie Coll-Seck*, Anshu Banerjee, Stefan Peterson, Sarah L Dalglish, Shanthi Ameratunga, Dina Balabanova, Maharaj Kishan Bhan†, Zulfiqar A Bhutta, John Borrazzo, Mariam Claeson, Tanya Doherty, Fadi El-Jardali, Asha S. George, Angela Gichaga, Lu Gram, David B. Hipgrave, Aku Kwamie, Qingyue Meng, Raúl Mercer, Sunita Narain, Jesca Nsungwa-Sabiiti, Adesola O Olumide, David Osrin, Timothy Powell-Jackson, Kumanan Rasanathan, Imran Rasul, Pappaarangi Reid, Jennifer Requejo, Sarah S. Rohde, Nigel Rollins, Magali Romedenne, Harshpal Singh Sachdev, Rana Saleh, Yusra R. Shawar, Jeremy Shiffman, Jonathon Simon, Peter D. Sly, Karin Stenberg, Mark Tomlinson, Rajani R. Ved, Anthony Costello

Resumen

A pesar de los extraordinarios progresos logrados en los últimos decenios en lo concerniente a supervivencia, nutrición y educación, los niños afrontan actualmente un futuro incierto. El cambio climático, la degradación ecológica, las poblaciones migrantes, los conflictos, la desigualdad generalizada y las prácticas comerciales depredadoras amenazan la salud y el futuro de los niños en todos los países. En 2015, los países de todo el mundo acordaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), pero cinco años más tarde, solo unos pocos países han logrado progresos suficientes para alcanzarlos. Esta Comisión presenta argumentos para poner a los niños de 0 a 18 años en el centro de los ODS: en el eje del concepto de sostenibilidad y de nuestros empeños humanos comunes. Los gobiernos deberán aprovechar las alianzas en todos los sectores para superar las presiones ecológicas y comerciales y permitir que los niños puedan ejercer sus derechos ahora y vivir en un planeta habitable en los años venideros.

Invertir en la salud de los niños con miras a lograr beneficios intergeneracionales y económicos para toda la vida

Las pruebas son claras: las inversiones tempranas en la salud, la educación y el desarrollo de los niños conllevan beneficios que se acrecientan durante la vida del niño y favorecen a sus futuros niños y a la sociedad en su conjunto. Las sociedades prósperas invierten en sus niños y protegen sus derechos, algo evidente en países que han actuado acertadamente en lo relativo a la salud y las medidas económicas en los últimos decenios. Ahora bien, muchos políticos aún no priorizan la inversión en los niños, ni creen que sea la base de mejoras sociales más amplias. Incluso en los países ricos, muchos niños pasan hambre o viven en condiciones de absoluta pobreza, en particular los pertenecientes a grupos sociales marginados, incluidas las poblaciones indígenas y las minorías étnicas. Con demasiada frecuencia se descuida el potencial de los niños con discapacidades, y ello limita sus contribuciones a la sociedad. Además, muchos millones de niños crecen atemorizados por la guerra o la inseguridad, y no reciben los servicios más básicos de salud, educación y desarrollo.

Las instancias decisorias deben adoptar una visión a largo plazo. Así como la buena salud y la nutrición en el periodo prenatal y los primeros años de vida son el fundamento de una vida sana, el aprendizaje y las

aptitudes sociales que adquirimos a temprana edad son la base del desarrollo ulterior y de un sólido apoyo al sistema de gobierno y la economía del país. Los servicios de alta calidad, en el contexto de la cobertura sanitaria universal, deben ser una prioridad absoluta. Los beneficios de la inversión en la infancia serán enormes, y los costos no son prohibitivos: un análisis de los ODS sugiere un déficit financiero de US\$ 195 por persona. Para asegurar un desarrollo económico y humano más vigoroso, cada gobierno deberá buscar la mejor manera de movilizar fondos mediante instrumentos que ayuden a los segmentos más pobres de la población a superar ese déficit para favorecer a los niños, y considerar que esa es la mejor inversión que puede hacer una sociedad. Sin embargo, la inversión no es solo monetaria: la participación ciudadana y la acción comunitaria, en particular los puntos de vista de los propios niños, son fuerzas poderosas para el cambio y se deben movilizar para alcanzar los ODS. Los movimientos sociales deberán desempeñar un papel transformador en defensa de los derechos que deben ejercer las comunidades para cuidar de los niños y las familias.

El gobierno tiene un deber de cuidado y protección en todos los sectores

Los países que tienen en cuenta a las futuras generaciones otorgan alta prioridad a las medidas destinadas a satisfacer las necesidades de todos los niños, en el contexto de derechos tales como la licencia remunerada de los padres, la atención primaria de salud gratuita en el lugar de prestación del servicio, el acceso a alimentos saludables y suficientes, la educación pública o subvencionada, y otras medidas de protección social. Esos países velan por que los niños crezcan en entornos seguros y saludables, con agua potable, aire puro y espacios seguros para jugar. Asimismo, respetan con ecuanimidad los derechos de las niñas y los niños, así como la diversidad en las identidades de género. Las instancias normativas de esos países se interesan por los efectos de todas las políticas en todos los niños, pero muy especialmente en los niños de las familias más pobres y las poblaciones marginadas, mediante medidas destinadas a asegurar el registro de los nacimientos, de modo que el gobierno pueda satisfacer las necesidades de los niños durante el curso de vida y ayudarlos a convertirse en ciudadanos comprometidos y productivos. Los derechos y prestaciones de los niños están consagrados en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CRC), ratificada por todos

Lancet 2020; 395: 605-58

Publicado en línea el 18 de febrero de 2020

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1)

Esta publicación en línea ha sido corregida. La versión corregida apareció por primera vez en thelancet.com el 21 de mayo de 2020.

Véase [Editorial](#), página 538

Véase [Comment](#), página 541

* Copresidentes de la Comisión

† Dr. Bhan, falleció en enero de 2020

The Helen Clark Foundation, Auckland (Nueva Zelanda) (H. Clark MA); **Partnership for Maternal Newborn & Child Health, Ginebra (Suiza)** (H. Clark); **Presidencia del Segurial, Dakar (Senegal)** (A. M. Coll-Seck MD); **Departamento de Salud de la Madre, el Recién Nacido, el Niño y el Adolescente** (A. Banerjee MD, N. Rollins MD, J. Simon DSc), **Departamento de Gobernanza y Financiación de los Sistemas de Salud, OMS, Ginebra (Suiza)** (K. Stenberg MSc); **Sede del UNICEF, División de Programas, Sección de Salud** (S. Peterson MD, D. B. Hipgrave PhD), y **División de Datos, Análisis, Planificación y Seguimiento, Sección de Datos y Análisis, Nueva York, Estados Unidos** (J. Requejo PhD); **Department of International Health, Facultad de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, Baltimore, MD (Estados Unidos)** (S. L. Dalglish PhD, Y. R. Shawar PhD, Prof. J. Shiffman PhD); **Facultad de Salud Pública, Universidad de Auckland, Auckland (Nueva Zelanda)** (Prof. S. Ameratunga MBChB, P. Reid MBChB); **Departamento de Salud Mundial y Desarrollo, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres (Reino Unido)** (D. Balabanova PhD, T. Powell-Jackson PhD); **Health Systems Transformation Platform, Tata Trusts, Mumbai (India)** (M. K. Bhan MD); **Centre for Global Child Health, Hospital for Sick Children, Toronto, OT (Canadá)** (Prof. Z. A. Bhutta PhD); **Centro de Excelencia en Salud de las Mujeres y los Niños, Universidad Aga Khan, Karachi (Pakistán)** (Z. A. Bhutta);

Servicio Mundial de
Financiamiento, Banco
Mundial, Washington, D.C.,
(Estados Unidos) (J. Borrazzo
PhD, M. Claeson MD); Unidad de
Investigaciones sobre Sistemas
de Salud, Consejo Sudafricano
de Investigaciones Médicas,
Ciudad del Cabo (Sudáfrica)
(Prof. T. Doherty PhD, S. S. Rohde
MPH); Departamento de Gestión
y Políticas de Salud, (Prof. F. El-
Jardali PhD) Knowledge to Policy
Center, Universidad Americana
de Beirut, Beirut (Líbano) (Prof.
F. ElJardali, R. Saleh MPH); Facultad
de Salud Pública, Universidad
de Cabo Occidental, Bellville,
Sudáfrica (Prof. A. S. George DPhil);
Financing Alliance for Health,
Nairobi (Kenya) (A. Gichaga
MBChB); Institute for Global
Health (L. Gram, PhD, Prof. D.
Osirin MRCPC), Department of
Economics, (Prof. I. Rasul PhD)
University College de Londres,
Londres (Reino Unido) (Prof.
A. Costello FMedSci); Consultor
para Investigaciones sobre
Políticas y Sistemas de Salud,
Accra (Ghana) (A. Kwamie PhD);
Centro de China para Estudios
sobre Desarrollo Sanitario,
Universidad de Beijing, Beijing
(China) (Prof. Q. Meng PhD);
Programa de Ciencias Sociales y
Salud, Facultad Latinoamericana
de Ciencias Sociales, Buenos
Aires (Argentina) (R. Mercer MD);
Centro para la Ciencia y el Medio
Ambiente, Nueva Delhi (India)
(S. Narain BA); Departamento de
Salud Materno-infantil, Ministerio
de Salud de Uganda, Kampala
(Uganda) (J. Nsungwa-Sabiiti
PhD); Instituto de Pediatría,
Universidad de Ibadán, Ibadán
(Nigeria) (A. O. Oluamide FWACP);
Departamento de Sistemas
de Salud, OMS, Phnom Penh
(Camboya) (K. Rasanathan
FAFPHM); Oficina Regional
para África central y occidental,
UNICEF, Dakar (Senegal) (M.
Romedenne MPH); Pediatría y
Epidemiología Clínica, Instituto
de Ciencias e Investigación
Sitaram Bhartiya, Nueva Delhi
(India) (Prof. H. Singh Sachdev
MD); Programa de Salud Infantil
y Medio Ambiente, Universidad
de Queensland, Brisbane, QLD
(Australia) (Prof. P. D. Sly MD);
Instituto de investigación sobre
la salud durante el curso de vida,
Departamento de Salud Mundial,
Universidad de Stellenbosch,
Stellenbosch (Sudáfrica) (Prof.
M. Tomlinson PhD); y Centro
de Recursos de los Sistemas
Nacionales de salud, Nueva Delhi
(India) (R. R. Ved MPH)

Correspondencia a:
Prof. Anthony Costello,
Office of the Vice-Provost,
University College London, London
WC1H 9BT, UK
anthony.costello@ucl.ac.uk

los países, excepto los Estados Unidos. Los países podrían asegurar esas prestaciones de diversas maneras, pero su materialización es el único camino para alcanzar los ODS relacionados con la salud y el bienestar de los niños, y ello exige medidas públicas firmes y contundentes.

Dado que las amenazas para la salud y el bienestar del niño se originan en todos los sectores, es preciso un enfoque expresamente multisectorial para asegurar que los niños y adolescentes de 0 a 18 años sobrevivan y se desarrollen, hoy y en el futuro. Para abordar las mayores amenazas a la salud y el bienestar del niño se requiere una inversión en sectores distintos de la salud y la educación, por ejemplo, vivienda, agricultura, energía y transporte. Es necesario un compromiso político a nivel ejecutivo para coordinar los diferentes sectores y propiciar sinergias durante el curso de vida, mediante la cobertura sanitaria universal; la buena nutrición y la seguridad alimentaria para todos; la esmerada planificación urbana; la vivienda y los medios de transporte seguros y asequibles; la energía limpia para todos; y políticas de bienestar social equitativas. La gobernanza multisectorial podría adoptar formas diferentes en cada país, pero siempre requerirá alianzas estratégicas, coordinación entre los gabinetes ministeriales y la gestión de diversos asociados con funciones claramente definidas para cada uno, en particular para los agentes no estatales y el sector privado. Los Jefes de Estado o primeros ministros deberán nombrar un ministro gubernamental transversal o equivalente, a fin de asegurar la acción y la presupuestación conjuntas de las políticas en favor de la niñez y requerir la asistencia armonizada de las partes interesadas cuyo apoyo es actualmente fragmentado e ineficiente.

Evaluar la prosperidad de los niños en la actualidad, pero también la manera en que las emisiones de gases de efecto invernadero de los países están destruyendo su futuro

En general, los países ricos logran mejores resultados en lo que respecta a la salud y el desarrollo de los niños, pero sus emisiones de gases de efecto invernadero históricas y presentes amenazan las vidas de todos los niños. El daño ecológico desencadenado en la actualidad pone en peligro el futuro de la vida de los niños en nuestro planeta, su único hogar. En consecuencia, nuestra comprensión de los progresos alcanzados en materia de salud y bienestar infantil deberá priorizar medidas de sostenibilidad ecológica y equidad, a fin de asegurar la protección de todos los niños, en particular de los más vulnerables. Hemos evaluado la posibilidad de realizar un seguimiento de los progresos de los países mediante un nuevo perfil de prosperidad y porvenir del niño, elaborado sobre la base de indicadores de supervivencia y prosperidad notificados por 180 países, territorios y zonas (en adelante denominados países), y de las amenazas futuras para el bienestar de los niños, para lo cual hemos utilizado la representación de gases de efecto invernadero por país. Además, hemos complementado el perfil con medidas de equidad económica existentes. Los países más pobres

tienen un largo camino por recorrer para promover la capacidad de sus niños de modo que les permita vivir con salud, pero los países más ricos amenazan el futuro de todos los niños con la contaminación de carbono, que está a punto de provocar un cambio climático desenfrenado y un desastre medioambiental. En cuanto a las tres medidas relativas a la prosperidad, la sostenibilidad y la equidad en lo concerniente a los niños, no hubo ningún país que lograra un buen desempeño.

Los indicadores de los ODS proporcionan una base sólida para el seguimiento de los progresos. Sin embargo, solo encontramos un pequeño volumen de datos relativos a los indicadores que todos los países habían acordado recopilar para realizar el seguimiento de la salud y el bienestar de los niños. El seguimiento de los ODS requiere un vigoroso impulso en las inversiones, a fin de superar las grandes deficiencias de datos sobre indicadores esenciales (respecto de muchos de los indicadores, menos del 50% de los países notifican datos) que posibiliten el desglose subnacional para que los gobiernos realicen actividades de seguimiento, examen y actúen. Para asegurar que nuestros niños crezcan y se desarrollen necesitamos datos demográficos oportunos y precisos sobre salud, nutrición, acceso a la educación y desempeño, vivienda y seguridad medioambiental, entre otros derechos. Con el fin de subsanar la falta de datos será esencial aprovechar el poder de los mecanismos comunitarios de rendición de cuentas. Asimismo, proponemos el desarrollo de tableros de mando nacionales de fácil utilización que permitan evaluar los efectos sobre el bienestar y el desarrollo sostenible de los niños. Habida cuenta de la necesidad de actuar con urgencia, los informes periódicos sobre los ODS presentados a la Asamblea General de las Naciones Unidas deberán ser el sostén de una firme labor de promoción de medidas en favor de los niños de todo el mundo.

Adoptar un nuevo protocolo de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, a fin de legislar contra el daño ocasionado a los niños por interés comercial

Si bien reconocemos el papel que las empresas desempeñan en la creación de riqueza y empleo, el afán de lucro del sector comercial plantea numerosas amenazas para la salud y el bienestar de los niños, en particular debido al deterioro ambiental desencadenado por industrias no reglamentadas. Más concretamente, los niños de todo el mundo están sobreexplotados a la publicidad de empresas cuyas técnicas de comercialización aprovechan su vulnerabilidad, y cuyos productos pueden ser nocivos para su salud y bienestar. Las empresas obtienen inmensos beneficios de la comercialización directa de productos a los niños y de la promoción de productos adictivos o insalubres, en particular comida rápida, bebidas azucaradas, alcohol y tabaco, todos los cuales son importantes causas de enfermedades no transmisibles. La enorme y creciente exposición de los niños a Internet, si bien reporta beneficios en cuanto al acceso a la información y el apoyo social, también los expone a la explotación, así

como al acoso, los juegos de azar y la captación de niños con fines sexuales por parte de delincuentes y abusadores sexuales.

La autorregulación de la industria no funciona, y los marcos mundiales existentes son insuficientes. Es necesario adoptar un enfoque de reglamentación más firme e integral. Abogamos por el desarrollo de un Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño (o sea, un elemento adicional de la Convención que se deba ratificar independientemente), con el fin de proteger a los niños contra la mercadotecnia de tabaco, alcohol, sucedáneos de la leche materna, bebidas azucaradas, juego y redes sociales potencialmente perjudiciales, así como el uso inapropiado de sus datos personales. Los países pioneros en la protección de los niños contra los daños de la publicidad comercial pueden, con el respaldo de la sociedad civil, prestar apoyo a la elaboración de un protocolo para su adopción por la Asamblea General de las Naciones Unidas, lo que daría impulso a otras medidas jurídicas y constitucionales de protección de los niños a escala nacional.

Los niños y los jóvenes están llenos de energía, ideas y esperanza en el futuro. Además, están enfadados por la situación del planeta. En todo el mundo, los escolares y los jóvenes están protestando por las amenazas ambientales ocasionadas por las economías dependientes de los combustibles fósiles. Tenemos que hallar mejores medios para amplificar sus voces y capacidades en favor de un futuro sostenible y saludable para el planeta. Los ODS exigen que los gobiernos pongan a los niños en el centro de sus planes para hacer frente a esta crisis. Esta Comisión formula recomendaciones positivas y optimistas, pero no tenemos tiempo que perder ni tendremos excusas si fracasamos. Un nuevo movimiento mundial en pro de la salud del niño y el adolescente es hoy una necesidad urgente.

Introducción

En 2018, y a raíz del final de la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, con su enfoque centrado en la supervivencia del niño, se estableció una Comisión de *The Lancet* destinada a poner la salud y el bienestar de los niños en el centro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La Comisión estuvo copresidida por la Sra. Helen Clark, ex Primera Ministra de Nueva Zelanda y ex Administradora del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, así como por la Dra. Awa Coll-Seck, Ministra de Estado del Senegal. La labor de la Comisión se orientaba a examinar los medios que los gobiernos, los profesionales médicos y la sociedad en su conjunto podían utilizar para acelerar los progresos concernientes a las estrategias de salud y bienestar del niño en el contexto de los ODS.

Ya no podemos considerar la salud y el bienestar del niño como una prerrogativa de los profesionales sanitarios. La inmunización, los antibióticos, la atención prenatal y durante el parto, y los sistemas de salud de buena calidad son, por supuesto, esenciales,¹ pero necesitamos

con urgencia un plan más amplio para acelerar los progresos en áreas anteriormente desatendidas, entre ellas el desarrollo en la primera infancia, la salud de los adolescentes y la discapacidad, así como el desarrollo de un relato coherente que oriente nuestra labor en todos los sectores. En lo inmediato debemos responder a las amenazas ambientales y existenciales que ponen en peligro el futuro de los niños del planeta. Necesitamos una visión holística del niño, definido aquí como una persona de 0 a 18 años¹ cuyo bienestar está en el foco de atención de la humanidad.

«Nuestra casa está en llamas»

En los últimos 50 años hemos visto extraordinarios avances en lo concerniente a supervivencia, educación y nutrición de los niños en todo el mundo. El desarrollo económico, la acción internacional concertada y el compromiso político han provocado un rápido cambio. En muchos aspectos, el presente es el mejor momento para la vida de los niños,² pero las desigualdades económicas hacen que no todos disfruten de los beneficios, y que todos los niños afronten un futuro incierto. La alteración del clima está generando riesgos extremos que van desde el aumento del nivel de los océanos, los fenómenos meteorológicos extremos, la inseguridad en lo que respecta al agua y los alimentos, el estrés calórico, la aparición de enfermedades infecciosas y las migraciones de población a gran escala.³ Las crecientes desigualdades y la crisis medioambiental amenazan la estabilidad política y generan conflictos internacionales por el acceso a los recursos. Se prevé que para 2030 unos 2300 millones de personas vivirán en contextos frágiles o afectados por conflictos.⁴

Las opiniones de los niños pesan muy poco en la conformación de su futuro. Las decisiones que afectarán sus vidas las toman sus padres, los dirigentes locales, los gobiernos, las instancias decisorias mundiales en materia económica y los magnates de las empresas multinacionales con recursos descomunales e intereses puramente comerciales. El daño ambiental para los niños, ahora y en el futuro, está íntimamente ligado a nuestras estructuras económicas y actividades comerciales. Cuando la joven activista por el clima Greta Thunberg habló en la Cumbre Económica Mundial de Davos (Suiza) en enero de 2019, les dijo a los delegados, «Quiero que actúen como lo harían en una crisis. Quiero que actúen como si nuestra casa estuviera en llamas. Porque así es como está.»

La niñez es el momento ideal para intervenir

La niñez es un periodo especial de vulnerabilidad, pero también de oportunidad. Las mujeres embarazadas y las niñas son vulnerables a riesgos biológicos y sociales que aumentan su susceptibilidad a la enfermedad, la discapacidad y la mortalidad prevenibles. Las intervenciones realizadas durante el embarazo, el parto y la infancia pueden tener un efecto importante en la salud, tanto de la madre como del niño. Una madre sana es un buen resultado en sí mismo; la atención y la nutrición de las madres antes y durante el embarazo ayudan a

programar el crecimiento y el desarrollo saludables del niño durante todo su curso de vida. Tras el parto, la lactancia natural proporciona protección medicamentosa personalizada para el recién nacido; es un poderoso instrumento para mejorar la salud, si podemos superar el deficiente apoyo a las madres lactantes y reglamentar la promoción inapropiada de sucedáneos de la leche materna por parte de una industria de US\$ 70 000 millones.⁵ Las intervenciones en el periodo neonatal y la buena atención neonatal también pueden prevenir discapacidades a largo plazo.⁶ Podemos hacer mucho más para apoyar al 10% de los niños con retrasos del desarrollo y discapacidades que requieren atención y cuidados especiales; la mayoría de ellos no reciben los cuidados necesarios.⁷ La prestación de esos cuidados permitirá que los niños participen plena y equitativamente, lo que supondrá un enorme beneficio para la sociedad.

Los datos documentados en estudios longitudinales revelan que los beneficios de un desarrollo saludable en la infancia se extienden a etapas posteriores de la vida: el peso al nacer, el crecimiento del lactante y las capacidades físicas y cognitivas máximas en la infancia están relacionados con las capacidades físicas y cognitivas en la edad adulta, así como con la fuerza muscular, la masa ósea, la opacidad del cristalino, la capacidad auditiva, el grosor de la piel y la esperanza de vida, o permiten predecir esos aspectos.⁸⁻¹⁰ Un metaanálisis de 16 estudios independientes concluyó que una ventaja de 1 DS en el resultado de una prueba cognitiva evaluada en los dos primeros decenios de vida implicaba una reducción del 24% del riesgo de defunción en un periodo ulterior de 17-69 años.¹¹ La buena nutrición en la infancia es la base de muchas de esas ventajas. Ahora bien, la llamada doble carga de malnutrición significa que el sobrepeso y la obesidad pueden coexistir con la subnutrición y las deficiencias de micronutrientes en una misma población. La OMS describe el rápido aumento de la obesidad infantil como «uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI».¹² El número de niños y adolescentes obesos se decuplicó, de 11 millones en 1975, a 124 millones en 2016. En parte, la urbanización facilitó el acceso a la comida chatarra y redujo el acceso a zonas recreativas y espacios seguros para la actividad física. Nuestras sociedades generaron estos problemas, lo que significa que podemos revertirlos.

La adolescencia (definida en esta Comisión como el periodo comprendido entre los 10 y los 18 años de edad) ofrece otra oportunidad, habida cuenta del momento crítico del desarrollo en lo concerniente a identidad, actividad y vulnerabilidad.¹³ En la adolescencia se pueden establecer las pautas para una vida de nutrición deficiente, actividad física reducida, consumo de alcohol y tabaco, enfermedades mentales y violencia interpersonal. En todo el mundo, 10-20% de los niños y adolescentes sufren trastornos de salud mental,¹⁴ y a pesar de ello, en ese grupo etario no se realiza prácticamente ninguna intervención temprana, lo que ofrecería una enorme oportunidad para mejorar el bienestar de una persona durante toda su vida. La adolescencia es un periodo ideal para hablar sobre nutrición, actividad

física, salud mental, relaciones, consumo de drogas (fumar, vapear y consumir alcohol), violencia intrafamiliar y grupal, sexualidad positiva y ciudadanía política activa y comprometida. Sin embargo, se han realizado muy pocas investigaciones sobre la manera de hacerlo a gran escala.

Gobernanza y voz

En la era de los ODS, el liderazgo de un país requiere una visión nacional coherente respecto del bienestar del niño, un precursor necesario para asegurar marcos institucionales armonizados y mecanismos de coordinación entre los ministerios y sectores. Este enfoque ya se propone en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (CRC), abierta a la firma en 1989 y ratificada por todos los países, excepto los Estados Unidos. Ahora bien, la llamada gobernanza conjunta, orientada a coordinar y aplicar políticas gubernamentales,¹⁵ debe surgir de las realidades locales, a fin de asegurar la comunicación entre los departamentos gubernamentales, así como entre las instancias decisorias centralizadas de un país y sus zonas más aisladas social y políticamente, e incorporar mecanismos que garanticen la participación de los ciudadanos (incluidos los niños) en los procesos decisorios del gobierno. Al igual que los ODS, las estrategias destinadas a mejorar la salud y el bienestar del niño no pueden tener éxito si no son verdaderamente multisectoriales. El hogar, el lugar de trabajo y los lugares de aprendizaje ofrecen oportunidades para aunar la prestación de servicios, pero ello requiere cambios de gobernanza significativos, impulsados por un liderazgo firme y focalizado.

Asimismo, la gobernanza tendrá presente que el poder de las corporaciones para llegar a las personas nunca ha sido tan grande. En nuestro mundo moderno, muchas empresas multinacionales tienen capitalizaciones financieras mayores que algunos países medianos; 69 de las 100 entidades más ricas del planeta son corporaciones, no Estados.¹⁶ Además, la rápida propagación de medios de comunicación altamente desarrollados expone a los niños como nunca antes, a un torrente de presiones de mercadotecnia comercial procedente de los poderes corporativos. El poder de las grandes empresas implica que los intentos gubernamentales por proteger a los niños de las actividades comerciales nocivas necesitan una reglamentación ágil, pero esto suele encontrar la resistencia de abogados y grupos de presión dotados de muchos recursos. La gobernanza comercial es esencial para proteger a los niños contra el alcohol, el tabaco y la publicidad insidiosa que promueve alimentación con preparados artificiales, dietas de comida chatarra, consumo de bebidas azucaradas, juego de azar, medios audiovisuales y juegos violentos, comportamientos sexuales inapropiados y otros riesgos.

La Comisión

La Comisión informa sobre planes urgentes y viables relativos al futuro de nuestros niños. En primer lugar, abogamos por que el bienestar de los niños ocupe el centro

Recuadro 1: Recomendaciones para poner a los niños en el centro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

- Los Jefes de Estado deberían establecer un mecanismo de alto nivel o asignar un departamento principal que coordine la labor relativa a los niños en todos los sectores, genere un entorno propicio para promulgar políticas favorables a los niños y evalúe los efectos de todas las políticas en los niños.
- Los Jefes de Estado y los gobiernos deberán crear o designar un mecanismo de seguimiento de las asignaciones presupuestarias dedicadas al bienestar del niño, y utilizar ese mecanismo para movilizar recursos nacionales mediante instrumentos fiscales que beneficien a los sectores más pobres de la sociedad y promuevan nuevas inversiones.
- Los funcionarios gubernamentales de los ministerios, los académicos nacionales y las instituciones de investigación deberán desarrollar estrategias orientadas a mejorar la presentación de datos relativos a los indicadores de los ODS que miden el bienestar del niño, la equidad y las emisiones de carbono, mediante el uso de sistemas nacionales de información y mecanismos de recopilación de datos y rendición de cuentas dirigidos por la ciudadanía.
- Los gobiernos locales deberán establecer un equipo transversal encargado de promover medidas en favor de la salud y el bienestar del niño, integrado por representantes de la sociedad civil, los niños y otras partes interesadas, según proceda.
- Los embajadores del UNICEF para la salud infantil y otros defensores mundiales de los niños deberán movilizar a gobiernos y comunidades para que adopten políticas favorables al bienestar de los niños y la sostenibilidad, y promover una rápida reducción de las emisiones de carbono a fin de preservar el planeta para las futuras generaciones.
- Los dirigentes de las áreas relativas a salud infantil, derechos y sostenibilidad deberían reformular su comprensión de los ODS como objetivos centrados en los niños y para los niños, y repensar la amenaza para su futuro derivada de las emisiones de gases de efecto invernadero generadas principalmente por los países de altos ingresos.
- Es preciso ofrecer a los niños plataformas de alto nivel para que transmitan sus preocupaciones e ideas y reivindiquen su derecho a tener un futuro y un planeta saludables.
- Los dirigentes de los sectores nacionales relacionados con la salud y los derechos de los niños deberán promover la adopción de nuevos protocolos de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, con miras a proteger a los niños contra prácticas comerciales perniciosas.
- Los representantes de los países ante las Naciones Unidas deberán colaborar entre sí para crear una estructura de las Naciones Unidas simplificada y efectivamente multisectorial destinada a reducir la fragmentación y la compartimentación, y poner las medidas en favor de los niños en el centro de los ODS.
- Los directivos de la OMS y el UNICEF deberían reunirse con los directores de otros organismos de las Naciones Unidas para planificar medidas coordinadas en apoyo de los países, con miras a promulgar políticas específicas y eficaces orientadas a la consecución de los ODS, y colaborar con organismos regionales a fin de ayudar a los países a intercambiar información sobre los progresos y las prácticas óptimas.

de las políticas concernientes a los ODS. En segundo lugar, exponemos lo que se debe hacer: el conjunto de derechos que los gobiernos y otras partes interesadas deberán asegurar para cada niño, y las inversiones y la movilización social centradas en la equidad requeridas para garantizar que ello ocurra. En tercer lugar, describimos cómo se ha de reconfigurar la gobernanza mundial, nacional y subnacional para poder ofrecer soluciones multisectoriales sólidas. En cuarto lugar, abordamos el enorme desafío que supone la reglamentación comercial con el fin de mantener seguros y sanos a nuestros niños, y sugerimos nuevos enfoques para protegerlos. En quinto lugar, examinamos de qué manera los países pueden establecer la rendición de cuentas mediante mediciones de los ODS centradas en el niño, y medidas descendentes y ascendentes inmediatas, necesarias para el seguimiento de los progresos. Por último, formulamos 10 recomendaciones clave para construir un nuevo movimiento mundial en favor de la salud y el bienestar de los niños y los adolescentes (recuadro 1). Si bien el ámbito y el alcance de nuestras recomendaciones podrían parecer abrumadores para los gobiernos ricos de los países de altos ingresos (PAI), para no mencionar a aquellos que luchan por prestar servicios básicos a sus ciudadanos, creemos que un cambio positivo es posible en cada nivel.

Poner a los niños en el centro de las políticas públicas relativas a los ODS

La preocupación por las generaciones futuras ya está en el centro de los esfuerzos relativos a los ODS. En ese contexto, seguimos teorizando sobre el concepto de sostenibilidad en torno a la salud y el bienestar de los niños, así como sobre los marcos mundiales existentes, entre ellos el marco Sobrevivir, Prosperar, Transformar, de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030).¹⁷ Además, sintetizamos las evidencias que avalan las intervenciones en la infancia, no solo con respecto al logro de los objetivos relativos a la salud del niño, sino también de los beneficios esenciales durante todo el curso de vida y para las generaciones futuras. Por último, creamos las condiciones propicias mediante la identificación de mensajes clave para las partes interesadas de todos los sectores, sin cuya colaboración no se podrían alcanzar los objetivos relacionados con la salud del niño (recuadro 2).

La sostenibilidad concierne a los niños y es para ellos

Las amenazas a la salud mundial debidas a trastornos en la salud del planeta son profundas e inminentes.³ Más de 2000 millones de personas, incluida la mitad de las poblaciones más pobres del mundo, viven en países

Recuadro 2: Poner a los niños en el centro de las políticas relativas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) – mensajes clave

- La sostenibilidad y los ODS se pueden conceptualizar convenientemente en torno a la acción por la salud y el bienestar de los niños.
- La salud de los niños y su futuro están íntimamente vinculados a la salud de nuestro planeta.
- Las intervenciones dirigidas a mejorar la salud y el bienestar en la infancia conllevan beneficios inmediatos, a largo plazo e intergeneracionales, que se combinan de manera sinérgica.
- El argumento en favor de la inversión económica en la salud y la educación de los niños es irrefutable y se caracteriza por la excelente relación costo-beneficio.
- Junto con los gobiernos, todos los sectores tienen una función que desempeñar para mejorar la salud y el bienestar de los niños.

en los que los resultados del desarrollo se ven afectados por inestabilidad y conflictos políticos, así como por problemas vinculados de forma creciente al cambio climático. En 2018, unos 1000 millones de personas se habían desplazado o estaban desplazándose, lo que elevó el número de migrantes internacionales a 258 millones de personas.¹⁸ De esas personas, 22 millones eran refugiados y 40 millones, entre ellos muchos niños, eran personas desplazadas por conflictos, desastres naturales o cambio climático.¹⁹ Aun en la situación hipotética más optimista, estas cifras aumentarán considerablemente, dado que la faz de la tierra se está reconfigurando por los efectos del cambio climático.

En 2015, los gobiernos del mundo adoptaron los 17 ODS, con 169 metas que se habrán de alcanzar para 2030. Los ODS ofrecen una doble visión: la protección de nuestro planeta contra un futuro peligroso e incierto, y la garantía de que propiciaremos vidas seguras, justas y saludables para las generaciones futuras. Los niños están en el corazón de esta visión, con sus correspondientes necesidades, derechos, perspectivas y contribuciones. Son el puente al futuro y nos reclaman compromiso y rendición de cuentas. Además, los niños constituyen el colectivo más vulnerable a los efectos ambientales permanentes debidos al cambio climático provocado por las emisiones antropogénicas de gases de efecto invernadero y la contaminación del aire, el agua y la tierra relacionada con la actividad industrial.²⁰⁻²²

Fundamentalmente, los ODS se refieren al legado que dejaremos a los niños de hoy. Solo por ese motivo se debería poner a los niños en el centro de los esfuerzos relativos a los ODS. Los ODS son el marco mundial concertado para trabajar en el presente, con el fin de dejar a nuestros niños el legado de un planeta y un futuro saludables y sostenibles; el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas considera que existe un vínculo evidente entre los ODS y la Convención sobre los Derechos del Niño, que es el tratado de derechos humanos más ampliamente ratificado en el mundo. El argumento para poner a los niños en el

centro de los ODS se basa en sus derechos, así como en el desarrollo económico sostenible, el enfoque del bienestar para todo el curso de vida y la noción de la justicia y la equidad intergeneracional. Por otra parte, al hacer de los niños la cara humana de los ODS, contribuimos a definir el progreso hacia la sostenibilidad.

En un mundo en el que las desigualdades sociales y la xenofobia van en aumento y los muros fronterizos se perciben como una solución política, debemos forjar principios de inclusión más amplios, en particular los intergeneracionales. Los problemas de la economía y el medio ambiente están intrínsecamente ligados y son la raíz de los conflictos en nuestras sociedades. Las políticas económicas injustas han dado lugar al hambre y la falta de vivienda, incluso en los países más ricos, según lo documentó el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre los derechos humanos y la extrema pobreza en su visita a los Estados Unidos²³ y el Reino Unido²⁴. De cara al futuro, insistimos en la importancia de las respuestas humanitarias, la seguridad contra la violencia y los desplazamientos, y la protección de los niños y los derechos humanos en todos los contextos.

Los niños están opinando sobre su mundo, y nosotros compartimos sus preocupaciones (recuadro 3). Esas preocupaciones sobre su bienestar se centran en sentimientos de unión familiar y seguridad, así como en el disfrute de entornos saludables. Esos principios deberán guiarnos en la construcción de un mundo para esta y la siguiente generación de niños. Si no alcanzamos los objetivos de sostenibilidad, las consecuencias recaerán sobre los niños y los jóvenes, que son nuestros recursos más preciados, y sobre los ciudadanos, que merecen gozar de la salud, el bienestar y un planeta que pueda albergar la vida en el futuro.

Adoptamos un enfoque basado en el curso de vida, desde la pregestación hasta la adolescencia, lo que establece un vínculo intergeneracional, dado que la salud y el bienestar de los niños están relacionados con la salud y el bienestar de sus padres y otras personas de su ámbito social, así como con sus futuros hijos y nietos. En nuestro modelo (figura 1), los factores específicos de vulnerabilidad y los factores de protección durante toda la vida se representan en la parte superior (protección) e inferior (vulnerabilidad). La brecha o gradiente en materia de equidad se representa mediante la distancia entre las curvas superior e inferior, afectadas por determinantes sociales y ambientales de la salud a la derecha de la flecha que representa la brecha. Aunque esa brecha en materia de equidad es intergeneracional en su modo de reproducción social, el punto de partida más pequeño en las primeras etapas de la vida demuestra que la primera infancia ofrece una buena oportunidad para intervenir y romper el ciclo intergeneracional de la pobreza. Por último, el enfoque basado en los derechos se representa en la curva superior mediante un enfoque del curso de vida y la incorporación de cuatro principios fundamentales de la Convención sobre los Derechos del Niño. Por lo tanto, el bienestar del niño se basa en los derechos y la equidad durante todo el curso de

Recuadro 3: El bienestar de los niños en sus propias palabras

En diversas charlas grupales con comunidades indígenas Māori de zonas rurales en Nueva Zelanda; barrios urbanos desfavorecidos en el Líbano; comunidades relativamente prósperas de Ibadán (Nigeria); y comunidades muy pobres de La Plata (Argentina), pedimos a niños de 6 a 18 años que describieran lo que los hacía sentir felices y sanos (apéndice, págs. 1-2). En todos esos entornos, los niños mencionaron temas clave, en particular la unión familiar, la seguridad ante la violencia, los entornos limpios y el acceso a la cultura y la educación, como los aspectos más importantes para su felicidad.

En cuanto a la salud y el bienestar, los niños mencionaron como su máxima prioridad que «las cosas que me hacen sentir feliz y a gusto es que mis padres me quieran y que seamos una familia unida» (Nigeria), o «[estar sano es] jugar con mis *whānau* (familia ampliada) y mi mamá y mi papá» (Nueva Zelanda). Los niños suelen relacionar su propia felicidad con la felicidad de quienes los rodean, tanto en las familias cariñosas y afectuosas como en sus vecindarios. «Cuando otras personas son felices, nosotros somos felices», dijo una niña de Tiro (Líbano). La alegría de los niños se manifestó frecuentemente en placeres sencillos; según dijo un niño hipoacúsico de Nigeria, «es divertido ser niño porque puedes jugar».

Los niños son muy sensibles a sus entornos, tanto en sus hogares (una «casa templada y seca», en Nueva Zelanda) como en su entorno local, y en ocasiones los describen como estropeados por la basura, el ruido, las tuberías, la contaminación y otros factores.

En la Argentina, los adolescentes mencionaron perros y ratas como amenazas para su salud, y dijeron estar trastornados por la proximidad de vertederos de basura. Niños y jóvenes

mencionaron con frecuencia el deseo de participar en la limpieza de sus entornos locales, bien fuera cortando la maleza (Nigeria), limpiando la playa (Nueva Zelanda), barriendo las calles (Líbano) o, en general, «mejorando el país» (Argentina).

Los niños manifestaron que su bienestar estaba amenazado por la violencia. En entornos inseguros, los niños suelen contar que sintieron miedo al presenciar hechos violentos tales como peleas, tiroteos o accidentes de tránsito con víctimas mortales. El consumo de drogas, la falta de seguridad y la prevalencia de robos se mencionaron como problemas de cohesión comunitaria en Argentina: «En general, si te conocen no hay violencia en tu contra. Cuando las personas se conocen hay menos violencia». Pero en otros casos los niños manifestaron haber sido víctimas de golpizas o golpes en sus hogares y opinaron que eso estaba mal: «[los padres] no deberían usar la violencia con ellos; eso es maltrato de niños muy, muy pequeños» (Nigeria). Con frecuencia los niños se mostraron preocupados por sufrir intimidaciones, en ocasiones por motivos de religión, etnia o nacionalidad, o acoso sexual.

Por último, los niños mencionaron frecuentemente un deseo de asistir a la escuela, aprender sobre su cultura y participar en ella. Dijeron que los niños no deberían tener que trabajar ni casarse: «Los niños deberían estar en la escuela, aprendiendo» (Nigeria). En la Argentina, adolescentes dijeron que las escuelas les proporcionaban la información necesaria para realizar elecciones correctas en la vida y mejorar su salud mental mediante el arte y la música. Los niños indígenas de Nueva Zelanda también hicieron hincapié en su relación con su cultura («Te Ao Māori» – el mundo Māori) y la importancia de hablar su idioma y conocer sus canciones y relatos tradicionales. «Se siente algo especial cuando eres Māori», dijo un niño.

El apéndice se puede consultar en la versión en línea

vida, con el objetivo de reforzar los factores de protección y mitigar la vulnerabilidad. El modelo muestra también el carácter inseparable de las agendas destinadas a promover los derechos, la salud y el bienestar de las mujeres y los niños, según se recogen en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño (2016-2030),¹⁷ cuyos objetivos y metas están armonizados con los ODS.

Las intervenciones en la infancia tienen beneficios intergeneracionales y durante toda la vida

«Una onza de prevención es mejor que una libra de cura», dijo Benjamin Franklin, y un abultado acervo de bibliografía teórica y empírica describe de qué manera las intervenciones en la primera infancia generan mayores beneficios que las medidas correctivas más tarde en la vida. La primera infancia, periodo en el que la plasticidad del cerebro y la neurogénesis son intensas, es vital para el desarrollo de las aptitudes cognitivas y psicosociales.²⁵ Decenios de investigación sobre psicología del desarrollo han revelado el proceso altamente interactivo mediante el cual los niños desarrollan capacidades cognitivas, sociales

y emocionales que son esenciales para los logros escolares y la productividad económica en la vida adulta.²⁶ Las inversiones y experiencias en la primera infancia crean los fundamentos del éxito en la vida.

Las inversiones iniciales deberían comenzar antes del nacimiento, dado que los nueve meses en el útero representan un periodo esencial, y las condiciones durante el embarazo modelan la trayectoria futura en lo concerniente a capacidades y salud.²⁷ Antes del embarazo, las mujeres y las adolescentes deberían recibir asesoramiento nutricional y otras intervenciones destinadas a asegurar su buen estado de salud y su capacidad para decidir si desean ser madres, y cuándo. Las intervenciones de salud materna son cruciales para prevenir, detectar y tratar tempranamente problemas durante el embarazo, y velar por que las mujeres puedan acceder a atención de alta calidad, en caso de complicaciones. La alimentación complementaria y la suplementación con yodo antes o durante el embarazo, así como el uso prenatal de corticosteroides para mujeres en riesgo de parto prematuro, en países de altos ingresos, tiene efectos beneficiosos para el desarrollo del niño.^{28,29} El

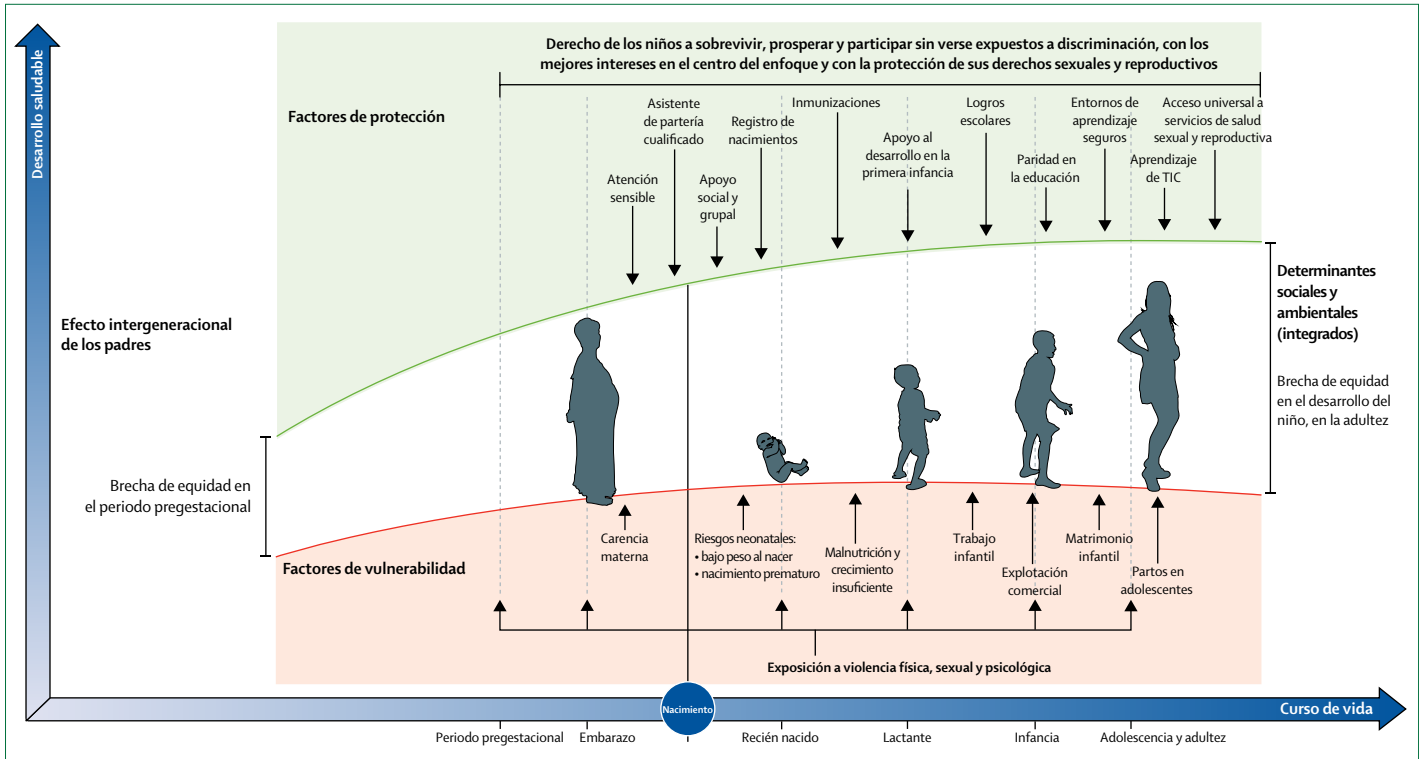


Figura 1: Medición de los factores de protección y de riesgo para el bienestar del niño durante el curso de vida, acorde con los Objetivos de Desarrollo Sostenible
 TIC = tecnologías de la información y la comunicación.

abandono del cigarrillo durante el embarazo, que puede respaldarse mediante programas de apoyo psicosocial, también reduce el número de casos de recién nacidos con bajo peso al nacer y partos prematuros,³⁰ resultados estrechamente vinculados al mejoramiento del desarrollo en la primera infancia. La investigación ha señalado también los orígenes del desarrollo de enfermedades en la edad adulta, entre ellas la diabetes, los ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares.^{31,32} La exposición prenatal a contaminantes ambientales está asociada con cambio epigenéticos tales como la metilación del ADN, vinculada al desarrollo de enfermedades en la vida adulta.³³ Por ejemplo, en Suecia, estudios sobre la precipitación radiactiva debida al accidente en la central nucleoelectrica de Chernobyl, en Pripjat (Ucrania) revelaron que la exposición intrauterina afectaba los resultados educativos y los ingresos, muchos años más tarde.³⁴ La labor de los economistas en relación con las exposiciones fetales también ha sugerido efectos económicos a largo plazo, incluidas bajas calificaciones en las pruebas y menores ingresos.³⁵

Asimismo, la nutrición fetal y en la primera infancia es esencial para la salud a largo plazo, el desarrollo cognitivo y los resultados económicos.^{36,37} El déficit del crecimiento fetal o el retraso del crecimiento en los primeros dos años de vida da lugar a daños irreversibles, incluida menor estatura en la adultez, bajo rendimiento escolar y menores ingresos en la adultez. Los niños desnutridos en los dos primeros años de vida, que más adelante en la infancia

o la adolescencia engordan con rapidez, corren riesgo de obesidad y de enfermedades crónicas ulteriormente en la vida, entre ellas diabetes, ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.³⁷ Las intervenciones nutricionales en los primeros años de vida, por ejemplo la promoción de la lactancia y la suplementación con yodo, revelan sistemáticamente relaciones de costo-beneficio superiores a uno.³⁸ El mejoramiento de la igualdad de género también tiene beneficios para la nutrición del niño y la niña y es un pronosticador independiente de la malnutrición y la mortalidad infantil en comparaciones entre países.³⁹

Se estima que unos 250 millones de niños menores de cinco años que viven en países de ingresos bajos y medianos corren riesgo de no alcanzar su potencial de desarrollo.⁴⁰ Al mismo tiempo, sabemos lo que necesitan los niños para un desarrollo saludable: alimentación y cuidados adecuados para promover su salud, nutrición, seguridad y oportunidades de aprendizaje temprano.⁴¹ Los niños con discapacidades o afecciones funcionales requieren exámenes e intervenciones tempranas que les permitan, a ellos también, desarrollar su pleno potencial. Estudios de seguimiento de niños expuestos a la pobreza en una amplia gama de países revelan que las intervenciones en la primera infancia conllevan efectos beneficiosos para los ingresos, los logros cognitivos y educativos, los biomarcadores de salud, la reducción de la violencia, la reducción de síntomas depresivos e inhibición social, y el crecimiento (por ejemplo, aumento del peso

y la circunferencia craneal al nacer) en la generación siguiente.⁴⁰

En Jamaica, dos años de estimulación psicosocial en niños pequeños con retraso del crecimiento aumentaron los ingresos un 25% al cabo de 20 años, lo suficiente para igualar a personas que no tuvieron retraso del crecimiento en la infancia.⁴² En los Estados Unidos, el programa HighScope Perry Preschool había estimado tasas de rentabilidad social del 7% al 12% anual, lo que significa que cada dólar invertido reporta un beneficio de US\$7 a US\$12 por persona.^{43,44} Una gran parte de los efectos en la adultez se deben a cambios en los rasgos de la personalidad, por ejemplo, la motivación académica y los comportamientos agresivos, en contraposición con las mejoras cognitivas.⁴⁵ En defensa del aspecto económico de las intervenciones en la primera infancia se informó acerca de amplios beneficios para la sociedad, en particular la reducción del delito.⁴⁶ Los beneficios son de tipo personal, social e intergeneracional: un análisis reciente sobre la construcción de escuelas a gran escala en Indonesia, entre 1973 y 1979, indicó que la mejor educación parental beneficiaba a los niños, gracias a los mayores ingresos familiares, mejores niveles de vida y vivienda y pago de impuestos más altos.⁴⁷ Un creciente volumen de evidencias señalan los beneficios sinérgicos de las intervenciones en los primeros años, seguidas por intervenciones ulteriores en la infancia media y la adolescencia, en particular en poblaciones cuyo desarrollo está expuesto a altos riesgos.⁴⁸

Los marcos de inversión para todo el curso de vida ponen de relieve las llamadas complementariedades dinámicas de la capacidad humana y la función de autoproduktividad.⁴⁹ Las capacidades adquiridas en los primeros años de vida sientan las bases para la mayor productividad de las inversiones en años posteriores. En otras palabras, las inversiones en diferentes etapas de la vida son sinérgicas. La autoproduktividad se refiere a la idea de que las capacidades se refuerzan entre sí, por ejemplo, una mejor salud promueve el aprendizaje. Conjuntamente, la complementariedad dinámica y la autoproduktividad provocan efectos multiplicadores mediante los cuales las capacidades generan capacidades. Esos marcos ofrecen un sólido fundamento lógico para invertir en la primera infancia y mantener la inversión en la infancia media y la adolescencia.

Las inversiones en la salud y la educación de los niños son altamente costoeficaces

La salud es un valor en sí mismo. Las personas valoran mucho el hecho de vivir más tiempo y con mejor salud. Los padres priorizan la salud de sus niños. En estudios realizados en todo el mundo se ha constatado sistemáticamente que la salud es uno de los determinantes más importantes de la felicidad y la satisfacción en la vida.⁵⁰

Un rico acervo de evidencias científicas informan sobre la relación costoeficacia de las intervenciones sanitarias para los niños.^{48,49} La cobertura del conjunto de intervenciones integradas para la salud de la madre, el recién nacido y el niño se amplió al 90% en 75 países

en los que se producen más del 95% de las defunciones maternas e infantiles, lo que permitió evitar 849 000 muertes prenatales, 1 498 000 muertes neonatales y otras 1 515 000 muertes de niños.⁵¹ La ampliación del acceso a esas intervenciones es esencial, por cuanto las complicaciones por nacimientos prematuros, eventos relacionados con el parto y enfermedades infecciosas, por ejemplo la neumonía, siguen siendo las principales causas de defunción de niños menores de cinco años.⁵³ La intervención temprana es menos costosa que los intentos por compensar las carencias iniciales con intervenciones correctivas en etapas ulteriores de la vida.⁴¹ Un análisis publicado en 2017 sugiere que el costo de no mejorar, por inacción, el desarrollo del niño mediante visitas domiciliarias universales durante la etapa preescolar y de no reducir el retraso del crecimiento es sustancial y podría ascender a más del 10% del producto interno bruto (PIB).⁵⁴

En la figura 2 se reseñan los casos de inversión mundial utilizados para estimar la razón costo beneficio de la inversión en salud y otros sectores. La traducción de los beneficios sanitarios en valores monetarios es dificultosa desde una perspectiva ética y metodológica, y se puede realizar de múltiples maneras.⁵⁵ Si bien no existe un consenso, las estimaciones valoran un año de vida en los países de ingresos bajos y medianos en la gama de 1,5-2,3 veces el PIB per cápita.^{56,57} Considerando el valor más conservador de 1,5, los análisis sugieren que los beneficios económicos (por ejemplo, productividad) y sociales (por ejemplo, salud) de la ampliación de un conjunto de intervenciones integradas para la salud de la madre y el niño es 7,2 veces mayor que los costos en países de bajos ingresos y 11,3 veces mayor en los países de ingresos medianos bajos.⁵⁸ Valorando un año de vida en 2,3 veces el PIB per cápita, la Comisión de *The Lancet* sobre inversión en salud elaboró razones costo beneficios más altas para un conjunto similar de intervenciones sanitarias.⁵⁶

Diversos estudios relativos a la inversión mundial en educación determinaron, por medio de abundante evidencia acumulada,⁵⁹ que cada US\$ 1 invertido en educación generará un beneficio adicional de US\$ 5,2 a través de mayores ingresos en países de bajos ingresos, y US\$ 2,5 de beneficios en países de ingresos medianos bajos (figura 2). Esas relaciones costo-beneficios casi se duplican cuando se tienen en cuenta los beneficios sanitarios (reducción de la mortalidad de niños y adultos) derivados del mejoramiento de la educación. La incorporación del valor monetario de las reducciones de la mortalidad significa que US\$ 1 invertido en educación generará beneficios adicionales por valor de US\$ 9,9 en los países de bajos ingresos, y US\$ 3,7 en países de ingresos bajos y medianos. Estos beneficios podrían estar subvalorados, habida cuenta de que los estudios indican una serie de otros beneficios de la educación de alta calidad sobre la salud sexual y reproductiva y la salud mental, así como un menor riesgo de enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida, menor consumo de tabaco y drogas y menos episodios de violencia.⁶⁰

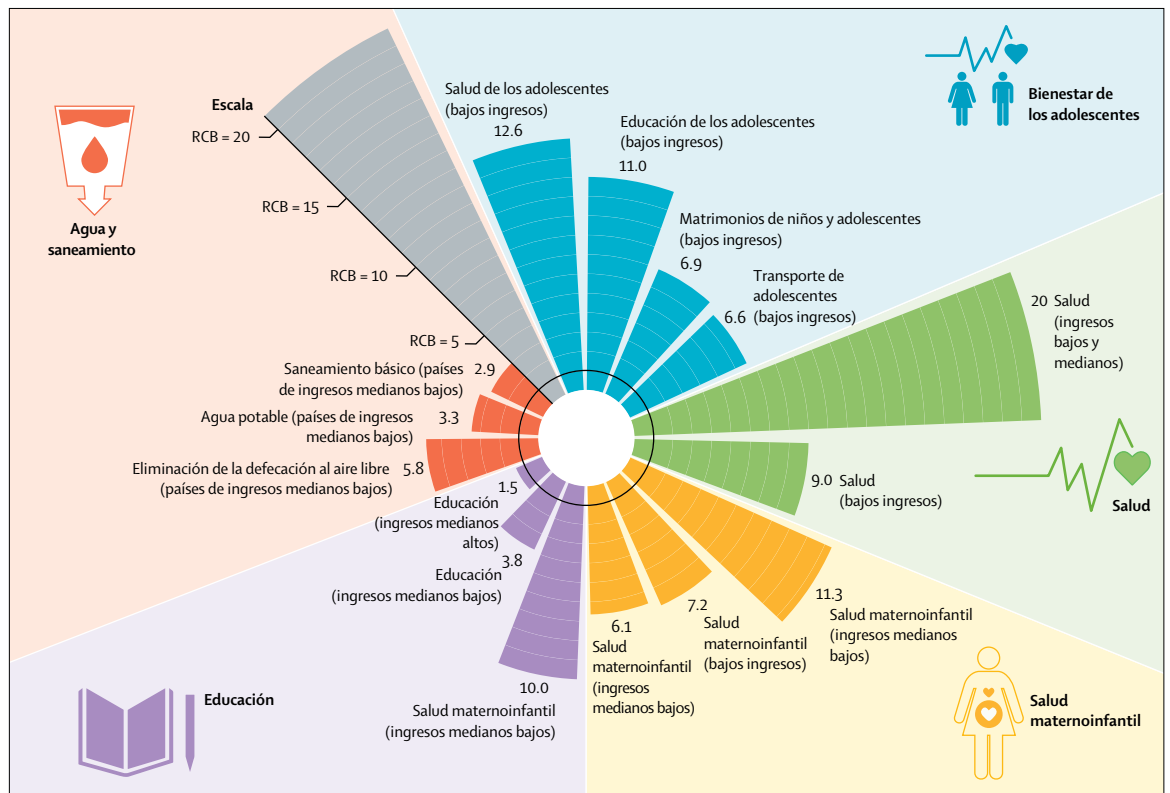


Figura 2: relación costo-beneficio: rendimiento sobre cada US\$ invertido

RCB = relación costo-beneficio. Una relación costo-beneficio de uno (sector gris) indica que los costos y beneficios son iguales. Una relación de más de uno indica que los beneficios son mayores que los costos. Cada anillo concéntrico representa una RCB de 10. La mayoría de los países excluidos son países de altos ingresos, salvo algunas excepciones. La figura muestra altos rendimientos de la inversión en la salud y el bienestar de los niños en una serie de diversos ámbitos. La RCB se calcula dividiendo el beneficio monetario de una intervención entre el costo monetario de su aplicación.

Para progresar en la escuela, los niños deben tener buena salud y estar bien nutridos. Un poderoso argumento económico relativo a la salud y el desarrollo de los niños en edad escolar es que la salud promueve el aprendizaje durante el periodo que representa su única oportunidad de educación.⁶¹ La mala salud y la nutrición deficiente dificultan el aprendizaje. Por ejemplo, el paludismo y las infecciones helmínticas reducen la asistencia escolar y son una causa importante de anemia, que puede menoscabar la capacidad cognitiva y de atención sostenida.^{62,63} Las intervenciones sanitarias destinadas a prevenir o tratar enfermedades infecciosas pueden tener un efecto positivo en el aprendizaje y, a su vez, generar beneficios económicos a largo plazo en forma de ingresos más altos.^{62,64-67} Esas sinergias sugieren que la salud y la educación son dos caras de la misma moneda. Un argumento favorable a la inversión mundial en los adolescentes⁶⁸ señala que la inversión en estrategias destinadas a reducir los matrimonios infantiles y los accidentes de tránsito también generará beneficios muy superiores a los costos (figura 2). Si bien no existen cálculos análogos de la relación costo-beneficio fuera de los sectores de salud y educación, en general se considera que las intervenciones en todos los sectores son inversiones en los resultados sociales actuales y futuros, y no solo un gasto.

Todos los sectores son responsables del bienestar de los niños

Los sectores distintos de la salud y la educación pueden y deben trabajar para mejorar la salud y la educación de los niños, a fin de obtener valiosos beneficios sociales y económicos. El entorno socioecológico en el que viven los niños se puede ver como una serie de círculos concéntricos.⁶⁹ En el centro está el hogar, rodeado por su entorno inmediato, la localidad y la zona urbana o rural más amplia. Cada uno de esos círculos equilibra la oportunidad con la exposición y la limitación. En el hogar, las posibles fuentes de exposición nociva incluyen la contaminación del aire en lugares cerrados, agua contaminada y saneamiento deficiente, hacinamiento, frío o calor excesivos, humedad y moho, peligros domésticos relacionados con accidentes o violencia, electricidad, quemaduras, ruido, fuego, inundación, terremoto, toxinas ambientales y lugares peligrosos (por ejemplo, cercanos a masas de agua, vertederos, vías férreas o carreteras). Además, los niños podrían verse expuestos al consumo y abuso de alcohol, el humo de tabaco ambiental y dietas malsanas, todo ello en relación con políticas sobre alimentos y mecanismos de reglamentación sobre los que las familias tienen muy poca influencia directa.

Una buena vivienda es esencial. El torrente de la urbanización ha creado un planeta de tugurios. Los asentamientos informales, en los que actualmente vive el 40% de los niños del mundo, agravan muchas de las amenazas antes mencionadas, debido a una combinación de viviendas precarias o ilegales y estructuras edilicias deficientes. Los residentes viven en entornos de hacinamiento y alta densidad demográfica; condiciones de vida insalubres y ubicaciones peligrosas; acceso insuficiente a servicios básicos; pobreza y exclusión social; y tenencia insegura de la vivienda.⁷⁰ Si bien disponemos de muy pocos datos desglosados a nivel local,⁷¹ no necesitamos ninguna prueba científica más que esas exposiciones y limitaciones cuyos efectos son nocivos para la salud del niño. Además, la división habitual de las tareas domésticas implica que las mujeres y los niños soportan la mayor carga de contaminación del aire en la vivienda, como consecuencia de la combustión de biomasa.⁷² Mientras tanto, en esos entornos, el acceso al agua potable y a sistemas de saneamiento adecuados no es común, a pesar de ser una de las intervenciones de salud pública más eficaces que una sociedad puede proporcionar para mejorar la salud y el bienestar.

La exposición relacionada con el medio ambiente fuera del hogar incluye la contaminación atmosférica, los accidentes de tránsito, el delito y la violencia y las islas de calor urbanas (creadas por la retención de calor en la superficie del suelo). La oportunidad y la limitación se centran en tiendas, escuelas y otros servicios tales como los de atención de salud, transporte, actividad física y espacios verdes. Existen pruebas suficientes de la relación entre la exposición a la contaminación atmosférica, y la limitación del crecimiento intrauterino y la mala salud respiratoria en la infancia.⁷²⁻⁷⁴ En lo que respecta a limitaciones, los problemas importantes para la salud del niño incluyen los relativos al desarrollo neuropsicológico, el entorno alimentario, el transporte activo y las oportunidades de actividad física insuficientes, y los accidentes de tránsito. Una esfera que merece especial atención es la seguridad vial, habida cuenta de que los traumatismos por accidentes de tránsito son la principal causa de defunción de niños y jóvenes de 5 a 29 años.⁷⁵ Las intervenciones dirigidas a mejorar la seguridad vial son sencillas y relativamente incuestionables, e incluyen limitaciones de velocidad, uso obligatorio de cinturones de seguridad y cascos, y fuertes multas por conducir bajo los efectos de drogas y alcohol, si bien la aplicación sigue siendo un desafío.

Solo se han realizado unos pocos estudios sobre los efectos del vecindario circundante en el desarrollo del niño en la primera infancia.^{76,77} Los barrios que cuentan con servicios tales como bibliotecas, escuelas y centros recreativos están asociados positivamente con la salud física, el comportamiento social y el bienestar del niño, y negativamente con la vulnerabilidad a retrasos del desarrollo.⁷⁸ El UNICEF plantea la idea de una ciudad adecuada para los niños en consonancia con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.⁷⁹ Las instancias de planificación urbana han procurado modificar

el entorno físico para promover la actividad física mediante vías peatonales, oportunidades recreativas y transporte activo.⁸⁰ De manera intuitiva, y con algunos datos, puede pensarse que la actividad física de los niños aumenta con el acceso a calles, parques y áreas recreativas en condiciones de seguridad, y disminuye con la exposición al tránsito y el delito.^{81,82} La idea de jugabilidad como estímulo para la actividad física está cobrando interés.⁸³ Los niños tienen derecho a jugar⁸⁴ y para ello necesitan espacios. Los barrios protegidos del tránsito y dotados de espacios verdes son más propicios para los juegos al aire libre y la actividad física.⁷⁸ Algunos datos señalan un efecto positivo de los espacios verdes en el desarrollo cognitivo y la salud mental,^{85,86} y vinculan esos espacios verdes con mejores indicadores sanitarios relacionados con la obesidad.⁸⁷ En vista de las preocupaciones relativas a las enfermedades no transmisibles y los entornos obesogénicos, es preciso modificar el entorno alimentario y aumentar la actividad física con urgencia, aunque la evidencia disponible para la acción sea limitada.⁸⁸

La salud infantil está inexorablemente ligada a la salud del planeta y a los programas sobre enfermedades no transmisibles de la comunidad local. La conectividad, la densidad apropiada de viviendas y la peatonalización de las calles son aspiraciones en pro de la salud y el medio ambiente, pero ha sido difícil señalar los vínculos directos con la salud de los niños.⁷⁴ Las personas quieren entornos seguros sin contaminación atmosférica, sustancias tóxicas, accidentes de tránsito, delitos ni violencia; lugares que propicien la interacción social, los desplazamientos a pie y los juegos, y una serie de servicios y comodidades que benefician tanto a la salud como al medio ambiente. Por ejemplo, el tránsito lento y la existencia de áreas de esparcimiento están asociados con más desplazamientos a pie y menos traumatismos entre los peatones.⁸⁹

Tanto para la sostenibilidad del planeta como para el bienestar de los niños, la energía limpia sigue siendo un enorme problema del desarrollo. En 2016, unos 3000 millones de personas (1900 en países en desarrollo de Asia y 850 millones en el África subsahariana) carecían de combustibles o tecnologías limpias para cocinar; esto genera una perniciosa contaminación del aire en las viviendas, que según estimaciones provoca 3,8 millones de defunciones cada año.^{3,90} El número de personas sin acceso a la electricidad se redujo de 1700 millones en 2000, a 1100 millones en 2016; sin embargo, la mayor parte de la electricidad que posibilitó los nuevos accesos se generó con combustibles fósiles, un desafío crítico para los sistemas de energía sin carbono. El aumento de la generación eléctrica en China y la India se debe en gran medida a centrales termoeléctricas a carbón; el carbón sigue siendo el principal combustible utilizado para producir electricidad en todo el mundo, y representa un 37% del total.⁹¹ Las inversiones se están reorientando hacia tecnologías de energía limpia, y en ese contexto se aprecia un crecimiento acelerado de la generación de energía con bajas emisiones de carbono, si bien en el total mundial las emisiones se mantienen en gran medida sin cambios.³

Los sectores energético e industrial están indisolublemente ligados a la contaminación atmosférica. La exposición al aire contaminado en el periodo perinatal está relacionada con un creciente riesgo de enfermedades respiratorias agudas en la infancia y una considerable tasa de morbilidad y mortalidad.^{92,93} Por otra parte, la exposición al aire contaminado dificulta el crecimiento de los pulmones y reduce la función pulmonar;⁹² aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular,⁹⁴ obesidad,⁹⁵ diabetes de tipo 2 y síndrome metabólico;⁹⁶ ralentiza la maduración del cerebro; y dificulta el desarrollo de la función cognitiva en niños de edad escolar.^{97,98} Además, pruebas científicas recientes sugieren efectos de la contaminación atmosférica estadísticamente significativos sobre el cociente intelectual (CI);⁹⁹ en un muestreo de niños con exposición intrauterina al aire contaminado, un estudio señala una disminución de cuatro puntos en el CI a la edad de cinco años.¹⁰⁰ La reducción de la contaminación atmosférica puede mejorar rápidamente la salud de los niños; por ejemplo, una reducción efectiva de contaminantes atmosféricos en el sur de California, lograda mediante la legislación, permitió un mayor desarrollo de la función pulmonar y redujo los síntomas respiratorios en los niños.^{101,102} Ahora bien, la reglamentación es compleja, por cuanto la contaminación atmosférica puede ser transnacional (por ejemplo, la propagación de la contaminación entre China y Corea del Sur se asoció con un aumento de la mortalidad por enfermedades respiratorias y cardiovasculares en Corea del Sur, incluso entre niños menores de cinco años).¹⁰³ El control de la contaminación mejoraría el bienestar de los niños, y los más beneficiados serían los que viven en países de ingresos bajos y medianos.

Resumen

Hemos expuesto motivos fundados para poner a los niños en el centro de los ODS y hemos examinado argumentos médicos, de salud pública y económicos en favor de la inversión temprana en la salud y el bienestar de los niños, en todos los sectores. A continuación nos centraremos en los derechos de los niños y la manera de hacerlos efectivos, como un medio para materializar un nuevo movimiento mundial en pro de la salud y el bienestar de los niños.

Cómo asegurarse de que los niños disfruten de sus derechos?

El hecho de poner a los niños en el centro de los ODS fortalecerá nuestro impulso en favor del desarrollo sostenible. En este contexto definiremos cinco medidas necesarias para alcanzar esos objetivos mediante la descripción de una serie de derechos de los niños, así como de las responsabilidades de las familias, las comunidades y los gobiernos para asegurarlos (recuadro 4).

¿Qué derechos deberían esperar los niños?

Poner los ODS al servicio de los niños supone el desarrollo de un legado de compromisos relativos a los derechos humanos que comienza con la Declaración Universal de

Recuadro 4: Asegurar que los niños reciben sus beneficios – mensajes clave

- Los derechos y beneficios de los niños están completamente definidos por tratados internacionales, en particular la Convención sobre los Derechos del Niño, un instrumento ampliamente ratificado.
- Los niños son partes interesadas fundamentales de una red intercomunicada de derechos y responsabilidades que vincula a toda la humanidad y a nuestro planeta, en un esfuerzo común de cuidados recíprocos.
- Los niños tienen el derecho de exigir sus beneficios y participar en las conversaciones sobre la manera de otorgarlos.
- Las familias están en una posición única para proporcionar cuidados afectivos a los niños, siempre que se respeten los derechos de las madres y otros cuidadores.
- Las comunidades son fuerzas poderosas para promover un cambio positivo en la vida de los niños, especialmente cuando la sociedad posibilita una participación equitativa.
- Los gobiernos deben hacer mucho más en lo que respecta a la financiación pública y la prestación efectiva y equitativa de servicios de protección social suficientemente financiados para poder alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Derechos Humanos adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas hace más de 70 años, en la que se recogen los derechos inalienables de todas las personas, en todo momento y lugar, como las bases de la libertad, la justicia y la paz en el mundo. La Convención sobre los Derechos del Niño, que reconoce y afirma específicamente los derechos de los niños, cumplió 30 años en noviembre de 2019. De diversas maneras, esa Convención anticipó el marco de los ODS.¹⁰⁴ La Convención es integral; no solo abarca los servicios de prevención y de promoción y atención de la salud, «sino también el derecho del niño a crecer y desarrollarse al máximo de sus posibilidades».¹⁰⁵ Además, la Convención establece que todos los niños (de 0 a 18 años) tienen derecho a la supervivencia, la protección, el desarrollo y la participación.

Todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas (excepto los Estados Unidos de América) han ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño, un instrumento que sienta las bases para proteger los derechos de los niños. Por su carácter, este instrumento es jurídicamente vinculante; en consecuencia, rebasa el marco voluntario de los ODS. Si bien algunos países han incluido la Convención en su legislación nacional, e informan cada cinco años sobre su cumplimiento al Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas (Austria, Australia, Belarús, El Salvador, Mozambique, Rwanda, Tonga, Tuvalu y Sri Lanka informaron en 2018, y otros 17 países lo hicieron en 2017),¹⁰⁶ la Convención aún no se aplica ampliamente para defender a los niños en el contexto de los ODS. Las violaciones de los derechos de los niños son comunes en muchos aspectos, entre ellos la pobreza, la nutrición inadecuada, la violencia y la guerra;

el sesgo por cuestiones de género y la discriminación contra las minorías sexuales; el acceso limitado al agua potable, la vivienda, la educación y los servicios de salud; y la degradación climática y el uso insostenible de los recursos planetarios.

La Convención es un documento jurídico que compromete a los gobiernos a respetar los derechos de todos los niños que viven en sus países. Deducimos que se puede elaborar y vigilar un conjunto integrador de derechos de los niños en la era de los ODS, que amplíe el marco de rendición de cuentas de la Convención sobre los Derechos del Niño y prevea la presentación periódica de informes sobre su cumplimiento. Las observaciones generales del Comité de los Derechos del Niño, que se consideran interpretaciones autorizadas de los derechos consagrados en la Convención, proporcionan los fundamentos para este conjunto de derechos. Estos se organizan en cinco derechos generales y se presentan cronológicamente por grupos etarios (muchos de los derechos conciernen a todos los niños de 0 a 18 años; figura 3). Dado que los beneficios se basan en derechos, su otorgamiento no es opcional, aun cuando los países podrían utilizar políticas o intervenciones diferentes para otorgarlos. Cabe señalar que un requisito previo crucial para el otorgamiento de esos beneficios es el registro del nacimiento, pero una cuarta parte de los niños menores de cinco años de todo el mundo no están registrados.¹⁰⁷

En muchos documentos, incluso de esta Comisión, se define a los niños por grupo etario y por su dependencia absoluta o relativa de los adultos para su atención, protección y defensa. Sin embargo, dado que todos tenemos (o hemos tenido) padres o cuidadores, todos somos niños y existimos en un marco de relaciones con los derechos y las responsabilidades correspondientes. En primer lugar, en las familias, a través del tiempo y las generaciones, desde los ancestros, abuelos y padres hasta las generaciones futuras; en segundo lugar, en las comunidades, a través de la situación geográfica y social (la procedencia de nuestras familias, nuestra tierra natal y nuestros modos de vida); en tercer lugar, en relación con los gobiernos locales y nacionales (dónde están planeados, presupuestados y coordinados los servicios esenciales y los órganos con atribuciones para garantizar los derechos, y dónde las naciones colaboran entre sí en cuestiones transnacionales; por último, integrados en nuestro medio ambiente, desde el planeta hasta las fuentes de alimentos, agua y aire y los lugares en que sepultamos a nuestros muertos.

Esas relaciones dinámicas se reflejan en la manera en que los derechos y las responsabilidades se equilibran en la sociedad para proporcionarnos los beneficios a todos nosotros como niños. Nos hemos referido previamente a nuestra responsabilidad de proteger y preservar nuestro planeta para el bienestar presente y futuro de los niños. A continuación analizaremos de qué manera los niños, las familias, las comunidades y los gobiernos pueden ayudar a proporcionar beneficios a los niños, en consonancia con la Convención sobre los Derechos del Niño.

La función preeminente de los niños y las familias

Los niños, así como sus familias, deben estar en el centro de los esfuerzos colectivos destinados a velar por que al cumplir los 18 años de edad, los niños se encuentren en óptimo estado de salud, educados, integrados en la ciudadanía productiva y actúen como custodios de la Tierra. Las familias representan el entorno inmediato en el que los niños nacen, crecen, juegan, aprenden y contribuyen.

Incorporar las opiniones de los niños en las políticas y programas

En teoría, durante su desarrollo los niños aumentan su «libertad sustantiva... para lograr funcionamientos valiosos»¹⁰⁸ en la sociedad. De manera creciente se reconoce que el fomento de la participación significativa de los niños contribuye a mejorar la cohesión social, desarrollar comunidades más igualitarias y lograr que los adolescentes estén mejor informados, sean más sanos y realicen una transición más emancipada hacia la adultez.¹³ Además, la Convención sobre los Derechos del Niño establece el derecho de los niños a participar en las decisiones y acciones que los afectan; y a poder expresar sus opiniones, que los adultos reconocerán debidamente. Las Naciones Unidas sostienen que solo con la participación y la colaboración de los niños y los jóvenes la comunidad internacional podrá alcanzar la paz, la seguridad, la justicia, la resiliencia climática y el desarrollo sostenible para todos. Recientemente, jóvenes activistas en huelga escolar por el movimiento a favor del clima presentaron argumentos contundentes destinados a reducir la edad del derecho de voto a 16 años, a fin de proteger el derecho de los niños a participar en las decisiones que afectan su futuro en el planeta.¹⁰⁹

La participación de los niños puede ser de carácter consultivo, colaborativo o dirigida por adolescentes, en función del contexto y el propósito específicos. En el marco de la formulación normativa, si el objetivo consiste en llegar a tantos jóvenes como sea posible, un enfoque consultivo podría ser el más apropiado, posiblemente mediante el uso de instrumentos digitales como U Report, una plataforma gratuita de redes sociales mundiales utilizada en más de 50 países (recuadro 5). El UNICEF utilizó U-Report para recopilar aportaciones de más de 385 000 jóvenes, antes de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Astaná (Kazajstán) los días 25 y 26 de octubre de 2018, y contribuir con el taller preparatorio de un día al que asistieron más de 100 jóvenes participantes. No obstante, los procesos consultivos no siempre dejan escuchar las opiniones de los niños: en Uganda, las autoridades locales solo incorporaron un pequeño número de niños, a pesar de que el programa consistía en un plan nacional para el bienestar del niño, lo que relegó la priorización de sus necesidades.¹¹⁰ Entre los obstáculos para la participación efectiva está el «adultocentrismo», la noción según la cual los adultos siempre saben más que los niños; la reticencia de autoridades locales sobrecargadas que no desean asumir la tarea adicional de escuchar a los niños; la participación solo simbólica de los niños; la exclusión de los niños más marginados; y la debilidad de los facilitadores adultos.^{111,112}

Protegidos	Educados	Sanos	Tratados con justicia	Escuchados
<ul style="list-style-type: none"> Nivel de vida apropiado Familia segura que ofrece apoyo y afecto Instalaciones seguras de ocio y recreación Hogar sin violencia Medios de información reglamentados y protección contra material inapropiado y ofensivo Protección contra abusos y desatención, y prestación de cuidados alternativos afectuosos (en caso necesario) Libre de violencia y explotación (física, mental y desatención) Libre de trabajo nocivo y abusivo, en particular la explotación sexual Edad mínima de responsabilidad penal a los 14 años Vivienda segura y adecuada Escuela y comunidad sin violencia Ninguna pena de muerte ni cadena perpetua sin libertad condicional Reglamentación del material en línea y recreativo y clasificación por edades en los medios de información, las cadenas de radio y televisión y las películas Información en línea sobre seguridad relativa a ciberacoso, engaño pederasta, tráfico, abuso y explotación sexuales e información sobre acceso a centros de ayuda Reglamentación de la comercialización de comida rápida Protección, atención y tratamiento adecuado, incluida la custodia y representación legal de niños no acompañados y separados de sus familias Los niños migrantes o refugiados no acompañados y separados de sus familias no se devolverán a un país en el que exista un riesgo de daño sustancial Protección contra la explotación económica y sexual El Estado procurará preservar la unidad familiar en el marco de sistemas de protección de la infancia, en particular en el contexto de la migración Control de armas de fuego Acceso restringido al alcohol y las drogas y reglamentación de la publicidad Protección contra prácticas tradicionales dañinas y violencia Leyes y normas relativas a empresas y trabajo, empleo, salud y seguridad, medio ambiente, tributación y lucha contra la corrupción No detención de inmigrantes Edad mínima legal de consentimiento, independiente del género; no especificada para consentimiento sexual y tratamiento médico; para el matrimonio, el reclutamiento en fuerzas armadas y el consumo de alcohol y drogas la edad mínima será de 18 años Protección y normas relativas a los niños en edad de trabajar en empresas Protección contra el reclutamiento en fuerzas armadas y bandas 	<ul style="list-style-type: none"> Educación primaria gratuita Escuelas primarias seguras y de alta calidad Educación especializada en la primera infancia para niños con discapacidades Educación centrada en el niño y adecuada a sus preferencias Educación inclusiva y escuelas física y culturalmente accesibles Educación sobre el respeto al medio ambiente natural y el desarrollo sostenible Escuelas que no toleren la discriminación y la combatan Educación sobre y contra el racismo Educación en derechos humanos Promoción de los valores de los derechos humanos Educación para la vida que promueva comportamientos saludables, en particular respecto de la higiene personal, la gestión del estrés, la nutrición y el autocuidado Educación basada en la comunidad, que cuestione los papeles y estereotipos de género y las prácticas nocivas Escuelas con instalaciones seguras y en buen estado de funcionamiento Tiempo y espacio para actividades integradoras lúdicas y creativas específicas de cada edad Tiempo con sus pares y actividades sociales Tiempo de ocio y descanso Acceso a medios de información digitales e internet, incluida la educación en línea sobre seguridad y la legislación y las leyes para eliminar el abuso en línea Escuelas secundarias accesibles y de alta calidad Orientación e información profesional Educación sobre consumo de drogas, alcohol y sustancias Educación sobre salud sexual Educación e información sobre VIH/sida Educación sobre seguridad vial y conducción 	<ul style="list-style-type: none"> Servicios de educación y asesoramiento para padres Atención de salud perinatal Atención del recién nacido Asesoramiento, pruebas y tratamiento del VIH/sida para madres y lactantes Lactancia materna exclusiva para niños menores de seis meses, y continuar la lactancia con alimentación complementaria hasta los dos años, excepto en casos de madres infectadas con el VIH, en los que se recomienda la alimentación de sustitución, de ser posible Inmunización, antibióticos y fármacos antiviricos Servicios de pediatría, protección de la maternidad y servicios conexos Normas de atención sanitaria rigurosas Atención primaria, secundaria y terciaria de salud accesible y de alta calidad Detección precoz de discapacidades, intervención, tratamiento y rehabilitación, y dispositivos de ayuda física Agua potable Buena nutrición Saneamiento adecuado Atención de salud especializada para niños afectados por abuso de sustancias (por ejemplo, madres afectadas por abuso de alcohol o sustancias y riesgo de iniciación temprana al abuso de sustancias) Información y asesoramiento sobre bienestar personal y salud física y mental en la escuela y fuera de ella, a través de los medios de comunicación y los grupos de jóvenes, religiosos y comunitarios Servicios de atención, tratamiento y rehabilitación de salud mental Sin edad límite para recibir asesoramiento y orientación confidencial sin el consentimiento de los padres, en relación con la seguridad o el bienestar del niño (a diferencia del consentimiento médico) Información, orientación y asesoramiento especializados y específicos en función del sexo, en particular para niños con discapacidades Información y servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente sobre anticoncepción y aborto seguro Servicios de atención, accesibles, voluntarios y confidenciales de prevención, atención, tratamiento y apoyo en relación con el VIH/sida Educación e información acerca del VIH/sida Servicios de información específicos sobre el VIH/sida para grupos vulnerables y discriminados Vacunación de niñas contra el virus del papiloma humano Servicios confidenciales de pruebas y asesoramiento respecto del VIH, en particular para grupos vulnerables y marginados, incluidas niñas y adolescentes LGBT+Información y servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos servicios de anticoncepción, planificación familiar y aborto seguro Derecho a la privacidad y confidencialidad respecto de la información, el asesoramiento y la orientación en materia de salud Dar su consentimiento para tratamientos médicos, así como los padres o tutores, si el niño tiene madurez suficiente, solo su consentimiento, sin el de los padres (edad no especificada) 	<ul style="list-style-type: none"> Acceso a la atención de salud, la educación, la protección y los servicios, sin registro de nacimiento Medidas específicas para asegurar el registro de nacimientos en grupos vulnerables y marginados, en particular de niños con discapacidades, niños indígenas y niños sin hogar Apoyo a padres de niños con discapacidades Libres de discriminación, en particular los niños con discapacidades, niños indígenas, niños LGBT, niños migrantes, niños en el sistema de justicia juvenil y niños afectados por el VIH/sida Acceso de las niñas a la educación Oportunidades de educación y económicas para las niñas Educación libre de discriminación e impedimentos para grupos marginados Derecho equitativo a la educación, la atención de salud y el nivel de vida para niños marginados, en particular los no acompañados y separados de sus familias, los migrantes y refugiados, los que viven en la calle o tienen discapacidad Consideración de las vulnerabilidades al mirar por el interés superior del niño Sistema de justicia juvenil separado, centrado en la rehabilitación y la justicia restaurativa, que incluya educación, atención médica, tiempo de ocio y contacto con la familia y la comunidad Enfoque específico centrado en la protección de grupos marginados o vulnerables contra la explotación económica y sexual y la violencia, incluidos los niños afectados por el VIH/sida, los que viven en la calle, los que tienen discapacidades y los migrantes Medidas especiales para grupos marginados y aislados, dirigidas a hacer efectivos sus derechos Medidas específicas para aquellos con vulnerabilidades transversales y múltiples Conservación, desarrollo y promoción de tradiciones culturales de minorías, refugiados y grupos indígenas, con inclusión de nombres, familias e idiomas Libre de estereotipos negativos respecto de la adolescencia Libertad para manifestar la identidad sexual y de género Libertad para practicar su religión Apoyo a los adolescentes en acogida, en particular exámenes de su situación y apoyo a la educación; ayuda para que abandonen el lugar de acogida mediante la obtención de empleo, vivienda y asistencia psicológica Servicios de salud, educación, nutrición, deportes recreativos, sociales, vivienda, saneamiento y justicia juvenil sensibles y apropiados culturalmente para los niños indígenas Apoyo a las madres, padres y cuidadores adolescentes, incluidas ayudas para que continúen su educación Tratamiento equitativo ante la ley, en particular para los grupos vulnerables y discriminados Los niños menores de 18 años serán tratados con arreglo a las normas de la justicia juvenil Servicios y apoyo para adolescentes discapacitados, pertenecientes a minorías e indígenas Eliminación del prontuario a los 18 años de edad 	<ul style="list-style-type: none"> Tener nombre y nacionalidad Registro de nacimiento Crianza diligente Preservar la identidad Certificados gratuitos de inscripción tardía y registro civil Retroinformación y aportaciones sobre educación Medios suficientes y eficaces para notificar abusos o violencia Manifestar opiniones libremente y ser escuchados en las escuelas, las familias y la comunidad Conocer sus derechos Manifestar opiniones en toda decisión que los afecte Medios adecuados a los niños, sensibles a la edad, seguros y voluntarios para expresar opiniones en los ámbitos decisivos Acceso a procedimientos sensibles de asesoramiento, promoción y quejas concernientes a castigos físicos, discriminación por discapacidad, justicia juvenil, violación de derechos por parte de empresas y autoridades de migración Ser escuchados y participar efectivamente en el proceso de justicia juvenil Participación en la adopción de decisiones, la elaboración de programas, normas y procedimientos relativos a políticas sobre VIH/sida, discapacidades, disposiciones sanitarias, prácticas nocivas y discriminación de género, niños indígenas, niños que viven en la calle, procedimiento de inmigración y asilo, educación, salud, economía, medio ambiente y cuidados Los adolescentes manifiestan sus opiniones sobre asuntos que les conciernen y procedimientos de reclamación seguros y accesibles

Recuadro 5: Estudio de caso: U-Report

U-Report es una plataforma mundial abierta a personas de cualquier edad. Para 2019, el 28% de sus miembros de todo el mundo tenían menos de 20 años, y el 39% tenían entre 20 y 24 años; el 44% de todos ellos eran mujeres.

U-Report procura alentar la participación comunitaria, especialmente de los jóvenes, en relación con una amplia gama de cuestiones de salud, educación, agua, saneamiento e higiene, desempleo juvenil, VIH/sida y brotes de enfermedades, a través de la tecnología móvil y las redes sociales. Puesta en marcha en Uganda en 2011, con financiación del UNICEF, U-Report aprovecha la oportunidad que ofrece el uso generalizado de la tecnología móvil para permitir a los jóvenes hacer oír sus opiniones.

U-Report utiliza encuestas y alertas enviados por mensajes directos, en combinación con respuestas en tiempo real que se recogen en un sitio web. Las respuestas se pueden desglosar por región, género y grupo etario, lo que permite que las instancias normativas conozcan en profundidad las necesidades y opiniones de grupos específicos. Las encuestas transnacionales se utilizaron para recopilar datos sobre cuestiones que afectan a los jóvenes de todos los países participantes, por ejemplo, acoso escolar y cobertura sanitaria universal.

En 2019, 50 países de todo el mundo, en su mayoría países de ingresos bajos y medianos, tenían programas U-Report, con un total de casi 6 millones de suscriptores. El equipo del UNICEF analiza e interpreta las respuestas a las encuestas y transmite los resultados a las instancias normativas nacionales y a los sitios web U-Report, tras lo cual se pueden adoptar medidas.

En Uganda, país en el que se puso en marcha la iniciativa, cada uno de los parlamentarios se ha registrado en U-Report, y los

administradores sanitarios de distrito han utilizado la plataforma con el fin de fortalecer las campañas de inmunización y el uso del programa como un sistema de alerta temprana respecto de problemas en el sistema de salud, por ejemplo, escasez de medicamentos. Por medio de U-Report, niñas jóvenes de Indonesia pudieron intercambiar opiniones sobre matrimonio infantil, y una delegación de miembros jóvenes de U-Report seleccionados organizaron una reunión de un día en el Ministerio de Emancipación de las Mujeres y Protección del Niño, en la que se elaboraron nueve recomendaciones sobre prevención del matrimonio infantil. En El Salvador tuvo lugar un proceso similar, en cuyo contexto se utilizó U-Report para trasladar las opiniones de los niños sobre el matrimonio infantil a la asamblea legislativa, en la que se hizo un llamamiento en favor de la prohibición del matrimonio infantil. En Túnez, U-Report se utilizó para recopilar opiniones de los jóvenes sobre el derecho a la educación. En Liberia, que registra la cuarta tasa de participación más alta de U-Report en el mundo, el Gobierno utilizó la plataforma para concienciar a las niñas en las escuelas en lo relativo a la prevención del comercio sexual (llamado sexo por buenas notas). En las zonas de Ucrania afectadas por conflicto, U-Report puso en marcha la iniciativa entre homólogos U ambassadors, en cuyo marco se utilizó U-Report para el seguimiento de programas relativos a agua, saneamiento e higiene; educación y ayuda humanitaria; y asesoramiento en línea sobre migración segura.

La iniciativa U-Report se podría aprovechar como un mecanismo para el seguimiento comunitario de algunos indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y los datos de las encuestas podrían contribuir de manera significativa a los procesos nacionales de seguimiento.

Para más información sobre U-Report véase <https://ureport.in/>

Los enfoques colaborativos o dirigidos por adolescentes han logrado poderosos efectos positivos. En marzo de 2019, las iniciativas dirigidas por adolescentes, entre ellas las huelgas estudiantiles de Greta Thunberg en favor del movimiento por el clima, movilizaron unos 1,5 millones de estudiantes en más de 2000 ciudades de todo el mundo y mostraron que los modelos tradicionales de incorporación de las opiniones de los niños en las políticas medioambientales y económicas no han tenido éxito, y que las plataformas de las redes sociales ofrecen oportunidades catalíticas para aprovechar la participación de los jóvenes. En 2019 había 1200 millones de adolescentes de todo el mundo (definidos por la OMS como personas entre 10 y 19 años de edad), de los cuales el 90% vivían en países de ingresos bajos y medianos.¹¹³ Los adolescentes están mejor comunicados que nunca antes; asisten a la escuela más que las generaciones anteriores y están bien situados para impulsar progresos en materia de sostenibilidad.

Los adolescentes podrían necesitar que los adultos les proporcionaran la estructura para la participación, en

particular el acceso a espacios seguros y una audiencia creíble en la que puedan influir.¹¹⁴ Sin duda se necesitan inversiones para abordar normas sociales, aplicar leyes y adoptar políticas que promuevan los derechos de los adolescentes y generen oportunidades de participación sostenibles. Cuando esas inversiones existen, las iniciativas de los adolescentes pueden impulsar progresos en lo concerniente a cuestiones locales, por ejemplo, en la Argentina, el movimiento de mujeres que reivindican sus derechos de salud sexual y reproductiva (en particular el derecho al aborto); en Bangladesh, las protestas dirigidas por adolescentes en relación con la seguridad vial; el movimiento estudiantil en Chile, que dio lugar a un sistema de educación más equitativo; y el movimiento social para un mayor control de las armas de fuego en los Estados Unidos, tras los tiroteos de Parkland, FL. De igual modo, se puede alentar a los movimientos juveniles de base para que tomen la iniciativa y participen políticamente en el contexto de sus derechos y responsabilidades como ciudadanos.

En todo el mundo, una gran parte de los relatos que documentan la propia experiencia cotidiana de los niños se han excluido de los procesos de seguimiento de los ODS. Una investigación específica a escala más pequeña podría aportar información valiosa sobre el bienestar de los niños en diversos contextos, en particular los niños más pequeños. Desde 2009, el *Children's Worlds Study* obtuvo datos multinacionales comparativos sobre la comprensión del concepto de bienestar por parte de los niños. Los estudios recopilaron datos representativos (de unos 90 000 niños en 24 países) sobre las vidas y actividades cotidianas de los niños, su uso del tiempo y sus propias percepciones y evaluaciones del bienestar.¹¹⁵ Los resultados de la segunda serie de estudios revelaron que los niños sentían el máximo grado de satisfacción con su vida familiar y sus amigos; un grado menor de satisfacción con su entorno local y sus vidas de estudiantes; y el grado más bajo de satisfacción en relación con su futuro, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, entre ellos Etiopía, Nepal y Sudáfrica.

Los métodos innovadores para comprender las percepciones de los niños respecto de sus entornos incluyen la externalización abierta de tareas a través de las redes sociales, los relatos fotográficos y la cartografía comunitaria. Esos métodos permiten recabar las opiniones de los niños sobre las políticas que los afectan e incorporar sus puntos de vista en los marcos normativos y de seguimiento específicos. Por ejemplo, un estudio realizado en Sudáfrica señaló que los niños de las comunidades más pobres estaban más limitados en su movilidad y no podían acceder a espacios naturales seguros, a diferencia de sus pares de comunidades más ricas. Los autores recomendaban que los niños tomaran parte en los procesos de planificación urbana como contribuyentes esenciales, a través de marcos de participación tales como el modelo del proyecto de la UNESCO «Crecer en las Ciudades».¹¹⁶ Otro modelo prometedora relativo a un sistema participativo de rendición de cuentas a escala internacional en lo concerniente a los derechos de los niños es el *Global Child Rights Dialogue*, un proyecto consultivo internacional orientado a recoger las aportaciones de los niños de 40 países de todo el mundo, en relación con el respeto de sus derechos recogidos en la Convención sobre los Derechos del Niño.¹¹⁷

Derechos y responsabilidades de las familias en la crianza de sus niños

El disfrute de los derechos de los niños depende de las familias. Los niños pequeños necesitan un entorno estable generado por los padres y otros cuidadores, con el fin de asegurar la buena salud y la nutrición, la protección contra amenazas, las oportunidades de aprendizaje temprano, y el amor y el apoyo emocional.

Para comenzar con la diada madre-lactante, la trayectoria biológica y evolutiva del niño se establece de manera ideal en el contexto de las relaciones enriquecedoras. Los derechos, libertades y beneficios de los niños solo se pueden promover si se respetan los derechos de sus madres y cuidadores. Las medidas orientadas a promover la

igualdad de género mejorarán los cuidados afectivos en los primeros años de vida. Un estudio en 116 países de ingresos bajos y medianos realizado entre 1970 y 2012 examinó la relación entre dos aspectos fácilmente mensurables, representativos del control de las mujeres sobre sus vidas: el número de niñas inscritas en la educación secundaria, y la relación entre la esperanza de vida de la mujer y la del hombre.¹¹⁸ Las mejoras de los dos indicadores en esos países durante el periodo de 42 años se asociaron con una reducción de un 32% de los retrasos del crecimiento, un aspecto representativo común del desarrollo del niño. Desde esta perspectiva amplia del papel de las familias en la crianza de los niños examinamos la diversidad de familias y sus cambiantes contextos sociales, antes de abordar importantes relaciones de poder, obstáculos y elementos propicios que las familias encuentra durante la crianza de los niños en la era de los ODS.

Existe una enorme diversidad en lo que respecta a la composición de la familia. Un niño puede vivir con un único progenitor, o con dos progenitores casados o en convivencia (de cualquier sexo o género), un abuelo, una familia adoptiva, un progenitor adoptivo u otro familiar o tutor. Podría suceder que un niño viviera con hermanos en un hogar principal, conjunto, polígamo, ampliado o combinado, cuyos miembros vivieran en la casa o en otro sitio. Algunos niños son huérfanos y no viven con sus padres biológicos. En 2018 había en todo el mundo 140 millones de huérfanos (definidos como toda persona menor de 18 años que haya perdido uno de sus progenitores, o ambos, por defunción independientemente de la causa).¹¹⁹ Los huérfanos dobles, o sea los que han perdido ambos progenitores, totalizan 15,1 millones. Con frecuencia, los huérfanos carecen de la barrera protectora que normalmente proporcionan las estructuras familiares. Otros niños viven con padres o cuidadores discapacitados, o tienen ellos mismos discapacidad y carecen de acceso al apoyo especializado y de homólogos para familias y cuidadores, al que tienen derecho. Según datos del Mapa Mundial de la Familia elaborado por el *Social Trends Institute*, los niños del África sub-Sahariana, las Américas y Europa occidental tienen menos probabilidades de vivir con ambos progenitores que los niños de Asia, el Oriente Medio y Europa oriental (figura 4).¹²⁰ Excepto el Oriente Medio, la proporción de nacimientos fuera del matrimonio varía ampliamente. En todo el mundo, no es raro que los niños se conviertan ellos mismos en padres; cada año, en los países de ingresos bajos y medianos, 16 millones de niñas de 15 a 19 años y 2,5 millones de niñas menores de 16 dan a luz.¹²¹

Además de las diferencias regionales, las estructuras familiares están cambiando, por cuanto están vinculadas a las tendencias demográficas e influidas por variaciones sociales, políticas y ambientales. En todo el mundo aumentan la esperanza de vida y la edad a la que las mujeres tienen su primer hijo, mientras que disminuyen las tasas de fecundidad. La migración económica y la urbanización trastocan las estructuras familiares tradicionales, tanto de la familia nuclear en ciertos contextos, como de la

familia extensa en otros. Las oportunidades económicas suelen alejar a los padres de sus hijos, incluso cuando la decisión de partir está motivada por el deseo de mejorar el bienestar y las oportunidades de los niños, lo que complica la comprensión del bienestar familiar. A medida que se acelera la industrialización y la urbanización en muchas partes del mundo, los padres que se marchan en busca de trabajo dejan atrás a cientos de millones de niños, que entonces quedan expuestos a un mayor riesgo de problemas de salud mental y nutrición deficiente, sin que exista ninguna prueba de beneficio alguno para su salud.¹²²

En los países de altos ingresos se prevé que la proporción actualmente elevada de familias monoparentales seguirá aumentando hasta llegar, en 2025-2030, al 27-40% de las familias en Australia, Austria, los Estados Unidos, el Japón y Nueva Zelanda.¹²³ Las mujeres divorciadas o separadas y las familias monoparentales tienen más probabilidades de caer en la pobreza, con las consecuencias que ello conlleva para los determinantes sociales de la salud. Por otra parte, en las familias del África sub-Sahariana, América Central y América del Sur es más probable que el jefe de familia no tenga educación secundaria, en comparación con otras partes del mundo, y en el África subsahariana es menos probable que el jefe de familia tenga empleo (figura 4).

La satisfacción de las necesidades básicas sigue siendo un reto para muchas familias que viven en condiciones sociales, políticas y económicas adversas. Muchas familias no pueden asegurar que sus niños respiren aire puro y reciban suficientes alimentos y agua de buena calidad, o vivan en un entorno salubre. A pesar de estas circunstancias, muchos aún pueden satisfacer las necesidades de amor, pertenencia, respeto, confianza y autoestima de sus niños. Las políticas públicas destinadas a superar los retos planteados por las amenazas sociopolíticas, económicas y ambientales también deberán corresponderse con el reconocimiento de esa resiliencia y la capacidad de las familias para respaldar a sus niños y defender sus derechos. Por consiguiente, el cambio de política sigue siendo un medio poderoso para modelar una sociedad progresista que promueva el crecimiento, el desarrollo y la igualdad en entornos saludables. Por ejemplo, el mejoramiento de la tasa de niñas que terminan la educación escolar de calidad; las opciones de transporte seguro para niñas y mujeres; la participación de las mujeres en la fuerza de trabajo productiva; y las políticas relativas a licencias de paternidad para los hombres generan entornos propicios para una sociedad con mayor igualdad de género.¹²⁴

Las familias pueden ser un ámbito de violencia en la vida de un niño, debido en parte a cuestiones estructurales, entre ellas la discriminación y la pobreza, cuyas consecuencias afectan a la sociedad y al niño durante toda su vida. Este es particularmente el caso de las niñas y las mujeres jóvenes, así como de los niños con identidad de género y orientación sexual no convencionales. Más de 1000 millones de niños (la mitad de todos los niños) están expuestos cada año a violencia;¹²⁵ en particular, aproximadamente seis de cada diez niños de todo el mundo

están sujetos a una disciplina regularmente violenta por parte de sus cuidadores.¹²⁶ El efecto durable de la violencia contra los niños es bien conocido, especialmente el aumento del riesgo de traumatismos, problemas de salud mental, infecciones de transmisión sexual y problemas de salud reproductiva y enfermedades no transmisibles tales como enfermedad cardiovascular, cáncer, enfermedad pulmonar crónica y diabetes.¹²⁷

La violencia contra los niños engendra más violencia: una elevada proporción de personas encarceladas fueron víctimas de violencia antes de perpetrarla ellos mismos, lo que representa un costo para la sociedad y también para los propios niños. Un estudio transversal realizado en los Estados Unidos con más de 36 000 hombres y mujeres sugirió que casi la mitad de los comportamientos antisociales en adultos se podrían atribuir a duros castigos físicos o malos tratos en la niñez.¹²⁸ La sociedad tiene la responsabilidad de proteger a los niños contra la violencia intrafamiliar, pero en todo el mundo, la intervención gubernamental en situaciones familiares íntimas relativas al maltrato infantil concierne de manera abrumadora a las poblaciones marginadas, en particular las familias indígenas y las minorías raciales y sexuales. Asimismo, la violencia doméstica se concentra sobre todo en comunidades que sufren la pobreza y la violencia callejera y tienen acceso limitado a los servicios, por lo que el daño infligido a los niños por la separación de la familia, especialmente las poblaciones indígenas y las minorías, se deben entender también como un tipo de violencia estructural. Ahora bien, lo contrario también es cierto: un sistema de bienestar social y justicia deficiente suele desentenderse de los niños que deben ser alejados de los padres que abusan de ellos, un hecho que las instancias normativas pocas veces reconocen expresamente.

«Se necesita un pueblo...»: el papel de la comunidad

Los datos disponibles sobre el papel de la participación comunitaria en el mejoramiento de los resultados de salud para los niños y las familias son convincentes, si bien el concepto teórico no se ha desarrollado plenamente.^{129,130} Las definiciones de comunidad se basan en el sentimiento de pertenencia común de las personas y en la idea de «communitas» (fraternidad motivada) que remite a la experiencia compartida y a la unión fortalecida por ritos de iniciación. Sin embargo, todas las comunidades tienen obstáculos a la pertenencia, y la gestión de los derechos y las responsabilidades es un proyecto constante. Las comunidades pueden incluir y excluir, o tener diferentes formas de significación política, tanto interna como externamente.¹³¹ En vez de pensar las comunidades como espacios vacíos en los que la política y los programas moldean de manera paternalista a las familias según comportamientos modernos, se consulta de manera simbólica a las autoridades tradicionales, o se permiten actividades comunitarias en el marco de proyectos con plazos definidos, una visión ampliada de las comunidades reconocerá su propio papel activo y las relaciones de poder superpuestas que influyen en la salud y el bienestar del niño.

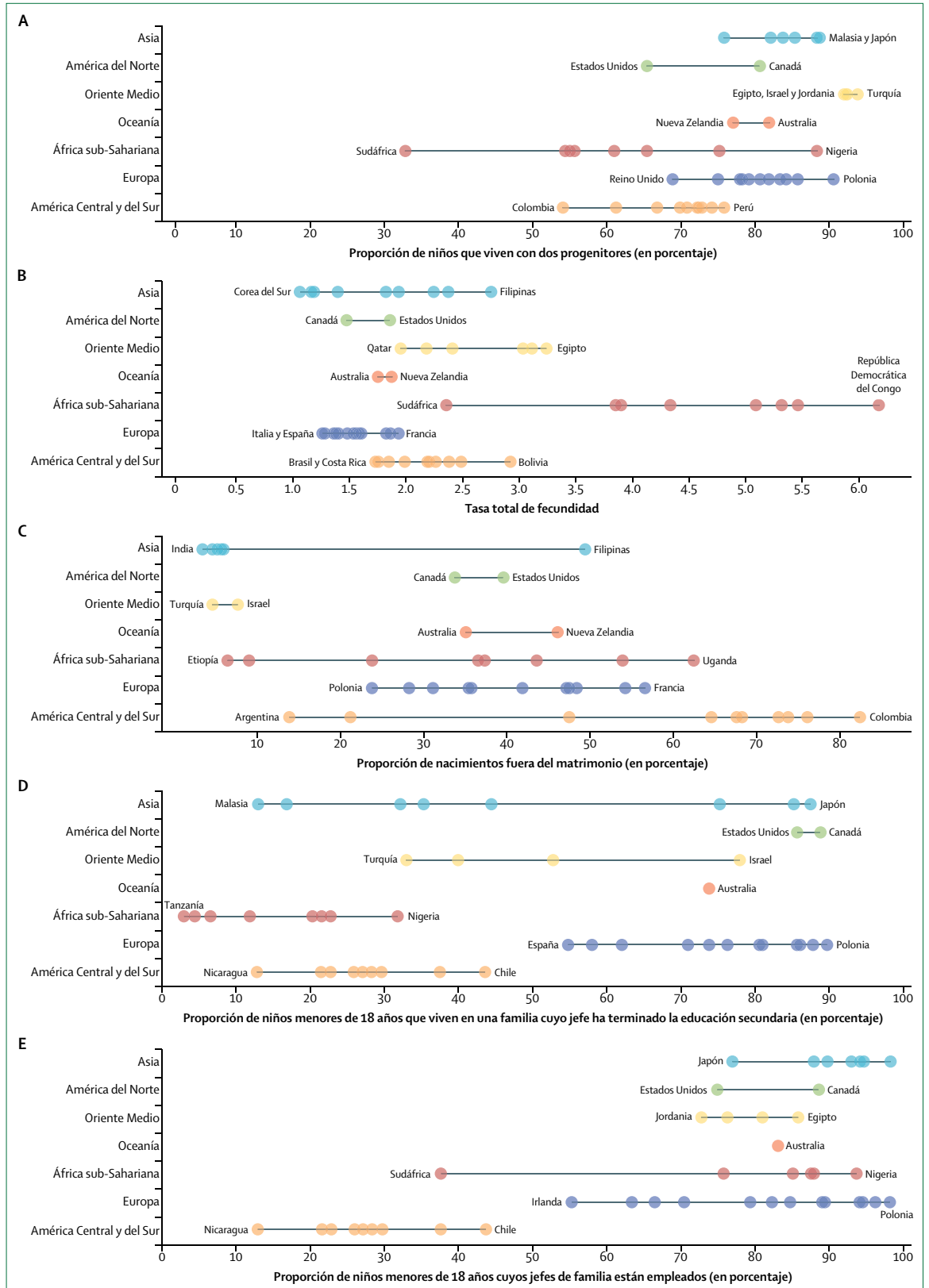


Figura 4: Características familiares en una muestra de 60 países de ingresos altos, medianos y bajos: proporción de niños que viven en una familia con dos progenitores (A); tasa total de fecundidad (B); proporción de nacimientos fuera del matrimonio (C); proporción de niños que viven en una familia cuyo jefe ha terminado la educación secundaria (D); proporción de niños que viven en una familia cuyo jefe está empleado (E)

Las partes interesadas de la comunidad incluyen servicios públicos y privados, asociaciones formales e informales, mundos tradicionales y modernos y, en ocasiones, atraviesan de forma sincrética esas fronteras. Los grupos comunitarios pueden mejorar la salud y el bienestar del niño mediante el intercambio de información, el apoyo mutuo y la creación de capacidad entre las partes interesadas locales; la obtención de recursos externos de las autoridades de distrito; y el fomento de la confianza de las personas pobres para que cuestionen por qué no se reconocen sus derechos. Un voluminoso corpus bibliográfico respalda el valor de los grupos de autoayuda y los grupos de acción y aprendizaje participativo para mejorar la salud de la madre, el recién nacido y el niño. Los análisis de datos nacionales de la India indican que los encuestados de aldeas con un grupo de autoayuda tenían un 19% más de probabilidades de que las madres dieran a luz en un centro de salud, 8% más de probabilidades de aumentar la alimentación con calostro, y 19% más de probabilidades de utilizar productos y servicios de planificación familiar.¹³² Ensayos a gran escala realizados en grupos comunitarios de aprendizaje participativo y grupos de acción de mujeres en Bangladesh, la India, Malawi y Nepal revelaron una reducción del 30% en la tasa de mortalidad de recién nacidos y cambios sustanciales en medidas de prevención entre el personal de partería.¹³³ La OMS recomendó oficialmente el enfoque centrado en el aprendizaje y la acción participativos, en particular para las poblaciones rurales en las que la mortalidad de recién nacidos es alta.¹³⁴ Estudios posteriores relativos al enfoque centrado en el aprendizaje y la acción participativos, realizados con algunos de los aproximadamente un millón de prestigiosos activistas por la salud pública de la India, indicaron una reducción del 31% de la mortalidad de recién nacidos, la misma eficacia que los estudios demostrativos preliminares.¹³⁵ Esos efectos, registrados en la región oriental de la India, se reprodujeron y mantuvieron.

Los efectos de intervenciones comunitarias relativas al estado nutricional del niño y los determinantes conexos (tales como agua, saneamiento e higiene) fueron más difíciles de alcanzar. Una revisión Cochrane realizada con el fin de evaluar el efecto de las intervenciones destinadas a mejorar la calidad y el abastecimiento suficiente de agua para mantener prácticas de higiene, proporcionar saneamiento adecuado, promover el lavado de manos con jabón y mejorar el estado nutricional de los niños determinó que muy pocos estudios facilitaban información sobre la observancia de la intervención, las bajas y los costos.¹³⁶ En 2014, un ensayo de la campaña de saneamiento total realizada en la India (con miras a modificar normas y comportamientos sociales mediante asistencia técnica y subsidios) reveló cambios solo modestos en lo concerniente a la introducción de letrinas en los hogares y la reducción de la defecación al aire libre.¹³⁷ Un examen bibliográfico concluyó que las campañas de agua, saneamiento e higiene que notificaban un efecto sobre la diarrea infantil y el crecimiento lineal conseguían un alto seguimiento gracias a frecuentes

visitas domiciliarias.¹³⁸ De todas maneras, dado que los sistemas de agua, saneamiento e higiene mejorados pueden beneficiar la salud y el bienestar de los niños mediante otros mecanismos, por ejemplo, la reducción del tiempo necesario para obtener y transportar agua y el mejoramiento de la asistencia escolar de las niñas después de la menarquía, esos sistemas se deberían proporcionar como una intervención financiada por el gobierno, con la colaboración de las comunidades.

La participación comunitaria puede ser más difícil en los asentamientos urbanos precarios que en las comunidades rurales más estables. Los servicios y los recursos se gestionan en función del lugar; no obstante, se requieren sistemas más ágiles para mantener la eficacia ante las cambiantes necesidades, habida cuenta del carácter fluido de la migración urbana y los asentamientos informales. Estos plantean retos específicos, en particular en relación con el acceso a recursos de salud en zonas urbanas.¹³⁹ Ahora bien, un extenso estudio realizado en los barrios marginales de Mumbai (India), sugieren que existen soluciones: centros de recursos locales que desarrollan actividades integradas para mejorar la salud de mujeres y niños en los asentamientos urbanos informales permitieron cubrir más necesidades relacionadas con las tasas de planificación familiar (un 31% más en los grupos objeto de la intervención, en comparación con los grupos de control) y de inmunización infantil.¹⁴⁰

En general se considera que los agentes de salud comunitarios son un medio práctico para alcanzar los objetivos de salud infantil, especialmente en entornos rurales y de bajos ingresos. Un análisis de la eficacia de los voluntarios no profesionales sin remuneración y de los profesionales sanitarios remunerados en las esferas de prevención del paludismo, educación sanitaria, promoción de la lactancia natural, atención neonatal básica y apoyo psicológico reveló beneficios de diverso grado en todas las categorías.¹⁴¹ Además, la labor de los agentes de salud comunitarios puede beneficiar el desarrollo temprano de los niños. En el Pakistán, los niños que recibieron estimulación sensorial en un ensayo con visitas domiciliarias de mujeres profesionales de la salud lograron resultados estadísticos y clínicos significativamente más altos en relación con el desarrollo cognitivo, verbal y motor, que los niños no estimulados.¹⁴² En California (Estados Unidos) un ensayo clínico aleatorio sobre la prestación de asistencia personal para buscar los servicios comunitarios pertinentes reveló, a nivel estadístico y clínico, una reducción significativa de informes concernientes a necesidades sociales de las familias y mejoró el estado general de salud de los niños, en comparación con los grupos de control.¹⁴³

Sin embargo, los datos disponibles sugieren una alta atenuación de esos efectos positivos cuando los gobiernos adoptan estudios demostrativos preliminares sobre agentes de salud comunitarios y los aplican en gran escala, por lo que se requiere más investigación sobre la eficiencia y la calidad de la atención dispensada.¹⁴⁴ Dos revisiones sistemáticas consideraron intervenciones para mejorar la eficiencia de los agentes de salud

comunitarios.^{145,146} Algunos factores relacionados con la aplicación son cruciales para el éxito, entre ellos los relativos a contratación, supervisión de apoyo, incentivos, integración comunitaria (que da a los miembros de la comunidad una sensación de pertenencia respecto del programa, y relaciones positivas con los agentes de salud comunitarios), formación continua, apoyo logístico y suministros adecuados. Por ejemplo, en Sudáfrica, un ensayo sobre capacitación reforzada, mejoramiento continuo de la calidad y tutoría de los agentes de salud comunitarios permitió incrementar el número de madres lactantes, el número y la calidad de las visitas a las madres y el conocimiento de las madres.¹⁴⁷ Ahora bien, es frecuente que los gobiernos y los médicos no evalúen la pertenencia y viabilidad de esas estrategias antes de ejecutar programas concernientes a los agentes de salud comunitarios. Se presta demasiada poca atención a la descentralización del sistema de salud, la responsabilidad social y la gobernanza. Es poco probable que la mera capacitación de más y más agentes de salud comunitarios, sin el apoyo adecuado, reporte beneficios.

Las relaciones de poder son un aspecto medular de la manera en que están constituidas y reconstituidas las comunidades a lo largo del tiempo y, en particular, de la forma en que se modelan y aplican los límites y las normas sociales. Las relaciones de poder desiguales u opresivas existen no solo entre comunidades marginadas y estructuras principales (entre ellas, los gobiernos), sino también en las propias comunidades. Por ejemplo, el riesgo de suicidio entre los jóvenes pertenecientes a minorías sexuales es de dos a tres veces mayor que el de sus pares ajenos a ese grupo, un hecho vinculado a entornos sociales que no los aceptan y a la falta de apoyo emocional y social.¹⁴⁸ No obstante, algunos datos sugieren que intervenciones específicas pueden arrojar resultados positivos. Los diálogos comunitarios sobre cuestiones tales como la discriminación por castas y la circuncisión femenina exigen delicadas negociaciones relativas a la identidad social y los obstáculos directos encontrados a la hora de deslegitimar abusos de poder, pero se han revelado útiles para facilitar cambios de las normas sociales cuando se entablan con sensibilidad.¹⁴⁹

Algunos observadores manifestaron su escepticismo en cuanto a la posibilidad de que la participación propicie el empoderamiento o un cambio social duradero y significativo. Consideran que la baja participación obedece a dinámicas de poder subyacentes y a un hincapié indebido en el voluntariado como un fracaso para afrontar políticas difíciles destinadas a restar poder a las elites mediante enfoques específicos orientados a la igualdad.¹⁵⁰ En cambio, otros creen que la participación puede dar lugar a resultados de desarrollo verdaderamente transformadores, siempre que el enfoque adoptado sea político, y no tecnocrático.¹⁵¹ Los movimientos sociales pueden alentar alianzas políticas para transformar las vidas de muchos; los ejemplos incluyen el movimiento contra las represas en la India; el traspaso del control, de las elites económicas a los partidos políticos, en Kerala

(India); la presupuestación participativa en el Brasil; y el control de los bosques por los usuarios locales, en Nepal.¹⁵² Los mayores movimientos sociales tienen un papel que desempeñar en la reivindicación de los derechos que deben ejercer las comunidades para cuidar de sus niños y mantener a sus familias.

El gobierno como proyecto de corresponsabilidad con la infancia

La salvaguardia de la salud y el bienestar de los niños, al igual que la salud de nuestro planeta y medio ambiente, requiere una acción pública concertada. Los gobiernos son el ámbito natural de nuestra responsabilidad común en esas esferas, y consiguientemente deben desempeñar una función central en la financiación de los servicios para los niños, la prestación efectiva de esos servicios y la adecuada protección social de las familias. Más adelante la Comisión elabora acuerdos de gobernanza nacional y subnacional específicos en los que examinamos cuestiones relativas a la colaboración multisectorial y los vínculos entre diferentes gobiernos locales, regionales y nacionales.

Independientemente de los niveles de ingresos de los países, los gobiernos desempeñan una función central en la financiación pública de servicios para los niños. Solo la financiación pública (financiación mediante impuestos o seguro social) puede garantizar el acceso equitativo y proporcionar protección financiera contra el costo derivado del uso de los servicios. Las experiencias de algunos países de altos ingresos indican que diferentes modelos de prestación de servicios para los niños y las familias pueden ser eficientes, bien sea un servicio predominantemente público, o privado, siempre que la financiación pública tenga un papel central. En esos países, el respeto de los derechos de los niños (seguridad, atención de salud, inmunización, agua y saneamiento, educación y protección social) es responsabilidad principalmente del sector público, que como alternativa puede subcontratar a socios privados o no gubernamentales bajo supervisión gubernamental.

En países de ingresos bajos y medianos preocupan las enormes dificultades que algunos gobiernos deben afrontar para prestar incluso los servicios más básicos, y algunos datos sugieren que, en ciertos casos, los agentes no estatales pueden prestar esos servicios con mayor eficiencia. Por ejemplo, ensayos realizados en Kenya y Liberia demostraron, en comparaciones directas, que los mismos programas son menos eficaces cuando los ejecuta el gobierno, en comparación con proveedores privados.^{153,154} Un metaanálisis de ensayos en los que se evalúan una amplia gama de intervenciones de salud, educación y asistencia social determinó que las intervenciones realizadas por el gobierno son, en promedio, menos eficaces que las realizadas por proveedores no estatales.¹⁵⁵ Esos estudios se centran generalmente en organizaciones no gubernamentales, por lo que existen menos pruebas respecto de la conveniencia de contratar proveedores con fines de lucro, cuya participación sigue siendo controvertida.¹⁵⁶

Sin embargo, en muchos países de bajos ingresos el gobierno debe ejercer la función principal en la prestación de servicios por dos motivos: en primer lugar, en esos entornos solo el gobierno tiene la capacidad y el mandato de llegar a una gran parte de la población; y en segundo lugar, es probable que la capacidad del gobierno nacional sea insuficiente para gestionar y supervisar numerosos contratos complejos con proveedores privados. Esos factores plantean la pregunta: ¿cómo pueden los países mejorar la eficacia de su burocracia gubernamental? Esta pregunta no vale solo para algunos sectores, sino que engloba a todo el gobierno; por consiguiente, abarca la prestación de servicios destinados a mejorar la salud y el bienestar de los niños, con sus múltiples sectores.

Los países pueden mejorar la eficiencia de la burocracia gubernamental, con miras a prestar los servicios generales que los niños tienen derecho a recibir mediante, en particular, el mejoramiento de las prácticas de gestión, especialmente entre los burócratas de nivel intermedio. Los funcionarios públicos de primera línea, llamados también burócratas a nivel de calle,¹⁵⁷ han sido el objeto principal de muchos estudios que han propuesto ideas centradas en la selección y la contratación de funcionarios públicos,¹⁵⁸ la remuneración en función del desempeño,¹⁵⁹ la motivación en pro de la sociedad¹⁶⁰ y las inquietudes profesionales.¹⁶¹ No obstante, se suele subestimar el papel de los burócratas intermedios (los que se sientan entre los altos funcionarios públicos y los trabajadores de primera línea y se encargan de transformar las preferencias políticas en normas y aplicación). Estudios pormenorizados realizados en Nigeria¹⁶² y en Ghana¹⁶³ revelan que las prácticas de gestión son determinantes cruciales en el desempeño burocrático. Las prácticas relacionadas con la autonomía se asocian positivamente con la mejor prestación de servicios públicos, pero las relacionadas con incentivos y seguimiento de los burócratas se asocian negativamente con el desempeño, lo que sugiere que los países con bajos niveles de capacidad estatal podrían beneficiarse de una mayor autonomía de los funcionarios públicos. Otros trabajos en esta esfera hacen hincapié en el importante papel de la gestión a nivel de distrito,^{164,165} que es un nivel gubernamental crucial para prestar servicios de salud a los niños.¹⁶⁴

En todos los casos, los gobiernos desempeñan una función irremplazable para llegar a los más pobres y proteger a los más vulnerables de la población, y la protección social de los niños y las familias es una responsabilidad crucial. Según la Iniciativa sobre un nivel mínimo de protección social,¹⁶⁶ toda persona tiene derecho, durante toda su vida, a la atención básica de salud y a la seguridad de un ingreso mínimo, como parte de un conjunto integral de medidas de protección social. Sin embargo, en todo el mundo, más de una de cada tres personas, y en las zonas rurales más de la mitad, carecen de protección sanitaria, bien sea por legislación, afiliación o seguro de salud, aun cuando esa protección es asequible en todos los países.^{167,168} En Europa occidental y central, la cobertura de protección sanitaria es casi universal, mientras que en Asia y el Pacífico el 40% de la población, y en África

el 70% de la población no tienen protección sanitaria, a pesar de que algunos estudios señalan la asequibilidad de la protección.^{168,169} Para las familias que prestan apoyo a un niño discapacitado, los costos de la atención de salud podrían ser exorbitantes y representar una carga enorme. Muchos países deben adoptar más medidas para elaborar estrategias orientadas a aprovechar los recursos existentes, basadas en análisis de las relaciones entre el tipo de riesgo y la financiación de la protección sanitaria.

Las medidas de protección social (incluido el seguro social de enfermedad y la atención sanitaria financiada con impuestos), al igual que otras inversiones públicas, pueden ser más o menos equitativas. Según los datos más recientes obtenidos en la base de datos ASPIRE del Banco Mundial sobre distribución del gasto en protección social, la quinta parte más rica de la población consume entre tres y cuatro veces más recursos de la seguridad social, que la quinta parte más pobre, en un país de nivel medio. El seguro de enfermedad y la protección social son instrumentos importantes para garantizar el acceso universal y equitativo de los niños y sus familias a los servicios de salud. La diferencia entre la cobertura sanitaria en las zonas urbanas y las zonas rurales refleja las dificultades que implica depender de la comunidad o de otros medios de mancomunación de recursos y distribución de riesgos en pequeña escala. Un enfoque universal, basado principalmente en la tributación general (progresiva) (y la ayuda para el desarrollo en los países más pobres), es la mejor opción para financiar la cobertura sanitaria de toda la población, en particular los sectores que no pueden contribuir, por ejemplo, los trabajadores informales o las mujeres excluidas de los sectores productivos.

Esfuerzos gubernamentales de financiación para los niños y los ODS

Para alcanzar los ODS y garantizar los derechos antes descritos, muchos países deberán invertir en el fortalecimiento de servicios de alta calidad en todos los sectores. Algunos estudios han analizado los costos de ese fortalecimiento por medio del modelo llamado factura sanitaria de los ODS, y han comparado esos costos con las proyecciones de la financiación con la que podría contarse en diversas situaciones hipotéticas. Esos análisis no se refieren específicamente a los niños, y son intrínsecamente inciertos, pero proporcionan una idea de la magnitud de los costos (figura 5). En el sector sanitario, los costos que supondría el fortalecimiento de las intervenciones prioritarias y del sistema de salud con el fin de alcanzar los ODS para 2030 se estiman en una media de US\$ 112 por persona en los países de bajos ingresos, y US\$ 146 por persona en los países de ingresos medianos bajos.¹⁷⁰ Las proyecciones sugieren que algunos países no podrán afrontar esos costos, lo que generará un déficit financiero de US\$ 62 por persona en los países de bajos ingresos y US\$ 11 por persona en los países de ingresos medianos bajos (véase el apéndice, pág. 3-4). Hay cifras equivalentes disponibles relativas al

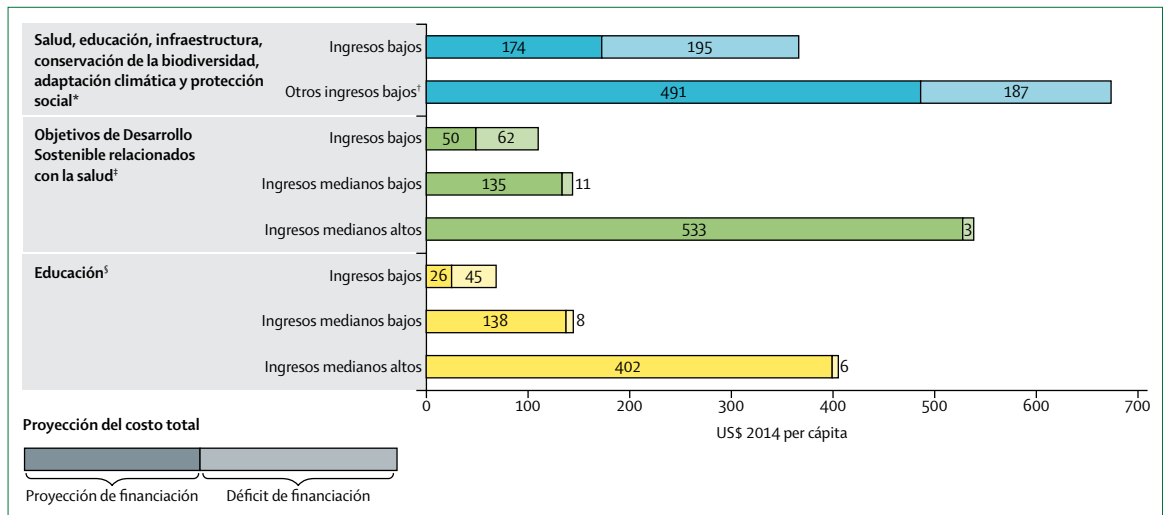


Figura 5: Costos estimados y déficit de financiación para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible

*59 países, 2018-2030, US\$ 2014 per cápita. †Otros países de bajos ingresos tienen ingresos per cápita de US\$ 996 a US\$ 2700. ‡Cobertura ampliada a casi 200 intervenciones recomendadas por la OMS para promover los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con costos relativos al fortalecimiento del sistema de salud (67 países, 2016-2030, US\$ 2,14 per cápita); no todos los países tienen déficit de financiación; si se examinara el subconjunto de países de ingresos medianos bajos y países de ingresos medianos altos con déficit de financiación, el déficit sería de US\$ 51 per cápita para los países de ingresos medianos bajos, y de US\$ 66 para los países de ingresos medianos altos. §Educación preescolar, primaria y secundaria (2015-2030, US\$ 2,14 per cápita). Acerca de la metodología y las fuentes, véase el apéndice, págs. 3-4.

sector de la educación.⁶⁰ En 2018, un análisis de todos los ODS que combinan costos específicos por sector señalaba un déficit financiero sustancial de US\$ 195 por persona (cifra notificada según el valor del dólar estadounidense en 2014 para una comparación entre estudios).¹⁷¹ Estas estimaciones mundiales son preliminares; estimaciones más precisas requerirán análisis específicos por países, basados en datos locales.

La movilización de fondos públicos provenientes de los recursos nacionales será clave para proporcionar financiación predecible y sostenible que permita alcanzar los ODS. Como lo atestiguan las tendencias relativas a salud y educación en los últimos años, los países dependen cada vez más del gasto público con cargo a los recursos nacionales, y menos de la ayuda al desarrollo.^{60,172} A fin de incrementar el gasto público, los países deberán mantener el crecimiento económico, mejorar su capacidad recaudatoria y dar prioridad a los ODS en los presupuestos nacionales y subnacionales. Si los países aumentaran los impuestos, deberían hacerlo de manera progresiva. Los países deberán considerar la amplia gama de opciones de financiación nacional (examinada en profundidad más adelante). Además, existe un margen considerable para mejorar la eficiencia (por ejemplo, se estima que entre un 20% y un 40% del gasto sanitario de todo el mundo se desperdicia) mediante la reducción del despilfarro, la lucha contra la corrupción y la asignación de fondos públicos a intervenciones eficaces en diferentes sectores y entre ellos.¹⁷³

La asistencia al desarrollo seguirá siendo una fuente vital de financiación en los países más pobres. Si los donantes bilaterales aumentaran su contribución al 0,7% del PIB (adoptado como referencia por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1970, y reafirmado

en reiteradas oportunidades), ello supondría un aumento sustancial de la ayuda internacional. Existen enormes posibilidades para reorientar y focalizar el apoyo a las actividades relacionadas con los ODS en los países de bajos ingresos, en lugar de los países de medianos ingresos, ya que estos reciben actualmente un volumen considerable de ayuda en términos absolutos (con frecuencia asignada a enfermedades o programas específicos). Además de los canales tradicionales se han propuesto otras ideas de financiación.¹⁷¹ Entre ellas, el mejoramiento de la gestión tributaria mediante estrategias de lucha contra la evasión fiscal, incluida la transferencia de beneficios por parte de grandes empresas multinacionales, y la aplicación de una serie de nuevos impuestos, entre ellos un impuesto mundial al carbón, cuya recaudación se destinará a los ODS; un impuesto a las transacciones financieras; un impuesto a las cuentas en paraísos fiscales; un impuesto sobre el patrimonio neto de particulares acaudalados; y un impuesto tecnológico a los monopolios naturales surgidos en la industria tecnológica. Los instrumentos financieros combinados, tales como el Servicio Mundial de Financiamiento; la Alianza Gavi para las Vacunas; y el Fondo Mundial, también son prometedores respecto del uso de la financiación del desarrollo para movilizar otros recursos nacionales y comerciales hacia la consecución de los ODS.

Resumen

Hasta aquí hemos presentado un conjunto de derechos de los niños. Hemos examinado la manera en que los niños pueden participar en la reivindicación de sus derechos, y las responsabilidades de las familias, las comunidades y los gobiernos para garantizarlos. A continuación adoptaremos

una perspectiva más detallada sobre la manera en que se pueden reestructurar los acuerdos multisectoriales de gobernanza con el fin de garantizar los derechos de los niños en el presente y el futuro.

Lograr la gobernanza adecuada para los niños

La tarea dirigida a la consecución de los ODS debería impulsar a los gobiernos a garantizar los derechos de los niños y los jóvenes, pero tanto los defensores de los niños como los gobiernos deberían generar la prioridad política y desarrollar capacidades fiscales y administrativas para hacerlo. En la era de los ODS se destacan tres retos en materia de liderazgo y gobernanza: primero, cómo extender el interés por la salud del niño más allá del sector sanitario, a fin de elaborar políticas nacionales holísticas e integradas en favor de los niños, con una capacidad gubernamental fortalecida para aplicarlas; segundo, cómo conferir atribuciones a los gobiernos subnacionales y locales para que adopten medidas multisectoriales; y tercero, cómo reformar e integrar la arquitectura de gobernanza mundial y elaborar nuevos acuerdos mundiales concernientes a los niños, con miras a apoyar las medidas multisectoriales (recuadro 6).

Gobernanza nacional: cómo priorizar a los niños, movilizar fondos y organizar la acción

Los gobiernos nacionales son el eje de los esfuerzos orientados a garantizar los derechos de los niños: el respeto de los derechos de los niños a la salud y el bienestar depende del liderazgo y el compromiso de los gobiernos, los incentivos y la rendición de cuentas institucionales armonizados entre los diferentes sectores, el aumento de la financiación y una legislación sólida.

Acordar prioridad política y movilizar recursos nacionales

Para los máximos dirigentes políticos de los gobiernos nacionales (por ejemplo, Jefes de Estado y primeros ministros) el bienestar de los niños rara vez representa una preocupación concreta, y por lo general se aborda en departamentos gubernamentales específicos (por ejemplo, bienestar social, salud, educación o juventud) que podrían no tener el apoyo político requerido para trabajar de manera intersectorial con miras a lograr sus objetivos. Unos pocos países han desarrollado políticas generales respaldadas por programas nacionales para el bienestar del niño, entre ellos, Irlanda, Nueva Zelanda, el Reino Unido y Uganda, pero, en la mayoría de los países, las políticas no son coherentes ni tienen suficiente peso político, ni siquiera las que incumben a comisionados nacionales para la infancia. Muchos programas carecen de recursos suficientes. Por otra parte, la atención prestada a diversas dimensiones del bienestar infantil es fragmentaria, y algunas áreas reciben recursos sustanciales (entre ellas la supervivencia del niño), mientras que otras reciben mucho menos (por ejemplo, las áreas relativas a la protección contra la contaminación medioambiental y la violencia).¹⁷⁴

Las partes interesadas deben considerar la priorización política y la movilización de recursos nacionales para los

Recuadro 6: Lograr la gobernanza adecuada para los niños – mensajes clave

- Los gobiernos nacionales son el eje de los esfuerzos orientados a garantizar los derechos de los niños.
- Un nuevo marco vigoroso que ponga a los niños en el centro de los ODS puede contribuir a consolidar una prioridad política nacional y aumentar la financiación nacional.
- Se requieren opciones de diseño meditadas, para asegurar que diferentes sectores actúen de forma conjunta en favor de los niños.
- Los gobiernos locales vinculan a los gobiernos nacionales con las familias y las comunidades, pero necesitan apoyo, financiación y atribuciones transferidas.
- La gobernanza mundial fragmentada se podría mejorar mediante un nuevo marco vigoroso en torno a los derechos del niño y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

niños. La reforma política implica decidir expresamente quién recibirá los bienes que tienen valor para la sociedad, pero las dinámicas del poder se subestiman en los procesos normativos concernientes a la salud y otros sectores sociales.¹⁷⁵ La incipiente bibliografía existente sobre la manera de establecer una prioridad política a escala nacional para los problemas sanitarios ofrece algunas enseñanzas. Las políticas específicas se pueden promover, bien sea directamente, si las autoridades políticas centran la atención en los problemas, aprovechan los recursos financieros, controlan los regímenes reglamentarios y presionan a los actores políticos, o de manera indirecta, cuando las autoridades crean incentivos institucionales y establecen equilibrios con otras prioridades.¹⁷⁶⁻¹⁷⁹ Algunos estudios de casos sobre actividades de promoción fructíferas sugieren que las estrategias propicias para el cambio positivo, aunque sean específicas de cada contexto, tienen en cuenta la necesidad de los dirigentes de mantener la legitimidad política (cualquiera que sea su forma),¹⁷⁷ así como la formación de alianzas saludables que puedan respaldar e impulsar ideas sobre políticas. Los defensores de la infancia tienen la ventaja de contar con argumentos respaldados desde diversos puntos de vista: afectivos, éticos, económicos y financieros. Las actividades de promoción y creación de alianzas en favor de los niños pueden beneficiarse de la infraestructura construida por los países para alcanzar los ODS, recientemente redefinidos en torno a la figura del niño, como lo sostuvo anteriormente esta Comisión.

La priorización política es un requisito previo y un acompañamiento de la movilización de recursos nacionales en todos los países, y para todos los sectores que contribuyen a la salud y el bienestar del niño. Los países de ingresos bajos y medianos financian la mayor parte de sus sectores sociales con recursos nacionales, salvo unas pocas excepciones, y esta dependencia de los recursos nacionales no hará más que aumentar a medida que la asistencia oficial para el desarrollo siga perdiendo importancia en la mayor parte de las economías nacionales. En la actualidad, la asistencia para el desarrollo representa menos del 1% del gasto total en salud, y según las proyecciones se seguirá reduciendo,^{180,181} aun cuando para unos pocos países sigue siendo una fuente de financiación importante, aunque volátil (en muchos países aún es importante para financiar actividades dirigidas a poblaciones marginadas).

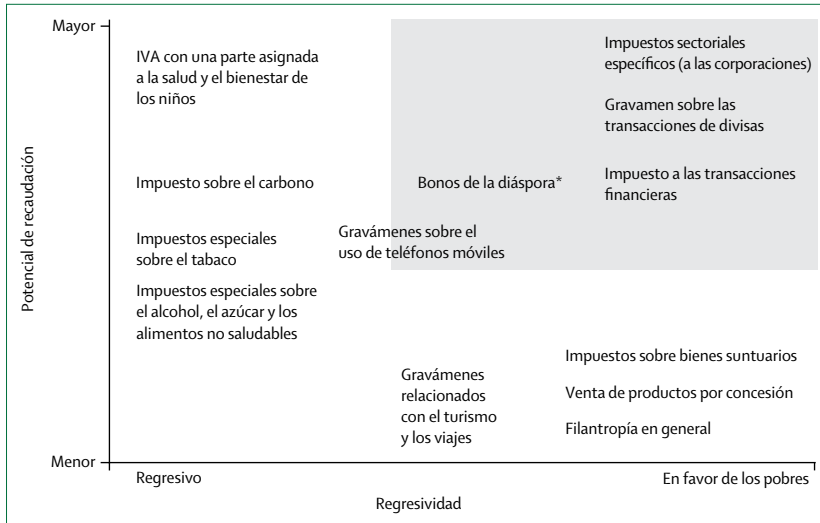


Figura 6: Iniciativas nacionales de financiación disponibles para las instancias normativas
 IVA=impuesto al valor agregado. *Los bonos de la diáspora son instrumentos financieros emitidos por los países y destinados a expatriados que viven en países ricos; los miembros de la diáspora compran bonos emitidos por el gobierno, a pesar de que los tipos de interés y la rentabilidad sean más bajos, generalmente por motivos patrióticos. Ese sistema se ha aplicado con éxito en Israel.

A raíz de esas tendencias, la mayor parte de los gobiernos necesitarán aún más financiación nacional para satisfacer las necesidades de inversión relacionadas con los niños.¹⁸² Según lo señaló un decenio atrás la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud¹⁸³ de la OMS, los países ricos prácticamente determinan sus niveles de pobreza infantil mediante las políticas de redistribución que promulgan. En muchas economías emergentes existe un margen fiscal para aumentar el gasto en favor de los niños en todos los sectores. En todos los países se pueden reorientar las prioridades hacia las necesidades de los niños y aumentar la eficiencia en el uso de los fondos, y ello abre nuevas oportunidades para mejorar la equidad, dado que de ese modo los gobiernos podrían aunar recursos y asegurar la protección financiera de las familias. Existen enormes diferencias entre los países en lo que respecta al grado de prioridad que los gobiernos otorgan a la salud, la educación y otros sectores sociales en sus presupuestos. Los datos históricos pueden ser útiles para proporcionar una referencia de lo que sería posible. Por ejemplo, si el Gobierno de la India invirtiera el 5% del PIB en salud, el mismo porcentaje que invierten muchos países de ingresos medianos bajos, la inversión nacional en salud se multiplicaría por cuatro.¹⁸⁴

Además de la reasignación de fondos existentes, los países pueden tratar de aumentar la suma total de fondos disponibles. Los gobiernos podrían incrementar los ingresos fiscales por medio de políticas acertadas y reformas administrativas que permitieran recaudar fondos y asignarlos a los niños en el presupuesto general (figura 6).^{185,186} Los llamados impuestos sanitarios, por ejemplo sobre el azúcar, el tabaco y el alcohol, no solo son importantes para reducir el consumo de sustancias insalubres, sino que, además, ayudan a generar ingresos para la salud. Sin embargo, la implantación de un sistema tributario justo es

mucho más importante: un sistema que utilice todas las modalidades, en particular los impuestos verdaderamente progresivos, con una reorientación de los impuestos sobre los ingresos a los impuestos sobre el carbono, e impuestos de base amplia al consumo, que son regresivos y exigen una compensación explícita de sus posibles efectos negativos sobre los ingresos y la distribución equitativa de la riqueza. Las rentas se deberían distribuir entre los sectores que contribuyen a mejorar la salud y el bienestar del niño, y la partida presupuestaria destinada a los niños debería ser objeto de seguimiento por parte del gobierno nacional, y de comparación internacional.

La medida en la que un país puede aprovechar cada uno de esos canales variará de un caso a otro; sin embargo, el elemento común a todos los países es el papel central que desempeñará el ministerio de finanzas para movilizar recursos nacionales hacia la consecución de los ODS, como reflejo de la necesidad de priorizar la salud y el bienestar del niño por parte de los altos funcionarios del gobierno. Quienes abogan ante los ministros de finanzas en favor de más inversión en favor de los niños deberán argumentar de manera convincente que esa inversión no solo es buena para el bienestar de los niños, sino también para la productividad y la economía. Además, deberán participar en el proceso de elaboración del presupuesto nacional y comunicar en un lenguaje que los ministros de finanzas puedan comprender.

Muchos economistas, entre ellos los premios Nobel Joseph Stiglitz y Paul Krugman, describieron el perjuicio causado por las políticas neoliberales de austeridad (también denominadas políticas de ajuste estructural). Existen pruebas contundentes de que la austeridad reduce las prestaciones sociales, aumenta la desigualdad y perjudica principalmente a las familias más pobres. Los defensores de la austeridad sostienen que es preciso reducir la deuda pública. Sin embargo, de hecho, esas políticas suelen aumentar la carga de la deuda pública; entre 2010 y 2018, la deuda pública del Reino Unido aumentó en £ 860 000 millones, del 75% al 85% del PIB. Por lo tanto, quienes abogan por una mayor inversión en favor de los niños deberán confrontar los argumentos que reivindican las políticas de austeridad como necesarias para reducir presuntamente la deuda pública.

Por último, la llamada presupuestación favorable a los niños se ha utilizado en algunos países para cuantificar la inversión pública total en los niños y adolescentes, incluidos los gastos directos (por ejemplo, los de vacunación y educación primaria) y los gastos indirectos (en particular la ayuda alimentaria o las transferencias de efectivo a las familias). Un estudio sobre las experiencias de 14 países reveló que, generalmente, los ministerios de finanzas y planificación supervisaban el proceso e incorporaban a partes interesadas de diversos sectores.¹⁸⁷ En México y el Perú se realizaron evaluaciones durante la fase preparatoria del ciclo presupuestario, lo que posibilitó que la inversión planificada en los niños influyera, en teoría, en la toma de decisiones concernientes al presupuesto. Los gastos relacionados con la infancia sí

se incrementaron, pero no hay ninguna prueba directa para demostrar que ese incremento se haya debido a los procesos de presupuestación favorable a los niños. Sin embargo, en todos los países estudiados se publicaron las conclusiones de los procesos de evaluación, lo que ofrece una mayor transparencia con respecto al gasto centrado en los niños. Se requiere más investigación a fin de determinar si la presupuestación favorable a los niños puede ser un instrumento eficaz para mejorar la movilización de recursos nacionales en pro de la salud y el bienestar de los niños.

Tomar medidas deliberadas para coordinar y compartir la responsabilidad de los niños en todos los sectores

Según se examinó anteriormente, todos los sectores tienen una función que desempeñar en la promoción de la salud y el bienestar de los niños, y los datos revelan claramente que es preciso adoptar medidas multisectoriales en favor de los niños.¹⁸⁸ Sin embargo, los ministerios responsables de los diferentes aspectos del bienestar infantil rara vez se coordinan.^{189,190} Algunos factores contribuyen a perpetuar ese problema. Uno de ellos concierne a los acuerdos de financiación nacional, que están compartimentados por ministerio,¹⁹¹⁻¹⁹³ un problema agravado por el insuficiente impulso a la coordinación multisectorial en los gabinetes nacionales. Otros obstáculos son las políticas interministeriales, la competencia por los presupuestos anuales y las rivalidades interpersonales.¹⁹⁴ La falta de experiencia y capacidad de los países en materia de planificación de políticas intersectoriales es un problema común cuya solución requiere mecanismos más sólidos para ayudar a los sectores a coordinar sus trabajos.¹⁹⁵ Por último, aun cuando las políticas sean coherentes, muy pocas veces se ven respaldadas por planes de ejecución presupuestados y financiados.^{189,196}

Los ODS ofrecen una oportunidad para abordar frontalmente esos retos. Aunque las pruebas relativas a esas actividades aún no son contundentes,¹⁹⁹ existen algunas estrategias clave para respaldar una gobernanza multisectorial mejorada e imprimir un impulso político que permita avanzar hacia una agenda de los ODS centrada en el niño. Específicamente, la presión del poder ejecutivo debe unir a los sectores; establecer claramente las funciones y responsabilidades de cada sector, con mecanismos de rendición de cuentas e indicadores claros; asegurar la financiación de una fuente de coordinación que actuará como incentivo y facilitador; y utilizar ministerios transversales (por ejemplo, ministerios de finanzas, planificación o bienestar social) para validar, coordinar e intercambiar datos. En Chile, la aceptación por parte del liderazgo ejecutivo y el gabinete fue esencial para fortalecer la coordinación intersectorial, con la decidida participación de ministerios transversales. El programa multisectorial de Chile para mejorar el desarrollo en la primera infancia (Chile Crece Contigo; recuadro 7) ofrece un modelo para definir las funciones y los presupuestos en todos los sectores, así como los sistemas de financiación y seguimiento que propician la colaboración.^{54,198}

Recuadro 7: Estudio de caso de alianzas multisectoriales: Chile Crece Contigo

Chile Crece Contigo es un programa orientado a ayudar a todos los niños a desarrollar su pleno potencial mediante la prestación de servicios coordinados en todos los sectores públicos, desde el periodo prenatal hasta los cuatro años de edad. El programa fue establecido por la Presidenta Michelle Bachelet, médica especializada en pediatría, y adoptado por ley en 2009; el programa se ejecutó en todo el país gracias a una línea de financiación permanente en el presupuesto nacional.

Según un estudio de caso realizado por Milman y otros,¹⁹⁸ se determinó que Chile Crece Contigo era costoeficaz y estaba asociado con una reducción del 14% al 10% en la proporción de niños menores de cinco años con retrasos de desarrollo durante los 10 años de ejecución del programa. Casi tres cuartas partes de los beneficiarios manifestaron que el programa era crucial para su experiencia de embarazo y paternidad, lo que señala un alto grado de satisfacción con los servicios.

El éxito de Chile Crece Contigo se basa en un complejo diseño de colaboración multisectorial. En primer lugar, la introducción del programa está respaldada por altos dirigentes políticos, y caracterizada por la creación de un consenso entre una amplia gama de partes interesadas técnicas y políticas a nivel nacional y regional. Esa consulta inicial propició la aceptación y la inversión de todos los sectores. El programa tiene su sede en el Ministerio de Desarrollo Social, seleccionado por su larga experiencia en la coordinación entre sectores nacionales, regionales y comunales, en comparación con los ministerios de salud y educación que, sin embargo, participan intensamente en la prestación de servicios. La ejecución del programa se basa en sistemas existentes en los tres ministerios y en redes municipales preexistentes dedicadas a la elaboración programática comunitaria. La financiación está centralizada en el Ministerio de Desarrollo Social, con acuerdos de transferencia de fondos en los que se especifican las normas técnicas que orientarán al Gobierno en el seguimiento y la gestión de la calidad de los servicios.

Los circuitos de retroinformación para el seguimiento y la evaluación, en particular los exámenes periódicos, permitieron identificar algunas áreas para fortalecer los sistemas, entre ellas las concernientes a la transferencia de fondos a instituciones y la integración con otros sistemas de datos gubernamentales. Cabe esperar que esos circuitos de retroinformación sigan mejorando el programa Chile Crece Contigo y sienten las bases de una colaboración multisectorial ampliamente aplicable en programas de salud y bienestar infantil en otros países.

Es preciso examinar los posibles efectos de las políticas de todos los sectores sobre la salud y el bienestar del niño. El contenido de esas evaluaciones podría tener en cuenta el marco de derechos del niño examinado precedentemente, así como el examen de la orientación proporcionada por el UNICEF y el Banco Mundial¹⁹⁹ sobre la incorporación en los análisis de la pobreza y las consecuencias sociales, de un enfoque centrado en el niño y de los trabajos que realizan los gobiernos nacionales, entre ellos el de Nueva Zelanda, que introdujo un enfoque presupuestario en el cual los análisis de costo-beneficio se basan en el bienestar presente y futuro. El concepto de «la salud en todas las políticas» también ofrece instrumentos y recursos técnicos.²⁰⁰ Esos esfuerzos deberán ser flexibles y utilizar, preferentemente, mecanismos existentes en las estructuras gubernamentales de cada país, vinculados con estudios nacionales realizados con los auspicios de la Convención sobre los Derechos del Niño.

El éxito se basa en una comprensión profunda de los principales agentes, sus incentivos y limitaciones, y en el funcionamiento del ecosistema político general, con un liderazgo compartido que incorpore una amplia coalición de partes interesadas.²⁰¹ Existen instrumentos

que permiten analizar el poder político y económico con el fin de identificar agentes e instituciones clave y conocer sus posibles interacciones, pero esos instrumentos están infrutilizados. Esos análisis, junto con un marco pormenorizado relativo al bienestar del niño que concierne a todos, pueden contar con el apoyo de organismos mundiales, pero la dirección incumbirá a instituciones nacionales en el contexto de su priorización política y acción multisectorial. El objetivo general será la distribución de responsabilidades relativas a la salud y el bienestar del niño más allá del sector sanitario, y la instauración de mecanismos de gobernanza y rendición de cuentas a tal fin. Es preciso prestar particular atención al cambio de perspectiva del propio sector sanitario, a fin de reconocer las contribuciones de otros sectores y trabajar con ellos como asociados en pie de igualdad. Las dificultades del llamado imperialismo sanitario (en cuyo marco las partes interesadas en el sector sanitario suponen que los intereses sanitarios son predominantes) pueden distanciar a otros departamentos gubernamentales que, comprensiblemente, tengan prioridades diferentes.²⁰²

Conferir atribuciones a los gobiernos locales en las municipalidades y los distritos

Como intermediarios entre los gobiernos nacionales y las comunidades, los gobiernos locales y municipales tienen una responsabilidad esencial en el mejoramiento de la salud y el bienestar de los niños. Sin embargo, los gobiernos locales y municipales afrontan una serie de desafíos para los que su capacidad de cambio suele ser insuficiente. Los gobiernos locales sólidos, con modelos de gobernanza multisectorial perfeccionados, pueden traducir los derechos de los niños desde los gobiernos nacionales a las familias y las comunidades.

Los gobiernos locales sólidos vinculan a las familias y las comunidades con las iniciativas nacionales

En teoría, los gobiernos locales abordan los determinantes sociales de la salud de ámbito local, aplican políticas y programas de salud pública para niños y jóvenes y coordinan medidas multisectoriales dirigidas a los niños más afectados.²⁰³ Las autoridades municipales y de distrito suelen actuar como puntos de enlace para congregar a múltiples agentes y coordinar sus actividades. La capacidad del gobierno local para gestionar relaciones, mejorar sinergias, resolver conflictos de manera constructiva y movilizar a las poblaciones es una función esencial en la era de los ODS.

Sin embargo, un examen de las políticas relativas a la infancia en países tan diferentes como Camboya, Jordania, Malawi y Moldova reveló algunos problemas comunes.¹⁹⁰ La coordinación vertical entre gobiernos nacionales y subnacionales generaba conflictos concernientes al equilibrio de prioridades divergentes, la revisión de políticas que no tenían en cuenta el contexto local, la gestión de mecanismos de coordinación demasiado centralizados o demasiado descentralizados, y la tensión entre las autoridades nacionales y locales por la gestión

presupuestaria, con frecuencia ante una capacidad local insuficiente. Los gobiernos locales suelen verse atrapados entre las prioridades en conflicto de los gobiernos, los donantes y los asociados en la aplicación y, en ocasiones, los intereses locales de poderosas industrias extractivas, agrícolas, de servicios o manufacturas. En particular, en países que dependen de los donantes, la falta de capacidad de los gobiernos locales ha llevado a las autoridades a recurrir a organizaciones no gubernamentales locales e internacionales para que contribuyan en la prestación de servicios.²⁰⁴

La capacidad de actuación de las autoridades locales depende de circunstancias políticas, del grado de descentralización y, sobre todo, del poder presupuestario y el grado de apoyo prestado por el gobierno nacional a las actividades de los gobiernos locales. Uno de los motivos por los que los progresos en la aplicación de iniciativas centradas en los niños son irregulares concierne al mayor o menor grado de descentralización.^{205,206} Se dispone de pocos datos sobre los efectos de la descentralización sobre la equidad y la eficiencia de la prestación de servicios.²⁰⁷ Los países suelen recurrir a la descentralización para fortalecer la democracia local, reducir la burocracia y promover servicios orientados a los usuarios (en particular los países nórdicos de altos ingresos, entre ellos Dinamarca y Suecia,²⁰⁸ y países de ingresos medianos bajos, por ejemplo, Kenya²⁰⁹ e Indonesia²¹⁰). En países con disposiciones y presupuestos de gobernanza limitados, entre ellos Sierra Leona, los mecanismos nacionales de los sistemas de protección del niño se pueden amplificar en el ámbito local²¹¹ debido al bajo desempeño del personal, la escasa comprensión de las normas culturales y sociales y las percepciones negativas del gobierno central.²¹² Del mismo modo, las actividades de coordinación relativas a la protección del niño en Sudán del Sur se venon dificultadas por un sistema descentralizado, con canales de comunicación poco claros entre los gobiernos nacional y local.²¹³ Si bien la responsabilidad que incumbe al gobierno local implica la conveniencia de vincular a las familias y comunidades de los niños con iniciativas de alcance nacional, ello requiere el apoyo y el fortalecimiento de los sistemas locales. La descentralización no es una panacea, y su puesta en práctica puede ser buena o mala, pero ciertamente ofrece oportunidades para mejorar la salud y el bienestar del niño.

Al mismo tiempo, se entiende que los gobiernos locales son responsables ante las comunidades a las que sirven. Ciertos marcos jurídicos, fiscales y administrativos son más eficaces cuando incorporan las opiniones y acciones de la comunidad, en particular las de los niños y jóvenes. En el Brasil, los consejos de gestión participativa, que son parte de los gobiernos municipales, están consagrados en la constitución, y existen normas municipales de apoyo a los consejos de niños, que tienen un pequeño presupuesto a su disposición.²¹⁴ En Nicaragua, la participación de los niños y los jóvenes en la gobernanza local se propicia mediante el apoyo de las familias y los docentes, las alianzas entre autoridades locales y la sociedad civil, y el

liderazgo entre los niños.¹¹¹ No obstante, sin la protección de la legislación sería más difícil establecer y mantener esos consejos municipales.

Asimismo, las ciudades amigas de los niños son aquellas cuyo sistema de gobernanza se ha comprometido a respetar plenamente los derechos consagrados en la Convención sobre los Derechos del Niño. Esas ciudades trasladan los compromisos nacionales a las medidas locales, con frecuencia mediante transformaciones institucionales, jurídicas y presupuestarias. Por ejemplo, en Alejandría (Egipto) una iniciativa en favor de la infancia puesta en marcha en 2006 estableció un mecanismo destinado a fortalecer el marco de protección para los niños, lo que posibilitó la identificación de más de 7000 niños en riesgo y su derivación a los servicios pertinentes.²¹⁵ Ahora bien, los gobiernos de muchos países de ingresos medianos bajos que han ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño no disponen de recursos financieros ni de capital político suficientes para emprender las reformas sistémicas requeridas por el tratado.²¹⁶ En los países más pobres, los presupuestos podrían no ejecutarse o reasignarse a otros sectores. Las actividades orientadas a promover ciudades amigas de los niños suelen estar encabezadas por organizaciones no gubernamentales, entre ellas Child in the City, u organismos de desarrollo, por ejemplo, el UNICEF, y no por las propias autoridades locales. Estas deficiencias se pueden atenuar mediante el mejoramiento de la priorización política nacional respecto de los niños.

Gobernanza multisectorial exitosa en el ámbito local: el diablo está en los detalles

La gobernanza multisectorial local representa una oportunidad perdida en los esfuerzos relativos a la salud y el bienestar del niño. La colaboración multisectorial podría conseguirse con mayor facilidad en el gobierno local, habida cuenta de que los diferentes departamentos y el personal están más próximos y se conocen entre sí.²¹⁷ Los obstáculos a la colaboración entre el gobierno local y las organizaciones de la sociedad civil, los grupos de ciudadanos y el sector privado podrían incluir problemas estructurales, de procedimiento, financieros, profesionales y de legitimidad.²¹⁸ Sin embargo, hay soluciones; por ejemplo, los obstáculos relacionados con las disposiciones tradicionales de gobernanza jerárquica se pueden superar mediante las llamadas formaciones de gobernanza en red, en cuyo marco un amplio grupo de expertos se reúnen para solucionar problemas en un espacio neutral, en vez de dejar que algunos agentes cumplan las órdenes de otros.²¹⁹

En los contextos en que existían determinadas condiciones propicias para la acción multisectorial, las iniciativas en favor del bienestar de los niños han demostrado ser sostenibles y eficaces. En un examen de estudios de casos realizado por el Instituto de Desarrollo de Ultramar se determinó que las alianzas multisectoriales y las actividades con grupos comunitarios, escuelas, lugares de trabajo y grupos de interés eran especialmente eficaces si existía una clara descentralización y delegación

de funciones. Los modelos de gobernanza conjunta y prestación de servicios en los sectores de educación, agua y saneamiento, entre otros, se asociaron al mejoramiento de la salud y la equidad y al uso más eficiente de los recursos.^{188,220} Además, la gobernanza local puede vincular a numerosos sectores y jurisdicciones gubernamentales y movilizar y congregar a comunidades e instituciones mediante la integración y el empoderamiento de defensores y empresarios sociales que promueven el bienestar de los niños y los jóvenes. En el Reino Unido, para respaldar los enfoques multisectoriales (o sea, entre la salud y la educación) se recurrió a defensores locales con el fin de establecer alianzas, planificar medidas conjuntas y promover los cambios programáticos necesarios.²²¹

El desarrollo de la capacidad estratégica y operacional permite el funcionamiento autónomo de las autoridades locales. Los programas eficaces utilizan alianzas estratégicas para aprovechar el poder disperso en redes y agentes que influyen en la economía en general. Las alianzas a largo plazo, los cambios de los enfoques programáticos a los sistémicos, y la creación de redes de consejos escolares, organismos de aplicación de la ley, empresas locales y grupos de padres son esenciales para apoyar a las autoridades locales. Otro ejemplo es el que ofrecen los programas extracurriculares de deportes y otras actividades, elaborados en los Estados Unidos cuando las autoridades municipales propusieron una visión, y convocaron y utilizaron la movilización comunitaria para promover políticas e infraestructuras locales, incluso sin recursos financieros.²²² De manera más general, el liderazgo político y la participación pública se identificaron como los factores más importantes para la acción multisectorial en todas las etapas, desde el comienzo de un esfuerzo hasta el mantenimiento del interés durante la fase de ejecución.^{217,223} Los circuitos de retroinformación que permiten influir en los máximos niveles de gobierno también son necesarios para posibilitar la ampliación de las innovaciones locales en el marco de programas exitosos.

Gobernanza mundial

En la era de la salud pública globalizada, muchas amenazas para el bienestar del niño atraviesan las fronteras nacionales. Las disposiciones de gobernanza mundial influyen en la capacidad de un gobierno para prestar servicios a los niños, pero, en la actualidad, los programas mundiales están fragmentados y requieren atención urgente para mejorar su eficacia.

Reformular la gobernanza mundial para los ODS con el relato de los niños en el centro

La gobernanza sanitaria mundial es un ámbito sumamente cuestionado,²²⁴ en el que una nueva visión vigorosa debe reemplazar a la supervivencia del niño, que se utilizó como modelo heurístico predominante a partir del decenio de 1990 y durante la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.²²⁵ Nominalmente está organizada en torno al marco Sobrevivir, Prosperar, Transformar, de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente

(2016-2030);¹³⁴ sin embargo, la gobernanza mundial para la salud y el bienestar del niño está fragmentada y desarticulada. Si bien la Convención sobre los Derechos del Niño ofrece un marco centrado en los derechos, algunas organizaciones sostuvieron que en el caso de los niños, la gobernanza se debería basar en el bienestar, con especial atención a las evaluaciones objetivas y subjetivas de satisfacción en la vida.^{226,227} Otras organizaciones afirman que los marcos concernientes a los derechos y el bienestar son compatibles, o proponen hacer hincapié en el capital humano y sus capacidades.²²⁸

Todos esos marcos recogen aspectos importantes de la salud y el bienestar de los niños, pero hasta la fecha, pocos han ofrecido un relato integral que conceptualice la idea de poner la salud y el bienestar de los niños en el centro de los ODS y de la noción de sostenibilidad.²²⁹ Se requiere con urgencia un marco de ese tipo, no solo para mantener el impulso político y ofrecer una visión común a las organizaciones internacionales, los gobiernos nacionales y las instituciones de la sociedad civil, sino también para insuflar vida a las reformas de la arquitectura de gobernanza mundial, incluidas las Naciones Unidas. Los ODS dividen el debate relativo al niño en múltiples objetivos, una decisión intencional, dado que el programa de los ODS está concebido como un todo indivisible e integrado. Sin embargo, a pesar de la abundante retórica, las instituciones internacionales no se han transformado y han experimentado un estancamiento de sus presupuestos, y la gobernanza mundial permanece estructurada para abordar los Objetivos de Desarrollo del Milenio, en lugar de los ODS.²³⁰

Como organismos de las Naciones Unidas dedicados a la salud y el bienestar de los niños, el UNICEF y la OMS deben ejercer su liderazgo en una agenda de los ODS nueva e integrada que ponga a los niños en el centro. El liderazgo de esos organismos deberá tener en cuenta las alianzas recientes sobre redes sanitarias mundiales, que son más eficaces cuando enmarcan estratégicamente sus problemas y logran forjar coaliciones políticas que van más allá del sector sanitario.²³¹ Las conclusiones del Proyecto mundial sobre política y promoción de la salud sugieren que si bien los últimos avances técnicos, los acuerdos mundiales o las iniciativas para contrarrestar la influencia de la industria pueden ser cruciales para fomentar los movimientos mundiales, en todos los casos el éxito se apoya en medidas colectivas adoptadas conjuntamente por partes interesadas que anteriormente habían trabajado de forma aislada. En la era de los ODS, para unir a diversas partes interesadas la salud y el bienestar del niño se deberán considerar como condiciones previas y, al mismo tiempo, como resultados del desarrollo sostenible, con miras a incorporar otros sectores de manera integrada.²³² Afortunadamente, las relaciones entre la salud del niño y otras prioridades de los ODS son firmes y recíprocas: el primer paso para forjar alianzas intersectoriales consiste en identificar esos vínculos y evaluar sus fortalezas y su direccionalidad.²³³

Con el fin de promover los derechos y el bienestar de los niños, las organizaciones internacionales aplican en

gran medida estrategias sectoriales, en lugar de estrategias holísticas. Las organizaciones no se centran en el niño en sí mismo, sino más bien en aspectos diferenciados del bienestar infantil (salud o enfermedades específicas, educación, nutrición, cuidados, protección, violencia, empleo juvenil u otro problema) a pesar del hecho de que esas dimensiones están interrelacionadas.²³⁴⁻²³⁶ Algunas organizaciones parecen ser excepciones en lo que respecta a esta orientación sectorial, entre ellas el UNICEF y Save the Children, pero incluso esas organizaciones se dividen en múltiples áreas programáticas. Las divisiones sectoriales analizan los problemas para poder afrontarlos mejor; por ejemplo, pedir que un programa de inmunización promueva la alfabetización no es razonable, pero sí lo es sugerir que las interacciones con los niños y las familias en torno a la inmunización podrían ofrecer una oportunidad para hacer frente a otros problemas sociales concernientes al niño. La integración se debe lograr a nivel institucional: las instituciones de las Naciones Unidas, entre ellas la OMS y el UNICEF, deberían ejercer el liderazgo para forjar alianzas internas entre sí y con otras instituciones de las Naciones Unidas y organizaciones internacionales, mediante la modelización de los requisitos de acción intersectorial en todo el país. Podrían ser necesarios algunos conocimientos técnicos específicos sobre diseño y gestión institucionales impartidos por expertos en esa materia, y respaldados por un firme mandato de la dirigencia institucional.

Hacer que la gobernanza mundial funcione para los países

Desde enero de 2017, el Secretario General de las Naciones Unidas, Sr. António Guterres, ha tratado de reducir la fragmentación de la arquitectura de las Naciones Unidas con miras a fortalecer la colaboración lateral. Existen numerosas corrientes independientes de financiación de las Naciones Unidas, así como rivalidades, duplicación de planes e ineficiencias burocráticas. Una estrategia general interinstitucional podría permitir que numerosos agentes aunaran esfuerzos en favor de los niños y sus familias; facilitarían estrategias concretas para hacer valer los derechos de los niños; y observarían los principios relativos a derechos y acceso a los servicios. Para conducir este programa, la OMS deberá reorientar su visión biomédica tradicional y trabajar con el UNICEF a fin de interactuar con otros ministerios, además del de salud. El Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, órgano experto encargado de verificar el cumplimiento de la Convención sobre los Derechos del Niño, podría desempeñar una función clave para apoyar el desarrollo y la gestión de una estrategia que permita alcanzar los objetivos de esta Comisión. Si la acción coordinada consigue impulsar el programa, ello reflejará la medida de la capacidad de nuestros dirigentes mundiales para ir más allá de las actividades habituales y cumplir la responsabilidad respecto de los niños y su futuro.

Un obstáculo importante y bien conocido para lograr una gobernanza mundial más coordinada es la frecuente falta de armonización de las prioridades de las instituciones

mundiales con las necesidades de cada país.^{237,238} Instituciones tales como el Banco Mundial, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, la Alianza Gavi para las Vacunas, el Fondo Mundial y la Fundación Bill y Melinda Gates disponen de importantes recursos técnicos y financieros que con frecuencia sus directivos utilizan, de hecho, para imponer prioridades a los gobiernos nacionales. Los órganos mundiales suelen ser objeto de críticas por no prestar suficiente atención a la experiencia de los agentes locales y sus conocimientos de las necesidades. El resultado es una plétora de iniciativas concernientes a la infancia que no están necesariamente armonizadas con las prioridades nacionales y, por lo tanto, dividen y distorsionan la atención y los recursos gubernamentales.²³⁷ Los compromisos contraídos en 2018 por los organismos mundiales rectores (OMS y UNICEF) podrían mitigar muchos de esos problemas, pero su cumplimiento aún está pendiente.²³⁹

Las normas mundiales, entre ellas las examinadas y propugnadas en esta Comisión, se reflejan y se alteran frecuentemente cuando se trasladan a los gobiernos regionales, nacionales y locales, un proceso que se ha descrito como adaptación normativa local.²⁴⁰ La legitimidad y la autoridad de las actividades normativas mundiales, incluidas las Comisiones publicadas por *The Lancet*, casi nunca llegan a la fase de aplicación. En los últimos decenios las regiones se han convertido en ámbitos de cooperación significativamente más importantes en el contexto de la arquitectura política mundial.²⁴¹ Los organismos regionales podrían ser útiles para mediar y trasladar las normas propuestas en relación con el bienestar del niño, la sostenibilidad y los ODS. Los organismos regionales también pueden promover cuestiones políticas por medios que permitan influir en las políticas y las recomendaciones mundiales, según se ha visto en los trabajos de la Unión Europea sobre protección de datos y privacidad en línea para los niños; la labor de la Unión Africana en materia de promoción de la lucha contra el paludismo; o el apoyo de la Asociación de Cooperación Regional del Asia Meridional a las iniciativas sobre nutrición infantil.

Resumen

Hemos abordado los desafíos y las oportunidades para mejorar la gobernanza nacional, subnacional y mundial, y hemos considerado de qué manera las redes con menos niveles podrían reemplazar a los modos jerárquicos tradicionales en la aplicación de la agenda multisectorial de los ODS relativa a los niños. Además, la estructura de gobernanza mundial necesita una cirugía mayor que implique un cambio hacia la participación de órganos regionales. A continuación ampliamos el debate sobre las estructuras de gobernanza mejoradas, al sector comercial.

Reglamentación de la mercadotecnia comercial dirigida a los niños

La actividad comercial no regulada plantea numerosas amenazas bien documentadas, no solo para los niños, sino también para el medio ambiente. Sin embargo, la

Recuadro 8: Reglamentación de la mercadotecnia comercial dirigida a los niños – mensajes clave

- En todos los países del mundo, los niños están muy expuestos a la mercadotecnia de productos nocivos para su salud y bienestar, basada en técnicas que aprovechan sus vulnerabilidades de desarrollo.
- La exposición de los niños en línea los hace vulnerables a la explotación de sus datos, imágenes y personas; sin embargo, internet también crea oportunidades para realizar actividades accesibles y eficaces que promueven la salud.
- La abundante evidencia disponible indica que la autorregulación voluntaria por parte de la industria no funciona.
- La incorporación de un protocolo facultativo a la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la reglamentación de la mercadotecnia comercial sería una medida firme para proteger a los niños contra los efectos nocivos, y debería recibir la adhesión de una amplia coalición de países, organismos de las Naciones Unidas y organizaciones de la sociedad civil.

mercadotecnia comercial de productos nocivos para los niños constituye uno de los riesgos más subestimados para su salud y bienestar (recuadro 8). Hemos examinado los daños que sufren los niños debido a la mercadotecnia comercial; observamos la ineficiencia de la regulación voluntaria; y proponemos un proceso político orientado a controlar la mercadotecnia comercial dirigida a los niños mediante el desarrollo de un protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño (o sea, un elemento adicional del tratado que se deberá ratificar separadamente).

Los niños están sumamente expuestos a la mercadotecnia comercial nociva

Los niños de todo el mundo están expuestos a graves amenazas procedentes del sector comercial, a través de la publicidad y la mercadotecnia que explotan su vulnerabilidad; los gobiernos que no reglamentan los productos nocivos para el crecimiento y el desarrollo del niño; y el uso de sus datos e imágenes sin su conocimiento ni autorización. Según Kickbusch y otros,²⁴² los enfoques relativos a la promoción de la salud han subestimado totalmente el poder de las corporaciones globalizadas, así como su mercadotecnia mundial arrolladora y su influencia transnacional sobre las decisiones de las instancias normativas, un debate que se deberá ampliar expresamente a los niños. Los países y las organizaciones de la sociedad civil no han podido controlar el poder de las entidades comerciales, especialmente las corporaciones multinacionales, que agravan las desigualdades sociales y sanitarias.²⁴³

Es creciente la sensibilización respecto del daño producido por productos promocionados entre los adultos para su consumo por los niños. Por ejemplo, el uso inapropiado de sucedáneos de la leche materna está

asociado a un menor cociente intelectual, obesidad y mayor riesgo de diabetes y otras enfermedades no transmisibles, que en su conjunto representan unas pérdidas estimadas en US\$ 302 000 millones.²⁴⁴ Pero la mercadotecnia se dirige también específicamente a los niños. La publicidad de productos para niños y adolescentes reporta succulentos dividendos a las empresas, estimulan el gasto de las familias y generan relaciones de fidelidad a la marca durante toda la vida. Las grandes empresas incorporan el enfoque relativo a todo el curso de vida en su mercadotecnia, a fin de lograr la adhesión y fidelidad de los niños para captarlos como futuros consumidores. Esa lealtad a la marca durante el curso de vida es un objetivo aún más valioso que el gasto actual que los niños ocasionan o influencian.

En todo el mundo, los niños están sumamente expuestos a los anuncios publicitarios: un joven medio en los Estados Unidos ve cada año entre 13 000 y 30 000 anuncios, solo en la televisión.²⁴⁵ Una revisión sistemática indicó que las técnicas de persuasión más comunes utilizadas en televisión para promocionar alimentos infantiles eran ofertas especiales, caracteres promocionales, afirmaciones relacionadas con la nutrición y la salud, aspectos del sabor, y el atractivo emocional de la diversión.²⁴⁶ Asimismo, los canales para llegar a los niños y adolescentes se han multiplicado y diversificado, y con frecuencia han desdibujado la línea que separa el entretenimiento y la publicidad. En el último decenio, la publicidad en las redes sociales ha estallado; sin embargo, es poca la investigación disponible para comprender los efectos de los mensajes comerciales que los niños reciben directamente.²⁴⁷ Las técnicas más recientes, entre ellas el uso de los llamados *kidfluencers* (niños influyentes) (acuerdos de respaldo para niños y adolescentes en las redes sociales) apenas figuran en el radar de los padres y los organismos de reglamentación.²⁴⁸ Si bien se sabe que los niños menores de siete u ocho años creen lo que ven y no reconocen la intención persuasiva de la publicidad comercial y la mercadotecnia, se sabe muy poco acerca de la manera en que las nuevas tecnologías pueden explotar las etapas de desarrollo de los niños con el fin de obtener beneficios.

Los niños son con frecuencia los destinatarios de entidades comerciales que promocionan sustancias adictivas y productos no saludables, en particular comidas rápidas y bebidas azucaradas, así como alcohol y tabaco, que son causas principales de enfermedades no transmisibles.²⁴⁹⁻²⁵² La publicidad televisiva de alimentos no saludables contribuye considerablemente a la obesidad infantil y conlleva efectos durante toda la vida. Una revisión de 23 estudios realizados en América Latina indicó que la exposición a la publicidad estaba asociada a una preferencia por adquirir alimentos no saludables o de bajo valor nutricional por parte de familias y niños con un alto índice de masa corporal, sobrepeso y obesidad.²⁵³ Un estudio publicado en 2016 reveló que el vínculo entre mirar televisión y llevar una dieta deficiente era más fuerte en los niños que miraban los canales más comerciales y los que realmente estaban expuestos a anuncios publicitarios

integrados en los programas.²⁵⁴ En el Irán, durante los programas infantiles predomina la publicidad de alimentos que podrían ser nocivos para la salud bucodental,²⁵⁵ algo que también ocurre en el Reino Unido, donde casi dos terceras partes de los anuncios de alimentos se difunden durante programas de televisión infantiles.²⁵⁶ Por otra parte, un estudio recoge la preocupación por que la publicidad televisiva de juguetes dirigida a los niños pueda promover juego sedentario.²⁵⁷

Asimismo, los niños de todo el mundo están muy expuestos a la publicidad de productos que nominalmente son para uso exclusivo de adultos, por ejemplo, el alcohol, el tabaco y los cigarrillos electrónicos y, en ese contexto, la exposición a la publicidad está asociada a un mayor consumo. En Australia, se obtuvieron datos sobre publicidad de alcohol y audiencia relacionados con todos los programas televisivos de fútbol, cricket y rugby de 2012, cuya audiencia acumulada fue de 26,9 millones de niños y adolescentes y 32 millones de adultos jóvenes. Los resultados revelaron que los niños y adolescentes estuvieron expuestos 51 millones de veces a anuncios publicitarios de alcohol, y que el 47% de esa exposición ocurría durante el día.²⁵⁸ Un estudio realizado entre niños de 11 a 14 años en Los Ángeles, California (Estados Unidos), indicó que los jóvenes afroamericanos estaban expuestos a una media de 4,1 anuncios publicitarios de alcohol por día, y que los jóvenes hispanos estaban expuestos a una media de 3,4 anuncios de alcohol por día, casi el doble que los jóvenes blancos no hispanos, cuya exposición era de 2,0 anuncios por día. Las niñas de todos los grupos étnicos estaban expuestas a un 30% más de anuncios publicitarios de alcohol que los niños.²⁵⁹ Además, las desigualdades existentes se reproducen mediante la mercadotecnia dirigida a la próxima generación de consumidores (por ejemplo, en los Estados Unidos, los jóvenes afroamericanos ven aproximadamente más de un 50% más de anuncios de alimentos no saludables que los jóvenes blancos de la misma edad).²⁶⁰ Los niños de los países de ingresos bajos y medianos también están muy expuestos: en una muestra de 2423 niños de cinco y seis años del Brasil, China, la India, Nigeria y el Pakistán, el 68% pudo identificar al menos un logotipo de marca de cigarrillos, y la proporción va del 50% en Rusia al 86% en China.²⁶¹

Los cigarrillos electrónicos son una amenaza nueva, pero preocupante, especialmente en los países de altos ingresos. La exposición a la publicidad de cigarrillos electrónicos es prevalente entre los jóvenes de los Estados Unidos, cuya exposición a los anuncios de cigarrillos electrónicos es entre media y alta en internet (38,6%), periódicos (29,6%), tiendas (53,2%) y televisión (35,4%).²⁶² En los Estados Unidos la publicidad de cigarrillos electrónicos no está reglamentada, y la exposición de los jóvenes a los anuncios televisivos de cigarrillos electrónicos aumentó un 256% de 2011 a 2013, medida en puntos de audiencia destinataria,²⁶³ mientras que la exposición de adultos jóvenes aumentó un 321% en el mismo periodo. Los anuncios de esos productos en los Estados Unidos llegaron a más de 24 millones de jóvenes.²⁶⁴

Por otra parte, las tecnologías modernas están agravando y creando nuevas amenazas para los niños, que no se comprenden cabalmente. Los juegos de azar podrían ser un reto de salud pública enorme y desatendido en lo que respecta a los niños.^{264,265} Los perjuicios de salud pública asociados con los juegos de azar incluyen ansiedad, estrés, trastornos en el trabajo o el estudio, y conflictos y ruptura de relaciones. Además, los niños se socializan en el juego de azar a edad temprana, y esa asociación está relacionada con la intención de consumo.²⁶⁶ En el Reino Unido hay 340 000 jugadores adultos con problemas, además de 1,7 millones de personas que sufren algún tipo de trastorno, en un país en el que uno de cada ocho niños de 11 a 16 años sigue una empresa de juegos de azar en las redes sociales.²⁶⁷ En el Reino Unido, como en la mayoría de los países, los anuncios de juegos de azar en eventos deportivos televisados, accesibles a los niños, no están reglamentados. En Australia, los niños tienen un recuerdo detallado de los anuncios de apuestas deportivas y un amplio conocimiento de los productos de apuestas deportivas y su terminología.²⁶⁸

Exposición de los niños al internet

La exposición de los niños en línea es enorme. Un examen realizado en el Reino Unido y publicado en 2018 reveló que los niños de 5 a 15 años pasaban una media de dos horas en línea los días de semana y tres horas diarias el fin de semana.²⁶⁹ Los niños de 11 a 16 años suben una media de 26 publicaciones por día en las redes sociales, que se suman a decenas de miles de publicaciones subidas por niños de hasta 18 años.²⁷⁰ Al mismo tiempo, los padres de los niños de hasta 13 años comparten cada año una media de 100 fotos y vídeos de sus niños.²⁷¹ Entre 2010 y 2015 el volumen mundial de datos se octuplicó, y para 2020 la introducción de nuevas tecnologías lo incrementará 40 veces.²⁷²

El comportamiento en el uso de conexiones en línea puede reportar a los niños tanto daños como beneficios. Aunque algunos estudios determinaron que el uso de las redes sociales no predice un trastorno de salud mental,²⁷³ es creciente la opinión de que las redes sociales generan o agravan riesgos relacionados con la autoestima, el bienestar y los comportamientos de riesgo entre los jóvenes.²⁷⁴⁻²⁷⁶ Las redes sociales pueden afectar el sueño, la salud mental y física y la vida social de los niños. En una revisión sistemática de la relación entre el uso de internet y el comportamiento autolesivo y suicida se determinó que la exposición en línea normalizaba conductas autolesivas, desencadenaba comportamientos anómalos y competición entre los usuarios, o actuaba como una fuente de contagio y de información nociva para personas vulnerables.²⁷⁷ Más comúnmente, los niños y jóvenes desarrollan el llamado uso problemático de la internet, un término general propuesto para una serie de comportamientos perjudiciales reiterados,²⁷⁸ entre ellos, uso excesivo y compulsivo de videojuegos, comportamiento sexual compulsivo, acoso, juegos de azar y uso de redes sociales. Se desconocen los costos sanitarios y sociales del uso problemático de internet durante toda la vida, pero podrían ser enormes. La

exposición a pornografía violenta es también un problema principal, y los intentos por regular el acceso en función de la edad se suelen burlar fácilmente.

Por otra parte, los jóvenes vulnerables, pueden ser objetivos de radicalización por parte de grupos militantes, lo que ocurre diariamente en muchos países, en todos los grupos de ingresos y cualquiera sea la situación de seguridad. Los niños se pueden intimidar y controlar física y mentalmente con más facilidad que los adultos. Además, son más propensos a mostrar lealtad a las figuras de autoridad.²⁷⁹ Los grupos militantes desarrollan estrategias de propaganda precisas para generar empatía y destacar las ventajas de unirse al grupo, lo que puede incluir la posición social y el prestigio, uniformes elegantes y armas. Las plataformas de redes sociales, en particular e-mail, salas de chat, grupos de internet, tableros de mensajes, grabaciones de vídeo y aplicaciones son instrumentos muy populares de preparación y reclutamiento.²⁸⁰ Se requiere mucha más atención e investigación para proteger a los niños y jóvenes contra los efectos negativos que las redes sociales pueden tener en sus comportamientos de riesgo, así como en su salud mental y bienestar.

No obstante, internet puede conllevar enormes beneficios, entre ellos el apoyo en momentos de crisis, la reducción del aislamiento social y servicios terapéuticos y de extensión. Los jóvenes utilizan las redes sociales para comunicar sus angustias, especialmente a sus pares. Esas redes son un medio accesible y económico para mantener conversaciones sobre salud mental, incluso para promover la búsqueda de ayuda médica y reducir el aislamiento.²⁸¹ Los amigos en línea pueden ser una importante fuente de apoyo social para jóvenes LGBT, queer o en disidencia e intersexuales, y un creciente volumen de bibliografía sugiere que internet puede ser un puerto seguro para algunas personas pertenecientes a minorías sexuales.²⁸² Para familias de niños con discapacidad y enfermedades tales como parálisis cerebral, las redes sociales pueden ofrecer una plataforma de apoyo emocional y establecimiento de contactos, intercambio de información y asesoramiento, y conocimiento de los servicios,²⁸³ si bien la calidad de la información es variable.²⁸⁴ Las intervenciones que recurren a la inteligencia artificial, entre ellas chatbots, también son prometedoras para que los adolescentes aborden problemas de salud tales como la obesidad.²⁸⁵ Los adolescentes son usuarios particularmente ávidos de tecnología para la salud, y por lo tanto se les pueden transmitir mensajes sanitarios a través de plataformas digitales, interactuar en grupos de conversación y apoyo en línea. Se necesita más investigación para conocer mejor los medios por los que se puede integrar positivamente a los jóvenes en este ámbito.²⁸⁶

Uso de datos e imágenes de niños por empresas comerciales

Los datos en línea pueden poner en entredicho la seguridad, el desarrollo y la interacción social de los niños mediante la normalización de la vigilancia y el creciente riesgo de robo de identidad, fraude y elaboración de perfiles. Los niños y los jóvenes suelen ser los primeros en adoptar

nuevos dispositivos, servicios y contenidos digitales y, en consecuencia, son especialmente vulnerables, en particular a la manipulación de datos mediante algoritmos no transparentes y sesgados (por ejemplo, basados en criterios raciales o étnicos).

Debido a ello, la seguridad en internet es motivo de honda preocupación, lo que ha inducido a un pequeño pero creciente número de países a introducir la cuestión en los programas escolares. Los datos recopilados en línea incluyen información proporcionada directamente (por ejemplo, fecha de nacimiento en un perfil de red social), datos facilitados de forma involuntaria (por ejemplo, a través de cookies o datos de localización basados en aplicaciones) y datos que pueden deducirse (por ejemplo, basados en algoritmos y análisis predictivos realizados por empresas). Asimismo, los datos se pueden recopilar mediante la internet de las cosas, por ejemplo, altavoces inteligentes, juguetes conectados a internet o cámaras de vigilancia de niños y, fuera del hogar, mediante relojes de seguimiento, bases de datos escolares, aplicaciones de estudio y comportamiento, datos biométricos en las escuelas, historias clínicas digitales, billetes de viajes y tarjetas de fidelidad de comercios minoristas.²⁶⁹

Por supuesto, la recopilación de datos puede conllevar beneficios importantes: los médicos clínicos y los hospitales pueden intercambiar datos para facilitar la identificación temprana de pacientes; la auditoría de servicios puede mejorar la rendición de cuentas; el análisis puede prevenir daños y propiciar resultados de salud positivos; y los registros sobre ciber salud y desarrollo pueden acelerar la atención. No obstante, los gobiernos y los padres tienen importantes preocupaciones, y muchas cuestiones permanecen abiertas. ¿Podrían los datos sobre el desarrollo del lenguaje del niño o su rendimiento escolar influir de alguna manera en el tratamiento de su solicitud de ingreso a la universidad? ¿Los hábitos de compra de los padres afectarán a los productos y servicios dirigidos a sus niños a través de la publicidad? ¿Podrían los datos personales de salud dificultar el acceso a planes de seguro médico en el futuro? ¿Qué tan seguros son nuestros datos? Ni los organismos del sector público ni las organizaciones comerciales han podido asegurar la privacidad, transparencia, seguridad y compensación en relación con el tratamiento de datos sobre los niños. Esas preocupaciones se interrelacionan con frecuencia (por ejemplo, cuando la actividad comercial relativa a pruebas genéticas basadas en internet y no regulada socava la confianza del público en los programas gubernamentales elaborados con métodos científicos más rigurosos).²⁸⁷ En el marco de los programas gubernamentales, los datos centrados en el niño ofrecen amplias vías prometedoras, pero también motivos de preocupación. Por ejemplo, los modelos de predicción de riesgos se han adoptado como un instrumento poderoso para prevenir y detectar el maltrato de niños, y han sido criticados por individualizar problemas sociales y cosificar marcos opresivos de riesgo y abuso.²⁸⁸ En el Reino Unido, una base de datos creada en 2004 para fortalecer la protección del niño mediante

el mejoramiento del intercambio de información entre servicios fue desmantelada en 2010 como consecuencia de las críticas formuladas por grupos defensores de las libertades civiles, para quienes esa base de datos era intrusiva y los datos que contenía no estaban almacenados en condiciones de seguridad.

El Reglamento general de protección de datos del Parlamento Europeo ha tratado de hacer más estricto el reglamento sobre protección de datos y privacidad, en particular en lo que respecta a los niños. El artículo 5 establece que «los datos personales serán tratados de manera lícita, leal y transparente en relación con el interesado»²⁸⁹ y el Reglamento pide la protección especial de los datos de los niños usados «con fines de mercadotecnia o elaboración de perfiles de personalidad o de usuario, y a la obtención de datos personales relativos a niños cuando se utilicen servicios ofrecidos directamente a un niño».²⁸⁹ El Reglamento general de protección de datos va más allá para proteger el «derecho [de los niños] al olvido»,²⁸⁹ y prescribe notas sobre privacidad y consentimiento expreso para el uso de datos personales, apropiados a la edad. Sin embargo, los gobiernos nacionales afrontan la nada envidiable tarea de hacer cumplir ese Reglamento en una esfera rápidamente cambiante en la que la innovación tecnológica es constante.

La regulación voluntaria y los marcos mundiales existentes no son suficientes

Al tratar de proteger a los niños contra la explotación comercial nociva, los programas de autorregulación han tenido un efecto exiguo sobre la mercadotecnia dirigida a los niños o la protección del uso de sus datos. En México, las empresas que habían firmado acuerdos de autorregulación centraban el 93% de sus anuncios publicitarios en alimentos y bebidas no saludables.²⁹⁰ En el Canadá, las empresas promocionaban alimentos y bebidas no saludables en proporción similar, durante la difusión de programas con una gran audiencia infantil, independientemente de que participaran o no en la Canadian Children's Food and Beverage Advertising Initiative.²⁹¹ En Nueva Zelandia, el 88% de los anuncios publicitarios de alimentos no saludables se difundían en las horas de máxima audiencia infantil, en contravención con diversos acuerdos de autorregulación firmados por la industria.²⁹² En Australia, la exposición de los niños a la publicidad de comida rápida no saludable no cambió tras la introducción de la autorregulación.²⁹³ En España, el incumplimiento del código español de autorregulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a los niños menores de 12 años no ha hecho más que aumentar entre 2008 y 2012.²⁹⁴ En Sri Lanka, el 78% de todos los anuncios comerciales de alimentos y bebidas iban dirigidos a los niños, y el 74% de esos anuncios alegaban beneficios para la salud, muchos de ellos infundados.²⁹⁵ En los Estados Unidos, solo el 1,4% de los anuncios de alimentos dirigidos a los niños cumplían totalmente las directrices del Grupo de trabajo interinstitucional sobre la comercialización de alimentos para niños.²⁹⁶ Además, marcas de alcohol populares entre

bebedores menores de edad publicaban más anuncios que otras marcas, en revistas con gran número de lectores menores de edad, a pesar de las directrices de la industria relativas a la regulación voluntaria de la publicidad orientada a proteger a los jóvenes menores de edad contra la exposición alta y desproporcionada a la publicidad del alcohol.²⁹⁷ Los niños de países con reglamentos oficiales más débiles podrían correr mayor riesgo de exposición a la publicidad: un informe de 2008 elaborado por la BBC sugería que la empresa British American Tobacco, de Londres (Reino Unido), violaba sus propias normas voluntarias de mercadotecnia internacional en Malawi, Mauricio y Nigeria.²⁹⁸

Por lo tanto, los actuales programas nacionales de reglamentación y colaboración con las empresas comerciales exponen considerablemente a los niños. Si bien las instituciones mundiales han ofrecido orientación, y la Unión Europea ha promovido algunas iniciativas a ese respecto, se requieren principios comunes sobre buena gobernanza en las relaciones con el sector comercial, a fin de proteger los derechos y el bienestar de los niños. Según informan Woodrow y Press,²⁹⁹ debemos desconfiar de la llamada perspectiva comercial de la infancia y reconocer la responsabilidad de las sociedades de proteger a los niños contra la obtención de beneficios a expensas de su bienestar.

La Convención sobre los Derechos del Niño y sus Protocolos Facultativos³⁰⁰ presentan pautas de referencia que permiten medir los efectos de acuerdos, servicios y otras medidas sobre los niños y sus derechos; un conjunto de instrumentos del UNICEF³⁰⁰ describe medidas que las empresas deberían adoptar para asegurar que sus interacciones e influencias en los niños no afecten negativamente su bienestar. Además, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos³⁰² proporciona orientación global y específica adicional sobre los derechos de los niños y los principios empresariales.³⁰³ Esos recursos describen la manera en que las empresas comerciales, incluidos sus proveedores, anunciantes, comercializadores y otros asociados deberían no solo considerar el trabajo, la protección, la seguridad y el medio ambiente local de los niños en sus actividades, sino también determinar si sus actividades, productos o servicios menoscaban el bienestar de los niños. Algunas autoridades locales también destacaron las responsabilidades de los gobiernos nacionales respecto de la relación entre el sector comercial y el bienestar de los niños, y en 2013 se publicó una observación general con arreglo a la Convención sobre los Derechos del Niño.³⁰⁴

A pesar de esas normas y orientaciones, existe un pequeño corpus de evidencias relativas a empresas que consideran el bienestar del niño en sus decisiones y acciones, y a muchas empresas que lo estiman no pertinente o adverso para sus actividades.³⁰⁵ La orientación existente se aprecia como laxa y opcional, y el comportamiento empresarial como dependiente de la rendición de cuentas y la reputación, así como de la fuerza coercitiva de la estructura de responsabilidades creada mediante redes de organizaciones y reglamentos

dúctiles superpuestos y complementarios.³⁰⁶ En un amplio examen mixto de esas cuestiones, Collins³⁰⁵ considera ambas perspectivas, la comercial y la concerniente a los derechos, y cita al expresidente del Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, Jaap Doek, quien describió la poco sincera elocuencia de algunas actividades corporativas de responsabilidad social y la inseparabilidad de los problemas relativos al comportamiento empresarial y los derechos de los niños.

Habida cuenta de esas consideraciones y de las crecientes preocupaciones por el efecto sanitario derivado de las prácticas inapropiadas de mercadotecnia, en 2018, el Grupo Independiente sobre la Rendición de Cuentas, en el marco de la iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños, abogó por la adopción de una convención mundial jurídicamente vinculante para reglamentar la industria de la alimentación y las bebidas.³⁰⁷ Las recomendaciones del Grupo Independiente mencionaban en particular el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (que no es un instrumento jurídicamente vinculante) y la necesidad de aunar los esfuerzos del Código y otras normas internacionales sobre mercadotecnia dirigida a los niños y adolescentes. No obstante, es probable que el desarrollo y la adopción de un instrumento de ese tipo sea un proceso difícil.

Puesta en marcha de un proceso político destinado a asegurar un instrumento jurídicamente vinculante sobre la mercadotecnia de productos destinados a los niños

Un instrumento jurídicamente vinculante que regule de forma eficaz los anuncios comerciales dirigidos a los niños sería un producto tangible y deseable en la era de los ODS, aun cuando solo abarcará una parte de los daños comerciales a los niños, que también incluyen productos comercializados para adultos (tales como armas y municiones y productos que contienen sustancias químicas nocivas para los niños, por ejemplo, bisfenoles, ftalatos y pinturas con plomo) y una amplia gama de peligros ambientales que amenazan la vida en el planeta de forma más general.

Específicamente, proponemos la adición de un protocolo facultativo a la Convención sobre los Derechos del Niño, concerniente a la mercadotecnia comercial dirigida a los niños, en virtud del cual se exija a los gobiernos nacionales: que prohíban o reglamenten los tipos de productos cuya comercialización no se debería dirigir a los niños (en particular bebidas azucaradas, alimentos no saludables, alcohol, tabaco, cigarrillos electrónicos, productos de juegos de azar y sucedáneos de la leche materna); que regulen los métodos de mercadotecnia específicos para los niños (a través de programas de televisión, juegos y redes sociales que utilizan los niños y jóvenes, así como el patrocinio de actividades para los jóvenes); y que controlen la recopilación y explotación de datos e imágenes de los niños con fines comerciales. Habida cuenta de los efectos transfronterizos de la mercadotecnia comercial, en particular por medio de la internet y las redes

sociales, así como del carácter multisectorial de la amenaza y la necesidad de afrontarla, un protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, podría hacer frente a elementos transnacionales del problema y, al mismo tiempo, impulsar medidas nacionales de protección jurídica.

Una coalición de países que asumiera el liderazgo en la protección de los niños contra daños comerciales, respaldada por las Naciones Unidas y los asociados de la sociedad civil, podría proponer la adición de un protocolo a la Convención sobre los Derechos del Niño ante la Asamblea General de las Naciones Unidas. Es importante señalar que si ese protocolo se adoptara, el establecimiento de un nuevo mecanismo de seguimiento no sería necesario, dado que el órgano de supervisión mundial existente en el marco del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas supervisaría automáticamente las actividades nacionales de aplicación. Una vez ratificado el protocolo facultativo, los gobiernos nacionales deberían presentar informes periódicos sobre la aplicación de las disposiciones contenidas en ese instrumento, para que el Comité lo examinara y evaluara y publicara sus observaciones y recomendaciones. Se podría incorporar a organismos regionales para que ayudaran a velar por la aplicación. La supervisión nacional se podría iniciar por conducto de departamentos gubernamentales de las áreas relativas al desarrollo de la mujer y el niño, comercio, salud, educación y medios de comunicación e información, con seguimiento independiente adicional por parte de instituciones nacionales de derechos humanos y asociados de la sociedad civil.

Ese protocolo podría inspirarse en el principio de precaución introducido en la ciencia del medio ambiente en el decenio de 1990, en reconocimiento de grupos vulnerables, especialmente los niños. El principio sostiene que cuando una actividad plantea amenazas de daños para la salud humana o el medio ambiente se deberían adoptar medidas de precaución destinadas a atenuar esa actividad, incluso si la relación causal no está totalmente demostrada por métodos científicos.³⁰⁸ Los científicos ambientalistas y las autoridades de reglamentación han aplicado ampliamente el principio de precaución,^{310,311} pero no lo suficiente para proteger a los niños de la mercadotecnia comercial; las entidades comerciales pueden comercializar productos para niños sin necesidad de demostrar fehacientemente que esos productos no suponen una amenaza para su bienestar. Si bien se están obteniendo pruebas sobre los daños de la mercadotecnia del sector comercial dirigida a los niños, la velocidad de los cambios tecnológicos hace que los niños se vean constantemente en riesgo, al mismo tiempo que aumenta el acervo de evidencias científicas.

Uno de los elementos del principio de precaución consiste en invertir la carga de la prueba, de modo que esta recaiga sobre quienes proponen la actividad. Esto se ha llamado inversión de la responsabilidad, e implica que la carga de la prueba (o sea, la seguridad) o la carga analítica

se traspasa del atenuador del riesgo (o sea, los órganos gubernamentales de reglamentación) al generador del riesgo (o sea la industria).³¹⁰ El Reglamento de registro, evaluación, autorización y restricción de sustancias químicas de la Unión Europea adoptó parcialmente ese enfoque. Habida cuenta de los conflictos de intereses entre la industria y los objetivos del bien público, muchos investigadores han señalado que existen una serie de riesgos.³¹¹⁻³¹³ Estas consideraciones llevaron a algunos comités de las Naciones Unidas a elaborar guías sobre el seguimiento de las políticas, prácticas y alianzas del sector privado relativas a la industria alimentaria³¹⁴ y los consorcios mundiales de investigación,³¹³ que podría servir de marco para diseñar un sistema de clasificación de riesgos relacionados con los posibles efectos nocivos en los niños.

Asimismo, se requieren actividades adicionales para prevenir otros daños a los niños, entre ellos los descritos en el Convenio Marco para el Control del Tabaco, así como para fortalecer el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y hacer frente a la publicidad y el patrocinio de alimentos no saludables (señalados por Swinburn y otros)³¹⁵ y al uso de combustibles fósiles, lo que excede el ámbito de esta Comisión. Las experiencias de reglamentación relativas al tabaco y el azúcar sugieren que la regulación directa de industrias cuya actividad perjudique a los niños será difícil.³¹⁶ Los progresos en materia de control del tabaco, en particular la adopción del Convenio Marco para el Control del Tabaco supusieron una ardua lucha en la que, durante decenios, las empresas se esforzaron por desacreditar las pruebas científicas que vinculaban la enfermedad con el consumo de tabaco o la exposición al humo de tabaco. La aplicación del Convenio Marco se vio dificultada por algunos conglomerados mundiales con enormes recursos para luchar contra la reglamentación de la mercadotecnia y la venta de productos de tabaco, así como por gobiernos nacionales que protegen a productores locales. Se han difundido informes referidos a esfuerzos similares de la industria de bebidas azucaradas, dirigidos a distraer líneas de investigación o desacreditar pruebas científicas relativas a los vínculos entre el consumo de azúcar y las enfermedades no transmisibles.³¹⁷ Es probable que esos esfuerzos se intensifiquen, habida cuenta de los crecientes llamamientos mundiales para gravar impositivamente el azúcar, el tabaco y el alcohol con el fin de alcanzar los ODS.³¹⁸ Por otra parte, la aplicación de esos tratados podría evolucionar lentamente debido a los problemas de los tribunales nacionales, como consecuencia de los intereses de industrias y corporaciones que en ciertos casos han adquirido los mismos derechos que las personas para enfrentar una reglamentación gubernamental.³¹⁹

Esos obstáculos potenciales son tanto más importantes si se considera que muchas corporaciones multinacionales disponen de más recursos que algunos gobiernos nacionales, y que están dispuestas a defender sus presuntos derechos en tribunales mundiales, sobre la base de acuerdos existentes, entre ellos los elaborados

por la Organización Mundial del Comercio. Además, los gobiernos nacionales se suelen encontrar ante incentivos contrapuestos, por ejemplo, la promoción del comercio y las empresas, incluso algunas relacionadas con productos no saludables, en interés del desarrollo económico. Una nueva legislación internacional sobre este tema ayudaría a los gobiernos a aplicar y fortalecer los marcos jurídicos nacionales, en particular las normas constitucionales, en interés de la salud y el bienestar de los niños. A pesar de que probablemente será un proceso arduo, un protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño destinado a proteger a los niños contra la mercadotecnia comercial también tendría muchos defensores y sentaría un sólido precedente en otros sectores, con miras a equilibrar los bienes públicos con los intereses comerciales.

Mientras tanto, esfuerzos indirectos que fortalecen la concienciación del público respecto de los riesgos conexos (por ejemplo, prohibición de la publicidad o la comunicación pública de productos nocivos, así como su consumo en público; tributación; y promoción pública o sensibilización) han sido eficaces para cambiar la opinión pública y los comportamientos corporativos y han resistido los embates de las corporaciones en los tribunales. En el marco de esfuerzos indirectos similares, y mientras se negocia cualquier tratado de este tipo, se deberá acrecentar la concienciación mundial sobre los derechos de los niños a ser protegidos contra esas influencias.

Resumen

Hemos examinado los numerosos efectos nocivos, tanto potenciales como reales, de la mercadotecnia comercial dirigida a los niños, bien sea por canales tradicionales o digitales, y hemos propuesto un proceso orientado a adoptar un protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño que proporcione una firme respuesta de protección. Nos distanciamos ahora para examinar con perspectiva el amplio panorama relativo a datos y rendición de cuentas en lo concerniente a los niños en la era de los ODS, y observamos cómo realizar el seguimiento y el examen y utilizar los datos para alcanzar los objetivos de salud y bienestar de los niños.

¿Cómo abordar el seguimiento, el examen y las actividades concernientes a los progresos hacia el logro de los ODS relacionados con los niños?

En comparación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los ODS abarcan un panorama más amplio del desarrollo, lo que supone mayores retos respecto de los datos y la información requerida para escoger las mejores opciones normativas, realizar el seguimiento de los progresos hacia el logro de los ODS y, en última instancia, alcanzar las metas de los objetivos mundiales.³²⁰ Las necesidades de datos relativos a los niños van desde el seguimiento de la supervivencia, la cobertura de intervenciones y la prevalencia de enfermedades, hasta indicadores de crecimiento, educación y bienestar, incluidos los determinantes socioeconómicos y ambientales de la salud.

A pesar de la calidad deficiente de los sistemas de recopilación y análisis de datos, así como de difusión de la información en la mayoría de los países de ingresos medios-bajos, el número de objetivos se ha duplicado respecto de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio, y ha pasado a 17 ODS con 232 indicadores y 169 metas. La presentación de informes requiere la recopilación de enormes fuentes diversas de datos relativos a medidas sociales, políticas, económicas y ambientales, así como el desglose de esos datos con fines de seguimiento de la equidad (recuadro 9).

Subsanar las deficiencias de datos relativos a los niños

Centrada en la idea de no dejar a nadie rezagado, la agenda de los ODS pone a las personas más vulnerables y marginadas del mundo, en particular los niños, en la cima del programa de desarrollo mundial. El UNICEF clasifica los indicadores relacionados con los niños en torno a cinco dimensiones de los derechos del niño: sobrevivir y prosperar, aprender, protección contra la violencia y la explotación, medio ambiente seguro y limpio e igualdad de oportunidades en la vida;³²¹ nosotros utilizamos esas cinco categorías para describir los indicadores. La hoja de ruta para alcanzar los ODS relativos a la salud de la mujer, el niño y el adolescente se recoge en la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030).¹⁷ La Estrategia se centra en tres áreas principales: sobrevivir (poner fin a las defunciones prevenibles), prosperar (asegurar la salud y el bienestar), y transformar (ampliar los entornos propicios).¹⁷

Recuadro 9: Seguimiento, examen y actividades concernientes a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) – mensajes clave

- Las necesidades de datos para evaluar y hacer el seguimiento de los progresos hacia las metas concernientes a la salud y el bienestar del niño son altas, pero la mayoría de los países no recopilan sistemáticamente datos comparables para una gran parte de indicadores de los ODS relacionados con los niños.
- Dado que el desglose es esencial para asegurar que nadie quede rezagado, se requieren mayores inversiones que permitan fortalecer los sistemas de recopilación y uso de datos sistemáticos y recopilados administrativamente, a fin de complementar la presentación de informes sobre equidad, cuyas fuentes principales son las encuestas domiciliarias.
- Todos los países pueden medir el buen desarrollo del niño mediante indicadores notificados, pero un panorama completo exige la rendición de cuentas en relación con la sostenibilidad y la salud de nuestro planeta, según proponemos en el perfil de prosperidad y porvenir del niño.
- La apertura de los datos y la participación ciudadana, en particular mediante iniciativas encabezadas por jóvenes, pueden aprovechar nuevas energías y capacidades que permitan superar los obstáculos para la recopilación de datos sobre los progresos hacia el logro de los ODS, así como al respeto de los derechos de participación, copropiedad y responsabilidad comunitaria.

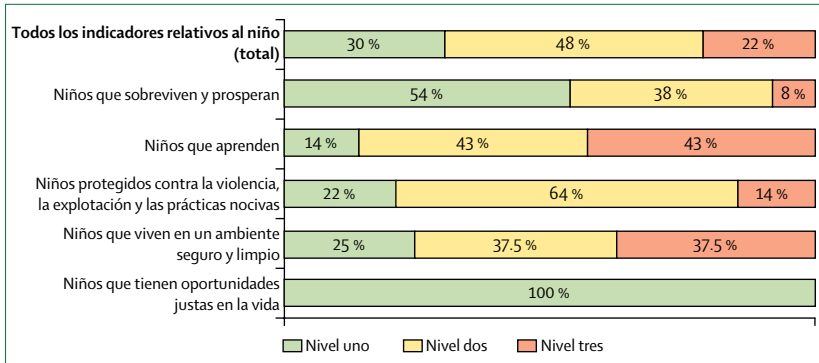


Figura 7: Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con los niños, desglosados por nivel
 Nivel uno = el indicador es conceptualmente claro, tiene una metodología y normas disponibles establecidas internacionalmente, y los países producen periódicamente datos para, al menos, el 50% de los países y de las poblaciones de cada región para la que el indicador es pertinente. Nivel dos = el indicador es conceptualmente claro y tiene una metodología y normas disponibles establecidas internacionalmente, pero la mayoría de los países no producen periódicamente datos. Nivel tres = no se dispone de metodología ni de normas establecidas internacionalmente para el indicador, pero se están desarrollando o se desarrollarán y se ensayarán.

De los 232 indicadores de los ODS, 47 conciernen directamente a la salud y el bienestar del niño (apéndice, págs. 5-18). El Grupo Interinstitucional y de Expertos sobre los Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible ha clasificado esos indicadores en tres niveles, sobre la base de la disponibilidad de datos y las metodologías de evaluación normalizadas. De los 47 indicadores relativos a los niños, 17 corresponden al nivel 1; 21 al nivel 2, y 9 al nivel 3 (figura 7), lo que sugiere que 30 (64%) de los indicadores relacionados con los niños no se elaboran ordinariamente en los países, o que no se han desarrollado las definiciones y las pautas de medición. Aun cuando existen datos disponibles, podrían ser insuficientes para establecer una tendencia o calcular proyecciones hacia las metas.

Los indicadores que con más regularidad notifican los países conciernen a la pobreza y la salud (especialmente la mortalidad y la cobertura de intervenciones sanitarias). Los indicadores más recientes y menos afianzados sobre prosperidad y transformación (en particular sobre clima, ciudades sostenibles, igualdad de género y educación de calidad) registran grandes lagunas de datos; esas lagunas existen también para los indicadores de supervivencia de niños mayores de cinco años.

La disponibilidad de datos sobre indicadores de los ODS relacionados con los niños varía entre los países según sus ingresos sean bajos, medianos o altos ingresos (figura 8). La mayor disponibilidad de datos en países de bajos ingresos corresponde al Senegal, y la menor a Comoras. Entre los países de medianos ingresos México ha notificado el mayor número de indicadores relacionados con los niños, y Kosovo el número más bajo; Noruega notificó datos sobre el mayor número de indicadores. Sin embargo, ningún país notificó datos sobre más del 70% de indicadores de los ODS relacionados con los niños. Para muchos países de altos ingresos, el bajo número de indicadores notificados se debe a que ya han alcanzado las metas. Un análisis del volumen de datos disponibles para cada indicador en las cinco áreas concernientes a

los derechos de los niños en países de todos los niveles de ingresos (figura 9) indica que se dispone de muy pocos datos, si acaso alguno, sobre indicadores relativos a educación, violencia y explotación y entorno seguro.

Los indicadores de los ODS adoptan un enfoque para todo el curso de vida e incluyen medidas de salud y bienestar desde el periodo pregestacional hasta el final de la adolescencia, al tiempo que reconocen la existencia de efectos intergeneracionales sobre la salud y el bienestar (figura 1). Sin embargo, los indicadores difieren en lo que respecta a calidad y fiabilidad. Hay una mayor disponibilidad de indicadores relativos a nacimiento e infancia que de indicadores relativos al final de la infancia y la adolescencia. Por ejemplo, muy pocos países de ingresos bajos y medianos notifican datos sobre indicadores concernientes a violencia (física, sexual y psicológica) contra mujeres adolescentes (indicadores 5.2.1 y 5.2.2). Asimismo, es poco frecuente la notificación de datos sobre prevalencia del matrimonio infantil (5.3.1), trabajo infantil (8.7.1), nivel mínimo de competencia en lectura y matemáticas (4.1.1), y competencias en tecnología de la información y las comunicaciones (4.4.1) (véase en el apéndice, págs. 5-18, un resumen sobre cada indicador de los ODS relacionados con los niños).

Los datos relativos a los niños provienen de múltiples fuentes, entre ellas, encuestas domiciliarias, notificaciones sistemáticas, evaluaciones de los servicios y datos administrativos (por ejemplo, sobre personal sanitario y financiación, registro civil y estadísticas vitales). Los sistemas de notificación de los diferentes establecimientos son una importante fuente de datos sobre la utilización de los servicios y productos, pero la calidad puede presentar problemas.³²² De los 47 indicadores relativos a los niños, 33 dependen de encuestas nacionales de hogares como su principal fuente de datos. Sin embargo, los datos de las familias, obtenidos principalmente mediante encuestas demográficas y sanitarias y encuestas de conglomerados de indicadores múltiples no pueden satisfacer la demanda anual de seguimiento, dado que esas encuestas se realizan cada tres a cinco años, ni de datos subnacionales, en particular a nivel de distrito, dado que la mayoría de las encuestas nacionales se diseñan para proporcionar solo estimaciones regionales.³²³ Por otra parte, el intervalo entre la recopilación de datos y la presentación de informes puede ser superior a un año, y mucho mayor hasta que los conjuntos de datos estén disponibles para el análisis secundario.

El marco de indicadores mundial de los ODS se basa en un principio general de desglose de datos por ingresos, género, edad, raza, grupo étnico, situación migratoria, discapacidad y ubicación geográfica.³²⁴ Si bien los indicadores de los ODS recopilados en datos de encuestas de hogares se pueden desglosar (por ejemplo, por género y ubicación geográfica), los muestreos de población suelen ser demasiado pequeños para obtener estimaciones fiables por subgrupos.³²⁵ Con frecuencia, los datos de informes mundiales sobre estimaciones nacionales y regionales son insuficientes para ser desglosados; en otros casos,

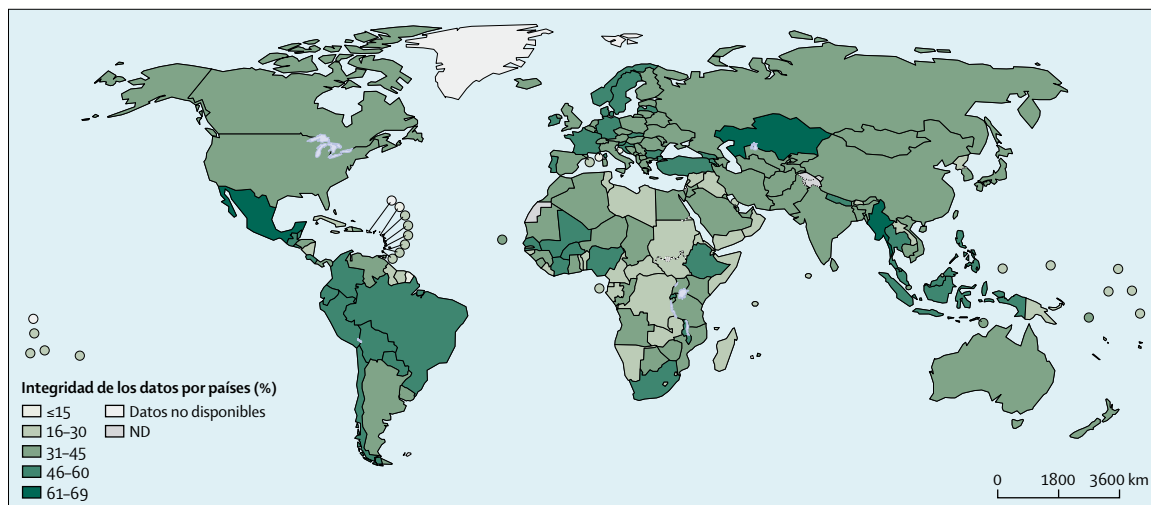


Figura 8: Disponibilidad de datos sobre los indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con los niños, desglosados por países. La figura muestra el porcentaje de indicadores de los ODS relacionados con los niños, con al menos un dato notificado desde 2015.

los análisis se limitan a los estratos para los que hay datos suficientes, por ejemplo, la ubicación en zonas rurales o urbanas y el género. En ciertos contextos, la recopilación de datos sobre algunos estratos podría ser delicada en lo concerniente, por ejemplo, a raza, grupo étnico, religión u orientación sexual.

El desglose es esencial para que los gradientes existentes sean objetivos y tangibles. Una mirada a la situación de los niños a través de las medias nacionales entraña el riesgo de ocultamiento de sus realidades, en particular si se trata de determinar con exactitud las desigualdades y violaciones de derechos que padecen. El desglose se deberá hacer con suma prudencia para evitar, por ejemplo, que la clasificación por sexo ignore a las personas transexuales y no binarias. Sin embargo, los niños con discapacidades, los niños refugiados o migrantes, los pertenecientes a grupos indígenas u otras minorías étnicas o raciales, entre otros, corren el riesgo de quedar rezagados si permanecen invisibles en los procesos nacionales de seguimiento. Solo el 18% de los países han notificado información sobre el indicador 4.a.1, que mide la proporción de escuelas con acceso a infraestructura y materiales adaptados para estudiantes con discapacidades, y algunos de esos países informan que ninguna de sus escuelas está apropiadamente adaptada. El Grupo de Washington sobre estadísticas de la discapacidad, un grupo patrocinado por las Naciones Unidas, junto con el UNICEF y en asociación con organizaciones de personas discapacitadas, ha desarrollado un nuevo método de recopilación de información sobre discapacidad infantil. En la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados del UNICEF se han incluido nuevas preguntas para identificar a niños con discapacidad, que se están ensayando en unos 40 países de ingresos medianos y bajos.³²¹

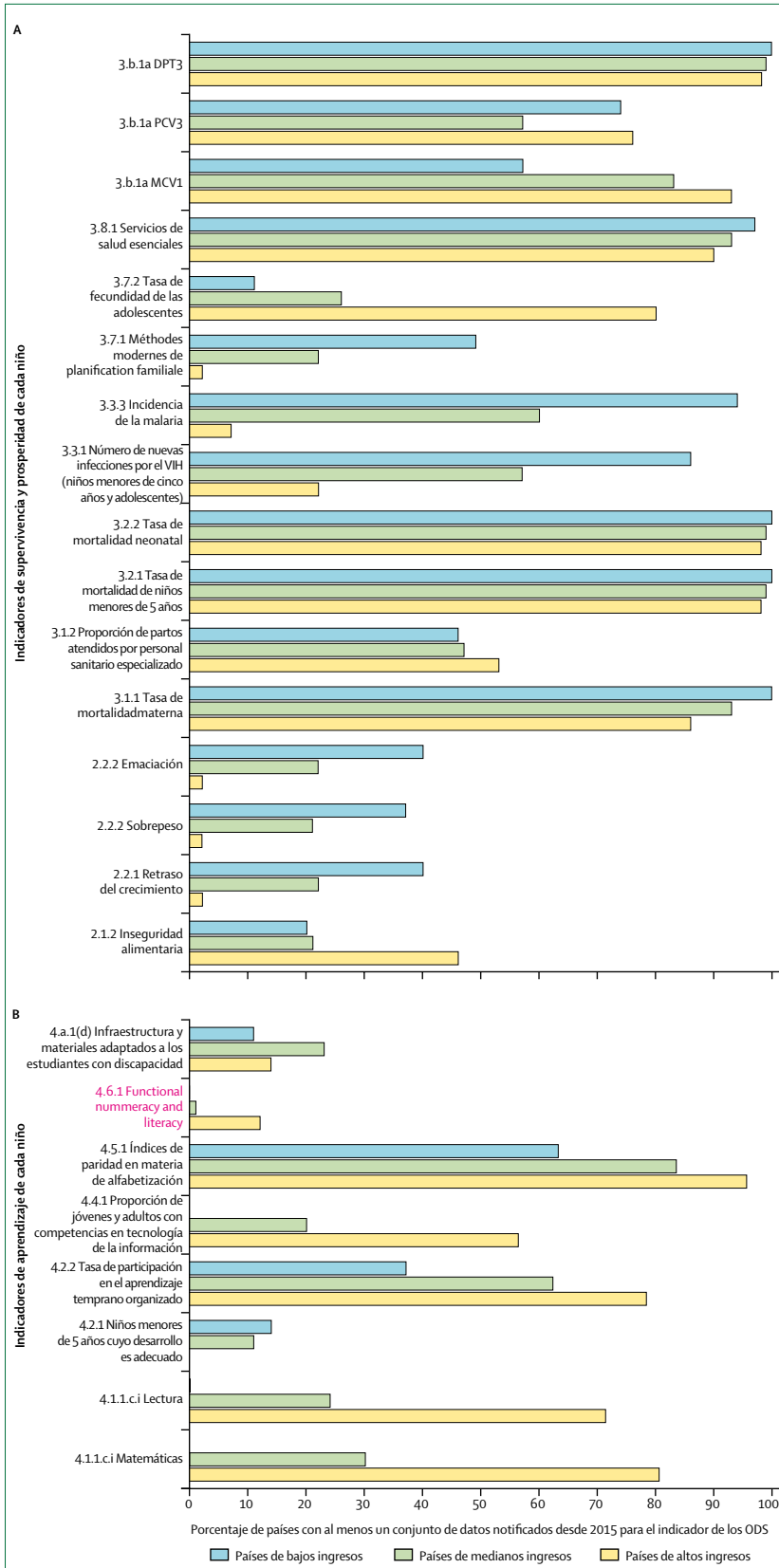
Cómo obtener datos de buena calidad

En 2016, 22 países realizaron exámenes nacionales de los

ODS y presentaron informes en el foro político de alto nivel de las Naciones Unidas sobre el desarrollo sostenible. En 2017, el número casi se duplicó, y ascendió a 43 países. Muchos países de ingresos medianos bajos se esforzaron por presentar datos estadísticos nacionales y desglosados para la mayoría de los indicadores de los ODS relacionados con los niños (figura 8 y 9). La realidad de los procesos nacionales de planificación y presupuestación hace que no se otorgue prioridad a las intervenciones y los resultados para los cuales los datos son escasos.

Para muchos países de ingresos bajos y medianos la carga relacionada con los datos es demasiado onerosa. Muchos departamentos gubernamentales y oficinas nacionales de estadísticas afrontan limitaciones de capacidad y financieras que dificultan la recopilación y realización de encuestas periódicas.³²³ En consecuencia, los informes no proporcionan un panorama completo sobre el bienestar de niño.³²⁶ Además, habida cuenta del número de habitantes informales, la realización de encuestas en zonas urbanas es mucho más difícil que en las relativamente estables comunidades rurales.

Se requieren inversiones específicas para fortalecer los sistemas nacionales de información en los diferentes sectores y entre ellos, en particular en países con sistemas de información deficientes. Los organismos de las Naciones Unidas, entre ellos la OMS y el UNICEF, colaboran con instituciones académicas y llevan a cabo consultas nacionales con el fin de elaborar estimaciones sanitarias mundiales sobre la salud y el bienestar del niño mediante complejos procesos de modelización. En 2018 la OMS anunció una colaboración con el Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria, con miras a elaborar estimaciones de la Carga Mundial de Morbilidad. Los organismos de financiación, en particular la Fundación Bill y Melinda Gates, están realizando importantes inversiones en relación con las estimaciones sanitarias a escala mundial. Esos esfuerzos son importantes para las comparaciones



(La figura 9 continúa en la próxima página)

regionales y nacionales y la promoción a escala mundial. No obstante, las estimaciones pueden dar la falsa impresión de abundancia de datos.³²⁷ En realidad, la mayor parte de los datos sobre los niños, generalmente obtenidos en encuestas de hogares, están obsoletos o sujetos a largos periodos de recuerdo. Los análisis y presentaciones rara vez facilitan a las autoridades la planificación de medidas y estrategias subnacionales.³²⁷

Las grandes lagunas de datos se pueden subsanar con una mayor participación de los ciudadanos y las comunidades en el seguimiento de los progresos y el fomento de las actividades locales y la rendición de cuentas.³²⁸ Además, debemos centrarnos en mejorar la recopilación de datos sobre poblaciones a las que es más difícil llegar, o respecto de las cuales existen pocos datos, por ejemplo, los niños con discapacidades. El fortalecimiento de los sistemas nacionales de información es una prioridad que durante mucho tiempo ha sido postergada. Muy poco se ha invertido en la creación de capacidad en materia de recopilación y uso de información y en el mejoramiento de la rendición de cuentas en el ámbito local.

Esta no es una cuestión meramente técnica, sino un imperativo de políticas públicas basadas en derechos dimanantes del principio de información como bien público mundial. La aplicación de un enfoque del seguimiento durante todo el de curso vida requiere la integración de sistemas de datos sobre las madres y los niños.

En el actual contexto de la compartimentada arquitectura mundial de asistencia es difícil lograr la integración de sistemas cuyos mecanismos de seguimiento son específicos de programas y fuentes de financiación³²⁹ (por ejemplo, para la salud del recién nacido o la planificación familiar) que compiten en un espacio pequeño por obtener más atención y financiación.^{164,236,239}

Algunos indicadores de los ODS se podrían consignar mediante sistemas nacionales de registro civil y estadísticas vitales, o sistemas de información sistemática (por ejemplo, cobertura de inmunizaciones y registro de nacimientos), motivo por el cual los países de ingresos bajos y medianos necesitan apoyo para fortalecer sus sistemas de información sobre gestión sanitaria. El Brasil es un ejemplo de país de medianos ingresos que ha invertido en el fortalecimiento de su sistema de información sanitaria sistemática, como parte de un proceso más amplio de reforma del sistema de salud. Esto incluyó el establecimiento del Sistema Único de Saúde, el Sistema de Información Hospitalaria, el Sistema de Información sobre Mortalidad y el Sistema de Información sobre Nacidos Vivos, puesto en marcha en 1990 con el fin de establecer procedimientos de recopilación de datos normalizados en todos los hospitales; para 2002, el Sistema de Información sobre Nacidos Vivos incluía datos relativos al 86% de todos los nacidos vivos.³²² Los datos de esos sistemas se reúnen mediante la coordinación interinstitucional destinada a desarrollar y normalizar indicadores y difundir datos básicos, indicadores y evaluaciones sobre el estado de salud, de manera organizada, por conducto de la Red Interinstitucional de Información Sanitaria.³³⁰ El Brasil

no ha realizado ninguna encuesta sanitaria y demográfica desde 1996, y ha optado, en cambio, por llevar a cabo sus propias encuestas planificadas y ejecutadas en el ámbito nacional, para que el país pueda informar acerca de la mayoría de los indicadores de los ODS relacionados con los niños. Dado que cada vez más países sustituyen las encuestas demográficas y sanitarias por encuestas nacionales independientes, es preciso asegurar que estas últimas adopten cuestionarios y protocolos de medición normalizados a nivel internacional, de modo que sus resultados sean comparables con los de otros países.

El software de código abierto del sistema de información sanitaria distrital ²³³¹ es la mayor plataforma mundial de sistemas de información sobre gestión sanitaria, y está en funcionamiento en 67 países de ingresos bajos y medianos; también se lo utiliza en algunos países (por ejemplo, Zambia) para registrar datos sobre educación. Muy pocos indicadores (3 de 47) utilizan datos de fuentes sistemáticas; el mejoramiento de esas fuentes será un proceso prolongado, y es absolutamente esencial invertir en él. El sistema de información sanitaria distrital consigna datos sobre servicios en centros de nivel primario a terciario, y en muchos países también incluye actividades de agentes de salud comunitarios y funcionarios de salud medioambiental. El sistema de información sanitaria distrital es una fuente importante de información para el seguimiento de los ODS, pero, por diversos motivos no contribuye a la presentación de informes sobre muchos indicadores de los ODS. En primer lugar, el sistema de información sanitaria distrital solo proporciona información sobre personas que acceden a la atención, por lo tanto, no son representativas de toda la población, en particular en entornos en los que la utilización de servicios de salud es baja; en segundo lugar, los datos del sector privado por lo general no se incluyen; en tercer lugar, los datos del sistema de información sanitaria distrital son propiedad de los gobiernos, y el acceso a la información por parte de los organismos que recopilan bases de datos sobre seguimiento mundial requiere negociaciones sobre la titularidad de los datos; y, por último, la calidad de la información sanitaria recopilada sistemáticamente suele ser deficiente.

A pesar de estos inconvenientes, el sistema de información sanitaria distrital 2 podría posibilitar el seguimiento de los indicadores relativos a la cobertura de los servicios de salud en entornos en los que la utilización de esos servicios fuera alta, o que dispusieran de información fidedigna procedente de censos sobre denominadores demográficos, así como para el seguimiento local por medio del desarrollo de tarjetas de puntuación automatizadas para las actividades de seguimiento de los servicios comunitarios.

Nuevamente, muchos de los indicadores de los ODS no pueden ser objeto de seguimiento mediante sistemas de información sistemática que solo incluyen a los ciudadanos que asisten a un centro de salud o una escuela. Esos datos no son representativos a escala nacional, por cuanto no tienen en cuenta a las personas que no

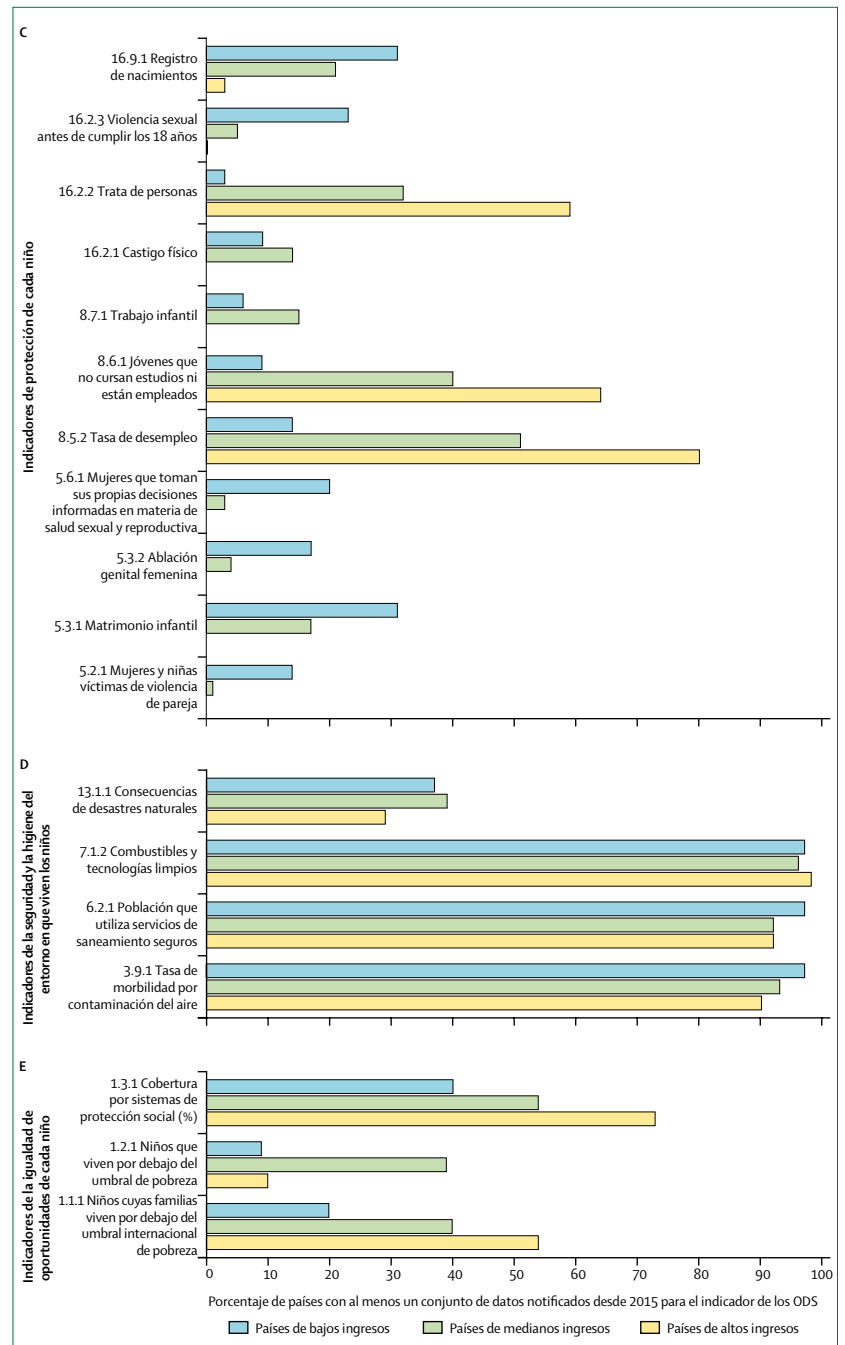


Figura 9: Integridad de los datos correspondientes a los indicadores de los ODS relacionados con los niños, para cada una de las cinco áreas de derechos de los niños (al menos un conjunto de datos desde 2015): cada niño sobrevive y prospera (A); cada niño aprende (B); cada niño está protegido contra la violencia, la explotación y las prácticas nocivas (C); cada niño vive en un entorno seguro (D); cada niño tiene oportunidades justas en la vida (E) en países de ingresos bajos, medianos y altos

TI = tecnología de la información. ODS = Objetivos de Desarrollo Sostenible
Véanse en el apéndice, págs. 5-18, las definiciones completas de los indicadores.

	Clasificación	Prosperidad*	Supervivencia	Desarrollo	Clasificación del a Banco Mundial
República Centroafricana	180	0-06	0-01	0-38	Bajos ingresos
Chad	179	0-10	0-03	0-28	Bajos ingresos
Somalia	178	0-12	0-03	0-40	Bajos ingresos
Níger	177	0-12	0-06	0-26	Bajos ingresos
Malí	176	0-14	0-06	0-33	Bajos ingresos
Guinea	175	0-17	0-08	0-35	Bajos ingresos
Nigeria	174	0-18	0-08	0-38	Ingresos medianos bajos
Sudán del Sur	173	0-19	0-11	0-33	Bajos ingresos
Sierra Leona	172	0-22	0-13	0-35	Bajos ingresos
Afganistán	171	0-22	0-13	0-38	Bajos ingresos
Mozambique	170	0-24	0-16	0-38	Bajos ingresos
Liberia	169	0-25	0-16	0-40	Bajos ingresos
Benin	168	0-25	0-18	0-35	Bajos ingresos
República Democrática del Congo	167	0-26	0-16	0-43	Bajos ingresos
Guinea-Bissau	166	0-26	0-16	0-43	Bajos ingresos
Madagascar	165	0-27	0-18	0-40	Bajos ingresos
Malawi	164	0-28	0-21	0-38	Bajos ingresos
Burkina Faso	163	0-29	0-21	0-40	Bajos ingresos
Côte d'Ivoire	162	0-29	0-20	0-43	Ingresos medianos bajos
Angola	161	0-29	0-20	0-43	Ingresos medianos bajos
Lesotho	160	0-30	0-21	0-43	Ingresos medianos bajos
Papua Nueva Guinea	159	0-30	0-28	0-33	Ingresos medianos bajos
Yemen	158	0-31	0-25	0-38	Bajos ingresos
Camerún	157	0-32	0-23	0-45	Ingresos medianos bajos
Burundi	156	0-32	0-21	0-50	Bajos ingresos
Togo	155	0-32	0-23	0-45	Bajos ingresos
Mauritania	154	0-32	0-28	0-38	Ingresos medianos bajos
Etiopía	153	0-33	0-30	0-35	Bajos ingresos
Uganda	152	0-33	0-25	0-43	Bajos ingresos
Haití	151	0-35	0-25	0-48	Bajos ingresos
Congo	150	0-35	0-28	0-45	Ingresos medianos bajos
Sudán	149	0-36	0-30	0-43	Ingresos medianos bajos
Zambia	148	0-36	0-30	0-43	Ingresos medianos bajos
Eritrea	147	0-37	0-30	0-45	Bajos ingresos
Zimbabwe	146	0-37	0-33	0-43	Bajos ingresos
Tanzanía	145	0-37	0-33	0-43	Bajos ingresos
Nepal	144	0-38	0-35	0-40	Bajos ingresos
Bangladesh	143	0-38	0-40	0-35	Ingresos medianos bajos
Eswatini	142	0-38	0-30	0-48	Ingresos medianos bajos
Comoras	141	0-39	0-35	0-43	Bajos ingresos
Pakistán	140	0-39	0-35	0-43	Ingresos medianos bajos
Gambia	139	0-39	0-35	0-43	Bajos ingresos
Kenya	138	0-39	0-30	0-50	Ingresos medianos bajos
Lao	137	0-40	0-30	0-53	Ingresos medianos bajos
Senegal	136	0-40	0-35	0-45	Bajos ingresos
Timor-Leste	135	0-43	0-33	0-58	Ingresos medianos bajos
Guinea Ecuatorial	134	0-43	0-38	0-50	Ingresos medianos altos
Ghana	133	0-43	0-38	0-50	Ingresos medianos bajos
Vanuatu	132	0-44	0-43	0-45	Ingresos medianos bajos
India	131	0-44	0-45	0-43	Ingresos medianos bajos
Rwanda	130	0-45	0-38	0-53	Bajos ingresos
Islas Salomón	129	0-45	0-50	0-40	Ingresos medianos bajos

(Continúa en la página siguiente)

concurrir a esos centros. Los indicadores que miden cuestiones esenciales tales como el estado nutricional, la violencia de pareja íntima, la pobreza infantil y el acceso a combustibles limpios seguirán dependiendo de encuestas de hogares.³²⁵ Es preciso hallar un equilibrio entre la reducción de la actual dependencia de las encuestas y la sobrecarga de los sistemas de información de rutina, sobre la base de una evaluación holística de las políticas de cada país respecto de los datos y los sistemas de información.

Un perfil de prosperidad y porvenir: una nueva forma de entender el progreso de un país

La finalidad última de los ODS consiste en asegurar que todos los niños puedan prosperar y llevar una vida feliz y satisfactoria en el presente y el futuro. Para crear mecanismos nacionales y subnacionales de rendición de cuentas en relación con los ODS, en particular en lo concerniente a la salud y el bienestar del niño, los países necesitarán un índice resumen del desempeño nacional en materia de planificación y comparación entre países. Hemos desarrollado un nuevo perfil nacional destinado a medir las condiciones básicas actuales para la supervivencia y prosperidad de niños de 0 a 18 años (cuadro) y servir como medida indirecta de las futuras amenazas ambientales para los niños, en función del exceso de emisiones de gases de efecto invernadero proyectado para 2030. Esas dos medidas relacionadas con la prosperidad infantil y las amenazas a la sostenibilidad medioambiental se conjugan para elaborar nuestro perfil de prosperidad y porvenir del niño (figura 10).

Elaboración del índice de prosperidad a partir de los indicadores de los ODS

Inicialmente, nuestro índice de prosperidad se elaboró mediante la comparación de las dimensiones propuestas por importantes marcos conceptuales relativos al bienestar y la prosperidad de los niños en países de ingresos altos, países de ingresos medianos y países de ingresos bajos, a saber, las cinco dimensiones de los derechos de los niños en la era de los ODS;³²¹ la Estrategia Mundial de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer y el Niño;¹⁷ las capacidades básicas para la prosperidad humana, de Martha Nussbaum;³³² las siete dimensiones de la prosperidad humana, de VanderWeele;³³³ la revisión sistemática de indicadores del bienestar infantil, de Pollar y Lee;³³⁴ y el marco de bienestar positivo del niño, de Lippman y otros.³³⁵ Hemos seleccionado indicadores, principalmente de los ODS, y métodos de agregación para combinar esas áreas.

En relación con la supervivencia hemos seleccionado la supervivencia materna, la supervivencia de niños menores de cinco años, el suicidio, el acceso a servicios de salud maternoinfantil, la higiene y saneamiento básicos y la falta de pobreza extrema. Respecto del desarrollo, las áreas seleccionadas conciernen al rendimiento escolar, el crecimiento y la nutrición, la libertad reproductiva y la protección contra la violencia. Cada área se mide con uno o dos indicadores de seguimiento clave. La buena

disponibilidad de datos relativos a la mayoría de los países fue un factor importante en la selección de indicadores, al igual que la necesidad de poner de relieve cuestiones tales como la violencia contra las mujeres, el matrimonio infantil, el retraso del crecimiento o el rendimiento escolar. En las páginas 19-66 del apéndice se ofrecen más detalles sobre la elaboración del índice y la clasificación, así como sobre los valores de cada indicador desglosados por país.

En resumen, los indicadores de supervivencia y desarrollo comprenden las dos principales dimensiones de nuestro índice de prosperidad (también utilizamos la educación escolar, que es un indicador de transformación en el contexto de la Estrategia Mundial de las Naciones Unidas). La clasificación relativa a supervivencia y desarrollo se calcula separadamente, luego de categorizar cada indicador y obtener una media aritmética que pondere cada indicador de igual manera en cada área, y cada área de igual manera en cada dimensión. Una puntuación general cercana a 0 indica una media muy baja; 0,25 indica una media baja; 0,50 no es baja ni suficiente; 0,75 es suficiente; y 1,00 es prosperidad plena.

Se calcularon las puntuaciones y clasificaciones para 180 países de los que se disponía de datos (cuadro). En el extremo más alto de la clasificación se sitúan países de altos ingresos tales como Noruega, Corea del Sur y los Países Bajos, que generalmente reúnen las condiciones básicas de supervivencia infantil, si bien aún pueden mejorar en lo concerniente al desarrollo del niño. En el extremo más bajo de la clasificación se encuentran países de bajos ingresos, entre ellos la República Centroafricana, el Chad y Somalia, cuyos indicadores de supervivencia y desarrollo del niño son insuficientes; en general, los resultados de esos países son peores con respecto a la supervivencia que al desarrollo. Los países en el medio de la clasificación pertenecen a diferentes niveles de ingresos, por ejemplo, Myanmar (ingresos medianos bajos, puesto 120 de la clasificación), el Brasil (ingresos medianos altos, puesto 90 de la clasificación) y Turquía (ingresos medianos altos, puesto 60 de la clasificación). En la elaboración de este índice tuvimos que enfrentarnos con grandes lagunas de datos sobre los indicadores de desarrollo, protección y bienestar del niño. Muchos valores de indicadores, entre ellos los de mortalidad materna o traumatismos, se extrajeron de datos muy modelizados. Esto plantea problemas bien conocidos, dado que la validez de las estimaciones modelizadas depende de una combinación de la validez de los supuestos del modelo y la solidez del modelo ante desviaciones de sus supuestos.^{336,337}

En algunos casos no había datos modelizados ni datos brutos disponibles. En los ODS faltan, en gran medida, indicadores relativos a oportunidades de participación y opinión en asuntos locales, nacionales e internacionales. En muchos marcos conceptuales, esas áreas son elementos cruciales para una vida próspera.³³²⁻³³⁴ No hay indicadores de la felicidad de los adolescentes, su satisfacción en la vida y las relaciones positivas con sus pares, y los indicadores relativos a motivos prácticos, significado, finalidad y

	Clasificación	Prosperidad*	Supervivencia	Desarrollo	Clasificación del a Banco Mundial
(Continuación de la página anterior)					
Guatemala	128	0.45	0.40	0.50	Ingresos medianos altos
Sudáfrica	127	0.45	0.40	0.50	Ingresos medianos altos
Namibia	126	0.46	0.43	0.50	Ingresos medianos altos
Santo Tomé y Príncipe	125	0.46	0.48	0.45	Ingresos medianos bajos
Gabón	124	0.47	0.40	0.55	Ingresos medianos altos
Djibouti	123	0.47	0.43	0.53	Ingresos medianos bajos
Kiribati	122	0.47	0.53	0.43	Ingresos medianos bajos
Iraq	121	0.51	0.53	0.50	Ingresos medianos altos
Myanmar	120	0.53	0.43	0.65	Ingresos medianos bajos
Suriname	119	0.54	0.53	0.55	Ingresos medianos altos
Bolivia	118	0.54	0.45	0.65	Ingresos medianos bajos
Indonesia	117	0.54	0.48	0.63	Ingresos medianos bajos
Guyana	116	0.55	0.58	0.53	Ingresos medianos altos
República Dominicana	115	0.55	0.55	0.55	Ingresos medianos altos
Camboya	114	0.55	0.58	0.53	Ingresos medianos bajos
Bhután	113	0.55	0.55	0.55	Ingresos medianos bajos
Corea del Norte	112	0.55	0.45	0.68	Bajos ingresos
Honduras	111	0.56	0.60	0.53	Ingresos medianos bajos
Filipinas	110	0.56	0.55	0.58	Ingresos medianos bajos
Cabo Verde	109	0.58	0.65	0.53	Ingresos medianos bajos
Ecuador	108	0.60	0.68	0.53	Ingresos medianos altos
Venezuela	107	0.60	0.60	0.60	Ingresos medianos altos
Botswana	106	0.60	0.60	0.60	Ingresos medianos altos
Marruecos	105	0.61	0.68	0.55	Ingresos medianos bajos
El Salvador	104	0.61	0.68	0.55	Ingresos medianos bajos
Egipto	103	0.61	0.63	0.60	Ingresos medianos bajos
Panamá	102	0.62	0.60	0.65	Altos ingresos
Nicaragua	101	0.62	0.65	0.60	Ingresos medianos bajos
Paraguay	100	0.64	0.60	0.68	Ingresos medianos altos
Samoa	99	0.64	0.63	0.65	Ingresos medianos altos
Tayikistán	98	0.65	0.63	0.68	Bajos ingresos
Perú	97	0.65	0.65	0.65	Ingresos medianos altos
Kirguistán	96	0.66	0.58	0.75	Ingresos medianos bajos
San Vicente y las Granadinas	95	0.66	0.73	0.60	Ingresos medianos altos
Belize	94	0.66	0.70	0.63	Ingresos medianos altos
Fiji	93	0.66	0.68	0.65	Ingresos medianos altos
Jamaica	92	0.66	0.68	0.65	Ingresos medianos altos
Ucrania	91	0.66	0.68	0.65	Ingresos medianos bajos
Brasil	90	0.68	0.68	0.68	Ingresos medianos altos
Seychelles	89	0.68	0.70	0.65	Altos ingresos
México	88	0.68	0.68	0.68	Ingresos medianos altos
Tonga	87	0.68	0.63	0.75	Ingresos medianos altos
Argentina	86	0.68	0.75	0.63	Altos ingresos
Argelia	85	0.69	0.63	0.75	Ingresos medianos altos
Mongolia	84	0.70	0.73	0.68	Ingresos medianos bajos
Santa Lucía	83	0.70	0.68	0.73	Ingresos medianos altos
Colombia	82	0.70	0.73	0.68	Ingresos medianos altos
Bahamas	81	0.70	0.70	0.70	Altos ingresos
Rumania	80	0.71	0.65	0.78	Ingresos medianos altos
Rusia	79	0.71	0.78	0.65	Ingresos medianos altos
Estado de Palestina/oPt†	78	0.71	0.75	0.68	Ingresos medianos bajos

(Continúa en la página siguiente)

	Clasificación	Prosperidad*	Supervivencia	Desarrollo	Clasificación del a Banco Mundial
(Continuación de la página anterior)					
Azerbaiyán	77	0.71	0.73	0.70	Ingresos medianos altos
Georgia	76	0.71	0.70	0.73	Ingresos medianos bajos
Costa Rica	75	0.72	0.80	0.65	Ingresos medianos altos
Libia	74	0.72	0.75	0.70	Ingresos medianos altos
Líbano	73	0.73	0.73	0.73	Ingresos medianos altos
Maldivas	72	0.73	0.80	0.68	Ingresos medianos altos
Uzbekistán	71	0.74	0.70	0.78	Ingresos medianos bajos
Granada	70	0.74	0.78	0.70	Ingresos medianos altos
Albania	69	0.74	0.75	0.73	Ingresos medianos altos
Sri Lanka	68	0.74	0.88	0.63	Ingresos medianos bajos
Mauricio	67	0.74	0.85	0.65	Ingresos medianos altos
Uruguay	66	0.74	0.85	0.65	Altos ingresos
Trinidad y Tabago	65	0.75	0.83	0.68	Altos ingresos
Tailandia	64	0.75	0.83	0.68	Ingresos medianos altos
Irán	63	0.75	0.80	0.70	Ingresos medianos altos
Jordania	62	0.75	0.80	0.70	Ingresos medianos altos
Omán	61	0.75	0.80	0.70	Altos ingresos
Turquía	60	0.75	0.78	0.73	Ingresos medianos altos
Kazajstán	59	0.75	0.78	0.73	Ingresos medianos altos
Viet Nam	58	0.75	0.73	0.78	Ingresos medianos bajos
Túnez	57	0.75	0.73	0.78	Ingresos medianos bajos
Armenia	56	0.75	0.73	0.78	Ingresos medianos altos
Moldova	55	0.75	0.73	0.78	Ingresos medianos bajos
Qatar	54	0.76	0.83	0.70	Altos ingresos
Chile	53	0.76	0.83	0.70	Altos ingresos
Turkmenistán	52	0.76	0.78	0.75	Ingresos medianos altos
Barbados	51	0.76	0.78	0.75	Altos ingresos
Antigua y Barbuda	50	0.76	0.78	0.75	Altos ingresos
Emiratos Árabes Unidos	49	0.78	0.90	0.68	Altos ingresos
Serbia	48	0.79	0.75	0.83	Ingresos medianos altos
Bahrein	47	0.79	0.90	0.70	Altos ingresos
Cuba	46	0.80	0.83	0.78	Ingresos medianos altos
Bulgaria	45	0.80	0.80	0.80	Ingresos medianos altos
Malaysia	44	0.81	0.90	0.73	Ingresos medianos altos
China	43	0.81	0.80	0.83	Ingresos medianos altos
Kuwait	42	0.82	0.88	0.78	Altos ingresos
Lituania	41	0.82	0.85	0.80	Altos ingresos
Macedonia del Norte	40	0.83	0.83	0.83	Ingresos medianos altos
Estados Unidos	39	0.84	0.88	0.80	Altos ingresos
Bosnia y Herzegovina	38	0.84	0.85	0.83	Ingresos medianos altos
Letonia	37	0.84	0.83	0.85	Altos ingresos
Arabia Saudita	36	0.85	0.93	0.78	Altos ingresos
Belarús	35	0.85	0.90	0.80	Ingresos medianos altos
Montenegro	34	0.85	0.88	0.83	Ingresos medianos altos
Polonia	33	0.85	0.85	0.85	Altos ingresos
Nueva Zelanda	32	0.86	0.95	0.78	Altos ingresos
Grecia	31	0.86	0.93	0.80	Altos ingresos
Eslovaquia	30	0.87	0.90	0.85	Altos ingresos
Hungría	29	0.88	0.88	0.88	Altos ingresos
Croacia	28	0.88	0.88	0.88	Altos ingresos
Estonia	27	0.88	0.88	0.88	Altos ingresos

(Continúa en la página siguiente)

autonomía en relación con las niñas solo se representan en el marco de los indicadores de empoderamiento de la mujer. La medición de esos constructos en los niños es compleja, debido al carácter subjetivo y contextual específico. Asimismo, es difícil recopilar información y recoger las opiniones y experiencias de los niños; se suele pedir a los padres o cuidadores que faciliten información sobre sus niños, pero esto podría introducir un sesgo, habida cuenta de los largos periodos de recuerdo³³⁸ o aceptabilidad social.³³⁹ No obstante, la comunidad médica mundial ha pedido que en el próximo conjunto de ODS se incluyan indicadores de la participación de las personas en los sistemas de salud.³⁴⁰

Además, las actuales medidas para el desarrollo infantil basadas en la población dependen mayormente de medidas indirectas, entre ellas las relativas a retraso del crecimiento y pobreza. El seguimiento del desarrollo del niño desde el nacimiento hasta la edad escolar requiere una evaluación exacta de su evolución.³⁴¹ Los datos sobre la proporción de niños menores de cinco años cuyo desarrollo es apropiado en lo que respecta a salud, aprendizaje y bienestar psicosocial están disponibles para 66 países, pero, en la actualidad, esos datos excluyen a muchos países de bajos ingresos y países de altos ingresos.³⁴² Se necesitan con urgencia medidas basadas en la población universal, con el fin de medir el desarrollo del niño, en particular los niños más pequeños. Se están elaborando nuevos instrumentos para medir el desarrollo infantil temprano en niños menores de tres años (recuadro 10).

En vista de la limitada disponibilidad de datos, prevemos nuestro índice de prosperidad del niño como un primer paso en el proceso de sensibilización respecto de la necesidad de medir y promover condiciones fundamentales para el bienestar del niño. Nuestro índice es principalmente un instrumento ilustrativo para mostrar de qué manera se pueden utilizar los indicadores de los ODS para establecer una medida de la prosperidad del niño a escala nacional. El índice podría servir de base para el desarrollo de índices más integrales, en la medida en que crezcan la profundidad y la amplitud de los indicadores mundiales de seguimiento. En el futuro, los países que desarrollen sólidos sistemas de información subnacionales podrán aplicar nuestro índice a nivel de distrito.

Un índice de sostenibilidad indirecto para el futuro

La promoción de las condiciones nacionales actuales en las que los niños puedan sobrevivir y prosperar no deberá menoscabar las futuras condiciones globales para que los niños puedan prosperar. En el contexto de las ampliamente utilizadas situaciones hipotéticas de condiciones habituales, hay un 93% de probabilidades de que el calentamiento global supere los 4 °C para 2100.³⁴³ Esto tendría consecuencias sanitarias devastadoras, debido a la degradación de los recursos hídricos y los ecosistemas, el aumento del nivel de los océanos, el anegamiento de ciudades costeras y pequeñas naciones insulares, el aumento de la mortalidad por olas de calor, la proliferación de enfermedades transmitidas por vectores y una crisis de

malnutrición debida a las alteraciones de los sistemas de producción de alimentos.³

Tanto el Acuerdo de París de 2015 como el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático han pedido a los gobiernos que limiten el calentamiento global a menos de 1,5 °C.³⁴⁴ Para conseguirlo se necesitarán cambios sustanciales en los sistemas económicos, políticos y sociales de todo el mundo.³⁴⁴ En el contexto de hipótesis realistas respecto de posibles vías hacia un nivel sostenible de emisiones de gases de efecto invernadero, llamadas vías socioeconómicas comunes³⁴⁴, los modelos predicen que las emisiones mundiales de carbono se deberán reducir de 39,7 gigatoneladas a 22,8 gigatoneladas anuales para 2030,³⁴⁷ a fin de mantener al menos un 66% de probabilidades de limitar el calentamiento global a menos de 1,5 °C.

Una población mundial de 8100 millones de habitantes prevista para 2030³⁴⁷ corresponde a una meta de 2,7 toneladas de CO₂ emitidas per cápita para 2030, después de modificar los combustibles para transporte marítimo. Esta se puede entender como una meta de mínimos para países con grandes emisiones, dado que asigna igual volumen de emisiones per cápita a todos los países, independientemente de su historial de emisiones de carbono. Con los datos de Global Carbon Atlas³⁴⁸ podemos crear una clasificación de sostenibilidad de los países, en función de las emisiones de carbono por encima de la meta fijada para 2030. Esto ofrece un instrumento conveniente y disponible para que los países contribuyan a la sostenibilidad en el futuro.

Aunque muchos países de altos ingresos tienen una clasificación extremadamente alta en el índice de prosperidad (supervivencia y desarrollo), están cerca del límite más bajo en lo que respecta a contribuciones a la sostenibilidad ecológica mundial, y viceversa para algunos países de bajos ingresos (figura 11). Por ejemplo, Noruega, Corea del Sur y los Países Bajos están clasificados como 1.º, 2.º y 3.º, respectivamente en el actual índice de prosperidad, pero esos países están en los puestos 156.º (Noruega), 166.º (Corea del Sur) y 160.º (Países Bajos) en la lista mundial de sostenibilidad, todo ellos con emisiones de carbono per cápita de más del 210% por encima de la meta de sostenibilidad fijada para 2030. Por consiguiente, las dos clasificaciones de los países nos proporcionan el perfil de prosperidad y porvenir del niño, una combinación de los actuales logros de un país en materia de supervivencia y desarrollo, y de los daños que sus emisiones de gases de efecto invernadero podrían causar a los niños en el futuro.

Un enfoque centrado en la equidad

La equidad es esencial para asegurar que los esfuerzos por promover la prosperidad presente y futura de los niños verdaderamente no deje a ninguno rezagado. El perfil de prosperidad y porvenir del niño describe un panorama de diferencias entre los países en cuanto a sus logros. Sin embargo, también es crucial la equidad transversal en los países, incluidos los aspectos geográficos, sociales, étnicos, de género y las poblaciones indígenas y no indígenas.

	Clasificación	Prosperidad*	Supervivencia	Desarrollo	Clasificación del a Banco Mundial
(Continuación de la página anterior)					
Italia	26	0.89	0.93	0.85	Altos ingresos
Eslovenia	25	0.89	0.88	0.90	Altos ingresos
Israel	24	0.90	0.98	0.83	Altos ingresos
Chipre	23	0.90	0.98	0.83	Altos ingresos
Portugal	22	0.90	0.98	0.83	Altos ingresos
Canadá	21	0.90	0.95	0.85	Altos ingresos
Australia	20	0.90	0.95	0.85	Altos ingresos
Austria	19	0.90	0.95	0.85	Altos ingresos
Malta	18	0.91	1.00	0.83	Altos ingresos
España	17	0.91	1.00	0.83	Altos ingresos
Finlandia	16	0.91	0.98	0.85	Altos ingresos
Suiza	15	0.92	1.00	0.85	Altos ingresos
Alemania	14	0.92	1.00	0.85	Altos ingresos
Suecia	13	0.92	1.00	0.85	Altos ingresos
Singapur	12	0.92	1.00	0.85	Altos ingresos
Luxemburgo	11	0.92	1.00	0.85	Altos ingresos
Reino Unido	10	0.92	0.98	0.88	Altos ingresos
Islandia	9	0.92	0.98	0.88	Altos ingresos
Bélgica	8	0.94	1.00	0.88	Altos ingresos
Japón	7	0.94	1.00	0.88	Altos ingresos
Dinamarca	6	0.94	0.98	0.90	Altos ingresos
Irlanda	5	0.95	1.00	0.90	Altos ingresos
Francia	4	0.95	1.00	0.90	Altos ingresos
Países Bajos	3	0.95	1.00	0.90	Altos ingresos
Corea del Sur	2	0.95	1.00	0.90	Altos ingresos
Noruega	1	0.95	1.00	0.90	Altos ingresos

* La prosperidad es la media geométrica de la supervivencia y el desarrollo. Una puntuación general cercana a 0 indica una media muy baja; 0,25 indica una media baja; 0,50 no es baja ni suficiente; 0,75 es suficiente; y 1,00 es prosperidad plena.
† Por «oPt» se entenderá el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental.

Tabla: Clasificaciones de índices de prosperidad del niño

Ahora bien, los datos sobre esas desigualdades suelen ser escasos, lo que supone que las diferencias dentro de un país con frecuencia son confusas, aun cuando las diferencias entre países sean pequeñas.

En cuanto a los indicadores de salud y nutrición infantil, los datos sobre equidad están disponibles principalmente para los países de ingresos bajos y medianos, pero los datos sobre desigualdad económica medidos según el coeficiente de Gini están disponibles para la mayoría de los países (véase el apéndice, págs. 67-71). La representación de los países según el coeficiente de Gini basado en los ingresos (una medida de la desigualdad más apropiada que el coeficiente de Gini basado en el consumo), comparada con la puntuación del índice de prosperidad infantil de los países revela que, en general, los países más pobres que registran una puntuación más baja en lo que respecta a la prosperidad del niño tienden a una mayor desigualdad económica (figura 12). Sin embargo, existen excepciones: los Estados Unidos, un país de altos ingresos, es el 11.º país más desigual del mundo (entre los países de los que disponemos de datos sobre desigualdad). Además, la clasificación de los Estados Unidos (39.º) relativa a la

	Índice de prosperidad del niño	Exceso de emisiones de CO ₂ respecto de las metas para 2030 (%)			
	1-40	<0			
	41-80	1-100			
	81-120	101-200			
	121-160	201-300			
	161-180	>300			
	Clasificación por sostenibilidad	Clasificación por prosperidad	CO ₂ per cápita	Exceso de emisiones de CO ₂ respecto de las metas para 2030 (%)	Clasificación del a Banco Mundial
Qatar	180	54	49.18	1716	Altos ingresos
Trinidad y Tabago	179	65	29.72	998	Altos ingresos
Kuwait	178	42	25.24	832	Altos ingresos
Emiratos Árabes Unidos	177	49	24.66	810	Altos ingresos
Bahrein	176	47	23.08	752	Altos ingresos
Arabia Saudita	175	36	19.28	612	Altos ingresos
Australia	174	20	16.90	524	Altos ingresos
Estados Unidos	173	39	16.24	500	Altos ingresos
Kazajstán	172	59	16.07	493	Ingresos medianos altos
Luxemburgo	171	11	15.93	488	Altos ingresos
Canadá	170	21	15.64	477	Altos ingresos
Estonia	169	27	15.13	458	Altos ingresos
Omán	168	61	14.06	419	Altos ingresos
Turkmenistán	167	52	12.63	366	Ingresos medianos altos
Corea del Sur	166	2	12.08	346	Altos ingresos
Rusia	165	79	11.76	334	Ingresos medianos altos
Singapur	164	12	11.34	319	Altos ingresos
Islandia	163	9	10.39	284	Altos ingresos
Mongolia	162	84	9.88	265	Ingresos medianos bajos
Alemania	161	14	9.73	259	Altos ingresos
Países Bajos	160	3	9.63	256	Altos ingresos
Japón	159	7	9.45	249	Altos ingresos
Bélgica	158	8	8.76	223	Altos ingresos
Polonia	157	33	8.56	216	Altos ingresos
Noruega	156	1	8.44	212	Altos ingresos
Libia	155	74	8.37	209	Ingresos medianos altos
Irlanda	154	5	8.35	208	Altos ingresos
Finlandia	153	16	8.32	207	Altos ingresos
Irán	152	63	8.28	206	Ingresos medianos altos
Malasia	151	44	8.05	197	Ingresos medianos altos
Sudáfrica	150	127	8.05	197	Ingresos medianos altos
Austria	149	19	8.01	196	Altos ingresos
Israel	148	24	8.00	195	Altos ingresos
Nueva Zelandia	147	32	7.65	183	Altos ingresos
Bosnia y Herzegovina	146	38	7.60	181	Ingresos medianos altos
Eslovenia	145	25	7.02	159	Altos ingresos
China	144	43	6.98	158	Ingresos medianos altos
Bulgaria	143	45	6.93	156	Ingresos medianos altos
Grecia	142	31	6.81	151	Altos ingresos
Eslovaquia	141	30	6.50	140	Altos ingresos
Bahamas	140	81	6.49	139	Altos ingresos
Belarús	139	35	6.48	139	Ingresos medianos altos
Seychelles	138	89	6.43	137	Altos ingresos

(Figure 10 continues on next page)

prosperidad del niño es también baja en comparación con muchos otros países de altos ingresos, e incluso con algunos países de medianos ingresos.

Datos e información sobre los niños a nivel nacional y local

Un marco de acción y retroinformación entre niveles

El seguimiento de las metas de los ODS solo es posible si los gobiernos actúan con eficiencia y equidad y los ciudadanos disponen de los medios para transformar sus comunidades. Las iniciativas mundiales de seguimiento desempeñan un papel importante, pero son solo una parte de un sistema bidireccional de recopilación, análisis y retroalimentación de la información, que incluye a agentes comunitarios, subnacionales y nacionales. El seguimiento de los progresos hacia la consecución de los ODS requiere datos demográficos completos y de alta calidad que permitan orientar las políticas, la prestación de servicios y la adopción de decisiones en materia económica. El aumento de la atención y la inversión para fortalecer los sistemas nacionales de información en los distintos sectores y entre ellos es una prioridad absoluta, en particular en países que históricamente han tenido sistemas de seguimiento deficientes. Esto requiere el apoyo constante a las encuestas domiciliarias, la creación de capacidad nacional en materia de estadísticas y el desarrollo de sistemas administrativos regulares y otros sistemas de datos subnacionales.³⁴⁹

Proponemos un marco que describa la manera en que se puede abordar la recopilación y el seguimiento de los indicadores de los ODS, a fin de posibilitar la rendición de cuentas en lo relativo a la salud y el bienestar del niño (figura 13). Los planes de seguimiento de los ODS se deberían regir por cuatro principios generales. Primero: los datos recopilados estarán armonizados con las prioridades nacionales. Segundo: los datos deberán ser pertinentes al contexto local. Tercero: la recopilación de los datos será oportuna y viable. Por último, la información deberá contener detalles suficientes para permitir el desglose de medidas de equidad importantes. Los datos nacionales que contribuyen a las bases de datos mundiales se obtienen en gran medida por medio de encuestas en hogares y censos. La disponibilidad de los datos es esencial, pero aproximadamente la mitad de los datos de encuestas y censos aún no están publicados o se notifican con grandes retrasos. Esto significa que, con frecuencia, los planificadores nacionales deben adoptar decisiones basadas en información recopilada varios años antes, o no pueden realizar análisis desglosados (por ejemplo, entre zonas rurales y urbanas o medidas del nivel de riqueza) para orientar planes nacionales específicos.³⁴⁹ Los planificadores y gestores de ámbito subnacional, regional o de distrito necesitan información pertinente al entorno local y representativa de su zona geográfica, que les permita tomar decisiones relativas al funcionamiento eficiente de las instalaciones y los servicios en todos los sectores.

Las personas y las comunidades quieren información para determinar si los servicios satisfacen sus necesidades. Los datos generados por los ciudadanos se podrían utilizar para respaldar el seguimiento mejorado de las actividades y la prestación de servicios locales en relación con la sostenibilidad, así como con la eficacia de políticas nuevas adoptadas por el gobierno local. Pero, ¿qué indicadores de los ODS son apropiados para el seguimiento comunitario? Por ejemplo, el seguimiento del acceso a servicios de agua potable y saneamiento en las escuelas, el acceso al transporte público, los espacios recreativos seguros en el ámbito comunitario y la cobertura de servicios de salud esenciales son, obviamente, candidatos firmes. Si bien los requisitos de los datos varían entre los distintos niveles de adopción y aplicación de medidas, todos ellos están vinculados en un proceso continuo con circuitos de retroinformación, y se destacan por el compromiso de preservar los derechos del niño y la equidad.

Un tablero de mandos para las medidas nacionales destinadas a mejorar la salud y el bienestar de los niños y adolescentes

Existen numerosos marcos globales de rendición de cuentas para evaluar los progresos de los países hacia la consecución de los ODS. La Cuenta Atrás para 2030, y su antecedente, la Cuenta Atrás para 2015 han desempeñado un papel esencial y pionero en la rendición de cuentas relacionada con la salud de las mujeres, los niños y los adolescentes, mediante la elaboración de perfiles de países y de equidad (entre otros logros); la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016-2030) también traduce los ODS en orientaciones concretas sobre la manera de acelerar los progresos. El Marco para los cuidados afectivos se basa en una orientación inspirada en los derechos y destinada a promover el desarrollo en la primera infancia (para lo cual existe un indicador de los ODS). Esos elementos son análogos a los que están recogidos en la Convención sobre los Derechos del Niño, e incluyen buena salud, nutrición adecuada, atención diligente, seguridad y oportunidades de aprendizaje temprano. Otros marcos de seguimiento están integrados en estrategias tales como el Plan de Acción «Todos los Recién Nacidos», FP2020, las Medidas mundiales aceleradas en favor de la salud de los adolescentes y el nuevo portal de datos de la OMS sobre salud materno-infantil.

Los gobiernos nacionales deberían realizar evaluaciones periódicas oficiales y exhaustivas de los efectos en los niños (según se mencionó previamente); cabe preguntarse cómo se pueden utilizar los mecanismos de rendición de cuentas existentes para construir un instrumento simple que permita representar de manera gráfica el estado actual y las deficiencias en diferentes intervalos de tiempo. Un instrumento de fácil utilización ayudaría a poner de relieve áreas rezagadas y señalar áreas de éxito que podrían servir de modelo. Las instancias de planificación y formulación normativa, o los defensores de los derechos de los niños podrían utilizar ese instrumento. El trabajo preliminar está bien definido: los elementos necesarios para que los niños sobrevivan, se desarrollen y prosperen están recogidos

	Clasificación por sostenibilidad	Clasificación por prosperidad	CO ₂ per cápita	Exceso de emisiones de CO ₂ respecto de las metas para 2030 (%)	Clasificación del a Banco Mundial
Chipre	137	23	6.37	135	Altos ingresos
España	136	17	6.07	124	Altos ingresos
Dinamarca	135	6	6.03	122	Altos ingresos
Italia	134	26	5.99	121	Altos ingresos
Reino Unido	133	10	5.81	115	Altos ingresos
Turquía	132	60	5.55	105	Ingresos medianos altos
Antigua y Barbuda	131	50	5.54	105	Altos ingresos
Francia	130	4	5.48	102	Altos ingresos
Portugal	129	22	5.31	96	Altos ingresos
Guinea Ecuatorial	128	134	5.30	96	Ingresos medianos altos
Hungría	127	29	5.18	91	Altos ingresos
Serbia	126	48	5.13	89	Ingresos medianos altos
Iraq	125	121	5.08	88	Ingresos medianos altos
Venezuela	124	107	4.99	84	Ingresos medianos altos
Ucrania	123	91	4.80	77	Ingresos medianos bajos
Tailandia	122	64	4.79	77	Ingresos medianos altos
Suiza	121	15	4.73	75	Altos ingresos
Chile	120	53	4.69	73	Altos ingresos
Lituania	119	41	4.63	71	Altos ingresos
Barbados	118	51	4.63	71	Altos ingresos
Argentina	117	86	4.62	70	Altos ingresos
Suecia	116	13	4.19	55	Altos ingresos
Montenegro	115	34	4.18	54	Ingresos medianos altos
Croacia	114	28	4.10	51	Altos ingresos
Romania	113	80	4.06	50	Ingresos medianos altos
Azerbaiyán	112	77	3.89	44	Ingresos medianos altos
México	111	88	3.80	40	Ingresos medianos altos
Letonia	110	37	3.68	36	Altos ingresos
Suriname	109	119	3.65	35	Ingresos medianos altos
Argelia	108	85	3.64	35	Ingresos medianos altos
Maldivas	107	72	3.60	33	Ingresos medianos altos
Macedonia del Norte	106	40	3.48	29	Ingresos medianos altos
Botswana	105	106	3.44	27	Ingresos medianos altos
Mauricio	104	67	3.38	25	Ingresos medianos altos
Malta	103	18	3.35	24	Altos ingresos
Líbano	102	73	3.21	19	Ingresos medianos altos
Cuba	101	46	3.18	17	Ingresos medianos altos
Uzbekistán	100	71	3.10	15	Ingresos medianos bajos
Georgia	99	76	2.80	3	Ingresos medianos bajos
Gabón	98	124	2.73	1	Ingresos medianos altos
Jamaica	97	92	2.69	-1	Ingresos medianos altos
Guyana	96	116	2.67	-1	Ingresos medianos altos
Granada	95	70	2.56	-5	Ingresos medianos altos
Panamá	94	102	2.45	-9	Altos ingresos
Túnez	93	57	2.44	-10	Ingresos medianos bajos
Santa Lucía	92	83	2.42	-11	Ingresos medianos altos
Ecuador	91	108	2.33	-14	Ingresos medianos altos
Corea del Norte	90	112	2.28	-16	Bajos ingresos
Brasil	89	90	2.27	-16	Ingresos medianos altos

(Figure 10 continues on next page)

	Clasificación por sostenibilidad	Clasificación por prosperidad	CO ₂ per cápita	Exceso de emisiones de CO ₂ respecto de las metas para 2030 (%)	Clasificación del a Banco Mundial
Egipto	88	103	2.24	-17	Ingresos medianos bajos
Jordania	87	62	2.20	-19	Ingresos medianos altos
Albania	86	69	2.18	-20	Ingresos medianos altos
Viet Nam	85	58	2.08	-23	Ingresos medianos bajos
San Vicente y las Granadinas	84	95	2.02	-25	Ingresos medianos altos
Perú	83	97	2.01	-26	Ingresos medianos altos
Uruguay	82	66	1.98	-27	Altos ingresos
República Dominicana	81	115	1.98	-27	Ingresos medianos altos
Armenia	80	56	1.93	-29	Ingresos medianos altos
Bolivia	79	118	1.89	-30	Ingresos medianos bajos
Indonesia	78	117	1.84	-32	Ingresos medianos bajos
India	77	131	1.84	-32	Ingresos medianos bajos
Costa Rica	76	75	1.77	-35	Ingresos medianos altos
Marruecos	75	105	1.76	-35	Ingresos medianos bajos
Kirguistán	74	96	1.73	-36	Ingresos medianos bajos
Colombia	73	82	1.66	-39	Ingresos medianos altos
Namibia	72	126	1.60	-41	Ingresos medianos altos
Belice	71	94	1.50	-45	Ingresos medianos altos
Fiji	70	93	1.48	-45	Ingresos medianos altos
Bhután	69	113	1.44	-47	Ingresos medianos bajos
Tonga	68	87	1.32	-51	Ingresos medianos altos
Lesotho	67	160	1.26	-53	Ingresos medianos bajos
Moldova	66	55	1.26	-54	Ingresos medianos bajos
Guatemala	65	128	1.23	-54	Ingresos medianos altos
Filipinas	64	110	1.22	-55	Ingresos medianos bajos
Angola	63	161	1.19	-56	Ingresos medianos bajos
Samoa	62	99	1.19	-56	Ingresos medianos altos
Honduras	61	111	1.15	-57	Ingresos medianos bajos
Sri Lanka	60	68	1.11	-59	Ingresos medianos bajos
Cabo Verde	59	109	1.10	-59	Ingresos medianos bajos
El Salvador	58	104	1.10	-60	Ingresos medianos bajos
Pakistán	57	140	1.01	-63	Ingresos medianos bajos
Eswatini	56	142	0.98	-64	Ingresos medianos bajos
Papua Nueva Guinea	55	159	0.90	-67	Ingresos medianos bajos
Nicaragua	54	101	0.87	-68	Ingresos medianos bajos
Paraguay	53	100	0.86	-68	Ingresos medianos altos
Djibouti	52	123	0.85	-68	Ingresos medianos bajos
Yemen	51	158	0.67	-75	Bajos ingresos
Benin	50	168	0.67	-75	Bajos ingresos
Vanuatu	49	132	0.66	-76	Ingresos medianos bajos
Congo	48	150	0.65	-76	Ingresos medianos bajos
Mauritania	47	154	0.64	-76	Ingresos medianos bajos
Tayikistán	46	98	0.64	-76	Bajos ingresos
Kiribati	45	122	0.63	-77	Ingresos medianos bajos
Zimbabwe	44	146	0.63	-77	Bajos ingresos
Senegal	43	136	0.59	-78	Bajos ingresos
Ghana	42	133	0.58	-79	Ingresos medianos bajos
Santo Tomé y Príncipe	41	125	0.57	-79	Ingresos medianos bajos

(Figure 10 continues on next page)

exhaustivamente en la Convención sobre los Derechos del Niño. Para que esos elementos estén a disposición de todos serán preciso adoptar medidas en múltiples niveles gubernamentales, en diversos sectores y entre ellos; las medidas específicas dependerán del desarrollo biológico, social y cognitivo del niño a lo largo de su crecimiento y del contexto específico en el que vive.

Esta Comisión recomienda el desarrollo urgente de un tablero de mandos nacional adaptable, basado en las consultas celebradas en los países y el asesoramiento especializado recibido. Los elementos del tablero de mandos darán visibilidad al estado de los niños y alentarán la investigación y la adopción de medidas. El tablero de mandos, que se basará en los derechos enunciados en la Convención sobre los Derechos del Niño y estará inspirado en los derechos (mencionados anteriormente), permitirá realizar el seguimiento de las variables contextuales que afectan el bienestar de los niños. La Convención hace hincapié en el medio ambiente y la contaminación (artículo 24)³⁵⁰ y en la importancia del respeto del medio ambiente (artículo 29).³⁵⁰ Por consiguiente, es preciso realizar un seguimiento de las medidas medioambientales con el fin de comprender en qué medida estamos logrando crear el mundo que queremos para nuestros niños. En este contexto, el tablero de mandos se puede entender como una guía práctica sobre el perfil de prosperidad y porvenir del niño.

Dado que existen cuestiones de desarrollo y circunstancias de vida diferentes para los distintos grupos etarios durante la infancia (o sea, los lactantes, los niños pequeños, los niños en edad escolar y los adolescentes), el tablero de mandos podría usar un intervalo de cinco años, que es una categorización aproximada, pero útil, compatible con las pautas de muchos enfoques actuales para la recopilación de datos. Los criterios de selección de los indicadores podrían ser los correspondientes al nivel uno del marco de los ODS u otros marcos mundiales de rendición de cuentas pertinentes, o que tengan una sólida base de evidencias respecto de la eficacia de medidas relativas a los niños y adolescentes. Será preciso acordar la manera en que se utilizarán los indicadores tipo semáforo (por ejemplo, verde, amarillo, rojo) y los límites que se deberían utilizar para reflejar progresos buenos, moderados o insuficientes. Se podrá calcular una puntuación compuesta para cada país mediante la suma de los valores correspondientes a los indicadores verdes, amarillos o rojos. Esto permitirá comparar los progresos que logren los países, en particular entre países de la misma región.

De ser posible, los indicadores se deberán desglosar en función de estratificadores clave (por ejemplo, género, quintiles de riqueza, ubicación urbana o rural, grupo étnico y región geográfica). Se podría considerar la posibilidad de introducir una guía para el tablero de mandos sobre equidad nacional. Las estimaciones o los valores del indicador se presentarán junto con el código de color, de modo que el usuario del instrumento sepa claramente qué indicadores correspondientes a cada área de los derechos

recogidos en la Convención sobre los Derechos del Niño están teniendo un desempeño bueno o deficiente. En el tablero de mandos solo se mostrarán los conjuntos de datos para cada indicador concernientes a los últimos cinco años.

Creemos que ese tablero de mandos debería ser prioritario para los gobiernos y los organismos internacionales, y que la asistencia para el desarrollo prestada a los países más pobres se debería centrar en el fortalecimiento de la recopilación y el análisis de datos correspondientes a los indicadores prioritarios.

Participación ciudadana para la acción y la rendición de cuentas

La acción comunitaria será un determinante clave de la capacidad de los países para mejorar la salud y el bienestar de los niños y crear un mundo sostenible para su futuro. Sin duda alguna, la participación comunitaria fue un principio fundamental de la declaración de Alma-Ata,³⁵¹ formulada en 1978, y del Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004,³⁵² que transmitió un mensaje central según el cual los servicios públicos se pueden mejorar mediante el fortalecimiento de mecanismos de rendición de cuentas entre las instancias normativas, los dispensadores de servicios y los ciudadanos, y propuso un marco de rendición de cuentas pública. La era de los ODS, con derechos universales incorporados en los objetivos, es una oportunidad para revitalizar un compromiso de participación y colaboración ciudadana en el seguimiento, con medidas resultantes promovidas durante el proceso.

Los jóvenes como encargados del control ciudadano

Habida cuenta de las grandes lagunas de información en lo concerniente a los niños, debemos adoptar enfoques de seguimiento transformadores, incluida la información recopilada por la comunidad,^{353,354} basada en experiencias vividas, con miras a adoptar decisiones creíbles y válidas relativas a políticas y programas locales. Esto ofrece una oportunidad para que los niños y los jóvenes desempeñen un nuevo papel, como participantes activos en la medición y el seguimiento de su propio bienestar. Más de la mitad de los habitantes del planeta son menores de 30 años, y muchos de ellos son los más duramente golpeados por la pobreza, el cambio climático y la desigualdad. Con frecuencia, los jóvenes están en la vanguardia del cambio y el desarrollo mediante el activismo ciudadano y digital colectivo. Además, para que los ODS satisfagan su ambición de transformación verdadera, el marco de seguimiento y rendición de cuentas, desde las autoridades y los organismos locales hasta los mundiales, deberá ser integrador, transparente, participativo y centrado en la persona.³⁵³

Los datos generados por los ciudadanos pueden proporcionar información oportuna sobre cuestiones de interés, en particular para las poblaciones marginadas y aisladas.^{355,356} Además, los datos generados por los ciudadanos pueden subsanar deficiencias en cuestiones concernientes a injusticia social, desigualdad económica

	Clasificación por sostenibilidad	Clasificación por prosperidad	CO ₂ per cápita	Exceso de emisiones de CO ₂ respecto de las metas para 2030 (%)	Clasificación del a Banco Mundial
Nigeria	40	174	0.56	-79	Ingresos medianos bajos
Bangladesh	39	143	0.53	-80	Ingresos medianos bajos
Camboya	38	114	0.50	-82	Ingresos medianos bajos
Côte d'Ivoire	37	162	0.48	-82	Ingresos medianos bajos
Myanmar	36	120	0.47	-82	Ingresos medianos bajos
Estado de Palestina/oPt*	35	78	0.47	-83	Ingresos medianos bajos
Sudán	34	149	0.45	-83	Ingresos medianos bajos
Timor-Leste	33	135	0.43	-84	Ingresos medianos bajos
Islas Salomón	32	129	0.39	-86	Ingresos medianos bajos
Togo	31	155	0.38	-86	Bajos ingresos
Afganistán	30	171	0.37	-86	Bajos ingresos
Mozambique	29	170	0.35	-87	Bajos ingresos
Camerún	28	157	0.32	-88	Ingresos medianos bajos
Kenya	27	138	0.32	-88	Ingresos medianos bajos
Nepal	26	144	0.31	-89	Bajos ingresos
Gambia	25	139	0.30	-89	Bajos ingresos
Lao	24	137	0.29	-89	Ingresos medianos bajos
Zambia	23	148	0.28	-90	Ingresos medianos bajos
Haití	22	151	0.27	-90	Bajos ingresos
Tanzanía	21	145	0.25	-91	Bajos ingresos
Comoras	20	141	0.23	-91	Bajos ingresos
Guinea	19	175	0.23	-92	Bajos ingresos
Liberia	18	169	0.23	-92	Bajos ingresos
Sierra Leona	17	172	0.18	-93	Bajos ingresos
Guinea-Bissau	16	166	0.18	-93	Bajos ingresos
Burkina Faso	15	163	0.17	-94	Bajos ingresos
Eritrea	14	147	0.16	-94	Bajos ingresos
Sudán del Sur	13	173	0.15	-95	Bajos ingresos
Uganda	12	152	0.13	-95	Bajos ingresos
Etiopía	11	153	0.13	-95	Bajos ingresos
Madagascar	10	165	0.12	-95	Bajos ingresos
Níger	9	177	0.12	-96	Bajos ingresos
Malí	8	176	0.09	-97	Bajos ingresos
Rwanda	7	130	0.08	-97	Bajos ingresos
Malawi	6	164	0.07	-97	Bajos ingresos
República Centroafricana	5	180	0.07	-98	Bajos ingresos
República Democrática del Congo	4	167	0.06	-98	Bajos ingresos
Somalia	3	178	0.05	-98	Bajos ingresos
Chad	2	179	0.05	-98	Bajos ingresos
Burundi	1	156	0.05	-98	Bajos ingresos

Figura 10: Clasificación de países y territorios en función de los niveles sostenibles de emisiones de carbono respecto de las metas para 2030, como medida de las amenazas de cada país para el futuro de los niños, en comparación con la clasificación de prosperidad del niño

* Por «oPt» se entenderá el territorio palestino ocupado, incluida Jerusalén oriental.

Para más información sobre **Infomex**, véase <https://infomex.org.mx/gobierno-federal/home.action>

Para más información sobre **FixMyStreet**, véase <https://www.fixmystreet.com/>

Para más información sobre **Trac FM**, véase <https://tracfm.org/>

Para más información sobre **HarassMap**, véase <https://harassmap.org/en/>

Para más información sobre **Ushahidi**, véase <https://www.ushahidi.com/>

Para más información sobre **I Paid A Bribe**, véase <http://www.ipaidabribe.com>

Para más información sobre **ForestWatchers**, véase <http://cybermappr.unige.ch>

Para más información sobre **Uwezo**, véase <https://www.uwezo.net/>

y problemas más ocultos, entre ellos la discapacidad o la degradación del medio ambiente. Los ciudadanos, en particular los niños y adolescentes, pueden utilizar la información para concienciar y hacer realidad los derechos descritos en el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño.³⁵⁰ Los métodos incluyen la presupuestación participativa, las actividades de consultas con los niños y el seguimiento comunitario mediante tarjetas de puntuación, auditorías sociales, tecnología móvil y redes sociales.³⁵⁷

El seguimiento comunitario asegura una mayor rendición de cuentas respecto de la prestación de servicios locales, puesta de relieve por un enfoque basado en los derechos humanos³⁵⁷ que reconoce a los ciudadanos como agentes activos de cambio capaces de resolver problemas en sus propias comunidades. Un metaanálisis de 100 estudios de casos relativos a la participación ciudadana en 20 países determinó que el 75% de todos los casos examinados habían arrojado resultados positivos en cuatro áreas: construcción de tejido social; prácticas de participación ciudadana; Estados sensibles y responsables; y sociedades integradoras y cohesionadas. Los resultados negativos incluyeron participación simbólica; respuestas del Estado violentas o coercitivas; fortalecimiento de las jerarquías sociales; y exclusión.³⁵⁶ Si bien la mayor parte de los datos de seguimiento comunitario proceden de estudios en pequeña escala,³⁵⁷ un ensayo controlado aleatorio realizado en Uganda con las tarjetas de calificación de los ciudadanos indicó un 19% menos de absentismo entre el personal de enfermería, una mayor aceptación de la inmunización, un 16% más de utilización de servicios y una reducción del 33% en la mortalidad infantil, en comparación con comunidades en las que no se realizaba la intervención con tarjetas de calificación.³⁵⁸ Un ensayo similar llevado a cabo 10 años más tarde en otra región de Uganda no logró un efecto sobre la utilización de los servicios de salud ni sobre los resultados de salud (mortalidad infantil), pero sí reveló un moderado efecto positivo en la calidad del tratamiento y la satisfacción del paciente, si bien ese efecto no se canalizó a través del seguimiento ciudadano.³⁵⁹ Se necesitan más pruebas, pero existen ejemplos positivos, en particular un estudio realizado en la India que revela cómo puede propiciarse el cambio mediante la acción ciudadana (recuadro 11).

Muchos países han adoptado tecnología móvil, redes sociales y plataformas en línea para que los ciudadanos puedan exigir rendición de cuentas a los gobiernos. Esas iniciativas son creación o propiedad de la ciudadanía o la sociedad civil y usan datos de libre acceso para hacer un seguimiento de las cuestiones que les interesan.³⁶² Algunos ejemplos incluyen a Infomex (México), un portal web para recibir, procesar y responder las solicitudes de información que los ciudadanos presentan ante entidades gubernamentales; FixMyStreet (Reino Unido), TXT CSC (Filipinas) y Trac FM (Uganda) ofrecen mecanismos para que la ciudadanía consulte, reclame o elogie a las instituciones públicas en relación con la prestación de servicios; HarassMap (Egipto), Ushahidi (mundial), and I

Paid a Bribe (12 países de todo el mundo), que recopilan y hacen un seguimiento de la información sobre acoso en espacios públicos, violencia vinculada a elecciones y corruptelas; ForestWatchers (internacional), una plataforma que recopila datos sobre deforestación; y Uwezo (Kenya, Tanzania y Uganda), que realiza evaluaciones en los hogares a gran escala y estadísticamente representativas, dirigidas por los ciudadanos y destinadas a medir los niveles de conocimientos básicos de lectoescritura y aritmética en los niños.

En los últimos años, los jóvenes han impulsado muchos movimientos sociales de gran efectividad, en particular movimientos centrados en el cambio climático y las desigualdades, caracterizados por la autoorganización y el uso de nuevas tecnologías. Las medidas orientadas por los jóvenes pueden ayudar o cuestionar a los gobiernos para subsanar deficiencias en la aplicación de programas y políticas (recuadro 5).³⁶²

Esos mecanismos sociales de rendición de cuentas orientados por los jóvenes aportan enseñanzas que permiten ampliar más rápidamente la recopilación de datos. Los datos generados por los ciudadanos, especialmente los de carácter cualitativo, sobre las cuestiones que más influyen en las vidas de las personas no necesitan ser representativos para mejorar nuestra comprensión de los progresos concernientes a las metas de los ODS. Además, el carácter localizado de la mayor parte de los datos generados por los ciudadanos es precisamente lo que les confiere tanto valor. Esos datos arrojan luz acerca de lo que realmente ocurre sobre el terreno y, por lo tanto, pueden ser un instrumento mucho más útil para la adopción de decisiones que los datos estadísticos basados en medias nacionales.³⁵³ Si bien las tecnologías son muy prometedoras como instrumentos para la participación de los jóvenes, podría haber contextos en los que el uso de las tecnologías impidiera la participación de algunos jóvenes, entre ellos los analfabetos o los habitantes de zonas aisladas que carecen de buen acceso a internet o a redes móviles.

La inteligencia artificial como un apoyo a la responsabilidad social

La inteligencia artificial ofrece una importante oportunidad de participación y rendición de cuentas en el próximo decenio. Si bien existen legítimas preocupaciones acerca de la inteligencia artificial, la tecnología se podría aprovechar de muchas maneras en favor del bien público y las medidas humanitarias. Por ejemplo, un equipo de científicos de la Universidad de Stanford, CA (Estados Unidos) combinó el aprendizaje automático, con imágenes satelitales de alta resolución para proporcionar nuevos datos sobre indicadores socioeconómicos de pobreza y riqueza. Los datos procedentes de fuentes disponibles para el público se pueden utilizar con una capacitación mínima. Los datos georreferenciados sobre resultados económicos pueden brindar importante información sobre la distribución de la pobreza en los países y contribuir a priorizar la planificación nacional y la asignación de recursos.³⁶³

Recuadro 10: Estudio de caso: un nuevo método de medición del desarrollo en la primera infancia

Para realizar el seguimiento de la evolución del niño desde el nacimiento hasta el ingreso en la escuela se requiere una evaluación precisa de su desarrollo. Los instrumentos de medición no solo son necesarios para el seguimiento de los progresos hacia el logro de los objetivos de políticas globales, sino también para orientar la asignación de recursos y la elaboración de programas. Sin embargo, las medidas relacionadas con el desarrollo del niño basadas en datos demográficos dependen predominantemente de indicadores indirectos, entre ellos el retraso del crecimiento y la pobreza, y los instrumentos existentes para medir aspectos específicos del desarrollo individual del niño suelen estar protegidos por derechos de propiedad mediante los cuales las editoriales comerciales controlan su disponibilidad, costo y normalización. Ni las medidas indirectas ni las individuales son apropiadas para la evaluación de programas. Hasta 2019 no existía ninguna medida universal para evaluar aspectos del desarrollo de los niños menores de tres años.

Recientemente, tres grupos han desarrollado nuevos instrumentos para medir aspectos del desarrollo de los niños menores de tres años: el grupo *Infant and Young Child Development*, el grupo *Caregiver Reported Early Development Instruments* y el *Global Child Development Group*. Los tres instrumentos se están armonizando a fin de desarrollar una medición única con una versión programática (pormenorizada) suficientemente sensible para posibilitar la cuantificación de los efectos relativos de las diferentes intervenciones realizadas en el marco de programas de investigación. Esa medición permitirá evaluar de qué manera los participantes en el estudio cambian y responden ante las intervenciones a lo largo del tiempo, y las puntuaciones serán comparables entre distintos estudios; además, permitirá identificar poblaciones de niños expuestos a trayectorias de desarrollo deficiente.

La versión (abreviada) de la medición a nivel de población tendrá un máximo de 40 preguntas y será de calidad psicométrica suficiente para influir en el indicador acordado para el Objetivo de Desarrollo Sostenible 4.2.1, mediante la generación de una puntuación relativa al desarrollo integral del niño. Esta versión, que será aplicable a la evaluación transversal realizada por cualquier persona y requerirá un máximo de 10 minutos, será suficientemente sensible para detectar cambios en el desarrollo del niño a lo largo del tiempo y medir las diferencias geográficas, nutricionales y socioeconómicas en la población. Se prevé integrar la versión abreviada del instrumento en encuestas de indicadores múltiples, encuestas demográficas y de salud y otras encuestas de población. Esta versión, ensayada en 2019, permitirá que las instancias normativas identifiquen el estado del desarrollo del niño en todo el mundo y llamen la atención respecto de poblaciones vulnerables en situaciones de emergencias humanitarias y otros contextos frágiles. La falta de un instrumento sólido para evaluar el desarrollo en la primera infancia ha dificultado los esfuerzos de seguimiento de los progresos destinados a asegurar que los niños se desarrollen, y no solo sobrevivan. Un nuevo método, aprobado por expertos de todo el mundo, posibilitará que las instancias interesadas, evalúen intervenciones, examinen datos en los países y entre ellos y utilicen datos conceptuales para comprender asociaciones entre las variables predictivas del desarrollo y las puntuaciones obtenidas con los instrumentos. Esos esfuerzos se entenderán como complemento y orientación de un impulso hacia la detección universal precoz de discapacidades del desarrollo por medio de programas de cribado adecuados en todos los países, no solo en los países de altos ingresos.

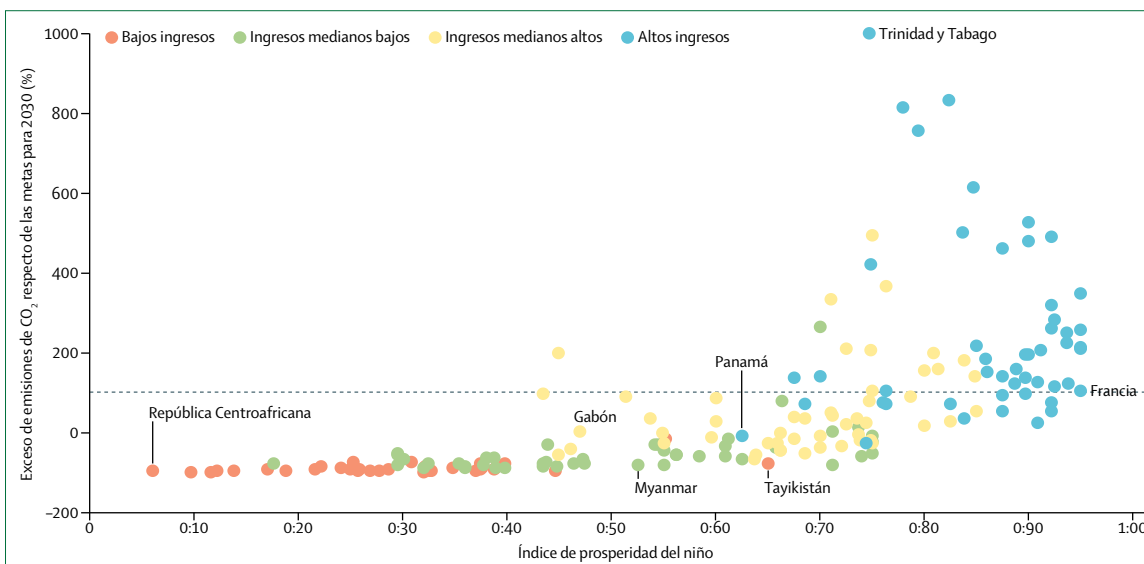


Figura 11: Niveles de emisiones de carbono de los países en relación con las metas para 2030, como medida de la amenaza que presenta un país para los niños en el futuro, en comparación con el coeficiente de prosperidad del niño

Los datos correspondientes a países y territorios que notificaron >1000% de exceso de emisiones de CO₂ no se muestran en esta figura.

Por otra parte, la inteligencia artificial se ha aplicado en relación con las oportunidades de empleo juvenil en Sudáfrica, país que tiene uno de los índices de desempleo juvenil más altos del mundo. Harambee, una palabra swahili que significa aunar esfuerzos, es una empresa social que utiliza inteligencia artificial para relacionar a los jóvenes con oportunidades de empleo mediante parámetros geográficos (en particular las rutas de transporte) y comportamentales. Los jóvenes se pueden registrar gratuitamente, y más de un millones de jóvenes ya han interactuado con la plataforma.³⁶⁴

Bien se trate de información generada por la ciudadanía, la inteligencia artificial o procesos de aprendizaje automático, se requiere un compromiso político sostenido por parte de los políticos, las instancias decisorias y el sector privado en el ámbito local, para entablar un diálogo sobre las soluciones. El compromiso político deberá abarcar sistemas y sectores de manera transversal, en lugar de limitarse a consultas puntuales sobre sectores individuales (por ejemplo, salud). Los datos ofrecen un respaldo real para impulsar medidas correctivas, pero solo si van acompañados por un proceso de examen orientado a analizar las consecuencias de las medidas. Sin ese compromiso, los mecanismos de responsabilidad social no darán lugar a un cambio, y por lo tanto persistirá la brecha de poder entre los ciudadanos y los gobiernos.³⁶⁵

Se podría pensar que el gobierno local carece de incentivo para iniciar procesos que evidencien sus fallos e ineficiencias. Sin embargo, desde una perspectiva basada en los derechos humanos, un gobierno local receptivo debería estar abierto a colaborar con la ciudadanía y comprometerse a aplicar medidas que aseguren los progresos. Debemos persuadir a los políticos de que las coaliciones con ciudadanos son electoralmente populares y pueden propiciar un cambio transformador en pro del desarrollo sostenible.

No obstante, sin voluntad política o sin presupuesto que respalde la participación y las medidas de los ciudadanos, el alto costo de oportunidad para las poblaciones nacionales más pobres y marginadas hace que su participación sea menos probable, lo que podría profundizar la brecha de equidad.³⁶⁷ Además, las capacidades del gobierno y las organizaciones de la sociedad civil son esenciales para promover la responsabilidad social. A fin de respaldar

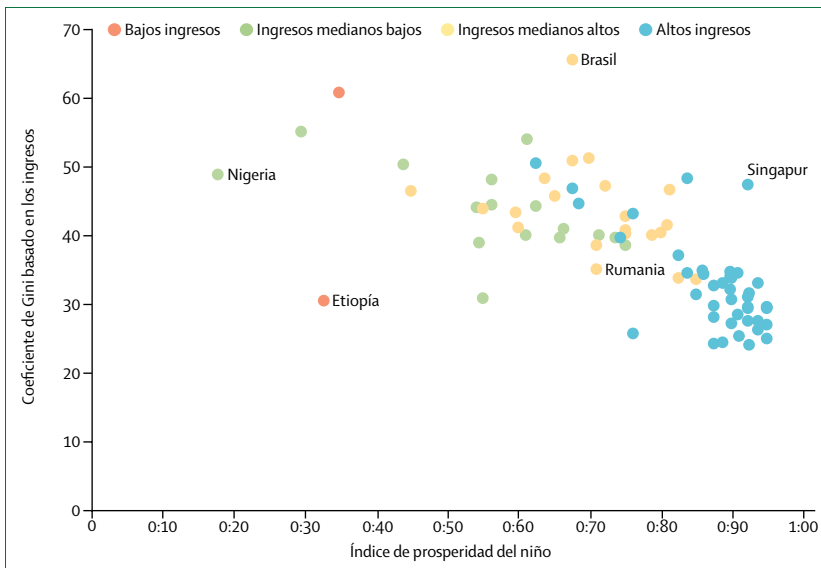


Figura 12 : Nivel de desigualdad de ingresos en los países, medido por el coeficiente de Gini basado en los ingresos, en comparación con el coeficiente de prosperidad del niño
N = 85 países

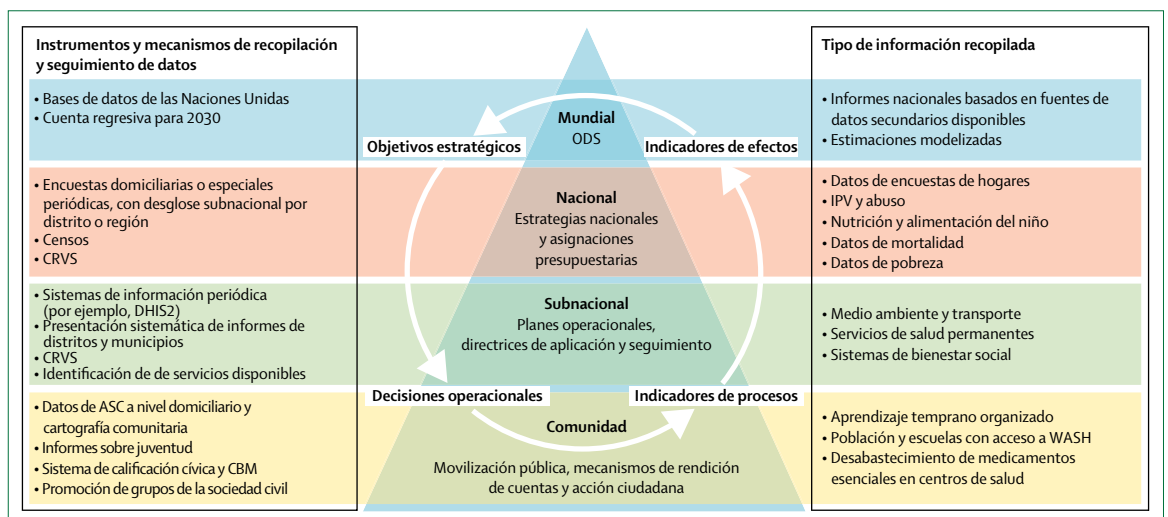


Figura 13 : Marco relativo a los niveles de recopilación y uso de la información

ODS = Objetivos de Desarrollo Sostenible. CRVS = registro civil y estadísticas vitales. IPV = violencia interpersonal. DHIS2 = sistema de información sanitaria de distrito 2. ASC = agentes de salud comunitarios. CBM = seguimiento basado en la comunidad. Proponemos un marco para la recopilación y el uso de datos destinados al seguimiento de los ODS en el país. El marco se encuadra en cuatro principios generales: armonización con las prioridades nacionales, recopilación de información pertinente al ámbito local, datos cuya recopilación es oportuna y viable, y desglose de los datos para asegurar la equidad. Los instrumentos y mecanismos para la recopilación de datos se describen como el tipo de información requerida en los niveles mundial, nacional, subnacional y comunitario. Un bucle de retroinformación es crucial para asegurar que la información se transmita entre los diferentes niveles de las instancias decisorias y ejecutivas.

Recuadro 11: Estudio de caso: seguimiento basado en la comunidad y planificación de servicios de salud en Maharashtra (India)

La Misión Nacional de Salud Rural, establecida en la India en abril de 2005, ha elaborado un marco general para el seguimiento basado en la comunidad, con el fin de mejorar el acceso a la atención de salud de alta calidad, especialmente entre las poblaciones más pobres y las mujeres y los niños de zonas rurales. El seguimiento basado en la comunidad se ha ensayado en nueve estados de la India. En el estado de Maharashtra la cobertura abarca 500 pueblos y se prevé ampliarla a 750.

Proceso

Reuniones vecinales, distribución de material informativo, ampliación y fortalecimiento de los comités de salud de las aldeas y capacitación de sus miembros son algunos de los elementos utilizados para fortalecer la sensibilización y la participación comunitarias en el proceso de rendición de cuentas en materia de salud. En los niveles de bloques y distritos de los centros de atención primaria de salud se constituyen los comités de seguimiento comunitario de múltiples partes interesadas. Esos comités incluyen a miembros de la comunidad, representantes de la sociedad civil, representantes políticos electos y personal de salud pública. Los miembros de los comités recopilan periódicamente información sobre la prestación de servicios de salud, para lo cual utilizan instrumentos gráficos sencillos semicuantitativos, y cada servicio se evalúa como bueno, parcialmente satisfactorio o malo mediante tarjetas de calificación que se exhiben al público. Esos datos se recopilan en los pueblos (actividad que concierne a los servicios de extensión) y en los centros de salud.

En los centros de atención primaria de salud se organizan audiencias públicas, o Jan Sunwai, abiertas a la participación general, a fin de presentar las tarjetas de calificación y los casos de denegación de atención sanitaria. En este contexto, se convoca a los funcionarios de salud pública para que respondan

públicamente en relación con medidas correctivas. La celebración periódica de eventos a escala estatal posibilita el diálogo entre los miembros de los comités de seguimiento de la sociedad civil y el departamento de salud del Estado, con miras a resolver cuestiones pendientes y sistémicas, y contribuye a reforzar el apoyo gubernamental al proceso de seguimiento basado en la comunidad.³⁶⁰

Resultados

Según informan funcionarios estatales, las comunidades tienen una sensibilización pública acrecentada respecto de sus derechos y están empoderadas para reivindicarlos. Por ejemplo, la participación pública en las Jan Sunwai (audiencias públicas) ha ayudado a las personas a comprender la importancia de las revisiones prenatales y ha mejorado la accesibilidad y la demanda de esos servicios. También ha habido una rendición de cuentas mejorada por parte de funcionarios públicos que se enfrentan en una plataforma igualitaria a través del diálogo, y que han abordado problemas desatendidos durante mucho tiempo, por ejemplo, el mantenimiento oportuno de dispensarios, o han tomado medidas contra proveedores corruptos.³⁶¹

La recopilación de datos basada en la comunidad y los exámenes periódicos posibilitan el seguimiento regular efectivo del respeto de los derechos, las reservas de medicamentos, la dotación de recursos humanos, la calidad de la atención y cuestiones comportamentales. No obstante, se requiere más investigación para determinar si las iniciativas ascendentes para la recopilación y utilización de datos dirigidas por la comunidad pueden contribuir efectivamente al seguimiento y la planificación de las políticas y los programas de salud, en particular los concernientes a la salud y el bienestar de los niños, y determinar también las posibilidades de una mayor ampliación.

efectivamente el seguimiento y la responsabilidad social en el ámbito comunitario, las organizaciones de la sociedad civil no solo necesitan financiación, sino también alfabetización, capacitación técnica y conocimiento de sus derechos.³⁵⁷

Un enfoque de colaboración entre gobiernos, organizaciones de la sociedad civil y otras partes interesadas podría forjar mecanismos locales de responsabilidad social, en cuyo marco los ciudadanos y la sociedad civil desempeñaran un papel decisivo y formal;³⁶⁶ esos mecanismos se deberían integrar en la vida cotidiana de la comunidad.

Resumen

Hemos examinado el panorama relativo a los datos y la rendición de cuentas en torno a la salud y el bienestar del niño, con especial hincapié en la manera de abordar el seguimiento, el examen y las medidas en lo concerniente a los datos en la era de los ODS. Hemos examinado las

grandes lagunas existentes en los actuales procesos de tratamiento de datos y hemos subrayado la urgencia de invertir para fortalecer los sistemas de información y las capacidades nacionales que permitan recopilar y analizar la información, y actuar con la finalidad de capitalizar la tecnología apropiada para reducir la carga sobre el personal el sector público. Consiguientemente propusimos algunas soluciones, entre ellas un perfil de prosperidad y porvenir del niño con código cromático (figura 10), basado en gran medida en los datos nacionales disponibles relativos a los ODS y las emisiones de carbono, un tablero de mandos compacto y accionable para ayudar a los países a orientar sus actividades, y un sistema de seguimiento dirigido por la ciudadanía y los jóvenes destinado a subsanar las deficiencias. Presentamos a continuación nuestras conclusiones y principales recomendaciones (recuadro 1) en torno a la manera de generar un nuevo movimiento mundial para poner la salud y el bienestar de los niños en el centro de los ODS.

Conclusión

Vivimos en una era como ninguna otra. Nuestros niños afrontan un futuro de grandes oportunidades, pero están al borde de una crisis climática. Conjuntamente, los países de todo el mundo han acordado el marco de los ODS para que las futuras generaciones se asomen a un mundo más limpio y saludable, pero la agenda de los ODS aún debe cobrar impulso. Nuestro desafío es enorme, y parece que estamos paralizados.

Esta Comisión propone un nuevo movimiento global que coloque a los niños en el centro de los ODS. La Convención sobre los Derechos del Niño es el tratado de derechos humanos más ampliamente ratificado de todo el mundo, lo que revela el poder de los niños para unirnos en pos del bien común. Los trabajos destinados a mejorar la salud y el bienestar de los niños pueden motivarnos a todos a salvar nuestro planeta para ellos y para nosotros mismos.

En esta Comisión hemos adoptado con determinación una perspectiva de alto nivel respecto de la salud y el bienestar del niño. En primer lugar, hemos abogado por un enfoque intergeneracional para todo el curso de vida, con el fin de mostrar que los beneficios de las intervenciones orientadas a mejorar la salud y el bienestar del niño se multiplican muchas veces a lo largo de la vida del niño y sus descendientes. Los argumentos económicos y éticos son incontestables. También señalamos de qué manera todos los sectores son responsables de los niños, y esbozamos una agenda para aunar los esfuerzos de esos sectores.

En segundo lugar, pusimos en práctica esa agenda mediante el resumen de un conjunto de derechos de los niños que ya han sido reconocidos por todos los países del mundo. Además, hemos descrito de qué manera las familias, las comunidades y los gobiernos pueden movilizarse para garantizar esos derechos. El esfuerzo requerido es enorme, pero, si no podemos actuar por nuestros niños, ¿cuál es la medida de nuestra civilización?

En tercer lugar, un proyecto colectivo de esta magnitud requiere gobernanza. Hemos descrito los cambios de gobernanza necesarios en los planos nacional, local y mundial. Dado que la salud y el bienestar de los niños es una preocupación de todos los sectores, hemos prestado especial atención a la colaboración multisectorial, así como a la coordinación vertical entre los diferentes niveles de gobernanza, a fin de asegurar que nuestros empeños sean sinérgicos y consigan el máximo efecto.

En cuarto lugar, hemos ampliado nuestro examen de la gobernanza con el fin de abordar la reglamentación de la mercadotecnia comercial. Las amenazas comerciales para la salud de los niños están peligrosamente subestimadas, y por ello proponemos medidas firmes y específicas mediante las cuales los agentes mundiales y nacionales puedan proteger a los niños contra las prácticas comerciales codiciosas y desreguladas.

Por último, lo que se puede medir se puede gestionar. Hemos analizado rigurosamente los datos y la rendición de cuentas en el marco de los ODS, y notamos que los

esfuerzos actuales son extremadamente insuficientes. Solo la participación de los ciudadanos, las comunidades y los propios niños podrán superar las enormes carencias de datos para los ODS, y dado que la evaluación del desempeño de los países debe incluir una medida de sostenibilidad dirigida a proteger el futuro de nuestros niños y su presente, hemos propuesto la elaboración de un perfil de prosperidad y porvenir de los niños.

Aunque abrumada por la magnitud de la tarea, esta Comisión es optimista respecto de las oportunidades que se presentan de mejorar nuestro mundo para y con los niños. Ello exigirá políticos audaces, dirigentes comunitarios valientes y organismos internacionales dispuestos a cambiar radicalmente sus métodos de trabajo. No hay excusas, ni tiempo que perder.

Colaboradores

Las fases iniciales de la Comisión contaron con la colaboración de equipos de redacción encabezados por ASG, JSh, TD, TP J y SA. LG diseñó el perfil del índice de prosperidad y porvenir del niño. Un equipo de redacción principal dirigido por AC y SLD preparó los proyectos completos, sobre la base de las aportaciones de los miembros del equipo de redacción. Todos los miembros de la Comisión participaron en la creación del contenido, el formato y la estructura general de la Comisión; la redacción y edición de los proyectos; y la formulación de conclusiones y recomendaciones. La Comisión se preparó bajo la dirección general de HC, AMC-S y AC. Un equipo de apoyo mencionado en la nota de agradecimientos se encargó de recopilar y analizar datos adicionales. Los autores son los únicos responsables de las opiniones expresadas en esta Comisión, y no representan necesariamente los puntos de vista, las decisiones ni las políticas de las instituciones a las que están asociados, ni las opiniones de la OMS o del UNICEF. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no entrañan, de parte de la Secretaría de las Naciones Unidas, juicio alguno sobre la condición jurídica de ninguno de los países o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada las fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

Declaración de intereses

Esta Comisión fue financiada por la Fundación Bill y Melinda Gates (Seattle, WA (Estados Unidos)), y todos los autores recibieron apoyo de la fundación, por conducto de la OMS, para asistir a las reuniones. AB, KR, KS, NR y JSi son funcionarios de la OMS, y SP, DBH y JR son funcionarios del UNICEF. AC recibió donaciones de la OMS y honorarios de la Fundación Bill y Melinda Gates. SLD recibió honorarios de la Fundación Bill y Melinda Gates y la OMS por la presentación de la Comisión y la labor realizada al margen del trabajo publicado. LG recibió honorarios de la Fundación Bill y Melinda Gates (por conducto de la OMS). YRS recibió honorarios de la Fundación Bill y Melinda Gates (por conducto de la OMS). SSR recibió honorarios de la Fundación Bill y Melinda Gates (por conducto de la OMS). AB recibió honorarios de la Fundación Bill y Melinda Gates (por conducto de la OMS). JB recibió honorarios de la Fundación Bill y Melinda Gates (por conducto de la OMS). JSi recibió honorarios de la Fundación Bill y Melinda Gates (por conducto de la OMS). AG recibió donaciones del Centro Para acelerar la Innovación y los Efectos, de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, UNICEF, Fundación Rockefeller y Banco Mundial, al margen del trabajo presentado. MT recibió donaciones de la Fundación Conrad Hilton, al margen del trabajo presentado. ASG cuenta con el apoyo de la Iniciativa Presidencial de Sudáfrica para la Investigación, del Departamento de Ciencia y Tecnología y de la Fundación Nacional de Investigaciones de Sudáfrica (Donación n.º 82769), así como del Consejo Sudafricano de Investigación Médica. Todos los demás autores informaron que no tenían intereses en conflicto.

Nota de agradecimiento

La Fundación Bill y Melinda Gates fue la principal fuente de financiación de esta Comisión, y sufragó gastos de viaje, alojamiento

y comidas para las reuniones de la Comisión, así como la elaboración de documentos de información general y tiempo de trabajo de investigadores adjuntos; además, SLD, LG, YRS, SSR y AC recibieron donaciones en compensación por el tiempo que dedicaron a la redacción. Esas donaciones fueron administradas por la OMS. Se invitó a los representantes de la Fundación Gates a asistir a las reuniones de la Comisión, y se los mantuvo informados de los progresos, pero no desempeñaron ninguna función en los trabajos de redacción de la Comisión. También se recibió apoyo en especie por parte de personal de la OMS y el UNICEF. Cualquier opinión, conclusión o recomendación manifestada en el presente documento es responsabilidad del autor, y la Fundación Nacional de Investigaciones de Sudáfrica no asume ninguna responsabilidad a ese respecto. AG cuenta con el apoyo de la Iniciativa Presidencial de Sudáfrica para la Investigación, del Departamento de Ciencia y Tecnología y de la Fundación Nacional de Investigaciones de Sudáfrica (Donación n.º 82769) y el Consejo Sudafricano de Investigación Médica. Deseamos agradecer a muchos otros importantes colaboradores sus aportaciones a la Comisión. En la OMS, Benn McGrady, Kate Robertson y Marcus Stahlhofer proporcionaron valiosa orientación sobre aspectos jurídicos de la sección sobre gobernanza comercial. En el UNICEF, Tamara Rusinow, Jumana Haj-Ahmad y Cristina de Carvalho Eriksson efectuaron contribuciones relativas a la participación y la colaboración de los niños. Para nuestra sección sobre el perfil de prosperidad y porvenir del niño consultamos con Paul Ekins y Arkaitz Usubiaga-Liaño, del Instituto de Recursos Sostenibles del University College de Londres (Reino Unido) y Partha Dasgupta de la Universidad de Cambridge (Reino Unido) en lo concerniente a medidas cuantitativas de sostenibilidad. Enrique Delamónica también contribuyó al desarrollo del índice de prosperidad del niño. Para el recuadro sobre las opiniones de los niños respecto de su bienestar, Paula King aportó comentarios de los niños Mokopuna Māori, de Nueva Zelanda, y Genevieve Begkoyian y sus colegas de la Oficina del UNICEF en el Líbano y la Universidad Americana de Beirut aportaron estudios de casos sobre niños en ese país. El Social Trends Institute (Nueva York, N.Y. (Estados Unidos)), el Institute for Family Studies (Charlottesville, VA, (Estados Unidos)) y Child Trends (Bethesda, MD (Estados Unidos)) facilitaron datos para el análisis, y cifras sobre características familiares. Faith Popcorn realizó aportaciones sobre perspectivas de futuro para la salud infantil. Las auxiliares de investigación Jessika Johnston y Rosemary Mamka Anyona realizaron una labor preparatoria esencial para las fases iniciales del informe. Sarah Benn Gordon se ocupó de extraer las observaciones generales relativas a la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño para la figura 3. Visualst, de Maputo (Mozambique), aportó los datos y el diseño gráfico de las figuras. Agradecemos también a Joanna Vogel, que dirigió el proceso de la Comisión durante los primeros nueve meses; a Kate Rogers por su apoyo al UNICEF, y a George Davis por su importante apoyo administrativo.

Nota editorial: el Grupo *The Lancet* tiene una posición neutral respecto de las reivindicaciones territoriales en los mapas publicados y las asociaciones institucionales.

Referencias

- Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, et al. Highquality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health* 2018; 6: e1196–252.
- Gates B. Bill Gates: why I decided to edit an issue of TIME. 4 de enero de 2018. <https://time.com/magazine/us/5087338/january-15th2018vol19Inolius/> (consultado el 28 de noviembre de 2019).
- Watts N, Amann M, Arnell N, et al. The 2018 report of the Lancet Countdown on health and climate change: shaping the health of nations for centuries to come. *Lancet* 2018; 392: 2479–514.
- OCDE. States of Fragility 2018. París: OCDE, 2018.
- Jacobs A. Opposition to BreastFeeding Resolution by U.S. Stuns World Health Officials. *New York Times*. 8 de julio de 2018. <https://www.nytimes.com/2018/07/08/health/worldhealth-breastfeedingcuadrortump.html> (consultado el 4 de diciembre de 2019).
- The Lancet. Every newborn: an executive summary for The Lancet's Series. May 20, 2014. https://elsjbsprodcdn.literatumonline.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/everynewborn_exec_summ1495710286483.pdf (consultado el 28 de noviembre de 2019).
- Olusanya BO, de Vries PJ. Nurturing care for children with developmental disabilities: a moral imperative for subSaharan Africa. *Lancet Child Adolesc Health* 2018; 2: 772–74.
- Dodds R, Denison HJ, Ntani G, et al. Birth weight and muscle strength: a systematic review and metaanalysis. *J Nutr Health Aging* 2012; 16: 609–15.
- Hanson MA, Cooper C, Aihie Sayer A, Eendebak RJ, Clough GF, Beard JR. Developmental aspects of a life course approach to healthy ageing. *J Physiol* 2016; 594: 2147–60.
- Sayer AA, Cooper C, Evans JR, et al. Are rates of ageing determined in utero? *Age Ageing* 1998; 27: 579–83.
- Calvin CM, Deary IJ, Fenton C, et al. Intelligence in youth and allcausemortality: systematic review with metaanalysis. *Int J Epidemiol* 2011; 40: 626–44.
- OMS. Sobrepeso y obesidad infantiles. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/> (consultado el 4 de diciembre de 2019).
- Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, et al. Our future: a Lancet Commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet* 2016; 387: 2423–78.
- OMS. Management of physical health conditions in adults with severe mental disorders. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
- Khan NA, Musarrat KM. Joinedup governance. In: Farazmand A, ed. *Global encyclopedia of public administration, public policy, and governance*. Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2016: 1–7.
- Belinchón F. 25 giant companies that are bigger than entire countries. 2018. <https://www.businessinsider.fr/us/25giant-companies-thatearnmorethanentirecountries20187> (consultado el 3 de enero de 2020).
- Estrategia Mundial de las Naciones Unidas para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente. Ginebra, Naciones Unidas, 2015.
- Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, et al. The UCL Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet* 2018; 392: 2606–54.
- International Society for Social Pediatrics and Child Health. Budapest declaration on the rights, health and wellbeing of children and youth on the move. Budapest: ISSOP, 2017.
- Friedrich MJ. Global impact of air pollution on children's health. *JAMA* 2018; 320: 2412.
- Lin WW, Chen ZX, Kong ML, Xie YQ, Zeng XW. Air pollution and children's health in Chinese. In: Dong GH (eds). *Ambient air pollution and health impact in China. Advances in experimental medicine and biology*. Singapur, Springer, 2017: 153–80.
- Schwartz J. Air pollution and children's health. *Pediatrics* 2004; 113 (suppl): 1037–43.
- Alston P. Statement on visit to the USA, by Professor Philip Alston, Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la pobreza extrema y los derechos humanos. 15 de diciembre de 2017. <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22533> (consultado el 28 de noviembre de 2019).
- Alston P. Statement on visit to the United Kingdom, by Professor Philip Alston, Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la pobreza extrema y los derechos humanos. 16 de noviembre de 2018. <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23881&LangID=E> (consultado el 28 de noviembre de 2019).
- Huttenlocher PR. *Neural plasticity: the effects of environment on the development of the cerebral cortex*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 2002.
- Shonkoff JP, Phillips DA. *From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development*. Washington (DC): National Academies Press, 2000.
- Almond D, Currie J, Duque V. Childhood circumstances and adult outcomes: act II. *J Econ Lit* 2018; 56: 1360–446.
- Roberts D, Brown J, Medley N, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 3: CD004454.
- Zimmermann MB. The effects of iodine deficiency in pregnancy and infancy. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2012; 26 (suppl 1): 108–17.
- Chamberlain C, O'MaraEves A, Porter J, et al. Psychosocial interventions for supporting women to stop smoking in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 2: CD001055.

31. Aris IM, Fleisch AF, Oken E. Developmental origins of disease: emerging prenatal risk factors and future disease risk. *Curr Epidemiol Rep* 2018; 5: 293–302.
32. Slopen N, Loucks EB, Appleton AA, et al. Early origins of inflammation: an examination of prenatal and childhood social adversity in a prospective cohort study. *Psychoneuroendocrinology* 2015; 51: 403–13.
33. AlvaradoCruz I, AlegríaTorres JA, MontesCastro N, JiménezGarza O, QuintanillaVega B. Environmental epigenetic changes, as risk factors for the development of diseases in children: a systematic review. *Ann Glob Health* 2018; 84: 212–24.
34. Almond D, Edlund L, Palme M. Chernobyl's subclinical legacy: prenatal exposure to radioactive fallout and school outcomes in Sweden. *Q J Econ* 2009; 124: 1729–72.
35. Hoynes H, Schanzenbach DW, Almond D. Longrun impacts of childhood access to the safety net. *Am Econ Rev* 2016; 106: 903–34.
36. Maluccio JA, Hodinott J, Behrman JR, Martorell R, Quisumbing AR, Stein AD. The impact of improving nutrition during early childhood on education among Guatemalan adults. *Econ J (Lond)* 2009; 119: 734–63.
37. Victora CG, Adair L, Fall C, et al. Maternal and child undernutrition: consequences for adult health and human capital. *Lancet* 2008; 371: 340–57.
38. Nandi A, Bhalotra S, Deolalikar AB, Laxminarayan R. The human capital and productivity benefits of early childhood nutritional interventions. In: Bundy DAP, de Silva N, Horton S, Jamison DT, Patton GC, editors. *Child and adolescent health and development*. Washington (DC): Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2017.
39. Marphatia AA, Cole TJ, GrijalvaEternod C, Wells JCK. Associations of gender inequality with child malnutrition and mortality across 96 countries. *Glob Health Epidemiol Genom* 2016; 1: e6.
40. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, et al. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet* 2017; 389: 77–90.
41. OMS. Cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia: un marco para ayudar a los niños a sobrevivir y prosperar para transformar la salud y el potencial humano: resumen ejecutivo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
42. Gertler P, Heckman J, Pinto R, et al. Labor market returns to an early childhood stimulation intervention in Jamaica. *Science* 2014; 344: 998–1001.
43. Heckman JJ, Moon SH, Pinto R, Savellyev PA, Yavitz A. The rate of return to the HighScope Perry preschool program. *J Public Econ* 2010; 94: 114–28.
44. Heckman JJ. Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children. *Science* 2006; 312: 1900–02.
45. Heckman J, Pinto R, Savellyev P. Understanding the mechanisms through which an influential early childhood program boosted adult outcomes. *Am Econ Rev* 2013; 103: 2052–86.
46. Garcia JL, Heckman JJ, Leaf DE, Prados MJ. Quantifying the Life-cycle Benefits of a Prototypical Early Childhood Program: National Bureau of Economic Research, Inc, NBER Working Papers: 23479; 2017.
47. Akresh R, Halim D, Kleemans M. Longterm and intergenerational effects of education: Evidence from school construction in Indonesia. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2018.
48. Bailey D, Duncan GJ, Odgers CL, Yu W. Persistence and fadeout in the impacts of child and adolescent interventions. *J Res Educ Eff* 2017; 10: 7–39.
49. Heckman J. The economics of inequality: the value of early childhood education. *Am Educ* 2011; 35: 31–35.
50. Helliwell J, Layard R, Sach J. The world happiness report 2017. Nueva York, NY: Sustainable Development Solutions Network, 2017.
51. Black RE, Levin C, Walker N, et al. Reproductive, maternal, newborn, and child health: key messages from *Disease Control Priorities 3rd Edition*. *Lancet* 2016; 388: 2811–24.
52. Horton S, Levin C. Costeffectiveness of interventions for reproductive, maternal, neonatal, and child health. In: Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N, eds. *Reproductive, maternal, newborn, and child health: disease control priorities, vol 2, 3rd edn*. Washington, DC: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2016.
53. Liu L, Oza S, Hogan D, et al. Global, regional, and national causes of under5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet* 2016; 388: 3027–35.
54. Richter LM, Daelmans B, Lombardi J, et al. Investing in the foundation of sustainable development: pathways to scale up for early childhood development. *Lancet* 2017; 389: 103–18.
55. Cropper M, Hammitt JK, Robinson LA. Valuing mortality risk reductions: progress and challenges. *Annu Rev Resour Econ* 2011; 3: 313–36.
56. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. *Lancet* 2013; 382: 1898–955.
57. Stenberg K, Sweeny K, Axelson H, Temmerman M, Sheehan P. Returns on investment in the continuum of care for reproductive, maternal, newborn, and child health. In: Black RE, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N, eds. *Reproductive, maternal, newborn, and child health: disease control priorities, vol 2, 3rd edn*. Washington, DC: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2016.
58. Stenberg K, Axelson H, Sheehan P, et al. Advancing social and economic development by investing in women's and children's health: a new Global Investment Framework. *Lancet* 2014; 383: 1333–54.
59. Hanushek EA, Woessmann L. The Role of cognitive skills in economic development. *J Econ Lit* 2008; 46: 607–68.
60. International Commission on Financing Global Education Opportunity. *The learning generation: investing in education for a changing world*. Nueva York, NY: The Education Commission, 2016.
61. Bundy DAP, de Silva N, Horton S, et al. Investment in child and adolescent health and development: key messages from *Disease Control Priorities, 3rd Edition*. *Lancet* 2018; 391: 687–99.
62. Brooker SJ, Clarke S, Fernando D, et al. Malaria in middle childhood and adolescence. In: Bundy DAP, Silva N, Horton S, Jamison DT, Patton GC, eds. *Child and Adolescent Health and Development*. Washington (DC): Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2017.
63. Bundy DAP, Appleby Laura J, Bradley M, et al. Mass deworming programs in middle childhood and adolescence. In: Bundy DAP, Silva N, Horton S, Jamison DT, Patton GC, eds. *Child and Adolescent Health and Development*. Washington (DC): Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2017.
64. Baird S, Hicks JH, Kremer M, Miguel E. Worms at work: longrun impacts of a child health investment. *Q J Econ* 2016; 131: 1637–80.
65. Bärnighausen T, Berkley S, Bhutta ZA, et al. Reassessing the value of vaccines. *Lancet Glob Health* 2014; 2: e251–52.
66. Bleakley H. Malaria eradication in the americas: a retrospective analysis of childhood exposure. *Am Econ J Appl Econ* 2010; 2: 1–45.
67. Clarke SE, Jukes MCH, Kiambo Njagi J, et al. Effect of intermittent preventive treatment of malaria on health and education in schoolchildren: a clusterrandomised, doubleblind, placebocontrolled trial. *Lancet* 2008; 372: 127–38.
68. Sheehan P, Sweeny K, Rasmussen B, et al. Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents. *Lancet* 2017; 390: 1792–806.
69. Bronfenbrenner U. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979.
70. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (ONU-Hábitat). *The challenge of slums: global report on human settlements 2003*. London and Sterling, VA: Earthscan Publications Ltd, 2003.
71. Montgomery MR. *Urban poverty and health in developing countries*. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2009.
72. Schraufnagel DE, Balmes JR, Cowl CT, et al. Air pollution and noncommunicable diseases: a review by the Forum of International Respiratory Societies' Environmental Committee, part 1: the damaging effects of air pollution. *Chest* 2019; 155: 409–16.
73. Dick S, Friend A, Dynes K, et al. A systematic review of associations between environmental exposures and development of asthma in children aged up to 9 years. *BMJ Open* 2014; 4: e006554.

74. Gascon M, Vrijheid M, Nieuwenhuijsen MJ. The built environment and child health: an overview of current evidence. *Curr Environ Health Rep* 2016; 3: 250–57.
75. OMS. Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial, 2018. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
76. Minh A, Muhajarine N, Janus M, Brownell M, Guhn M. A review of neighborhood effects and early child development: How, where, and for whom, do neighborhoods matter? *Health Place* 2017; 46: 155–74.
77. Villanueva K, Badland H, Kvalsvig A, et al. Can the neighborhood built environment make a difference in children's development? Building the research agenda to create evidence for placebased children's policy. *Acad Pediatr* 2016; 16: 10–19.
78. Christian H, Zubrick SR, Foster S, et al. The influence of the neighborhood physical environment on early child health and development: a review and call for research. *Health Place* 2015; 33: 25–36.
79. UNICEF. Manual de UNICEF para las Comunidades y Ciudades Amigas de la Infancia. Ginebra, Nueva York, NY: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018.
80. Sallis JF, Cerin E, Conway TL, et al. Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: a cross-sectional study. *Lancet* 2016; 387: 2207–17.
81. Kurka JM, Adams MA, Todd M, et al. Patterns of neighborhood environment attributes in relation to children's physical activity. *Health Place* 2015; 34: 164–70.
82. Masoumi HE. Associations of built environment and children's physical activity: a narrative review. *Rev Environ Health* 2017; 32: 315–31.
83. Timperio A, Reid J, Veitch J. Playability: built and social environment features that promote physical activity within children. *Curr Obes Rep* 2015; 4: 460–76.
84. Brooker L, Woodhead M. Right to play. Milton Keynes: The Open University, 2013.
85. Dadvand P, Nieuwenhuijsen MJ, Esnaola M, et al. Green spaces and cognitive development in primary schoolchildren. *Proc Natl Acad Sci USA* 2015; 112: 7937–42.
86. Gascon M, TrigueroMas M, Martínez D, et al. Mental health benefits of longterm exposure to residential green and blue spaces: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2015; 12: 4354–79.
87. Lachowycz K, Jones AP. Greenspace and obesity: a systematic review of the evidence. *Obes Rev* 2011; 12: e183–89.
88. Penney TL, AlmironRoig E, Shearer C, McIsaac JL, Kirk SF. Modifying the food environment for childhood obesity prevention: challenges and opportunities. *Proc Nutr Soc* 2014; 73: 226–36.
89. Rothman L, Buliung R, Macarthur C, To T, Howard A. Walking and child pedestrian injury: a systematic review of built environment correlates of safe walking. *Inj Prev* 2014; 20: 41–49.
90. OMS. Burden of disease from household air pollution for 2016. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
91. OIE. World energy outlook 2017. París, Organismo Internacional de Energía, 2017.
92. Goldizen FC, Sly PD, Knibbs LD. Respiratory effects of air pollution on children. *Pediatr Pulmonol* 2016; 51: 94–108.
93. Lelieveld J, Haines A, Pozzer A. Agedependent health risk from ambient air pollution: a modelling and data analysis of childhood mortality in middleincome and lowincome countries. *Lancet Planet Health* 2018; 2: e292–300.
94. Huang C, Moran AE, Coxson PG, et al. Potential cardiovascular and total mortality benefits of air pollution control in urban China. *Circulation* 2017; 136: 1575–84.
95. de Bont J, Casas M, BarreraGómez J, et al. Ambient air pollution and overweight and obesity in schooled children in Barcelona, España. *Environ Int* 2019; 125: 58–64.
96. Alderete TL, Chen Z, ToledoCorral CM, et al. Ambient and traffic-related air pollution exposures as novel risk factors for metabolic dysfunction and type 2 diabetes. *Curr Epidemiol Rep* 2018; 5: 79–91.
97. Forns J, Dadvand P, Esnaola M, et al. Longitudinal association between air pollution exposure at school and cognitive development in school children over a period of 3–5 years. *Environ Res* 2017; 159: 416–21.
98. Sunyer J, Esnaola M, AlvarezPedrerol M, et al. Association between trafficrelated air pollution in schools and cognitive development in primary school children: a prospective cohort study. *PLoS Med* 2015; 12: e1001792.
99. Perera F, Ashrafi A, Kinney P, Mills D. Towards a fuller assessment of benefits to children's health of reducing air pollution and mitigating climate change due to fossil fuel combustion. *Environ Res* 2019; 172: 55–72.
100. Perera FP, Li Z, Whyatt R, et al. Prenatal airborne polycyclic aromatic hydrocarbon exposure and child IQ at age 5 years. *Pediatrics* 2009; 124: e195–202.
101. Berhane K, Chang CC, McConnell R, et al. Association of changes in air quality with bronchitic symptoms in children in California, 1993–2012. *JAMA* 2016; 315: 1491–501.
102. Gauderman WJ, Urman R, Avol E, et al. Association of improved air quality with lung development in children. *N Engl J Med* 2015; 372: 905–13.
103. Jia R, Ku H. Is China's pollution the culprit for the choking of South Korea? Evidence from the Asian dust. *Econ J (Lond)* 2019; 129: 3154–88.
104. Shenoda S, Nathawad R, Spencer N, Mercer R, Goldhagen J. A global agenda for child health: translating the sustainable development goals and child rights into practice. International Society for Social Pediatrics and Child Health, 2016. <https://www.issop.org/2016/08/15/issoppositionstatement7sdgschildrights/> (consultado el 19 de diciembre de 2019).
105. Comité de los Derechos del Niño. Observación general n.º 15 (2013) https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=5&DocTypeID=11 (consultado el 28 de noviembre de 2019).
106. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Base de datos de los órganos de tratados de las Naciones Unidas, 2019. <https://tbinternet.ohchr.org/SitePages/Home.aspx> (consultado el 28 de noviembre de 2019).
107. UNICEF. The births of around one fourth of the global population of children under five have never been registered. Datos: UNICEF, 2017. <https://data.unicef.org/topic/childprotection/birthregistration/> (consultado el 28 de noviembre de 2019).
108. Mackenzie C, Rogers W, Dodds S. Introduction: what is vulnerability, and why does it matter for moral theory? In: Mackenzie C, Rogers W, Dodds S, eds. *Vulnerability: new essays in ethics and feminist philosophy*. Nueva York, NY: Oxford University Press, 2014.
109. Tellyn L. The grownups have failed miserably on climate change – so us kids are going on strike to save the planet. *The Independent*. Feb 14, 2019. <https://www.independent.co.uk/voices/climate-change/protest/strike/globalwarming/childrengreta-thunberga8779221.html> (consultado el 28 de noviembre de 2019).
110. Witter S, Bukokke J. Children's perceptions of poverty, participation, and local governance in Uganda. *Dev Pract* 2004; 14: 645–59.
111. Shier H, Méndez MH, Centeno M, Arróliga I, González M. How children and young people influence policymakers: lessons from Nicaragua. *Child Soc* 2014; 28: 1–14.
112. UNICEF. The participation of children and young people in UNICEF country programme and national committee activities. Nueva York, NY: UNICEF, 2009.
113. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Perspectivas de la Población Mundial, junio de 2019. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_10KeyFindings.pdf (consultado el 28 de noviembre de 2019).
114. Lundy L. 'Voice' is not enough: conceptualising Article 12 of the United Nations Convention on the Rights of the Child. *Br Educ Res J* 2007; 33: 927–42.
115. Rees G, Main G (eds). Children's views on their lives and wellbeing in 15 countries: an initial report on the Children's Worlds survey, 2013–14. York: Children's Worlds Project (ISCWeB), 2015. http://www.isciweb.org/_Uploads/dbsAttachedFiles/10and12FullReport.pdf (consultado el 3 de enero de 2020).
116. Adams S, Savahl S, Fattore T. Children's representations of nature using photovoice and community mapping: perspectives from South Africa. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2017; 12: 1333900.

117. Global Child. The global child rights dialogue. Victoria, BC: University of Victoria, 2018.
118. Smith LC, Haddad L. Reducing child undernutrition: past drivers and priorities for the postMDG era. *World Dev* 2015; 68: 180–204.
119. UNICEF. Orphans. 16 de junio de 2017. https://www.unicef.org/media/media_45279.html (consultado el 18 de abril de 2019).
120. Social Trends Institute. World family map 2017: mapping family change and child wellbeing outcomes. Nueva York, NY y Barcelona: Social Trends Institute, 2017.
121. OMS. Nota descriptiva: El embarazo en la adolescencia. 23 de febrero de 2018. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy> (consultado el 18 de abril de 2019).
122. Fellmeth G, RoseClarke K, Zhao C, et al. Health impacts of parental migration on leftbehind children and adolescents: a systematic review and metaanalysis. *Lancet* 2018; 392: 2567–82.
123. OCDE. The future of families to 2030: a synthesis report. París, Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, International Futures Programme, 2011.
124. Heymann J, Levy JK, Bose B, et al. Improving health with programmatic, legal, and policy approaches to reduce gender inequality and change restrictive gender norms. *Lancet* 2019; 393: 2522–34.
125. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of pastyear violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics* 2016; 137: e20154079.
126. UNICEF. Hidden in Plain Sight: A statistical analysis of violence against children. Nueva York, NY: UNICEF, 2014.
127. Hillis SD, Mercy JA, Saul JR. The enduring impact of violence against children. *Psychol Health Med* 2017; 22: 393–405.
128. Afifi TO, Fortier J, Sareen J, Taillieu T. Associations of harsh physical punishment and child maltreatment in childhood with antisocial behaviors in adulthood. *JAMA Netw Open* 2019; 2: e187374.
129. Abimbola S. Beyond positive a priori bias: reframing community engagement in LMICs. *Health Promot Int* 2019; publicado en línea el 14 de abril. DOI:10.1093/heapro/daz023.
130. Lu Gram, Adam Fitchett, Asma Ashraf, Nayreen Daruwalla, David Osrin. Promoting women's and children's health through community groups in lowincome and middleincome countries: a mixedmethods systematic review of mechanisms, enablers and barriers. *BMJ Global Health* 2019; 4: e001972.
131. Navarro V. A critique of the ideological and political positions of the Willy Brandt Report and the WHO Alma Ata Declaration. *Soc Sci Med* 1984; 18: 467–74.
132. Saha S, Annear PL, Pathak S. The effect of selfhelp groups on access to maternal health services: evidence from rural India. *Int J Equity Health* 2013; 12: 36.
133. Prost A, Colbourn T, Seward N, et al. Women's groups practising participatory learning and action to improve maternal and newborn health in lowresource settings: a systematic review and metaanalysis. *Lancet* 2013; 381: 1736–46.
134. OMS. WHO Recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
135. Tripathy P, Nair N, Sinha R, et al. Effect of participatory women's groups facilitated by Accredited Social Health Activists on birth outcomes in rural eastern India: a clusterrandomised controlled trial. *Lancet Glob Health* 2016; 4: e119–28.
136. Dangour AD, Watson L, Cumming O, Boisson S, Che Y, Velleman Y, et al. Interventions to improve water quality and supply, sanitation and hygiene practices, and their effects on the nutritional status of children. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 8: CD009382.
137. Patil SR, Arnold BF, Salvatore AL, et al. The effect of India's total sanitation campaign on defecation behaviors and child health in rural Madhya Pradesh: a cluster randomized controlled trial. *PLoS Med* 2014; 11: e1001709.
138. Pickering AJ, Null C, Winch PJ, et al. The WASH Benefits and SHINE trials: interpretation of WASH intervention effects on linear growth and diarrhoea. *Lancet Glob Health* 2019; 7: e1139–46.
139. Freedman L, McNab S. Maternal newborn health and the urban poor: a global scoping. Nueva York NY: Columbia University, 2017.
140. More NS, Das S, Bapat U, et al. Community resource centres to improve the health of women and children in informal settlements in Mumbai: a clusterrandomised, controlled trial. *Lancet Glob Health* 2017; 5: e335–49.
141. Gilmore B, McAuliffe E. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low and middleincome countries: a systematic review. *BMC Public Health* 2013; 13: 847.
142. Yousafzai AK, Rasheed MA, Rizvi A, Armstrong R, Bhutta ZA. Effect of integrated responsive stimulation and nutrition interventions in the Lady Health Worker programme in Pakistan on child development, growth, and health outcomes: a cluster-randomised factorial effectiveness trial. *Lancet* 2014; 384: 1282–93.
143. Gottlieb LM, Hessler D, Long D, et al. Effects of social needs screening and inperson service navigation on child health. *JAMA Pediatrics* 2016; 170: e162521.
144. Agarwal S, Kirk K, Sripad P, Bellows B, Abuya T, Warren C. Setting the global research agenda for community health systems: literature and consultative review. *Hum Resour Health* 2019; 17: 22.
145. Ballard M, Montgomery P. Systematic review of interventions for improving the performance of community health workers in low-income and middleincome countries. *BMJ Open* 2017; 7: e014216.
146. Scott K, Beckham SW, Gross M, et al. What do we know about communitybased health worker programs? A systematic review of existing reviews on community health workers. *Hum Resour Health* 2018; 16: 39.
147. Horwood C, Butler L, Barker P, et al. A continuous quality improvement intervention to improve the effectiveness of community health workers providing care to mothers and children: a cluster randomised controlled trial in South Africa. *Hum Resour Health* 2017; 15: 39.
148. Poštuvan V, Podlogar T, Zadavec Šedivy N, De Leo D. Suicidal behaviour among sexualminority youth: a review of the role of acceptance and support. *Lancet Child Adolesc Health* 2019; 3: 190–98.
149. Cislighi B, Denny EK, Cissé M, et al. Changing social norms: the importance of «organized diffusion» for scaling up community health promotion and women empowerment interventions. *Prev Sci* 2019; 20: 936–46.
150. Cooke B, Kothari U. Participation: the new tyranny? Nueva York, NY: Zed Books, 2007.
151. Hickey S, Mohan G. Participation: from tyranny to transformation: exploring new approaches to participation in development. Oxford: Zed Books, 2013.
152. Costello A. The social edge. London: Thornwick Press, 2018.
153. Bold T, Kimenyi M, Mwangi G, Ng'ang'a A, Sandefur J. Experimental evidence on scaling up education reforms in Kenya. *J Public Econ* 2018; 168: 1–20.
154. Romero M, Sandefur J, Sandholtz WA. Outsourcing service delivery in a fragile state: experimental evidence from Liberia. 6 de febrero de 2018. <https://www.riseprogramme.org/sites/www.riseprogramme.org/files/inlinefiles/Romero.pdf> (consultado el 28 de noviembre de 2019).
155. Vivalt E. How much can we generalize from impact evaluations? June 27, 2019. <http://evavivalt.com/wpcontent/uploads/HowMuchCanWeGeneralize.pdf> (consultado el 29 de noviembre de 2019).
156. Mills A. Health care systems in low and middleincome countries. *N Engl J Med* 2014; 370: 552–57.
157. Lipsky M. Streetlevel bureaucracy. Dilemmas of the individual in public service. Nueva York, NY: Russell Sage Found, 1989.
158. Delfgaauw J, Dur R. Managerial talent, motivation, and self selection into public management. *J Public Econ* 2010; 94: 654–60.
159. Witter S, Fretheim A, Kessy FL, Lindahl AK. Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low and middleincome countries. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 2: CD007899.
160. Deserranno E. Financial incentives as signals: experimental evidence from the recruitment of village promoters in Uganda. *Am Econ J Appl Econ* 2018 11: 277–317.
161. Bertrand M, Burgess R, Chawla A, Xu G. The glittering prizes: career incentives and bureaucrat performance. *Rev Econ Stud*, 2019; publicado en línea el 25 de mayo. DOI:10.1093.rdz029.

162. Rasul I, Rogger D. Management of bureaucrats and public service delivery: evidence from the Nigerian civil service. *Econ J (Lond)* 2018; 128: 413–46.
163. Rasul I, Rogger DO, Williams MJ. Management and bureaucratic effectiveness: evidence from the Ghanaian civil service. Documentos de trabajo sobre investigaciones relativas a políticas de desarrollo: 8595. Washington, DC, Banco Mundial, 2018.
164. Doherty T, Tran N, Sanders D, et al. Role of district health management teams in child health strategies. *BMJ* 2018; 362: k2823.
165. PowellJackson T, Purohit B, Saxena D, et al. Measuring management practices in India's district public health bureaucracy. *Soc Sci Med* 2019; 220: 292–300.
166. Organización Internacional del Trabajo. Recomendación relativa a los pisos nacionales de protección social, 2012 (núm. 202), 2012. https://www.ilo.org/ecsoc/areasofwork/legal-advice/WCMS_205341/langen/index.htm (consultado el 28 de noviembre de 2019).
167. Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019: La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2017.
168. Organización Internacional del Trabajo. Can lowincome countries afford basic social security? Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2008.
169. KnoxVydmanov C. The price of income security in older age: cost of a universal pension in 50 low and middleincome countries. London: HelpAge International, 2011.
170. Stenberg K, Hanssen O, TanTorres Edejer T, et al. Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 lowincome and middleincome countries. *Lancet Glob Health* 2017; 5: e875–87.
171. Sachs J, FajansTurner V, Smith T, KennedyCuomo C, Parejo T, Loni SS. Closing the SDG budget gap. Paris: Sustainable Development Solutions Network, 2018.
172. Xu K, Soucat A, Kutzin J, et al. Public spending on health: a closer look at global trends. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
173. OMS. Informe sobre la salud en el mundo - Financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2010.
174. World Vision. Counting pennies: A review of official development assistance to end violence against children. 24 de mayo de 2017. <https://www.wvi.org/publication/countingpenniesreviewofficialdevelopmentassistanceendviolenceagainstchildren> (consultado el 28 de noviembre de 2019).
175. Sriram V, Topp SM, Schaaf M, et al. 10 best resources on power in health policy and systems in low and middleincome countries. *Health Policy Plan* 2018; 33: 611–21.
176. Croke K. The political economy of child mortality decline in Tanzania and Uganda, 1995–2007. *Stud Comp Int Dev* 2012; 45: 441–63.
177. Dalglish SL, Surkan PJ, Diarra A, Harouna A, Bennett S. Power and pro-poor policies: the case of iCCM in Niger. *Health Policy Plan* 2015; 30 (suppl 2): ii84–94.
178. Reich MR. The politics of health sector reform in developing countries: three cases of pharmaceutical policy. *Health Policy* 1995; 32: 47–77.
179. Shiffman J, Garcés del Valle AL. Political history and disparities in safe motherhood between Guatemala and Honduras. *Popul Dev Rev* 2006; 32: 53–80.
180. Dieleman JL, Campbell M, Chapin A, et al. Future and potential spending on health 2015–40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet* 2017; 389: 2005–30.
181. Dieleman JL, Sadat N, Chang AY, et al. Trends in future health financing and coverage: future health spending and universal health coverage in 188 countries, 2016–40. *Lancet* 2018; 391: 1783–98.
182. Barroy H, Kutzin J, Tandon A, et al. Assessing fiscal space for health in the SDG era: a different story. *Health Syst Reform* 2018; 4: 4–7.
183. Comisión sobre Determinantes sociales de la salud. Subsancar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Comisión sobre Determinantes sociales de la salud - Informe Final. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
184. OMS. Global Health Expenditure Database. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019.
185. Stenberg K, Elovainio R, Chisholm D, et al. Responding to the challenge of resource mobilization mechanisms for raising additional domestic resources for health. 2010. <https://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/13Innovatedomfinancing.pdf> (consultado el 3 de diciembre de 2019).
186. Fondo Monetario Internacional. Movilización de ingresos en los países en desarrollo. Washington, DC: FMI, 2011.
187. Cummins M. Child-focused public expenditure measurement: a compendium of country initiatives. Nueva York, NY: UNICEF, 2016.
188. Kuruvilla S, Schweitzer J, Bishai D, et al. Success factors for reducing maternal and child mortality. *Bull World Health Organ* 2014; 92: 533–44B.
189. Acosta AsMa, Fanzo J. Fighting maternal and child malnutrition: analysing the political and institutional determinants of delivering a national multisectoral response in six countries. London, UK: Institute of Development Studies, 2012.
190. OCDE. Youth Inclusion Project. 2017. <http://www.oecd.org/dev/inclusivesocietiesanddevelopment/youthinclusionproject.htm> (consultado el 28 de noviembre de 2019).
191. Aidoo AA. Positioning ECD nationally: Trends in selected African countries. Nueva York, NY: Banco Mundial, 2008.
192. Baker P, Hawkes C, Wingrove K, Demaio AR, Parkhurst J, Thow AM, et al. What drives political commitment for nutrition? A review and framework synthesis to inform the United Nations Decade of Action on Nutrition. *BMJ Glob Health* 2018; 3: e000485.
193. Hoey L, Pelletier DL. Bolivia's multisectoral Zero Malnutrition Program: insights on commitment, collaboration, and capacities. *Food Nutr Bull* 2011; 32 (suppl): S70–81.
194. VargasBarón E. Policies on early childhood care and education: their evolution and some impacts. Washington, DC: The RISE Institute, 2015.
195. Torkington K. Towards the localization of the SDGs: Local and Regional Governments' report to the 2018 HLPF 2nd report. Hague: Global Taskforce of local and regional governments; 2018.
196. VargasBarón E, Schipper J. Review of policy and planning indicators in early childhood. Washington, DC: The Rise Institute, 2012.
197. Glandon D, Meghani A, Jessani N, Qiu M, Bennett S. Identifying health policy and systems research priorities on multisectoral collaboration for health in lowincome and middleincome countries. *BMJ Global Health* 2018; 3: e000970e.
198. Milman HM, Castillo CA, Sansotta AT, Delpiano PV, Murray J. Scaling up an early childhood development programme through a national multisectoral approach to social protection: lessons from Chile Crece Contigo. *BMJ* 2018; 363: k4513.
199. UNICEF, Banco Mundial. Integrating a child focus into poverty and social impact analysis (PSIA). Washington, DC: Banco Mundial, 2011.
200. Mercer R, Hertzman C, Molina H, Vaghri Z. Promoting equity from the start through early child development and health in all policies (ECDHiAP). In: Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S, eds. Health in all policies: seizing opportunities, implementing policies. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 2013.
201. Rasanathan K, Atkins V, Mwansambo C, Soucat A, Bennett S. Governing multisectoral action for health in lowincome and middleincome countries: an agenda for the way forward. *BMJ Glob Health* 2018; 3 (suppl 4): e000890.
202. Kickbusch I. Health in all policies: the evolution of the concept of horizontal health governance. Implementing Health in All Policies: Adelaide 2010. Adelaide, SA: Department of Health, Government of South Australia, 2010: 11–23.
203. Weiss D, Lillefjell M, Magnus E. Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs a scoping review at the local community level. *BMC Public Health* 2016; 16: 140.

204. El Arifeen S, Christou A, Reichenbach L, et al. Communitybased approaches and partnerships: innovations in healthservice delivery in Bangladesh. *Lancet* 2013; 382: 2012–26.
205. Hipgrave D, Guo S, Mu Y, et al. Chineseestyle decentralization and health system reform. *PLoS Med* 2012; 9: e1001337.
206. Aspinall E. Health care and democratization in Indonesia. *Democratization* 2014; 21: 803–23.
207. Kwamie A, van Dijk H, Ansah EK, Agyepong IA. The path dependence of district manager decisionspace in Ghana. *Health Policy Plan* 2016; 31: 356–66.
208. Neuman M. Governance of early childhood education and care: recent developments in OECD countries. *Early Years*. 2005; 25: 129–41.
209. Banco Mundial. Devolution without disruption: pathways trabajo a successful new Kenya. Washington, DC: Banco Mundial, 2012.
210. Nasution A. Government Decentralization Program in Indonesia. Tokyo: Asian Development Bank Institute, 2016.
211. Child Frontiers. Mapping and analysis of the child protection system in Sierra Leone. Hong Kong: Child Frontiers, 2010.
212. Wessells MG, Lamin DFM, King D, Kostelny K, Stark L, Lilley S. The disconnect between communitybased child protection mechanisms and the formal child protection system in rural Sierra Leone: challenges to building an effective national child protection system. *Vulnerable Child Youth Stud* 2012; 7: 211–27.
213. Canavera M, Lanning K, Polin K, Stark L. ‘And then they left’: challenges to child protection systems strengthening in South Sudan. *Child Soc* 2016; 30: 356–68.
214. Guerra E. Citizenship knows no age: children’s participation in the governance and municipal budget of Barra Mansa, Brazil. *Environ Urban* 2002; 14: 71–84.
215. Nour OEHM. Building Child Friendly Cities in the MENA region. *Int Rev Educ* 2013; 59: 489–504.
216. Maclure R, Sotelo M. Youth gangs in Nicaragua: gang membership as structured individualization. *J Youth Stud* 2004; 7: 417–32.
217. Harris J, Drimie S. Toward an integrated approach for addressing malnutrition in Zambia: a literature review and institutional analysis. Washington, DC: International Food Policy Research Institute, 2012.
218. Hardy B, MurVeemanu I, Steenberg M, Wistow G. Interagency services in England and The Netherlands. A comparative study of integrated care development and delivery. *Health Policy* 1999; 48: 87–105.
219. Warner M, Gould N. Integrating health in all policies at the local level: using network governance to create ‘virtual reorganization by design’. Policy Innovation for Health New York. Nueva York, NY: Springer, 2009: 125–63.
220. Samuels F, Amaya AB, Balabanova D. Drivers of health system strengthening: learning from implementation of maternal and child health programmes in Mozambique, Nepal and Rwanda. *Health Policy Plan* 2017; 32: 1015–31.
221. Healey K. Linking children’s health and education: progress and challenges in London. London: King’s Fund, 2004.
222. National League of Cities. Municipal leadership for children and families in small and midsized cities. Washington DC: Institute for Youth, Education & Families, 2013.
223. Rantala R, Bortz M, Armada F. Intersectoral action: local governments promoting health. *Health Promot Int* 2014; 29 (suppl 1): i92–102.
224. Frenk J, Moon S. Governance challenges in global health. *N Engl J Med* 2013; 368: 936–42.
225. Costello A, Dalglish S. Towards a grand convergence for child survival and health: a strategic review of options for the future building on lessons learnt from IMNCL. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016.
226. Reynaert D, Bie MBD, Vandeveld S. Between ‘believers’ and ‘opponents’: critical discussions on children’s rights. *Int J Childrens Rights* 2012; 20: 155.
227. Tisdall EKM. Children’s rights and children’s wellbeing: equivalent policy concepts? *J Soc Policy* 2015; 44: 807–23.
228. Sen AK. Development as freedom. Oxford: Oxford University Press, 2001.
229. Alfvén T, Dahlstrand J, Humphreys D, et al. Placing children and adolescents at the centre of the Sustainable Development Goals will deliver for current and future generations. *Glob Health Action* 2019; 12: 1670015.
230. Marten R, Kadandale S, Nordström A, Smith RD. Shifting global health governance towards the sustainable development goals. *Bull World Health Organ* 2018; 96: 798A.
231. Shiffman J, Quissell K, Peter Schmitz H, et al. The emergence and effectiveness of global health networks: findings and future research. *Health Policy Plan* 2016; 31 (suppl 1): i110–23.
232. Nunes AR, Lee K, O’Riordan T. The importance of an integrating framework for achieving the Sustainable Development Goals: the example of health and wellbeing. *BMJ Glob Health*. 2016; 1: e000068.
233. Blomstedt Y, Bhatta ZA, Dahlstrand J, et al. Partnerships for child health: capitalising on links between the sustainable development goals. *BMJ* 2018; 360: k125.
234. Kickbusch I, Szabo MM. A new governance space for health. *Glob Health Action* 2014; 7: 23507.
235. Shawar YR, Shiffman J. Generation of global political priority for early childhood development: the challenges of framing and governance. *Lancet* 2017; 389: 119–24.
236. Taylor ME, Schumacher R, Davis N. Mapping global leadership in child health. Washington, DC: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, 2016.
237. Dieleman JL, Schneider MT, Haakenstad A, et al. Development assistance for health: past trends, associations, and the future of international financial flows for health. *Lancet* 2016; 387: 2536–44.
238. Sridhar D, Batniji R. Misfinancing global health: a case for transparency in disbursements and decision making. *Lancet* 2008; 372: 1185–91.
239. Costello A, Peterson S, Rasanathan K, Daelmans B, Bahl R. Where’s the leadership? Future commitments of UNICEF and WHO for global child health. *BMJ* 2018; 362: k3219.
240. Acharya A. How ideas spread: whose norms matter? Norm localization and institutional change in Asian regionalism. *Int Organ* 2004; 58: 239–75.
241. Acharya A. The emerging regional architecture of world politics. *World Polit* 2007; 59: 629–52.
242. Kickbusch I. Addressing the interface of the political and commercial determinants of health. *Health Promot Int* 2012; 27: 427–28.
243. Ottersen OP, Dasgupta J, Blouin C, et al. The political origins of health inequity: prospects for change. *Lancet* 2014; 383: 630–67.
244. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet* 2016; 387: 491–504.
245. Gantz W, Schwartz N, Angelini J, Rideout V. Food for thought: television food advertising to children in the United States. San Francisco, CA: Kaiser Family Foundation, 2007.
246. Jenkin G, Madhvani N, Signal L, Bowers S. A systematic review of persuasive marketing techniques to promote food to children on television. *Obes Rev* 2014; 15: 281–93.
247. Lapierre MA, FlemingMilici F, Rozendaal E, McAlister AR, Castonguay J. The effect of advertising on children and adolescents. *Pediatrics* 2017; 140 (suppl 2): S152–56.
248. Maheshwari S. Online and making thousands at age 4; meet the Kidfluencers. New York Times, 1 de marzo de 2019. <https://www.nytimes.com/2019/03/01/business/media/socialmediainfluencerskids.html> (consultado el 28 de noviembre de 2019).
249. Casswell S. Vested interests in addiction research and policy. Why do we not véase the corporate interests of the alcohol industry as clearly as we véase those of the tobacco industry? *Addiction* 2013; 108: 680–85.
250. Moodie R, Stuckler D, Monteiro C, et al. Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra processed food and drink industries. *Lancet* 2013; 381: 670–79.
251. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, et al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. *Lancet* 2011; 378: 804–14.
252. Whitaker K, Webb D, Linou N. Commercial influence in control of noncommunicable diseases. *BMJ* 2018; 360: k110.

253. BacardiGascón M, JiménezCruz A. TV food advertising geared to children in LatinAmerican countries and Hispanics in the USA: a review. *Nutr Hosp* 2015; 31: 1928–35.
254. Kelly B, Freeman B, King L, Chapman K, Baur LA, Gill T. Television advertising, not viewing, is associated with negative dietary patterns in children. *Pediatr Obes* 2016; 11: 158–60.
255. Pournaghi Azar F, Mamizadeh M, Nikniaz Z, et al. Content analysis of advertisements related to oral health in children: a systematic review and metaanalysis. *Public Health* 2018; 156: 109–16.
256. AlMazyad M, Flannigan N, Burnside G, Higham S, Boyland E. Food advertisements on UK television popular with children: a content analysis in relation to dental health. *Br Dent J* 2017; 222: 171–76.
257. Potvin Kent M, Velkers C. Not just fun and games: toy advertising on television targeting children promotes sedentary play. *J Phys Act Health* 2017; 14: 773–78.
258. Carr S, O'Brien KS, Ferris J, et al. Child and adolescent exposure to alcohol advertising in Australia's major televised sports. *Drug Alcohol Rev* 2016; 35: 406–11.
259. Collins RL, Martino SC, Kovalchik SA, Becker KM, Shadel WG, D'Amico EJ. Alcohol advertising exposure among middle school-age youth: an assessment across all media and venues. *J Stud Alcohol Drugs* 2016; 77: 384–92.
260. FlemingMilici F, Harris JL. Television food advertising viewed by preschoolers, children and adolescents: contributors to differences in exposure for black and white youth in the United States. *Pediatr Obes* 2018; 13: 103–10.
261. Borzekowski DLG, Cohen JE. International reach of tobacco marketing among young children. *Pediatrics* 2013; 132: e825–31.
262. Dai H, Hao J. Exposure to advertisements and susceptibility to electronic cigarette use among youth. *J Adolesc Health* 2016; 59: 620–26.
263. Duke JC, Lee YO, Kim AE, et al. Exposure to electronic cigarette television advertisements among youth and young adults. *Pediatrics* 2014; 134: e29–36.
264. Derevensky J, Sklar A, Gupta R, Messerlian C. An Empirical study examining the impact of gambling advertisements on adolescent gambling attitudes and behaviors. *Int J Ment Health Addict* 2010; 8: 21–34.
265. Egan D, Hawkes G. Girls, sexuality and the strange carnalities of advertisements: deconstructing the discourse of corporate paedophilia. *Aust Fem Stud* 2008; 23: 307–22.
266. Pitt H, Thomas SL, Bestman A, Daube M, Derevensky J. Factors that influence children's gambling attitudes and consumption intentions: lessons for gambling harm prevention research, policies and advocacy strategies. *Harm Reduct J* 2017; 14: 11.
267. Griffiths S, Etches MW. Gambling: an unaddressed public health challenge, especially for children. Feb 11, 2019. <https://blogs.bmj.com/bmj/2019/02/11/gamblinganunaddressedpublichealthchallengeespeciallyforchildren/> (consultado el 28 de noviembre de 2019).
268. Pitt H, Thomas SL, Bestman A, Daube M, Derevensky J. What do children observe and learn from televised sports betting advertisements? A qualitative study among Australian children. *Aust N Z J Public Health* 2017; 41: 604–10.
269. Children's Commissioner. Who knows what about me? A Children's Commissioner report into the collection and sharing of children's data. London: Children's Commissioner of England, 2018.
270. Internet Matters. Average child posts 26 times a day on social media - but only 6 out of 10 followers are 'real friends'. London: Internet Matters, 2018.
271. Nominet. More than 2.7m parents share family photos with complete strangers online. Oxford, UK: Nominet, 2018.
272. Treasury HM. The economic value of data: discussion paper. London: HM Treasury (UK), 2018.
273. Berryman C, Ferguson CJ, Negy C. Social media use and mental health among young adults. *Psychiatr Q* 2018; 89: 307–14.
274. Cookingham LM, Ryan GL. The impact of social media on the sexual and social wellness of adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2015; 28: 2–5.
275. Fersko H. Is social media bad for teens' mental health? UNICEF, 2018.
276. Richards D, Caldwell PH, Go H. Impact of social media on the health of children and young people. *J Paediatr Child Health* 2015; 51: 1152–57.
277. Marchant A, Hawton K, Stewart A, et al. A systematic review of the relationship between internet use, selfharm and suicidal behaviour in young people: the good, the bad and the unknown. *PLoS One* 2017; 12: e0181722.
278. Fineberg NA, Demetrovics Z, Stein DJ, et al. Manifesto for a European research network into problematic usage of the internet. *Eur Neuropsychopharmacol* 2018; 28: 1232–46.
279. UNODC. Handbook on children recruited and exploited by terrorist and violent extremist groups. Vienna, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2017.
280. Weimann G. The emerging role of social media in the recruitment of foreign fighters. In: de Guttry A, Capone F, Paulussen C, eds. Foreign fighters under international law and beyond. The Hague: TMC Asser Press, 2016: 83.
281. O'Reilly M, Dogra N, Hughes J, Reilly P, George R, Whiteman N. Potential of social media in promoting mental health in adolescents. *Health Promot Int* 2018; publicado en línea el 25 de mayo. DOI:10.1093/heapro/day056.
282. Ybarra ML, Mitchell KJ, Palmer NA, Reisner SL. Online social support as a buffer against online and offline peer and sexual victimization among U.S. LGBT and nonLGBT youth. *Child Abuse Negl* 2015; 39: 123–36.
283. Canty MJ, Breitbart S, Siegel L, et al. The role of social media in selective dorsal rhizotomy for children: information sharing and social support. *Childs Nerv Syst* 2019; publicado en línea el 11 de mayo. DOI:10.1007/s00381-019-04197x.
284. Zhao Y, Zhang J. Consumer health information véaseeking in social media: a literature review. *Health Info Libr J* 2017; 34: 268–83.
285. Stephens TN, Joerin A, Rauws M, Werk LN. Feasibility of pediatric obesity and prediabetes treatment support through Tess, the AI behavioral coaching chatbot. *Transl Behav Med* 2019; 9: 440–47.
286. Radovic A, McCarty CA, Katzman K, Richardson LP. Adolescents' perspectives on using technology for health: qualitative study. *JMIR Pediatr Parent* 2018; 1: e2.
287. Tiller J, Lacaze P. Regulation of internetbased genetic testing: challenges for Australia and other jurisdictions. *Front Public Health* 2018; 6: 24.
288. Keddell E. The ethics of predictive risk modelling in the Aotearoa/ New Zealand child welfare context: child abuse prevention orator neoliberal tool? *Crit Soc Policy* 2015; 35: 69–88.
289. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=ES#d1e40-1-1> (consultado el 4 de diciembre de 2019).
290. Théodore FL, TolentinoMayo L, HernándezZenil E, et al. Pitfalls of the selfregulation of advertisements directed at children on Mexican television. *Pediatr Obes* 2017; 12: 312–19.
291. Potvin Kent M, Smith JR, Pauzé E, L'Abbé M. The effectiveness of the food and beverage industry's selfestablished uniform nutrition criteria at improving the healthfulness of food advertising viewed by Canadian children on television. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2018; 15: 57.
292. Vandevijvere S, Soupen A, Swinburn B. Unhealthy food advertising directed to children on New Zealand television: extent, nature, impact and policy implications. *Public Health Nutr* 2017; 20: 3029–40.
293. Hebden LA, King L, Grunseit A, Kelly B, Chapman K. Advertising of fast food to children on Australian television: the impact of industry selfregulation. *Med J Aust* 2011; 195: 20–24.
294. LeónFlández K, RicoGómez A, MoyaGeromin MÁ, et al. Evaluation of compliance with the Spanish Code of selfregulation of food and drinks advertising directed at children under the age of 12 years in Spain, 2012. *Public Health* 2017; 150: 121–29.
295. Prathapan S, Wijewardena K, Low WY. Content analysis of food and beverages advertisements targeting children and adults on television in Sri Lanka. *Asia Pac J Public Health* 2016; 28 (suppl 1): 86–92S.

296. Hingle MD, Castonguay JS, Ambuel DA, Smith RM, Kunkel D. Alignment of children's food advertising with proposed federal guidelines. *Am J Prev Med* 2015; 48: 707–13.
297. King C 3rd, Siegel M, Ross CS, Jernigan DH. Alcohol advertising in magazines and underage readership: are underage youth disproportionately exposed? *Alcohol Clin Exp Res* 2017; 41: 1775–82.
298. Two BBC. Tobacco giant 'breaks youth code'. *BBC News* 2008. <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/africa/7475259.stm> (consultado el 28 de noviembre de 2019).
299. Woodrow C, Press F. (Re)positioning the child in the policy/politics of early childhood. *Educat Philos Theory* 2007; 39: 312–25.
300. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Comité de los Derechos del Niño. Nueva York, NY: Naciones Unidas, 2018. <https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRC/Pages/CRCIndex.aspx> (consultado el 19 de diciembre de 2019)
301. UNICEF. Child safeguarding toolkit for business: a stepbystep guide to identifying and preventing risks to children who interact with your business. Nueva York, NY: UNICEF, 2018.
302. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Guiding principles on business and human rights: implementing the United Nations «protect, respect and remedy». Nueva York, NY: Naciones Unidas, 2011.
303. UN Global Compact, UNICEF, and Save the Children. UNICEF, Save the Children. Children's rights and business principles. Nueva York, NY: UNICEF, 2012.
304. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño. Observación general n.º 16. «Obligaciones del Estado en relación con el impacto del sector empresarial en los derechos del niño». Nueva York, Naciones Unidas, 2013.
305. Collins TM. The relationship between children's rights and business AU. *Int J Hum Rights* 2014; 18: 582–633.
306. Garsten C. The United Nations—soft and hard: regulating social accountability for global business. In: Bostom M, Garsten C, eds. *Organizing transnational accountability*. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited, 2008: 43.
307. Independent Accountability Panel for Every Woman EC. Every adolescent. Private sector: who is accountable? for women's, children's and adolescents' health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018.
308. Raffensperger C, Tickner J. Protecting public health and the environment: implementing the precautionary principle. Washington, DC: Island Press, 1999.
309. Marchant GE. From general policy to legal rule: aspirations and limitations of the precautionary principle. *Environ Health Perspect* 2003; 111: 1799–803.
310. Briand A. Reverse Onus: an effective and efficient risk management strategy for chemical regulation. *Can Public Adm* 2010; 53: 489–508.
311. Adams PJ. Moral jeopardy: risks of accepting money from the alcohol, tobacco and gambling industries. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2016.
312. Collins T, Mikkelsen B, Axelrod S. Interact, engage or partner? Working with the private sector for the prevention and control of noncommunicable diseases. *Cardiovasc Diagn Ther* 2019; 9: 158–64.
313. Kraak VI, Swinburn B, Lawrence M, Harrison P. An accountability framework to promote healthy food environments. *Public Health Nutr* 2014; 17: 2467–83.
314. Standing Committee on Nutrition. Nutrition and business: how to engage? Nueva York, NY: Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas, 2011.
315. Swinburn BA, Kraak VI, Allender S, et al. The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: *The Lancet* Commission report. *Lancet* 2019; 393: 791–846.
316. Tangcharoensathien V, Chandrasiri O, Kunpeuk W, Markchang K, Pangkariya N. Addressing NCDs: challenges from industry market promotion and interferences. *Int J Health Policy Manag* 2019; 8: 256–60.
317. Nestle M. *Unsavory truth: how food companies skew the science of what we eat*. Nueva York, NY: Basic Books, 2018.
318. Marten R, Kadandale S, Butler J, et al. Sugar, tobacco, and alcohol taxes to achieve the SDGs. *Lancet* 2018; 391: 2400–01.
319. Winkler A. *We the corporations: how american businesses won their civil rights*. Nueva York, NY: Liveright Publishing, 2018.
320. Maurice J. Measuring progress towards the SDGs—a new vital science. *Lancet* 2016; 388: 1455–58.
321. UNICEF. *Progress for every child in the SDG era*. Nueva York, NY: UNICEF, 2018.
322. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet* 2011; 377: 1778–97.
323. Departamento de Estadísticas y Sistemas de Información Sanitarios de la OMS. *A rapid assessment of the burden of indicators and reporting requirements for health monitoring*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2014.
324. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. *Data disaggregation and the SDGs: an overview*. Nueva York, NY: Naciones Unidas, 2017.
325. Hancioglu A, Arnold F. Measuring coverage in MNCH: tracking progress in health for women and children using DHS and MICS household surveys. *PLoS Med* 2013; 10: e1001391.
326. Bhardwaj S, Sambu W, Jamieson L. *Setting an ambitious agenda for children: the Sustainable Development Goals*. Cape Town: Children's Institute, University of Cape Town, 2017.
327. Boerma T, Victora C, Abouzahr C. Monitoring country progress and achievements by making global predictions: is the tail wagging the dog? *Lancet* 2018; 392: 607–09.
328. Howard J, Wheeler J. What community development and citizen participation should contribute to the new global framework for sustainable development. *Community Dev J* 2015; 50: 552–70.
329. Kutzin J, Sparkes S, Soucat A, Barroy H. From silos to sustainability: transition through a UHC lens. *Lancet* 2018; 392: 1513–14.
330. De Araujo Lima CR, Escamilla JA, de Moraes Neto OL, Queiroz VP. Successful Brazilian experiences in the field of health information. Washington, DC: USAID, 2006.
331. Diaz T, Rasanathan K, Meribole E, et al. Framework and strategy for integrated monitoring and evaluation of child health programmes for responsive programming, accountability, and impact. *BMJ* 2018; 362: k2785.
332. Nussbaum MC. *Creating capabilities: the human development approach*. Boston: Belknap Press, 2013.
333. VanderWeele TJ. On the promotion of human flourishing. *Proc Natl Acad Sci USA* 2017; 114: 8148–56.
334. Pollard EL, Lee PD. Child wellbeing: a systematic review of the literature. *Soc Indic Res* 2003; 61: 59–78.
335. Lippman LH, Moore KA, McIntosh H. Positive indicators of child wellbeing: A conceptual framework, measures, and methodological issues. *Appl Res Qual Life* 2011; 6: 425–49.
336. Jha P. Reliable direct measurement of causes of death in low and middleincome countries. *BMC Med* 2014; 12: 19.
337. Byass P, de Courten M, Graham WJ, et al. Reflections on the global burden of disease 2010 estimates. *PLoS Med* 2013; 10: e1001477.
338. Ngandu NK, Manda S, Besada D, Rohde S, Oliphant NP, Doherty T. Does adjusting for recall in trend analysis affect coverage estimates for maternal and child health indicators? An analysis of DHS and MICS survey data. *Glob Health Action* 2016; 9: 32408.
339. White H, Sabarwal S. Developing and selecting measures of child wellbeing, methodological briefs: impact evaluation 11. Florence: UNICEF Office of Research, 2014.
340. Monteiro de Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet* 2015; 385: 1343–51.
341. Dua T, Tomlinson M, Tablante E, et al. Global research priorities to accelerate early child development in the sustainable development era. *Lancet Glob Health* 2016; 4: e887–89.
342. UNICEF. *Early childhood development: a statistical snapshot*. Nueva York, NY: UNICEF, 2014.
343. Brown PT, Caldeira K. Greater future global warming inferred from Earth's recent energy budget. *Nature* 2017; 552: 45–50.
344. IPCC. *Global Warming of 1.5°C*. Switzerland: IPCC, 2018.

345. Riahi K, Van Vuuren DP, Kriegler E, et al. The shared socioeconomic pathways and their energy, land use, and greenhouse gas emissions implications: an overview. *Glob Environ Change* 2017; 42: 153–68.
346. Rogelj J, Popp A, Calvin KV, et al. Scenarios towards limiting global mean temperature increase below 1.5°C. *Nat Clim Chang* 2018; 8: 325–32.
347. Samir KC, Lutz W. The human core of the shared socioeconomic pathways: Population scenarios by age, sex and level of education for all countries to 2100. *Glob Environ Change* 2017; 42: 181–92.
348. Global Carbon Project. Global Carbon Atlas: CO₂ emissions, 2018. <http://www.globalcarbonatlas.org/en/CO2emissions> (consultado el 15 de marzo de 2019).
349. Demombynes G, Sandefur J. Costing a data revolution: Centre for Global Development working paper No 383. Washington, DC: Centre for Global Development, 2014.
350. Naciones Unidas. Derechos humanos. Convención sobre los Derechos del Niño. Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, 1990.
351. OMS. Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978.
352. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 2004: Servicios para los pobres Washington, DC: Banco Mundial, 2004.
353. DataShift. Using citizen generated data to monitor the SDGs: a tool for the GPSDD data revolution roadmaps toolkit. London: DataShift, 2018.
354. Cutter A. Progressing national SDGs implementation: experiences and recommendations from 2016. London: Bond, 2016.
355. Samman E. Why and how a country lens matters for the SDGs. London: Overseas Development Institute, 2015.
356. Gaventa J, Barrett G. Mapping the outcomes of citizen engagement. *World Dev* 2012; 40: 2399–410.
357. Flores W. Community monitoring for accountability in health: review of literature. Guatemala: Open Society Foundations, 2011.
358. Björkman M, Svensson J. Power to the people: evidence from a randomized field experiment on communitybased monitoring in Uganda. *Q J Econ* 2009; 124: 735–69.
359. Raffler P, Posner D, Parkerson D. The weakness of bottomup accountability: experimental evidence from the Ugandan health sector. Los Angeles: Innovations for Poverty Action, 2019.
360. Restless Development. Youthled accountability for the SDGs: a guide to national action. London: Restless Development, 2016.
361. Jean N, Burke M, Xie M, Davis WM, Lobell DB, Ermon S. Combining satellite imagery and machine learning to predict poverty. *Science* 2016; 353: 790–94.
362. Google. Harambee Youth Employment Accelerator: solving the youth unemployment challenge. Cloud G, ed. Mountain View, California, 2019. <https://cloud.google.com/customers/harambee/> (consultado el 30 de julio de 2019).
363. LopezFranco E, Howard J, Wheeler J. Policy briefing: participatory accountability for the SDGs, beyond social accountability. London: Institute of Development Studies, 2017.
364. Costello A. ALMAATA at 40: the power of sympathy groups and participation. Sept 21, 2018. https://www.hhrjournal.org/2018/09/almaataat40thepowerofsympathygroupsandparticipation/?ck_subscriber_id=193218776 (consultado el 18 de noviembre de 2019).
365. Shukla A, Sinha SS. Reclaiming public health through communitybased monitoring. Kingston, Ontario: Municipal Services Project, 2014.
366. Shukla A, Saha S, Jadhav N. Community based monitoring and planning in Maharashtra: a case study. Pune, India: Copasah, 2013.

©2020. Organización Mundial de la Salud. Publicado por Elsevier Ltd/ Inc/BV. Todos los derechos reservados.