

Última actualización: 19/09/2025

Información del indicador

Objetivo 2: Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.

Meta 2.2: De aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición, incluido el logro de aquí a 2025 de las metas convenidas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y el emaciamento en los niños menores de cinco años, y atender las necesidades nutricionales de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes, y las personas de edad.

Indicador 2.2.3: Prevalencia de anemia en mujeres de 15 a 49 años, según estado de embarazo (porcentaje).

Serie

- SH_STA_ANEM - Proporción de mujeres de 15 a 49 años con anemia [2.2.3].
- SH_STA_ANEM_NPRG - Proporción de mujeres de 15 a 49 años con anemia, no embarazadas [2.2.3].
- SH_STA_ANEM_PREG - Proporción de mujeres de 15 a 49 años con anemia, embarazadas [2.2.3].

Indicadores relacionados:

Se estima que la anemia contribuye a una menor productividad en el trabajo manual (Objetivo 1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todo el mundo). Durante el embarazo, aumenta el riesgo de mortalidad materna y perinatal y contribuye a que los bebés nazcan con bajo peso (Objetivo 3. Buena salud y bienestar). También limita el desarrollo cognitivo, los niños que tienen suficiente hierro tienen más energía para participar en ejercicios en el aula y están mejor preparados mentalmente para aprender y dominar los conceptos (Objetivo 4. Educación de calidad). Las tasas de anemia en las mujeres son mucho más altas que en los hombres: si bien las tasas de anemia disminuyen en los hombres al final de la pubertad, se mantienen altas en las mujeres durante los años reproductivos debido a la menstruación, por lo que la reducción de la anemia contribuye a impulsar el rendimiento académico relativo de las mujeres y la productividad laboral y ayuda a lograr la igualdad de género (Objetivo 5. Igualdad de género).

Organizaciones internacionales responsables del monitoreo global

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Proveedores de datos

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Definición, conceptos y clasificaciones**Definición:**

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con una concentración de hemoglobina inferior a 120 g/L para mujeres no embarazadas y mujeres lactantes, e inferior a 110 g/L para mujeres embarazadas, ajustado por altitud y tabaquismo.

Conceptos:

Anemia: condición en la cual la concentración de hemoglobina en la sangre cae por debajo de los valores de corte establecidos.

Deficiencia de hierro: estado en el que no hay suficiente hierro para mantener la función fisiológica normal de la sangre, el cerebro y los músculos (CIE-11, deficiencia de hierro 5B5K.0).

Anemia ferropénica: (CIE-11, 3A00, anemia ferropénica).

Concentración de hemoglobina en sangre: concentración de hemoglobina en sangre total.

Unidad de medida

Porcentaje (%).

Clasificaciones

OMS. Concentraciones de hemoglobina para el diagnóstico de anemia y evaluación de la gravedad. Sistema de Información sobre Nutrición de Vitaminas y Minerales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-MNM-11.1>, consultado el 6 de septiembre de 2024).

Tipo de fuente de datos y método de recopilación de datos**Fuentes de datos:**

La fuente de datos preferible son las encuestas poblacionales. Los datos de los sistemas de vigilancia pueden utilizarse en ciertas circunstancias, pero los diagnósticos registrados suelen subestimarse. Los datos de las estimaciones actuales provienen de la Base de Datos de Micronutrientes, parte del Sistema de Información sobre Nutrición de Vitaminas y Minerales (VMNIS) de la OMS (<https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/databases/vitamin-and-mineral-nutrition-information-system>).

Esta base de datos recopila y resume datos sobre el estado de micronutrientes de las poblaciones provenientes de diversas fuentes, incluyendo datos recopilados de la literatura científica y a través de colaboradores, como las oficinas regionales y nacionales de la OMS, organizaciones de las Naciones Unidas, Ministerios de Salud, instituciones académicas y de investigación, y organizaciones no gubernamentales.

Además, se obtienen datos anónimos a nivel individual de encuestas realizadas en varios países, entre ellas las encuestas demográficas y de salud (DHS), las encuestas de indicadores de malaria

Última actualización: 19/09/2025

(MIS), las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS), las encuestas de salud reproductiva (RHS) y las encuestas nacionales sobre nutrición.

Además, se realiza una búsqueda en revistas académicas revisadas por pares para encontrar términos relevantes relacionados con la anemia, la hemoglobina y el estado de hierro, con el fin de identificar estudios publicados después del 1 de enero de 1990. Además de los artículos indexados, se identificaron numerosos informes de agencias nacionales e internacionales, a los que se accedió mediante solicitudes a cada organización correspondiente. Los datos también se recopilan durante el proceso de validación por país, que se describe a continuación, y a partir de datos de encuestas individuales disponibles públicamente.

Método de recopilación de datos

El estado de anemia en las mujeres se evalúa mediante la concentración de hemoglobina en sangre. En las encuestas, esta concentración se mide generalmente mediante el método directo de cianmetahemoglobina en un laboratorio o con un fotómetro de hemoglobina portátil a batería, que utiliza el método de azida -metahemoglobina en el campo.

Calendario de recopilación de datos

Se recopilan continuamente datos sobre la anemia a partir de informes de encuestas y manuscritos y se introducen en la base de datos de micronutrientes de la OMS.

Calendario de publicación de datos

No hay una fecha fija en la que se generará la nueva ronda de estimaciones de anemia; sin embargo, las estimaciones generalmente se generan cada tres a cinco años.

Proveedores de datos

La mayoría de las fuentes de datos utilizadas son encuestas poblacionales representativas a nivel nacional, como las encuestas nacionales de salud y nutrición, las encuestas demográficas y de salud (EDS), las encuestas de indicadores de malaria (MIS), las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados (MICS) y las encuestas de salud reproductiva (RHS). Los proveedores de datos varían, pero los más comunes son:

- Oficinas Nacionales de Estadística (ONE)
- Ministerios de Salud
- Instituciones nacionales de investigación y académicas,
- Organizaciones no gubernamentales y
- Organizaciones del sistema de las [Naciones Unidas](#).

Compiladores de datos

La OMS compila los datos que se incorporan a la base de datos de micronutrientes, parte del Sistema de información sobre vitaminas y minerales de la OMS (VMNIS).

Última actualización: 19/09/2025

Mandato institucional

El Sistema de Información sobre Nutrición de Vitaminas y Minerales (VMNIS), anteriormente conocido como Sistema de Información sobre Deficiencias de Micronutrientes (MDIS), se estableció en 1991 a petición de la Asamblea Mundial de la Salud para fortalecer la vigilancia de las deficiencias de micronutrientes a nivel mundial. Parte del mandato de la OMS consiste en evaluar el estado de micronutrientes de las poblaciones, monitorear y evaluar el impacto de las estrategias para la prevención y el control de la desnutrición por deficiencia de micronutrientes, y rastrear las tendencias relacionadas a lo largo del tiempo.

En 2012, los Estados Miembros aprobaron las seis metas mundiales de nutrición, incluidas en el Plan Integral de Aplicación sobre Nutrición de la Madre, el Lactante y el Niño Pequeño, en la resolución WHA 65.5. Una de las metas es reducir la prevalencia de la anemia en mujeres en edad reproductiva en un 50%.

Otras consideraciones metodológicas

Justificación

La anemia tiene una alta prevalencia a nivel mundial y afecta desproporcionadamente a niños y mujeres en edad reproductiva. Afecta negativamente el desarrollo cognitivo y motor, así como la capacidad laboral. Entre las embarazadas, la anemia ferropénica se asocia con resultados reproductivos adversos, como parto prematuro, bebés con bajo peso al nacer y una disminución de las reservas de hierro del bebé, lo que puede conducir a un desarrollo deficiente. La ferropenia se considera la causa más común de anemia, pero existen otras causas nutricionales y no nutricionales. Las concentraciones de hemoglobina en sangre se ven afectadas por muchos factores, como la altitud (metros sobre el nivel del mar), el tabaquismo, el trimestre de embarazo, la edad y el sexo. La anemia se puede evaluar midiendo la hemoglobina en sangre y, cuando se utiliza en combinación con otros indicadores del estado del hierro, la hemoglobina en sangre proporciona información sobre la gravedad de la ferropenia. La prevalencia de la anemia en la población se utiliza para clasificar la importancia del problema para la salud pública.

Comentarios y limitaciones

A pesar de la extensa búsqueda de datos, los datos sobre las concentraciones de hemoglobina en sangre siguen siendo limitados, en comparación con otros indicadores nutricionales como la antropometría infantil; esto fue especialmente cierto en los países de altos ingresos de la Región Europea de la OMS. Además, el ejercicio actual mejoró el modelo al tratar los datos de forma diferente, garantizando que se informara la metodología completa para la evaluación de la hemoglobina en todas las fuentes de datos incluidas, como el tipo de sangre y la marca y el modelo del equipo. Como resultado, las estimaciones pueden no capturar la variación completa entre países y regiones, tendiendo a "reducirse" hacia las medias globales cuando los datos son escasos.

Las estimaciones pueden diferir de las informadas por los países.

Método de cálculo

La prevalencia de anemia y/o hemoglobina media en mujeres en edad reproductiva se obtuvieron de 412 fuentes de datos representativas de la población de 122 países de todo el mundo. Se utilizaron datos recopilados entre los años 1995 y 2023. Siempre que fue posible, se ajustaron los datos sobre las concentraciones de hemoglobina en sangre en función de la altitud y el tabaquismo. Se excluyeron los valores de hemoglobina biológicamente improbables (<25 g/L o >200 g/L). Se utilizó un modelo de mezcla jerárquica bayesiana para estimar las distribuciones de hemoglobina y se abordaron sistemáticamente los datos faltantes, las tendencias temporales no lineales y la representatividad de las fuentes de datos. Con base en la evidencia más reciente, se recomendó el uso de sangre venosa como el estándar de oro para medir las concentraciones de hemoglobina debido a su alta precisión. Sin embargo, hasta el momento, los datos de encuestas nacionales basados en sangre venosa son limitados en comparación con la sangre capilar. Para el ejercicio actual, consideramos un posible mayor error en las mediciones de hemoglobina utilizando sangre capilar tomando solo las concentraciones medias de hemoglobina porque las medias no se ven afectadas por errores de medición mayores. Utilizamos todas las estadísticas resumidas disponibles o datos individuales si la evaluación se realizó con sangre venosa. También consideramos mediciones sospechosas de sesgo según el método de medición al utilizar HemoCue® 301. Estas mejoras se aplicaron considerando la evidencia emergente sobre errores de medición de la hemoglobina que pueden afectar la exactitud y precisión de las estimaciones.

Se pueden encontrar detalles completos sobre los métodos estadísticos [aquí](#): Estimaciones nacionales, regionales y mundiales de anemia por gravedad en mujeres y niños para 2000-2019: un análisis agrupado de datos representativos de la población (Stevens y otros, 2022).

Brevemente, el modelo calcula estimaciones para cada país y año, informadas por datos de ese país y año en sí, si están disponibles, y por datos de otros años en el mismo país y en otros países con datos para períodos de tiempo similares, especialmente países en la misma región. El modelo toma prestados datos, en mayor medida, cuando los datos son inexistentes o débilmente informativos, y en menor grado para países y regiones ricos en datos. Las estimaciones también se informan por covariables que ayudan a predecir los niveles de hemoglobina, incluido el índice sociodemográfico, el suministro de carne (kcal/cápita) y el probit de prevalencia de sobrepeso. El modelo incluyó un término de varianza que tuvo en cuenta factores de diseño no observados (diseño de la muestra, temporada, método de medición de hemoglobina, etc.) que conducen a una variabilidad adicional en los datos más allá de lo esperado debido al tamaño de la muestra. Finalmente, el modelo tuvo en cuenta el hecho de que los datos subnacionales y los datos que no cubren exactamente los rangos de edad de interés pueden tener una variación mayor que los datos nacionales y los datos que cubren exactamente los rangos de edad de interés, respectivamente. Ajustamos el modelo a los datos de 1995 a 2023 para mitigar los efectos de límite, pero informamos los resultados entre 2000 y 2023, dada la escasez de datos entre 1995 y 1999.

Los rangos de incertidumbre (intervalos de credibilidad) reflejan las principales fuentes de incertidumbre, incluidos el error de muestreo, el error no muestral debido a problemas en el diseño/medición de la muestra y la incertidumbre derivada de realizar estimaciones para países y años sin datos.

Última actualización: 19/09/2025

Validación

Una vez recopilados los datos de la encuesta y ejecutado el modelo bayesiano de mezcla jerárquica para generar las estimaciones de anemia, se envía a los países un memorando que incluye los antecedentes de las estimaciones y explica el proceso. Se proporciona información sobre los datos de la encuesta utilizados para generar las estimaciones para ese país, las estimaciones y los gráficos resultantes para cada país, junto con una explicación de la metodología empleada para generarlas. Se solicita a los países que proporcionen información sobre las fuentes de datos utilizadas mediante una consulta nacional para fundamentar las estimaciones finales, que se compartirán con la División de Estadística de las Naciones Unidas (UNSD) para su presentación.

Ajustes

Los datos sobre la prevalencia media de hemoglobina y anemia en países de gran altitud que no se ajustaron a la altitud en el momento de su publicación fueron ajustados por la OMS, como se describe en Stevens et al. (2022). La mezcla jerárquica bayesiana ajusta internamente las estadísticas de resumen calculadas con valores de corte de hemoglobina no estándar para que coincidan con los valores de corte estándar de la OMS indicados anteriormente.

Tratamiento de valores faltantes (i) a nivel de país y (ii) a nivel regional

- **A nivel de país**

Se utilizó un modelo bayesiano de mezcla jerárquica para estimar las distribuciones de hemoglobina y se abordaron sistemáticamente los datos faltantes, las tendencias temporales no lineales y la representatividad de las fuentes de datos. La descripción completa de la metodología para las estimaciones por país y región se puede encontrar en el Suplemento de: Estimaciones nacionales, regionales y globales de anemia por gravedad en mujeres y niños para 2000-19: un análisis agrupado de datos representativos de la población (Stevens et al., 2022). Disponible en [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(22\)00084-5/fulltext#app-1](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(22)00084-5/fulltext#app-1).

- **A nivel regional y mundial**

Las estimaciones de prevalencia mundial y regional se calcularon como promedios ponderados por la población de los países constituyentes (véase el tratamiento de los valores faltantes a nivel de país).

Agregaciones regionales

Las estimaciones de prevalencia mundial y regional se calcularon como promedios ponderados por la población de los países constituyentes (véase la metodología para obtener estimaciones a nivel de país más arriba).

Métodos y orientación disponibles para los países para la recopilación de datos a nivel nacional

Este indicador forma parte del Marco Mundial de Monitoreo de la Nutrición (GNMF), para el cual se ofrece orientación operativa a los países: Marco Mundial de Monitoreo de la Nutrición: Orientación operativa para el seguimiento del progreso en el cumplimiento de las metas para 2025,



Última actualización: 19/09/2025

disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513609> en los seis idiomas oficiales de las Naciones Unidas.

La OMS, en colaboración con UNICEF, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos y Nutrition International, actualizó un Manual de encuesta sobre micronutrientes que contiene detalles sobre cómo realizar una encuesta nacional sobre nutrición y cómo informar sus resultados¹.

La OMS ha lanzado el Analizador de Encuestas sobre Micronutrientes, una herramienta en línea que permite realizar un análisis exhaustivo de los datos de las encuestas sobre el estado de micronutrientes de todas las poblaciones. Está disponible en: <https://www.who.int/tools/micronutrient-survey-analyser-and-other-tools>.

Gestión de calidad

Todas las encuestas incluidas en la base de datos cumplen los criterios de inclusión que se describen a continuación. Los datos también siguen los cinco principios de datos de la OMS².

Garantía de calidad

Los datos de encuestas proporcionados en publicaciones revisadas por pares o informes de encuestas se examinan para su inclusión en la base de datos de micronutrientes de la OMS. Los criterios de elegibilidad para la base de datos de micronutrientes incluyen: se proporcionan detalles del método de muestreo; la muestra fue representativa de al menos el primer nivel administrativo (por ejemplo, estado, provincia, cantón, oblast); la muestra se basó en la población, en el hogar o en las instalaciones (es decir, para mujeres embarazadas)); la muestra fue transversal o fue la evaluación inicial en un programa de intervención; y el estudio utilizó e informó técnicas de recopilación de datos estándar y validadas y metodología de laboratorio. Para el ejercicio actual, tenemos en cuenta el posible mayor error en las mediciones de hemoglobina utilizando sangre capilar tomando solo las concentraciones medias de hemoglobina porque las medias no se ven afectadas por errores de medición mayores. Utilizamos todas las estadísticas de resumen disponibles o datos a nivel individual si la evaluación se realizó utilizando sangre venosa. También permitimos mediciones sospechosas de sesgo según el método de medición al utilizar HemoCue® 301. Por lo tanto, contar con información analítica completa sobre el tipo de fuente de sangre utilizada, así como el nombre y el modelo del equipo, es crucial para este ejercicio. Si existen inquietudes específicas sobre los datos reportados, se intenta discutirlos con un representante del país.

Evaluación de calidad

Los datos de la base de datos de micronutrientes se someten a un proceso de selección adicional para su inclusión en las estimaciones si se utiliza un sistema de muestreo basado en centros de salud, con el fin de excluir aquellos que no sean representativos de la población general. El umbral general de inclusión fue del 80 % de afiliación de la población objetivo al centro. En el caso de las

¹ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud, Nutrición Internacional, UNICEF. Manual de encuesta sobre micronutrientes. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

² Principios de datos de la OMS. <https://www.who.int/data/principles>.

Última actualización: 19/09/2025

mujeres muestreadas de proveedores de atención obstétrica, se incluyeron los datos si la cobertura de al menos una atención prenatal era superior al 80 %. Para el muestreo escolar de adolescentes, se exigió que la tasa de finalización del primer ciclo de secundaria para las niñas fuera superior al 80%.

Excluimos los datos si los migrantes representaban más del 40% de la población del país y la fuente de datos solo incluía a los nacionales. Se realizan controles de calidad (por ejemplo, valores inverosímiles que no se ajustan a la realidad) al ingresar los datos en la base de datos y al compilarlos para generar las estimaciones.

Disponibilidad y desagregación de datos

Disponibilidad de datos:

La prevalencia de anemia y/o la hemoglobina media en mujeres en edad reproductiva se obtuvieron de 412 fuentes de datos representativas de la población de 122 países de todo el mundo. Se utilizaron datos recopilados entre 1995 y 2020.

Series temporales:

En el último ejercicio se obtuvieron estimaciones para el período 2000 a 2023.

Desagregación:

Los datos de prevalencia de anemia generalmente se presentan desglosados por edad, sexo, ingresos, región geográfica (dentro del país) y primer nivel administrativo dentro del país. Al elaborar estimaciones de anemia para contribuir al seguimiento de los ODS, se realizan estimaciones para mujeres en edad reproductiva (15 – 49 años) según su estado de embarazo (embarazo o no embarazo) en cada país. Posteriormente, los datos se agregan por región de la OMS o la ONU y a nivel mundial.

Comparabilidad/desviación con respecto a las normas internacionales

Fuentes de discrepancias:

Los datos se ajustan a la definición estándar de anemia de la OMS.

Referencias y documentación

- Estimaciones mundiales de anemia de la OMS, edición 2025. Estimaciones mundiales de anemia en mujeres en edad reproductiva, según estado de embarazo: Organización Mundial de la Salud; 2025 (Disponible en https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children).
- Base de datos de micronutrientes de la OMS. Sistema de Información sobre Nutrición de Vitaminas y Minerales (VMNIS). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2025 (Disponible en <https://www.who.int/teams/nutrition-and-food-safety/databases/vitamin-and-mineral-nutrition-information-system>).

Última actualización: 19/09/2025

- OMS. Concentraciones de hemoglobina para el diagnóstico de anemia y evaluación de la gravedad. Sistema de Información sobre Nutrición de Vitaminas y Minerales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2011 (WHO/NMH/NHD/MNM/11.1) (Disponible en <http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin.pdf>).
- Stevens GA, Paciorek CJ, Flores-Urrutia MC, Borghi E, Namaste S, Wirth JP, Suchdev PS, Ezzati M, Rohner F, Flaxman SR, Rogers LM. Estimaciones nacionales, regionales y globales de anemia según gravedad en mujeres y niños para el período 2000-2019: un análisis agrupado de datos representativos de la población. Lancet Glob Health. Mayo de 2022;10(5):e627-39.
- Stevens GA, Finucane MM, De-Regil LM, Paciorek CJ, Flaxman SR, Branca F, Peña-Rosas JP, Bhutta ZA, Ezzati M, Grupo de Estudio del Modelo de Impacto Nutricional (Anemia). Tendencias globales, regionales y nacionales en la concentración de hemoglobina y la prevalencia de anemia total y grave en niños y mujeres embarazadas y no embarazadas para 1995-2011: un análisis sistemático de datos representativos de la población. Lancet Glob Health. Julio de 2013;1(1):e16-25. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70001-9. Publicación electrónica, 25 de junio de 2013.
- Karakochuk CD, Dary O, Flores-Urrutia MC, Garcia-Casal MN, Hayashi C, Jefferds MED, Johnston R, Larson LM, Mapango C, Mazariegos Cordero DI, Moorthy D, Namaste S, Rogers LM, Saha K, Wuehler S. Evidencia emergente y problemas críticos con el uso de sangre capilar de una sola gota para la medición de la concentración de hemoglobina en encuestas de anemia a nivel poblacional. Adv Nutr. 14 de agosto de 2024;100290. doi: 10.1016/j.advnut.2024.100290.
- Stevens GA, Flores-Urrutia MC, Rogers LM, Paciorek CJ, Rohner F, Namaste S, Wirth JP. Asociaciones entre el tipo de extracción de sangre, el enfoque analítico, la hemoglobina media y la prevalencia de anemia en encuestas poblacionales: Una revisión sistemática y un metanálisis. J Glob Health. 23 de noviembre de 2022;12:04088. doi: 10.7189/jogh.12.04088. PMID: 36412108; PMCID: PMC9682214.
- Whitehead RD Jr, Zhang M, Sternberg MR, Schleicher RL, Drammeh B, Mapango C, Pfeiffer CM. Efectos de los factores preanalíticos en la medición de hemoglobina: Comparación de dos analizadores de punto de atención HemoCue®. Clin Biochem. Junio de 2017;50(9):513-520. doi: 10.1016/j.clinbiochem.2017.04.006. Publicación electrónica, 12 de abril de 2017. PMID: 28412284; PMCID: PMC5685159.
- Mejores prácticas para la medición de la hemoglobina en encuestas de anemia a nivel poblacional: informe técnico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023.
- Wilson SE, Rogers LM, Garcia-Casal MN, Barreix M, Bosman A, Cunningham J, Goga A, Montresor A, Tunçalp Ö. Marco integral para la acción integrada en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la anemia: Introducción. Ann NY Acad Sci. Junio de 2023;1524(1):5-9. doi : 10.1111/nyas.14999. Publicación electrónica: 17 de abril de 2023. PMID: 37067421.
- Herramienta de seguimiento de las metas mundiales de nutrición de la OMS (<https://www.who.int/data/nutrition/tracking-tool>).

Última actualización: 19/09/2025

- OMS. Plan Integral de Implementación sobre Nutrición Materna, del Lactante y del Niño Pequeño. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014. (Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/113048/WHO_NMH_NHD_14.1_eng.pdf).
- OMS. Objetivos mundiales de nutrición 2025: informe sobre políticas de anemia (WHO/NMH/NHD/14.4). Ginebra: Organización Mundial de la Salud (disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.4>); 2014.
- Esfuerzos globales para la reducción de la anemia en mujeres en edad reproductiva: impacto, logro de las metas y camino a seguir para optimizar los esfuerzos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (Disponible en <https://www.who.int/publications/i/item/9789240012202>).
- Anemias nutricionales: herramientas para una prevención y un control eficaces. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (Disponible en <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259425/9789241513067-eng.pdf>).

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE