



2018

Informe de la Nutrición Mundial

Arrojar luz sobre la nutrición
para inspirar nuevas iniciativas

APOYOS

Danny Sriskandarajah, Secretario General de CIVICUS (Alianza Mundial para la Participación Ciudadana) y miembro del grupo directivo del Movimiento SUN para el Fomento de la Nutrición

El presente informe destaca dos prioridades que considero prioritarias: eliminar los compartimentos estancos e invertir en nuevos datos. No lograremos ningún avance en la nutrición, ni en las aspiraciones más amplias de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a menos que nos ocupemos de estas dos cuestiones. Espero que quienes participamos en el Movimiento SUN, en especial las redes de la sociedad civil, empleemos los valiosos datos y análisis del informe.

Dominic MacSorley, Director General de Concern Worldwide

La malnutrición constituye una de las mayores amenazas para el progreso humano y económico, pero puede prevenirse y tratarse. El reciente aumento del hambre en el mundo es extremadamente preocupante, y las pruebas de que se concentra en estados frágiles o afectados por conflictos nos motivan a trabajar con mayor ahínco en estos contextos. El conocimiento del problema nos permite encontrar más soluciones y mejorar nuestro aprendizaje.

El *Informe de la Nutrición Mundial* constituye un recurso único que sintetiza datos de una amplia variedad de fuentes y en múltiples niveles, al tiempo que nos guía hacia una acción con base empírica y nos permite mejorar la rendición de cuentas de las iniciativas llevadas a cabo por los donantes, los Gobiernos y nosotros mismos como sociedad civil. El informe nos muestra que, si bien los progresos en la lucha contra la malnutrición han sido lentos, las posibilidades de erradicarla son enormes.

Gunhild Stordalen, fundador y Presidente Ejecutivo de EAT, y miembro del grupo directivo del Movimiento SUN para el Fomento de la Nutrición

El *Informe de la Nutrición Mundial 2018* nos recuerda la gran urgencia de pasar a la acción con vistas a poner fin a la malnutrición. El informe ofrece una aleccionadora descripción de la situación mundial, pero, lo que es más importante, propone las medidas necesarias para acelerar los progresos. Para poner fin al hambre en el mundo es fundamental suministrar alimentos saludables y sostenibles y, por consiguiente, transformar los sistemas alimentarios mundiales.

José Graziano da Silva, Director General de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)

El mundo está presenciando un aumento considerable del sobrepeso, la obesidad y otras formas de malnutrición. El *Informe de la Nutrición Mundial 2018* señala que la mala alimentación da pie a la situación nutricional actual. De conformidad con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025, existe la apremiante necesidad de reformar nuestros sistemas alimentarios, ya que estos no deben limitarse a alimentar a la población, sino que deben nutrirla. A tal fin es necesario actuar en todos los frentes. La FAO desea establecer una colaboración eficaz con todas las partes interesadas con miras a que todas las personas tengan acceso a una alimentación adecuada, variada, saludable y segura.

Lawrence Haddad, Director Ejecutivo, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición

Poner fin a la malnutrición es una elección. El *Informe de la Nutrición Mundial 2018* presta apoyo a todos —a los Gobiernos, a las empresas, a la sociedad civil y a las organizaciones internacionales— a la hora de adoptar decisiones ambiciosas y fundamentadas. Aún más importante, el informe logra que nos resulte incómodo mantenernos en la indiferencia, la complacencia y la inacción a la hora de poner fin a la malnutrición. La insatisfacción con la situación imperante y la generación de un abanico de soluciones para el futuro constituyen los motores del cambio. En el *Informe de la Nutrición Mundial 2018* abundan ambos elementos. Léanlo, compártanlo y actúen en consecuencia.

Beatriz Marcet Champagne, Directora de la Fundación InterAmericana del Corazón y la Coalición Latinoamérica Saludable (CLAS)

La región de América Latina se ha situado a la vanguardia de las iniciativas en favor de la adopción de políticas para reducir la obesidad en la infancia y la adolescencia. Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, el sector académico y la sociedad civil, los Gobiernos han dado grandes pasos para reducir los entornos obesogénicos; entre otros, el eficaz impuesto a las bebidas azucaradas establecido en México; el claro etiquetado frontal en los envases de alimentos procesados implantado en Chile, el Perú y el Uruguay; las Directrices Nutricionales del Brasil, que alentaron a otros países a hacer lo propio; o las restricciones a la publicidad y la promoción de alimentos procesados en Chile y el Brasil.

A pesar de estos avances que tanto ha costado alcanzar, la magnitud del problema, como se señala en el *Informe de la Nutrición Mundial 2018*, requiere que todos los países lleven a cabo un esfuerzo persistente y sistemático para aplicar medidas específicas y económicas que contrarresten las presiones adversas de los fabricantes de productos poco saludables. Teniendo en cuenta los 360 millones de personas con sobrepeso y los 140 millones de personas obesas que viven en América Latina, así como los 3,9 millones de niños obesos que padecen diabetes, cardiopatías y otras enfermedades no transmisibles, no es el momento de ser tímidos.

Shinichi Kitaoka, Presidente de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón

La malnutrición es un problema mucho más diverso y complejo de lo que se creía originalmente; los retos a los que se enfrentan los diversos países demuestran su complejidad. Por ejemplo, numerosos países de África y Asia Meridional siguen padeciendo múltiples formas de malnutrición, entre ellas desnutrición, deficiencias importantes de micronutrientes y crecientes niveles de obesidad. El Japón está superando la desnutrición y procurando aumentar la longevidad; a tal fin, se ocupa de los problemas fundamentales, al tiempo que afronta nuevos retos a la hora de lograr que los ciudadanos lleven una vida más saludable. La edición de este año del *Informe de la Nutrición Mundial* aporta un análisis en profundidad de la malnutrición en todas sus formas e insta a una multitud de partes interesadas a pasar a la acción.

A la luz de la naturaleza compleja de la malnutrición, el Japón hace un llamamiento en favor de la adopción de un enfoque integral y multisectorial para mejorar la nutrición de los países en desarrollo, el cual se centra específicamente en la agricultura y los sistemas alimentarios. El país colaborará con los países que hacen frente a los retos que supone poner fin a la malnutrición. Sin duda, el informe beneficiará a las partes interesadas que se proponen luchar de forma proactiva contra todas las formas de malnutrición.

Henrietta H. Fore, Directora Ejecutiva de UNICEF

El *Informe de la Nutrición Mundial 2018* ofrece medidas con visión de futuro dirigidas a fortalecer la capacidad de los sistemas alimentarios nacionales y mundiales para suministrar a los niños alimentos nutritivos, seguros, asequibles y sostenibles. Este cambio de paradigma —que los sistemas alimentarios contribuyan a prevenir la malnutrición en todas sus formas— resultará esencial para el crecimiento y el desarrollo de los niños, el crecimiento de las economías nacionales y el desarrollo de las naciones.

Paul Polman, Director General de Unilever

El *Informe de la Nutrición Mundial 2018* proporciona un crudo recordatorio de que los avances en la lucha contra la malnutrición siguen siendo intolerablemente lentos. Las empresas deben incorporar las lecciones del informe y redoblar los esfuerzos para apoyar la transformación del sistema alimentario. La aplicación de los conocimientos técnicos de la industria a los retos planteados por la nutrición —en esferas como la recopilación de datos, la reformulación de productos y las campañas en favor del cambio de hábitos— pueden contribuir al logro de resultados positivos. En este ámbito, organizaciones como la red de empresas del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN) y Food Reform for Sustainability and Health (FReSH) proporcionan un punto de entrada útil para la participación empresarial en el logro de las metas de nutrición para 2030.

David Beasley, Director Ejecutivo del Programa Mundial de Alimentos

La información contenida en el *Informe de la Nutrición Mundial* va mucho más allá de los hechos y las cifras. En el trasfondo de estas tablas y cifras se encuentran las posibilidades que ofrece una buena nutrición: la posibilidad de que un mayor número de bebés cumpla su primer año de vida, de que los niños desarrollen todo su potencial en la escuela, y de que los adultos vivan de forma saludable y productiva. La información recopilada, analizada y ofrecida en el *Informe de la Nutrición Mundial* no constituye un fin en sí misma, sino un medio que nos permite salvar vidas, cambiar el estilo de vida y lograr que nadie se quede atrás.

Tedros Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud

El *Informe de la Nutrición Mundial* elaborado este año pone de manifiesto que, si bien se observan algunos indicios alentadores, los progresos son excesivamente lentos. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el Decenio de Acción sobre la Nutrición exigen la toma de medidas en el ámbito político. A fin de cumplir sus objetivos, es preciso incrementar los esfuerzos y pasar a la acción de inmediato.

Una adhesión no implica ningún apoyo financiero al Informe de la Nutrición Mundial por parte de la institución representada.

La elaboración de este informe ha estado a cargo del Grupo de expertos independientes, con el respaldo del Grupo de partes interesadas del Informe de la Nutrición Mundial y la secretaria de Development Initiatives. Su redacción, dirigida por las copresidentas Jessica Fanzo y Corinna Hawkes, recibió apoyo de los miembros del grupo y aportaciones de otros analistas y colaboradores.

Miembros del Grupo de expertos independientes: **Jessica Fanzo** (copresidenta), Universidad Johns Hopkins (Estados Unidos de América); **Corinna Hawkes** (copresidenta), Universidad de la City de Londres (Reino Unido); **Emorn Udomkesmalee** (copresidenta), Universidad Mahidol (Tailandia); **Ashkan Afshin**, Universidad de Washington (Estados Unidos de América); **Lorena Allemandi**, Fundación InterAmericana del Corazón (Argentina); **Obey Assery**, Gobierno de Tanzania (República Unida de Tanzania); **Phillip Baker**, Universidad Deakin (Australia); **Jane Battersby**, Universidad de Ciudad del Cabo (Sudáfrica); **Zulfiqar Bhutta**, Centro para la Salud Infantil Mundial (Canadá) y Centro de Excelencia para la Salud de las Mujeres y los Niños, Universidad Aga Khan (Pakistán); **Kevin Chen**, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (China); **Camilla Corvalán**, Universidad de Chile (Chile); **Mariachiara Di Cesare**, Universidad de Middlesex en Londres (Reino Unido); **Carmel Dolan**, Red de Nutrición en Situaciones de Emergencia (Reino Unido); **Jorge Fonseca**, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (Italia); **Laurence Grummer-Strawn**, Organización Mundial de la Salud (Suiza); **Chika Hayashi**, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Estados Unidos de América); **John McArthur**, Brookings Institution y Fundación de las Naciones Unidas (Estados Unidos de América); **Anushree Rao**, Concern Worldwide (Reino Unido); **Cynthia Rosenzweig**, Instituto Goddard de Investigaciones Espaciales (Estados Unidos de América); y **Dominic Schofield**, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición, Canadá (Canadá).

Otros autores: **Zulfiqar Bhutta**, del Centro para la Salud Infantil Mundial (Canadá) y el Centro de Excelencia para la Salud de las Mujeres y los Niños de la Universidad Aga Khan (Pakistán), y **Zohra Kamran Lassi**, del Centro para la Salud Infantil Mundial (Canadá), contribuyeron a la redacción de la sección "La carga de la malnutrición en adolescentes" del capítulo 3; **Carme Dolan**, de la Red de Nutrición en Situaciones de Emergencia (Reino Unido), **Jessica Fanzo**, copresidenta del Informe de la Nutrición Mundial, y **Darana Souza**, de la Organización para la Alimentación y la Agricultura (Italia), redactaron la sección "Aumentar la resiliencia nutricional intensificando los vínculos entre la labor humanitaria y de desarrollo" del capítulo 3; **Klaus Kraemer**, de Sight and Life (Suiza), redactó la sección "Se precisan más y mejores datos sobre la carga de la deficiencia de micronutrientes" del capítulo 3; **Emily Mates**, de la Red de Nutrición en Emergencias (Reino Unido), contribuyó a la elaboración de la sección "Necesidad acuciante de un nuevo enfoque para hacer frente a todas las formas de malnutrición en las crisis" del capítulo 3; **Mary Arimond**, de FHI 360 (Estados Unidos de América), **Jennifer Coates**, de la Universidad Tufts (Estados Unidos de América) y **Anna Herforth**, consultora independiente (Estados Unidos de América), redactaron varias secciones del capítulo 4; **Phillip Baker**, de la Universidad Deakin (Australia), redactó varias secciones del capítulo 4 y contribuyó a la elaboración de las figuras 4.1: Tendencias y pautas de las ventas de sucedáneos de la leche materna comercial por lactante y niño, por región, 2005-2017; 4.10: Tendencias en las calorías procedentes de la compra de categorías de bebidas azucaradas, por nivel de ingresos de los países; y 4.11: Tendencias y pautas en las ventas de alimentos envasados per cápita por región, 2005-2017 del capítulo 4, con aportes de **Kathryn Backholer**, Universidad Deakin (Australia), y **Priscila Machado**, Centro de Investigaciones Epidemiológicas en Investigación y Salud, Universidad de São Paulo (Brasil); **Agnieszka Balcerzak**, **Catherine LeClercq** y **Victoria Padula de Quadros**, Organización para la Alimentación y la Agricultura (Italia), redactaron la sección "Divulgación de datos nacionales sobre el consumo de alimentos" del capítulo 4; **Elizabeth Dunford** y **Fraser Taylor**, Instituto George para la Salud Mundial (Australia), y **Rachel Crossley** y **Paul Vos**, Fundación Acceso a la Nutrición (Reino Unido y Países Bajos, respectivamente), redactaron la sección "Calidad nutricional de los alimentos envasados" del capítulo 4; **Lina Mahy**, Organización Mundial de la Salud (Suiza), y **Trudy Wijnhoven**, Organización para la Alimentación y la Agricultura (Italia), redactaron la sección "Nuevos compromisos y perspectivas de cara a Tokio 2020" del capítulo 5.

Jordan Beecher, **Zach Christensen**, **Laurence Ford**, **Adam Hughes**, **Alex Miller**, **Matthew Price** y **Richard Watts**, Development Initiatives (Reino Unido), dirigieron el análisis de los datos del informe, con el apoyo de **Sam Ashby** y **Matthew Johnson**, consultores independientes (Reino Unido).

Elaine Borghi, Laurence Grummer-Strawn y Lisa Rogers, Organización Mundial de la Salud (Suiza); y **Mariachiara Di Cesare**, Universidad de Middlesex en Londres (Reino Unido), **James Bentham**, Universidad de Kent (Reino Unido) y **Bin Zhou**, Imperial College de Londres (Reino Unido) proporcionaron datos; asimismo, la Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles y Chika Hayashi, UNICEF (Estados Unidos de América), facilitaron el acceso a datos actualizados y asesoramiento técnico experto para las secciones relativas a las metas sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. **Phillip Baker**, Universidad Deakin (Australia), aportó datos de la base de datos de información de mercados de Euromonitor International. **Ashkan Afshin**, Universidad de Washington, (Estados Unidos de América), proporcionó datos de la base de datos sobre la carga mundial de morbilidad. **Vrinda R Mehra**, UNICEF (Estados Unidos de América), verificó los datos de UNICEF relacionados con el capítulo 2. **Patrizia Fracassi y William Knechtel**, Movimiento SUN para el Fomento de la Nutrición (Suiza), proporcionaron datos sobre inversiones públicas nacionales para el capítulo 5. **Sara Viviani**, Organización para la Alimentación y la Agricultura (Italia) facilitó el acceso a los datos de la escala de experiencia de inseguridad alimentaria (FIES) y prestó ayuda para interpretarlos.

Farah Asfahani, Monica Kothari y Jolene Wun, PATH (MQSUN+) (Estados Unidos de América) recopilaron y analizaron datos y redactaron la sección "Compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento" del capítulo 5. **Mary D'Alimonte**, Results for Development Institute (R4D) (Estados Unidos de América), y **Jordan Beecher**, Development Initiatives (Reino Unido), aportaron contribuciones por escrito o datos que se incorporaron al texto final del capítulo 5. **Heather Danton**, Instituto de Investigación y Capacitación JSI (Estados Unidos de América), proporcionó contenido para la sección "Siete medidas prioritarias para mejorar la nutrición de las adolescentes". **Purnima Menon**, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI) (India), facilitó datos geoespaciales de la India para la figura 2.11: Mapa de la prevalencia del retraso del crecimiento en los distritos de la India, 2015-2016. **Megan Schipp**, Institute for Health Metrics and Evaluation (Estados Unidos de América), proporcionó cifras geoespaciales de África.

Emily Mates, Red de Nutrición en Situaciones de Emergencia (Reino Unido), prestó apoyo adicional a la investigación en todo el informe.

Los autores de los "casos destacados" y sus organizaciones respectivas son los siguientes: **Ashkan Afshin**, Universidad de Washington (Estados Unidos de América); **Chaza Akik**, Universidad Americana de Beirut (Líbano); **Silvia Alayon**, Save the Children (Estados Unidos de América); **Stephanie Allan**, Oxford Policy Management (Reino Unido); **Lorena Allemandi**, Fundación Interamericana del Corazón (Argentina); **Mary Arimond**, FHI 360 (Estados Unidos de América); **Obey Assery**, Oficina del Primer Ministro de la República Unida de Tanzania (República Unida de Tanzania); **Kathryn Backholer**, Universidad Deakin (Australia); **Phillip Baker**, Universidad Deakin (Australia); **Giulia Baldi**, Programa Mundial de Alimentos (Italia); **Juliet Bedford**, Anthrologica (Reino Unido); **Nawal Chahid**, Dirección General de Asuntos Internacionales, Cultura, Educación y Desarrollo Internacional (Francia); **Kevin Chen**, Instituto Internacional de Investigación sobre Política Alimentaria (China); **Jack Clift**, R4D (Estados Unidos de América); **Jennifer Coates**, Universidad Tufts (Estados Unidos de América); **Kate Consavage**, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) (Estados Unidos de América); **Katie Dain**, NCD Alliance (Reino Unido); **Mary D'Alimonte**, R4D (Estados Unidos de América); **Saskia de Pee**, Programa Mundial de Alimentos (Italia); **Joy Miller Del Rosso**, The Manoff Group (Estados Unidos de América); **Ashish Kumar Deo**, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición (India); **Carmel Dolan**, Red de Nutrición en Emergencias (Reino Unido); **Kaia Engesveen**, Organización Mundial de la Salud (Suiza); **Caroline Fall**, Universidad de Southampton (Reino Unido); **Amy Fowler**, USAID (Estados Unidos de América); **Juliane Friedrich**, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) (Italia); **Greg S. Garrett**, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición (Suiza); **Aurore Gary**, Dirección General de Asuntos Mundiales, Cultura, Educación y Desarrollo Internacional (Francia); **Kavya Ghai**, R4D (Estados Unidos de América); **Hala Ghattas**, Universidad Americana de Beirut (Líbano); **Jonathan Gorstein**, Red Mundial del Yodo (Estados Unidos de América); **Laurence M Grummer-Strawn**, Organización Mundial de la Salud (Suiza); **Corinna Hawkes**, Universidad de la City de Londres (Reino Unido); **Simon Iain Hay**, Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (Estados Unidos de América); **Anna Herforth**, consultora independiente (Estados Unidos de América); **Oliver Huse**, Universidad Deakin (Australia); **Zeina Jamaluddine**, Universidad Americana de Beirut (Líbano); **Siddharth Kanoria**, Quantum Consumer Solutions (Reino Unido); **Nicholas Kassebaum**, IHME (Estados Unidos de América); **Laura Kettel Khan**, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Estados Unidos de América); **Tanya Khara**, Red de Nutrición en Situaciones de Emergencia (Reino Unido); **Homi Kharas**, Brookings Institution (Estados Unidos de América); **Rudaba Khondker**, Alianza

Mundial para Mejorar la Nutrición (Bangladesh); **Damaris Kinyoki**, IHME (Estados Unidos de América); **Janosch Klemm**, Programa Mundial de Alimentos (Italia); **Knut-Inge Klepp**, Instituto Noruego de Salud Pública (Noruega); **Roland Kupka**, UNICEF (Estados Unidos de América); **Karin Lapping**, FHI 360 (Estados Unidos de América); **Krista Lang**, Organización Mundial de la Salud (Estados Unidos de América); **Ferew Lemma**, Ministerio Federal de Salud (Etiopía); **Homero Martínez**, Nutrition International (Canadá); **John W. McArthur**, Brookings Institution (Canadá); **Anoushka Millea**, IHME (Estados Unidos de América); **Erin Milner**, USAID (Estados Unidos de América); **Chizuru Nishida**, Organización Mundial de la Salud (Suiza); **Madeleine Onclin**, Comisión Europea (Bélgica); **Aaron Osgood-Zimmerman**, IHME (Estados Unidos de América); **Katherine Owens**, USAID (Estados Unidos de América); **Mavis Owusu-Gyamfi**, The Power of Nutrition (Reino Unido); **Sarah Parkinson**, Universidad John Hopkins (Estados Unidos de América); **Kathleen Pellechia**, FHI 360 (Estados Unidos de América); **Anne Peniston**, USAID

(Estados Unidos de América); **Mary Penny**, Instituto de Investigación Nutricional (Perú); **Clara Picanyol**, Oxford Policy Management (Reino Unido); **Brandon Pickering**, IHME (Estados Unidos de América); **Anushree Rao**, Concern Worldwide (Reino Unido); **Krista Rasmussen**, Brookings Institution (Estados Unidos de América); **Josef Schmidhuber**, Organización para la Alimentación y la Agricultura (Italia); **Chloe Shields**, IHME (Estados Unidos de América); **Jeremy Shoham**, Red de Nutrición en Situaciones de Emergencia (Reino Unido); **Roger Shrimpton**, Organización Mundial de la Salud (Estados Unidos de América); **Justin Stokes**, Ananda Partners (Camboya); **Rebecca W. Stubbs**, Universidad de Washington (Estados Unidos de América); **Sabiha Sultana**, Universidad BRAC (Bangladesh); **Tatum Summers**, The Power of Nutrition (Reino Unido); **Mehroosh Tak**, Oxford Policy Management (Reino Unido); **Zimei Wang**, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (China); **Jacqui Webster**, Instituto George para la Salud Mundial (Australia); y **Birara Melese Yalew**, Ministerio Federal de Salud (Etiopía).



Todos los derechos reservados, 2018: Development Initiatives Poverty Research Ltd.

Formato sugerido de referencia bibliográfica: Development Initiatives, 2018. *Informe de la Nutrición Mundial 2018. "Arrojar luz sobre la nutrición para inspirar nuevas iniciativas"*. Bristol (Reino Unido): Development Initiatives.

Descargo de responsabilidad: Las opiniones expresadas en este documento corresponden a los autores y no reflejan necesariamente el punto de vista ni la aprobación de Development Initiatives Poverty Research Ltd ni los de ninguna de las organizaciones asociadas que han colaborado en el *Informe de la Nutrición Mundial 2018*. No todos los miembros del Grupo de expertos independientes están necesariamente de acuerdo con la totalidad del informe. Las fronteras y los nombres utilizados no implican el reconocimiento ni la aceptación oficiales por parte de Development Initiatives Poverty Research Ltd.

En diciembre de 2018, se actualizó el contenido de las páginas 22, 35, 80, 83, 90 y 159 del informe.

Development Initiatives Poverty Research Ltd

North Quay House, Quay Side, Temple Back, Bristol, BS1 6FL, Reino Unido

ISBN: 978-1-9164452-3-9

Edición: Jen Claydon

Diseño y maquetación: Soapbox y Definite.design

AGRADECIMIENTOS

El Grupo de expertos independientes, bajo el liderazgo de las copresidentas **Jessica Fanzo**, **Corinna Hawkes** y **Emorn Udomkesmalee**, desea expresar su sincero agradecimiento a todas las personas y organizaciones que apoyaron la elaboración del *Informe de la Nutrición Mundial 2018*.

El equipo central para el *Informe de la Nutrición Mundial* de Development Initiatives trabajó en estrecha colaboración con **Jessica Fanzo** y **Corinna Hawkes**, y en apoyo del Grupo de expertos independientes más amplio, para hacer posible este informe. El proyecto fue gestionado por **Henna Cheema** y **Hannah Sweeney**. **Jordan Beecher** dirigió el análisis de los datos del informe, y **Zach Christensen**, **Laurence Ford**, **Adam Hughes**, **Alex Miller**, **Matthew Price** y **Richard Watts** realizaron una extensa labor de análisis e investigación en todo el informe con el apoyo de **Sam Ashby** y **Matthew Johnson**, consultores independientes (Reino Unido). **Harpinder Collacott** contribuyó a la elaboración del informe y proporcionó orientación editorial. La gestión de las comunicaciones estuvo a cargo de **Emma Cooke**, con el apoyo de **Anna Hope**. **Amy Cox** dirigió las tareas de divulgación y contacto. **Georgina Carver**, **Rebecca Hills** y **Simon Murphy** gestionaron la producción del informe, con el apoyo de **Clara Carlino de Paz**. **Daniel Coppard**, **Tony German** y **Judith Randel** examinaron la calidad del informe. **Portland Communications** proporcionó asesoramiento adicional en materia de comunicaciones y diseño. **Jen Claydon** se encargó de la edición, y **Definite.design** y **Soapbox**, del diseño. **Martin Atkin** prestó apoyo en la redacción. Strategic Agenda tradujo el informe.

Agradecemos también a los tres revisores anónimos el haber llevado a cabo, de nuevo este año, la revisión por pares externa del informe.

El Grupo de expertos independientes está guiado por el Grupo de partes interesadas del *Informe de la Nutrición Mundial*, el cual aportó comentarios sobre los planes de diseño, redacción y divulgación del informe: **Abigail Perry**, Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido) (copresidenta); **Lucy Sullivan**, 1.000 Días (Estados Unidos de América) (copresidenta); **Victor Aguayo**, UNICEF (Estados Unidos de América); **Francesco Branca**, Organización Mundial de la Salud (Suiza); **John Cordaro**, Mars Incorporated (Estados Unidos de América); **Bruno Declercq**, Comisión Europea (Mozambique); **Juliane Friedrich**, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (Italia); **Heike Henn**, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (Alemania); **Lawrence Haddad**, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición (Reino Unido); **Kate Houston**, Cargill (Estados Unidos de América); **Chris Osa Isokpunwu**, Coordinador del Movimiento SUN (Nigeria); **Lauren Landis**, Programa Mundial de Alimentos (Italia); **Anna Lartey**, Organización para la Alimentación y la Agricultura (Ghana); **Ferew Lemma**, Asesor Superior del Ministerio de Salud (Etiopía); **Cornelia Loechl**, Organismo Internacional de Energía Atómica (Austria); **Anne Peniston**, Agencia para el Desarrollo Internacional (Estados Unidos de América); **Katherine Richards**, Save the Children Reino Unido (Reino Unido); **Jennifer Rosenzweig**, Programa Mundial de Alimentos (Italia); **Joyce Seto**, Ministerio de Asuntos Mundiales (Canadá); **Ben Siddle**, Ayuda Irlandesa (Irlanda); **Rachel Toku-Appiah**, Graça Machel Trust (Sudáfrica); **Frits Van Der Wal**, Ministerio de Asuntos Exteriores (Países Bajos); **Gerda Verborg**, Movimiento SUN (Países Bajos); **Neil Watkins**, Fundación Bill y Melinda Gates (Estados Unidos de América); **Hideya Yamada**, Agencia de Cooperación Internacional (Japón); y **Sabrina Ziesemer**, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (Alemania).

Estamos especialmente agradecidos a las copresidentas, **Abigail Perry**, Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido), y **Lucy Sullivan**, 1.000 Días y la red de organizaciones de la sociedad civil del Movimiento SUN.

También hemos recibido contribuciones por escrito que no han podido incluirse en el informe de este año, pero que no obstante han inspirado nuestras reflexiones: **Lauren Aubert**, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición (Reino Unido); **Karina Sánchez Bazán**, consultora independiente (México); **Hannah Brinsden**, Federación Mundial contra la Obesidad (Reino Unido); **Kenda Cunningham**, Hellen Keller International (Reino Unido); **Rebecca Heidkamp** y **Andrew Thorne-Lyman**, Universidad Johns Hopkins (Estados Unidos de América); **Warren Lee**, Organización para la Alimentación y la Agricultura (Italia); **Tim Lobstein**, Federación Mundial contra la Obesidad (Reino Unido); **Renata Micha** y **Dariush Mozaffarian**, Universidad Tufts (Estados Unidos de América); **Laurie Miller**, Tufts Medical Center (Estados Unidos de América); **Alexandra Rutishauser-Perera**, Acción contra el Hambre (Reino Unido); **Jonathan Tench**, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición (Reino Unido); y miembros del Grupo de expertos independientes.

Agradecemos a los donantes siguientes su respaldo financiero al informe de este año: Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido), Fundación Bill y Melinda Gates, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Agencia Alemana de Cooperación Internacional GmbH, Ministerio de Asuntos Mundiales del Canadá, Comisión Europea, Fundación Eleanor Crook y Ayuda Irlandesa.

Finalmente, damos las gracias a los lectores del *Informe de la Nutrición Mundial*, quienes desde 2014 hasta hoy nos han brindado su entusiasmo y sus comentarios constructivos. Nos proponemos que este informe conserve su pertinencia a través del empleo de datos, análisis y casos de éxito que respondan a las necesidades de su labor —desde la toma de decisiones hasta la aplicación— en el ámbito del desarrollo.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| Resumen | 10 |
| Capítulo 1. Introducción | 20 |
| Capítulo 2. La carga de la malnutrición | 28 |
| Capítulo 3. Tres cuestiones que requieren atención urgente | 52 |
| Capítulo 4. Los alimentos que se consumen y su importancia | 72 |
| Capítulo 5. La lucha contra la malnutrición: compromisos y financiación | 96 |
| Capítulo 6. Conclusión: Pasos cruciales para encaminar el progreso en nutrición | 124 |
| Apéndice 1. Evaluación de los progresos nacionales en la consecución de las metas mundiales: nota metodológica | 128 |
| Apéndice 2. Países en condiciones de alcanzar las metas mundiales de nutrición | 132 |
| Apéndice 3. Países en los que se registra una coexistencia considerable de múltiples formas de malnutrición | 136 |
| Notas | 138 |
| Siglas | 156 |
| Glosario | 157 |
| Materiales suplementarios en línea | 160 |
| Casos destacados | 161 |
| Recuadros | 163 |
| Figuras | 163 |
| Tablas | 165 |



Yangambi (República Democrática del Congo), 2017
Niñas llevando verduras.
© Axel Fassio/Centro de Investigación Forestal Internacional

Resumen

ARROJAR LUZ SOBRE LA NUTRICIÓN PARA INSPIRAR NUEVAS INICIATIVAS

La malnutrición constituye un problema universal que retrasa el desarrollo y acarrea consecuencias intolerables para el ser humano. Sin embargo, las oportunidades que existen para ponerle fin son mayores que nunca. El Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) proporcionan el impulso internacional y nacional necesario para hacer frente a la malnutrición y acelerar los progresos en este ámbito.

La carga de malnutrición en el mundo sigue siendo extremadamente elevada y los avances, inaceptablemente lentos. La malnutrición es la principal causa de mala salud. Los niños menores de 5 años se enfrentan a diversas cargas: 150,8 millones sufren retraso del crecimiento, 50,5 millones padecen emaciación y 38,3 millones tienen sobrepeso. Al mismo tiempo, cada año 20 millones de bebés registran un peso bajo al nacer. El sobrepeso y la obesidad entre los adultos alcanzan niveles récords desde África hasta América del Norte —el 38,9% son obesos o tienen sobrepeso—, y están aumentando entre adolescentes. La carga de ciertas formas de malnutrición es más elevada en mujeres que en hombres: un tercio de las mujeres en edad reproductiva tienen anemia, y en ellas la prevalencia de la obesidad es superior a la de los hombres. Aún son millones las mujeres que presentan un peso inferior al normal.

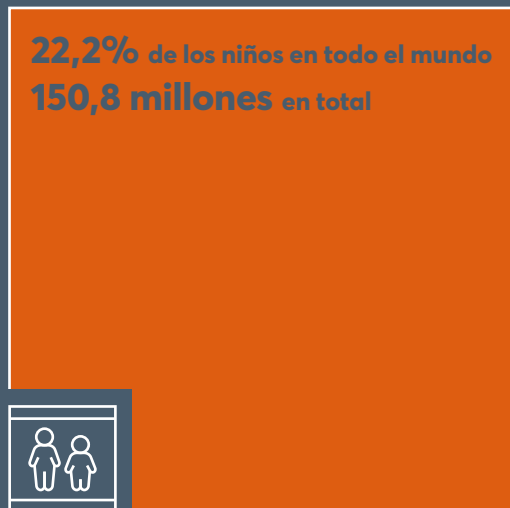
No obstante, se están dando pasos importantes para hacer frente a la malnutrición. El retraso del crecimiento entre niños ha disminuido en todo el mundo, y se ha registrado un ligero descenso del número de mujeres con un peso inferior al normal. Numerosos países se proponen lograr, de aquí a 2025, al menos una de las metas establecidas por la comunidad internacional para poder hacer un seguimiento de los progresos realizados en cuanto al estado nutricional. El nivel de conocimientos sobre las medidas que es necesario adoptar para obtener resultados nunca había sido mayor. La comunidad internacional y las partes interesadas nacionales están mejor situadas para lograr resultados, llevan a cabo más iniciativas y cuentan con una mejor gobernanza y un mayor número de políticas, planes y metas que nunca. Los avances en los datos nos permiten aumentar nuestro conocimiento sobre la naturaleza de la malnutrición en todas sus formas y sus causas, y, por tanto, orientan e impulsan la acción y nuestra capacidad para hacer un seguimiento de los progresos.

Es fundamental que aprovechemos esta oportunidad para encaminarnos hacia la consecución de la meta de los ODS dirigida a poner fin a todas las formas de malnutrición de aquí a 2030. El *Informe de la Nutrición Mundial 2018* aporta nuevos datos que arrojan luz sobre los pasos necesarios para lograrlo, ya que, si queremos poner fin a la malnutrición en todas sus formas, debemos comprender la índole del problema al que nos enfrentamos. El informe ordena la información existente, presenta las novedades en los datos y lleva a cabo nuevos análisis, centrándose en cinco ámbitos: la carga de malnutrición, las cuestiones incipientes a las que es necesario prestar atención, la alimentación como causa común de todas las formas de malnutrición, la financiación de las medidas en favor de la nutrición y los compromisos mundiales. En el informe se destacan y estudian ejemplos de medidas dirigidas a luchar contra la malnutrición.

A través de este análisis, el *Informe de la Nutrición Mundial 2018* arroja luz sobre los progresos realizados, identifica los problemas graves pendientes de resolver y, por consiguiente, determina las medidas necesarias para consolidar los progresos y subsanar las principales deficiencias.

La carga actual de malnutrición es inaceptablemente elevada

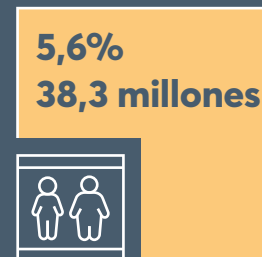
Niños que sufren retraso del crecimiento (0-59 meses)



Niños que sufren emaciación



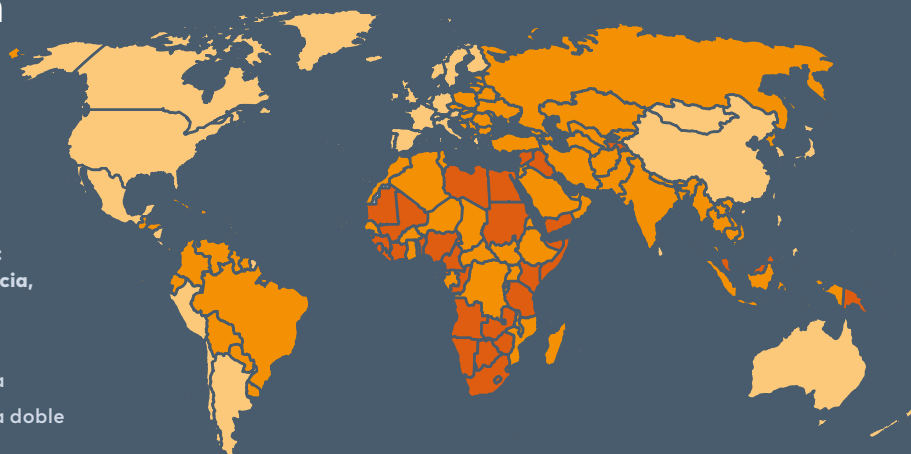
Niños con sobrepeso



La malnutrición afecta a todos los países del mundo

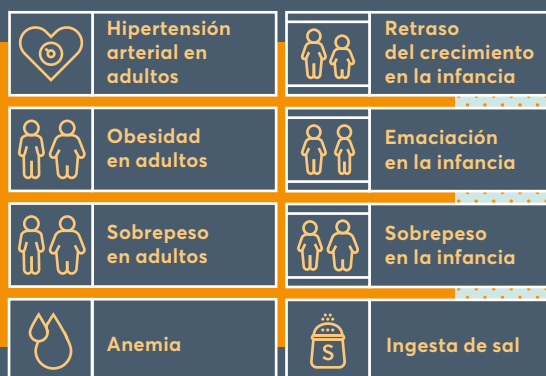
Países afectados por al menos una de las formas de malnutrición: retraso del crecimiento en la infancia, anemia en las mujeres adultas, sobrepeso en las mujeres adultas

- Países con al menos una carga
- Países con al menos una carga doble
- Países con una carga triple



Los avances logrados hasta la fecha no son suficientes

Ocho de los principales indicadores de la nutrición están mal encaminados a escala mundial...

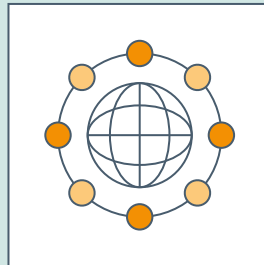


...pero se nos presenta una oportunidad sin precedentes para reconducirlos.

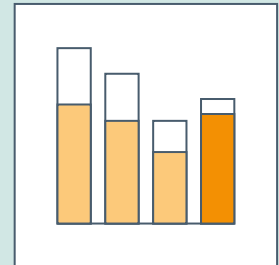
Estamos más preparados que nunca para poner fin a la malnutrición



Sabemos mejor que nunca qué políticas funcionan



Tenemos el deber de trasladar a la acción la firme voluntad política que existe en numerosos países



Disponemos de datos nuevos y de mejor calidad, algunos de los cuales pueden revolucionar la lucha contra la malnutrición

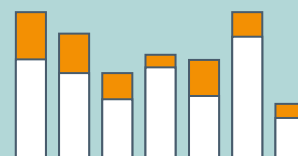
Debemos actuar **de inmediato**; de lo contrario, nos arriesgamos a dar marcha atrás en los avances logrados hasta el momento

Cinco medidas esenciales

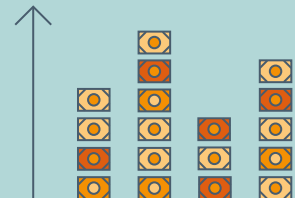
1. Eliminar los compartimentos estancos y elaborar programas integrales



2. Dar prioridad a los datos necesarios y la capacidad para emplearlos e invertir en ellos



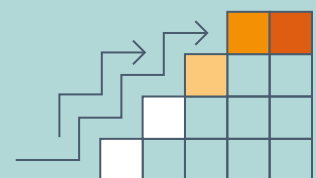
3. Ampliar y diversificar la financiación destinada a la nutrición



4. A fin de fomentar la mejora de la nutrición en todo el mundo, hacer hincapié en la alimentación saludable



5. Mejorar las metas y los compromisos que impulsan a las partes interesadas



CONCLUSIONES CLAVE

Se han logrado algunos avances en la reducción de la malnutrición, pero han sido demasiado lentos y no se han registrado en todas las formas de malnutrición

- **El retraso del crecimiento en los niños menores de 5 años está disminuyendo en el plano mundial, pero en África las cifras van en aumento, y a escala subnacional existen disparidades considerables.** La proporción mundial de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento pasó del 32,6% en 2000 al 22,2% en 2017, es decir, de 198,4 millones a 150,8 millones. En Asia, el retraso del crecimiento pasó del 38,1% al 23,2% desde 2000, y en América Latina y el Caribe del 16,9% al 9,6%. En África, descendió del 38,3% al 30,3% durante el mismo período, aunque si se tiene en cuenta el crecimiento de la población, el número de niños afectados en realidad aumentó. El empleo de datos geoespaciales muestra que las tendencias en el retraso del crecimiento difieren considerablemente en cada país: en algunas zonas aumenta y en otras disminuye.
- **A escala mundial, los avances en la lucha contra el peso inferior al normal y la anemia entre mujeres han sido extremadamente lentos, y las tasas de sobrepeso y obesidad, por su parte, están empeorando entre la población adulta —las tasas de obesidad de las mujeres son superiores a las de los hombres—.** La tasa de mujeres con un peso inferior al normal ha disminuido desde 2000, aunque no de forma significativa: el 9,7% de las mujeres (de 20 a 49 años) y el 5,7% de las adolescentes (de 15 a 19 años) aún presentan un peso inferior al normal. La tasa de anemia ha aumentado ligeramente, hasta el 32,8%. El sobrepeso (IMC ≥ 25) y la obesidad (IMC ≥ 30) se han incrementado año tras año desde 2000 en todo el mundo. Entre las mujeres, la tasa de prevalencia de la obesidad (el 15,1%) es superior a la de los hombres (el 11,1%).
- **Varios países están bien encaminados hacia el logro de al menos una de las metas relativas a la nutrición establecidas a escala mundial para 2025, pero la mayoría no, y ningún país está avanzando en el logro del conjunto completo de metas.** Nuestra evaluación de 2018 sobre los progresos relativos a nueve metas, que incluye nuevos datos de referencia de 32 países, revela que 94 de 194 países están en vías de alcanzar al menos una meta en materia de nutrición; de ellos, 44 están bien encaminados para lograr una meta, y 35, para lograr dos. De los países que están bien encaminados, 24 están avanzando hacia la consecución de la meta relativa al retraso del crecimiento, 37 en lo relativo a la emaciación y 18 tanto en lo referente al retraso del crecimiento como a la emaciación. La mayoría de los países, por tanto, no están logrando avances. Ningún país está en vías de lograr la meta relativa a la obesidad en adultos ni la relacionada con la anemia. Solo 5 países están en camino de cumplir 4 metas —el número máximo de metas que cualquier país está en condiciones de alcanzar—.
- **Cada una de las diferentes formas de malnutrición sigue potenciando las demás; y con los últimos análisis, esta realidad se confirma.** Los análisis más recientes sobre las múltiples cargas de malnutrición en diversos países aportan nueva información sobre el grado en que estos y su población sufren más de una forma de malnutrición. De los 141 países que disponen de datos uniformes sobre las tres formas de malnutrición —el retraso del crecimiento en la infancia, la anemia en mujeres en edad reproductiva y el sobrepeso en mujeres—, el 88% (124 países) registran una tasa elevada en al menos dos tipos de malnutrición, y el 29% (41 países), en los tres tipos de malnutrición. La mayoría de estos 41 países (30) se encuentran en África. Estas cargas coexisten en millones de niños; 15,95 millones de niños sufren emaciación y retraso del crecimiento, lo que aumenta el riesgo de mortalidad en la niñez, y 8,23 millones de niños padecen retraso del crecimiento y sobrepeso.

-
- **Las crisis son cada vez más duraderas en todo el mundo y dificultan considerablemente la lucha contra todas las formas de malnutrición.** En las situaciones de crisis que son producto de contextos frágiles, de conflicto, de violencia o de cambio ambiental, es preciso tratar y prevenir urgentemente las múltiples cargas de malnutrición y, a la vez, desarrollar la resiliencia nutricional, ya que esas crisis suelen desencadenar procesos de larga duración. Se estima que el 86% de la asistencia humanitaria internacional se destina a países afectados por crisis prolongadas y de mediano plazo, aunque dicha ayuda se presta sobre todo en forma de programas a corto plazo. Existe un creciente reconocimiento de la elevada carga que registran diversas formas de malnutrición durante estas crisis prolongadas, y la comunidad humanitaria está comenzando a modificar sus enfoques y adoptando medidas a más largo plazo y específicas para cada contexto. No obstante, con vistas a aumentar la resiliencia nutricional y poder hacer frente a la malnutrición en todas sus formas en estos contextos tan vulnerables y cambiantes, es necesario que la comunidad humanitaria y la de desarrollo colaboren más estrechamente.

Aumentan los compromisos dirigidos a luchar contra la malnutrición, pero queda mucho por hacer de cara a la financiación de la agenda

- **Si bien se ha registrado un incremento del número y la amplitud de las políticas y las metas nacionales en materia de nutrición, su financiación y su puesta en práctica siguen suponiendo un reto.** Cada vez son más los países que colocan la nutrición entre sus prioridades a través del establecimiento de políticas y planes de acción en la materia: 164 países cuentan con planes de nutrición, el 61% de los cuales son multisectoriales. Las metas de nutrición nacionales son también más numerosas y de mayor amplitud para poder abarcar diversas formas de malnutrición: 189 países cuentan con al menos 1 meta sobre nutrición, y el 81% han establecido 3 o más. La proporción de países con metas relativas al sobrepeso ha aumentado y alcanza el 84%. En cambio, el número de metas relacionadas con la carencia de micronutrientes es menor: el 41% de los países con tasas elevadas de anemia no ha establecido una meta al respecto. Uno de los principales retos pendientes es presupuestar, financiar y ejecutar los planes necesarios para lograr dichas metas.
- **Los donantes han cumplido los compromisos de financiación asumidos en la cumbre Nutrición para el Crecimiento celebrada en 2013, pero aún existe un considerable déficit de fondos en el plano mundial.** En 2018, 10 donantes de la iniciativa Nutrición para el Crecimiento desembolsaron un total de 21.800 millones de dólares de los Estados Unidos, de modo que superaron el objetivo de 19.600 millones de dólares dos años antes de la fecha prevista. En la Cumbre Mundial sobre Nutrición de 2017, celebrada en Milán, tres de los principales donantes originales, junto con cuatro nuevos donantes, aportaron otros 640 millones de dólares a la nutrición. Todos los compromisos financieros se ajustaron a los criterios SMART (específicos, medibles, viables, pertinentes y con plazos). Al examinar la totalidad de la asistencia oficial para el desarrollo (AOD), se constata un ligero avance por lo que respecta a la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, ya que el gasto alcanzó 32,5 millones de dólares en 2016. No obstante, la asistencia de los donantes dista mucho de cubrir las necesidades, y el gasto en intervenciones “específicas de nutrición” es particularmente reducido.
- **Los primeros indicios sugieren que los Gobiernos de los países de ingresos bajos y medianos están destinando más recursos nacionales a la nutrición.** Según ponen de manifiesto los datos de 25 países, el aumento del gasto en nutrición se ha visto impulsado por un incremento del 24,4% en las asignaciones enfocadas a la nutrición y del 8,9% en las asignaciones específicas de nutrición. Los países están destinando la mayor parte de sus fondos a las inversiones enfocadas a la nutrición. Cada vez son más los países que adoptan medidas para hacer un seguimiento de los niveles de gasto, y algunos incluso están evaluando el nivel de gasto subnacional. No obstante, existen diferencias considerables de un país a otro, lo que indica que es necesario avanzar más en el aumento del gasto nacional y su medición.

Para poner fin a todas las formas de malnutrición, es urgente prestar atención a la mejora de la alimentación

- **El aumento del número de datos y la mejora de su calidad nos permite estar más informados sobre los alimentos que se consumen y su importancia, pero estos mismos datos muestran que en todos los países y grupos de ingresos la mala alimentación constituye una amenaza considerable para el logro de las metas de nutrición.** Ha aumentado considerablemente el número de iniciativas dirigidas a recopilar, cotejar y analizar los datos sobre la alimentación en el mundo y, por consiguiente, nuestros conocimientos en la materia han mejorado. Pero los datos revelan que la dieta de la población mundial es deficiente. Los datos más recientes sobre la alimentación de los lactantes ponen de manifiesto que la proporción de niños menores de 6 meses que se alimentan exclusivamente con lactancia materna ha aumentado, pero solo del 37 % (en 2012) al 41%, y que las ventas de leche maternizada están aumentando rápidamente. Solo el 16% de los niños de entre 6 y 23 meses (menos de 1 de cada 5) reciben una dieta mínimamente aceptable, en tanto que solo la mitad (el 51%) de los niños de entre 6 y 23 meses reciben el número de comidas mínimo recomendado. Aunque existen diferencias entre los diversos países y grupos de ingresos y entre los entornos rurales y los urbanos, las malas prácticas de alimentación de los lactantes y los niños pequeños constituyen un problema de alcance mundial. Independientemente del nivel de ingresos, los niños en edad escolar, los adolescentes y los adultos consumen demasiados cereales refinados y bebidas y alimentos azucarados, y pocos alimentos saludables como frutas, verduras, legumbres y granos integrales. Alrededor de un tercio (el 30,3%) de los niños en edad escolar no comen fruta diariamente, aunque el 43,7% ingiere bebidas gaseosas cada día. Según nuevos análisis de más de 23.000 alimentos envasados, el 69% son relativamente pobres en nutrientes, y el porcentaje es mayor en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.
- **Las políticas y programas sobre alimentación saludable que se aplican en diversos países, ciudades y comunidades están demostrando ser eficaces, pero, en general, no se aplica un paquete de acciones integral.** La base de datos mundial sobre la ejecución de intervenciones nutricionales (GINA) de la Organización Mundial de la Salud incluye más de 1.000 políticas nacionales de 191 países que promueven una dieta saludable. Por ejemplo, en los últimos años numerosos países han introducido impuestos a las bebidas azucaradas con azúcar, los cuales, al igual que las políticas de reformulación de productos, están demostrando su eficacia. También se ha mejorado en la fortificación de alimentos a gran escala, pero este ámbito constituye otro ejemplo de que aún existen muchos obstáculos que impiden el cambio. El número de iniciativas comunitarias y urbanas dirigidas a mejorar la dieta y la nutrición va en aumento. Las últimas pruebas muestran que las intervenciones intensivas y aplicadas en múltiples ámbitos pueden mejorar la alimentación de los lactantes y reducir la obesidad infantil. Las lecciones aprendidas en el plano de las ciudades pueden ampliarse al ámbito nacional y compartirse a través de las redes urbanas internacionales que están surgiendo. No obstante, hasta la fecha son pocos los países que han implantado el paquete integral de medidas necesario para lograr una mejora importante de la dieta de la población.
- **En todo el mundo se está prestando más atención a la importancia de mejorar la nutrición de los adolescentes, pero es preciso centrarse más a su alimentación.** Los adolescentes siguen siendo particularmente vulnerables a la malnutrición debido a las considerables necesidades de hierro, a los embarazos precoces vinculados con el matrimonio precoz y a la mayor predisposición a la obesidad en esta etapa de la vida. En la adolescencia, la necesidad de nutrientes es superior, ya que deben ingerirse los aportes indispensables para el crecimiento y maduración cerebral durante la pubertad. El creciente conjunto de pruebas obtenidas a escala internacional muestra que si durante la adolescencia se corrigen los problemas de nutrición y se adoptan hábitos alimenticios saludables, puede normalizarse el crecimiento, mejorar la cognición y reducirse el riesgo de enfermedades no transmisibles en las etapas posteriores de la vida. Los nuevos llamamientos a la acción, estudios, programas y políticas resultan prometedores para mejorar nuestros conocimientos sobre cómo intervenir en la adolescencia, en particular a través de la mejora de la alimentación. Con objeto de encontrar soluciones más eficaces, muchos de esos programas están incorporando las voces de jóvenes que sufren estos problemas.

Los datos son cada vez mejores, pero aún existen algunas lagunas elementales y se requieren más inversiones que permitan impulsar medidas más eficaces

- **Los datos son cada vez mejores —nos aportan una información esencial para hacer frente a la malnutrición en general—, pero existen algunas lagunas notables sobre la carencia de micronutrientes.** El análisis geoespacial de datos está transformando nuestros conocimientos sobre las diferencias que existen dentro de cada país y entre los distintos países por lo que respecta a las cargas de malnutrición y el ritmo de los progresos logrados. Este tipo de datos está aportando nuevas perspectivas sobre las considerables variaciones subnacionales en la incidencia de la malnutrición, desde el nivel nacional hasta el plano de los distritos. Cada vez son más las iniciativas y las bases de datos que están recopilando, cotejando, analizando y desglosando información sobre la alimentación, lo que proporciona un creciente cuerpo de pruebas en función de las cuales es preciso actuar. Los datos también arrojan luz sobre la importancia de hacer frente a la malnutrición durante la adolescencia. Las nuevas formas de seguimiento de la financiación resultan prometedoras de cara a conocer cómo se gastan los fondos destinados a intervenciones en materia de nutrición. No obstante, siguen existiendo algunas lagunas básicas. Numerosos países aún no recopilan los datos necesarios para comprender plenamente la naturaleza de la carga de malnutrición, la dieta o los indicadores de los progresos. También se observan lagunas en relación con los micronutrientes. No conocemos el perfil completo de la carencia de micronutrientes de las diversas poblaciones del mundo. Las carencias individuales rara vez ocurren de forma aislada. Los conocimientos existentes sobre la superposición con otras formas de malnutrición y las consecuencias para la salud y las enfermedades son escasos.

CINCO MEDIDAS ESENCIALES PARA ACELERAR LOS PROGRESOS

Ahora que ya se han puesto en marcha medidas para poner fin a la malnutrición y conocerla en todas sus formas, la pregunta incómoda que nos hacemos no es tanto por qué la situación deja tanto que desear, sino por qué no mejora ahora que nuestros conocimientos en la materia son muy superiores. Las conclusiones del *Informe de la Nutrición Mundial 2018* indican que, para poder lograr la meta de poner fin a todas las formas de malnutrición de aquí a 2030, será necesario adoptar cinco medidas esenciales con respecto a nuestra manera de pensar y actuar. No se trata de ideas nuevas, pero sí de sentido común, basadas en las pruebas presentadas, y conviene repetirlas año tras año mientras los datos sigan poniendo en evidencia su importancia si realmente queremos mejorar la situación.

1. Eliminar los compartimentos estancos entre las diversas formas de malnutrición

Los datos ponen de manifiesto que coexisten diversas formas de malnutrición, pero que estas se abordan a distinto ritmo, difieren de una población a otra y se superponen entre sí de varias maneras. Por tanto, para afrontarlas es necesario adoptar enfoques integrados y trabajar de forma cohesionada. Las diversas comunidades —por ejemplo, las organizaciones humanitarias y las que trabajan en el ámbito de la obesidad, las enfermedades no transmisibles y los micronutrientes— deben colaborar para garantizar que se haga frente a las distintas cargas de forma eficaz y eficiente. La lucha contra una forma determinada de malnutrición debe considerarse una oportunidad para atajar otra forma de malnutrición: los Gobiernos, la comunidad humanitaria y la comunidad de la nutrición deben evaluar si las intervenciones en curso dirigidas a una forma de malnutrición pueden ampliarse o rediseñarse para que abarquen otras formas de malnutrición pertinentes, por ejemplo, la desnutrición en los primeros años de vida, a fin de prevenir la obesidad y las enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida. El agrupamiento de los recursos, con frecuencia escasos, los conocimientos técnicos innovadores y variados, y el empleo de diversas herramientas y enfoques pueden propiciar efectos transformadores a la hora de procurar que las iniciativas en materia de nutrición sirvan para luchar contra diferentes formas de malnutrición.

2. Dar prioridad a los datos necesarios y la capacidad para emplearlos e invertir en ellos

Es imposible diseñar iniciativas de gran repercusión si no se dispone de información adecuada sobre a quiénes afecta la malnutrición y por qué. Los progresos realizados en los últimos años en las actividades de recopilación, cotejo y análisis de datos, presentados en el *Informe de la Nutrición Mundial 2018*, demuestran que invertir en los datos puede contribuir a fundamentar la respuesta en materia de nutrición. Los Gobiernos, las organizaciones internacionales, los centros de investigación y las instituciones académicas deben continuar esta revolución que se está produciendo en los datos sobre nutrición. Los datos geoespaciales que indican a quiénes afecta cada forma de malnutrición, dónde y por qué prometen ser de ayuda para las autoridades decisorias a la hora de diseñar iniciativas que logren resultados. Los datos sobre las poblaciones vulnerables desde el punto de vista nutricional—como las personas que viven en situación de pobreza, las mujeres, las adolescentes, los niños pequeños y las personas marginadas y aisladas geográficamente— resultan esenciales. Es necesario seguir emprendiendo iniciativas dirigidas a mejorar la recopilación y el análisis de datos sobre la alimentación y corregir urgentemente las lagunas en materia de datos sobre micronutrientes. Pero la recopilación y el análisis de datos no son suficientes: se requiere que todas las partes interesadas sean capaces de utilizarlos para adoptar decisiones con base empírica. La comunidad de profesionales a cargo del tratamiento de los datos debe facilitar su comprensión por parte de las autoridades decisorias, las empresas y las organizaciones no gubernamentales (ONG) que adoptan decisiones acerca de en qué invertir y en dónde intervenir.

3. Ampliar la financiación destinada a la nutrición: diversificar e innovar a partir de los progresos logrados en el pasado

Cada año, el *Informe de la Nutrición Mundial* reclama una mayor financiación en favor de la nutrición: en última instancia, si no invertimos los fondos suficientes para hacer frente a todas las formas de malnutrición, no podremos avanzar. Los datos presentados en el informe de este año indican un progreso desigual, a partir del cual es necesario que las inversiones nacionales sigan aumentando y que los donantes de ayuda internacional continúen invirtiendo a través de la AOD. En aras de la transparencia y la rastreabilidad de los flujos de fondos, debe adoptarse el uso de los nuevos marcadores de políticas y el código mejorado del Sistema de Notificación de los Países Acreedores (CRS) del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos. La financiación debe centrarse en asegurar que los planes de nutrición se lleven a la práctica. No obstante, para lograr avances también se requieren formas de financiación diferentes e innovadoras. Quienes controlan el flujo de recursos —los poderes públicos, las organizaciones multilaterales, las organizaciones filantrópicas y los inversores— deben buscar formas innovadoras de financiar la acción en favor de la nutrición y proporcionar la capacidad institucional y humana necesaria para hacerlo.

4. Impulsar las iniciativas en materia de alimentación saludable: implicar a todos los países en la lucha contra este problema universal

Los datos presentados en el *Informe de la Nutrición Mundial 2018* demuestran que la mala calidad de la alimentación de los lactantes, los niños pequeños, los adolescentes y los adultos es inaceptable. Una dieta deficiente es uno de los principales factores de riesgo de malnutrición, enfermedad, discapacidad y muerte a escala mundial. Y constituye un problema en todo el mundo: ningún país o población es inmune. Los Gobiernos y las empresas deben aplicar un paquete integral de medidas para asegurar que los sistemas y los entornos alimentarios ofrecen dietas saludables, asequibles, accesibles y adecuadas para todos. El liderazgo asumido por las comunidades, las ciudades y las redes de ciudades debe ampliarse. Es preciso aprender de los éxitos logrados en todo el mundo y derribar los obstáculos.

5. Establecer compromisos más firmes para poner fin a la malnutrición en todas sus formas, y cumplirlos: para lograr las metas mundiales de nutrición, es necesario adoptar un enfoque ambicioso y transformador

Para poner fin a la malnutrición en todas sus formas, los signatarios deben adoptar compromisos SMART —diseñados con la mirada puesta en el logro de resultados—, presentar informes periódicos al respecto y cumplirlos. A través de la cumbre Nutrición para el Crecimiento que se celebrará en Tokio en 2020, el Japón brinda la ocasión de responder a los desafíos y las oportunidades que presentan los datos del informe de este año, y de que la comunidad internacional —los donantes, los Gobiernos nacionales y las empresas— renueve sus compromisos, nos obligue a rendir cuentas y acelere los pasos esenciales necesarios para poner fin a la malnutrición en todas sus formas.



01

Filipinas, 2011

Varios agricultores recogen plantones de arroz para trasplantarlos.

© OIT/Joaquín Bobot Go

Introducción

¿Por qué importa la malnutrición?

La malnutrición constituye un problema universal que adopta numerosas formas. Afecta a la mayor parte de la población mundial en algún momento de la vida, desde la infancia hasta la tercera edad. Ningún país está a salvo. Se registra en todos los ámbitos geográficos, grupos de edad, géneros y niveles de ingresos. Se trata de un problema verdaderamente universal.

La malnutrición se manifiesta de numerosas formas; todas ellas distintivas (recuadro 1.1), pero superpuestas en los diversos países, comunidades, hogares y personas. Si bien cualquier persona puede padecer malnutrición, algunas son particularmente vulnerables, como los niños pequeños, las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes, las personas de edad, las personas enfermas o inmunodeprimidas, los pueblos indígenas y las personas que viven en situación de pobreza. Los grupos de migrantes o desplazados a causa de conflictos, sequías, inundaciones y otros desastres naturales, hambrunas o cuestiones relacionadas con la tenencia de la tierra también presentan un alto riesgo de malnutrición y son vulnerables a ella.

En conjunto, la malnutrición es la principal causa de mala salud: no es posible gozar de buena salud sin una nutrición adecuada. Todas las formas de malnutrición se asocian a diversas formas de mala salud y a niveles elevados de mortalidad. La desnutrición explica alrededor del 45% de las muertes entre niños menores de 5 años, sobre todo en los países de ingresos bajos y medianos¹. Se calcula que las consecuencias en la salud del sobrepeso y la obesidad causan unos 4 millones de muertes (el 7,1% de la mortalidad total) y la pérdida de 120 millones de años de vida saludable (años de vida ajustados en función de la discapacidad o AVAD)² en la población mundial (el 4,9% de los AVAD en los adultos)³.

La malnutrición también constituye un problema social y económico que retrasa el desarrollo en todo el mundo y acarrea consecuencias intolerables para el ser humano. Supone un gasto de miles de millones de dólares al año e impone elevados costos —directos e indirectos— en términos de capital humano a las personas, las familias y las naciones. Según las estimaciones, la malnutrición, en todas sus formas, podría costar a la sociedad hasta 3,5 billones de dólares al año —el sobrepeso y la obesidad representan, por sí solos, 500.000 millones al año—⁴. Entre sus consecuencias se cuentan el aumento de la mortalidad infantil y de la discapacidad en adultos en el futuro, incluidas las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, así como enormes costos económicos y humanos⁵.

A la inversa, como se detalla en el *Informe de la Nutrición Mundial 2017*, la mejora de la nutrición puede tener un potente efecto positivo multiplicador en numerosos aspectos del desarrollo, como la pobreza, la sostenibilidad ambiental, la paz y la estabilidad. Como escribió Kofi Annan, ex Secretario General de las Naciones Unidas, en 2018: “La nutrición es uno de los mejores motores del desarrollo: desencadena un círculo virtuoso de mejoras socioeconómicas, como el aumento del acceso a la educación y el empleo”. Si los países no realizan progresos importantes en la lucha contra todas las formas de malnutrición, no serán capaces de lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), dirigidos a transformar nuestro mundo de aquí a 2030.

Las causas de la malnutrición son muy diversas y actúan en diferentes niveles. El acceso al agua, el saneamiento y la higiene, los ingresos, la educación y la calidad de los servicios de salud son factores importantes. Una dieta deficiente (incluida la lactancia materna inadecuada en el caso de los bebés) es una causa común a todas las formas de malnutrición. La mala calidad de la alimentación constituye el segundo factor mundial de riesgo de muerte o de pérdida de años de vida y es la causa del 18,8% de todas las muertes, de las cuales el 50% se deben a enfermedades cardiovasculares⁶. Si bien la mejora de la alimentación, por sí sola, no necesariamente es suficiente para hacer frente a la malnutrición, constituye un componente imprescindible a la hora de reducir la discapacidad y la mortalidad causadas por la malnutrición en todos los grupos de edad y de ingresos.

RECUADRO 1.1

Las múltiples formas de malnutrición

Desnutrición: Falta de nutrición adecuada, causada por no disponer o no ingerir alimentos suficientes que contengan las sustancias necesarias para crecer y gozar de buena salud, y por otras causas directas e indirectas.

Retraso del crecimiento en niños menores de 5 años: Un tipo de anomalía del crecimiento que se produce durante un largo período de tiempo en niños menores de 5 años cuando crecen con un acceso limitado a alimentos, servicios de salud y cuidados. El retraso del crecimiento también se conoce como “desnutrición crónica”, aunque esta es solo una de sus causas. En niños, puede medirse utilizando el índice nutricional de estatura para la edad. El retraso del crecimiento suele estar asociado con deficiencias cognitivas como el retraso en el desarrollo motor, la alteración de la función cerebral y el bajo rendimiento escolar, ya que a menudo causa estos efectos negativos.

Emaciación en niños menores de 5 años: Delgadez de los niños en relación con su estatura debido a la escasez extrema de alimentos o a enfermedades graves. También denominada “malnutrición aguda”, se caracteriza por un rápido deterioro del estado nutricional de los niños menores de 5 años en un corto período de tiempo. En los niños que sufren emaciación el riesgo de muerte es mayor. En niños, puede medirse con el índice nutricional de peso para la estatura o el perímetro braquial. Existen diferentes niveles de gravedad de la malnutrición aguda: malnutrición aguda moderada y malnutrición aguda grave.

Carencias de micronutrientes: Estado nutricional deficiente causado por la falta de ingesta, absorción o uso de una o más vitaminas o minerales. La ingesta excesiva de algunos micronutrientes también puede producir efectos adversos. La comunidad internacional se ha centrado en varios micronutrientes que siguen planteando problemas en todo el mundo —como el hierro, el zinc, la vitamina A, el ácido fólico y el yodo—, ya que son los más difíciles de absorber sin una alimentación variada. Un indicador general de las carencias de micronutrientes es la anemia, ya que está causada por la deficiencia de gran parte de ellos y sus efectos se acentúan por la interacción con varias enfermedades.

Delgadez moderada y grave o peso inferior al normal en adultos: Un índice de masa corporal (IMC) inferior a 18,5 indica una insuficiencia ponderal en la población adulta, mientras que un IMC inferior a 17 es indicativo de delgadez moderada o grave. Se ha relacionado con aumentos claros de la morbilidad en los adultos estudiados en tres continentes y, por tanto, es otro dato que se puede elegir razonablemente como valor de corte para el riesgo moderado. Se sabe que un IMC inferior a 16 está asociado con un riesgo notablemente mayor de mala salud, rendimiento físico deficiente, letargo e incluso muerte; por lo tanto, este valor de corte es un límite extremo válido.

Sobrepeso y obesidad en adultos: Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para clasificar el sobrepeso y la obesidad en adultos. El sobrepeso y la obesidad son las principales causas de numerosas enfermedades no transmisibles, incluidas la diabetes no insulino dependiente, las cardiopatías coronarias y los accidentes cerebrovasculares. También aumentan los riesgos relativos a varios tipos de cáncer, problemas de la vesícula biliar, trastornos musculoesqueléticos y síntomas de dolencias respiratorias.

Fuente: UNICEF para la desnutrición; y la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el sobrepeso, para la delgadez y el peso inferior al normal en niños y para la anemia⁷.

Compromisos y metas para monitorear los progresos realizados para poner fin a la malnutrición

Ante la gravedad de los efectos de la malnutrición en la salud mundial, los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron, en 2012 y 2013, una serie de metas dirigidas a reducir considerablemente la carga de gran parte de estas formas de malnutrición para 2025 (figura 1.1). Las metas, aprobadas a través de dos resoluciones aprobadas durante el período de sesiones anual de la Asamblea Mundial de la Salud, reconocen la necesidad de reducir muchas de las distintas formas de malnutrición. En 2012, se incluyeron metas relativas al retraso del crecimiento y la emaciación en niños menores de 5 años, la anemia en mujeres en edad reproductiva y el peso bajo al nacer en los recién nacidos en el Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, el cual también establece el compromiso de evitar el aumento de las tasas de sobrepeso en la infancia y de incrementar la tasa de lactancia materna exclusiva entre los bebés menores de 6 meses.

Un año después, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó el marco mundial de vigilancia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, que fija objetivos “voluntarios” para monitorear los progresos en la consecución de las metas relativas a las cuatro enfermedades no transmisibles que ocasionan una mayor tasa de mortalidad —tres de las cuales tienen causas relacionadas con la alimentación (enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cánceres) y los factores de riesgo correspondientes—. Cuatro de esas metas resultan pertinentes para la nutrición: reducir la ingesta de sal y, por tanto, la hipertensión; reducir la mortalidad mundial por enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes; y detener el avance de la diabetes y la obesidad.

Al reconocer la importancia de la nutrición para el desarrollo, en 2015, los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron, como parte de los ODS, una meta ambiciosa: “poner fin a todas las formas de malnutrición” de aquí a 2030 (meta 2.2). Los ODS también incluyeron una meta dirigida a reducir en un tercio la mortalidad por enfermedades no transmisibles (meta 3.4). En conjunto, estas metas se solapan en gran medida con las fijadas para 2025⁸, las cuales hacen hincapié en un objetivo más amplio: poner fin a la malnutrición en *todas* sus formas durante *todo* el ciclo vital⁹. Esta aspiración se ha visto impulsada por el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición, 2016-2025, aprobado por las Naciones Unidas en 2015 con el propósito de acelerar la aplicación de las medidas dirigidas a la consecución de la meta 2.2 de los ODS y ayudar a convertir en realidad los compromisos adoptados en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición, celebrada en 2014.

FIGURA 1.1

Metas de nutrición para 2025



Fuente: Si desea obtener más información, consulte www.who.int/nutrition/global-target-2025/es y www.who.int/beat-ncds/take-action/targets/en.

Informe de la Nutrición Mundial: siguiendo los progresos en el cumplimiento de las medidas y los compromisos adoptados

Desde 2014, el *Informe de la Nutrición Mundial* hace un seguimiento de los avances en la consecución de estas metas, así como de la financiación, las medidas y los compromisos concebidos para alcanzarlas. El panorama retratado por el informe en los últimos cinco años (2014-2018) a partir de los datos recopilados a escala internacional es claro: la carga de malnutrición sigue siendo elevada, y los progresos logrados no son suficientes para reducir la malnutrición. A través del seguimiento de la financiación, las medidas y los compromisos concebidos a lo largo de los últimos cinco años para poner fin a todas las formas de malnutrición, el *Informe de la Nutrición Mundial*, junto con muchos otros documentos en la materia, muestra que la aplicación de las políticas, los programas y las intervenciones es inadecuada —incluso en el caso de aquellos de eficacia o eficiencia demostradas— y que las medidas adoptadas en otros sectores, vitales para poner fin a la malnutrición, son escasas. Asimismo, pone de manifiesto que solo una ínfima proporción del gasto público de cada país y de los fondos de las organizaciones internacionales para el desarrollo se destina a mejorar la nutrición. A partir del seguimiento de los compromisos asumidos para mejorar la nutrición —como la cumbre Nutrición para el Crecimiento celebrada en 2013—, concluye que estos no son adecuadamente SMART (específicos, medibles, viables, pertinentes y con plazos), por lo que resulta difícil afirmar si realmente han marcado alguna diferencia.

A pesar de lo desalentador que pueda parecer este panorama, también sabemos que se han logrado mejoras: son muchas las entidades que han manifestado su compromiso, la atención mundial prestada a la nutrición es elevada, la recopilación y la síntesis de datos son cada vez mejores, y hemos aprendido enormemente sobre cómo hacer frente al problema con mayor eficacia. Nos encontramos en una encrucijada: el estado de malnutrición es grave, pero las oportunidades para ponerle fin son mayores que nunca. Durante este Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025 y en la era de los ODS, hemos aumentado de forma considerable nuestra comprensión del problema y de las medidas necesarias para afrontarlo. La pregunta incómoda que nos hacemos no es tanto por qué la situación deja tanto que desear, sino por qué no mejora ahora que nuestros conocimientos en la materia son muy superiores.

El Informe de la Nutrición Mundial 2018

El propósito del *Informe de la Nutrición Mundial* es cotejar y comunicar datos de calidad, integrales y fiables sobre la nutrición que permitan hacer un seguimiento de los progresos realizados para poner fin a todas las formas de malnutrición, asumir compromisos, guiar e impulsar medidas en la materia y financiarlas. Volviendo a citar al ex Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan: “La falta de datos socava nuestra capacidad para orientar los recursos, elaborar políticas y vigilar la rendición de cuentas. Sin datos de calidad, avanzamos a ciegas. Si no podemos observar el problema, no podemos solucionarlo”¹⁰.

En 2018 recogemos nuevas fuentes de datos que nos permiten seguir esforzándonos para obtener un retrato más amplio de la malnutrición y hacer un seguimiento de los cambios logrados. El *Informe de la Nutrición Mundial 2018* ofrece una actualización de los datos. Arroja luz sobre los ámbitos en los que se han logrado avances y sobre aquellos en los que aún subsisten problemas. Destaca la innovación en los datos y la situación de la financiación. Pone de relieve las medidas que se han adoptado. Llama la atención sobre los datos que pueden ayudarnos a comprender mejor la naturaleza de la carga de malnutrición, ya que, si queremos poner fin a la malnutrición en todas sus formas, debemos comprender la índole del problema al que nos enfrentamos.

Este año ahondamos en lo que en el *Informe de la Nutrición Mundial 2014* se denominó "la nueva normalidad": los países, las comunidades y las personas padecen diversas formas de malnutrición y, si queremos rendir cuentas de nuestros compromisos relativos al logro de todas las metas en materia de nutrición, debemos hacer frente a todas ellas. Conocemos mejor el problema al que se enfrentan los países y las personas: diferentes formas de malnutrición que coexisten y se superponen entre sí. El *Informe de la Nutrición Mundial* ahora cuenta con un nuevo sitio web interactivo, muestra un mayor número de datos sobre nutrición desglosados por sexo, zona geográfica y nivel socioeconómico, y se centra más en las poblaciones nutricionalmente vulnerables, como las adolescentes, las mujeres y los niños pequeños. También profundiza más en los datos relativos a una causa común a todas las formas de malnutrición, de importancia fundamental: la composición de la dieta.

A pesar de que los datos sobre la malnutrición son claros —la carga es elevada y los progresos son intolerablemente lentos—, las oportunidades para ponerle fin son mayores que nunca. Ciertos indicios apuntan a que se está avanzando, como la disminución del retraso del crecimiento y el ligero descenso de la proporción de mujeres con un peso inferior al normal; asimismo, numerosos países están en vías de lograr al menos una meta mundial sobre nutrición. Existen más soluciones que nunca, y la comunidad internacional está mejor situada para erradicarla. En los últimos años se han dado numerosos pasos que nos permiten comprender mejor la naturaleza de la carga de malnutrición en todas sus formas, así como sus causas, y que, por tanto, orientan e impulsan la acción y mejoran nuestra capacidad de seguimiento de los progresos. Contamos con más conocimientos, mejores datos y modelos eficaces en los que basar la acción colectiva, lo que nos permite identificar con mayor precisión los ámbitos en los que aún es necesario actuar. Por consiguiente, disponemos de una oportunidad sin precedentes para lograr estos objetivos, así como de los medios para poner fin a la malnutrición.

El informe transporta al lector en un recorrido por los datos sobre la carga de malnutrición, identifica tres esferas en las que existe una necesidad urgente de investigación y atención, profundiza en los datos sobre la alimentación de la población y en su importancia, y compara la financiación y los resultados alcanzados con los compromisos asumidos. Concluye presentando cinco medidas esenciales que deben adoptarse de inmediato para encaminar al mundo hacia la erradicación de la malnutrición.





02

México, 2008

Un hombre prepara una torta ahogada, un bocadillo típico del estado mexicano de Jalisco, en su puesto familiar de comida ambulante.

© heacphotos

La carga de la malnutrición

PUNTOS CLAVE

- 1** Los avances en la lucha contra todas las formas de malnutrición siguen siendo intolerablemente lentos. Se han realizado algunos progresos en la reducción del retraso del crecimiento en la infancia, el cual está disminuyendo gradualmente pero aún afecta a 150,8 millones de niños. Además, 50,5 y 38,3 millones de niños sufren emaciación y sobrepeso respectivamente, y 2.010 millones de adultos padecen sobrepeso u obesidad.
- 2** La evaluación más reciente indica que la proporción de países que están bien encaminados para cumplir al menos una de las nueve metas mundiales de nutrición no llega al 50%. No obstante, ningún país está en vías de alcanzar las nueve metas que se están monitoreando, y solo cinco países están en vías de lograr cuatro. Ningún país está bien encaminado para conseguir la meta relativa a la obesidad en adultos. La mayoría de los países, por lo tanto, no están logrando avances.
- 3** Los países se enfrentan a múltiples formas de malnutrición. De los 141 países analizados, el 88% (124 países) sufren más de una forma de malnutrición, y en el 29% (41 países) se registran niveles elevados de las tres formas de malnutrición.
- 4** Los niños también pueden padecer diversas formas de malnutrición: el 3,62% de niños menores de 5 años de todo el mundo (15,95 millones de niños) sufren tanto retraso del crecimiento como emaciación, mientras que el 1,87% (8,23 millones de niños) padecen a la vez retraso del crecimiento y sobrepeso.
- 5** Los datos geoespaciales y desglosados nos están permitiendo obtener más información sobre quiénes padecen malnutrición, dónde y cómo centrar la acción en el plano subnacional.

Introducción

Este capítulo presenta una actualización de la situación mundial de la malnutrición en todas sus formas, y examina a quiénes afecta cada forma de malnutrición y dónde. Los progresos logrados en 2017 y 2018 en materia de recopilación, análisis y uso de datos nos permiten, más que nunca, arrojar luz sobre la naturaleza de la malnutrición. Los recientes avances y mejoras en la recopilación y el análisis de datos, así como en la obtención de datos subnacionales desglosados, están comenzando a orientar a las partes interesadas sobre dónde es necesario actuar y de qué forma, y ayudan a dibujar una imagen clara de cuáles son las poblaciones nutricionalmente vulnerables y por qué.

Este capítulo presenta una descripción general; en el sitio web del *Informe de la Nutrición Mundial*¹ pueden obtenerse datos regionales y nacionales (actualizados) más detallados y datos sobre la malnutrición mundial desglosados por zonas urbanas y rurales, niveles de riqueza y género.

Tendencias mundiales y regionales de la malnutrición en todas sus formas

Tendencias mundiales

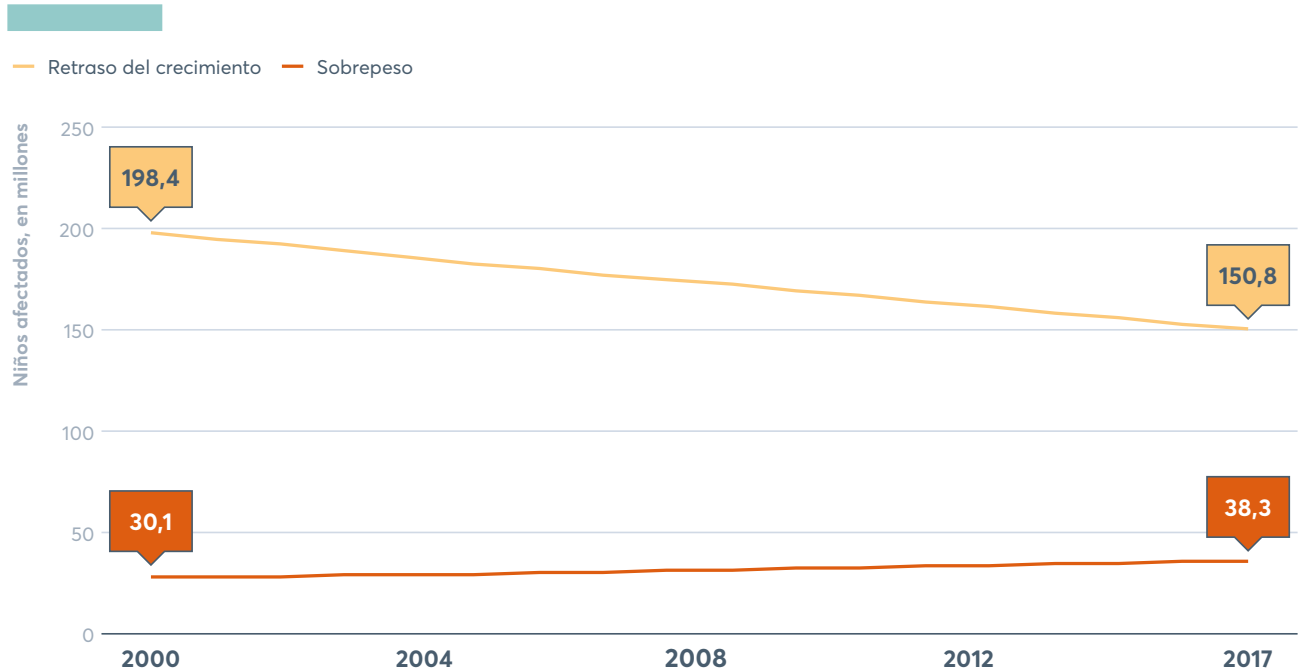
Al igual que en los años anteriores, el *Informe de la Nutrición Mundial 2018* concluye, una vez más, que la malnutrición sigue siendo un problema grave: el mundo no está en vías de lograr las metas que se ha fijado. La malnutrición en todas sus formas sigue siendo intolerablemente elevada en todas las regiones del mundo.

A pesar de la disminución del retraso del crecimiento, aún afecta a 150,8 millones de niños menores de 5 años (el 22,2%)²; 50,5 millones de niños menores de 5 años sufren emaciación³, y se calcula que 20 millones de recién nacidos presentan un peso bajo al nacer⁴, mientras que 38,3 millones de niños menores de 5 años padecen sobrepeso⁵. La figura 2.1 muestra que, si bien desde 2000 ha disminuido el número de niños afectados por retraso del crecimiento, el sobrepeso entre niños menores de 5 años ha ido aumentando con el tiempo.

A pesar de este panorama desalentador, se han registrado avances en la reducción del retraso del crecimiento en niños menores de 5 años, el objetivo central del compromiso político con la nutrición desde hace varios años. Las tasas de prevalencia mundiales han disminuido de forma lenta pero segura, del 32,6% en 2000 al 22,2% en 2017⁶. Por ejemplo, desde 2000 el retraso del crecimiento en Nepal pasó del 57,1% al 36%, y en Lesotho, del 52,7% al 33,4%. En el plano regional, en Asia se redujo del 38,1% al 23,2%; en América Latina y el Caribe, del 16,9% al 9,6%; y en África, del 38,3% al 30,3%. A pesar del descenso de la prevalencia del retraso del crecimiento en África, el número de niños afectados ha aumentado de manera continua de 50,6 millones en 2000 a 58,7 millones en 2017. Asia Meridional es la región en la que se registra la mayor carga: alberga al 38,9% de niños con retraso del crecimiento del mundo.

FIGURA 2.1

Número de niños afectados por retraso del crecimiento y sobrepeso, 2000-2017



Fuente: Estimaciones conjuntas de UNICEF, la OMS y el Grupo Banco Mundial sobre la malnutrición infantil.

La emaciación y el retraso del crecimiento se asocian a un aumento de la mortalidad, sobre todo cuando se presentan a la vez en un niño⁷. Además, cada vez resulta más claro que los niños que sufren emaciación tienen más probabilidades de padecer retraso del crecimiento, y viceversa⁸. El riesgo de mortalidad es mayor en los niños que padecen emaciación moderada o grave^{9,10}. La emaciación aún afecta en todo el mundo a 50,5 millones de niños menores de 5 años¹¹, y más de la mitad de ellos (26,9 millones) viven en Asia Meridional.

De los 38,3 millones de niños con sobrepeso, 5,4 millones y 4,8 millones viven en Asia Meridional y Oriental, respectivamente —el 26,6% del total—.

La anemia¹² en niñas adolescentes y mujeres es, al parecer, un problema insoluble¹³. Su prevalencia en las adolescentes y las mujeres de entre 15 y 49 años sigue siendo elevada y va en aumento, ya que ha pasado del 31,6% en 2000 al 32,8%. Existe una considerable diferencia entre las mujeres embarazadas y las que no lo están. En las embarazadas, la prevalencia mundial ha disminuido ligeramente, del 41,6% en 2000 al 40,1% en 2016, mientras que en las que no están embarazadas ha aumentado ligeramente durante el mismo período de tiempo, del 31,1% al 32,5%¹⁴.

Los datos sobre la prevalencia del sobrepeso en adultos (mayores de 18 años) indican un incremento del 35,7% en 2010 al 38,9% en 2016¹⁵. La prevalencia de la obesidad en adultos también va en aumento: del 11,2% en 2010 al 13,1% en 2016 (figura 2.3). Traducido en cifras, 2.010 millones de adultos sufren sobrepeso (casi la tercera parte de los adultos de todo el mundo), de los cuales 678 millones son obesos¹⁶.

La obesidad constituye un factor de riesgo modificable de las enfermedades no transmisibles. La carga de enfermedades no transmisibles es considerable: 422 millones de personas padecen diabetes¹⁷ —una cifra alarmante—, y 1.100 millones de personas sufren hipertensión arterial¹⁸. En 2016, las enfermedades no transmisibles (entre cuyos cuatro factores de riesgo se cuenta la dieta) fueron responsables de 41 de los 57 millones de muertes en el mundo (el 71%). La carga es mayor en los países de ingresos bajos y medianos, donde se registra el 78% de las muertes causadas por enfermedades no transmisibles y el 85% de las muertes prematuras debidas a estas enfermedades¹⁹.

FIGURA 2.2

La nutrición mundial: metas, carga y prevalencia

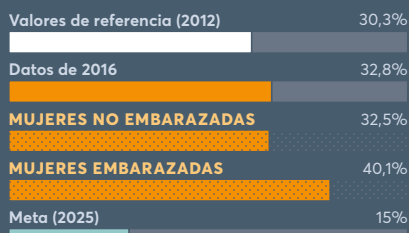
Metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño

Anemia

MAL ENCAMINADO



Reducción del 50% en el número de mujeres en edad reproductiva con anemia.



En 2016, la anemia afectaba a 613,2 millones de mujeres en edad reproductiva, de las cuales 35,3 millones estaban embarazadas. El porcentaje de referencia de 2012 se modificó al 30,3% en 2017. La prevalencia actual refleja un aumento desde entonces.

Bajo peso al nacer

SIN DATOS DISPONIBLES



Reducción del 30% en la prevalencia del peso bajo al nacer.



Según las últimas estimaciones, alrededor de 20 millones de niños presentan peso bajo al nacer.

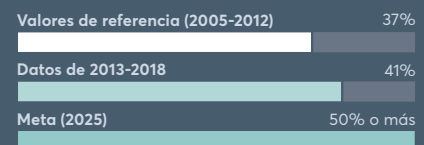
Notas: Las nuevas estimaciones de UNICEF se publicarán próximamente.

Lactancia materna exclusiva

CIERTOS PROGRESOS



Aumento de al menos un 50% de la tasa de lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses.



En 2017, el 41% de los lactantes de entre 0 y 5 meses fueron alimentados exclusivamente con leche materna. Esto supone un aumento de cuatro puntos porcentuales en cinco años, lo que refleja un progreso muy limitado.

Retraso del crecimiento en la infancia

MAL ENCAMINADO



Reducción del 40% en el número de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento.



En 2017, 150,8 millones de niños sufrían de retraso del crecimiento. La tasa media anual de reducción (TMAR) actual (el 2,3%) es inferior a la TMAR requerida (el 3,9%). Si se mantienen las tendencias actuales, el número de niños con retraso del crecimiento superará en unos 30 millones el objetivo de 100 millones fijado para 2025.

Nota: Se han actualizado los valores de referencia de 162 millones de niños en el Informe de la Nutrición Mundial 2017²⁰ a 165 millones este año.

Sobrepeso en la infancia

MAL ENCAMINADO



El sobrepeso infantil no aumenta.



En 2017, 38,3 millones de niños sufrían de sobrepeso. El porcentaje de referencia de 2012 se modificó al 5,4% en las estimaciones de 2017 y la prevalencia actual es del 5,6%.

Emaciación en la infancia

MAL ENCAMINADO



Reducción y mantenimiento de la emaciación en la infancia en menos del 5%.



En 2017, 50,5 millones de niños sufrían de emaciación. La prevalencia mundial fue del 7,5% en 2017, frente al 7,9% en 2012, lo que demuestra un progreso insignificante hacia el objetivo del 5% para 2025. Será necesario un aumento sustancial de los esfuerzos para romper la situación de inercia mundial en materia de emaciación y reducir la tasa para lograr la meta del 5% para 2025.

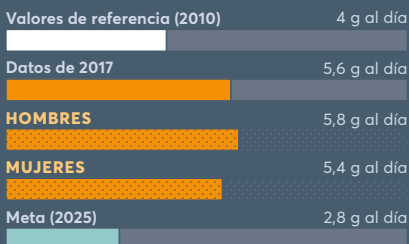
Metas sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

Ingesta de sal



MAL ENCAMINADO

Reducción relativa del 30% de la ingesta diaria promedio de sal (sodio) de la población.



En 2017, la ingesta media mundial de sal era de 5,6 g al día, el doble de la meta mundial.

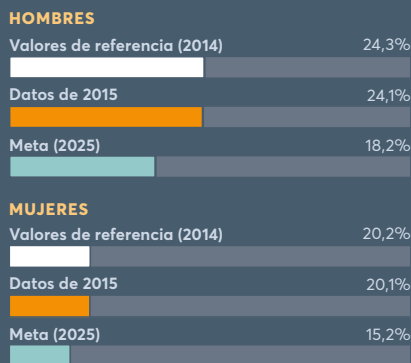
Notas: Las proyecciones aún no están disponibles. Los datos corresponden a adultos a partir de los 25 años. Si se eliminara China, el promedio mundial sería de 4 g.

Hipertensión arterial



MAL ENCAMINADO

Reducción relativa del 25% de la prevalencia de la hipertensión o su limitación, en función de las circunstancias nacionales.



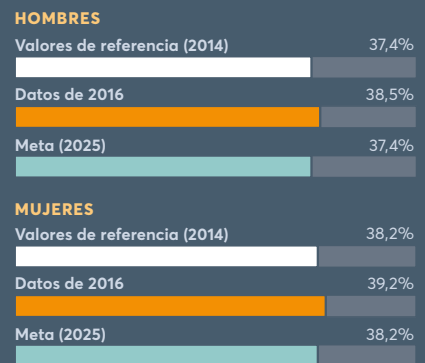
En 2015, 597,4 millones de hombres y 529,2 millones de mujeres presentaban hipertensión, es decir, 1.130 millones de adultos en total. Las probabilidades de alcanzar la meta mundial son casi nulas según las proyecciones para 2025.

Sobrepeso en adultos



MAL ENCAMINADO

Freno al aumento de la prevalencia.



En 2016, 984,6 millones de hombres y 1.020 millones de mujeres presentaban sobrepeso, es decir, 2.010 millones de adultos en total.

Obesidad en adultos



MAL ENCAMINADO

Freno al aumento de la prevalencia.



En 2016, 284,1 millones de hombres y 393,5 millones de mujeres presentaban obesidad, es decir, 677,6 millones de adultos en total. Las probabilidades de alcanzar la meta mundial son casi nulas según las proyecciones para 2025.

Diabetes en adultos



MAL ENCAMINADO

Freno al aumento de la prevalencia.

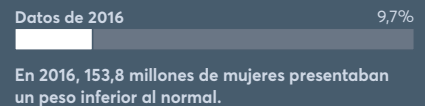


En 2014, 217,8 millones de hombres y 204,4 millones de mujeres presentaban diabetes, es decir, 422,1 millones de adultos en total. Las probabilidades de alcanzar la meta mundial (<1% en el caso de los hombres, 1% en el de las mujeres) son escasas según las proyecciones para 2025.

Peso inferior al normal en adultos



MUJERES



En 2016, 153,8 millones de mujeres presentaban un peso inferior al normal.

Peso inferior al normal en adolescentes



NIÑAS



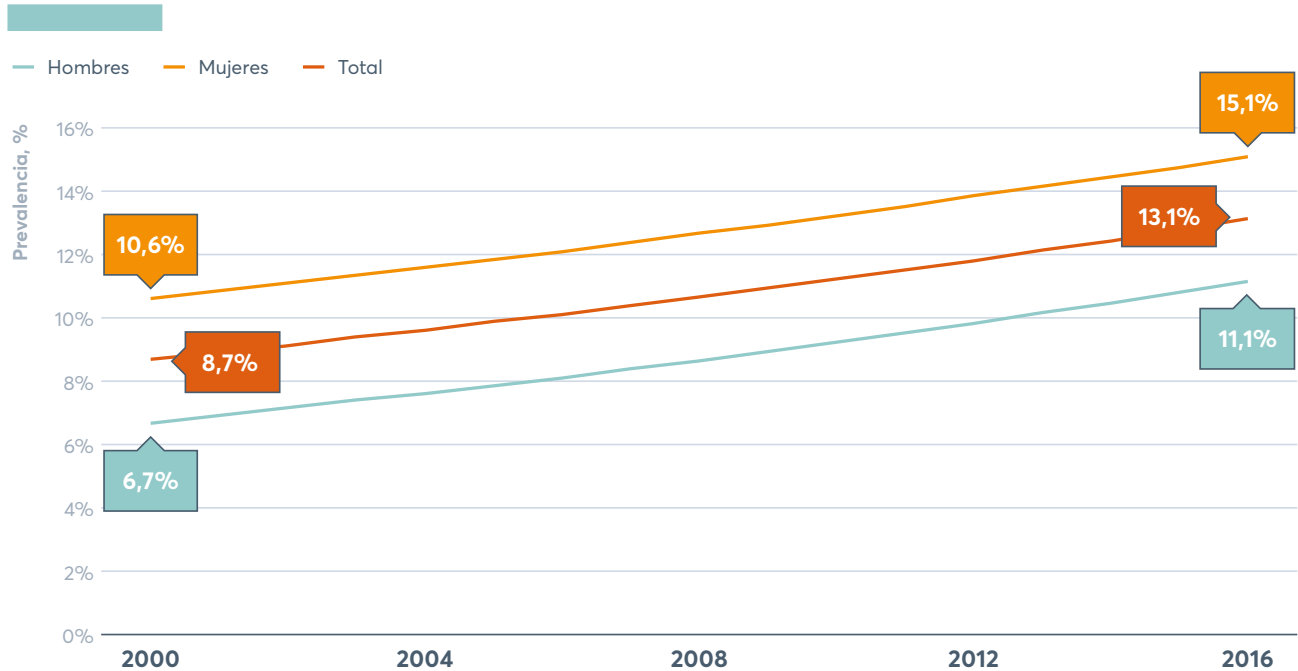
En 2016, 16,2 millones de niñas adolescentes tenían un peso inferior al normal.

Notas: Mujeres de 20 a 49 años cuyo IMC es inferior a 18,5 kg/m². Niñas adolescentes de 15 a 19 años en las que las puntuaciones Z de estatura para la edad son superiores a dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF, "Infant and Young Child Feeding"; Estimaciones conjuntas de UNICEF, la OMS y el Grupo Banco Mundial sobre la malnutrición infantil; Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles; Observatorio Mundial de la Salud de la OMS; y base de datos Carga Mundial de Morbilidad del Institute for Health Metrics and Evaluation²¹.

FIGURA 2.3

Prevalencia mundial de la obesidad (IMC ≥ 30) en adultos de 18 años o más, 2000-2016



Fuente: Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.

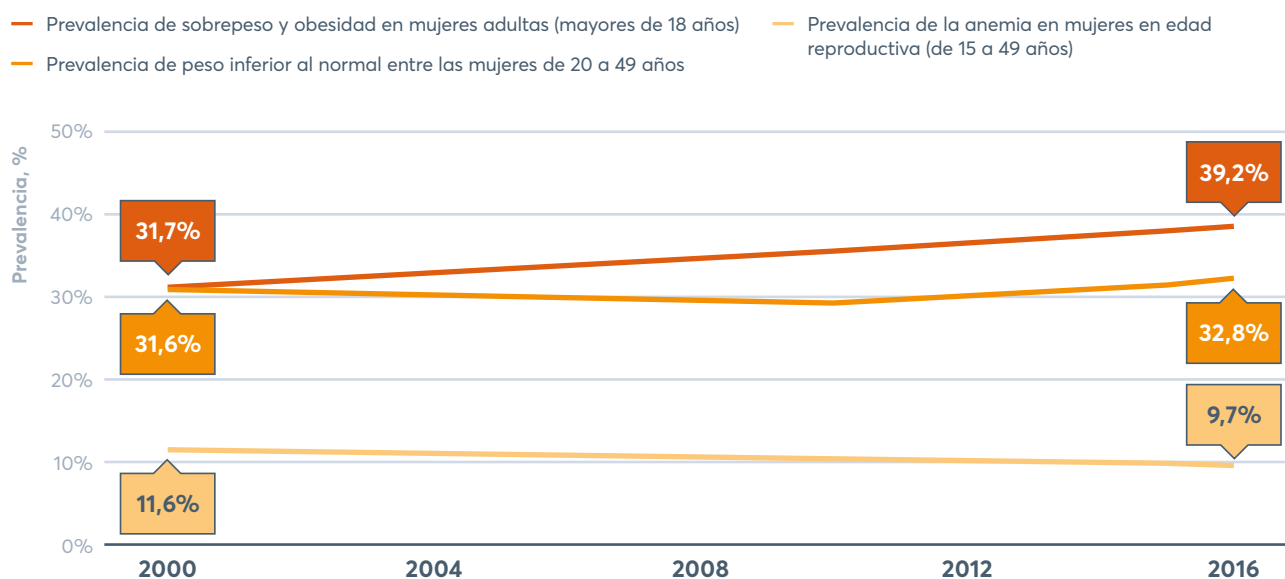
La obesidad, la anemia y el peso inferior al normal tienen importantes consecuencias en la salud de las mujeres, así como en las capacidades y el estado nutricional y de salud de sus hijos²². La figura 2.4 muestra el aumento de la anemia y el sobrepeso (incluida la obesidad) entre mujeres. Si bien el porcentaje de mujeres con un peso inferior al normal ha disminuido ligeramente, hasta situarse en el 9,7%, este descenso no es significativo, y en las adolescentes ha aumentado del 5,5% en 2000 al 5,7% en 2016²³. La prevalencia mundial anual del sobrepeso y la obesidad en mujeres es mayor que en hombres desde 2000.

Distribución geográfica de la malnutrición en todas sus formas

Al observar con más detenimiento las cifras desglosadas, se pone de manifiesto que el retraso del crecimiento es mayor en los países de ingresos bajos y medianos bajos: del total de niños afectados, 37,8 millones viven en países de ingresos bajos, en los que los ingresos per cápita medios diarios son inferiores a 2,80 dólares²⁴. Otros 101,1 millones de niños viven en países de ingresos medianos bajos, con unos ingresos por persona al día inferiores a 11 dólares. La emaciación es mayor en los países de ingresos medianos bajos, tanto por el número de afectados (37 millones) como en términos de prevalencia (el 11,5%), y es menor en los países de ingresos altos (0,5 millones y el 0,7%, respectivamente).

FIGURA 2.4

Prevalencia mundial de la anemia, el sobrepeso (incluida la obesidad) y el peso inferior al normal en mujeres, 2000-2016



Fuente: Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles; Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.

Notas: El peso inferior al normal en los adultos se define como un IMC <18,5; el sobrepeso en adultos se define como un IMC ≥25 kg/m²; la anemia en embarazadas se define como un nivel de hemoglobina <100 g/L; la anemia en mujeres que no están embarazadas se define como un nivel de hemoglobina <120 g/L.

En cuanto al retraso del crecimiento, es necesario diferenciar entre los países con mayor prevalencia y los países con un mayor número de afectados. En Burundi, Eritrea y Timor-Leste, más de la mitad de los niños menores de 5 años padecen retraso del crecimiento. Otros tres países suman casi la mitad (el 47,2%) del total de niños afectados: la India, Nigeria y el Pakistán. En ellos se registra el mayor número de niños con retraso del crecimiento (46,6 millones en la India, 13,9 millones en Nigeria y 10,7 millones en el Pakistán). Los tres países con un mayor número de niños que sufren emaciación son casi los mismos: la India (25,5 millones) y Nigeria (3,4 millones), pero también Indonesia (3,3 millones).

La prevalencia del retraso del crecimiento en las zonas urbanas es, en promedio, del 19,2%, frente al 26,8% en las zonas rurales²⁵. La emaciación aún afecta en mayor medida a los niños de las zonas rurales que a los de las zonas urbanas, aunque la diferencia es mucho menos pronunciada (el 5,8% en las zonas urbanas frente al 6,4% en las zonas rurales)²⁶. El número de niños que padecen retraso del crecimiento y emaciación es mayor que el de niñas. La tasa de retraso del crecimiento es, en promedio, del 25,6% en niños y el 22,6% en niñas²⁷, mientras que la de emaciación es del 6,8% en niños y el 5,7% en niñas²⁸.

La mayor tasa de prevalencia del sobrepeso en niños se registra en los países de ingresos

medianos altos, y la menor, en los de ingresos bajos. En las zonas urbanas, el porcentaje de niños con sobrepeso se sitúa, en promedio, en el 7,1%, en tanto que en las zonas rurales es del 6,2%. En promedio, el sobrepeso es ligeramente más habitual en niños (el 6,9%) que en niñas (el 6,1%)²⁹.

En cuatro países, más de una quinta parte de los niños sufren sobrepeso: Ucrania, Albania, Libia y Montenegro. Un conjunto muy diferente de países alberga a más de un millón de niños con sobrepeso: China, Indonesia, la India, Egipto, los Estados Unidos, el Brasil y el Pakistán.

Al igual que en el caso de la obesidad, el sobrepeso en adultos es mayor en mujeres que en hombres (el 39,2% y el 38,5%, respectivamente, en 2016). A la inversa, la diabetes es más habitual en hombres que en mujeres (el 9% y el 7,9%, respectivamente, en 2014). De manera similar, el porcentaje de hombres con hipertensión es mayor que el de mujeres (el 24,1% y el 20,1%, respectivamente, en 2015).

China constituye un buen ejemplo de un país en el que el grado de vulnerabilidad de la población varía en función de las diversas formas de malnutrición. En el caso destacado 2.1 se describe el recorrido de China para hacer frente a la malnutrición en todas sus formas y sus esfuerzos para adoptar un enfoque multisectorial.

Las nuevas políticas de nutrición en China

Kevin Chen y Zimeiyi Wang

El éxito agrícola y económico de China le ha permitido suministrar suficientes alimentos nutritivos a su numerosa población, así como reducir considerablemente las tasas de retraso del crecimiento y emaciación. No obstante, China aún presenta elevados niveles de desnutrición, la cual afecta de forma desproporcionada a las regiones pobres y los grupos vulnerables, como los niños, las mujeres, las personas de edad y los migrantes. La carencia de micronutrientes esenciales también afecta a millones de chinos y, si bien la desnutrición sigue representando un problema, el sobrepeso y la obesidad debidos al exceso de grasas saturadas, calorías o azúcar están aumentando a un ritmo alarmante. En el marco de la urbanización, el envejecimiento de la población y la industrialización, las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación van en aumento.

En este contexto, el Gobierno de China ha elaborado dos planes que podrían transformar la malnutrición en China. China Saludable 2030 (2016) es el primer plan estratégico nacional a medio y largo plazo del sector de la salud; más de 20 dependencias gubernamentales participaron en su preparación, en la que se empleó explícitamente el enfoque "La Salud en todas las Políticas". El plan, en el que intervino directamente el Presidente de China, subraya la firme voluntad política de mejorar el estado de salud de la ciudadanía. Una de las cinco estrategias básicas del plan es la prevención a través de un estilo de vida más saludable, y utiliza como indicador de los progresos la tasa de muertes prematuras por enfermedades no transmisibles.

Un año más tarde, el Gobierno puso en marcha un nuevo Plan Nacional de Nutrición (2017-2030), que incluye una variedad de metas relacionadas con la malnutrición, entre ellas metas en materia de retraso del crecimiento, obesidad, anemia, lactancia materna y deficiencia de ácido fólico en personas vulnerables. Se ha hecho hincapié en la aplicación de medidas a escala nacional y en la ejecución de programas dirigidos a las poblaciones vulnerables en las que la carga de malnutrición es desproporcionada. El plan refuerza los programas de nutrición existentes en favor de los lactantes, los niños, los estudiantes de primaria y secundaria y las embarazadas. Además, propone nuevas intervenciones dirigidas a las personas de edad, enfermas o que viven en zonas pobres. Dado que siempre se ha prestado menos atención a las poblaciones rurales, en especial a los lactantes y los niños, también se fija el objetivo de reducir la diferencia de estatura entre los alumnos de las zonas urbanas y las rurales.

El plan incluye el monitoreo de la nutrición, programas de detección, una campaña dirigida a promover un estilo de vida saludable, normas sobre alimentos fortificados y educación sobre la alimentación saludable; asimismo, establece nuevas ingestas alimentarias de referencia, los límites recomendados de azúcares, grasas y sal de los alimentos envasados y el etiquetado nutricional en los bares y restaurantes. Recomienda una dieta equilibrada que combine cereales, carnes, verduras, frutas, leche y soja —muy distinta de la alimentación actual rica en féculas y con un elevado consumo de carne—. Aprovecha los programas existentes, como el Ying Yong Bao, un programa nacional que suministra un paquete multivitamínico a las mujeres y los niños pequeños de las regiones pobres, al que el Gobierno destina unos 15.000 millones de yuanes (aproximadamente 2.500 millones de dólares de los Estados Unidos) al año.

En consonancia con la perspectiva multisectorial, también se han efectuado cambios en la política relativa a la oferta. China está centrándose más en la calidad de los alimentos que produce que en su cantidad, y prestando atención a la importancia de vincular la agricultura a la nutrición, a fin de obtener cosechas más nutritivas y diversificadas. El Esquema del Desarrollo Alimentario y Nutricional 2014-2020 hace hincapié tanto en la cantidad como en la calidad, así como en la innovación y la coordinación de la producción y el consumo. Entretanto, las políticas agrícolas están evolucionando —aunque lentamente— y comenzando a promover la evaluación de la calidad y el valor nutricional de los productos agrícolas, así como la investigación sobre la repercusión del procesamiento, el almacenamiento y el transporte de los alimentos en los nutrientes.

El sistema de gobernanza nutricional que está surgiendo es merecedor de reconocimiento por su compromiso político y administrativo con la seguridad alimentaria y nutricional. Tradicionalmente la nutrición ha estado a cargo de la Comisión Nacional de Salud, con el apoyo técnico del Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades y la Sociedad China de Nutrición. No obstante, la coordinación multisectorial está comenzando a mostrar sus ventajas: en 1993, el Ministerio de Agricultura creó el Comité Consultivo Estatal de Alimentación y Nutrición, y, posteriormente, el Instituto de Desarrollo de la Alimentación y la Nutrición como su órgano administrativo y de investigación. Se encomendó al Comité que mejorara la coordinación y la planificación nacional de la agricultura, la alimentación y la nutrición. A tal fin, recurre a expertos de diversos ámbitos, entre ellos la agricultura, la alimentación, la nutrición,

la salud, la economía y el comercio. Su misión es coordinar las políticas y las intervenciones nacionales de nutrición y acelerar las mejoras encaminadas a hacer frente a las causas subyacentes de la malnutrición. Contribuyó a la elaboración del Esquema del Desarrollo Alimentario y Nutricional y a la ejecución de varias intervenciones nutricionales en todo el país. En 2017 se lograron nuevas sinergias, cuando la Comisión Nacional de Salud, con el apoyo conjunto del Ministerio de Agricultura y la Administración General de Deportes, estableció el Comité Directivo Nacional de Nutrición y Salud y el Grupo de Trabajo Nacional sobre la Promoción de la Nutrición con el objetivo de impulsar el Plan Nacional de Nutrición.

El aumento de la importancia otorgada a la nutrición en el discurso de las políticas chinas demuestra lo que puede conseguirse gracias a la coordinación institucional, pero también constituye un ejemplo aleccionador sobre sus limitaciones. Dado que se trata de un órgano asesor, y que la adopción de decisiones sigue en manos del Ministerio de Agricultura y de la Comisión Nacional de Salud, el Comité Consultivo Estatal de Alimentación y Nutrición carece de autoridad para facilitar y monitorear las políticas y medidas intersectoriales. Siguen existiendo fallos en la coordinación, y las responsabilidades de las diversas partes no resultan claras. Otro problema es la escasa coherencia vertical entre las autoridades y las instituciones responsables de la agricultura y la nutrición en los planos central y provincial, mientras que la mayoría de las provincias no cuentan con instituciones dedicadas a la investigación o la elaboración de políticas sobre nutrición. La mejora de la nutrición no influye en la carrera política de los líderes locales, lo que da lugar a una desconexión entre las políticas de alto nivel y las prácticas sobre el terreno. China se encuentra en un momento crucial para la mejora de la autoridad, la rendición de cuentas y la capacidad de respuesta de su gobernanza en materia de nutrición.

Progresos nacionales hacia el cumplimiento de las metas de nutrición

El *Informe de la Nutrición Mundial* hace un seguimiento de los progresos nacionales en la consecución de nueve de las metas mundiales de nutrición³⁰ destacadas en el capítulo 1, mediante el empleo de los datos disponibles más recientes. No obstante, somos conscientes de las limitaciones que entraña: evaluar e interpretar los avances nacionales es una tarea compleja, y también lo es analizar por qué un país está o no en vías de alcanzar una meta determinada. Las intervenciones públicas y el crecimiento económico pueden influir en los progresos. Un país puede estar encaminado hacia el logro de algunas metas pero no de otras. Asimismo, la disponibilidad y la calidad de los datos difiere en función de las metas, debido a los diversos métodos de recopilación y modelización. Dado que los datos sobre las metas en materia de obesidad y diabetes se obtienen a partir de modelos, su cobertura es mucho mayor que la de las metas relativas a los niños menores de 5 años. Si desea obtener más información sobre las fuentes y los métodos utilizados para evaluar los progresos en la consecución de las metas mundiales de nutrición, consulte el apéndice 1.

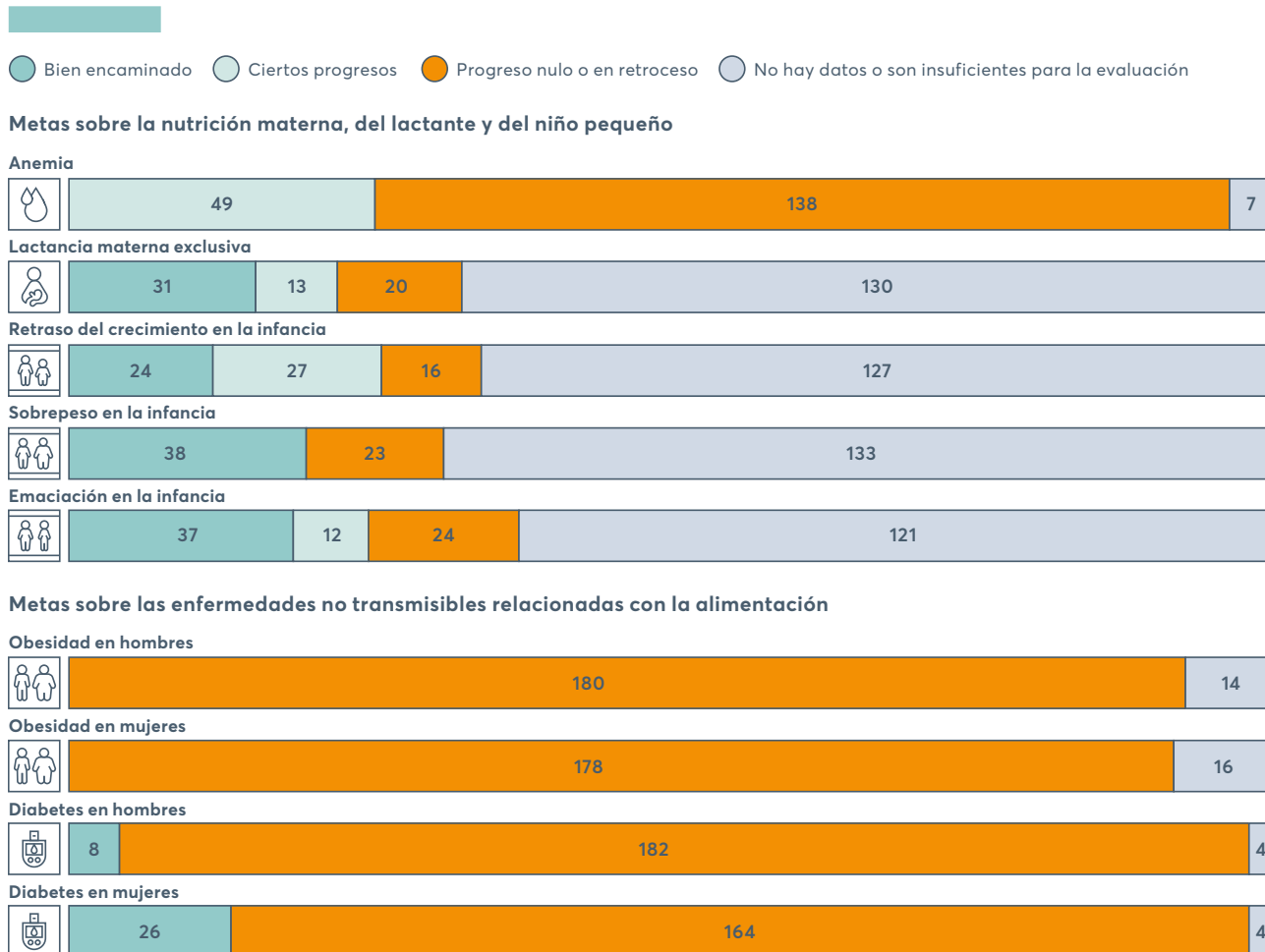
El análisis de seguimiento de 2018 incluye 194 países. Los nuevos datos obtenidos en 2018 han proporcionado 80 datos de referencia adicionales sobre 32 países, lo que permite que el número de metas nacionales evaluadas sea mayor que nunca.

Se concluyó que, de los 194 países analizados, 38 están en camino de lograr la meta sobre sobrepeso, 37 la de emaciación, 31 la de lactancia materna exclusiva, 26 la de diabetes en mujeres, 24 la de retraso del crecimiento en la infancia y 8 la de diabetes en hombres. No obstante, ningún país está en vías de lograr la meta relativa a la obesidad en adultos, tanto mujeres como hombres, a pesar de que la meta no necesariamente se propone reducir la tendencia actual, sino evitar el aumento de la prevalencia. Tampoco existe ningún país encaminado a la consecución de la meta dirigida a reducir la anemia en mujeres en edad reproductiva en un 50%; de hecho, se observa lo contrario (figura 2.5).

De las nueve metas, 94 países están en vías de alcanzar al menos una. De estos, 44 se encuentran en camino de cumplir solo una meta, 35 están en vías de lograr dos, 10 de alcanzar tres, y solo 5 países están bien encaminados para cumplir cuatro —el número máximo de metas que cualquier país está en vías de lograr— (el apéndice 2 contiene más información sobre la situación de cada país).

FIGURA 2.5

Países bien encaminados hacia el logro de las metas mundiales de nutrición



Fuente: UNICEF, OMS y Grupo Banco Mundial: estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil; bases de datos mundiales de UNICEF: "Alimentación del lactante y del niño pequeño"; Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (NCD-RisC); Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.

Notas: Evaluación de 194 países. Las metodologías de seguimiento varían en función de las metas. Los datos sobre los indicadores relativos a los adultos se basan en estimaciones modelizadas. Si desea obtener más información sobre las fuentes y los métodos utilizados para evaluar los progresos en la consecución de las metas mundiales de nutrición, consulte el apéndice 1.

Recientemente, la Brookings Institution ha llevado a cabo un análisis para evaluar los progresos en la consecución del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 2, el cual se describe en el caso destacado 2.2. El análisis concluye que se están logrando algunos avances en la erradicación del retraso del crecimiento, la emaciación y la subalimentación (un indicador definido por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]³¹) para 2030, cuando finalice el plazo de los ODS. No obstante, también muestra que el ritmo de los progresos no es suficiente para poner fin a estas formas de malnutrición de aquí a 2030. Las peores proyecciones son las relativas al sobrepeso en niños: si la tendencia actual se mantiene, el número de niños con sobrepeso seguirá en aumento.

No obstante, se ha dado un paso adelante: los países están estableciendo metas nacionales de nutrición, así como un abanico más amplio de metas nacionales que abarcan más formas de malnutrición. El caso destacado 2.3 pone de relieve los pasos que se están dando para establecer metas nacionales de nutrición. La República Unida de Tanzania constituye un buen ejemplo de un país que se ha fijado una amplia variedad de metas y ha elaborado un plan multisectorial para lograrlas; no obstante, se enfrenta al reto de presupuestarlo y financiarlo (caso destacado 2.4).

Quién se quedará atrás de aquí a 2030

Homi Kharas, John W. McArthur y Krista Rasmussen

Uno de los propósitos centrales de los ODS, acordado en 2015 por todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas, es acelerar los progresos en las prioridades económicas, sociales y ambientales comunes de aquí a 2030. El primer paso es evaluar las tendencias actuales e identificar los aspectos que es necesario mejorar. La Brookings Institution publicó recientemente un estudio³² en el que se examina la trayectoria de más de dos docenas de indicadores de los ODS centrados en personas, entre ellos cuatro indicadores relativos al Objetivo 2: el retraso del crecimiento en la infancia, la emaciación infantil, el sobrepeso infantil y la subalimentación en la población (mediante las estadísticas de la FAO sobre el hambre).

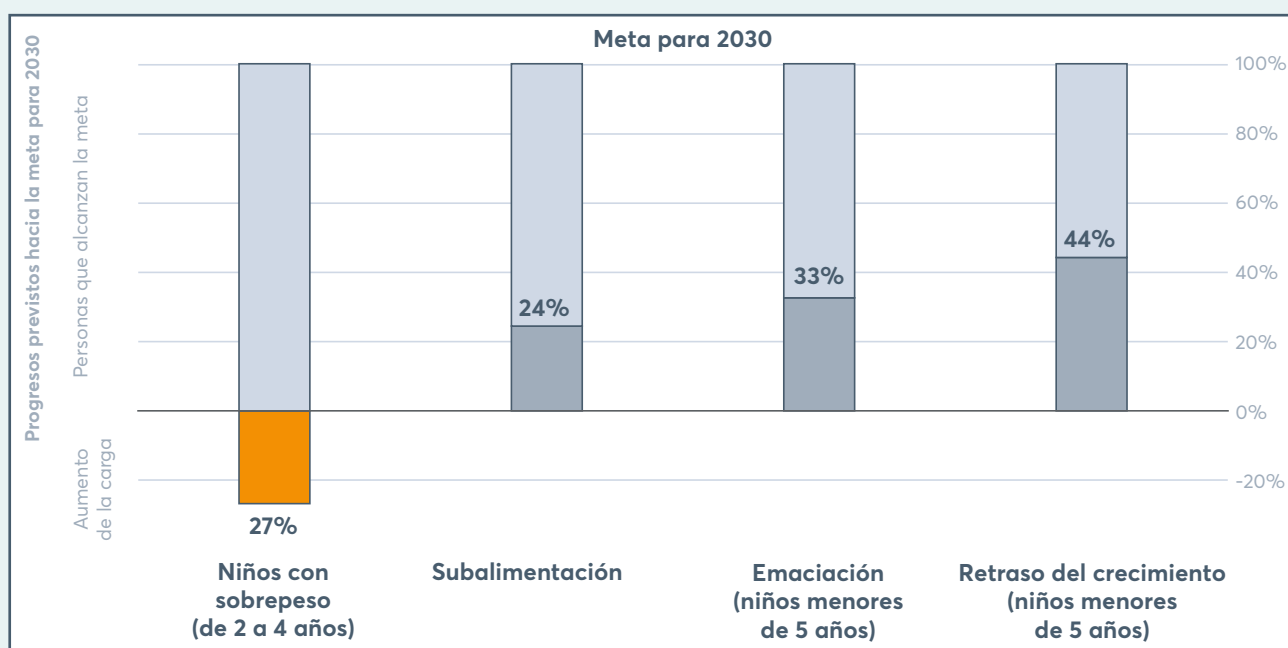
De conformidad con la aspiración de los ODS de no dejar a nadie atrás, el estudio adopta una interpretación literal de las metas dirigidas a poner fin al hambre y la malnutrición. Las conclusiones a las que llega extrapolando a 2030 las tasas actuales de progreso nacional indican que se lograrán avances en varios frentes. Pero también hemos observado que el mundo está mal encaminado para poner fin al retraso del crecimiento, la emaciación y la subalimentación, y que al cumplirse el plazo ni siquiera estará a medio camino de lograrlo.

La figura 2.6 muestra la proporción del déficit inicial en el logro de los ODS que se prevé subsanar de aquí a 2030 a partir de la extrapolación de las trayectorias actuales, medida según el número de personas que logran las metas en comparación con las que se quedan atrás. En el caso del retraso del crecimiento, por ejemplo, el gráfico indica que solo se habrá reducido un 44% de la carga mundial. El sobrepeso en niños de hecho está aumentando en la gran mayoría de los países.

Las consecuencias humanas de estos fracasos son considerables. Si se mantienen las tendencias actuales, en 2030 el planeta aún albergará a más de 660 millones de personas subalimentadas (el 8% de la población). Asimismo, más de 100 millones de niños menores de 5 años (el 15%) padecerán retraso del crecimiento, más de 40 millones (el 6%) sufrirán emaciación, y más de 90 millones de niños de entre 2 y 4 años (el 22%) tendrán sobrepeso. Si queremos cumplir la aspiración de los ODS de no dejar a nadie atrás en la lucha contra el hambre y la malnutrición, debemos lograr un cambio considerable.

FIGURA 2.6

Proporción de la brecha inicial en el logro de los ODS que se prevé subsanar de aquí a 2030, utilizando trayectorias actuales



Fuente: Development Initiatives, basado en Kharas H., McArthur J. W. y Rasmussen K., 2018³³.

Los países están avanzando en la adopción de metas de nutrición

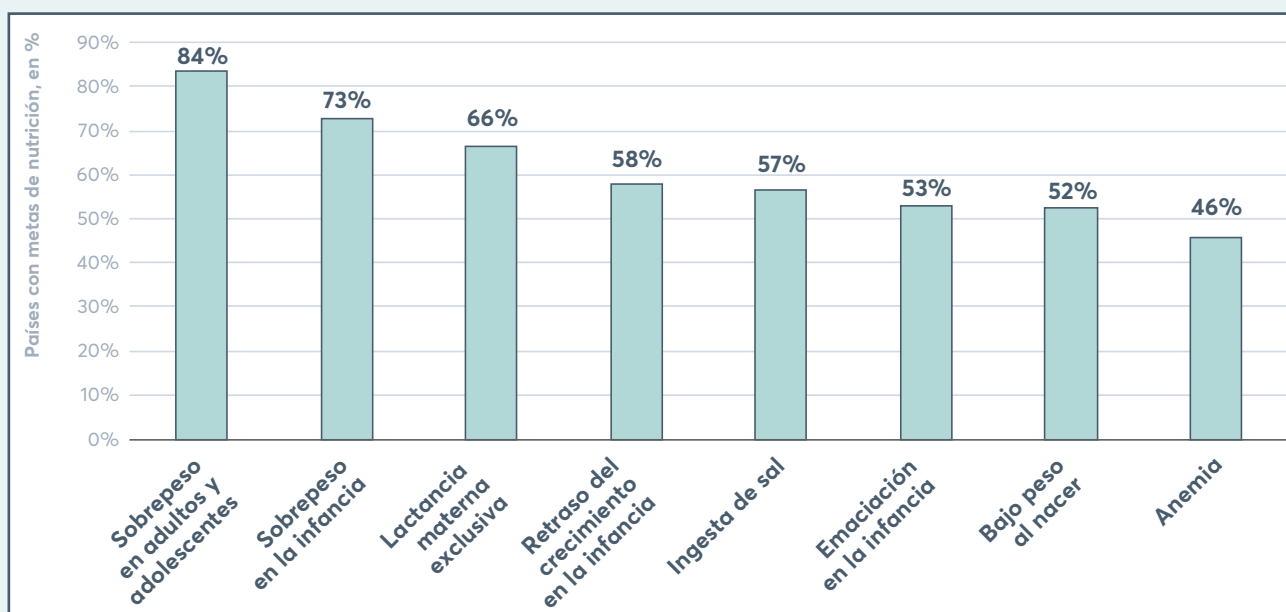
Kaia Engesveen, Krista Lang, Roger Shrimpton y Chizuru Nishida

Para que los países puedan rendir cuentas y determinar los objetivos de sus planes nacionales de nutrición, es fundamental que establezcan metas nacionales de nutrición³⁴.

La segunda edición del *Global Nutrition Policy Review* (GNPR2) [Examen de las políticas mundiales de nutrición]³⁵ hace un seguimiento del número de países que cuentan con políticas y metas relativas a la nutrición. En los dos últimos años se ha registrado un marcado aumento en la adopción de metas nacionales en los países que disponían de políticas de nutrición pertinentes. El *Informe de la Nutrición Mundial 2016* señaló que, de 122 planes nacionales de nutrición, solo el 49% habían fijado metas nacionales, y apenas el 36% de los planes en materia de enfermedades no transmisibles incluían metas relativas a la obesidad. Si bien es muy probable que parte del aumento se deba al incremento del número de países europeos que presentan informes y a que se incluye un mayor número de planes sobre obesidad o enfermedades no transmisibles, el GNPR2 expone una situación muy diferente. Como se muestra en la figura 2.7, la práctica totalidad de los 191 países (el 99% o 189) incluidos en la base de datos mundial sobre la ejecución de intervenciones nutricionales (GINA) se han fijado al menos una meta de nutrición; el 84% (160) cuentan con metas sobre la obesidad en adultos y adolescentes; el 73% (139) disponen de metas relativas al sobrepeso infantil; y el 46% (87) han establecido metas sobre la anemia. Además, ha aumentado el número de países que incluyen un conjunto más completo de metas: el 81% (154) han establecido 3 metas o más, el 42% (81) se han fijado entre 6 y 8 metas, y el 38% (73) cuentan con entre 3 y 5 metas. Solo 37 países (el 19%) se han fijado dos metas o menos (figura 2.7).

Es importante tener presente que cada país ha de contar con metas que sean pertinentes para hacer frente a su situación nutricional específica. El análisis en profundidad llevado a cabo por la OMS en el GNPR2 indica que el 93% de los países en los que la prevalencia del retraso del crecimiento es del 20% o más cuentan con metas pertinentes. En el caso de los países afectados por una carga de sobrepeso en niños (es decir, con una prevalencia superior a la base de referencia mundial del 6%), el porcentaje de los que han establecido una meta pertinente es menor (el 76%), pero aun así considerable. Cuatro quintas partes (el 79%) de los países en los que la tasa de lactancia materna exclusiva es inferior al 50% cuentan con una meta pertinente, y el 76% de los países con una prevalencia de la emaciación del 5% o más disponen de una meta al respecto. La anemia vuelve a ocupar el último puesto: el 63% de los países en los que la prevalencia de la anemia en mujeres en edad reproductiva es del 20% o más han establecido una meta conexa.

FIGURA 2.7
Porcentaje de países que cuentan con ciertas metas de nutrición, 2018



Fuente: Base de datos mundial sobre la ejecución de intervenciones nutricionales (GINA) de la OMS, segunda edición del *Global Nutrition Policy Review*.

Notas: El porcentaje se basa en los 191 Estados miembros de la OMS que respondieron a la encuesta y sobre los que existen datos adecuados (las Bahamas, Mónaco y los Emiratos Árabes Unidos han sido excluidos).

Otro cambio notable es la naturaleza cada vez más multisectorial de los planes de nutrición. Información contenida en la base de datos GINA de la OMS indica que, de los 164 países que han elaborado planes nutricionales nacionales en 2000 o en años posteriores, 100 (el 61%) disponen de planes multisectoriales que involucran a dos o más sectores públicos. De ellos, 46 involucraban a más de 3 sectores en sus políticas; en 27 de ellos participaban 3 sectores, y otros 27 involucraban a 2; además de la salud, los sectores incluidos más habitualmente eran los de la agricultura y la educación. Cabe señalar que los países cuya política de nutrición abarca a dos o más sectores cuentan con una media de 5,6 metas, frente a solo 4,7 metas en el caso de los países que involucran a un solo sector público.

A pesar de estos avances, aún existen lagunas importantes por lo que respecta al establecimiento de metas pertinentes para el contexto del país y la presupuestación de los planes dirigidos a lograr las metas. Solo el 39% de los países incluidos en el GNPR2 y el 23% de los países de la Región de África de la OMS informaron que sus políticas nutricionales se acompañaban de planes operacionales presupuestados. Además, aunque estén presupuestados, es posible que no estén completamente financiados, como ejemplifica el caso de la República Unida de Tanzania (caso destacado 2.4).

CASO DESTACADO 2.4

Elaboración y ejecución de un plan de acción sobre la doble carga de la malnutrición en la República Unida de Tanzania

Obey Assery

La República Unida de Tanzania constituye un buen ejemplo de un país que se ha fijado una amplia variedad de metas de nutrición —siete en total—³⁶. Estas forman parte del Plan Nacional Multisectorial de Acción Nutricional 2016-2021, un ambicioso plan de acción de cinco años dirigido a reducir múltiples cargas de malnutrición. Dirigido directamente por la Oficina del Primer Ministro, adopta explícitamente el enfoque de la "doble carga", que abarca todas las formas de malnutrición asociadas tanto a las deficiencias como a los excesos o los desequilibrios. Su amplio objetivo es ampliar las intervenciones de elevada repercusión entre las personas más vulnerables —los lactantes, los niños menores de 5 años, las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y otras mujeres en edad reproductiva—. Se centra en seis esferas: la nutrición materna, del lactante, de los niños pequeños y de los adolescentes; las deficiencias de micronutrientes; la malnutrición aguda y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación; las intervenciones transversales; la gobernanza de la nutrición; y los sistemas de información sobre la nutrición. El plan hace un llamamiento a la acción en todos los sectores, entre ellos la agricultura, los servicios de salud, la movilización comunitaria, las plataformas de concienciación pública, la protección social, la educación, la alimentación, el agua y el saneamiento. El plan se basa en el Plan Estratégico de Acción para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles en la República Unida de Tanzania 2016-2020 y lo acompaña.

No obstante, la financiación sigue siendo un problema. Durante el ejercicio fiscal 2016-2017, solo se financió por completo una cuarta parte del costo del programa, aunque posteriormente el Gobierno aumentó la financiación hasta el 40%, con la esperanza de que los asociados para el desarrollo aportaran el 60% restante. Persiste la incertidumbre sobre en qué medida se corregirá esta falta de financiación en 2018, y se requieren urgentemente recursos adicionales para que los grupos más vulnerables reciban la ayuda que necesitan. Existen algunas señales esperanzadoras —por ejemplo, el gasto público adicional destinado a los niños menores de 5 años se duplicó, ya que pasó de 500 chelines tanzanos (TZS), equivalentes a 0,25 dólares de los Estados Unidos, por niño en el ejercicio 2016-2017 a 1.000 TZS (0,5 dólares) en el ejercicio 2017-2018—. No obstante, esta cifra aún está a gran distancia de los 10 dólares por niño al año recomendados por el Banco Mundial³⁷. Cabe mencionar que las partes del plan centradas en la obesidad y las enfermedades no transmisibles no están financiadas, y tampoco lo están las medidas en materia de gobernanza nutricional y sistemas de información sobre la nutrición, de modo que existe el riesgo de que se recorten o se eliminen totalmente. La movilización de recursos es competencia de la Oficina del Primer Ministro; ahora que el plan está presupuestado pero financiado solo en parte, las partes interesadas deben colaborar para resolver el déficit de financiación, de la misma manera en que colaboraron durante su formulación.

Datos sobre la coexistencia de múltiples formas de malnutrición

Múltiples formas de malnutrición a escala nacional

El *Informe de la Nutrición Mundial* de 2014 acuñó el término "nueva normalidad" a fin de reflejar el hecho de que la mayoría de los países del mundo soportan una carga grave de una o más formas de malnutrición. El reconocimiento de las múltiples formas de malnutrición y su repercusión constituye un nuevo reto. Numerosos Gobiernos ya están dando muestras de liderazgo al reconocer estas múltiples cargas a la hora de establecer sus metas de nutrición (caso destacado 2.3). Además, para poder elaborar políticas eficaces y asignar los recursos necesarios para hacer frente a las distintas formas de malnutrición, es esencial comprender la manera en que estas se solapan y coexisten.

A partir de evaluaciones previas, el informe de este año arroja luz sobre la naturaleza de las diversas formas de malnutrición y analiza qué países experimentan altos niveles de los tres tipos de malnutrición a escala nacional

Las figuras 2.8 and 2.9 muestran que 124 de los 141 países de los que se dispone de datos suficientes registran más de una forma de malnutrición, según tres parámetros de medición y sus umbrales³⁸: el retraso del crecimiento en niños, la anemia en mujeres en edad reproductiva y el sobrepeso en mujeres adultas (en el apéndice 3 figura una lista completa de los países).

Los datos indican que los 141 países sufren al menos una forma de malnutrición, mientras que solo 17 países registran una sola forma de malnutrición (figuras 2.8 y 2.9). De ellos, 41 países (el 29%) presentan niveles elevados de las tres formas de malnutrición, y 83 (el 59%) registran niveles elevados de dos formas de malnutrición.

De los 41 países que padecen tres formas de malnutrición, 13 son países de ingresos bajos y 19, de ingresos medianos bajos. África es, con diferencia, el continente más afectado por la coexistencia de las distintas formas de malnutrición. De los 41 países que se enfrentan a las tres formas de malnutrición, 30 se encuentran en África.

El problema de la coexistencia de diversas formas de malnutrición en personas

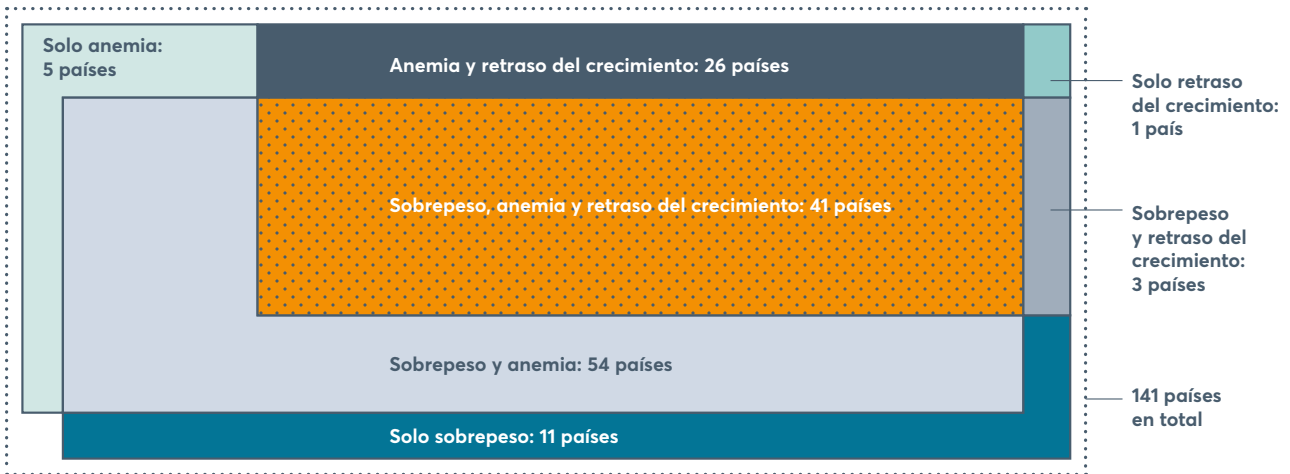
Ya hace años que se sabe que la desnutrición coexiste con el sobrepeso y la obesidad en el plano nacional. Esta "doble carga" también se encuentra en las comunidades y los hogares, en especial el caso de los niños que sufren retraso del crecimiento y conviven con madres con sobrepeso. Se han publicado varios estudios dirigidos a comprender esta disparidad entre las madres y sus hijos³⁹. Los análisis más recientes también indican que los problemas de salud relacionados con el retraso del crecimiento y la obesidad pueden coexistir en una *misma persona*⁴⁰. Y, lo que es peor, las afecciones causadas por carencias, como el peso bajo al nacer y la desnutrición, se asocian con un mayor riesgo de padecer enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida⁴¹.

El nuevo análisis de los datos efectuado este año por el *Informe de la Nutrición Mundial* confirma que esta doble carga puede coexistir en la misma persona *al mismo tiempo*, y aporta nuevas pruebas sobre el grado en que los niños pequeños sufren múltiples formas de malnutrición. Un conjunto de datos de UNICEF⁴² sobre la nutrición de los niños menores de 5 años de 106 países indica que el 1,87% de los menores de 5 años (8,23 millones de niños) padecen a la vez retraso del crecimiento y sobrepeso. Europa y África presentan las tasas más elevadas de prevalencia de la coexistencia: el 2,7% y el 2,3%, respectivamente, frente al 0,8% en las Américas. Es necesario trabajar mucho más para evaluar en qué grado los niños, los adolescentes y los adultos con sobrepeso podrían también estar afectados por una carencia de micronutrientes.

Otro aspecto de este debate es la coexistencia del sobrepeso o la obesidad con la inseguridad alimentaria en el hogar⁴³. En los Estados Unidos, es más probable que las mujeres que sufren inseguridad alimentaria, en particular las que tienen hijos, sean obesas y consuman alimentos de baja calidad⁴⁴. En otros entornos, las relaciones entre la obesidad y la inseguridad alimentaria no presentan los mismos patrones que se observan en los Estados Unidos⁴⁵. Estas relaciones sin duda variarán de un lugar a otro, y es necesario seguir trabajando para comprender su dinámica, analizada en el informe *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2018*⁴⁶.

FIGURA 2.8

Número de países en los que coexisten el retraso del crecimiento en niños, la anemia y el sobrepeso en mujeres adultas, 2017 y 2018



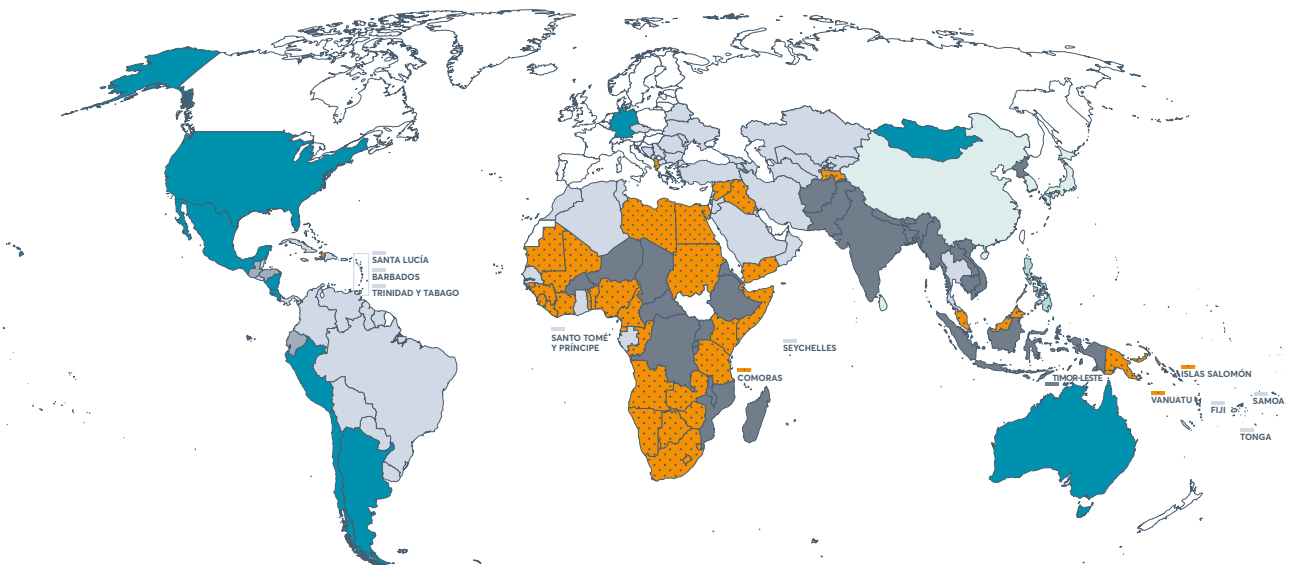
Fuente: UNICEF, OMS y Grupo Banco Mundial: estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil; red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles; Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.

Notas: Umbrales que determinan si un país presenta o no una forma de malnutrición: retraso del crecimiento en niños menores de 5 años $\geq 20\%$; anemia en mujeres en edad reproductiva $\geq 20\%$; sobrepeso (índice de masa corporal ≥ 25) en mujeres de 18 años o más $\geq 35\%$. A partir de datos de 141 países.

FIGURA 2.9

Mapa de los países en los que coexisten el retraso del crecimiento en niños, la anemia y el sobrepeso en mujeres adultas, 2017 y 2018

- Datos insuficientes
- Solo anemia
- Sobrepeso y anemia
- Anemia y retraso del crecimiento
- Solo sobrepeso
- Solo retraso del crecimiento
- Sobrepeso y retraso del crecimiento
- Sobrepeso, anemia y retraso del crecimiento



Fuente: UNICEF, OMS y Grupo Banco Mundial: estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil; red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles; Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.

Notas: Retraso del crecimiento en niños menores de 5 años $\geq 20\%$; anemia en mujeres en edad reproductiva $\geq 20\%$; sobrepeso (índice de masa corporal ≥ 25) en mujeres de 18 años o más $\geq 35\%$. A partir de datos de 141 países.

Aprovechando los recientes esfuerzos —descritos en el caso destacado 2.5— dirigidos a poner de manifiesto la relación entre el retraso del crecimiento y la emaciación en un conjunto menor de países, el *Informe de la Nutrición Mundial* analizó también los datos nutricionales sobre los niños menores de 5 años⁴⁷ con objeto de determinar cuántos niños padecen esas dos formas de malnutrición a la vez. El análisis muestra que, a escala mundial, el retraso del crecimiento y la emaciación coexisten en el 3,62% de los menores de 5 años —es decir, 15,95 millones de niños—. Asia y África presentan las tasas más elevadas de prevalencia: el 5,0% y el 2,9%, respectivamente, frente al 0,2% en Europa. Aunque no se conocen bien los mecanismos fisiológicos que conducen a la superposición de estas dos formas de malnutrición, existen pruebas importantes de que los niños que la padecen tienen un alto riesgo de morir comparable al de los que sufren emaciación grave⁴⁸.

Hasta hace poco no se conocía la prevalencia mundial de la coexistencia de la emaciación y el retraso del crecimiento, a pesar de que existen datos fácilmente disponibles para calcularla. Esta laguna es importante no solo porque en estos niños el riesgo de muerte es elevado y, por tanto, necesitan apoyo nutricional, sino también porque la presentación por separado de informes sobre los déficits de nutrición conduce a que se subestime la carga de estas formas de desnutrición en la totalidad de la población infantil mundial⁴⁹.

Más allá del ámbito nacional: los nuevos aportes de datos geoespaciales y subnacionales

Los datos geoespaciales están transformando el desarrollo. En el caso de la nutrición, están proporcionando nueva información sobre cómo varían las cargas de malnutrición y la tasa de variación en cada país. Los análisis espaciales han permitido localizar tanto las zonas más afectadas por la malnutrición como las desigualdades en lo relativo al retraso del crecimiento en la infancia⁵⁰. Dos nuevos estudios llevados a cabo en 2018 proporcionan una evaluación aún más amplia de la situación en África y la India.

El caso destacado 2.6 describe un análisis geoespacial de la desnutrición en 51 países africanos, realizado por investigadores del Institute for Health Metrics and Evaluation. El análisis, al penetrar hasta el plano subnacional, revela una sorprendente heterogeneidad en los niveles y tendencias de la desnutrición. A escala subnacional el panorama es diferente, incluso en el caso de países que parecen estar bien encaminados hacia la consecución de las metas mundiales. La labor futura del equipo de investigación aportará información sobre otros indicadores nutricionales clave, como el sobrepeso en la infancia, la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida y la anemia en mujeres en edad reproductiva, y ampliará el análisis existente a todos los países de ingresos bajos y medianos. Los investigadores también están estudiando, con el grado de detalle que proporciona el nivel subnacional, la superposición de las cargas de anomalía del crecimiento y de sobrepeso en la misma población.

Coexistencia del retraso del crecimiento y la emaciación en el plano nacional

Carmel Dolan y Tanya Khara

Un grupo de expertos, el Grupo Técnico de Interés en la Emaciación y el Retraso del Crecimiento⁵¹, coordinado por la Red de Nutrición en Situaciones de Emergencia, ha puesto de manifiesto la relación entre estas dos formas de malnutrición. En 2017, el Grupo llevó a cabo un innovador análisis que generó las primeras estimaciones sobre múltiples países de la prevalencia y la carga de casos de niños de entre 6 meses y 5 años en los que coexisten la emaciación y el retraso del crecimiento⁵². El análisis empleó datos de las Encuestas Demográficas y de Salud y de las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados de los últimos 10 años, y produjo estimaciones de la prevalencia en 84 países, la prevalencia conjunta y la carga, y examinó las diferencias de edad, sexo, regionales y contextuales. Concluyó que en los países clasificados como frágiles y afectados por conflictos la prevalencia era significativamente mayor (el 3,6%) que en aquellos definidos como estables (el 2,2%)⁵³.

Debido al riesgo de mortalidad y acortamiento de la vida asociado a la coexistencia de la emaciación y el retraso del crecimiento, debería considerarse esta cuestión como un ámbito prioritario en el que es necesario actuar con urgencia. Por añadidura, debido a la naturaleza transitoria de la emaciación infantil (los niños pueden padecer varios episodios en sus primeros años) el uso de datos transversales conduce a subestimar⁵⁴ la cifra real de niños que sufren estas dos formas de malnutrición a la vez.

De este análisis surgen dos cuestiones. En primer lugar, el *Informe de la Nutrición Mundial* obtiene sus datos anuales sobre retraso del crecimiento, emaciación y sobrepeso en niños menores de 5 años de las encuestas de población y de las estimaciones anuales conjuntas sobre la malnutrición infantil en el mundo. Estas encuestas y estimaciones podrían fácilmente incluir de forma sistemática la prevalencia de los niños que sufren a la vez emaciación y retraso del crecimiento y, como ocurre en el caso de la carga de casos de malnutrición aguda grave, también podrían calcular el número probable de niños que necesitan atención. Los datos destacados anteriormente ya han señalado que en las estimaciones conjuntas existen lagunas que es necesario corregir.

En segundo lugar, dado el elevado riesgo de mortalidad asociado al hecho de padecer a la vez emaciación y retraso del crecimiento, es preciso investigar más en qué medida se detecta a estos niños y se les presta apoyo a través de los servicios de nutrición y las intervenciones existentes a fin de rescatarlos de este grupo de alto riesgo. Están surgiendo pruebas interesantes de que el peso para la edad, añadido al perímetro braquial, es la manera más fiable de detectar a los niños más expuestos al riesgo⁵⁵; por tanto, conviene aprovechar los puntos de entrada proporcionados por la comunidad o los centros de salud en los que se controla de forma sistemática el crecimiento de los niños.

Nuestro análisis señala claramente la necesidad de eliminar los compartimentos estancos que separan la emaciación y el retraso del crecimiento, el tratamiento y la prevención, y la emaciación moderada y la grave, y que han caracterizado a la estructura de las iniciativas internacionales en materia de nutrición en el último decenio. La combinación de emaciación y retraso del crecimiento presenta un mayor riesgo de mortalidad que la emaciación grave a una proporción mayor de la población infantil. Por tanto, es preciso que los enfoques del tratamiento y la prevención aborden de manera conjunta la emaciación y el retraso del crecimiento cuando coexistan. Este análisis nos impulsa a esforzarnos para salvar estas barreras.

El empleo de datos geospaciales para el seguimiento de progresos en materia de nutrición en África

Aaron Osgood-Zimmerman, Anoushka I. Milliar, Rebecca W. Stubbs, Chloe Shields, Brandon V. Pickering, Damaris K. Kinyoki, Nicholas J. Kassebaum y Simon I. Hay

Todos usamos datos geospaciales; pensemos en las previsiones meteorológicas, los GPS o las publicaciones geoetiquetadas en las redes sociales. Pero también pueden ayudar a los encargados de la formulación de políticas, los diseñadores de programas y las organizaciones que trabajan sobre el terreno a aliviar la desnutrición infantil. Las últimas estimaciones sobre África basadas en datos geospaciales proporcionan un nuevo recurso revolucionario —una detallada herramienta de salud pública que permite centrar las intervenciones en las poblaciones más necesitadas—. Los datos desglosados geográficamente nos indican los progresos realizados o su ausencia en ciertas localidades.

En 2018, la revista *Nature* publicó los resultados⁵⁶ de un amplio análisis geoespacial de las anomalías en el crecimiento infantil, que abarca el retraso del crecimiento, la emaciación y el peso inferior al normal en 51 países africanos desde 2000 hasta 2015. A partir de los datos aportados por más de 200 encuestas de hogares georreferenciadas que representan a más de 1,2 millones de niños⁵⁷, el análisis estima la prevalencia de las anomalías del crecimiento infantil en una retícula de 5x5 km y ahonda hasta un grado de detalle sin precedentes. Por tanto, permite obtener información muy pertinente sobre los principales indicadores nutricionales no solo por país, sino también por subdivisiones administrativas locales, como las provincias, los distritos y las comunidades. Esto constituye un avance importante, ya que las estimaciones nacionales tienden a enmascarar las disparidades en el plano local, donde tiene lugar la mayor parte de la labor de planificación y ejecución de las políticas en materia de salud y nutrición.

Los resultados muestran un panorama desigual, en el que se observan algunos progresos alentadores en materia de desnutrición —en particular en los países costeros occidentales, septentrionales y meridionales— junto con elevados niveles de anomalías del crecimiento infantil, sobre todo en el Sahel. Pero probablemente no es una coincidencia el hecho de que muchos de los países que en promedio han progresado más lentamente—como la República Centroafricana, el Chad, Somalia y la mayoría de los países del Sahel— recibieron menos asistencia internacional para la salud neonatal e infantil y han atravesado períodos de conflicto. También existe una clara correspondencia entre las zonas con una elevada prevalencia de la emaciación en 2015 y los países en los que, según las Naciones Unidas, el riesgo de hambruna es inminente. A este ritmo, la mayoría de los países africanos no alcanzarán la meta de los ODS de poner fin a todas las formas de malnutrición para 2030.

Las figuras 2.10A, 2.10B y 2.10C muestran los cambios en la prevalencia del retraso del crecimiento moderado y grave con una resolución de 5x5 km en 2000, 2005, 2010 y 2015. La figura 2.10B muestra el descenso anualizado del retraso del crecimiento desde 2000 hasta 2015, en relación con las tasas que es necesario lograr entre 2015 y 2025 para conseguir la reducción del 40% fijada por la meta mundial de nutrición de la OMS. En comparación con el desempeño anterior, las zonas pixeladas en morado ya han cumplido la meta, las azules superan el ritmo necesario para cumplirla, las que registran un 100% de reducción (en verde) están en vías de alcanzarla, y las coloreadas en amarillo y naranja deben acelerar el ritmo. La figura 2.10A muestra la probabilidad de lograr en 2015 la meta relativa al retraso del crecimiento en cada uno de los píxeles de 5x5 km. La probabilidad de alcanzar la meta en 2015 en los píxeles azul oscuro es de más del 95%, y de menos del 5% en los píxeles rojo oscuro. Los mapas reflejan las fronteras administrativas, la cubierta terrestre, los lagos y la población; los píxeles con menos de 10 habitantes por km² y clasificados como "zona árida o con vegetación escasa" están coloreados en gris.

El retraso del crecimiento es la forma más prevalente de anomalía del crecimiento infantil todos los años y en todos los países, pero, una vez más, los datos muestran disparidades importantes. Los mayores avances hasta 2015 se registraron en la costa de África Central, en particular en algunas partes de Ghana, el Gabón y Guinea Ecuatorial. En el estado de Imo, en Nigeria, los progresos fueron espectaculares: la prevalencia del retraso del crecimiento se redujo a casi la mitad en 10 años, entre 2005 y 2015. A la inversa, las regiones que registraron menos avances fueron la Provincia Septentrional de Zambia, el norte de Nigeria y el sur del Níger.

En general, los resultados presentan un panorama sombrío. Si se mantiene la tendencia actual, ningún país africano tiene probabilidades de alcanzar todas las metas mundiales de nutrición de la OMS en todo su territorio, lo que pone de manifiesto la necesidad de adoptar programas de salud pública con base empírica y de alta precisión que permitan hacer un seguimiento de los progresos y aumentarlos. Para fundamentar estos programas se requiere una medición sistemática y actualizada de las anomalías del crecimiento infantil; a tal fin, debemos seguir llenando las lagunas que existen en la información geográfica y mejorar la recopilación de datos.

FIGURA 2.10A

Probabilidad de lograr en 2015 la meta de la OMS relativa al retraso del crecimiento moderado y grave (píxeles de 5x5 km)

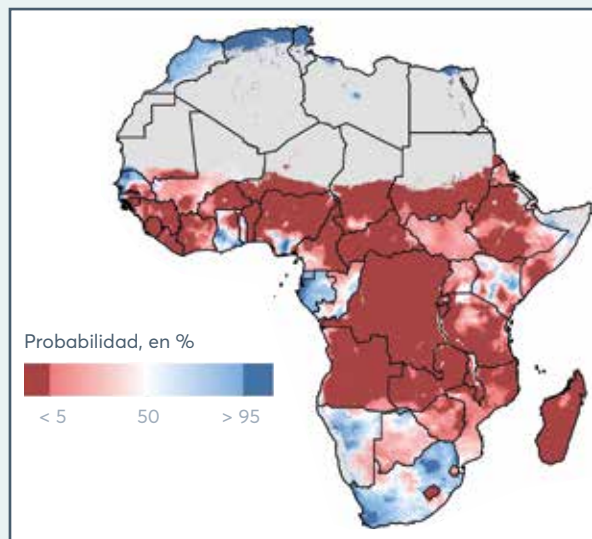


FIGURA 2.10B

Descenso relativo anualizado del retraso del crecimiento moderado y grave, 2000-2015

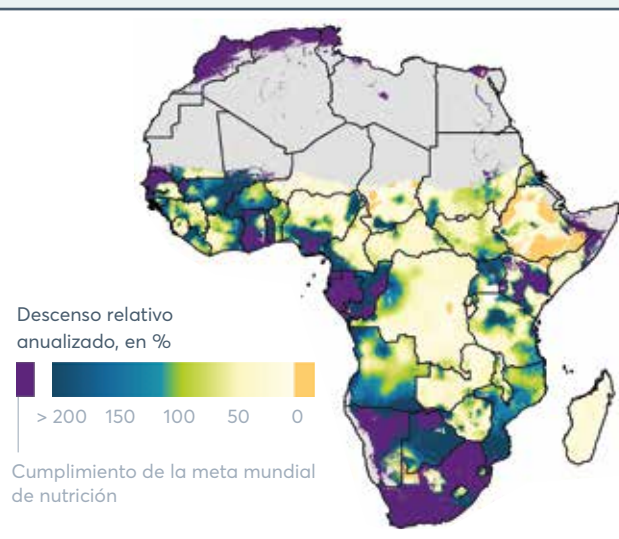
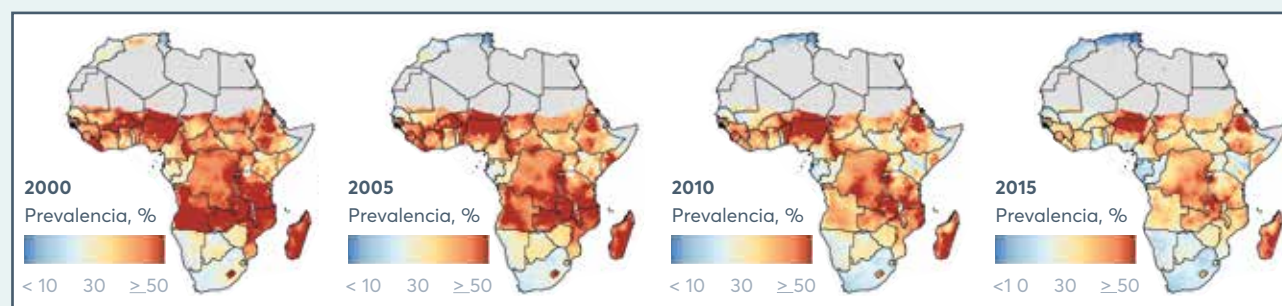


FIGURA 2.10c

Prevalencia del retraso del crecimiento moderado y grave, 2000-2015



Fuente: Osgood-Zimmerman A., Millear A. I., Stubbs R. W. et al. 2018⁵⁸.

Los datos geospaciales también pueden emplearse para analizar las causas profundas de la malnutrición en todas sus formas, y un estudio ha hecho precisamente eso⁵⁹. El Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI) utilizó datos de distrito agregados procedentes de la Encuesta Nacional y Familiar de Salud 2015-2016, que abarcó 601.509 hogares de 604 distritos de la India, a fin de comprender las causas de la variación geográfica. La India presenta casi un tercio (el 31%) de la carga mundial de retraso del crecimiento; dada la gran diversidad que existe entre los distintos estados del país, es importante conocer las diferencias en la prevalencia y sus causas. Los investigadores utilizaron análisis de mapas y análisis descriptivos para determinar las diferencias en la distribución geográfica del retraso del crecimiento. El cartografiado mostró importantes variaciones entre un distrito y otro (entre el 12,4% y el 65,1%) y niveles superiores al 40% en 239 de los 604 distritos (figura 2.11).

Mediante el uso de modelos de descomposición en regresión, el estudio comparó los distritos con una carga baja (inferior al 20%) de retraso del crecimiento con los que presentaban una carga elevada (superior al 40%), y explicó más del 70% de la diferencia entre los distritos con una carga alta y aquellos con una carga baja. El estudio concluyó que algunos factores, como el bajo IMC de las mujeres, eran responsables del 19% de la diferencia entre los distritos. También intervinieron otros factores relacionados con el género, como la educación materna (que explica el 12% de la diferencia), la edad al contraer matrimonio (el 7%) y la atención prenatal (el 6%). Otros factores que influyeron fueron la dieta de los niños (el 9%), los recursos económicos (el 7%), la defecación al aire libre (el 7%) y el número de miembros del hogar (el 5%). El estudio es importante, ya que confirmó la naturaleza multisectorial del retraso del crecimiento al poner de manifiesto que las diferencias entre distritos se debían a numerosos factores relacionados con el género, la educación, la situación económica, la salud, la higiene y otros factores demográficos. La estrategia nacional de nutrición de la India —centrada en los factores específicos que influyen en cada distrito— se apoya en análisis como este, que, junto con los perfiles nutricionales específicos de cada distrito, permiten llevar a cabo la labor de diagnóstico y adoptar las medidas normativas necesarias para reducir las desigualdades y el retraso del crecimiento en la infancia.

En un mundo en el que los datos nacionales sobre obesidad son desalentadores, los datos a escala local pueden utilizarse para determinar si se han registrado progresos y dónde. En los países de ingresos altos, este análisis en el plano local muestra diferencias claras en los niveles

y las tasas de variación de la obesidad infantil. Por ejemplo, en el Reino Unido, el Programa Nacional de Medición de los Niños mide el IMC de todos los niños de 4 a 5 años y de 10 a 11 años, lo que permite a las autoridades locales identificar los lugares con un elevado índice de obesidad y los factores asociados a él. Los datos más recientes, publicados en 2018, indican que el exceso de peso, la obesidad, el sobrepeso y la obesidad grave son más habituales en las zonas más desfavorecidas que en las menos desfavorecidas^{60, 61}. En Ámsterdam (Países Bajos) se hace un seguimiento de la obesidad infantil en diversos distritos de la ciudad. A partir de estos datos, se han establecido los barrios en los que su Programa por un Peso Saludable se centrará para reducir la obesidad en los niños más desfavorecidos de la ciudad. El caso destacado 2.7 describe el éxito que este programa está logrando en la lucha contra la obesidad en niños. En los Estados Unidos, los datos locales indican que la obesidad está disminuyendo ligeramente en 35 localidades, lo que originó un proceso dirigido a determinar los factores que impulsan estas mejoras. El caso destacado 2.8 pone de relieve las conclusiones principales del Proyecto sobre el Descenso de la Obesidad Infantil.

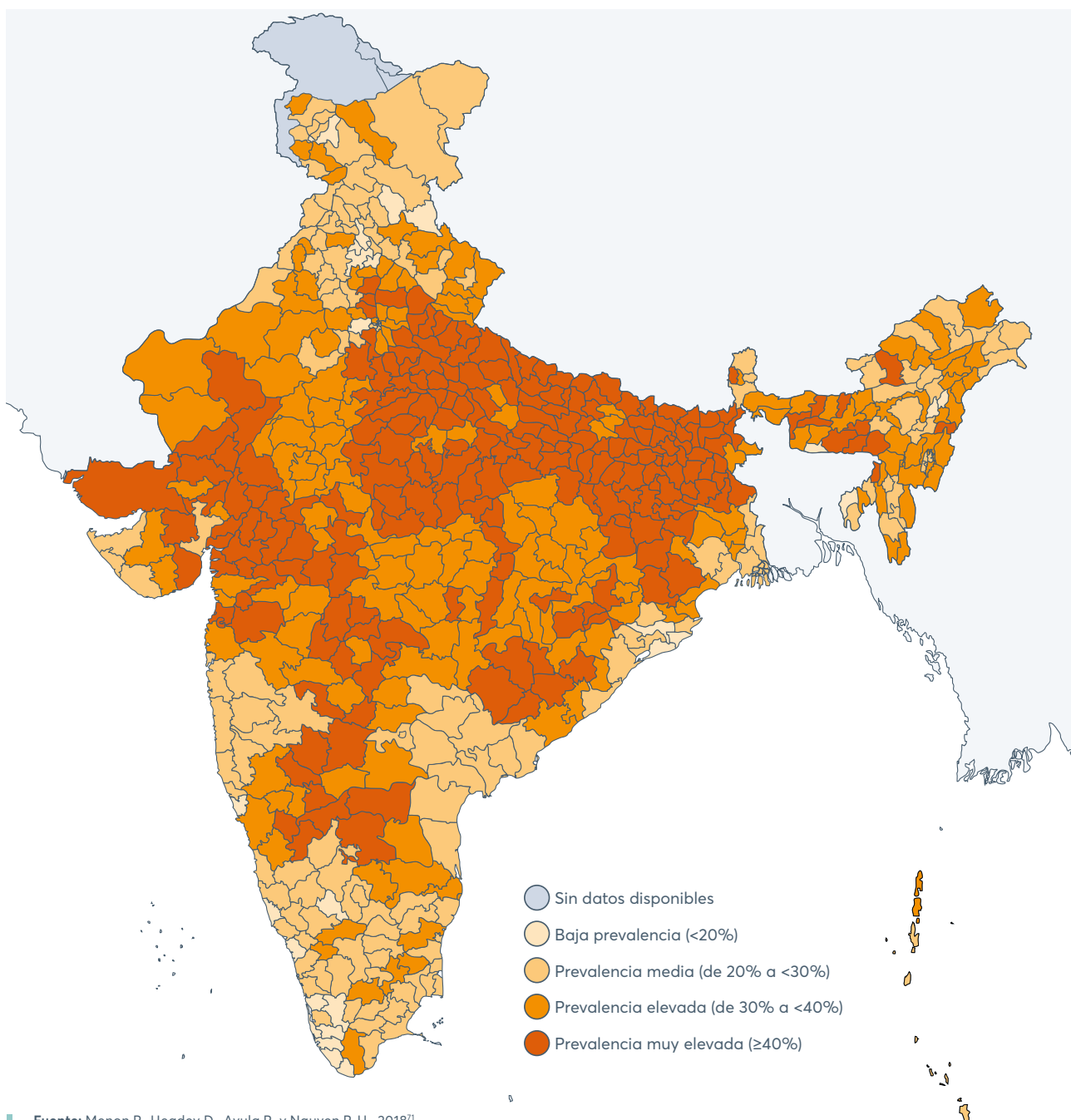
Estos cambios reflejan la mayor concentración de medidas a escala local que se están aplicando en ciudades de todo el mundo para hacer frente a la malnutrición en todas sus formas, incluso en el plano urbano, como ilustra el ejemplo de Ámsterdam. Con miras a hacer frente a la obesidad, se están diseñando nuevas iniciativas urbanas en múltiples niveles, como el programa *Pilas con las Vitaminas*, implantado en Quito (Ecuador)⁶², y el nuevo Equipo de Tareas de Lucha contra la Obesidad Infantil, impulsado por el Alcalde de Londres, que está elaborando un plan de acción para intensificar las medidas contra la obesidad en la ciudad. En todo el mundo se están creando redes para atajar estos problemas y compartir las lecciones aprendidas. La Alianza de Ciudades Saludables, por ejemplo, se estableció en 2016 con objeto de aunar a más de 50 ciudades de todo el mundo en el compromiso de aplicar políticas eficaces, entre ellas la promoción de una alimentación saludable y la prevención de la obesidad⁶³. Otra iniciativa que se está poniendo en marcha en varias ciudades del mundo es el programa *Cities Changing Diabetes*; evalúa las causas de esta enfermedad y a continuación diseña y ejecuta intervenciones para reducirla, teniendo en cuenta que dos tercios de la población con diabetes viven en ciudades⁶⁴. La red de Ciudades C40 sobre el cambio climático también incluye la Red de Sistemas Alimentarios, que reúne a las ciudades que están adoptando medidas sobre la alimentación con miras a mejorar tanto la dieta como la sostenibilidad ambiental⁶⁵.

Numerosas ciudades de todo el mundo también han elaborado políticas urbanas de alimentación diseñadas para hacer frente a diversos aspectos de los problemas relacionados con la alimentación que, aunque no necesariamente se vinculan con la malnutrición, pueden aprovecharse para combatirla⁶⁶. Ya son 179 las ciudades adheridas al Pacto de Milán sobre Política Alimentaria Urbana (2015)⁶⁷, y muchas de ellas cuentan con programas diseñados para atajar la inseguridad alimentaria y la malnutrición en entornos

urbanos situados en países de ingresos bajos, medianos y altos, desde Dakar hasta Toronto. Por ejemplo, los programas de agricultura urbana que se están llevando a cabo en diversas ciudades, desde Antananarivo⁶⁸ (Madagascar) hasta Rosario (Argentina) proporcionan la tierra y el apoyo necesarios para comenzar a cultivar alimentos en las ciudades. Las lecciones aprendidas de estas políticas y programas indican que las políticas alimentarias urbanas constituyen un espacio promisorio para mejorar la nutrición^{69, 70}.

FIGURA 2.11

Mapa de la prevalencia del retraso del crecimiento en distritos de la India, 2015-2016



Fuente: Menon P., Headey D., Avula R. y Nguyen P. H., 2018⁷¹.

La lucha contra la obesidad infantil en el programa por un peso saludable en Ámsterdam

Corinna Hawkes

En 2012, las autoridades de Ámsterdam se percataron de que se enfrentaban a una crisis de obesidad entre jóvenes; las tasas eran muy superiores a la media nacional de los Países Bajos. Los datos indicaban claramente que la obesidad afectaba en particular a determinadas zonas de la ciudad, sobre todo aquellas con un gran número de niños de hogares de bajos ingresos integrados por migrantes y minorías étnicas. El entonces Teniente de Alcalde responsable de la dependencia de salud pública, asistencia y deportes comprendió la gravedad del problema y estableció la obesidad infantil como máxima prioridad de la agenda municipal. En 2012, con él como adalid de la causa, el Consejo Municipal aprobó oficialmente el nuevo enfoque para luchar contra la obesidad en Ámsterdam.

Las autoridades pasaron a la acción y diseñaron el programa por un peso saludable en Ámsterdam. Su objetivo era claro: que todos los niños de Ámsterdam tuvieran un peso saludable en 2033⁷². La ciudad se fijó dos metas provisionales: la "misión de los 5.000 metros", dirigida a que en 2018 todos los niños de 0 a 5 años tuvieran un peso saludable, y la "misión de la media maratón", centrada en que en 2023 todos los niños de 0 a 10 años tuvieran un peso saludable.

Desde el principio se encomendó la dirección del programa al Departamento de Desarrollo Social, a fin de no encasillar a la obesidad como un problema exclusivamente sanitario. Asimismo, se consideró que la obesidad constituye un problema a largo plazo, causado por numerosos factores relacionados con muchos ámbitos distintos, y cuyo abordaje requiere la responsabilidad compartida de múltiples asociados. Mediante el empleo del "modelo arcoíris" de los determinantes de la salud, diseñaron un "enfoque para todo el sistema", dirigido a aplicar soluciones en los numerosos ámbitos de la vida de los niños.

Las medidas se dividen en tres vertientes: la prevención, el tratamiento y la facilitación. La prevención se centra en los primeros 1.000 días de vida del niño, la educación preescolar y primaria, el vecindario, el diseño urbano saludable, la alimentación, los adolescentes y los niños con necesidades especiales. Las iniciativas de tratamiento tienen por objeto ayudar a los niños que padecen sobrepeso u obesidad a lograr un peso saludable. La facilitación está dirigida a los profesionales y abarca el aprendizaje y la investigación, las herramientas digitales y la comunicación. En la primera fase del programa, ejecutada entre 2012 y 2017, se llevaron a cabo numerosas actividades, entre ellas la instalación de fuentes públicas de agua, la restricción de la publicidad sobre alimentos en los estadios de deportes y las piscinas, la elaboración de orientaciones para las escuelas sobre tentempiés saludables, el establecimiento de embajadores de la salud, el tratamiento de los niños afectados por obesidad grave, la instalación de zonas de juego saludables, la colaboración con las empresas de alimentación y la celebración de reuniones de consulta con los padres sobre alimentación saludable⁷³.

El programa aprovechó los datos locales sobre la obesidad infantil, lo que le permitió identificar los lugares en los que el problema era más grave y centrarse en cinco barrios. A los barrios prioritarios se les asignaron un gestor comunitario y un programa adaptado a sus necesidades. Se reunió a las organizaciones de bienestar social, la sociedad civil, las organizaciones de minorías étnicas y las tiendas locales con el propósito de promover un estilo de vida saludable. Todos los implicados se esforzaron por colaborar a fin de superar los obstáculos. Por ejemplo, los departamentos de Planificación y de Salud Pública debían trabajar juntos, pero, al menos al principio, no conocían las repercusiones mutuas de su labor. Con el tiempo, comenzaron a colaborar en actividades a pequeña escala y, finalmente, en la creación de espacios públicos saludables. La actividad física representó una parte importante del programa: la incorporación del "diseño urbano saludable" constituyó otro ejemplo de la colaboración de diferentes disciplinas.

No existen evaluaciones que relacionen explícitamente los cambios logrados por el programa por un peso saludable en Ámsterdam con cambios en la tasa de obesidad. No obstante, la prevalencia del sobrepeso y la obesidad se está estabilizando, y entre 2012 y 2015 el porcentaje de niños afectados en todos los grupos de edad se redujo del 21% al 18,5%. El descenso es más acusado en los grupos con un nivel socioeconómico muy bajo que en los grupos con un nivel socioeconómico muy alto⁷⁴.

Las lecciones aprendidas sobre los factores que influyeron en la eficacia del programa pueden trasladarse a otras ciudades. Entre ellos se cuentan el firme liderazgo político; la creación de un programa bajo el supuesto de que la obesidad es un problema complejo y que para lograr un cambio es necesario aprender con la práctica y mejorar la práctica con el aprendizaje; la colaboración y el compromiso de las diversas dependencias implicadas; la aceptación de que la situación no cambiará de un día para otro; la combinación de la intervención gubernamental vertical con el cambio impulsado por la comunidad; la actuación en los barrios más desfavorecidos; y la recopilación de los datos necesarios para la solidez del seguimiento y la evaluación⁷⁵.

La ciudad ha adquirido conciencia de que la lucha contra la obesidad es una responsabilidad compartida, y continuará su programa de trabajo durante el período 2018-2021⁷⁶.

¿A qué se debe el descenso de la obesidad infantil en cuatro localidades de los Estados Unidos de América?

Laura Kettel Khan

En los Estados Unidos, la obesidad infantil constituye un problema importante. Los datos obtenidos por la Encuesta Nacional de Examen de la Salud y la Nutrición (NHANES, por sus siglas en inglés) muestran que las tasas se han más que triplicado desde la década de 1970, y que en la actualidad casi uno de cada cinco escolares es obeso⁷⁷. No obstante, los datos de la encuesta correspondientes al período comprendido entre 2003 y 2014 sugieren que la tasa de obesidad de los niños en general podría haberse estabilizado en el plano nacional, y en los últimos cinco años se han observado algunas señales alentadoras, ya que más de 35 jurisdicciones estadounidenses (locales o nacionales) han notificado ligeros descensos de la obesidad en algunos segmentos de la población, como los niños pequeños de familias de bajos ingresos⁷⁸.

Armados con estos datos, en 2013 el Proyecto Nacional de Colaboración en la Investigación de la Obesidad Infantil puso en marcha el Proyecto sobre el Descenso de la Obesidad Infantil, con objeto de estudiar y documentar los factores que estaban impulsando esta disminución. El proyecto examina qué estrategias comunitarias de prevención de la obesidad se aplicaron en cuatro comunidades seleccionadas —Anchorage (Alaska), el condado de Granville (Carolina del Norte), Nueva York (Nueva York) y Filadelfia (Pensilvania)—, en las que se habían registrado descensos muy pequeños pero estadísticamente significativos, cómo se aplicaron, cuándo y dónde. Los investigadores querían averiguar por qué, según los datos, la obesidad estaba disminuyendo en estas comunidades y, lo que es más importante, si era posible reproducir esos éxitos locales en otros lugares.

Mediante el uso de una metodología de detección y evaluación sistemática única, identificaron diversas intervenciones que se habían llevado a cabo en escuelas, centros de educación preescolar y otros entornos de esas localidades; políticas nacionales, estatales, locales e institucionales; y estrategias sanitarias y comunitarias más amplias. Cabe mencionar, por ejemplo, la prohibición de las bebidas azucaradas en las escuelas de Filadelfia; la incorporación en el almuerzo de frutas y verduras frescas en Nueva York; el aumento de las clases de educación física en un 50% en Anchorage; y la inclusión de una hora de actividad física obligatoria en las guarderías del condado de Granville. Algunas de las estrategias estaban dirigidas directamente a los niños en las escuelas y las guarderías, mientras que otras se centraban en ayudar a los niños y las familias de bajos ingresos a adoptar una conducta más saludable en su barrio y su comunidad. Las estrategias se organizaron según un modelo socioecológico —un marco para conocer las diversas repercusiones de los factores personales y ambientales que determinan la conducta—. Cada iniciativa se clasificó en función de su influencia en la obesidad a escala individual, interpersonal, institucional, comunitaria o normativa⁷⁹.

Si bien no es posible extraer conclusiones causales sobre los datos, estas comunidades presentan algunos patrones de éxito comunes a una variedad de entornos. En todas ellas se aplicaban estrategias en los cuatro cuadrantes del modelo socioecológico, lo que indica que el empleo de estrategias más intensivas y en múltiples planos resulta promisorio; todas contaban con estrategias dirigidas directamente a los niños pequeños en los lugares en los que pasan una gran parte del día, como las escuelas y las guarderías; y todas disponían de estrategias "propicias" que no se centraban directamente en los niños, sino que fomentaban las conductas saludables en los niños de bajos ingresos.



03

Níger, 2014

Madres examinan a sus hijos para detectar los primeros síntomas de la malnutrición.

© EC/ECHO/Anouk Delafortrie

Tres cuestiones que hay que atender con urgencia

PUNTOS CLAVE

- 1** Se calcula que la carencia de micronutrientes afecta a un número significativo de personas en todo el mundo, pero todavía disponemos de muy poca información sobre el nivel y las carencias de micronutrientes. Es preciso recopilar más información y datos de vigilancia fundamentales para hacer progresos sustanciales de cara al logro de las metas mundiales.
- 2** La fragilidad, el conflicto y la violencia constituyen una pesada carga para la salud, los medios de subsistencia, la seguridad alimentaria y la nutrición de las poblaciones. Las formas diversas y superpuestas de la malnutrición requieren respuestas que superen los compartimentos estancos tradicionales y hagan frente a todas las formas de malnutrición. Las comunidades humanitarias y de desarrollo han de crear plataformas comunes y establecer marcos y mecanismos de financiación conjuntos que aborden con eficacia las necesidades nutricionales en aras de una repercusión inmediata y a largo plazo.
- 3** Al recabarse más datos, ha quedado de manifiesto la importancia de invertir en la nutrición de los adolescentes, sobre todo de las niñas y las adolescentes. Pese a que se está dedicando más atención a los adolescentes como grupo nutricionalmente vulnerable que presenta necesidades nutricionales únicas en el ciclo biológico, todavía se los descuida con frecuencia. Nuevas investigaciones, programas y políticas innovadoras parecen capaces de descubrir formas de desarrollar hábitos alimentarios adecuados y duraderos en la adolescencia, por ejemplo escuchando la opinión de los jóvenes afectados por la malnutrición.

Introducción

En este capítulo destacamos tres esferas que en los últimos años se han revelado esenciales para aliviar la carga de la malnutrición: la necesidad de mejorar los datos sobre la prevalencia de las carencias de micronutrientes, la adopción de un nuevo enfoque para abordar todas las formas de malnutrición en situaciones de crisis y el aprovechamiento del nuevo énfasis en la malnutrición de los adolescentes. El capítulo ofrece una serie de perspectivas sobre la situación actual y señala varios elementos de progreso que podrían servir de base de cara al futuro.

Se necesitan más y mejores datos sobre la carga de la deficiencia de micronutrientes¹

Carencias notables de datos acerca de la deficiencia de micronutrientes

Pese a los avances que se describen en el capítulo 2, todavía existen carencias enormes en los datos disponibles para comprender la naturaleza y el alcance de todas las formas de malnutrición. Numerosos países aún no recopilan los datos necesarios para comprender plenamente la naturaleza de la carga de malnutrición, la dieta o los indicadores de los progresos. Se requieren datos subnacionales más exhaustivos que permitan entender dónde se soportan esas cargas y cuáles son las causas directas y subyacentes de la malnutrición en esas zonas concretas, a fin de dirigir mejor los programas e intervenciones. La falta de datos dificulta nuestra comprensión de diversos factores que contribuyen a la malnutrición.

Una de las demoras más destacadas se observa en los pocos progresos notables efectuados en la recopilación, el análisis y el uso de datos sobre la deficiencia de micronutrientes. Aunque antiguas estimaciones indican que al menos una tercera parte de la población mundial padece alguna forma principal de deficiencia de micronutrientes², existen déficits considerables en cuanto al número de personas y a quién experimenta realmente las distintas formas de deficiencia de micronutrientes en el mundo actual. Entre ellas se encuentran la anemia ferropénica y la carencia de yodo, zinc y vitamina A.

La comunidad de la nutrición cita a menudo el dato siguiente: "Más de 2.000 millones de personas en todo el mundo padecen una deficiencia crónica de micronutrientes, una afección que se conoce como 'hambre oculta'"³. Sin embargo, cabe preguntarse hasta qué punto resulta fiable esa cifra y cómo podemos validar los datos de que disponemos. ¿Cuál es la situación de la deficiencia de micronutrientes en poblaciones vulnerables desde el punto de vista nutricional, tales como los menores de 5 años, las mujeres y las adolescentes? Estas preguntas se antojan fundamentales para aumentar la rendición de cuentas, mejorar las decisiones programáticas, y vigilar y evaluar los progresos conducentes al objetivo de eliminar las principales deficiencias de micronutrientes. La necesidad de la revolución impulsada por los datos que se enfatiza en el *Informe de la Nutrición Mundial 2016* mantiene sin lugar a dudas toda su vigencia hoy, y la necesidad de datos relativos a las deficiencias de micronutrientes para hacer un seguimiento de la situación es más acuciante que nunca.

Se han logrado mejoras encomiables en la recopilación de datos sobre los micronutrientes, incluido el Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se trata del único sistema de vigilancia que hace un seguimiento de la situación mundial de las poblaciones en cuanto a vitaminas y minerales⁴. Aporta información útil sobre las deficiencias de micronutrientes en más de 150 países, procedente de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) y las Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS) de Estados miembros, así como de otras encuestas nacionales representativas. La base de datos contiene ya 40 indicadores de la situación de 17 micronutrientes o afecciones relacionadas con los micronutrientes y cubre tanto la deficiencia como el exceso⁵. No obstante, en gran medida todavía abarca únicamente los datos sobre la vitamina A, el yodo y la anemia, y aún debe incorporarse una cantidad razonable de datos referentes a la prevalencia de otras carencias de micronutrientes en numerosos países.

Pese a las meritorias iniciativas para corregir los déficits de datos, tales como la reciente encuesta sobre micronutrientes de Ghana⁶, la obtención de datos precisos todavía plantea dificultades. Los datos incompletos, de calidad inadecuada y poco representativos a menudo resultan problemáticos, y los países suelen carecer de recursos suficientes para actualizar las cifras de prevalencia y hacer un seguimiento de la evolución de la cobertura⁷.

Las EDS no recopilan un conjunto completo de datos sobre el nivel de micronutrientes, y la reunión de datos difiere entre los países que

realizan esas encuestas. La mayoría de los países recogen información por hogares acerca de la anemia, la ingesta de alimentos con alto contenido de vitamina A y hierro, la suplementación con micronutrientes (vitamina A y hierro o ácido fólico) y la presencia de la sal yodada⁸.

Otro motivo de preocupación es que en la evaluación de numerosos micronutrientes no se dispone de protocolos normalizados, con lo que podría producirse fácilmente una distorsión de los datos. A menudo los indicadores indirectos con los que se evalúa el hambre oculta no resultan adecuados, un aspecto que se hace especialmente patente al determinar el nivel de hierro de las poblaciones. La prevalencia de la ferropenia suele obtenerse a partir de la concentración de hemoglobina en la sangre⁹; no obstante, una estimación reciente demuestra que la anemia solo se asocia con la deficiencia de hierro en los niños en edad preescolar y las mujeres no embarazadas en edad reproductiva en el 25% y el 37% de los casos, respectivamente¹⁰. Tales supuestos distorsionan nuestra percepción de la contribución de la ferropenia a la anemia y nos llevan a asumir erróneamente que todas las personas con anemia tienen una deficiencia de hierro (porque las pruebas de la anemia miden los niveles de hemoglobina), sin tener en cuenta las diversas causas de la anemia (p. ej., infecciones, malaria, helminto, hemoglobinopatías y deficiencia de otros micronutrientes). De ese modo, se pone en entredicho nuestra capacidad para elegir las intervenciones oportunas y seleccionar indicadores adecuados para evaluar

la repercusión¹¹. Asimismo, la tasa de prevalencia de la deficiencia de zinc se calcula a partir de predicciones del riesgo nacional de una ingesta de zinc inadecuada, basadas en el suministro de alimentos del país. Esas predicciones señalan el riesgo de que la ingesta de zinc sea insuficiente, no un resultado biológico de deficiencia de zinc¹². La concentración sérica de zinc tampoco es un indicador idóneo de la deficiencia de zinc: puede aplicarse de manera fiable en las poblaciones, pero no a nivel particular.

La importancia de disponer de datos fiables sobre los micronutrientes

Obtener datos precisos es esencial para fundamentar y supervisar la repercusión de los objetivos de las políticas y programas dirigidos a reducir las deficiencias de micronutrientes. Al planificar intervenciones encaminadas a reducir la deficiencia de micronutrientes han de desarrollarse métodos eficaces de evaluación y vigilancia para identificar a las poblaciones en riesgo y hacer un seguimiento de los progresos a lo largo del tiempo¹³. Por ejemplo, numerosos países recopilan datos sobre los niveles de anemia, la ingesta de alimentos con alto contenido de vitamina A y hierro, la suplementación con micronutrientes (vitamina A y hierro o ácido fólico) y la presencia de la sal yodada en los hogares, lo que posibilita un seguimiento básico

TABLA 3.1

Cobertura de programas de suplementación con micronutrientes y yodación de la sal

| INDICADOR DE LA COBERTURA O LA PRÁCTICA | NÚMERO DE PAÍSES CON DATOS | PORCENTAJE MÍNIMO | PORCENTAJE MÁXIMO | PORCENTAJE MEDIO | MEDIANA DE LOS PAÍSES CON DATOS |
|--|----------------------------|-------------------|-------------------|------------------|---------------------------------|
| Niños de 0 a 59 meses con diarrea que recibieron tratamiento de zinc | 46 | 0,1 | 50,2 | 8,6 | 2,8 |
| Niños de 6 a 59 meses que recibieron 2 dosis de suplemento de vitamina A | 58 | 4,5 | 86,4 | 57,0 | 60,9 |
| Niños de 6 a 59 meses que recibieron suplementos de hierro en los 7 últimos días | 56 | 1,3 | 45,4 | 14,6 | 11,6 |
| Mujeres que han dado a luz en los últimos 5 años y recibieron hierro y ácido fólico durante el embarazo más reciente | 62 | 22,6 | 96,6 | 74,6 | 81,0 |
| Ingesta de sal yodada en los hogares | 52 | 18,0 | 99,8 | 82,7 | 90,9 |

Fuente: Kothari M. y Huestis A., a partir del *Informe de la Nutrición Mundial 2016* y las bases de datos mundiales de UNICEF, 2018.

Notas: Datos recopilados mediante el STATcompiler y extraídos de las Encuestas Demográficas y de Salud nacionales del período 2005-2017.

de la cobertura de los programas principales. La tabla 3.1 muestra el porcentaje de mujeres y niños que necesitan suplementos de micronutrientes y tienen acceso a ellos, así como el consumo de sal yodada en los hogares (caso destacado 3.2).

Es preciso invertir en la recopilación de datos periódicos, nacionalmente representativos y de calidad elevada sobre los micronutrientes¹⁴. Se requieren indicadores que no estén afectados por los estados patológicos y que tengan en cuenta factores ambientales y relacionados con el uso, así como innovaciones en los marcadores biológicos de nivel y función. En ese sentido, los nuevos enfoques que aplican las tecnologías “ómicas” —genómica, metabolómica y proteómica¹⁵— parecen prometedores, incluso con miras a su utilización en los puntos de atención. Todas las EDS deben evaluar la ingesta y el nivel de múltiples micronutrientes, y debe aumentarse la frecuencia de las encuestas nacionales sobre nutrición, que han de incluir datos sobre los niños pequeños y las mujeres en edad reproductiva, entre ellas las adolescentes.

En aras de una formulación de políticas eficaz, también se requieren datos desglosados por segmentos de ingresos y grupos de edad esenciales. A la espera de mejores datos, el caso destacado 3.1 subraya la nueva base de datos mundial de nutrientes, que calcula los nutrientes disponibles en cada país. Si bien no resuelve las numerosas lagunas de datos relativos a los micronutrientes, sí representa un paso adelante de cara a conocer mejor de qué nutrientes disponemos en el suministro de alimentos.

Las medidas que se apliquen en las políticas y programas también pueden servir para corregir las deficiencias de micronutrientes, por ejemplo mediante una mayor diversidad alimentaria (capítulo 4)¹⁶. El caso destacado 3.2 hace hincapié en otro planteamiento —la fortificación a gran escala— que, si bien ha hecho avances, todavía se enfrenta a obstáculos notables para su implantación eficaz.

Una base de datos mundial de nutrientes

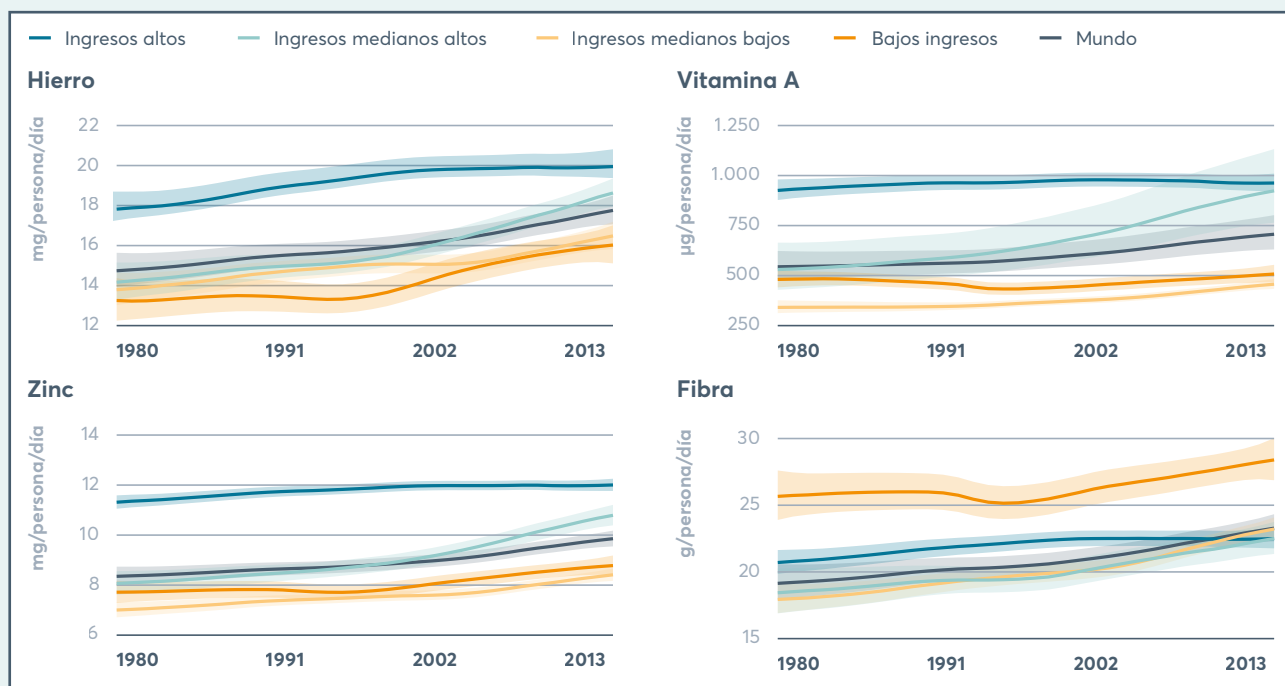
Ashkan Afshin y Josef Schmidhuber¹⁷

A fin de superar la falta de datos sobre los micronutrientes, la Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO), en colaboración con el Institute for Health Metrics and Evaluation, ha creado la base de datos mundial de nutrientes. En ella se ofrecen estimaciones sobre la disponibilidad de 156 nutrientes en los países entre 1980 y 2013. Para crear la base de datos se combinaron los datos acerca de la disponibilidad de casi 400 productos alimentarios y agrícolas de la cuentas de utilización de suministros de la FAO y los artículos alimentarios de la base de datos de alimentos y nutrientes del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Posteriormente, tras ajustar la parte no comestible de los alimentos, se calculó la disponibilidad de cada nutriente en los países, para lo que se sumó la aportación de cada artículo alimentario a la disponibilidad de cada nutriente.

Las estimaciones de esta base de datos indican que, paralelamente al aumento de la energía disponible en el mundo, la disponibilidad de la mayoría de los micronutrientes también ha crecido en la mayoría de los países. En la figura 3.1 se observa la disponibilidad en gramos por persona y día de los principales nutrientes, entre ellos la fibra, el hierro, el zinc y la vitamina A, a lo largo de los últimos decenios. Los datos indican que, a escala mundial y en países pertenecientes a categorías de ingresos diversas, la disponibilidad de esos nutrientes ha aumentado. Sin embargo, la tasa de incremento no es la misma en todos los países, y se observaron variaciones notables en función del grado de desarrollo socioeconómico.

FIGURA 3.1

Disponibilidad de fibra, hierro, zinc y vitamina A en el mundo y por categoría de ingresos, 1980-2013



Fuente: Base de datos mundial de nutrientes, 2018.

Una de las ventajas de esta base de datos es que las estimaciones se han corroborado comparándolas con los datos referentes al consumo de encuestas nacionales representativas sobre nutrición. Así pues, permite describir las deficiencias nutricionales en los países de forma más precisa y determinar las fuentes alimentarias de cada nutriente, con lo que fundamenta las intervenciones enfocadas a la nutrición que se propongan abordar esas deficiencias. Aunque cabe señalar que la disponibilidad de alimentos o nutrientes no equivale a su ingesta real, estos datos constituyen una fuente de información clave para detectar deficiencias o excedentes en el consumo de energía y la ingesta de nutrientes de un país. Los países, los organismos internacionales, los donantes y los investigadores pueden utilizar esa información como una herramienta fundamental de promoción con ánimo de mejorar la formulación de políticas alimentarias y nutricionales.

CASO DESTACADO 3.2

La fortificación a gran escala como medio para corregir las deficiencias de micronutrientes

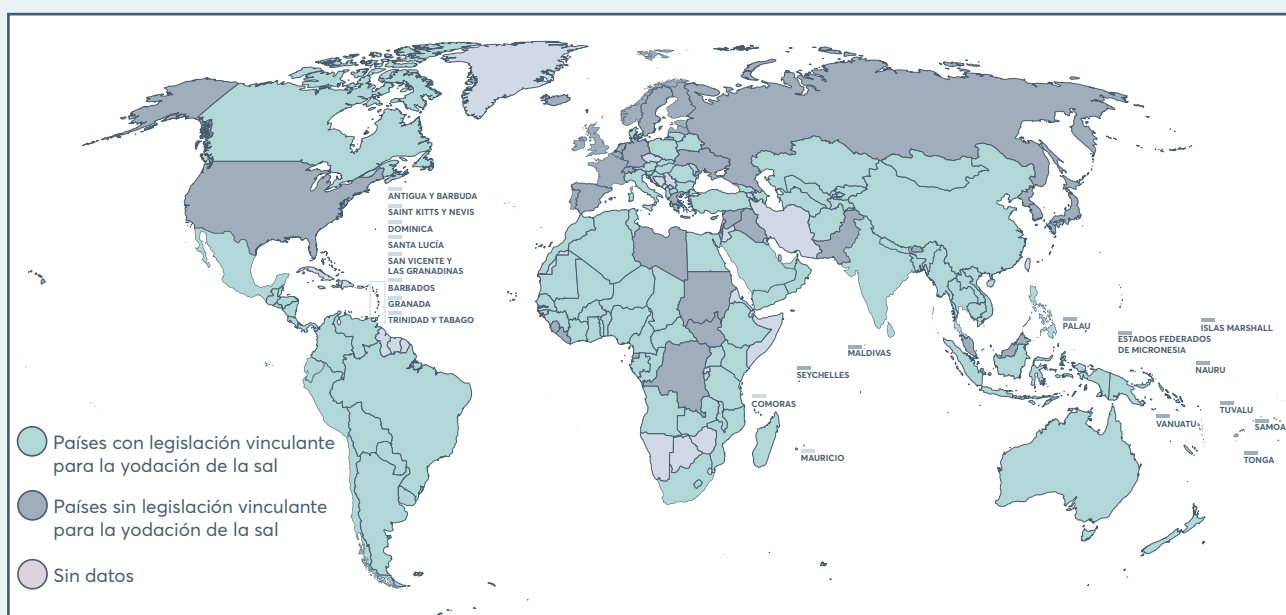
Greg S. Garrett, Jonathan Gorstein, Roland Kupka y Homero Martínez

La fortificación de alimentos a gran escala tiene por objeto mejorar la ingesta de nutrientes al añadir vitaminas y minerales esenciales a los alimentos que han de procesarse de algún modo antes de llegar al mercado¹⁸. Se pone en práctica desde hace casi un siglo, desde la década de 1920, cuando en Suiza y los Estados Unidos se procedió a la fortificación voluntaria de la sal con yodo. El Reino Unido y el Canadá fueron los primeros países que establecieron por ley la fortificación obligatoria de la harina de trigo y la sal en 1940 y 1949, respectivamente. En los últimos años se han efectuado avances significativos en este ámbito: 86 países exigen ya que al menos un tipo de cereal se fortifique con hierro o ácido fólico (13 aprobaron leyes al respecto entre 2014 y 2017), y 29 cuentan ahora con programas nacionales de fortificación de los aceites comestibles con vitamina A (12 legislaron la cuestión en este período).

Un examen sistemático de 41 informes y 76 trabajos de investigación concluyó que en los países de ingresos bajos y medianos existen pruebas sólidas de efectos en la salud allí donde la fortificación tuvo una cobertura y un cumplimiento elevados¹⁹. El avance más notable se ha producido en la yodación de la sal. La tabla 3.1 muestra que la cobertura media en los hogares de la sal yodada es del 83% en los 52 países para los que se dispone de datos. El número de países donde la yodación de la sal es obligatoria ha ido aumentando de manera constante y asciende ya a 108 (figura 3.2). Entre 2014 y 2017, por ejemplo, seis países aprobaron nuevas leyes relativas a la yodación de la sal²⁰. A partir de la información disponible sobre el uso de sal yodada, la Red Mundial del Yodo e UNICEF calculan que en el mundo, actualmente, la consumen más de 6.000 millones de personas²¹. Esta cifra representa el logro más significativo hasta la fecha de la fortificación de alimentos a gran escala²². Solo en 19 países se observa todavía una ingesta insuficiente de yodo, un cambio extraordinario con respecto a los 110 países de 1993²³. (Este cálculo aplica la definición de la OMS de una ingesta adecuada de yodo, que se refiere a personas adultas con una concentración mediana de yodo en la orina igual o superior a 100 µg/L).

FIGURA 3.2

Legislación nacional para la yodación de la sal



Fuente: Global Fortification Data Exchange 2018.

A la yodación de la sal se atribuye la prevención de 750 millones de casos de bocio en los últimos 25 años²⁴. Etiopía es un buen ejemplo de progreso nacional: en 2005, la cobertura de la sal yodada se situaba en el 4,2%²⁵; para finales de 2014, el 95% de los hogares tenía acceso a la sal yodada (sal con cualquier cantidad de yodo), y el 42,7% tenía acceso a sal yodada correctamente²⁶. Se logró por medio de un esfuerzo específico transversal a distintos niveles con la participación de alianzas público-privadas, centrado en mejorar las cadenas de suministro, involucrar al sector privado, restaurar los compromisos públicos de aplicación de la legislación relativa a la yodación y aprovechar la asistencia técnica facilitada por organismos internacionales.

Un examen reciente de los programas nacionales de fortificación de alimentos a gran escala destaca una serie de lecciones clave para el éxito²⁷.

- Tienen en cuenta el número de personas malnutridas, dónde viven y los alimentos que consumen. La obtención de resultados depende de qué alimentos se fortifiquen y su grado de procesamiento industrial.
- Integran la fortificación en un conjunto más amplio de estrategias nacionales sobre nutrición.
- Los Gobiernos nacionales aportan la capacidad y los recursos necesarios y asumen un compromiso sostenido para controlar la calidad de manera efectiva.
- Llevan a cabo exámenes periódicos en los que comprueban los supuestos acerca de los patrones de alimentación.
- Exigen la fortificación para hacer frente a una necesidad o riesgo significativo en el ámbito de la salud pública.

No obstante, varios obstáculos impiden que la fortificación de alimentos a gran escala tenga una repercusión plena en la salud pública. En primer lugar, numerosos países con una carga elevada de hambre oculta todavía no han iniciado un programa de fortificación. Por ejemplo, 62 países de ingresos bajos y medianos aún no aplican programas obligatorios de fortificación del trigo, el maíz o el arroz, pese a que cumplen los criterios generales²⁸ para poner en marcha la intervención²⁹. Asimismo, seleccionar vehículos alimentarios adecuados —que consuma de manera habitual una gran parte de la población, sobre todo los grupos más vulnerables— y establecer mecanismos de cumplimiento eficaces aumentará de manera sustancial la repercusión potencial de los programas de fortificación³⁰.

En segundo lugar, la calidad y conformidad de los alimentos fortificados debe reforzarse e integrarse en los sistemas rutinarios de control de los alimentos. Un examen de las actividades externas de garantía de la calidad de los programas de fortificación de alimentos básicos en 25 países concluyó que el porcentaje medio de alimentos que cumple las normas nacionales se sitúa entre el 45% y el 50%³¹. De igual modo, varios estudios realizados entre 2014 y 2017 en nueve lugares de siete países de ingresos bajos y medianos observaron que las tasas de cobertura no son elevadas³². En término medio, solo el 35% de la harina de trigo que se consume en esos nueve lugares es fortificable (se somete a un procesamiento industrial), y solo se fortificó el 18,5% de la harina de trigo disponible. Casi 3 de cada 4 personas (el 72%) consume aceite comestible fortificable, pero solo se había fortificado el 42% del aceite. En lo que respecta a la harina de maíz, el 48% de la población consume maíz fortificable, pero solo se había fortificado el 29%³³.

Cabe concluir que esa baja cobertura, unida al escaso cumplimiento de las normas nacionales, es el problema más grave al que se enfrentan los países que ya ejecutan programas obligatorios de fortificación de alimentos a gran escala, que no obtendrán los resultados de salud previstos.

En tercer lugar, la mayoría de los programas de fortificación se han acometido como intervenciones verticales que apenas se han armonizado. Pese a que muchos de los mismos agentes y partes interesadas participan en la fortificación de distintos vehículos alimentarios, los programas no se han vinculado entre sí a fin de descubrir posibles sinergias y oportunidades para que su diseño, implementación y seguimiento sean más eficientes.

Por último, pocas evaluaciones de los programas nacionales han medido el impacto de la fortificación en los resultados biológicos (p. ej., en la anemia ferropénica) y funcionales (p. ej., en el desarrollo infantil)³⁴.

Necesidad crítica de un nuevo enfoque para hacer frente a todas las formas de malnutrición en las crisis

Entender las crisis y la fragilidad

El Banco Mundial calcula que alrededor de 2.000 millones de personas viven en países afectados por la fragilidad, el conflicto y la violencia³⁵, y considera que 36 países o territorios están en situación de fragilidad en este momento³⁶. Las crisis adoptan formas diversas, tales como el deterioro de la gobernanza, las crisis políticas prolongadas, la transición después de un conflicto y los procesos frágiles de reforma, a menudo en un contexto de desastre de los recursos naturales y cambio climático. El Banco Mundial también calcula que el porcentaje de personas que viven en la extrema pobreza en zonas afectadas por conflictos aumentará un 50% de aquí a 2030³⁷.

Las crisis están provocando un desplazamiento masivo de la población, ya sea dentro de las fronteras de un país (desplazados internos) —según las estimaciones, 40 millones de personas—, o como refugiados en los países vecinos —unos 25,4 millones de personas—³⁸. Se trata del mayor volumen de desplazamientos de la historia reciente, y se calcula que aproximadamente 201 millones de personas de todo el mundo necesitan asistencia humanitaria³⁹. Más de dos tercios de los refugiados proceden de tan solo cinco países —Sudán del Sur, Somalia, el Afganistán, Myanmar y la República Árabe Siria, y más de la mitad tienen menos de 18 años—⁴⁰. La perturbación de las masas de población aumenta el riesgo de malnutrición, inseguridad alimentaria y social y enfermedad, pérdida de medios de subsistencia y oportunidades económicas, y muerte⁴¹.

Uno de los mensajes fundamentales del *Informe de la Nutrición Mundial 2017* es que la paz y la estabilidad (ODS 16) son esenciales para una nutrición adecuada. Sin embargo, la inestabilidad y los desastres vinculados al clima siguen afectando a un número de países cada vez mayor. Representan un factor significativo a la hora de explicar por qué 124 millones de personas de 51 países sufren una notable inseguridad alimentaria⁴². El *Informe Mundial sobre las Crisis Alimentarias* señala que la cifra había aumentado en 11 millones de personas desde 2016, lo que equivale a un incremento del 11%. Se deduce también que el incremento se debe al estallido o la intensificación de conflictos y a la inseguridad en países como el Yemen, Nigeria (en el norte), la República Democrática del Congo, Sudán del Sur y Myanmar. La sequía prolongada también ha sido importante en países como Kenya, Somalia y Uganda, así como en África Meridional.

El *Informe de la Nutrición Mundial 2017* también destaca que ese año se declaró una hambruna en Sudán del Sur y se comunicó un elevado riesgo de hambruna en el norte de Nigeria, Somalia y el Yemen. Según las estimaciones, las crisis en esos cuatro países provocaron el desplazamiento de unos 10 millones de personas, y se clasificó en crisis a 31,6 millones⁴³. En vista de la situación, las necesidades de financiación humanitaria se han duplicado con creces en esos cuatro países, de 2.900 millones de dólares en 2013 a más de 6.500 millones en 2017, y en este momento se calcula que la cifra en 2018 ascenderá a 7.270 millones de dólares⁴⁴.

Coexistencia de todas las formas de malnutrición en las crisis

Históricamente, las iniciativas contra la malnutrición en situaciones de crisis se han centrado en salvar vidas, detectando y tratando casos de emaciación y protegiendo y promoviendo la alimentación de los lactantes y los niños pequeños. Esa labor es fundamental cuando los índices de emaciación son elevados, han aumentado o existe el peligro de que aumenten, por ejemplo en países en riesgo de hambruna como Somalia, el Yemen, Sudán del Sur y Nigeria (en el norte).

Sin embargo, la realidad de la carga de malnutrición es hoy mucho más compleja. La mayoría de los niños del mundo que sufren emaciación no viven en un contexto humanitario —y la emaciación no es el único problema en las crisis—. Las nuevas pruebas indican que la fragilidad, el conflicto y la violencia repercuten en todas las formas de malnutrición. La emaciación y el retraso del crecimiento se producen tanto en contextos de crisis como de estabilidad, y existen vínculos y causas comunes entre sus formas⁴⁵. Los niños pequeños soportan una carga mayor de la emaciación y el retraso del crecimiento coexistentes (véase el caso destacado 2.5 del capítulo 2), y las embarazadas expuestas a un conflicto dan a luz a niños de menor peso —de manera que los efectos adversos del conflicto se transmiten a la generación posterior—⁴⁶.

Si bien es de sobra conocido que el riesgo de emaciación aumenta en los contextos de crisis, cada vez más pruebas apuntan a que existen niveles elevados de retraso del crecimiento, que incluso aumentan, en las crisis prolongadas. Los datos sobre el retraso del crecimiento en los países arrojan vínculos de interés; por ejemplo, que la prevalencia del retraso del crecimiento es notablemente mayor en los países afectados por conflictos que en el resto (figura 3.3).

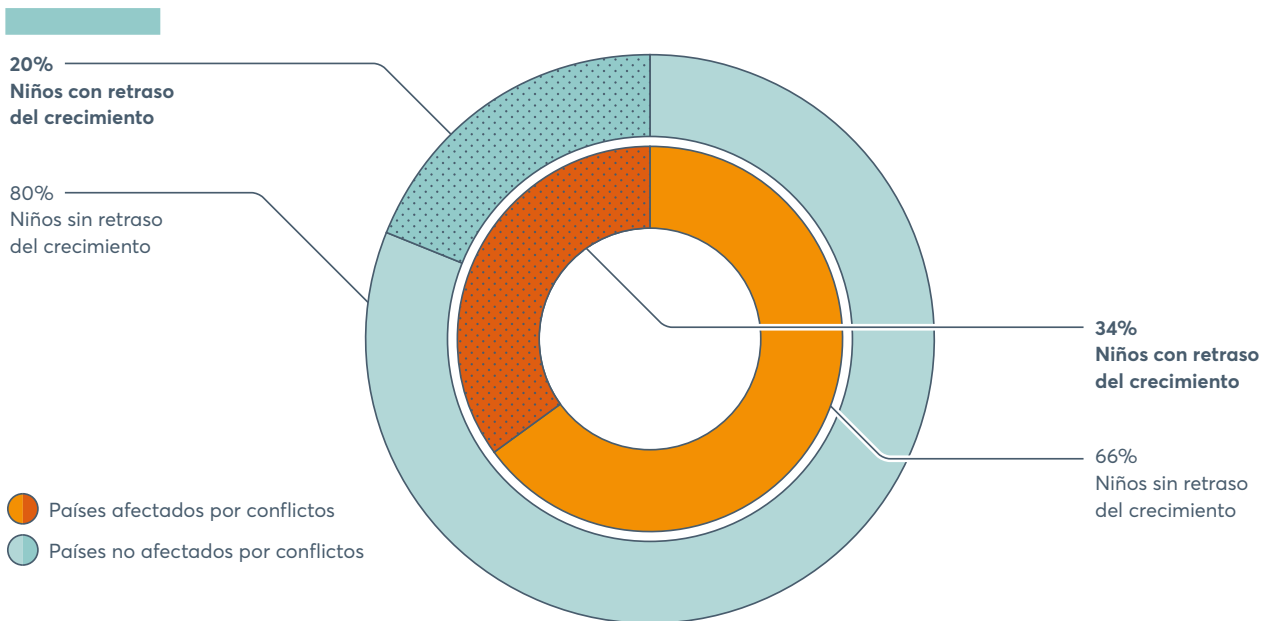
Otras estimaciones indican que entre el 45% y el 75%^{47, 48} de la carga mundial de retraso del crecimiento se sitúa en Estados frágiles. Se trata de un margen muy amplio que indica la necesidad de más datos y análisis que confirmen esos cálculos⁴⁹.

De igual modo, hasta hace poco tiempo, las deficiencias de micronutrientes (excepto cuando se produjo una oleada de brotes de escorbuto y deficiencias de vitamina B en contextos de refugiados en la década de 1980 y principios de la década de 1990) y las enfermedades no transmisibles o la obesidad apenas han recibido atención de los responsables de dar una respuesta a las crisis. Eso empieza a cambiar: cada vez se reconoce en mayor medida que las diversas formas de malnutrición constituyen una pesada carga en los contextos de crisis prolongadas y complejas⁵⁰.

Las enormes poblaciones de refugiados de Oriente Medio son un ejemplo de la superposición de las cargas de la emaciación, el retraso del crecimiento, las deficiencias de micronutrientes y la obesidad. En el caso destacado 3.3 se describen una serie de medidas adoptadas para hacer frente a todas las formas de malnutrición en las poblaciones de refugiados afectados por crisis del Líbano.

FIGURA 3.3

Comparación de la prevalencia del retraso del crecimiento en países en conflicto y en el resto de países



Fuente: Development Initiatives, a partir de los datos de 2018 del índice INFORM para la gestión de los riesgos y de las estimaciones conjuntas sobre la malnutrición⁵¹.
Notas: Prevalencia ponderada por población a partir de los datos disponibles de 148 países. Se considera que un país está afectado por un conflicto cuando obtiene 7 o más puntos en el indicador del índice INFORM referente a la "intensidad actual de un conflicto sumamente violento".

Medidas para hacer frente a todas las formas de malnutrición entre refugiados en el Líbano

Hala Ghattas, Zeina Jamaluddine y Chaza Akik

Se calcula que, en este momento, 1 de cada 5 personas que residen en el Líbano es un refugiado. El Líbano, un pequeño país mediterráneo de ingresos medianos, acoge a 992.127 refugiados sirios registrados que llegaron al país a partir de 2011⁵², así como a entre 260.000 y 280.000 refugiados palestinos⁵³ que viven en el país desde 1948 y a otros 32.274 refugiados palestinos procedentes de Siria⁵⁴. En el Líbano, que se enfrenta a sus propios retos en materia de nutrición (los cuales evolucionan con rapidez), los refugiados a largo plazo padecen cargas superpuestas de pobreza, inseguridad alimentaria, alimentación inadecuada, sobrepeso y obesidad crecientes e índices elevados de enfermedades no transmisibles.

La mayor parte de los refugiados palestinos viven en malas condiciones en campamentos y agrupamientos urbanos y dependen del Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente (OOPS) —que está sobrecargado— para acceder a servicios de educación, atención de salud y asistencia social. El 62% de los hogares sufre inseguridad alimentaria, y el 47% de las personas de 25 a 59 años padece una enfermedad crónica —la hipertensión y la diabetes son las más frecuentes—⁵⁵.

En 2018 se calculó que el conflicto sirio había contribuido al desplazamiento interno de 6,2 millones de personas y al de otros 5,1 millones de refugiados en los países vecinos: Jordania, el Líbano y Turquía⁵⁶. Los refugiados llegados de Siria se han dispersado en el Líbano desde 2011 y viven en comunidades de acogida o asentamientos informales de tiendas de campaña. Su seguridad alimentaria empeora año tras año. El consumo pobre o marginal de alimentos en los hogares aumentó del 13% en 2014 al 38% en 2017^{57, 58}. El consumo de carne, fruta y verduras con alto contenido de micronutrientes es especialmente bajo^{59, 60}. La diversidad de la dieta de los niños también es baja: tan solo el 9% de niños de 6 a 23 meses alcanzaron los niveles de diversidad mínima de la alimentación⁶¹. En 2016, la prevalencia mundial de la malnutrición aguda y el retraso del crecimiento en los niños de 0 a 59 meses era del 2% y el 15%, respectivamente⁶². Paralelamente, el 34% y el 29% de las personas adultas de 18 a 69 años padecen sobrepeso u obesidad, respectivamente; el 49% tiene hipercolesterolemia⁶³; y en más de la mitad de los hogares de refugiados sirios hay alguien a quien se ha diagnosticado 1 de 5 enfermedades no transmisibles⁶⁴.

Ante tales retos, las organizaciones humanitarias han puesto en marcha programas para satisfacer las necesidades tanto agudas como básicas de los refugiados y atender a sus necesidades de atención de salud a largo plazo. He aquí algunos ejemplos:

Alimentación escolar y formación en nutrición

El Programa Mundial de Alimentos (PMA) dirige un programa de alimentación escolar en 38 centros públicos que atienden tanto a niños libaneses como a refugiados sirios⁶⁵. En lugar de centrarse en aumentar la ingesta de calorías, el PMA adaptó su programa a las necesidades del contexto con el propósito de aportar diversidad a la dieta mediante la provisión de fruta fresca y leche y formación sobre nutrición en las escuelas.

Dos escuelas de enseñanza primaria del OOPS han puesto a prueba el innovador programa Healthy Kitchens ("cocinas saludables"), en el que mujeres refugiadas capacitadas en seguridad alimentaria e higiene entregan a diario un refrigerio saludable a los escolares refugiados palestinos. En las pruebas piloto se han observado mejoras en la seguridad alimentaria, el apoyo social y la salud mental de las mujeres, un incremento de la diversidad de la alimentación de los niños y un descenso del consumo de bebidas y postres azucarados por parte de los niños^{66, 67}.

Programas de asistencia alimentaria y con efectivo

A lo largo de los años se han puesto en marcha varios programas específicos de cupones electrónicos para alimentos y efectivo para fines múltiples con ánimo de facilitar alimentos y cubrir otras necesidades básicas de distintas subpoblaciones de refugiados vulnerables, entre ellas los sirios y los palestinos. Las evaluaciones de repercusión muestran que la asistencia con efectivo para fines múltiples propicia un incremento del gasto en alimentos, pero no mejora el acceso a los servicios de atención de salud.

Tanto los cupones electrónicos para alimentos como el efectivo contribuyeron a mejorar la diversidad de la dieta y otros indicadores de seguridad alimentaria. En ese sentido, la asistencia mediante efectivo sin restricciones obtuvo mejores resultados que los cupones electrónicos.

Fortalecimiento de los sistemas locales de atención a la salud

En colaboración con el Ministerio de Salud Pública del Líbano, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) ha respondido a las necesidades básicas de atención sanitaria y a la carga elevada de enfermedades no transmisibles de los refugiados sirios brindando apoyo al sistema de atención primaria de salud mediante la subvención de la atención y un sistema de remisión a la atención secundaria y terciaria. El 75% —es decir, tres cuartas partes— de los costos de tratamiento que reúnen los requisitos están cubiertos, porcentaje que alcanza el 100% en el caso de los subgrupos vulnerables. El OOPS también administra un sistema integral de atención primaria de salud que ofrece una cobertura total a los refugiados palestinos, incluidos programas de detección específicos relacionados con las enfermedades no transmisibles, así como un sistema de remisión que abarca el 90% de la atención secundaria y terciaria. Un proyecto piloto innovador desarrollado en los centros de atención primaria de salud tanto públicos como del OOPS ha puesto a prueba una aplicación de salud en línea que ha servido para mejorar la detección y remisión de casos de enfermedades no transmisibles.

En este contexto, queda pendiente garantizar la sostenibilidad de esos programas encaminados a fomentar la alimentación saludable en la infancia y aumentar la seguridad alimentaria y el acceso a los servicios sanitarios de esas poblaciones vulnerables a lo largo del tiempo, sobre todo ante la creciente amenaza que los recortes presupuestarios representan para los organismos humanitarios.

Aumentar la resiliencia nutricional intensificando los vínculos entre la labor humanitaria y la de desarrollo⁶⁸

Una cuestión novedosa importante es cómo fomentar la resiliencia frente a la malnutrición cuando aumenta la fragilidad y la inestabilidad y en relación con las distintas formas de malnutrición. El impulso de la agenda en favor de la resiliencia ha sido la toma de conciencia de que aproximadamente un 86% de la asistencia humanitaria internacional se dirige a países afectados por crisis a medio y largo plazo⁶⁹. Sin embargo, la mayoría de las veces la asistencia adopta la forma de programas a corto plazo incapaces de impulsar la resiliencia que las poblaciones afectadas por crisis necesitan para evitar el deterioro de su estado nutricional.

De forma gradual se está descubriendo qué hace falta para fomentar la resiliencia nutricional, incluidas la planificación de la preparación, la alerta temprana y la capacidad de refuerzo para ampliar los sistemas y la capacidad humana y financiera e involucrar a sectores diversos^{70, 71}. En ese proceso de fomento de la resiliencia resulta fundamental unir a las comunidades de desarrollo y humanitarias⁷². Se contribuiría así, especialmente en las crisis prolongadas, a debatir y desarrollar políticas y marcos conjuntos, a concebir mecanismos de financiación predecibles y a “equilibrar” los programas de la gama de intervenciones directas sobre nutrición de gran repercusión y otros programas sectoriales, por ejemplo los de protección social.

De manera acorde con la falta de reconocimiento de la malnutrición más allá de la emaciación en contextos de crisis, históricamente la emaciación y el retraso del crecimiento se han abordado de forma compartimentada en los ejes humanitario y de desarrollo: la alta prevalencia de la emaciación se ha considerado una cuestión "humanitaria", mientras que el retraso del crecimiento se relacionaba con el "desarrollo"⁷³. Los debates acerca del modo de acercar a ambas comunidades se intensificaron en la Cumbre Humanitaria Mundial de 2016, cuyos participantes demandaron estrechar los vínculos entre los programas humanitarios y en favor del desarrollo⁷⁴. Uno de los compromisos de acción claves derivados de la cumbre consiste en "superar la división entre lo humanitario y el desarrollo"⁷⁵, propósito que se ha descrito como el "fortalecimiento del vínculo entre la acción humanitaria y el desarrollo". Posteriormente, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCAH) ha elaborado el marco "Una nueva manera de trabajar", que también demanda una relación más estrecha en el análisis, la planificación, la coordinación y la financiación de la acción humanitaria y el desarrollo en aras del logro de resultados colectivos.

Organizaciones como el PMA, con decenios de experiencia en la provisión de asistencia humanitaria, están pasando de mecanismos de respuesta en emergencias a corto plazo a una financiación durante un período de 3 a 5 años e incorporando metas específicas de reducción del retraso del crecimiento en sus estrategias nacionales de 3 a 5 años. Bajo la supervisión del Comité Permanente entre Organismos⁷⁶, el Grupo Temático Mundial sobre Nutrición, que apoya la coordinación de la respuesta en este ámbito en situaciones de crisis, cada vez hace más hincapié en los paquetes integrados de prevención de la hambruna, que incluyen medidas relacionadas con la nutrición, la seguridad alimentaria, el agua, el saneamiento y la higiene, y la salud. Ese tipo de programas se ejecutaron por primera vez en el norte de Nigeria, Sudán del Sur, Somalia y el Yemen en 2017. Algunos países también reconocen la necesidad de fomentar la resiliencia mediante un enfoque más orientado al "desarrollo" en lo que antes se consideraban contextos "humanitarios". El planteamiento del Gobierno de Kenya es un buen ejemplo de enfoque nacional de la resiliencia. Demuestra que una mayor orientación al desarrollo puede reducir la carga sobre la respuesta humanitaria tradicional, lo que redundaría en beneficio de las poblaciones propensas a las crisis.

Las comunidades de la acción humanitaria y el desarrollo que tratan de estrechar vínculos se encuentran, entre otras dificultades, con la falta de datos desglosados y agregados que representen el alcance, los vínculos y los patrones de las diversas formas de malnutrición. Así pues, se requieren mejores datos para promover con eficacia el tipo de reforma institucional que permita abordar de manera adecuada las múltiples cargas antes y después de las crisis y durante estas. Combinar un mayor número de pruebas que describan las múltiples cargas con la eficacia de intervenciones capaces de hacer frente a las diversas formas de malnutrición de forma simultánea debería servir para acelerar las reformas institucionales. Estas podrían sustentar posteriormente un conjunto de respuestas de desarrollo y humanitarias más exhaustivo.

La financiación es otra cuestión importante. Entre los contextos de gran fragilidad y afectados por conflictos se encuentran Sudán del Sur, donde más de la mitad de la ayuda se destina a fines humanitarios⁷⁷, y Somalia, que recibe ayuda humanitaria continuada desde hace unos tres decenios y donde más de la mitad de la ayuda (el 56%) ha sido humanitaria⁷⁸. En esos contextos, hay margen para que los Gobiernos sean más transparentes y rindan más cuentas de sus procesos de ayuda y financiación, y para que los donantes sean menos aversos al riesgo y consideren la financiación plurianual, los recursos comunes y la ayuda presupuestaria directa con el objetivo final de poner en marcha servicios financiados y controlados por los Gobiernos. Los asociados en la ejecución también podrían plantearse desde una perspectiva más estratégica cómo mejorar los servicios del Gobierno y otros organismos locales mediante la integración de programas y la creación de programas sostenibles y ampliables en esos entornos complejos. La comunidad humanitaria no puede fomentar por sí sola la resiliencia nutricional sin contar con la participación real de los agentes del desarrollo y sin considerar cómo pueden utilizar los fondos humanitarios de manera más flexible y orientada a la resiliencia o el desarrollo. Hasta la fecha, la financiación es a corto plazo e impredecible, mientras que la planificación de actividades se basa en ciclos de proyectos que se repiten cada año, los cuales, si bien salvan vidas, no son capaces de prevenir la malnutrición.

En el caso destacado 3.4 se describe un enfoque concebido con miras a facultar a los sistemas de salud para gestionar con eficacia cualquier incremento repentino de la emaciación y, al mismo tiempo, colaborar con diversos sectores para prevenir la emaciación y el retraso del crecimiento en la respuesta a una crisis.

El enfoque de Kenya en aras de la resiliencia

Jeremy Shoham y Carmel Dolan

La economía de Kenya está en auge, y el país se plantea un ideal de desarrollo ambicioso de aquí a 2030. Así pues, la estructura del sistema humanitario ha sido reemplazada en gran medida por una mayor inversión pública en el fomento de la resiliencia, programas de protección social y sistemas de respuesta temprana.

Uno de los elementos clave para la nutrición es la integración en el sistema de salud del tratamiento de la emaciación y un modelo de refuerzo que posibilita una respuesta de tratamiento en las zonas áridas y semiáridas más propensas a las crisis. En los últimos años, el Gobierno de Kenya ha creado programas de protección social en esas zonas vulnerables (con un 65% de financiación estatal) y un programa de transferencia de efectivo dirigido a hasta medio millón de personas. El Gobierno también financia programas de protección social para los ancianos, las personas con discapacidad grave y los niños huérfanos y vulnerables, y un programa de transferencia de efectivo para la creación de activos que ejecuta el PMA.

Los programas en favor de la resiliencia se han convertido en un componente principal del plan de desarrollo a medio plazo del país y representan un pilar fundamental del marco para poner fin a las emergencias provocadas por las sequías (EDE, por sus siglas en inglés). Un aspecto esencial para el marco EDE es el fortalecimiento de los sistemas que hacen posible una respuesta temprana a las amenazas antes de que estalle una crisis a gran escala, por ejemplo mediante la diversificación de los medios de subsistencia y la anticipación a los riesgos. Esas medidas han reducido en gran medida la necesidad de una respuesta humanitaria más tradicional en Kenya. La Autoridad Nacional de Gestión de la Sequía, que implanta el EDE, combina los programas humanitarios y en favor del desarrollo y está descentralizada en los 23 condados más vulnerables. La nutrición representa una preocupación transversal, y el retraso del crecimiento es uno de los indicadores clave para hacer un seguimiento de los progresos del EDE.

En 2011, la respuesta a la grave sequía en el Cuerno de África, que afectó a amplias zonas de Kenya, fue tardía, estuvo mal coordinada, contó con un nivel reducido de inversión y liderazgo gubernamental y prestó poca atención al fomento de la resiliencia; se produjeron muchos casos de emaciación y muerte de niños. En contraste, la respuesta a la sequía de 2016-2017 comenzó en una fase más temprana y, si bien la emaciación infantil siguió siendo elevada en muchos condados afectados, hubo menos muertes. En general, la respuesta a la sequía de 2016-2017 dio muestras de progresos en el modo en que los sistemas de Kenya se orientaron a reducir los riesgos y a responder con mayor rapidez y eficacia a la crisis. Varios factores contribuyeron a ello y, conjuntamente, han posibilitado un fortalecimiento considerable de los vínculos entre la acción humanitaria y el desarrollo. Se han observado los siguientes factores:

1. Crecimiento económico nacional: Kenya se considera hoy un país de ingresos medianos bajos.
2. Sólido liderazgo del Gobierno en la respuesta a la crisis; los asociados humanitarios se dedicaron a paliar deficiencias en lugar de asumir la respuesta de primera línea, y las inversiones de los asociados para el desarrollo se armonizaron con las prioridades nacionales de reducción del riesgo.
3. La delegación de responsabilidades gubernamentales desde 2012 ha dado libertad a las administraciones locales para gestionar directamente los presupuestos, determinar las prioridades de los condados y dar una respuesta temprana a las nuevas crisis.
4. Elaboración y aplicación inicial del marco EDE con vistas a reforzar los vínculos entre sectores y entre los sistemas humanitarios y de desarrollo.
5. Fortalecimiento de los sistemas sanitarios y creación de un modelo de refuerzo de la capacidad para el tratamiento temprano de la emaciación.
6. Puesta en marcha de sistemas ampliables de protección social para las personas más vulnerables.

Tender puentes entre la acción humanitaria y de desarrollo

Anushree Rao

En 2013, en la primera cumbre Nutrición para el Crecimiento, Concern Worldwide prometió contribuir con 116,7 millones de dólares a programas de nutrición, principalmente en Estados frágiles. Ese compromiso financiero se cumplió antes de lo previsto, y se prometieron otros 100 millones entre 2018 y 2020. Los fondos se están utilizando para poner a prueba y aplicar soluciones ampliables en algunas de las zonas y poblaciones de más difícil acceso, incluidos programas concebidos para tratar la malnutrición aguda y aumentar la resiliencia frente a ella.

Entre los objetivos de la financiación se encontraba ampliar su modelo de refuerzo para la gestión comunitaria de la malnutrición aguda. Dicho modelo faculta a los sistemas de salud de entornos frágiles para tratar con eficacia la malnutrición aguda, al accionar los umbrales que reclaman sumar una respuesta humanitaria reforzada a la gestión rutinaria de la malnutrición aguda. Se ha aplicado ya en Kenia, Uganda y el Níger, y en cierta medida en el Chad. La prueba piloto en el condado de Marsabit (Kenia) demostró que la alerta y la acción tempranas, conjuntamente con los programas de nutrición a más largo plazo, pueden ayudar a tender puentes entre la acción humanitaria y de desarrollo. Una evaluación concluyó que el sistema de salud estaba mejor preparado para hacer frente a un mayor número de casos de malnutrición aguda durante las crisis predecibles sin menoscabar la labor sanitaria y nutricional a largo plazo. El Gobierno de Kenia está interesado en este momento en integrar la gestión comunitaria del incremento repentino de la malnutrición aguda en los centros sanitarios que prestan servicio en otras zonas propensas a la sequía.

Concern Worldwide también ha financiado programas encaminados a fomentar la resiliencia frente a la malnutrición aguda. Por ejemplo, un programa para impulsar la resiliencia de la comunidad frente a la malnutrición aguda (CRAM, por sus siglas en inglés) en el Chad se propuso mejorar la nutrición de los niños pequeños y fomentar la resiliencia comunitaria frente a conmociones y tensiones con efectos perjudiciales en la salud y la nutrición. El programa llegó a 4.000 hogares con un paquete de servicios integrados de nutrición y salud; agua, saneamiento e higiene; y agricultura y gestión ganadera climáticamente inteligentes. Una evaluación de las repercusiones del programa CRAM⁷⁹ concluyó que ofreció protección frente al auge de la emaciación y el retraso del crecimiento; propició un mayor índice de lactancia materna exclusiva entre niños menores de 6 meses; aumentó el acceso a pozos de sondeo y letrinas, y su utilización; e impulsó el conocimiento (aunque no la práctica) del lavado de manos. En las poblaciones en las que se aplicó el programa, los índices de emaciación se estabilizaron, mientras que aumentaron en los grupos de control; y la prevalencia del retraso del crecimiento en los niños de los asentamientos con CRAM fue un 7% más baja que en los asentamientos de control. El programa CRAM demostró que integrar diversos sectores como la agricultura, el agua, el saneamiento y la higiene, los medios de subsistencia, el género y la salud puede mejorar notablemente la situación de malnutrición de los niños. No obstante, todavía hay dudas con respecto a la repercusión del programa CRAM en la inseguridad alimentaria.

Carga de la malnutrición en adolescentes

Cada vez hay una mayor conciencia de la importancia de la salud y la nutrición de los adolescentes y de que invertir en esta etapa crucial de la vida es fundamental para alcanzar las metas y objetivos mundiales⁸⁰. En 2017 y 2018 se efectuaron dos llamamientos a la acción en el ámbito de la nutrición de los adolescentes. En 2017, en la Cumbre Mundial sobre la Nutrición de Milán, se presentó el Programa de Acción para Reducir la Disparidad en la Nutrición de las Mujeres y las Niñas, en el que se instó a la comunidad de la nutrición a adoptar un enfoque basado en el ciclo de vida que priorice a los adolescentes⁸¹. Asimismo, en 2018 se publicó otro llamamiento a la acción: "Better Data Now to Drive Better Policies and Programs in the Future" ("Mejores Datos Hoy para Impulsar Mejores Políticas y Programas Mañana"). El llamamiento se hizo público después de una consulta a las partes interesadas, que tuvo lugar en octubre de 2017, acerca de la "Nutrición de las adolescentes: pruebas, directrices y deficiencias", coorganizada por el proyecto SPRING de USAID (fortalecimiento de alianzas, resultados e innovaciones en el ámbito de la nutrición a nivel mundial) y la Organización Panamericana de la Salud. Más de 100 organizaciones se han adherido ya, dando fe de su compromiso con este importante grupo etario. El llamamiento prioriza siete medidas que abarcan el déficit de datos, las políticas, los indicadores y la vigilancia.

Siete medidas prioritarias para mejorar la nutrición de las adolescentes⁸²

1. Involucrar a los adolescentes y asociarse con ellos de cara al diseño y la implementación de estudios, políticas, programas, reglamentos y directrices que reconozcan que se ha colaborado con éxito con los adolescentes en otros sectores y aprendan de esas experiencias.
2. Evaluar el modo en que las políticas y reglamentos sobre nutrición conforman el entorno alimentario e influyen en la nutrición de los adolescentes y la calidad de su alimentación.
3. Desarrollar y utilizar indicadores normalizados para evaluar la salud, la nutrición y el bienestar social y emocional de los adolescentes.
4. Velar por que se incluya a los adolescentes en la vigilancia nacional de la nutrición, con un muestreo adecuado en las encuestas de población y desglosados en los datos procedentes del seguimiento rutinario de programas.
5. Realizar estudios cuantitativos y cualitativos para medir, analizar y abordar los factores determinantes subyacentes de la malnutrición y los factores propios de cada contexto que repercuten en las decisiones alimentarias de los adolescentes, su dieta y prácticas de alimentación, su actividad física y su bienestar social y emocional.
6. Diseñar estudios sobre la implementación con vistas a mejorar la ejecución, el uso, la rentabilidad y la escala de los programas, analizando la utilización de los programas y plataformas existentes cuando sea posible.
7. Llevar a cabo evaluaciones rigurosas de las intervenciones a fin de evaluar su repercusión y determinar la combinación y dosis adecuada de macro y micronutrientes, así como la edad y duración óptimas de las intervenciones dirigidas a los adolescentes con el propósito de mejorar los resultados de crecimiento y desarrollo.

Esos llamamientos se hacen a raíz del reconocimiento de que la adolescencia es una etapa de la vida fundamental para promover entre niños y niñas una nutrición adecuada y un bienestar robusto en la edad adulta. La adolescencia⁸³ (de los 10 a los 19 años) no solo representa una fase de maduración sexual, sino también de rápido crecimiento, cuyos importantes cambios anatómicos, fisiológicos y sociales solo se ven superados por los que tienen lugar en el primer año de vida. Un conjunto internacional de pruebas cada vez mayor indica que en la adolescencia es posible cierto crecimiento "convergente" (altura); además, un crecimiento óptimo en esta etapa puede tener un efecto multiplicador en otros resultados clave, tales como una mejora cognitiva y una reducción del riesgo de padecer enfermedades no transmisibles⁸⁴. Así pues, la adolescencia representa una "segunda oportunidad" para mejorar la salud y el estado nutricional de los propios adolescentes, así como para interrumpir el ciclo intergeneracional de malnutrición y mala salud.

Es habitual que las adolescentes contraigan matrimonio: se trata de un dato importante, ya que se estima que 9 de cada 10 niñas menores de 18 años que dan a luz en los países en desarrollo están casadas⁸⁵. El matrimonio precoz (es decir, justo después del inicio de la pubertad y antes de que las niñas alcancen la edad adulta) existe en numerosos países. En el Níger, por ejemplo, el 76% de mujeres contrajeron matrimonio antes de cumplir 18 años⁸⁶. El embarazo durante la adolescencia acarrea riesgos adicionales debido a la inmadurez de las niñas, en particular el riesgo de mortalidad y de resultados adversos tanto para la madre como para el bebé⁸⁷. Se calcula que el 95% de los partos de adolescentes se producen en países en desarrollo, y que el 19% de las jóvenes de los países en desarrollo se quedan embarazadas antes de cumplir los 18 años⁸⁸. Las pruebas indican que un peso corporal demasiado bajo o demasiado alto antes del embarazo incrementa los riesgos para la madre y el niño. El peso inferior al normal antes del embarazo se asocia de manera significativa con los partos prematuros, un tamaño inferior al que corresponde al período de gestación y peso bajo al nacer. Asimismo, el sobrepeso y la obesidad antes del embarazo se asocian con un mayor riesgo de trastornos hipertensivos, preeclampsia y diabetes gestacional⁸⁹.

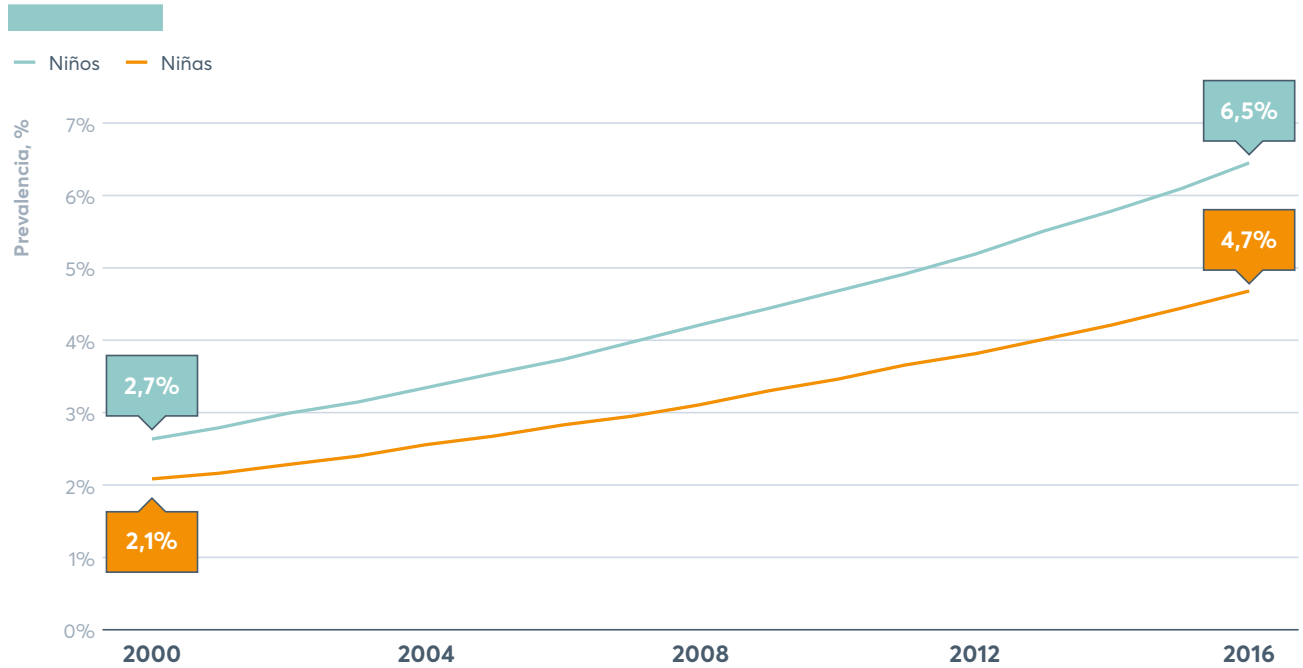
El período de la adolescencia es único en el ciclo de la vida humana a causa de su vulnerabilidad biológica, social y cultural. Se trata de un período de apertura a nuevas ideas, con lo que ofrece una oportunidad ideal para mejorar las conductas alimentarias en la escuela y el hogar y a través de la tecnología, por ejemplo en las redes sociales⁹⁰, lo que repercutirá en el estado nutricional en la edad adulta.

En la adolescencia también pueden consolidarse conductas potencialmente nocivas. Los datos actuales señalan que las conductas de alimentación poco saludables de los adolescentes se están agravando (véase el capítulo 4). Pese a que se ha dedicado mucha atención al peso inferior al normal en la adolescencia, los datos indican que se ha producido un incremento notable del sobrepeso y la obesidad en ese período (figura 3.4). Datos de 200 países demuestran que los índices de obesidad relativos tanto a los chicos como a las chicas adolescentes (de 10 a 19 años) aumentan cada año y alcanzaron el 6,5% y el 4,7%, respectivamente, en 2016. Resulta interesante que la carga sea mayor en los chicos; en la figura 3.4 se observa que la distancia entre los chicos y las chicas se amplía año tras año, aunque es preciso aclarar en mayor medida los mecanismos que subyacen a esta tendencia. En África, sin embargo, la prevalencia de la obesidad es mayor entre las chicas que entre los chicos (figura 3.5).

El desarrollo de nuevos estudios, programas y políticas sugiere que al menos ahora se está prestando más atención a esta etapa fundamental de la vida. En el caso destacado 3.5 se mencionan algunos de esos programas, que hacen pensar que se están adoptando enfoques innovadores con miras a incorporar las opiniones de los propios adolescentes.

FIGURA 3.4

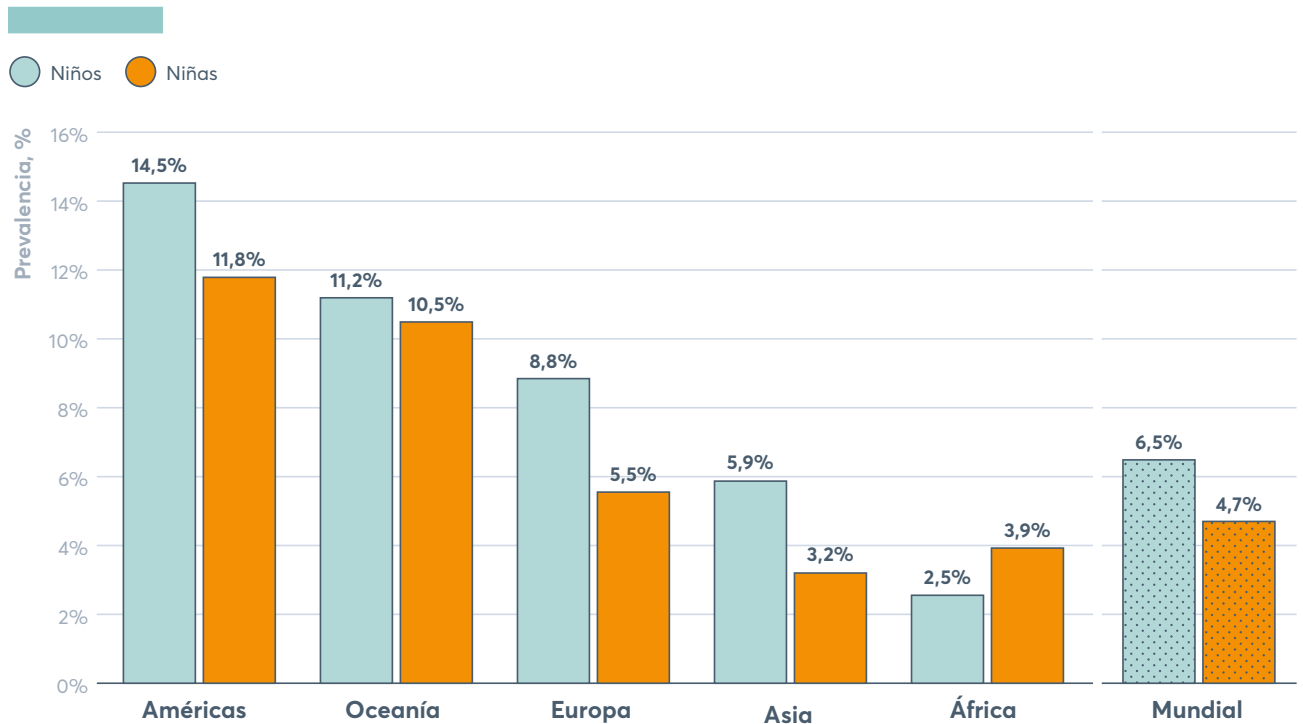
Evolución de la obesidad en adolescentes de 10 a 19 años, 2000-2016



Fuente: Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.

FIGURA 3.5

Obesidad en adolescentes de 10 a 19 años, por región, 2016



Fuente: Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.
Notas: Cifras regionales a partir de datos de 195 países.

CASO DESTACADO 3.6

Incorporar la voz de los adolescentes: innovaciones en los estudios, programas y políticas que combaten la malnutrición en la adolescencia

Juliet Bedford, Sarah Parkinson, Ashish Kumar Deo, Siddharth Kanoria, Justin Stokes, Caroline Fall, Sabiha Sultana, Rudaba Khondker, Mary Penny y Knut-Inge Klepp

Una serie de estudios recientes arrojan luz sobre la nutrición de los adolescentes, una etapa de importancia esencial en la que las intervenciones pueden tener un efecto en cadena positivo. Por ejemplo, Young Lives es un estudio internacional de la pobreza infantil que hace un seguimiento de la vida de 12.000 niños de Etiopía, la India (estados de Andhra Pradesh y Telangana), el Perú y Viet Nam a lo largo de 15 años. Este estudio de una cohorte plurinacional está contribuyendo al nuevo conjunto de pruebas que apuntan a que, cuando se dan las condiciones propicias (incluidos programas específicos como las transferencias condicionales de efectivo), el crecimiento convergente es posible durante la infancia o adolescencia y se asocia a una mejora de la función cognitiva⁹¹.

En este momento se están poniendo en marcha nuevos programas de investigación con ánimo de analizar en mayor detalle las intervenciones eficaces. Por ejemplo, Transforming Adolescent Lives through Nutrition (TALENT) es un consorcio de investigadores del Reino Unido, la India, Etiopía, Côte d'Ivoire, Kenya, Gambia y Sudáfrica dedicado a descubrir qué comen los adolescentes, qué influye en su dieta y cómo lograr que tengan una alimentación más saludable. Creado en febrero de 2018, el consorcio TALENT recibe financiación del Consejo de Investigación Médica del Reino Unido. En la primera fase se capacitará a nueve equipos de centros de la India y África para recopilar datos cualitativos sobre adolescentes jóvenes (de 10 a 12 años) y mayores (de 15 a 17 años). El objetivo consiste en entender qué determina las decisiones y conductas alimentarias de los adolescentes y cómo evolucionan esos factores a lo largo de la adolescencia. TALENT se servirá de esos nuevos conocimientos para desarrollar y evaluar intervenciones adaptadas a cada contexto y edad con vistas a mejorar la nutrición de los adolescentes. El proyecto está generando formas innovadoras de cocrear intervenciones con los propios adolescentes, sus comunidades y los encargados de la formulación de políticas encaminadas a mejorar la salud de los adolescentes ahora y en el futuro.

Co-CREATE⁹² es otro programa de investigación iniciado en 2018. El proyecto, financiado por la Unión Europea, reúne un consorcio de universidades, órganos nacionales de salud pública y organizaciones de la sociedad civil, y se prolongará hasta 2023. Su propósito es prevenir el sobrepeso y la obesidad en adolescentes europeos mediante la promoción de dietas más saludables y la actividad física. Los aspectos innovadores clave del proyecto son que incluye y hace partícipes a los adolescentes en todas las esferas del proyecto, incluida la presencia de la organización juvenil Press (la rama juvenil de Save the Children en Noruega) como asociado oficial del consorcio; el énfasis de las políticas y un enfoque sistemático del análisis de políticas (en lugar de centrarse en una sola política o medida, como sucede en una gran parte de las investigaciones en este ámbito); y el énfasis marcado en la desigualdad social, por ejemplo en la distinta repercusión que las intervenciones y medidas normativas tienen o podrían tener en los diversos grupos sociales que se estudian.

Entre 2016 y 2018, otro proyecto utilizó un conjunto de herramientas creativas para facilitar la participación de los adolescentes y descubrir de primera mano sus prioridades y experiencias. Dirigido por Anthrologica y el PMA, en el proyecto participaron más de 1.300 chicas y chicos adolescentes de Camboya, Kenya, Guatemala y Uganda. Los adolescentes participaron en talleres en los que usaron herramientas como las cámaras Polaroid para destacar cuestiones relacionadas con el acceso a los alimentos, las culturas alimentarias y las ambiciones en ese ámbito. Los participantes plasmaron en autorretratos y grafitis sus experiencias personales y elaboraron mapas de redes sociales para analizar la relación con sus grupos de compañeros, su hogar, sus comunidades más amplias, las figuras más influyentes y sus canales de comunicación favoritos. Una de las principales conclusiones de la investigación fue la recomendación generalizada de los adolescentes: "debéis hablar nuestro idioma" y "debéis acercaros a nosotros".

El estudio sobre las motivaciones de los adolescentes, llevado a cabo a principios de 2018 por la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición y Quantum Consumer Solutions en Bangladesh, también adoptó un planteamiento innovador para profundizar en las perspectivas de los adolescentes. Partiendo del trabajo desarrollado anteriormente, que demuestra que la nutrición y la salud no suelen ser factores fundamentales a la hora de tomar decisiones, aplicó métodos etnográficos y cualitativos para analizar las perspectivas vitales no declaradas, irracionales y atractivas de los adolescentes con ánimo de descubrir sus motivaciones. El objetivo era servirse de las motivaciones identificadas para diseñar mensajes sobre nutrición en los que la mejora de la calidad de la alimentación sea acorde con la satisfacción de los deseos y objetivos de los adolescentes.

El Gobierno de Bangladesh también está intensificando sus esfuerzos centrados en los adolescentes. Desde 2010, las políticas nacionales de Bangladesh en materia de educación, infancia, salud, nutrición y población incorporan medidas relacionadas con el desarrollo de los adolescentes, sobre todo de las niñas. En 2017, el Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia englobó todos esos aspectos en la Estrategia Nacional de Salud de los Adolescentes para el período 2017-2030. Lo que hace única a esta estrategia es que involucra a los adolescentes en su diseño y considera de forma amplia y holística el concepto de salud con vistas a satisfacer las necesidades de salud y nutricionales generales de los adolescentes. La estrategia también abarca la violencia contra los adolescentes, la salud mental de los adolescentes y cuestiones transversales relacionadas con la comunicación para el cambio social y de conducta, los adolescentes vulnerables y los adolescentes que viven en situaciones difíciles.



04

Etiopía, 2017

Una madre da el pecho a su hijo de 4 meses.
© UNICEF Etiopía/2017/Demissew Bizuwerk

Los alimentos que se consumen y su importancia

PUNTOS CLAVE

- 1** Los patrones alimentarios son una causa frecuente de malnutrición en todas sus formas y contribuyen a la aparición de enfermedades. Influyen en los resultados en materia de nutrición y salud en todas las etapas del ciclo de vida.
- 2** Las deficiencias en la disponibilidad y la calidad de los datos dificultan la obtención de una visión integral de los alimentos que se consumen en todo el mundo, pero se ha avanzado en la recopilación, el cotejo y el análisis de los datos, es decir, ahora se empiezan a entender mejor las implicaciones de la alimentación.
- 3** La alimentación de los lactantes y los niños pequeños, incluida la duración de la lactancia materna y la diversidad alimentaria, siguen sin garantizar una buena nutrición. En un análisis reciente se observan diferencias entre los países, los grupos de ingresos y las zonas urbanas y rurales, así como la necesidad de introducir mejoras para garantizar que los niños pequeños tengan acceso a una alimentación nutritiva en todos los países.
- 4** Independientemente del nivel de ingresos, los niños en edad escolar, los adolescentes y los adultos consumen demasiados cereales refinados y bebidas y alimentos azucarados, y pocos alimentos saludables como frutas, verduras y granos integrales. Una proporción significativa de los alimentos envasados no cumple los criterios para contribuir a resultados positivos para la salud.
- 5** Existen pruebas de que las intervenciones para mejorar la alimentación, como las medidas fiscales y de reformulación, pueden tener resultados positivos. Todas las partes interesadas, incluidos los Gobiernos y las empresas, deben adoptar medidas más concertadas para mejorar la alimentación.

Introducción

En este capítulo se destaca la importancia de la alimentación como causa y solución de la carga mundial de malnutrición. Para ello, se examinan datos nuevos e incipientes sobre el estado de la alimentación en todo el mundo.

Garantizar el acceso y el consumo de una cantidad suficiente de alimentos que sean culturalmente aceptables, asequibles, nutritivos y sanos para todos constituye un gran desafío para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Los patrones alimentarios actuales —incluido el grado de lactancia materna entre los bebés— son una causa frecuente de malnutrición en todas sus formas (recuadro 4.1).

Siguen existiendo grandes lagunas de datos sobre los alimentos y las bebidas que se consumen exactamente en muchos países^{1,2}. Históricamente, la obtención de datos adecuados sobre la alimentación ha planteado importantes dificultades en tres áreas³. En primer lugar, si bien unos pocos países llevan algunos años recopilando datos sobre el consumo de alimentos de forma periódica, en la gran mayoría de los países la información fiable está obsoleta o no está disponible. Por lo tanto, las conclusiones sobre los alimentos que se consumen y los cambios en los patrones alimentarios a lo largo del tiempo se han basado en estimaciones de los datos nacionales sobre el suministro de alimentos (lo que se produce, importa y exporta en un país), más que en la medición directa de los alimentos que consume la población. Si bien se han realizado numerosos estudios, en muchos se adopta un enfoque limitado y se utilizan diferentes parámetros de medición; por tanto, los datos obtenidos no permiten comprender en su totalidad el impacto de la alimentación fuera de un contexto específico.

En segundo lugar, no existe consenso entre los investigadores sobre una forma normalizada de medir la alimentación que abarque todos sus aspectos: la adecuación y la moderación en cantidad, la diversidad, la calidad y la inocuidad de los alimentos (recuadro 4.1). Los parámetros de medición existentes se elaboraron para proporcionar indicadores sobre el acceso a los alimentos y la ingesta de micronutrientes en los hogares, como las puntuaciones de la diversidad alimentaria, y no se diseñaron para captar otros aspectos de la alimentación, como los riesgos de obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, por lo que no reflejan esos aspectos. En los países de ingresos altos se han desarrollado algunos parámetros de medición integrales, como el Índice de

Alimentación Saludable Alternativa (Alternative Healthy Eating Index) y varias puntuaciones relativas a la dieta mediterránea, pero incorporan patrones culturales de alimentación que es posible que no puedan extrapolarse directamente a los países de ingresos bajos y medianos.

En tercer lugar, colmar las lagunas de datos puede ser un trabajo costoso e intenso para las personas que recopilan los datos y para quienes los proporcionan.

Estas dificultades han dado pie a una creciente demanda para mejorar la calidad y la disponibilidad de los datos⁴. En este capítulo se examinan las medidas adoptadas para mejorar la recopilación, el cotejo y el análisis de datos. Se muestran los avances en algunas áreas críticas: más recopilación y análisis de bases de datos mundiales y mayores esfuerzos para facilitar la recopilación de datos en el futuro, análisis más desglosados y un estudio más profundo de las fuentes de datos sobre los sucedáneos de la leche materna y los alimentos envasados. En la medida de lo posible, se presentan las conclusiones de los datos existentes sobre la alimentación de los lactantes y los niños pequeños, los adolescentes y los adultos.

La disponibilidad de datos de mayor calidad sobre la alimentación en todo el mundo —los factores que influyen en el estado nutricional y en las opciones nutricionales— ayuda a detectar los problemas más importantes y las medidas que pueden adoptar los Gobiernos, las empresas y la sociedad civil. Por ejemplo, los nuevos datos sobre los factores que influyen en la variabilidad del costo y la disponibilidad de frutas, verduras, frutos secos, legumbres, alimentos de origen animal, aceites y grasas en diferentes contextos y épocas, están sirviendo de base para el desarrollo de estrategias más específicas para mejorar la nutrición.

La alimentación de los lactantes y los niños pequeños

Es fundamental gozar de una nutrición óptima durante la lactancia y la primera infancia. Es fundamental que la alimentación y sus prácticas conexas sean adecuadas para garantizar la salud, el crecimiento y el desarrollo del pleno potencial de los niños y las niñas. Se ha avanzado en la comprensión de las diferencias en la alimentación de los lactantes entre países, en el seno de los países y en los grupos de ingresos. UNICEF recopila datos sobre 8 indicadores básicos de alimentación del lactante y del niño pequeño: 4 relativos a la lactancia materna y 4 a la alimentación complementaria (tabla 4.1). En 2016, el análisis⁵ de estos indicadores arrojó datos comparables sobre

la lactancia materna en los países de ingresos altos y bajos, y se observó que la duración de la lactancia materna en los países de ingresos altos es inferior a la de los países de ingresos bajos y medios.

Los datos mundiales muestran que se amamanta a menos de la mitad (el 42,4%) de los recién nacidos en la primera hora después del parto (lo que se conoce como "iniciación temprana"). También muestran que solo el 40,7% de niños menores de 6 meses se alimentan exclusivamente con lactancia materna. Menos de la mitad de los niños de 20 a 23 meses (el 45,1%) recibe leche materna⁶. En una nueva iniciativa lanzada en 2017 para impulsar la acción internacional para mejorar esta situación, el Colectivo Mundial para la Lactancia Materna, también se constató que los avances en las medidas concebidas para proteger y promover la lactancia materna son extremadamente lentos (caso destacado 4.1).

RECUADRO 4.1

Una alimentación saludable

Una alimentación saludable es suficiente y equilibrada en términos de cantidad, calidad e inocuidad:

- **Cantidad:** con un aporte energético suficiente para mantenerse en vida, permitir la actividad física y conservar un peso corporal saludable, así como con suficientes macro y micronutrientes para satisfacer las necesidades de nutrición y salud, pero sin un consumo excesivo de calorías.
- **Calidad:** con alimentos variados ricos en nutrientes de grupos básicos, como verduras, frutas, granos y cereales integrales, productos lácteos y alimentos a base de proteínas de origen animal y vegetal, y con un contenido limitado de alimentos y bebidas ricos en grasas saturadas y trans, azúcares añadidos y sal.
- **Inocuidad:** con alimentos libres de contaminantes biológicos, químicos y físicos que provocan enfermedades transmitidas por los alimentos.

A partir de las pruebas científicas disponibles sobre la relación entre la alimentación, la malnutrición y las enfermedades, la OMS⁷ recomienda la siguiente alimentación para evitar la malnutrición en todas sus formas, así como las enfermedades no transmisibles:

- Alto contenido en frutas, verduras, legumbres (p. ej., lentejas y frijoles), frutos secos y granos integrales (p. ej., maíz sin procesar, mijo, avena y arroz integral).
- Ingesta moderada de alimentos de origen animal (p. ej., lácteos, carne, huevos, pescado y marisco), y una ingesta limitada de carnes procesadas.
- Bajo consumo de azúcares refinados añadidos a los alimentos o las bebidas por el fabricante, el cocinero o el consumidor, y azúcares concentrados presentes de manera natural en la miel, los siropes, las bebidas de frutas y los concentrados de jugos de frutas.
- Uso de grasas insaturadas o aceites vegetales (p. ej., extraídos del pescado, el aguacate, los frutos secos, el girasol, la canola y los aceites de oliva), en lugar de grasas saturadas (p. ej., en la carne grasa, la mantequilla, el aceite de palma y de coco, la nata, el ghee y la manteca de cerdo). Las grasas trans industriales o los aceites parcialmente hidrogenados (que se encuentran en la comida procesada, la comida rápida, los refrigerios, los alimentos fritos, los productos horneados, las margarinas y los productos para untar) no forman parte de una alimentación saludable.

Resultados de 2017 del sistema de calificación mundial de la lactancia materna

Laurence Grummer-Strawn

Un paso adelante en 2017 con miras a conseguir apoyo político y financiero para fomentar la lactancia materna en todo el mundo fue el lanzamiento por parte de UNICEF y la OMS del Colectivo Mundial para la Lactancia Materna⁸. El Colectivo, una red de 22 organizaciones internacionales, publicó un llamamiento a la acción, estableció siete prioridades para mejorar el apoyo nacional a la lactancia materna e introdujo un nuevo sistema de calificación mundial de la lactancia materna para hacer un seguimiento de estas prioridades. Los resultados publicados en 2018 muestran todo el trabajo que queda por realizar^{9, 10}. En resumen:

- **Financiación:** Solo siete países en todo el mundo reciben al menos 5 dólares de los Estados Unidos por parto para apoyar los programas de lactancia materna.
- **Regulación de la comercialización de los sustitutos de la leche materna:** Solo 35 de los 194 países cuentan con leyes que cubren todos los aspectos relacionados con las preparaciones para lactantes comerciales, mientras que otros 96 los cubren parcialmente. Según se ha notificado, su seguimiento y aplicación son deficientes.
- **Licencia de maternidad remunerada:** De los 178 países examinados, solo 21 cumplen los criterios de proporcionar al menos 18 semanas de licencia de maternidad con sueldo completo con cargo a la seguridad social o a los fondos públicos.
- **Hospitales amigos del niño:** Si bien la gran mayoría de los países han puesto en práctica la iniciativa Hospital Amigos del Niño en algún momento, 64 no han evaluado o reevaluado ninguna instalación en los últimos cinco años, lo que sugiere que la iniciativa ha quedado en suspenso.
- **Asesoramiento sobre la lactancia materna:** La mayoría de los países que presentan informes sobre este indicador han incorporado el asesoramiento sobre la alimentación de los lactantes y los niños pequeños en al menos el 75% de sus instalaciones de atención primaria de salud. No obstante, los datos no indican cuántas mujeres reciben realmente asesoramiento.
- **Programas de apoyo comunitarios:** De los 93 países que presentaron datos, poco más de la mitad indicaron que esos programas existían en más del 75% de los distritos, pero no se dispone de información sobre el número de mujeres a las que se llega con esos programas ni sobre la calidad de los servicios prestados.
- **Evaluaciones nacionales:** En los últimos cinco años, solo 83 países han completado la evaluación de las políticas, los programas y las tasas de lactancia materna de la Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna (WBTi). Por otra parte, 54 países, en su mayoría de ingresos altos, no disponen de datos comparables sobre la lactancia materna exclusiva.

En lo que respecta a los alimentos sólidos, el panorama es aún más desolador. Menos de 1 de cada 5 niños (el 15,6%) de entre 6 y 24 meses se alimenta de forma mínimamente aceptable. Solo dos tercios (el 68,5%) de los lactantes de 6 a 8 meses consumen algún tipo de alimento sólido y más de la mitad (el 51,2%) de los niños de 6 a 24 meses no reciben el número de comidas mínimo recomendado¹¹ (tabla 4.1).

Un nuevo análisis de los datos de ventas también revela que se está produciendo un cambio mundial significativo (y probablemente sin precedentes) en la alimentación de los lactantes y los niños pequeños. En todo el mundo, las ventas de leche maternizada (para niños de 0 a 6 meses) aumentaron de 7,1 kg por lactante en 2005 a 11,0 kg por lactante en 2017, lo que representa un aumento del 54,9% (3,9 kg). Las ventas están aumentando en todas las regiones excepto en América del Norte, donde se registra una leve disminución (figura 4.1). El cambio más significativo en las ventas en términos absolutos se observa en Asia, impulsada por China, donde se concentra la segunda mayor población mundial de lactantes y niños pequeños¹².

El incremento de las ventas no solo es significativo en la leche maternizada básica (para el consumo de lactantes de 0 a 6 meses), sino también de los preparados complementarios (de 7 a 12 meses) y de leche de crecimiento para niños pequeños (de 13 a 36 meses), que pueden reemplazar la lactancia materna establecida si se comercializan y consumen de forma inadecuada. Dado que los productos de estas últimas categorías suelen llevar una marca, un envase y una etiqueta que se asemejan a las preparaciones para lactantes, su comercialización puede promover indirectamente el uso de dichas preparaciones y podría introducirse erróneamente en los primeros seis meses de vida¹³. La OMS lleva mucho tiempo insistiendo en que estas leches son innecesarias y suplantando la alimentación con leche materna¹⁴.

A pesar de este nefasto balance, existen ejemplos de rápidas mejoras en la alimentación de los lactantes y los niños pequeños obtenidas mediante políticas nacionales y medidas comunitarias. En el caso destacado 4.2 se presentan dos de estos ejemplos en los que una acción concertada y concentrada ha sido determinante.

TABLA 4.1

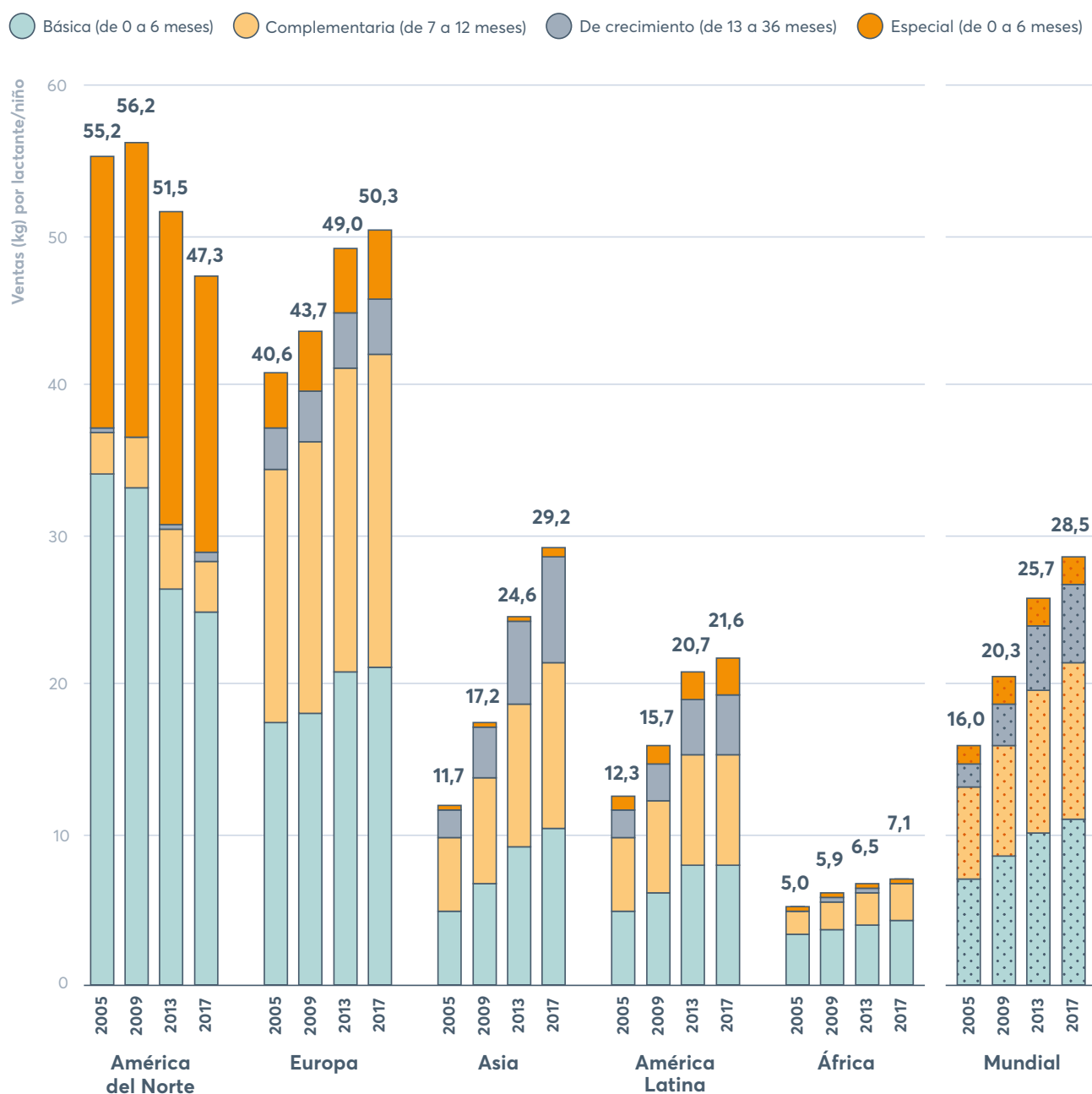
Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño

| INDICADORES | LO QUE MIDEN | PREVALENCIA MUNDIAL (ÚLTIMOS DATOS DISPONIBLES ENTRE 2013 Y 2018) |
|--|---|---|
| Iniciación temprana a la lactancia materna | Proporción de niños nacidos en los últimos 24 meses a los que se amamantó en la primera hora después del parto | 42,4% |
| Lactancia materna exclusiva de menores de 6 meses | Proporción de lactantes de 0 a 5 meses que se alimentan exclusivamente de leche materna | 40,7% |
| Lactancia materna continuada al año | Proporción de niños de 12 a 15 meses que se alimentan con leche materna | 71,1% |
| Lactancia materna continuada a los 2 años | Proporción de niños de 20 a 23 meses que se alimentan con leche materna | 45,1% |
| Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos | Proporción de lactantes de 6 a 8 meses que reciben alimentos sólidos, semisólidos o blandos | 68,5% |
| Diversidad mínima de la alimentación | Proporción de niños de 6 a 23 meses que recibieron alimentos de cinco o más grupos de alimentos durante el día anterior | 25,4% |
| Frecuencia mínima de las comidas | Proporción de niños alimentados o no con leche materna de 6 a 23 meses que reciben alimentos sólidos, semisólidos o blandos (pero incluidas las tomas de leche dispensadas a niños que no son amamantados) al menos el número mínimo de veces | 51,2% |
| Alimentación mínima aceptable | Proporción de niños de 6 a 23 meses que reciben una alimentación mínima aceptable. Indicador compuesto por la diversidad mínima de la alimentación y la frecuencia mínima de las comidas | 15,6% |

Fuente: Definiciones: OMS¹⁵. Datos: UNICEF, División de Datos, Investigación y Políticas (2018). Bases de datos mundiales de UNICEF. "Infant and Young Child Feeding", Nueva York, mayo de 2018.

FIGURA 4.1

Tendencias y pautas de las ventas de sustitutos de la leche materna comercial por lactante y niño, por región*, 2005-2017



Fuente: Base de datos de información de mercados de Euromonitor Internacional¹⁶.

Notas: Leche maternizada básica = preparaciones para lactantes en polvo y líquidas listas para beber, que se administran a los lactantes generalmente entre el nacimiento y los 6 meses de vida (en la medida de lo posible, se define un rango de edad en cada país). Los valores indicados se refieren al peso en seco expresado en kilogramos. Preparados complementarios = preparaciones en polvo y líquidas listas para beber que se administran a los bebés entre los 7 y los 12 meses. Los valores indicados se refieren al peso en seco expresado en kilogramos. Leches de crecimiento = preparaciones en polvo y líquidas listas para beber que se administran a los niños a partir de los 13 meses. Los valores indicados se refieren al peso en seco expresado en kilogramos. Leches maternizadas especiales = preparaciones administradas a los bebés para evitar o tratar las alergias a la leche maternizada básica (p. ej., preparaciones a base de soja). Los valores indicados se refieren al peso en seco expresado en kilogramos.

*No se incluyen los datos de Oceanía debido a los elevados volúmenes de leches maternizadas adquiridas en Australia y Nueva Zelanda para su exportación y venta en el mercado paralelo informal en China. No se incluyen las islas del Caribe.

Es posible mejorar rápidamente la alimentación de los lactantes y los niños pequeños

Joy Miller Del Rosso, Kathleen Pellechia, Silvia Alayon, Karin Lapping y Laurence Grummer-Strawn

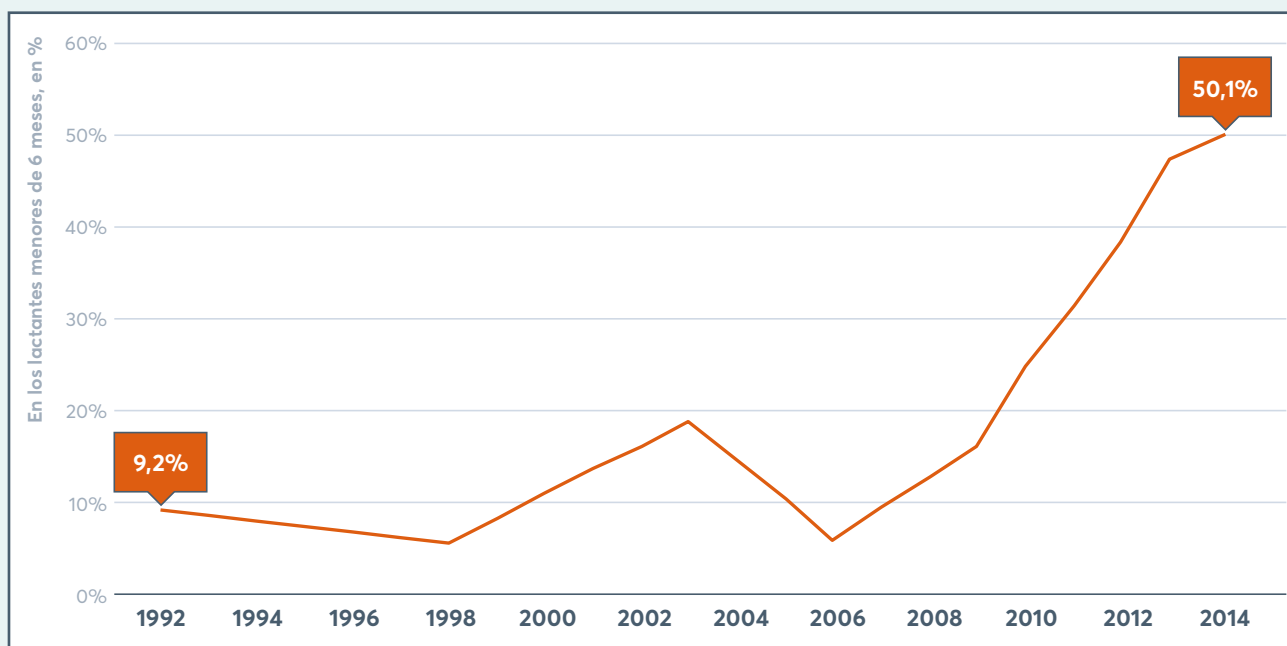
La alimentación de los lactantes y los niños pequeños es, de toda evidencia, inadecuada para una buena nutrición. Sin embargo, existen indicios alentadores de que es posible avanzar rápidamente en el plano nacional y comunitario. Por ejemplo, en Burkina Faso¹⁷, a lo largo de la década de 1990 y principios de la década de 2000, menos de 1 de cada 10 lactantes menores de 6 meses se alimentaba exclusivamente de leche materna. No obstante, los datos más recientes de 2014 muestran que las tasas se han disparado a más de la mitad (figura 4.2).

El Gobierno ha mostrado un sólido compromiso y ha asumido como propias todas las etapas del proceso. El código laboral de Burkina Faso de 2008 se ajusta ahora plenamente al Convenio sobre la Protección de la Maternidad de la Organización Internacional del Trabajo, y la legislación exige que las mujeres disfruten de 14 semanas de licencia de maternidad financiada íntegramente por el Estado. Las leyes sobre la comercialización de sucedáneos de la leche materna prohíben la publicidad de preparaciones para lactantes, preparados complementarios, biberones y tetinas, así como entregar muestras y regalos a las madres y a los trabajadores de la salud.

En la actualidad, todos los centros de atención primaria de salud ofrecen asesoramiento individual sobre la alimentación de los lactantes y los niños pequeños, y el 70% de los distritos han puesto en marcha programas comunitarios sobre lactancia materna. El plan nacional sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño se elaboró con la participación de todos los interesados, lo que garantizó su aceptación y permitió una rápida puesta en marcha, con el uso de grupos de apoyo a las madres como una sólida plataforma comunitaria para las intervenciones en la materia.

FIGURA 4.2

Tasas de lactancia materna exclusiva en Burkina Faso, 1992-2014



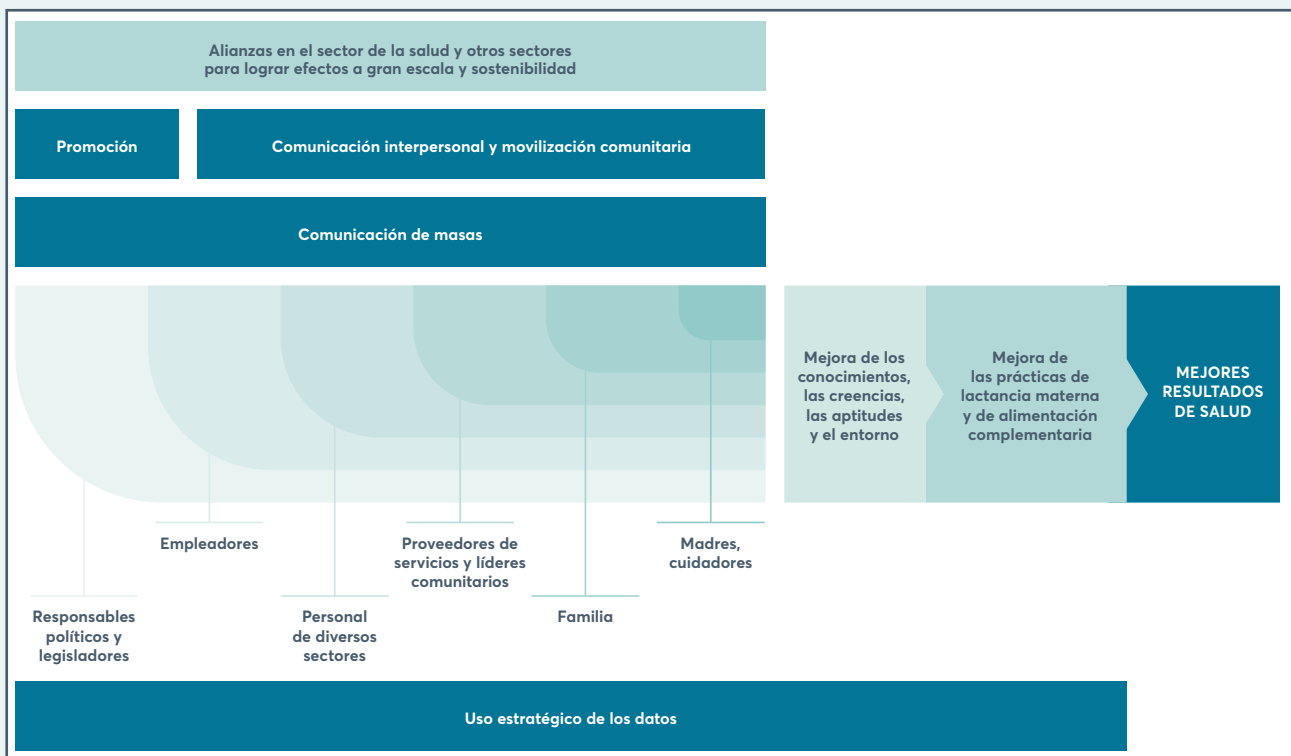
Fuente: UNICEF, División de Datos, Investigación y Políticas (2018). Bases de datos mundiales de UNICEF. "Infant and Young Child Feeding", Nueva York, mayo de 2018.
Notas: Las definiciones de los términos se encuentran en la tabla 4.1.

CASO DESTACADO 4.2 CONTINUACIÓN

Un ejemplo de una iniciativa comunitaria que también ha obtenido tasas muy altas de respuesta es la iniciativa Alive & Thrive (A&T), una iniciativa de 12 años para impulsar la innovación, el aprendizaje y el impacto nutricional a gran escala. Esta iniciativa, que inicialmente fue financiada por la Fundación Bill y Melinda Gates y cuenta con la colaboración de socios y fondos adicionales de los Gobiernos del Canadá e Irlanda, se rige por un marco claro (figura 4.3). En un principio se llevó a cabo en Bangladesh, Etiopía y Viet Nam, y se ha extendido a otros países, como Burkina Faso, la India y Nigeria, a mecanismos regionales de prestación de servicios en Asia Sudoriental y África Occidental, a intervenciones para la nutrición de la madre y el adolescente, y a canales de prestación de servicios a través de programas agrícolas y de protección social.

FIGURA 4.3

Marco para la ejecución a gran escala de programas sobre la alimentación de los lactantes y los niños pequeños



Fuente: Alive & Thrive, 2016.

A través de su trabajo inicial, A&T llegó a millones de madres con hijos menores de 2 años a través de la comunicación interpersonal y de masas, y de la movilización de la comunidad en torno a la alimentación del lactante y del niño pequeño. Miles de trabajadores de primera línea capacitados visitaron a las madres en sus hogares para ayudarlas a adoptar conductas diferentes. Se utilizaron los medios de comunicación para estimular la demanda de servicios y reiterar los mensajes. En Bangladesh, se emitieron durante más de tres años anuncios de televisión y radio sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, mientras que en Viet Nam se pusieron en entredicho las ideas erróneas sobre la idoneidad de la leche materna y la necesidad de agua en una premiada campaña de televisión. A&T colaboró con el Comité de Fomento Rural de Bangladesh (BRAC) para realizar intervenciones en el país. En Etiopía y Viet Nam, A&T realizó su labor en colaboración con los sistemas de salud gubernamentales e introdujo el primer modelo de franquicia social para la alimentación del lactante y del niño pequeño en los centros de salud de Viet Nam.

La medición, el aprendizaje y la evaluación sistemáticos han sido esenciales. Los datos impulsaron la promoción de la causa y motivaron a los responsables de la toma de decisiones. Los conocimientos adquiridos de diversas fuentes de datos, así como el seguimiento y la evaluación rigurosos, permitieron aprender y adecuar la ejecución. La promoción de políticas fue un proceso iterativo de cuatro partes para establecer y mantener asociaciones, definir la base de datos empíricos, elaborar mensajes y materiales y crear consenso en torno a los temas.

A&T está cumpliendo su objetivo de mejorar la nutrición a gran escala. Las evaluaciones de los efectos en Bangladesh, Burkina Faso, Etiopía y Viet Nam mostraron cambios significativos en el comportamiento con

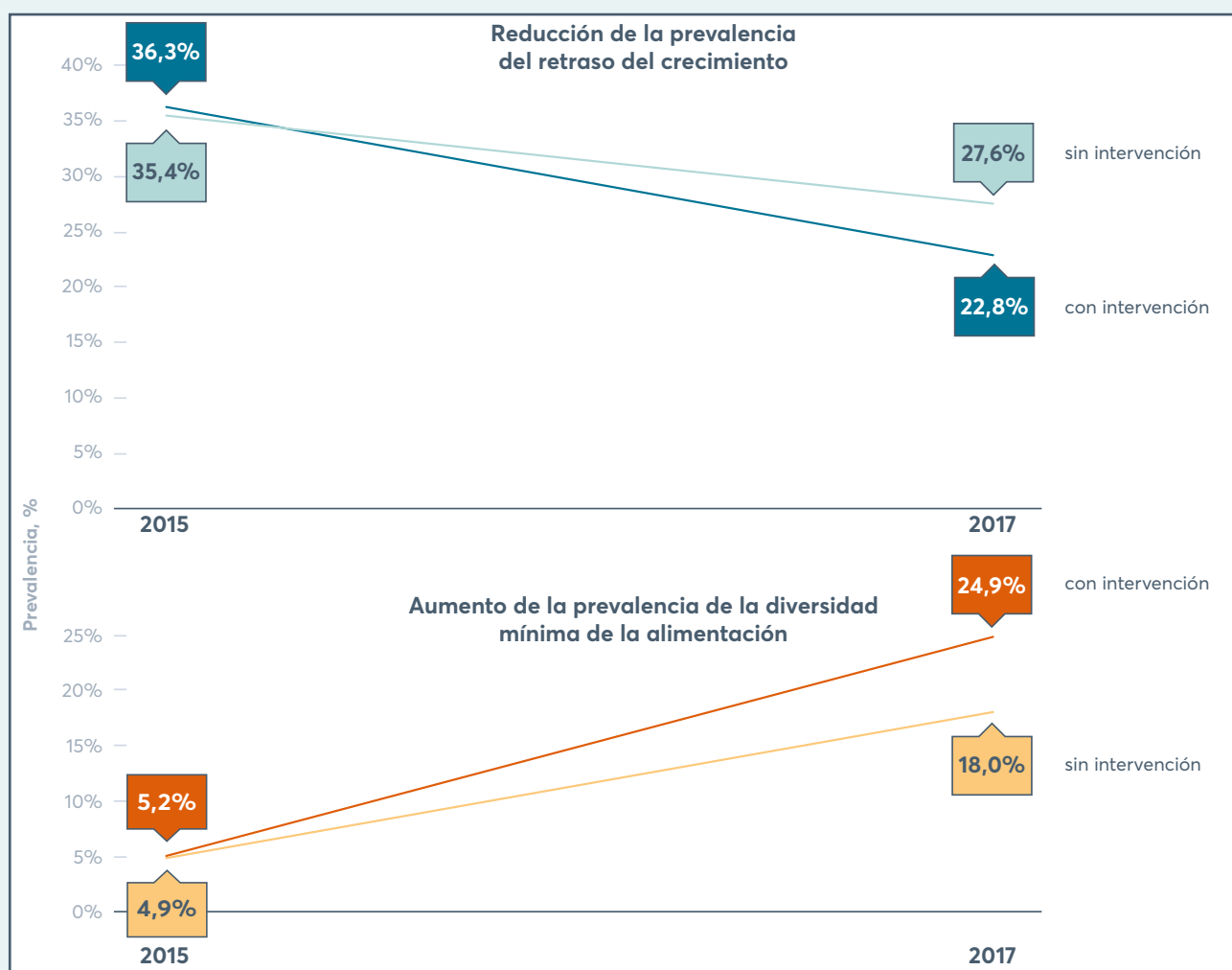
respecto a la alimentación del lactante y del niño pequeño¹⁸⁻²¹. En Etiopía, una estrategia adaptada con trabajadores de divulgación agrícola y líderes religiosos diversificó la alimentación infantil y contribuyó a reducir el retraso del crecimiento (figura 4.4).

En 2016, A&T encargó estudios para evaluar la eficacia de la ejecución de las intervenciones iniciales y si los cambios de conducta se mantenían dos años después de que la responsabilidad de todos los aspectos del programa, incluida la financiación, se transfiriera a los asociados de Bangladesh y Viet Nam. Los programas continuaron, pero como era de esperar, se modificaron, en particular en lo relativo a la frecuencia de las visitas a domicilio y de los contactos de los trabajadores de primera línea. Sin embargo, las prácticas relacionadas con la alimentación del lactante y del niño pequeño son mejores que antes del inicio de la iniciativa²².

A&T ha publicado más de 80 artículos que documentan su enfoque y sus efectos. Las herramientas del programa están disponibles para su adaptación y uso por terceros²³. La mayoría de las lecciones importantes aprendidas de esta iniciativa se basan en la experiencia: planificar la escala y la sostenibilidad desde el principio, crear y fomentar alianzas que aprovechen las aptitudes únicas de cada parte interesada, centrarse en un pequeño conjunto de resultados cuantificables y supervisarlos y difundirlos con regularidad, adaptar las estrategias de cambio de la sociedad y de las conductas a partir de la comprensión de las realidades de las madres y las comunidades, incorporar las innovaciones inspiradas por las personas encargadas de los programas y de los resultados en materia de nutrición y, por último y no menos importante, utilizar siempre los datos de forma estratégica.

FIGURA 4.4

Mejoras en la diversidad de la alimentación infantil y el retraso del crecimiento en Etiopía, 2015-2017



Fuente: Alive & Thrive, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, 2018.

En 2017, UNICEF siguió desglosando el conjunto básico de indicadores relativos a la alimentación del lactante y del niño pequeño por sexo, zonas urbanas y rurales, quintiles de riqueza, educación de la madre y región del país. El desglose de los datos muestra que existen diferencias entre los resultados de estos indicadores entre la población urbana y rural y en función de la riqueza²⁴. En las zonas rurales se registran mejores resultados que en las zonas urbanas en cuanto a la lactancia materna continuada (a la edad de 1 y 2 años), la lactancia materna exclusiva y la iniciación temprana a la lactancia materna (figura 4.5). Sin embargo, las zonas urbanas obtienen mejores resultados que las zonas rurales en los indicadores relativos a la alimentación mínima aceptable, la diversidad alimentaria mínima, la frecuencia mínima de las comidas y la introducción de alimentos sólidos y semisólidos. Las diferencias en la prevalencia de las prácticas son mayores en el caso de la lactancia materna continuada (una diferencia de 9,8 puntos porcentuales a los 2 años y de 8,7 puntos porcentuales a 1 año) y en el de la diversidad mínima de la alimentación, para la cual las tasas son más elevadas en las zonas urbanas que en las rurales, con una diferencia de 9,1 puntos porcentuales.

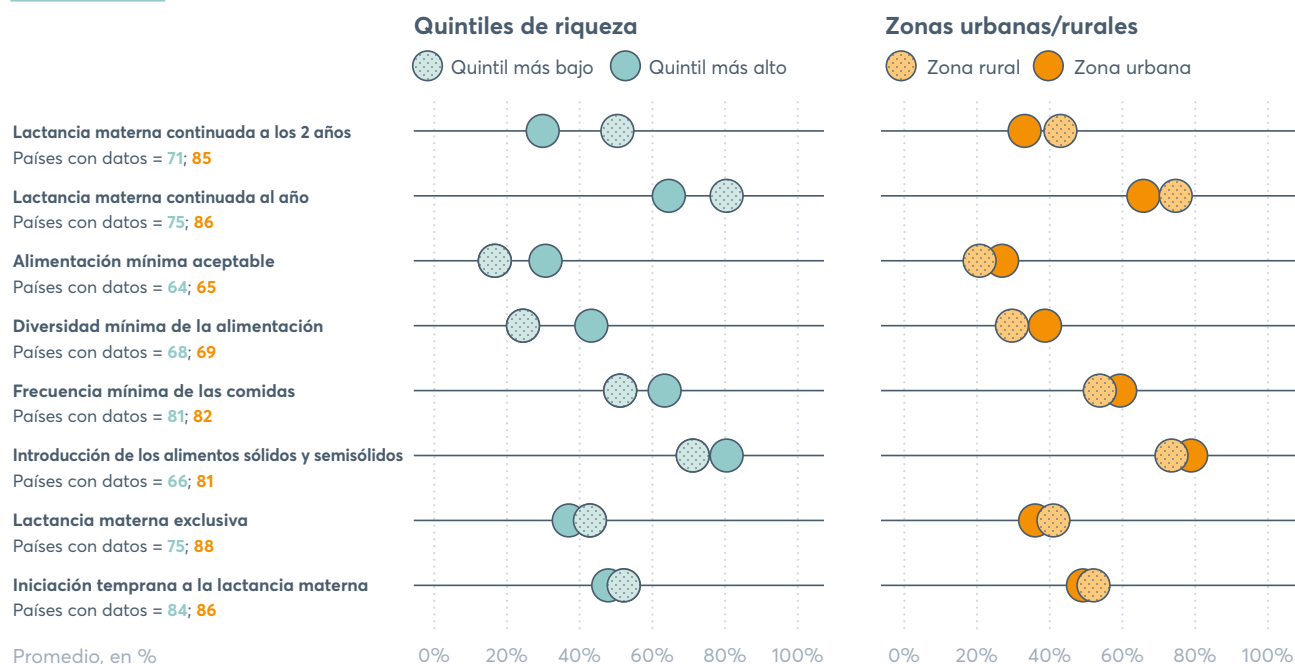
Al examinar las diferencias entre los quintiles de riqueza (dentro de un mismo país) en cuanto a las prácticas de alimentación complementaria en la figura 4.5, existe una brecha de 14,1 puntos

porcentuales entre los quintiles de riqueza más bajos y los más altos en el caso de los niños con una alimentación mínima aceptable. La prevalencia en el quintil más bajo es casi la mitad de la registrada en el quintil más alto. Los niños del quintil más bajo de riqueza tienen una frecuencia mínima de las comidas del 51,4%, en comparación con el 63,6% del quintil más alto. Lo mismo ocurre con la diversidad mínima de la alimentación: los quintiles de mayor riqueza tienen una diversidad mínima de la alimentación del 43,3%, mientras que para los niños del quintil más bajo se sitúa en el 24,4%. La diferencia más pequeña en la prevalencia entre quintiles se observa en la iniciación temprana: existe una brecha de 4,3 puntos porcentuales entre el quintil más bajo y el más alto.

Debido a los métodos de recopilación de datos, estos datos no reflejan el alcance de la ingesta de alimentos procesados y envasados, ahora más fácilmente disponibles en el mercado (figura 4.11), muchos de los cuales tienen un alto contenido en grasas, azúcares y sal. Investigaciones independientes indican que, en los países de ingresos bajos y medianos, los bebés y los niños pequeños consumen habitualmente refrigerios envasados tales como refrescos, jugos y bebidas a base de jugos, tentempiés salados, galletas dulces, pasteles y dulces, aunque con una gran variabilidad entre los distintos lugares^{25, 26}.

FIGURA 4.5

Diferencias en las prácticas de alimentación de los lactantes y los niños pequeños entre quintiles de riqueza y entre zonas urbanas y rurales



Fuente: UNICEF, División de Datos, Investigación y Políticas (2018). Bases de datos mundiales de UNICEF, "Infant and Young Child Feeding", Nueva York, mayo de 2018.
Notas: Basado en las medianas no ponderadas, los últimos datos disponibles desde 2011. Solo se incluyen los países que disponen de datos comparables sobre cada indicador.

La alimentación de los adolescentes

La Encuesta Mundial de Salud a Escolares es una encuesta dirigida a niños y adolescentes en edad escolar (de 13 a 17 años), elaborada por la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, que comenzó en 2003²⁷. En los conjuntos de datos resultantes se recopilan los resultados de las encuestas de 103 economías, que comprenden 92 países y 11 territorios y abarcan todos los grupos de ingresos: 14 países de ingresos bajos, 30 países de ingresos medianos bajos, 34 países de ingresos medianos altos y 19 países de ingresos altos (seis territorios no están sujetos a las clasificaciones de grupos de ingresos asignadas por el Banco Mundial). La encuesta ofrece datos desglosados por niños y niñas y por zonas urbanas y rurales. Las preguntas relacionadas con la alimentación son: ¿cuántas veces al día has consumido frutas, verduras o refrescos en los últimos 30 días? ¿Y con qué frecuencia has tenido hambre?

Un nuevo análisis del conjunto de datos existente arroja luz sobre la alimentación de los jóvenes. En promedio, el 63,3% de niños en edad escolar (de 13 a 17 años) de 83 economías²⁸ indicaron que consumían frutas y verduras a diario. Alrededor de un tercio (el 30,3%) de los jóvenes no come fruta

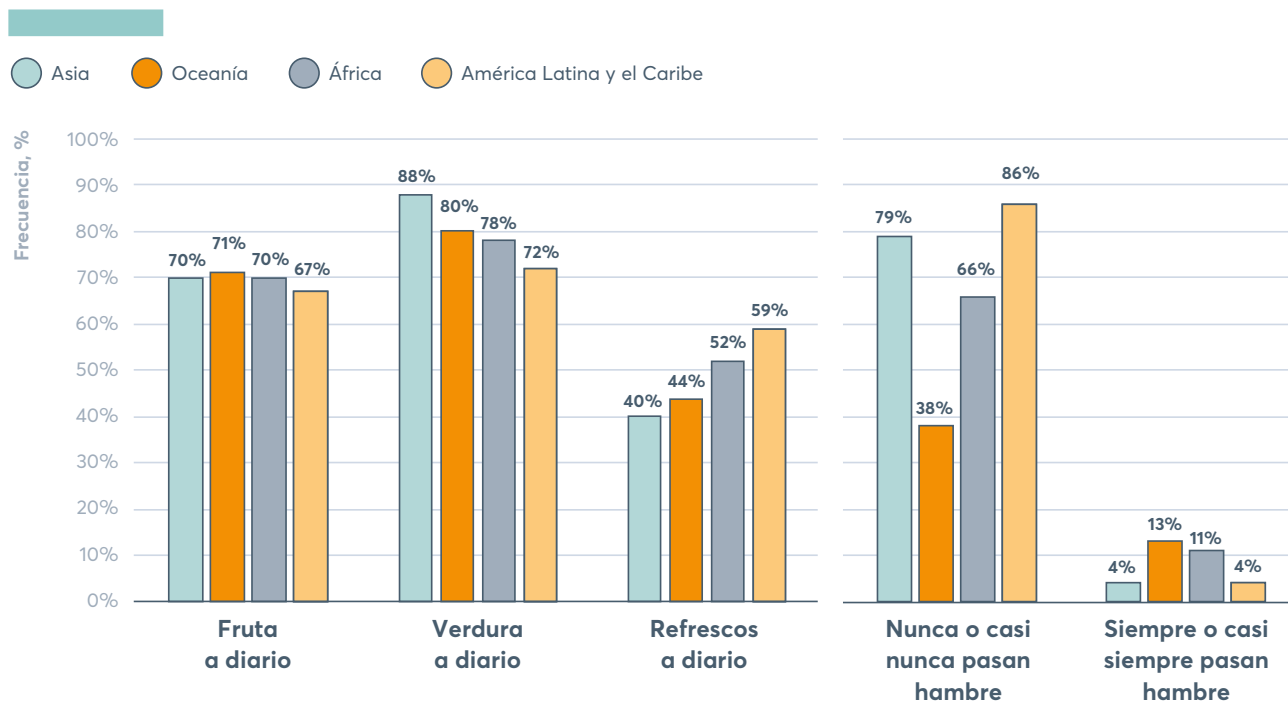
todos los días, mientras que el 13,9% no consume verduras a diario y el 7,5% de los niños no come ni frutas ni verduras a diario. Como puede verse en la figura 4.6, Oceanía y Asia registran el mayor consumo de fruta y verdura, respectivamente. Alrededor de 1 de cada 20 niños manifestó padecer hambre, con mayor prevalencia en los niños en edad escolar de África y Oceanía.

La alimentación de los adultos

Uno de los elementos que ha mejorado nuestra comprensión de los alimentos que se consumen en el mundo ha sido la elaboración de bases de datos mundiales que cotejan encuestas nacionales y subnacionales y generan estimaciones basadas en datos alimentarios. Esto puede ayudar a los responsables de formular políticas a comprender mejor qué alimentos consume la población y cómo configurar los programas de salud pública y políticas alimentarias en sus respectivos países e invertir en ellos²⁹. Las bases de datos incluyen la Base Mundial de Datos sobre Alimentación, la Carga Mundial de Morbilidad y la Herramienta global FAO/OMS para la divulgación de datos sobre el consumo individual de alimentos (GIFT), así como un análisis más pormenorizado de las encuestas mundiales ya existentes.

FIGURA 4.6

Frecuencia de la ingesta diaria de frutas, verduras y bebidas gaseosas entre niños y adolescentes en edad escolar



Fuente: Encuesta Mundial de Salud a Escolares. Datos consultados el 4 de mayo de 2018.

Notas: A partir de los resultados de 83 economías con datos disponibles (sobre niños y adolescentes de 13 a 17 años). No se ha incluido Europa por falta de datos.

La Base Mundial de Datos sobre Alimentación y la base de datos Carga Mundial de Morbilidad

Dos de las nuevas plataformas de datos son la Base Mundial de Datos sobre Alimentación, con sede en la Universidad Tufts, y la Carga Mundial de Morbilidad, con sede en la Universidad de Washington, ambas en Estados Unidos³⁰.

Estas plataformas de datos proporcionan información sobre los patrones alimentarios y los factores de riesgo para la investigación y las políticas de salud pública. Es importante disponer de datos mundiales sistemáticos sobre la ingesta alimentaria para cuantificar la carga de morbilidad derivada de una alimentación subóptima y los grupos de alimentos o nutrientes que pueden resultar beneficiosos o suponer riesgos perjudiciales. También permiten desglosar los datos alimentarios por edad, sexo y tiempo, e impulsan a los Gobiernos nacionales a mejorar los datos desglosados a nivel local y nacional sobre la alimentación, de manera que contribuyan a establecer las metas de intervención para los programas de nutrición y las iniciativas destinadas a reducir la carga de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación³¹.

En el *Informe de la Nutrición Mundial* se presentan datos de la Carga Mundial de Morbilidad publicados en 2016, en los que se evalúa si los diferentes factores alimentarios pueden ser factores de riesgo e incidir en la carga de la enfermedad³². Entre los factores de riesgo asociados con la alimentación incluidos en el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad se incluyen: *una alimentación con escaso contenido en frutas, verduras, legumbres, granos integrales, frutos secos y semillas, fibra, ácidos grasos omega-3 provenientes de los alimentos marinos, ácidos grasos poliinsaturados, calcio, leche y una alimentación con alto contenido en carnes rojas, carnes procesadas, bebidas azucaradas, ácidos grasos trans y sal.*

Fuentes de los datos de la Carga Mundial de Morbilidad

Para estimar la ingesta media de cada componente de la alimentación, en el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad se utilizan los datos de encuestas de nutrición representativas a nivel nacional y subnacional y de encuestas

sobre el presupuesto de los hogares. También se utilizan los datos de Euromonitor International sobre las ventas de frutas, verduras, legumbres, frutos secos y semillas, carne roja, carne procesada, leche y bebidas azucaradas, así como los datos sobre la disponibilidad de frutas, verduras, legumbres, frutos secos y semillas, leche y carne roja procedentes de las hojas de balance de alimentos de la FAO. En cuanto a los nutrientes, las estimaciones de su disponibilidad en el país se basan en los datos de las cuentas de utilización de suministros de la FAO y la base de datos de composición de alimentos como referencia normalizada del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos. Para cada factor dietético, se estima el patrón de edad de consumo a partir de encuestas de nutrición —a saber, cuestionarios sobre los alimentos ingeridos en las últimas 24 horas— y se aplica dicho patrón de edad a las ventas y a los datos de la FAO. Los datos de estos cuestionarios se consideran la mejor referencia y los datos de otras fuentes se ajustan en consecuencia.

Limitaciones de los datos de la Carga Mundial de Morbilidad

Los datos de la Carga Mundial de Morbilidad tienen limitaciones que deben tenerse en cuenta. En numerosos países y regiones del mundo no se lleva a cabo una recopilación y análisis normalizados de datos primarios relativos a la alimentación a nivel individual³³. Por lo tanto, la Carga Mundial de Morbilidad se basa en diversas encuestas y datos modelizados y analiza datos secundarios para comprender la relación entre los indicadores alimentarios clave, la desnutrición y las enfermedades no transmisibles. Los datos sobre la alimentación proceden de fuentes mixtas y no están disponibles en todos los países; en particular, los países en desarrollo cuentan con datos limitados que proceden de cuestionarios representativos en el plano nacional sobre los alimentos ingeridos en las últimas 24 horas. El cuestionario sobre los alimentos consumidos en las últimas 24 horas se considera el método de referencia para la evaluación alimentaria, si bien las pruebas de los estudios de validación sugieren que no es sumamente fiable debido a que la ingesta declarada suele ser inferior a la real. A falta de tablas nacionales de composición de los alimentos, numerosos países se basan en datos de otras naciones (por ejemplo, las tablas de composición de los alimentos del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos) para estimar la ingesta de nutrientes, y este enfoque puede subestimar o sobrestimar la ingesta real de nutrientes de su población.

Cálculo del riesgo de los factores alimentarios

En el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad se identificaron cuatro tipos de distribución de la exposición: riesgo mínimo teórico, riesgo mínimo plausible, riesgo mínimo factible y riesgo mínimo rentable³⁴. Para los datos sobre la alimentación, la Carga Mundial de Morbilidad utiliza el nivel teórico de exposición mínima al riesgo. Por definición, es el nivel de exposición (es decir, el nivel de ingesta de un alimento o nutriente) que minimiza el riesgo de muerte por todas las causas relacionadas con un único factor de riesgo. El objetivo era contar con un enfoque objetivo para estimar la ingesta óptima de cada factor alimentario, en lugar de utilizar el enfoque convencional y subjetivo basado en la opinión de los expertos. Para ello, en el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad se examinaron numerosos informes para evaluar la relación entre cada riesgo alimentario y el criterio de valoración de la enfermedad y se calculó el nivel de ingesta asociado con el menor riesgo de mortalidad a partir de dicho criterio de valoración de la enfermedad. Esto proporciona un nivel óptimo de ingesta específico por enfermedad. A continuación, se calculó el nivel teórico de exposición mínima al riesgo como el promedio ponderado o punto medio de esas cifras utilizando como peso el número total de muertes causadas por cada enfermedad.

En el estudio de la Carga Mundial de Morbilidad se fijó la exposición mínima al riesgo en 15 factores alimentarios (tabla 4.2).

La información que brindan los datos de la Carga Mundial de Morbilidad sobre la relación entre la situación socioeconómica y la alimentación de los adultos

Si se desglosan los datos por riqueza, se pone de manifiesto la relación entre la situación económica de un país y la ingesta de determinados alimentos y nutrientes. En la figura 4.7, se presentan los países de la base de datos de la Carga Mundial de Morbilidad desglosados en los cuatro grupos de ingresos —desde ingresos bajos hasta ingresos altos— y se examina la ingesta media de los principales grupos de alimentos y nutrientes. La línea media muestra el riesgo mínimo de mortalidad asociado a estos alimentos y nutrientes. Si el grupo de ingresos de los países se encuentra a la izquierda de la línea media, está por

debajo del umbral mínimo de riesgo; si se sitúa a la derecha, se considera por encima del umbral.

Cuando se desglosan los datos por nivel de ingresos de los países (figura 4.7), se observa que todos los grupos de ingresos superan o alcanzan el riesgo mínimo de muerte (según la medida de la exposición mínima al riesgo de la tabla 4.2) de la ingesta diaria de bebidas azucaradas y sal. Puede que la riqueza tampoco sea una garantía de una alimentación saludable: los datos de los países de ingresos altos muestran que no se consumen suficientes legumbres, verduras, grasas poliinsaturadas, granos integrales, frutas, calcio, leche, frutos secos y semillas, los cuales reducirían al mínimo el riesgo de muerte. Los países de ingresos altos también rebasan el riesgo mínimo de exposición a las bebidas azucaradas, la sal, la carne procesada, la carne roja, las grasas saturadas, las grasas trans y los ácidos grasos omega-3. La ingesta de legumbres de los países de ingresos bajos y medianos bajos superó a la de los países de ingresos medianos altos y altos, lo que indica un menor riesgo de mortalidad asociado con ese grupo de alimentos. Estos datos indican que en todas las categorías de ingresos de los países se consumen cantidades insuficientes de frutas y verduras, una fuente importante de micronutrientes, como se destaca en el capítulo 3.

Las consecuencias de nuestra alimentación

Información de los datos de la Carga Mundial de Morbilidad sobre la relación entre la alimentación y las enfermedades

En la base de datos de la Carga Mundial de Morbilidad también se han vinculado estos grupos de alimentos y componentes de la dieta con enfermedades mediante el uso de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), cada uno de los cuales representa una pérdida equivalente a un año de plena salud (figura 4.8)³⁵. Los datos muestran que la alimentación con escaso contenido en frutas, granos integrales y frutos secos y semillas es la que más contribuye a la carga de la enfermedad y, de las enfermedades, sobre todo a las cardiopatías isquémicas. Los datos también muestran que la alta ingesta de sal es un factor de riesgo que contribuye a los AVAD relacionados con las cardiopatías isquémicas, los accidentes cerebrovasculares y las hemorragias. Los AVAD causados por cardiopatías isquémicas y diabetes conforman el grueso de los atribuibles a los riesgos alimentarios.

TABLA 4.2

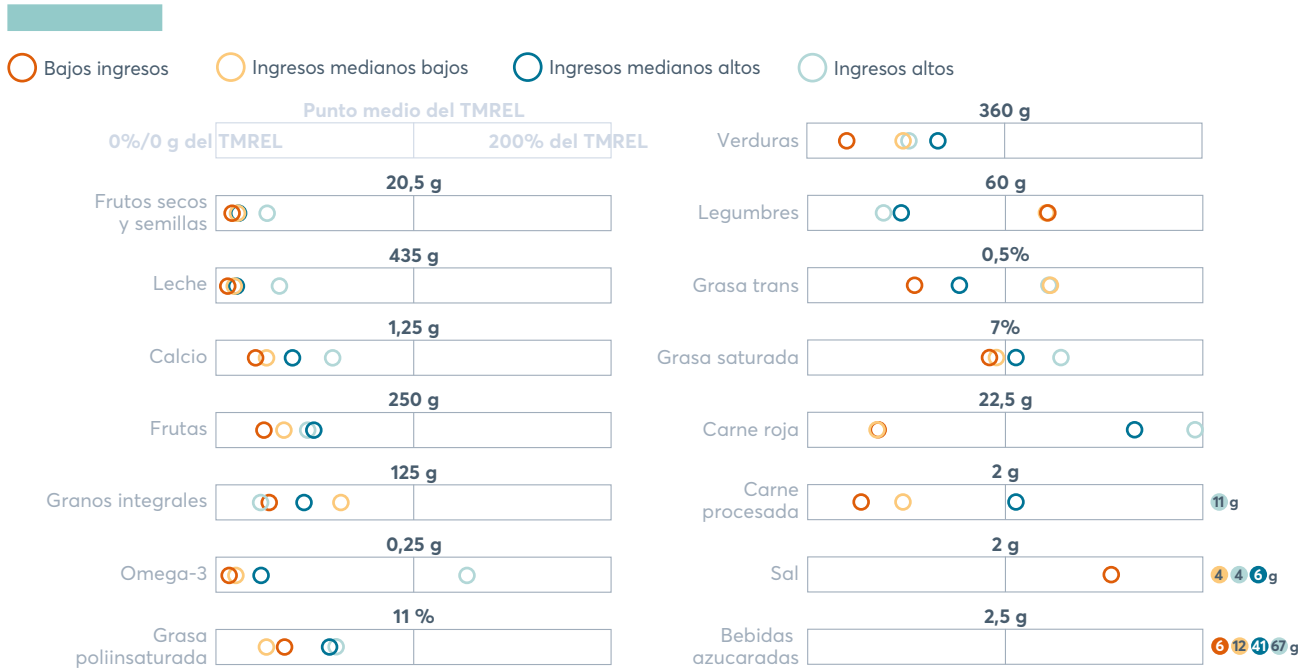
Exposición mínima al riesgo (TMREL) de 15 factores dietéticos

| RIESGOS ALIMENTARIOS | DEFINICIÓN DE LA EXPOSICIÓN | NIVEL TEÓRICO DE EXPOSICIÓN MÍNIMA AL RIESGO |
|---|---|--|
| Alimentación con bajo contenido en frutas | Consumo medio diario de frutas (frescas, congeladas, cocidas, enlatadas o secas, excluidos los jugos de frutas y las frutas saladas o encurtidas) | 200-300 gramos al día |
| Alimentación con bajo contenido en verduras | Consumo medio diario de verduras (frescas, congeladas, cocidas, enlatadas o secas, excluidas las legumbres y hortalizas saladas o encurtidas, los jugos, los frutos secos y las semillas y las hortalizas ricas en féculas, como las patatas o el maíz) | 290-430 gramos al día |
| Alimentación con bajo contenido en legumbres | Consumo medio diario de legumbres (frescas, congeladas, cocidas, enlatadas o secas) | 50-70 gramos al día |
| Alimentación con bajo contenido en granos integrales | Consumo medio diario de granos integrales (salvado, germen y endospermo en su proporción natural) en cereales para el desayuno, pan, arroz, pasta, galletas, bizcochos, tortillas, tortitas y otros | 100-150 gramos al día |
| Dieta con bajo contenido en frutos secos y semillas | Consumo medio diario de frutos secos y semillas | 16-25 gramos al día |
| Alimentación con bajo contenido en leche | Consumo medio diario de leche, incluida la leche desnatada, semidesnatada y entera, pero excluida la leche de soja y otros derivados vegetales | 350-520 gramos al día |
| Alimentación con alto contenido en carne roja | Consumo medio diario de carne roja (carne de vacuno, cerdo, cordero y cabra, pero excluidas las aves de corral, el pescado, los huevos y todas las carnes procesadas) | 18-27 gramos al día |
| Alimentación con alto contenido en carne procesada | Consumo medio diario de carne en conserva, ya sea ahumada, curada, en salazón o con conservantes químicos | 0-4 gramos al día |
| Alimentación con alto contenido en bebidas azucaradas | Consumo medio diario de bebidas con ≥ 50 kcal por porción de 226,8 gramos, incluidas las bebidas gaseosas, los refrescos, las bebidas energéticas y las bebidas de frutas, pero excluidos los jugos que solo contienen frutas y verduras | 0-5 gramos al día |
| Alimentación con bajo contenido en fibras | Consumo medio diario de fibra de todas las fuentes, incluida la fruta, la verdura, los cereales, las legumbres y las leguminosas | 19-28 gramos al día |
| Alimentación con bajo contenido en calcio | Consumo medio diario de calcio de todas las fuentes, incluida la leche, el yogur y el queso | 1-1,5 gramos al día |
| Alimentación con bajo contenido en ácidos grasos omega-3 de alimentos marinos | Consumo medio diario de ácido eicosapentaenoico y ácido docosahexaenoico | 200-300 miligramos al día |
| Alimentación con bajo contenido en ácidos grasos poliinsaturados | Consumo medio diario de ácidos grasos omega-6 de todas las fuentes, principalmente de aceites vegetales líquidos, incluido el aceite de soja, el aceite de maíz y el aceite de cártamo | 9-13% de la energía total diaria |
| Alimentación con alto contenido en ácidos grasos trans | Consumo medio diario de grasas trans procedentes de todas las fuentes, principalmente de aceites vegetales parcialmente hidrogenados y productos derivados de rumiantes | 0-1% de la energía total diaria |
| Alimentación con alto contenido en sal | Sal en la orina durante 24 horas, en gramos por día | 0-4 gramos al día |

Fuente: Carga Mundial de Morbilidad, Institute for Health Metrics and Evaluation.

FIGURA 4.7

Consumo de grupos de alimentos y componentes de la dieta por grupos de ingresos, 2016

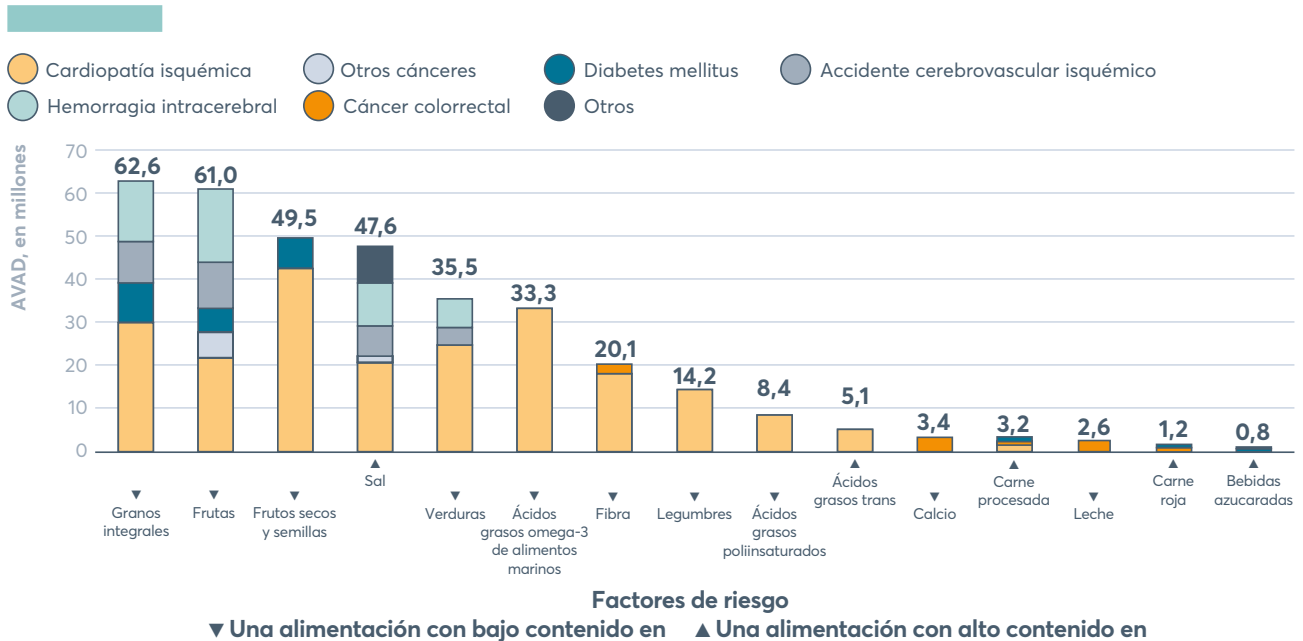


Fuente: Carga Mundial de Morbilidad, Institute for Health Metrics and Evaluation.

Notas: Hombres y mujeres de 25 años o más. Gráfico ordenado por medianas. TMREL: nivel teórico de exposición mínima al riesgo.

FIGURA 4.8

AVAD relacionados con cada factor de riesgo alimentario



Fuente: Carga Mundial de Morbilidad, Institute for Health Metrics and Evaluation.

Notas: Un año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD) representa la pérdida del equivalente a un año de plena salud. El número total de AVAD debidos a la alimentación es inferior a la suma de los AVAD atribuibles a todos los componentes individuales porque 1) el riesgo no se acumula y 2) el efecto de los alimentos está condicionado por la ingesta de nutrientes.

Otros cánceres = leucemia linfocítica aguda, leucemia mieloide aguda, cáncer de mama, leucemia linfocítica crónica, leucemia mieloide crónica, cáncer de vesícula biliar y del tracto biliar, cáncer de riñón, cáncer de hígado por consumo de alcohol, cáncer de hígado por hepatitis B, cáncer de hígado por hepatitis C, cáncer de hígado por otras causas, mieloma múltiple, linfoma no Hodgkin, cáncer de esófago, otras leucemias, cáncer de ovario, cáncer de páncreas, cáncer de tiroides, cáncer de útero. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias, asma, fibrilación y aleteo auricular, cataratas, enfermedad renal crónica por diabetes mellitus/ glomerulonefritis/hipertensión u otras causas, enfermedades de la vesícula biliar y biliares, gota, cardiopatía hipertensiva, lumbalgia, artrosis.

Divulgación de datos nacionales sobre el consumo de alimentos³⁶

Se están realizando esfuerzos para cotejar los conjuntos de datos relativos a todas las formas de malnutrición y ponerlos a disposición a través de una plataforma de libre acceso. Esto es fundamental para que los encargados de la formulación y la ejecución de las políticas puedan responder a la realidad, es decir, que la mayoría de los países se enfrentan a múltiples problemas de malnutrición.

Los conjuntos de datos subnacionales y nacionales existentes se están recopilando en la plataforma GIFT de la FAO y la OMS con el fin de proporcionar una plataforma de libre acceso que permita poner los datos cuantitativos individuales sobre el consumo de alimentos de todos los países del mundo a disposición de quien desee consultarlos³⁷. En ella se recopilan los datos mundiales desglosados por edad y sexo, recogidos a través de registros alimentarios o cuestionarios cuantitativos sobre los alimentos ingeridos en las últimas 24 horas (herramientas que describen todos los alimentos y bebidas consumidos por cada persona). Los conjuntos de datos armonizados se comparten a través de la plataforma GIFT de la FAO y la OMS en forma de microdatos y como indicadores alimentarios listos para su uso en tres ámbitos: consumo de alimentos, nutrición e inocuidad de los alimentos. Ya hay 5 conjuntos de datos disponibles, 11 en curso de preparación para compartirlos y otros 50 estarán disponibles en los próximos cuatro años. El inventario de la GIFT contiene información sobre 114 encuestas realizadas en 42 países de ingresos bajos y de ingresos medianos bajos. En última instancia, su objetivo consiste en crear un efecto de bola de nieve y alentar al mayor número posible de grupos a compartir sus datos. También se están llevando a cabo otras iniciativas para mejorar y facilitar la recopilación de datos sobre la alimentación en el futuro, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, como se ilustra en el caso destacado 4.3.

Avances en la recopilación de datos sobre la alimentación

Mary Arimond, Anna Herforth y Jennifer Coates

En los últimos años han surgido una serie de nuevas iniciativas para facilitar la recopilación de datos sobre la alimentación. Una novedad prometedora es el proyecto de medición de la calidad de la alimentación mundial de Gallup, un módulo de la Encuesta Gallup Mundial, cuyo objetivo es proporcionar información comparable de todo el mundo sobre la alimentación de los adultos, algo que nunca antes se había hecho. Se tarda cinco minutos en completar la encuesta, que cubre la diversidad mínima de la alimentación para las mujeres, un indicador indirecto de la adecuación de los micronutrientes entre mujeres en edad reproductiva, una puntuación de la diversidad alimentaria para todos los adultos y un indicador de los patrones alimentarios para protegerse frente a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. El módulo se está probando en el Brasil en 2018 y permitirá desglosar, monitorear y comparar las tendencias por edad, sexo y otras categorías. De lograrse los resultados esperados, el objetivo es realizar la encuesta del programa en más de 140 países de aquí a 2021.

En el proyecto de expansión de datos sobre alimentación internacionales (INDDINDEX)³⁸ se está desarrollando el INDDINDEX24 para mejorar la recopilación de datos. El INDDINDEX24 es una plataforma integrada de evaluación alimentaria que comprende un banco de datos basado en la nube para almacenar, gestionar y acceder a la información de las encuestas alimentarias mundiales —por ejemplo, los datos sobre la composición de los alimentos—, y una aplicación móvil para tabletas que permita a los entrevistadores realizar cuestionarios sobre los alimentos ingeridos en las últimas 24 horas. Estos dos componentes están vinculados para que el proceso de obtención de datos útiles sobre la alimentación sea más rápido, homogéneo e intuitivo. Se espera que la plataforma esté disponible para el público en 2019.

Intake es una nueva iniciativa, lanzada en 2017 por el Centro de Evaluación Alimentaria del FHI 360³⁹, cuyo objetivo consiste en facilitar la recopilación y el uso de datos sobre la alimentación en los países de ingresos bajos y medianos. Proporciona asistencia técnica flexible y orientada a la demanda para hacer frente a las dificultades que plantean las encuestas sobre la alimentación y el diseño de muestras, la planificación, la ejecución, el análisis y la utilización de los datos. En el marco de la iniciativa Intake se están elaborando nuevos indicadores multidimensionales de la calidad de la alimentación de las mujeres en edad reproductiva en los países de ingresos bajos y medianos, sin recurrir a datos sobre la composición de los alimentos para la tabulación, lo que los hace más sencillos y fáciles de utilizar que muchas de las mediciones del conjunto de la alimentación empleadas hasta la fecha en los entornos de ingresos altos.

Información sobre el costo de la alimentación

Otro avance son los nuevos métodos de análisis de datos, que proporcionan una imagen más precisa del coste de la alimentación⁴⁰ y de su asequibilidad⁴¹. Por ejemplo, en el marco del proyecto sobre los Indicadores de la Asequibilidad de una Alimentación Nutritiva en África (IANDA) se están elaborando métricas a partir de los datos existentes extraídos de los sistemas de vigilancia de los precios de los alimentos, y se están poniendo a prueba en Ghana y la República Unida de Tanzania.

Otra novedad es el instrumento para Colmar el Déficit de Nutrientes. Como se describe en el caso destacado 4.4, este representa un nuevo método para comprender qué alimentos puede permitirse consumir la población y los posibles efectos de la asequibilidad de los alimentos en la satisfacción de las necesidades de nutrientes.

Análisis de los datos y las tendencias en alimentos procesados y envasados

Datos de ventas

Los alimentos procesados y envasados, como la repostería, los productos lácteos, las bebidas azucaradas, las carnes procesadas, las patatas fritas y las galletas saladas, las mezclas para pasteles, las tartas, los pasteles y los dulces, constituyen actualmente una parte importante de numerosas dietas en todo el mundo, aunque todavía se dispone de relativamente pocos datos sobre su función en la alimentación. Un nuevo análisis de los datos de ventas existentes y de los nuevos datos sobre la composición de los nutrientes de los alimentos envasados está contribuyendo a esclarecer el comportamiento de los consumidores con respecto a la adquisición de estos alimentos, así como la calidad de los nutrientes que contienen.

Colmar el Déficit de Nutrientes

Saskia de Pee, Janosch Klemm y Giulia Baldi

El instrumento para Colmar el Déficit de Nutrientes (FNG, por sus siglas en inglés) es un nuevo proceso de análisis de la situación y de toma de decisiones⁴² que facilita la adopción de un enfoque multisectorial, ya que permite detectar las dificultades específicas que implica tener una alimentación nutritiva en cada contexto determinado. Ha sido elaborado por el Programa Mundial de Alimentos, con aportaciones del Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias; la Universidad de California, Davis; la Universidad de Harvard, *Epicenter*; la Universidad Mahidol; UNICEF y Save the Children. El análisis FNG identifica la probabilidad de que existan carencias de nutrientes en los grupos objetivo y las categorías de hogares (por ejemplo, en función de la riqueza o la ubicación) y los obstáculos y oportunidades para subsanarlas.

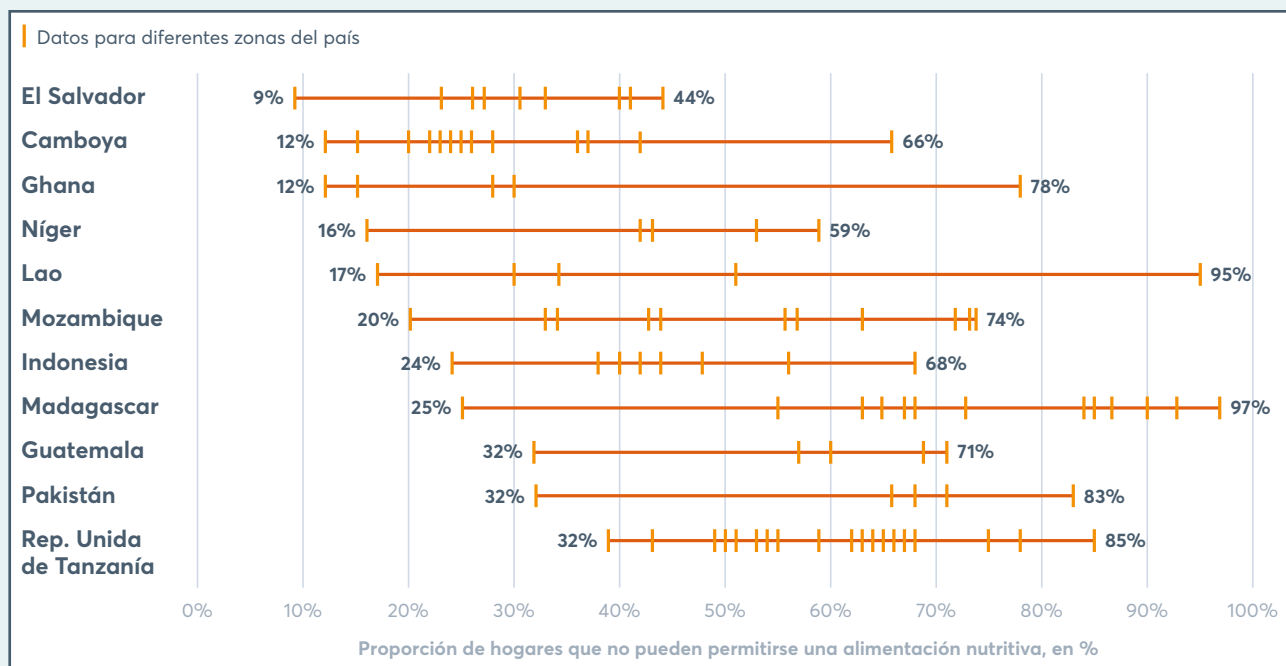
El análisis FNG consta de dos componentes. En primer lugar, un examen de 100 a 200 fuentes de información secundarias, incluidos conjuntos de datos, informes y documentos publicados sobre las características y tendencias de la malnutrición, la disponibilidad y el acceso físico y económico a los alimentos nutritivos y las iniciativas existentes para mejorarlos, las opciones y preferencias alimentarias y el entorno propicio para la nutrición. En segundo lugar, un análisis de programación lineal del coste de la alimentación en que se estima, sobre la base de los precios de los alimentos disponibles localmente, el coste más bajo de una alimentación nutritiva para los diferentes grupos destinatarios y para un hogar compuesto por ciertos miembros en particular. Al comparar este coste con los datos secundarios sobre el gasto en alimentos de los hogares, es posible estimar la proporción de hogares que no pueden permitirse una alimentación nutritiva. El coste de la alimentación también se emplea para modelar el posible impacto de diferentes intervenciones dirigidas a mejorar la disponibilidad o el acceso a alimentos nutritivos y a ingresos.

En la figura 4.9 se constata que la alimentación nutritiva no es asequible en 11 países en los que se ha llevado a cabo el análisis FNG. Los datos muestran un rango de no asequibilidad por regiones en cada país; por ejemplo, en diferentes regiones de El Salvador, entre el 9% y el 44% de los hogares no pueden permitirse una alimentación nutritiva, mientras que el rango es mucho mayor en la República Democrática Popular Lao (entre el 17% y el 95%).

Otros datos del análisis FNG muestran que la alimentación nutritiva de las adolescentes suele ser la más costosa del hogar, debido a sus mayores necesidades de nutrientes, en particular de micronutrientes, durante su rápido crecimiento y desarrollo. Las adolescentes necesitan alimentos con alto contenido de nutrientes (es decir, ricos en vitaminas o minerales por cada 100 calorías), como productos de origen animal, verduras, frutos secos, frutas y legumbres, que tienden a ser más caros. Esto, a su vez, significa que una adolescente cuya familia ya tiene dificultades para permitirse una alimentación nutritiva correrá un alto riesgo de sufrir carencias de micronutrientes.

FIGURA 4.9

Rango de no asequibilidad de una alimentación nutritiva en distintas zonas de diferentes países⁴³



Fuente: Resúmenes del instrumento para Colmar el Déficit de Nutrientes⁴⁴.

Notas: La alimentación nutritiva incluye, por persona, las necesidades energéticas medias y la ingesta recomendada de proteínas, grasas, cuatro minerales y nueve vitaminas. El tamaño y la composición del hogar utilizado en el modelo varía según el país, pero suele incluir a un niño de 12 a 23 meses alimentado con leche materna, un niño en edad escolar (6 a 7 años), una adolescente (14 a 15 años), una mujer lactante y un hombre adulto. Cada punto de datos representa una región del país. Lao: República Democrática Popular Lao

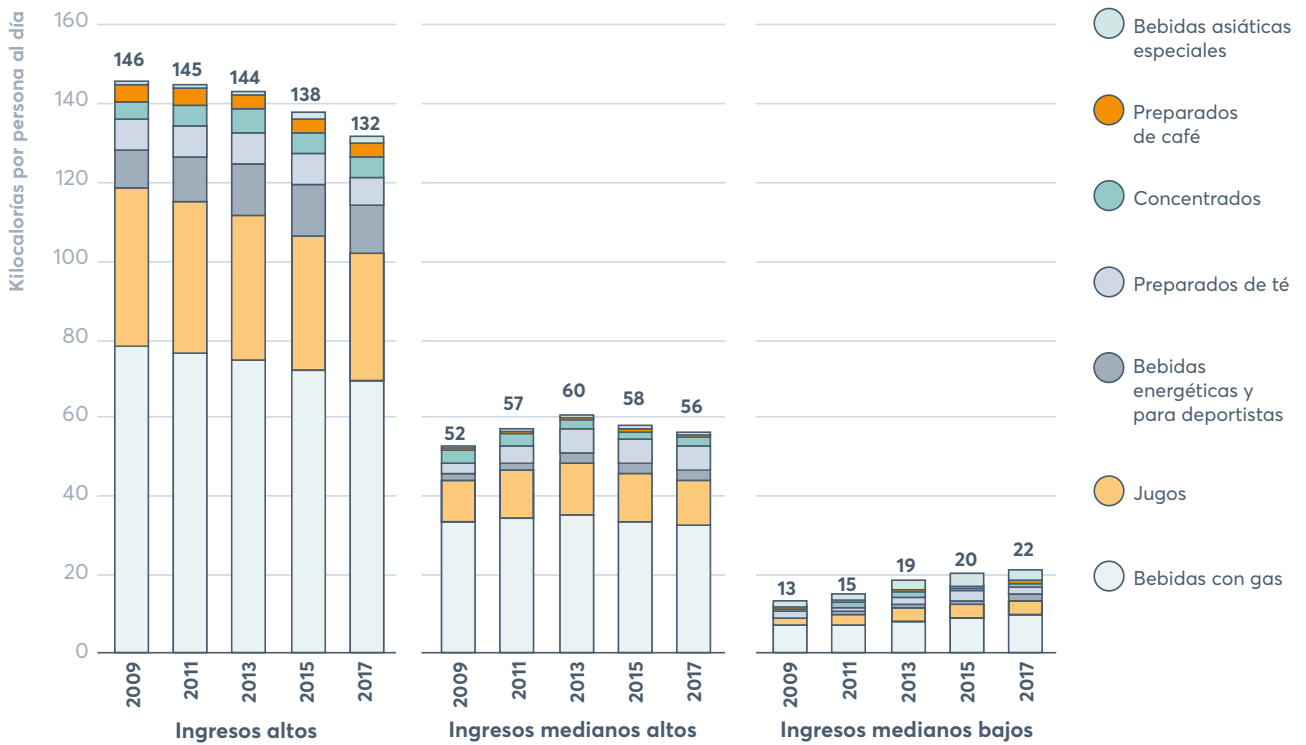
Al centrarse en la capacidad de satisfacer las necesidades de ingesta de nutrientes (un requisito previo para reducir la malnutrición) y elaborar modelos de los resultados de diferentes intervenciones viables en el plano local, es posible evaluar y comprender los posibles efectos de las contribuciones complementarias de los distintos sectores. Algunos ejemplos son la reducción de los precios de los alimentos nutritivos disponibles localmente, el aumento de la disponibilidad de alimentos nutritivos en zonas concretas del país, la introducción de cultivos biofortificados, el enriquecimiento de algunos alimentos básicos, el suministro de comidas escolares de cosecha propia, el suministro de suplementos de micronutrientes a las mujeres embarazadas y lactantes, la introducción de alimentos complementarios fortificados para niños pequeños y la modificación de las redes de seguridad social.

Los datos de ventas de Euromonitor International ilustran algunos patrones en los hábitos de adquisición en todo el mundo. Por ejemplo, el número de kilocalorías compradas de bebidas azucaradas es mayor en los países de ingresos altos, pero muchos han registrado disminuciones moderadas en los últimos años, mientras que, en los países de ingresos medianos bajos, se ha constatado un ligero aumento (figura 4.10) durante el mismo período. En la figura 4.11 se muestran las pautas y tendencias de los volúmenes de ventas per cápita en las categorías de alimentos

envasados por región. En Europa, América del Norte y Oceanía se compran los mayores volúmenes de alimentos envasados, aunque el crecimiento de las ventas se ha estancado o está disminuyendo en los dos primeros. En cambio, en las regiones que albergan la mayor parte de la población mundial —Asia y África— se está produciendo un aumento significativo, aunque la base de referencia sea más baja. A escala mundial, las ventas del volumen total de alimentos envasados aumentaron de 67,7 kg per cápita en 2005 a 76,9 kg en 2017.

FIGURA 4.10

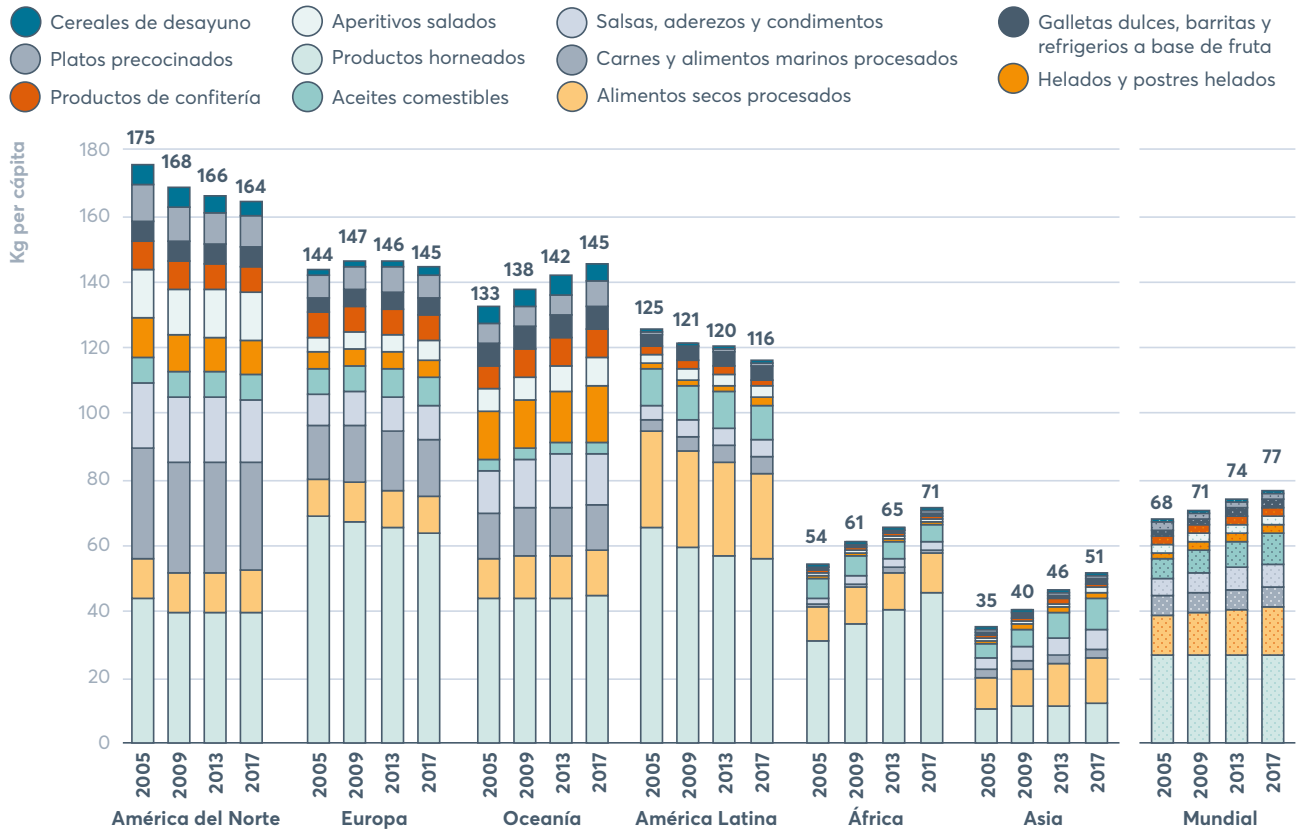
Tendencias en las calorías procedentes de la compra de categorías de bebidas azucaradas, por nivel de ingresos de los países



Fuente: Base de datos de información de mercados de Euromonitor International⁴⁵.

FIGURA 4.11

Tendencias y pautas en las ventas de alimentos envasados per cápita por región, 2005-2017



Fuente: Base de datos de información de mercados de Euromonitor International⁴⁶.

Calidad nutricional de los alimentos envasados

Si bien las tendencias en las ventas de alimentos envasados son relativamente claras, existe un amplio debate sobre en qué medida los alimentos envasados deterioran la alimentación. Estos debates se centran en la calidad de los nutrientes y los efectos en la salud del consumo de alimentos envasados que son procesados y fabricados de forma industrial a partir de múltiples ingredientes. Por ejemplo, en algunos estudios⁴⁷ se constata que estos aumentan el contenido global de azúcares añadidos o libres, grasas saturadas y trans y sal, así como la densidad energética de la alimentación, a la vez que reducen las proteínas, la fibra alimenticia, el potasio, el hierro, el zinc, el magnesio y otros micronutrientes⁴⁸. Otros estudios apuntan a una asociación entre la ingesta y la obesidad⁴⁹, la dislipidemia⁵⁰, la hipertensión⁵¹, los trastornos gastrointestinales⁵² y el cáncer, incluido el cáncer de mama⁵³.

Se están empleando nuevos datos a gran escala para fundamentar el debate gracias a la obtención de información sobre los nutrientes que contienen los alimentos envasados. Desde 2015, el Instituto George para la Salud Mundial, junto con otros socios, está creando grandes bases de datos sobre los nutrientes contenidos en los alimentos envasados, que se recogen mediante tecnología móvil patentada en ocho mercados: Australia, China, Estados Unidos de América, Hong Kong, India, Nueva Zelanda, Reino Unido y Sudáfrica. El Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP) ha compilado una base de datos similar.

En 2017, la Fundación Acceso a la Nutrición⁵⁴, en asociación con el Instituto George para la Salud Mundial, utilizó estas bases de datos para analizar la calidad nutricional de 23.013 productos vendidos por 21 de los mayores fabricantes de alimentos y bebidas del mundo en estos nueve mercados. Este "perfil de producto" es un nuevo elemento importante del Índice de Acceso a la Nutrición Mundial de 2018 publicado en mayo de 2018⁵⁵. Su objetivo consiste en hacerse una idea de la función que desempeñan los productos de estas empresas en la alimentación de los consumidores y establecer una base de referencia para medir las mejoras que realizan en la calidad nutricional de sus carteras a lo largo del tiempo.

En el análisis se incluyeron hasta cinco de las categorías más vendidas para cada empresa en cada país, según los datos de ventas de Euromonitor International en 2016. Algunas categorías no reunían los requisitos para su inclusión, como los alimentos para bebés, y los productos mínimamente elaborados que no suelen requerir un etiquetado nutricional

en el envase (la lista completa y la metodología íntegra se encuentran en el informe del Instituto George para la Salud Mundial⁵⁶). Se estableció la calidad nutricional de cada producto mediante el sistema Health Star Rating (elaborado y utilizado en Australia, pero aplicable en cualquier mercado). Los productos están clasificados entre 0,5 estrellas (menos saludables) y 5 estrellas (más saludables) y cualquier producto con una puntuación de 3,5 o más se considera saludable. Con el sistema Health Star Rating pueden evaluarse los nutrientes de riesgo (energía global, sal, azúcar total, grasas saturadas) y los nutrientes positivos (contenido de frutas y verduras, proteínas, fibras y, en algunos casos, calcio), además de otorgar una puntuación a los productos en función de su composición nutricional por 100 gramos o 100 mililitros.

Si bien el perfil completo de los productos incluye un análisis por empresa⁵⁷, categoría y país, aquí solo se presenta este último, es decir, el porcentaje total de productos en cada uno de los nueve países que se calificó como saludable.

En la figura 4.12 se muestra la proporción de productos alimenticios envasados en cada país que obtienen una calificación en el Health Star Rating de 3,5 o más. Estas cifras oscilan entre el 37% de los productos evaluados en Nueva Zelanda, el 34% en los Estados Unidos y Australia, el 31% en el Reino Unido, y menos de una cuarta parte en Sudáfrica, México, la India y China. Los resultados sugieren una disparidad entre los mercados desarrollados y los emergentes. De media en los nueve mercados, el 31% de los productos obtuvieron una calificación de 3,5 o más en el Health Star Rating, lo que significa que el 69% de los productos no alcanzaron el umbral para ser considerados saludables y, por lo tanto, tienen una calidad nutricional relativamente baja.

En 2018, la Fundación Acceso a la Nutrición también publicó el Índice de Acceso a la Nutrición Mundial de 2018, que hace un seguimiento de las políticas, los sistemas de gestión y la divulgación de información de las empresas sobre siete temas clave relativos a la nutrición, entre los que se incluyen la mejora de su cartera de productos, la comercialización y el etiquetado responsables, y la asequibilidad y accesibilidad de los productos saludables⁵⁸. Las principales conclusiones fueron que numerosas empresas de alimentos envasados han incrementado sus esfuerzos para contribuir a una mejor alimentación en los dos últimos años, desde el último índice, como lo demuestra el aumento de la puntuación media de 2,5 a 3,3 sobre 10. Las empresas tienen cada vez más tendencia a incorporar los esfuerzos por producir y comercializar alimentos envasados más saludables en sus estrategias comerciales en lugar de en sus iniciativas de responsabilidad

social empresarial, como ocurría a menudo en el pasado. La demanda de productos que permiten tener una alimentación sana se está convirtiendo en un importante motor de crecimiento para las empresas. Sin embargo, la baja puntuación media del índice muestra que la mayoría de las empresas tienen mucho margen de mejora.

Los Gobiernos también están adoptando medidas dirigidas a fomentar y permitir una reducción del consumo de alimentos envasados y procesados con alto contenido de azúcares, grasas y sal por parte de la población. La creación de dos bases de datos ha facilitado el seguimiento de las medidas políticas en los últimos años.

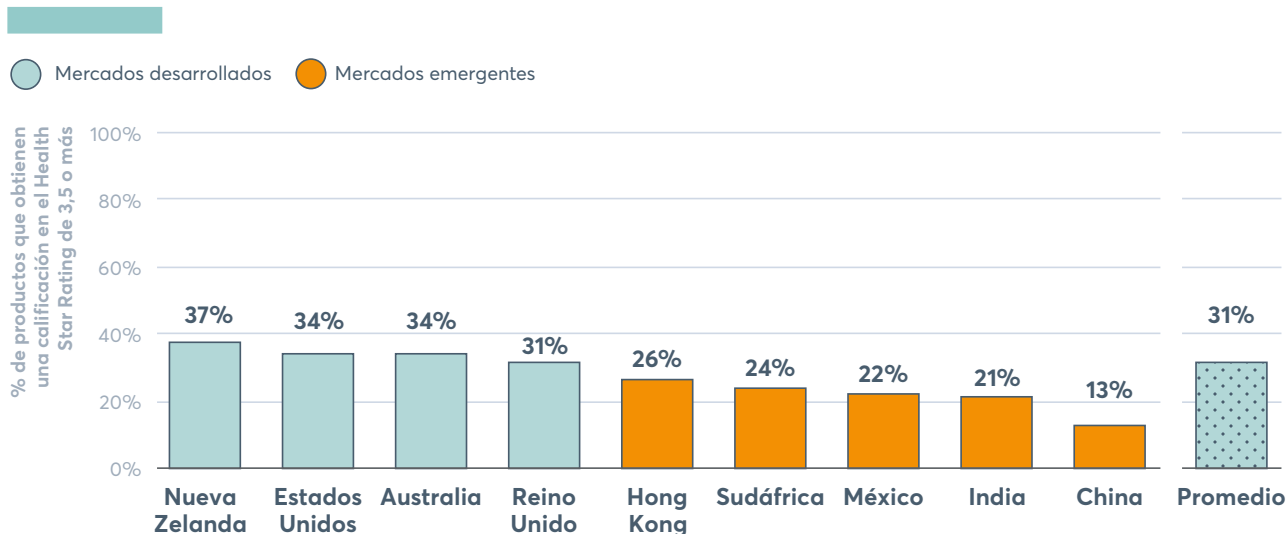
- La base de datos mundial de la OMS sobre la ejecución de intervenciones nutricionales⁵⁹ (GINA), que incluye más de 1.000 políticas nacionales en 191 países y diversos programas de intervención que se están aplicando en los países para promover la alimentación saludable y combatir la malnutrición en todas sus formas, incluidas la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. En el marco de la segunda edición del *Global Nutrition Policy Review 2016-2017* de la OMS, 163 países informaron sobre sus acciones para promover una alimentación saludable, incluidas las directrices dietéticas, el etiquetado de los alimentos, la reformulación, la prohibición de las grasas trans, la reglamentación de la comercialización dirigida a los niños, las políticas fiscales, el control del tamaño de las porciones, las campañas en los medios de comunicación y el asesoramiento en materia de nutrición.

- La base de datos del Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer, NOURISHING, con la que se monitorea la aplicación de 10 políticas diseñadas para mejorar la alimentación asociada con la obesidad y las enfermedades no transmisibles. Se notifican medidas en tres ámbitos del sistema alimentario: los entornos alimentarios, la cadena de suministro de alimentos y la comunicación para cambiar los hábitos, incluido el etiquetado en la parte frontal del envase, las restricciones de comercialización, las medidas fiscales, la reformulación de los alimentos y las campañas de sensibilización del público. A fecha de septiembre de 2018, se habían documentado 475 medidas tomadas en más de 100 países⁶⁰.

En el caso destacado 4.5 se ilustran algunas de las medidas que están adoptando los Gobiernos a partir del análisis de las medidas políticas a las que se ha dado seguimiento en esas bases de datos. Otra iniciativa importante es INFORMAS, la Red Internacional de Apoyo a la Investigación, el Monitoreo y la Acción contra las Enfermedades No Transmisibles Ligadas a la Alimentación y la Obesidad. Se trata de una red mundial de organizaciones de interés público y grupos de investigación que trabajan para mejorar el conocimiento de las medidas que los Gobiernos y las empresas están tomando para mejorar la alimentación. INFORMAS supervisa y evalúa los esfuerzos para crear entornos alimentarios saludables y clasifica las políticas y acciones de los sectores público y privado con miras a reducir la obesidad y las enfermedades no transmisibles en función de los puntos de referencia de las buenas prácticas⁶¹.

FIGURA 4.12

Proporción de productos alimenticios envasados por país que obtienen una calificación en el Health Star Rating de 3,5 o más (umbral para ser considerados "saludables")



Fuente: Índice de Acceso a la Nutrición, Índice mundial 2018, Fundación Acceso a la Nutrición, mayo de 2018.

CASO DESTACADO 4.5

Medidas públicas sobre alimentos y bebidas envasados con alto contenido en grasas, azúcares y sal

Philip Baker, Kathryn Backholer, Oliver Huse, Jacqui Webster, Lorena Allemandi, Kaia Engesveen y Chizuru Nishida

Los Gobiernos están tomando una serie de medidas relativas a los alimentos y bebidas envasados con alto contenido en grasas, azúcares y sal. Entre ellas se incluyen la exigencia de etiquetado en los envases de alimentos, las restricciones a la comercialización, los impuestos sobre las bebidas azucaradas y las estrategias de reformulación de los productos alimenticios.

Por ejemplo, en la actualidad, cada vez más Gobiernos exigen un etiquetado nutricional frontal además de la declaración básica de nutrientes (que a menudo figura en el etiquetado de la parte trasera del envase), o han elaborado directrices voluntarias al respecto. Asimismo, en países como Chile, el Perú y el Uruguay, ya se exige que los alimentos con alto contenido de azúcares, sal, grasas o calorías lleven una etiqueta de advertencia en la parte frontal del envase. En el Brasil, Israel y el Canadá se están barajando medidas similares. En algunos países —por ejemplo, el Ecuador— se han adoptado etiquetas de tipo semáforo, que proporcionan un indicador de la cantidad de azúcar, grasa y sal en los alimentos, mientras que en otros se han adoptado puntuaciones que proporcionan una indicación de la calidad de los nutrientes, como el sistema NutriScore en Francia y Bélgica.

Desde que la OMS actualizó sus directrices sobre la ingesta de azúcares para adultos y niños en 2015 (donde se recomienda que los azúcares libres se limiten a menos del 10% de la ingesta total de energía y se sugiere, además, que se reduzca a menos del 5% de la ingesta total de energía para obtener más beneficios para la salud)⁶², más Gobiernos han adoptado medidas para reducir la asequibilidad y el atractivo de los alimentos y bebidas azucarados. Un ámbito que ha registrado un aumento significativo en el número de políticas ejecutadas es el de los impuestos sobre las bebidas azucaradas^{63, 64}. Según la OMS, 59 países ya han establecido impuestos de ese tipo⁶⁵. No todas parecen tener objetivos relacionados con la salud, pero en los últimos años se ha registrado un marcado aumento en la adopción de medidas en el marco de los esfuerzos nacionales para combatir la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación en países como el Ecuador, Filipinas y Sudáfrica. En algunos países se han adoptado diseños tributarios escalonados o variables (es decir, con tasas más altas para las bebidas con mayor contenido de azúcar por unidad de volumen), cuyo objetivo es incentivar a los consumidores a elegir opciones con menos azúcar y a los fabricantes a reformular los productos. Entre los países que han optado por esa opción se encuentran Chile, el Ecuador, Francia, México, el Perú, Portugal y el Reino Unido. A día de hoy, pocos países aplican impuestos a los jugos que solo contienen frutas y a las bebidas lácteas edulcoradas o aromatizadas, que tienen un alto contenido en azúcares libres.

Los estudios de observación muestran que los impuestos sobre las bebidas azucaradas logran los objetivos para los que se establecen. Una evaluación del impuesto mexicano sobre las bebidas azucaradas de 2014 realizada en condiciones reales durante dos años reveló que las ventas de las bebidas observadas se habían reducido en un 5,5% un año después de la introducción de los impuestos y en un 9,7% al año siguiente, con lo que las ventas se redujeron en un promedio de un 7,6% durante ese período de dos años⁶⁶. La mayor reducción de las compras se observó en los hogares de menor nivel socioeconómico (disminución del 17%). La evaluación de seguimiento realizada a los dos años reveló que la respuesta de los consumidores se había mantenido⁶⁷. Desde este experimento natural en México, se han realizado otras tres evaluaciones de este tipo en Chile⁶⁸ y en Berkeley⁶⁹ y Filadelfia (Estados Unidos)⁷⁰. En ellas también se ha corroborado el efecto deseado de las políticas en la reducción de las ventas o el consumo de bebidas azucaradas.

Ahora es necesario adoptar medidas en los países donde se compran grandes cantidades de azúcar en bebidas azucaradas sin que se apliquen impuestos (por ejemplo, en Alemania, la Argentina, Australia, el Canadá, Nueva Zelanda y los Países Bajos), así como en los países de ingresos medianos muy poblados (más de 100 millones de personas) y en los países en los que los niveles de ingesta de azúcar son bajos, pero están aumentando con rapidez (por ejemplo, Indonesia y Viet Nam).

Asimismo, se han realizado esfuerzos significativos para reducir el consumo de sal en los alimentos envasados y procesados. Esto se ajusta a la meta de la OMS de reducir la ingesta de sal de la población mundial en un 30% para el año 2025 (figura 1.1) como parte de las metas mundiales en materia de enfermedades no transmisibles de 2013. Entre los 163 países que presentaron informes sobre las medidas para promover la alimentación saludable en el marco de la segunda edición del *Global Nutrition Policy Review*, 77 países proporcionaron información detallada sobre las estrategias aplicadas para reducir la sal, incluidas las declaraciones obligatorias de nutrientes, los sistemas de etiquetado nutricional frontal que incluya la sal, la reformulación de carácter obligatorio o voluntario y las campañas en medios de comunicación. En la mayoría de los países se aplicaron simultáneamente dos o tres de estas estrategias. Estas estrategias dirigidas por el Gobierno para toda la población son rentables⁷¹ y ya están demostrando tener un efecto positivo⁷². Si bien la mayoría se encuentra todavía en las primeras etapas de ejecución, en una revisión de Cochrane de 2016 se destacaron cinco países (China, Finlandia, Francia, República de Irlanda e Inglaterra) en los que ya se había evidenciado una reducción significativa de la ingesta de sal con respecto al momento inicial⁷³. Desde entonces, se han registrado reducciones en la ingesta de sal en otros cuatro países (Argentina, Bélgica, Italia y Portugal). En conjunto, si se aplican eficazmente, estos programas de reducción de la sal podrían evitar más de 1,5 millones de muertes prevenibles que actualmente se atribuyen a la elevada ingesta de sal en estos países⁷⁴.

Los ácidos grasos trans producidos industrialmente que se encuentran en los alimentos envasados también están siendo objeto de algunas medidas que han resultado ser eficaces. En 2018, la OMS elaboró el paquete de medidas REPLACE, un instrumento para que los países eliminen los ácidos grasos trans⁷⁵. Se basa en las pruebas de que varios países han eliminado prácticamente los ácidos grasos trans del suministro de alimentos mediante la aplicación sistemática de medidas políticas y programas de vigilancia⁷⁶. Desde que Dinamarca se convirtiera en el primer país en eliminar los ácidos grasos trans producidos industrialmente de su suministro de alimentos en 2004, el Canadá, los Estados Unidos y numerosos países de toda Europa han seguido su ejemplo.

Los avances han sido mucho menores en otros ámbitos, especialmente en lo que respecta a las restricciones de la promoción de alimentos dirigida a los niños, a pesar de las pruebas de que estos están altamente expuestos a publicidades de alimentos envasados con alto contenido de azúcares, sal y grasas. Por ejemplo, numerosos estudios realizados en América Latina (por ejemplo, en la Argentina, Chile, México y el Perú) muestran que las categorías de alimentos que se anuncian con mayor frecuencia a los niños son las bebidas azucaradas, los postres, los productos lácteos y los aperitivos salados. En la Argentina, por ejemplo, se estima que los niños están expuestos a 61 anuncios de alimentos con alto contenido de sal, azúcares y grasas por semana⁷⁷. En estudios realizados en países como el Uruguay⁷⁸, Chile⁷⁹ y Guatemala⁸⁰ también se han analizado las estrategias de comercialización de los alimentos envasados y se ha comprobado que las estrategias orientadas a la salud y a los niños son más frecuentes en los productos alimenticios con mayor contenido de azúcares y energía.

Sin embargo, por el momento, Chile es el único país de la región que ha implantado restricciones obligatorias de comercialización y solo otros nueve países en todo el mundo han instaurado restricciones obligatorias parciales⁸¹. No obstante, un paso positivo ha sido el desarrollo de los modelos regionales de elaboración de perfiles de nutrientes de la OMS para que los Gobiernos los utilicen y adapten en la formulación de políticas destinadas a restringir la publicidad de alimentos destinada a los niños, que ya están listos en 5 de las 6 regiones de la OMS y se hallan en trámite de elaboración en la región faltante (la región de África). Algunos países también están adaptando estos modelos de perfil nutricional para regular la promoción y venta de alimentos y bebidas con alto contenido de grasas, azúcares y sal en las escuelas y sus alrededores.



05

Nepal, 2016

Una pequeña agricultora ha comenzado a producir hortalizas de alto valor en lugar de cereales con la ayuda del Programa Conjunto de Empoderamiento Económico de las Mujeres Rurales.

© ONU-Mujeres/Narendra Shrestha

La lucha contra la malnutrición: compromisos y financiación

PUNTOS CLAVE

- 1** El gasto público en nutrición ha aumentado en algunos países en desarrollo, se ha cumplido el compromiso financiero de 19.600 millones de dólares estadounidenses del proceso Nutrición para el Crecimiento y se han emprendido iniciativas que podrían proporcionar financiación a gran escala. No obstante, la asistencia oficial para el desarrollo destinada a combatir todas las formas de malnutrición sigue siendo inaceptablemente limitada. Es preciso lograr una mejora radical del nivel de inversión para afrontar el problema que supone la malnutrición mundial en todas sus formas y cumplir los planes nacionales de nutrición.
- 2** El gasto específico en nutrición es particularmente limitado. La inversión de los donantes en métodos y programas enfocados a la nutrición es considerablemente mayor; en cambio, disminuyen los fondos destinados a inversiones específicas en nutrición. Los donantes deben conceder la misma prioridad a la inversión en programas específicos de nutrición y programas enfocados a la nutrición. Se ha logrado un pequeño paso adelante en los compromisos de gasto de los donantes relativos a la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación.
- 3** El gasto nacional sigue siendo opaco y difícil de monitorear, y los niveles de financiación varían mucho de un país a otro. Es necesario establecer metas de gasto público claras en función de la carga específica de enfermedad de cada país y apoyar a los Gobiernos para que aumenten el gasto en las metas e impulsen los avances.
- 4** Se están implementando nuevas formas de rastrear los flujos financieros. Es fundamental que los donantes de ayuda adopten y empleen los códigos y el marcador elaborados para mejorar el seguimiento futuro de la financiación de la nutrición, lo que exige una acción concertada por su parte, de modo que todos los utilicen de manera sistemática en los informes.
- 5** Si bien las estimaciones del déficit de financiación varían, es necesaria una financiación a gran escala para hacer frente a los problemas de nutrición. Es necesario contar con mecanismos innovadores y con la inversión de las empresas para complementar la financiación pública. La iniciativa The Power of Nutrition es un ejemplo alentador que pretende movilizar 1.000 millones de dólares más con el objetivo de luchar contra la desnutrición para 2022 y la OMS ha puesto en marcha un nuevo marco de inversión para las enfermedades no transmisibles.
- 6** Los compromisos contraídos a nivel mundial, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025 y la Cumbre Mundial sobre la Nutrición de Milán en 2017, han dado un gran impulso a la lucha contra la malnutrición. A pesar de ello, el progreso en la presentación de informes sobre los compromisos contraídos en la cumbre Nutrición para el Crecimiento de 2013 se está ralentizando a tan solo dos años de la finalización del plazo para cumplirlos. Es imperativo tomar medidas urgentes de inmediato para corregir el rumbo antes de la cumbre Nutrición para el Crecimiento que se celebrará en Japón en 2020.

Introducción

En este capítulo se hace un seguimiento del gasto del sector público (en el plano tanto internacional como nacional) en nutrición y se analiza si este es suficiente para poner fin a la malnutrición en todas sus formas para el año 2030. En el capítulo se muestran algunos avances en la financiación de la nutrición, en particular por parte de los Gobiernos nacionales y las instituciones multilaterales, así como algunos compromisos nuevos de los donantes y mejoras técnicas en cuanto al seguimiento de la financiación de la nutrición a través de la AOD. Se evalúan los avances en las cuantías gastadas, la adopción de dos nuevos procesos de seguimiento, la evolución de los compromisos en el marco del proceso Nutrición para el Crecimiento y las nuevas oportunidades de participación. El reto de la nutrición no se logrará únicamente con fondos públicos. En el *Informe de la Nutrición Mundial* se reconoce la necesidad de tener en cuenta las inversiones y los planes que no provienen del sector público y se ha previsto ampliar el análisis en este ámbito en el futuro.

Sin duda, recaudar los fondos necesarios para llevar a la práctica las medidas en materia de nutrición es un reto enorme. En el Marco de Inversión fundamental del Banco Mundial¹ publicado en 2017, se calcula que se necesitan 7.000 millones de dólares al año para prestar servicios de nutrición que ayuden a alcanzar las metas mundiales relativas al retraso del crecimiento, la anemia y la lactancia materna para 2025, así como para permitir la ampliación del tratamiento de la emaciación. En otros estudios dirigidos a comprender las necesidades del mundo en la lucha contra la malnutrición se estima que esa cifra es aún mayor, habida cuenta de la necesidad de adoptar medidas más amplias para hacer frente a la desnutrición a fin de alcanzar un mayor abanico de objetivos mundiales, como el ODS 2².

Si se amplía aún más la carga, ¿dónde están los fondos necesarios para hacer frente a la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación? Para responder a esta pregunta, la OMS publicó en 2018 un nuevo marco de inversión para las enfermedades no transmisibles³ y dirigió un diálogo mundial sobre la financiación destinada a la prevención y el control de dichas enfermedades⁴. Según expuso el equipo de tareas sobre enfermedades no transmisibles y economía de *The Lancet* en 2018⁵, si se incluyen las inversiones necesarias para hacer frente a la obesidad y a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, el costo de poner fin a todas las formas de

malnutrición sería mucho más elevado. El impacto económico mundial de la obesidad se ha estimado en 2 billones de dólares o el 2,8% del PIB mundial⁶. La pandemia mundial de obesidad también pasa factura al crecimiento económico debido a la pérdida de días de trabajo, la menor productividad laboral, las discapacidades y la mortalidad⁷.

Gasto público nacional en nutrición

Seguimiento del gasto nacional

Hasta la fecha, 47 de los 60 países del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN) han analizado qué proporción de sus presupuestos nacionales destinan a la nutrición⁸. De este modo, se obtiene una perspectiva general de cuánto se ha presupuestado para inversiones específicas y enfocadas a la nutrición (véase el recuadro 5.1) en todos los sectores conexos. El SUN ha proporcionado una orientación metodológica detallada sobre las diferencias entre estos dos tipos de inversiones⁹.

RECUADRO 5.1

¿Qué son las inversiones específicas de nutrición y las inversiones enfocadas a la nutrición¹⁰?

Las **inversiones específicas en nutrición** son intervenciones nutricionales de alto impacto dirigidas a combatir los determinantes inmediatos de la malnutrición. En la serie de *The Lancet* de 2013 sobre la nutrición materno-infantil se recomendaban 10 intervenciones directas, como la suplementación con micronutrientes o el enriquecimiento de los alimentos, el tratamiento de la malnutrición aguda y la lactancia materna exclusiva o la alimentación complementaria de los niños pequeños.

Las **inversiones enfocadas a la nutrición** se centran en las causas subyacentes de la desnutrición. Abarcan iniciativas de diversos sectores, entre ellos la salud; la agricultura y los sistemas alimentarios; la promoción del agua, el saneamiento y la higiene; la educación; y la protección social. Algunos ejemplos de inversiones de este tipo son la mejora del poder adquisitivo de las mujeres, la facilitación del acceso a los alimentos, la diversificación de la agricultura, el fomento de la biofortificación, la promoción de una alimentación sana, el apoyo a la lactancia materna y la mejora del acceso al agua, el saneamiento y la higiene.

Hasta el momento, 25 países han analizado el gasto en nutrición incluido en sus presupuestos en dos o más ocasiones, y Benin, Burundi, Guatemala, Mauritania, el Pakistán, República Democrática del Congo, Tayikistán, Viet Nam y el Yemen lo han hecho en al menos tres ocasiones desde 2015. Las tendencias de los datos sobre el gasto de estos 25 países muestran un aumento general de las asignaciones para la nutrición en comparación con sus dos últimos ejercicios presupuestarios¹¹. Esto se debió a un aumento del 24% en las asignaciones enfocadas a la nutrición, que representaron el 94% del gasto, en comparación con un aumento del 8% en las asignaciones específicas de nutrición¹² (figura 5.1).

Estas cifras consolidadas ocultan diferencias significativas entre países. En términos de gasto total en nutrición —las asignaciones totales para inversiones en nutrición en general—, en 13 países¹³ se observa una disminución de las inversiones, mientras que en 12 países¹⁴ se constata un aumento. Las asignaciones enfocadas a la nutrición siguen una tendencia similar, con un número igual de países que disminuyen o aumentan sus asignaciones y un país (Kirguistán) que no muestra ningún cambio. Solo 9 países¹⁵ están aumentando las asignaciones específicas de nutrición, incluidos 4 países que las han duplicado (Viet Nam, Mauritania, Madagascar y Nepal). En 12 países se observa una tendencia a la baja en las asignaciones específicas de nutrición y en 4 países no se han identificado tales asignaciones en los análisis presupuestarios (Gambia, Ghana, Liberia y Sudán del Sur), probablemente porque los presupuestos no están debidamente desglosados para permitir el seguimiento.

Los datos nuevos de 12 países sobre las inversiones específicas y enfocadas a la nutrición (figura 5.2) muestran que el 96% de este gasto se destina a medidas enfocadas a la nutrición. Algunos están invirtiendo en agricultura (República Democrática del Congo), protección social (Pakistán y Mauritania), agua, saneamiento e higiene (Benin); otros están realizando importantes inversiones en salud (Tayikistán) y educación (Sierra Leona).

Los casos destacados 5.1 y 5.2 arrojan luz sobre la situación en Bangladesh, la República Unida de Tanzania y Etiopía y sobre cómo se realiza el seguimiento de las finanzas nacionales relativas a la nutrición en el país.

FIGURA 5.1

Gasto nacional: cambios en el gasto total específico de nutrición y enfocado a la nutrición de más de 25 países en los dos últimos ejercicios presupuestarios

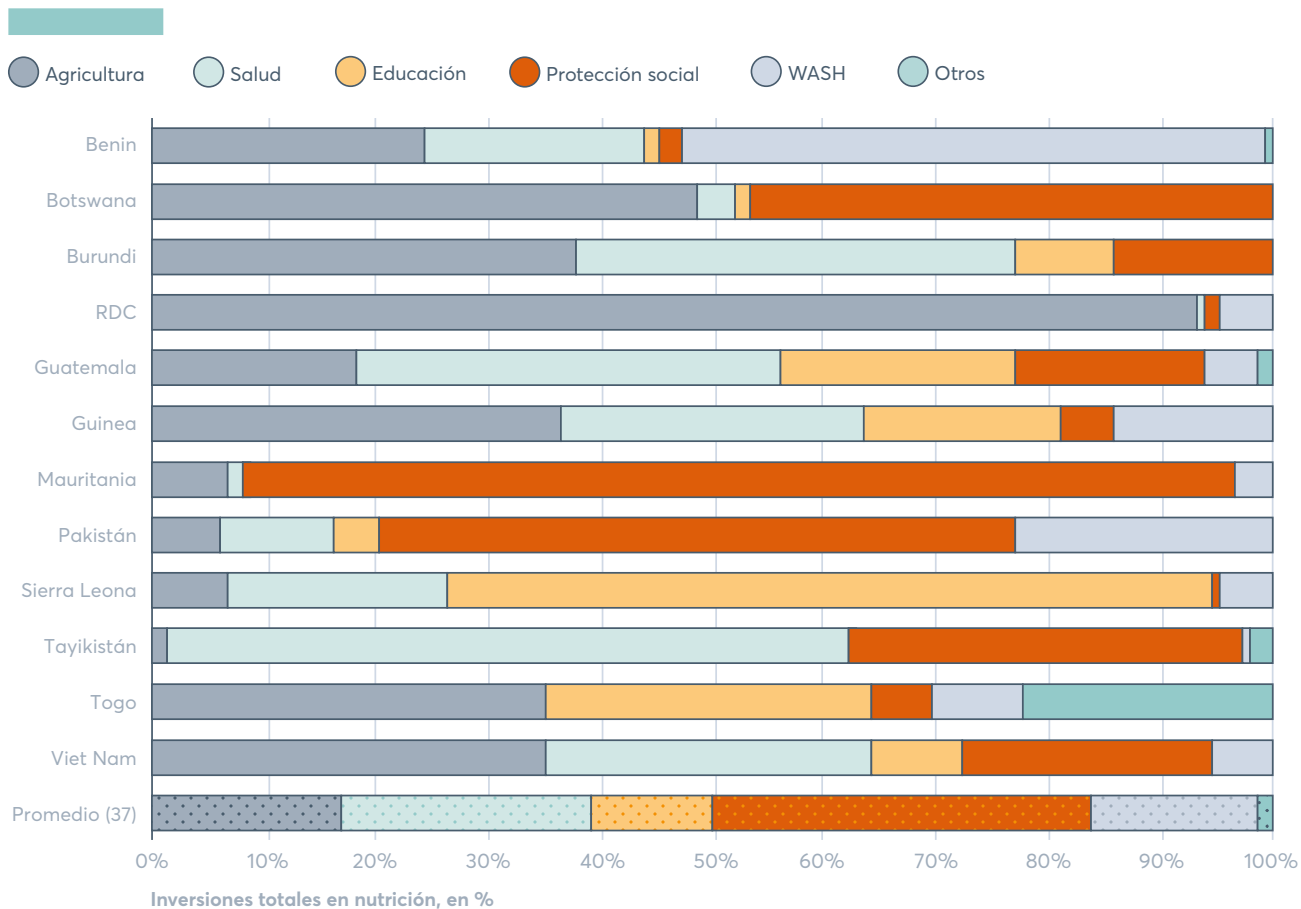


Fuente: Ejercicio de análisis presupuestario, 2018, secretaria del Movimiento SUN.

Notas: A partir de los presupuestos nacionales de 25 países (se añaden deflatores del PIB para tener en cuenta la inflación y expresar los cambios en términos reales).

FIGURA 5.2

Inversiones en nutrición por sector como porcentaje de la inversión total en nutrición



Fuente: Ejercicio de análisis presupuestario, secretaría del Movimiento SUN, 2018.

Notas: Cifras basadas en los datos de 12 países disponibles en 2018. Los datos de referencia abarcan desde 2015 hasta 2018. RDC: República Democrática del Congo; WASH: agua, saneamiento e higiene.

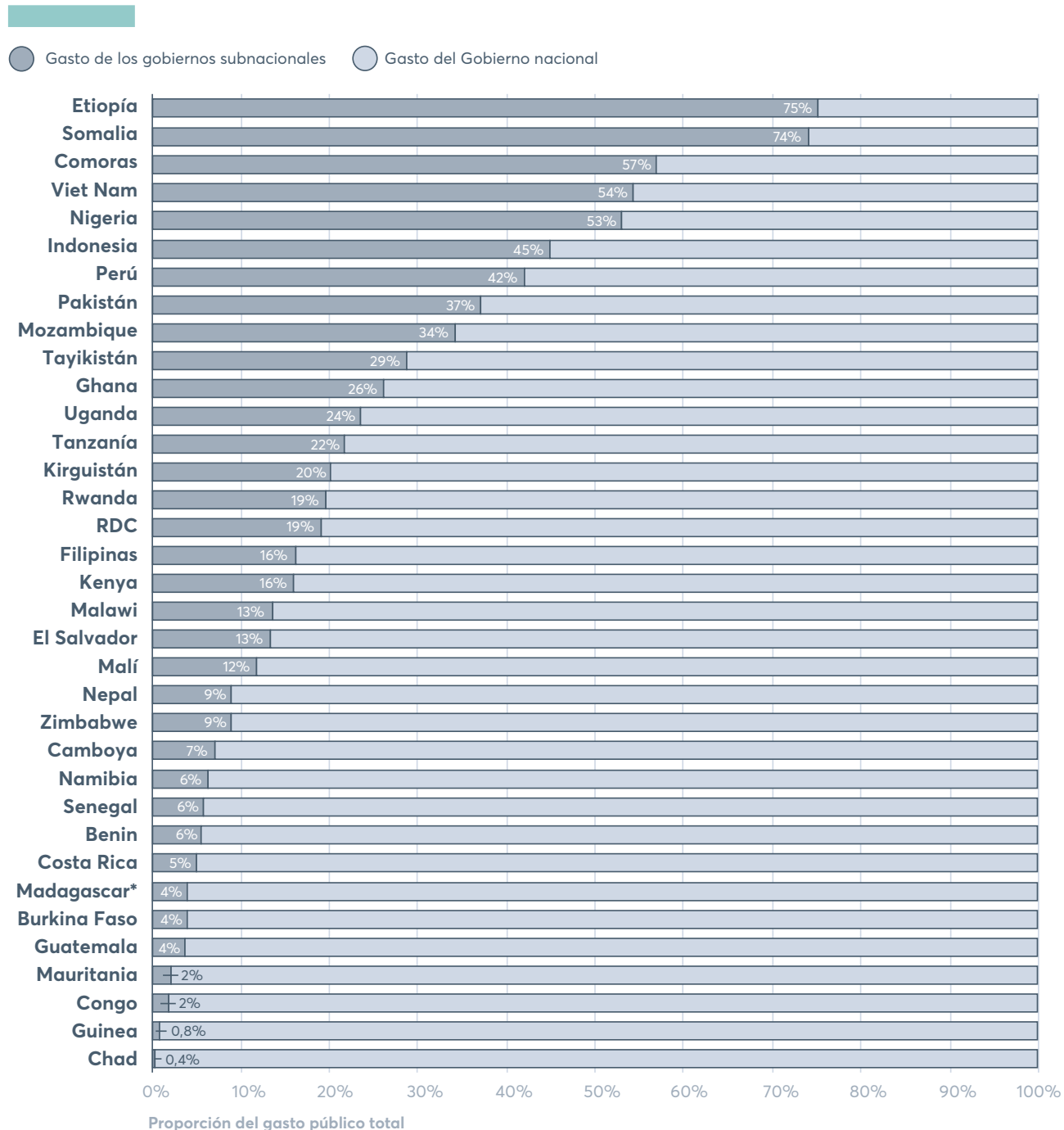
Desglose del gasto subnacional

Hay un creciente consenso sobre la importancia del seguimiento de las inversiones en nutrición en el plano tanto subnacional como nacional. Varios países del Movimiento SUN cuentan con estructuras de gobierno descentralizadas y las autoridades gubernamentales subnacionales pueden ser responsables de una proporción considerable del gasto total, así como de la prestación de servicios clave relacionados con la nutrición (como la salud primaria, la educación preescolar y el agua y el saneamiento). Esto significa que podrían realizar inversiones significativas en nutrición.

En la figura 5.3 se resume la situación en los países del Movimiento SUN y se muestra que, en 18 de ellos, el gasto de los gobiernos subnacionales supera el 15% del gasto público total. Como se muestra en la figura 5.3, la escala de financiación subnacional con respecto a la financiación nacional varía de un país a otro, ya que oscila entre menos del 10% en algunos y hasta el 75% en otros, como Etiopía y Somalia. En países como Kenya, donde el gasto de los gobiernos subnacionales asciende al 16% del total del gasto público, del cual la atención sanitaria constituye una parte desproporcionada, el gasto en salud es mayor en la esfera subnacional que en la nacional¹⁶. Es probable que aumente la importancia de la financiación subnacional de la nutrición, ya que en la actualidad siguen llevándose a cabo procesos de descentralización en los países del Movimiento SUN (como en Nepal, la República Democrática del Congo y Ghana), y es esencial disponer de mejores datos sobre el gasto nacional a fin de mejorar el seguimiento y el efecto de dicha financiación.

FIGURA 5.3

Sinopsis de la financiación subnacional en 35 países del Movimiento SUN



Fuente: Secretaría del Movimiento SUN y Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition (MQSUN+) (Development Initiatives/PATH), 2018, basado en la documentación financiera de la OCDE, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial, el Foro de las Administraciones Locales del *Commonwealth* y los Gobiernos.

Notas: Los datos de referencia abarcan desde 2011 hasta 2017. *Los datos de Madagascar son de 2004. RDC: República Democrática del Congo.

Seguimiento del gasto público en Bangladesh y la República Unida de Tanzania

Stephanie Allan, Clara Picanyol y Mehroosh Tak

En **Bangladesh**, el Gobierno aprobó el segundo Plan Nacional de Acción para la Nutrición para el período 2016-2025. No obstante, el plan aún no se ha plasmado en el presupuesto en su totalidad, lo que plantea dificultades para su aplicación y para satisfacer las ambiciones que refleja. Consciente de las dificultades, el Gobierno de Bangladesh se propone supervisar el gasto en nutrición para ajustarlo mejor a las prioridades del plan y acercarse más a los objetivos en materia de nutrición. En 2018, en colaboración con UNICEF y con el apoyo técnico de Oxford Policy Management, el Gobierno llevó a cabo un examen del gasto público en programas de nutrición. En él se analizaron el nivel, la composición y la gestión de las asignaciones presupuestarias y los gastos reales entre 2014-2015 y 2017-2018. Los resultados preliminares muestran que, en Bangladesh, el grueso del gasto en nutrición lo realizan cuatro ministerios (Ministerios de Alimentación, Salud y Bienestar de la Familia, Educación Primaria y de Masas, y Asuntos de la Mujer y el Niño) y que 20 proyectos acaparan el 80% del gasto en nutrición del país. La mayor parte del gasto está enfocado a la nutrición (el 98%) y solo un 2% es específico de nutrición. En dicho examen también se observaron importantes inversiones financiadas por donantes que no son objeto de un seguimiento exhaustivo y sistemático.

El **Gobierno de la República Unida de Tanzania**, en colaboración con UNICEF y con el apoyo técnico de Oxford Policy Management, llevó a cabo recientemente un examen del gasto público en el sector de la nutrición. El segundo y más reciente ejercicio de estas características en la República Unida de Tanzania se basa en el examen en materia de nutrición realizado en 2014 y consiste en evaluar de manera más exhaustiva el gasto en nutrición, ya que abarca una mayor proporción de los 163 gobiernos locales del país, así como la región semiautónoma de Zanzíbar. En el examen del gasto público se analizaron directamente los datos presupuestarios de una muestra de 22 gobiernos locales, ministerios nacionales, departamentos, organismos y entidades del Gobierno Revolucionario de Zanzíbar, para averiguar cuáles eran las partidas presupuestarias pertinentes en materia de nutrición definidas en el marco de políticas del país, a saber, el Plan Nacional Multisectorial de Acción Nutricional. En la práctica, esto supuso que un equipo de investigadores dedicara varios meses a evaluar manualmente un conjunto de datos de más de 90.000 líneas presupuestarias. A continuación, los resultados se utilizaron para obtener una estimación del gasto público nacional en nutrición a partir de los valores de referencia de la proporción media del gasto que los gobiernos locales destinan a la nutrición.

La importancia de los gobiernos subnacionales en la financiación de la nutrición ha propiciado la aparición de varias iniciativas nuevas en este ámbito. Por ejemplo, el Gobierno de Kenya ha comenzado a evaluar la financiación subnacional en los condados y se están llevando a cabo proyectos similares en Uganda, Nepal, el estado indio de Rajastán, los gobiernos de distrito de Indonesia y la provincia de Baluchistán, en el Pakistán. En todos estos casos, se han realizado importantes hallazgos, no solo sobre la escala de la financiación de la nutrición en estos gobiernos subnacionales, sino también sobre la eficacia y la eficiencia del gasto en relación con los planes establecidos y el nivel de coordinación con los Gobiernos nacionales. Por ejemplo, en el caso del gobierno del estado de Rajastán, se detectó una financiación insuficiente en esferas clave, como la alimentación de los lactantes y los niños pequeños, así como en la suplementación con micronutrientes, y se sugirió que en el futuro se orientaran mejor los recursos a grupos concretos¹⁷. En el gobierno provincial de Baluchistán en el Pakistán, se observó una falta de coherencia entre los departamentos. Como resultado, en el informe se proponían nuevos procesos de planificación y presupuestación para mejorar la calidad y la eficacia de las inversiones pertinentes para la nutrición¹⁸.

Financiación internacional para la nutrición¹⁹

Seguimiento de la financiación de los donantes para medidas específicas de nutrición

El código de propósito del Sistema de Notificación de los Países Acreedores (CRS) del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) en materia de nutrición básica²⁰ está diseñado para registrar los gastos declarados en programas de

Seguimiento de la financiación de la nutrición en todos los sectores de Etiopía

Birara Melese Yalew, Dr Ferew Lemma, Jack Clift, Kavya Ghai y Mary D'Alimonte

La Política Nacional de Alimentación y Nutrición recientemente elaborada por el Gobierno de Etiopía ha supuesto un importante paso adelante en su compromiso de poner fin a la desnutrición infantil para 2030. En este marco jurídico y de rendición de cuentas se hace hincapié en el derecho de los niños a una nutrición adecuada y a un crecimiento normal y se refuerzan las medidas esbozadas en el Programa Nacional de Nutrición. Los objetivos son mejorar la nutrición de las mujeres, las adolescentes y todos los niños de hasta 10 años; fortalecer los servicios de nutrición relacionados con las enfermedades transmisibles y no transmisibles y con el estilo de vida; perfeccionar la ejecución de las intervenciones enfocadas a la nutrición; y mejorar la coordinación en materia de nutrición y la creación de capacidad en todos los sectores.

Se han observado algunos indicios alentadores de progreso; por ejemplo, entre 2000 y 2016, la tasa de retraso del crecimiento de los niños se redujo en un tercio. Sin embargo, aún queda mucho por hacer, ya que la prevalencia del retraso del crecimiento, la emaciación y la anemia siguen siendo elevadas.

El seguimiento de los recursos muestra qué acciones se están financiando y cuáles no. El análisis del seguimiento muestra un aumento constante de la financiación de la nutrición, tanto por parte del Gobierno como de los asociados para el desarrollo, de 181 millones de dólares en 2013-2014 a 455 millones de dólares en 2015-2016. Este aumento está impulsado por las inversiones en programas multisectoriales a gran escala, como el Programa de Redes de Seguridad Productivas y el Programa Nacional ONE WASH. En cambio, la financiación de intervenciones centradas exclusivamente en la nutrición, como la creación de capacidad para la nutrición, la comunicación para el cambio de conductas, la promoción de la lactancia materna, la gestión de la malnutrición aguda y los programas de micronutrientes, es relativamente baja. No se han dedicado fondos para intervenciones contra la obesidad o las enfermedades no transmisibles.

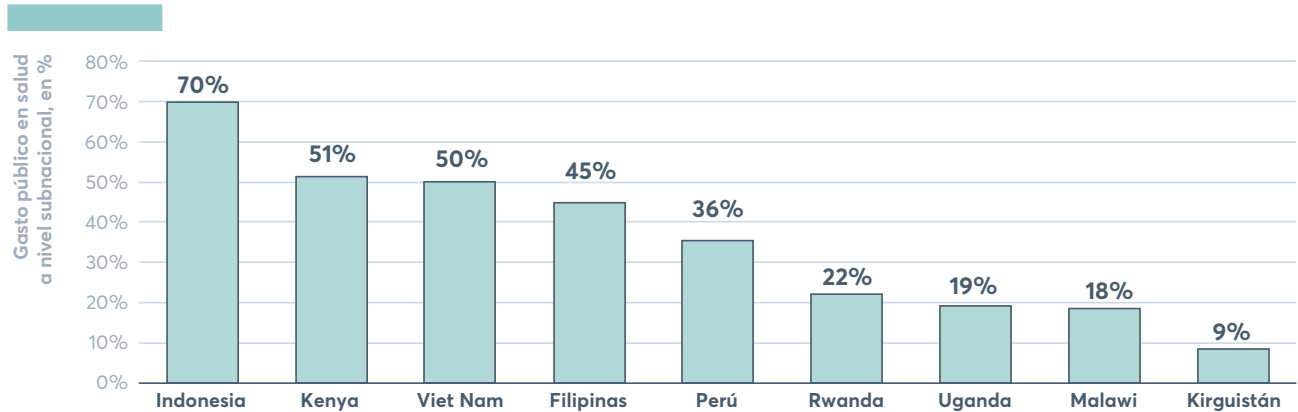
El Ministerio de Salud ha iniciado un análisis anual multisectorial de los recursos destinados a la nutrición en los sistemas rutinarios con miras a proporcionar mejores datos para el ciclo de planificación. El enfoque ha sido elaborado de tal modo que refleje las lecciones aprendidas que puedan ser de utilidad para otros países que deseen planificar un análisis de los recursos. Entre las principales lecciones aprendidas hasta ahora figuran las siguientes:

- saber con precisión cómo y cuándo se utilizarán los datos;
- integrar el análisis de los recursos nutricionales en los sistemas de información sanitaria u otros sistemas de información existentes, para aumentar la eficiencia, reducir la duplicación y mejorar la sostenibilidad;
- desarrollar la capacidad del sector público, de otros participantes y de los ejecutores;
- contar con la aprobación de los Gobiernos y los asociados para el desarrollo a la hora de determinar los datos que deben recopilarse y la metodología para ello (esto también contribuye a fomentar el sentido de propiedad);
- identificar y monitorear los componentes específicos de nutrición en el marco de los programas multisectoriales;
- consultar a todos los sectores pertinentes para asegurarse de que los datos les son útiles.

El Ministerio espera que estas directrices ayuden a otros Gobiernos a superar el importante reto que supone simplificar la recopilación de datos, utilizar la información oportuna para la planificación anual y presentar informes a los asociados para el desarrollo.

FIGURA 5.4

Porcentaje del gasto total en salud de los gobiernos subnacionales de nueve países del Movimiento SUN, 2018



Fuente: Secretaría del Movimiento SUN/MQSUN+ (Development Initiatives/PATH), 2018, diversos documentos del sector financiero y sanitario de los Gobiernos, estadísticas de las finanzas públicas del Fondo Monetario Internacional y exámenes de las políticas nacionales de salud de la OMS.

alimentación directa, alimentación materna, lactancia materna y alimentos de destete, la alimentación de los niños, la alimentación en las escuelas (hasta el año 2016), las intervenciones en materia de micronutrientes, como el suministro de vitamina A, yodo y hierro, la supervisión del estado nutricional, la educación sobre la nutrición y la higiene de los alimentos y la seguridad alimentaria de las familias²¹. En la práctica, se ha demostrado que, como indicador, no es totalmente representativo de las intervenciones específicas de nutrición. No obstante, es una herramienta importante para supervisar los gastos en la materia (véase el caso destacado 5.3).

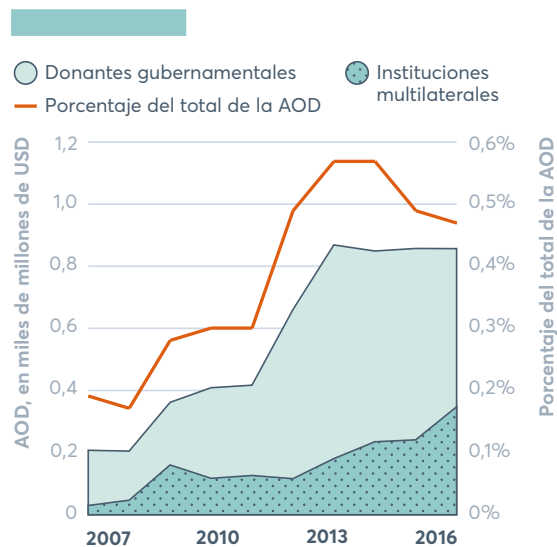
La ayuda para la nutrición básica notificada por los donantes y los organismos multilaterales ascendió a 856 millones de dólares en 2016, casi el 0,5% del total de la AOD. Otras estimaciones del gasto específico en nutrición son más elevadas y llegan a situarla en los 1.120 millones de dólares²². Aunque la cifra correcta fuera la más alta, esto equivaldría a menos del 1% de la AOD mundial.

En la figura 5.5 se muestran los desembolsos en concepto de nutrición básica de los donantes de AOD para 2007 a 2016 (el último año disponible). Tras cuadruplicar el gasto entre 2007 y 2013, este se ha estancado. Además, como porcentaje de la AOD total, la AOD destinada a la nutrición básica ha disminuido anualmente desde 2013, cuando se registró el pico de gasto. La AOD para la nutrición básica representa actualmente *menos de la mitad del 1%* de la AOD total, lo que constituye una proporción relativamente reducida de toda la asistencia para el desarrollo en comparación con otros sectores: en 2016, el 6,8% de la AOD se destinó a la educación, el 4,1% a la agricultura y el 1% a la lucha contra la malaria²³.

Entre 2015 y 2016, 17 países donantes declararon haber realizado una contribución inferior y solo 9 aumentaron sus contribuciones (figura 5.6). Como resultado, la ayuda bilateral a la nutrición básica se redujo en 107 millones de dólares y

FIGURA 5.5

Desembolsos de AOD correspondientes a nutrición básica, 2007-2016



Fuente: Development Initiatives, a partir del Sistema de Notificación de los Países Acreedores (CRS) del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE. Datos descargados el 11 de mayo de 2018.

Notas: Los montos corresponden a desembolsos brutos de AOD a precios constantes del año 2016. En la figura se incluyen las donaciones y los préstamos de AOD, pero se excluyen otros flujos oficiales y subvenciones privadas comunicadas al CRS del CAD de la OCDE. Entre los Gobiernos donantes figuran los países miembros del CAD y otros donantes gubernamentales (Emiratos Árabes Unidos y Kuwait). Las instituciones multilaterales incluyen todas las organizaciones multilaterales que presentan informes sobre AOD al CRS del CAD de la OCDE.

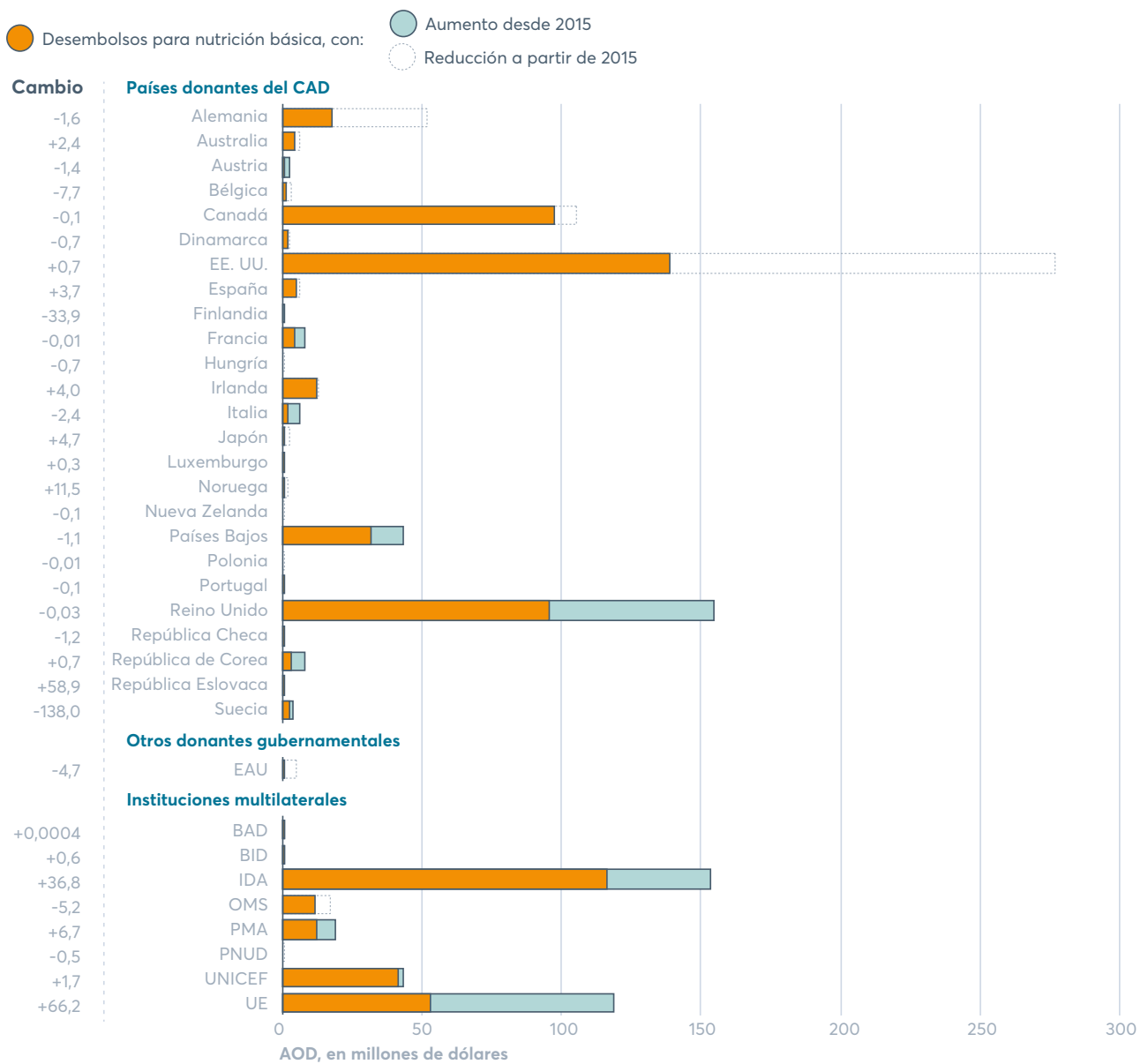
cayó a 509 millones de dólares. No obstante, cabe señalar que estas aparentes disminuciones pueden deberse a las recientes mejoras introducidas en el código de propósito sobre la nutrición básica, por las que se han suprimido las actividades de alimentación escolar (véase el caso destacado 5.3). Si bien la eliminación de la alimentación en las escuelas de dicho código debería haber entrado en vigor a partir de 2016, en la práctica, es posible que los donantes hayan

respondido y se hayan adherido a la nueva definición de forma poco sistemática y, por lo tanto, es difícil atribuir los cambios observados en el gasto específicamente a estas modificaciones.

Al mismo tiempo, el gasto total de las instituciones multilaterales aumentó en 106 millones de dólares. El efecto neto es que no se ha registrado ningún cambio real en la cantidad total notificada en el código de nutrición básica.

FIGURA 5.6

Cambios en los desembolsos de AOD correspondientes a nutrición básica por donante, 2015-2016



Fuente: Development Initiatives, a partir del Sistema de Notificación de los Países Acreedores del CAD de la OCDE.

Notas: Los montos corresponden a desembolsos brutos de AOD a precios constantes del año 2016. BAD: Banco Africano de Desarrollo; AIF: Asociación Internacional de Fomento; BID: Banco Interamericano de Desarrollo; EAU: Emiratos Árabes Unidos; PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; PMA: Programa Mundial de Alimentos; OMS: Organización Mundial de la Salud. Datos descargados el 11 de mayo de 2018.

Metodologías novedosas para monitorear el gasto de los donantes

Nawal Chahid, Aurore Gary y Mary D'Alimonte

Nuevo código de propósito sobre nutrición

Todos los donantes comunican al CAD de la OCDE la AOD que aportan con arreglo a un conjunto común de normas y definiciones acordadas. La AOD se clasifica en dos niveles: sectores —como la salud o la agricultura— y un subconjunto de "códigos de propósito". El código de propósito sobre la nutrición básica en el sector de la salud recoge algunos de los gastos específicos en nutrición.

En el *Informe de la Nutrición Mundial* y otros informes se indicó que el código de nutrición básica era una forma imperfecta de realizar un seguimiento del gasto específico en nutrición, y en 2017 se adoptó un código revisado con algunas mejoras, como la eliminación de la alimentación escolar, para permitir un seguimiento más preciso de la nutrición específicamente.

Si bien en el código de propósito sobre la nutrición básica se recogen los programas cuyo objetivo principal es mejorar la nutrición, es posible que se pasen por alto las inversiones en nutrición integradas en programas más amplios que se ejecutan en distintos sectores (por ejemplo, los programas de salud materno-infantil que incluyen la administración de suplementos o los programas agrícolas que incluyen la fortificación de los alimentos). Una parte significativa del gasto específico en nutrición se reparte entre otros códigos del CAD simplemente debido a la naturaleza integrada de la programación sobre nutrición, por lo que puede pasar desapercibida si se examina únicamente el código de nutrición básica. Ese código tampoco capta el gasto enfocado a la nutrición (que se analiza en la tabla 5.1) ni el gasto en obesidad o enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (figura 5.8).

Nuevo marcador de políticas de nutrición

Se dio un gran paso adelante en el seguimiento de la ayuda nutricional mediante la adopción de un marcador de políticas de nutrición en julio de 2018, gracias a la estrecha colaboración entre la Red de Donantes del Movimiento SUN, Francia y Acción contra el Hambre. Sin ese marcador, el CRS era incapaz de monitorear las inversiones en nutrición en todos los sectores, lo que había limitado en gran medida el seguimiento de la ayuda nutricional multisectorial mediante los datos del dominio público (una de las razones por las que la Red de Donantes del Movimiento SUN elaboró su propio método). Ahora, el marcador de políticas de nutrición —similar al adoptado para la igualdad de género— permitirá una mejor contabilización del progreso hacia las metas mundiales de nutrición, incluidas las inversiones específicas y enfocadas a la nutrición en todos los sectores. Se exigirá a todos los donantes que utilicen el marcador de políticas para 2020.

Cómo funciona: Todos los proyectos de los donantes se evaluarán en función de su pertinencia para la nutrición y se les asignará una puntuación con respecto al marcador de políticas en función de la importancia que se atribuya a la nutrición en la inversión sobre una escala de tres puntos.

Es decir, este sistema permite detectar las inversiones en todos los sectores y con cualquier código de propósito que incorporen actividades, objetivos y resultados en materia de nutrición.

El nuevo marcador de políticas reforzará la rendición de cuentas y la transparencia a través de datos de libre acceso para los donantes, los investigadores y la sociedad civil. Por primera vez, los donantes pueden realizar un seguimiento sistemático de la integración en todas las carteras sectoriales de los fondos que han facilitado, ya sean específicos o enfocados a la nutrición. Servirá para racionalizar el seguimiento de todas las inversiones multisectoriales en nutrición que realicen los donantes y les ayudará a decidir cómo dirigir las intervenciones y estrategias de manera más eficaz a los países que más las necesitan. También permitirá a los donantes examinar más a fondo el nivel de integración de la nutrición en el conjunto de su cartera de programas.

Ahora que el marcador de políticas está en vigor, el siguiente paso es establecer un conjunto de directrices para ayudar a los donantes a ponerlo en práctica (de forma similar al proceso del marcador de género antes mencionado). La Red de Donantes del Movimiento SUN y Acción contra el Hambre continuarán trabajando para garantizar su ejecución efectiva.

El código y el marcador de políticas del CRS, ambos nuevos y mejorados, son excelentes ejemplos de colaboración entre los donantes, la sociedad civil y la OCDE. Indican un cambio a largo plazo en el liderazgo, la gobernanza y la responsabilidad mutua para hacer frente al problema mundial de la malnutrición, que redundará en beneficio de los países destinatarios, los donantes, los investigadores y la sociedad civil.

En la figura 5.7 se muestran los desembolsos para nutrición básica por donante y se incluyen las donaciones privadas notificadas por la Fundación Bill y Melinda Gates. El Reino Unido, los Estados Unidos, la Unión Europea y el Canadá encabezaron de nuevo la lista de donantes del CAD en 2016 y aportaron el 60% de la AOD mundial destinada a la nutrición básica. En el caso destacado 5.5 se incluye más información sobre la financiación aportada por el Gobierno de los Estados Unidos.

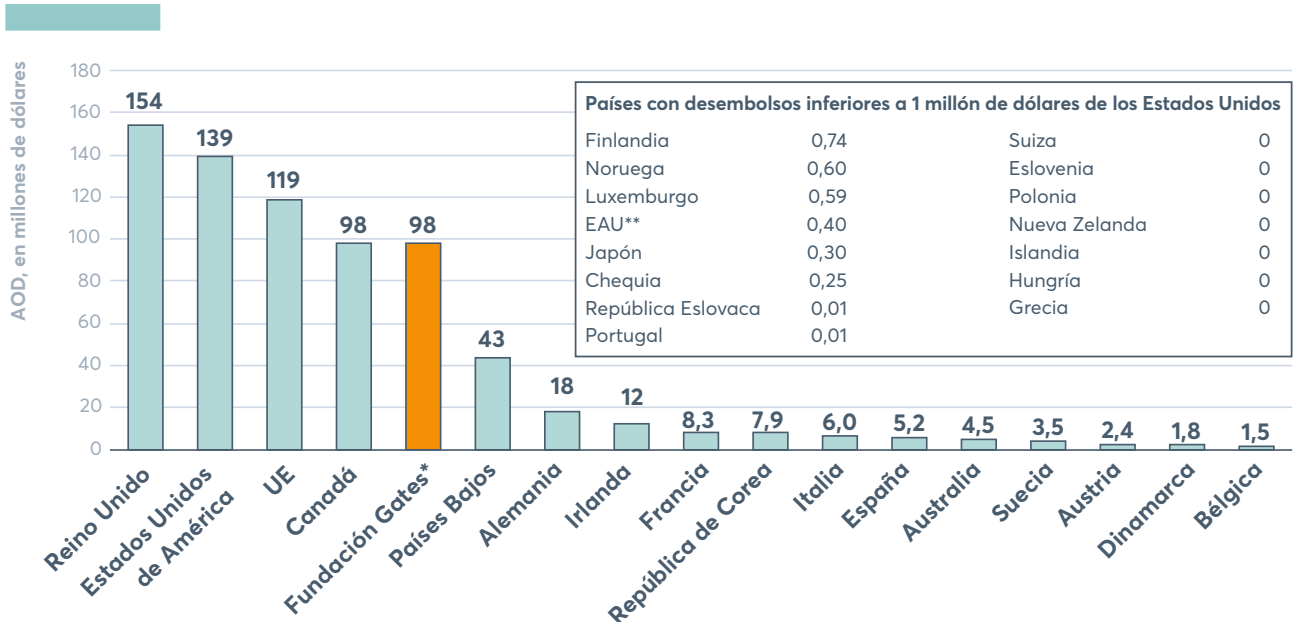
Algunos donantes declaran que en 2016 el gasto en AOD para nutrición básica fue significativamente menor que en 2015. Los Estados Unidos, por ejemplo, recortaron el gasto en el código de nutrición básica en un 50%. Alemania también redujo el gasto en el código de nutrición básica (en un 65%) y el Japón, en un 89% (figura 5.6).

Como se señaló anteriormente, algunas de estas disminuciones pueden deberse en parte a los recientes cambios en el código de propósito sobre la nutrición básica (véase el caso destacado 5.3). Otras también pueden atribuirse a un mayor gasto en enfoques centrados en la nutrición (véase la tabla 5.1 y el caso destacado 5.5 sobre el ejemplo de los Estados Unidos).

Nueva Zelanda, Polonia y Hungría se unieron a Grecia, Islandia, Eslovenia y Suiza en la lista de países que no registraron ningún gasto en el código de nutrición básica. Por otra parte, el Reino Unido (el 62%), los Países Bajos (el 36%) y la República de Corea (el 142%) aumentaron significativamente el gasto en el código de nutrición básica y Austria e Italia incrementaron en más del doble la AOD destinada a la nutrición básica. Seis de las ocho instituciones multilaterales que aportan AOD para la nutrición básica aumentaron sus gastos. La Unión Europea es ahora uno de los agentes multilaterales que más gasta, seguida por UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos.

Como se señala en caso destacado 5.3, el código de propósito sobre la nutrición básica es un indicador imperfecto del gasto específico en nutrición, ya que solo capta un subconjunto de las inversiones en ese ámbito. En el análisis detallado realizado por Results for Development se destaca esta limitación y se indica que es imposible determinar los gastos que se ajustan a las metas de 2025 únicamente con el código. Más allá del código de propósito, se observa que la mayor parte del gasto específico en nutrición está alineado con las metas en materia de retraso del crecimiento y emaciación²⁴. En el análisis se hace un seguimiento del gasto de los donantes

FIGURA 5.7
Desembolsos de AOD correspondientes a nutrición básica por donante, 2016



Fuente: Development Initiatives, a partir del Sistema de Notificación de los Países Acreedores (CRS) del CAD de la OCDE.

Notas: Los montos corresponden a desembolsos brutos de AOD a precios constantes del año 2016. *El gasto de la Fundación Bill y Melinda Gates se refiere a las subvenciones privadas comunicadas al CRS del CAD de la OCDE. **EAU: Los Emiratos Árabes Unidos son el único donante fuera del CAD que declaró haber aportado AOD para nutrición básica en 2016. Datos descargados el 11 de mayo de 2018.

en intervenciones específicas de nutrición en relación con las metas de nutrición para 2025²⁵, con miras a monitorear el gasto en relación con el total de recursos necesarios para alcanzar las metas²⁶. Se estima que se gastaron 1.120 millones de dólares en intervenciones específicas de nutrición para alcanzar las metas mundiales de nutrición en 2015²⁷. La mayor parte de esos fondos se destinaron a la reducción del retraso del crecimiento (495 millones de dólares) y a la emaciación (224 millones de dólares), y se asignaron a África Subsahariana y a Asia Meridional. La mayor parte de los fondos se dedicó a la suplementación con micronutrientes, el tratamiento de la malnutrición aguda, el asesoramiento en materia de nutrición y la investigación.

Es evidente que la financiación internacional destinada a inversiones específicas en nutrición es desproporcionada con respecto a la necesidad de mejorar de manera significativa y sustancial la nutrición para obtener beneficios a más largo plazo, incluidos el bienestar individual y el progreso económico y social. Debe estudiarse el gasto en relación con las necesidades en el plano nacional para evaluar mejor si las asignaciones son proporcionales a las necesidades y a quienes se destinan los fondos. A menos que se armonice la financiación con las necesidades y las inversiones estén mejor orientadas, seguirá habiendo personas que se queden atrás. En el futuro, se prevé ofrecer un análisis en el *Informe de la Nutrición Mundial* donde se examinen las tendencias de la asignación por país receptor y por necesidad²⁸.

A la luz de estos déficits de financiación, la iniciativa The Power of Nutrition representa un ejemplo interesante de cómo las nuevas formas de financiación innovadora pueden movilizar a múltiples asociados y aumentar la financiación para la nutrición (caso destacado 5.4).

Seguimiento de la financiación de los donantes para inversiones enfocadas a la nutrición

Como se señala en el caso destacado 5.3, el sistema de presentación de informes de los donantes del CAD de la OCDE no les permite informar sobre las inversiones enfocadas a la nutrición que realizan. En este contexto, en el *Informe de la Nutrición Mundial* se utilizan los datos proporcionados por los donantes como parte del proceso Nutrición para el Crecimiento para obtener una mejor visión de conjunto de la ayuda que se presta a las actividades enfocadas a la nutrición.

La información presentada por los propios donantes tiene limitaciones y las metodologías para detectar los gastos pertinentes difieren de un donante a otro. La metodología de la Red de Donantes del Movimiento SUN corrobora en cierto modo un enfoque consensuado para determinar el gasto de los donantes en intervenciones enfocadas a la nutrición, pero no todos los donantes que presentan informes la adoptan ni la aplican de manera uniforme, lo que significa que las cifras de gasto resultantes no son comparables entre sí. La adopción del nuevo marcador político del CAD de la OCDE es una oportunidad importante para normalizar la información financiera con respecto a los compromisos en materia de nutrición y garantizar que los datos sean comparables y, por lo tanto, pertinentes. El marcador de políticas, al igual que la metodología SUN, está sujeto a errores humanos y limitado por la calidad y el grado de detalle de la documentación de los proyectos de los donantes. En las notas de la tabla 5.1 se muestran algunas de estas diferencias e incongruencias.

Si bien el seguimiento de estas inversiones es importante, a diferencia de las intervenciones específicas de nutrición, se dispone de menos información sobre la financiación necesaria y los costos de la nutrición. Aunque numerosos países cuentan con marcos de inversión en nutrición, es necesario prestar más atención a los ejercicios de cálculo de costos para contar con evaluaciones realistas de las necesidades de financiación específicas en nutrición. Sin un buen cálculo de los costos, resulta difícil detectar las deficiencias, establecer prioridades en las inversiones y supervisar los progresos.

Cada donante sigue sus propios enfoques y prioridades para otorgar sus asignaciones. En los puntos destacados 5.5, 5.6 y 5.7 se ofrecen más detalles sobre las inversiones y compromisos de los Estados Unidos, la Comisión Europea y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) en el marco de los métodos enfocados a la nutrición que aplican en su labor.

En la tabla 5.1 puede verse que los Estados Unidos han sido, con creces, el mayor donante por lo que respecta a los métodos enfocados a la nutrición en los últimos años, y que la Unión Europea, el Canadá y el Reino Unido también han aportado contribuciones importantes. En 2016, el gasto enfocado a la nutrición ascendió a 6,08 millones de dólares, frente a 5,48 millones en 2015.

Financiación innovadora destinada a la nutrición: la iniciativa The Power of Nutrition

Mavis Owusu-Gyamfi y Tatum Summers

La magnitud de la desnutrición mundial está a la par con el enorme déficit de financiación necesaria para combatirla. Para colmar esta laguna, el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido, la Children's Investment Fund Foundation, la Fundación Optimus de la UBS, UNICEF y el Banco Mundial crearon The Power of Nutrition en 2015. En esta plataforma se movilizan fondos para intervenciones específicas contra la desnutrición mediante el aprovechamiento de financiación y alianzas entre el sector privado, los Gobiernos, los donantes y los asociados en la ejecución con miras a ampliar los programas nacionales de nutrición sostenibles. En el marco de este modelo, por cada dólar invertido en The Power of Nutrition se añade otro más en la plataforma y el asociado en la ejecución del programa vuelve a doblarlo, con lo que la financiación inicial se cuadruplica. Ya se han logrado efectos tangibles en seis países de África Subsahariana y el objetivo es obtener 1.000 millones de dólares más para programas de nutrición para 2022.

Aumento de la financiación destinada a la nutrición en Côte d'Ivoire

Este modelo de financiación se empleó con buenos resultados en Côte d'Ivoire, donde The Power of Nutrition auspició una asociación para brindar apoyo al Proyecto Multisectorial de Nutrición y Desarrollo Infantil del Gobierno. La asociación incluía al consorcio Transforming Education in Cocoa Communities (TRECC) —una agrupación del sector privado creada para mejorar las condiciones de vida de los niños y los jóvenes mediante una mejor educación, incluida la crianza de los hijos y la formación relativa a la primera infancia— la Fundación Bill y Melinda Gates y el Banco Mundial.

Como inversor clave en Côte d'Ivoire, se preguntó al TRECC si consideraría la posibilidad de invertir con The Power of Nutrition y el Banco Mundial en el Proyecto Multisectorial de Nutrición y Desarrollo Infantil. El TRECC expresó su interés en invertir 5 millones de dólares, siempre y cuando los demás socios (el Banco Mundial, el Gobierno y los fundadores de la plataforma The Power of Nutrition) ampliaran la cobertura del programa a algunas regiones productoras de cacao y el contenido incluyera la educación para la crianza de los hijos y la estimulación de los niños. Tras extensas negociaciones, los asociados acordaron ampliar la cobertura del programa y poner a prueba un enfoque de educación para la crianza de los hijos y estimulación de los niños que, de tener éxito, se ampliaría.

Al mismo tiempo, The Power of Nutrition debatía con la Fundación Gates sobre la posibilidad de apoyar varios programas nacionales en tres países africanos. La Fundación Gates aprobó la solicitud de incluir a Côte d'Ivoire en la lista final de países, lo que permitió a The Power of Nutrition aumentar su compromiso global con el Proyecto Multisectorial de Nutrición y Desarrollo Infantil en otro millón de dólares más.

The Power of Nutrition, junto con sus donantes, invirtió 10,4 millones de dólares en total, a los que se sumaron 50 millones de dólares de la Asociación Internacional de Fomento (un préstamo del Banco Mundial al Gobierno de Côte d'Ivoire), con lo que el programa ascendió a un total de 60,4 millones de dólares en un período de 5 años, es decir, 10 veces más que los 6 millones de dólares invertidos inicialmente por el TRECC y la Fundación Gates.

Mediante este programa, se aunó un grupo de socios diversos para colaborar y financiar un único programa de nutrición en Côte d'Ivoire a través de la plataforma The Power of Nutrition. Además, se obtuvo financiación de donantes que históricamente no habían financiado la nutrición. Ahora, Côte d'Ivoire cuenta con su primer programa nacional a gran escala centrado en mejorar la nutrición y el desarrollo del niño en la primera infancia.

La plataforma The Power of Nutrition tiene por objetivo establecer una cartera de programas de nutrición en toda el África Subsahariana y Asia que permitirá que otros 17 millones de niños y 18 millones de mujeres tengan acceso a servicios de nutrición, ayudará a evitar 600.000 casos de retraso del crecimiento y 1,5 millones de casos de anemia materna y evitará la muerte de 60.000 niños y niñas menores de 5 años²⁹. Hasta la fecha, The Power of Nutrition ha recaudado 58 millones de dólares de organismos como el TRECC, la Fundación Gates y otros. Los fundadores de la plataforma, como el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido y la Children's Investment Fund Foundation, han duplicado esta cifra y, hasta la fecha, se han comprometido a aportar algo más de 150 millones de dólares. Este modelo de apalancamiento ha contribuido a sumar un total de 360 millones de dólares para programas en África Subsahariana. Los dos primeros programas han permitido que, hasta la fecha, más de 8 millones de niños y más de 3 millones de mujeres tengan acceso a servicios de nutrición.

Escala, reforma sistémica y sostenibilidad

La plataforma tiene la responsabilidad de asegurar que su financiación apalancada sea lo más eficaz posible y lleva a cabo la diligencia debida con todos los asociados en la ejecución. Los resultados son monitoreados y evaluados para configurar futuros programas. Su objetivo es multiplicar el impacto sobre el terreno para garantizar que los compromisos financieros colectivos sean lo más eficaces posible, centrándose en tres elementos:

- **Escala:** Se invierte en países donde la prevalencia del retraso del crecimiento es superior al 30% y afecta a más de 250.000 niños. Para asegurarse de que los programas produzcan resultados a gran escala, el presupuesto mínimo es de 10 millones de dólares.
- **Reforma sistémica:** Se apoya a los Gobiernos en el desarrollo de sus capacidades y sistemas para reforzar la ejecución de los programas nacionales de nutrición. Por ejemplo, en Liberia, en el marco del programa con UNICEF, se financia a una persona que dirige la puesta en marcha de nuevos sistemas de información sobre nutrición.
- **Sostenibilidad:** Se buscan ganancias a largo plazo que perduren incluso después de haber finalizado el programa. El programa con el Banco Mundial en la República Unida de Tanzania apoya al Gobierno en la prestación de servicios de nutrición a través del sistema nacional de salud mediante sus propios recursos. Los pagos solo se realizan cuando el Gobierno alcanza ciertas metas.

TABLA 5.1.

 Desembolsos destinados a la nutrición entre 2010 y 2016 comunicados hacia los *Informes de la Nutrición Mundial* (2014-2018)

| EN MILES DE DÓLARES | ESPECÍFICO DE NUTRICIÓN | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | 2010 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Australia*** | 6.672 | 16.516 | SR | 20.857 | NA | 15.639 |
| Canadá* | 98.846 | 205.463 | 169.350 | 159.300 | 108.600 | 97.628 |
| UE** | 50.889 | 8 | 54.352 | 44.680 | 48.270 | 29.721 |
| Francia*** | 2.895 | 3.852 | 2.606 | 6.005 | 4.660 | 8.572 |
| Alemania | 2.987 | 2.719 | 35.666 | 50.572 | 51.399 | 18.047 |
| Irlanda | 7.691 | 7.565 | 10.776 | 19.154 | 13.079 | 12.391 |
| Países Bajos | 2.661 | 4.007 | 20.216 | 25.025 | 31.604 | 46.331 |
| Suiza [§] | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Reino Unido**** | 39.860 | 63.127 | 105.000 | 87.000 | 92.400 | 156.000 |
| EE. UU.+ | 82.613 | 229.353 | 288.649 | 263.241 | 382.891 | 296.974 |
| Fundación Gates | 50.060 | 80.610 | 83.534 | 61.700 | 96.500 | 96.616 |
| CIFF | 980 | 5.481 | 37.482 | 26.750 | 53.607 | 32.784 |
| Banco Mundial** | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| Total de los 13 donantes | 346.154 | 618.701 | 807.631 | 764.284 | 878.350 | 810.703 |

| EN MILES DE DÓLARES | ENFOCADO A LA NUTRICIÓN | | | | | |
|--------------------------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2010 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Australia*** | 49.903 | 114.553 | SR | 87.598 | NA | 128.706 |
| Canadá* | 80.179 | 90.171 | SR | 998.674 | 1.271.986 | 1.309.732 |
| UE** | 392.563 | 309.209 | 315.419 | 570.890 | 423.704 | 496.672 |
| Francia | 23.003 | 27.141 | 33.599 | SR | 23.781 | 16.446 |
| Alemania | 18.856 | 29.139 | 20.642 | 51.547 | 84.174 | 186.780 |
| Irlanda | 34.806 | 45.412 | 48.326 | 56.154 | 54.217 | 54.248 |
| Países Bajos | 2.484 | 20.160 | 21.616 | 18.274 | 28.422 | 56.510 |
| Suiza | 21.099 | 28.800 | 29.160 | 26.501 | 43.656 | 42.190 |
| Reino Unido**** | 302.215 | 412.737 | 734.700 | 780.500 | 928.300 | 693.000 |
| EE. UU.+ | 2.005.880 | 1.968.759 | 2.449.706 | 2.656.269 | 2.555.332 | 3.011.605 |
| Fundación Gates | 12.320 | 34.860 | 43.500 | 29.200 | 42.000 | 62.619 |
| CIFF | 0 | 0 | 854 | 154 | 20.725 | 21.595 |
| Banco Mundial** | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| Total de los 13 donantes | 2.943.308 | 3.080.941 | 3.697.522 | 5.275.761 | 5.476.297 | 6.080.103 |

| EN MILES DE DÓLARES | TOTAL | | | | | |
|--------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 2010 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Australia*** | 56.575 | 131.069 | SR | 108.455 | NA | 144.345 |
| Canadá* | 179.025 | 295.634 | NA | 1.157.974 | 1.380.586 | 1.407.360 |
| UE** | 443.452 | 309.217 | 369.771 | 615.570 | 471.974 | 526.393 |
| Francia | 25.898 | 30.993 | 36.205 | NA | 28.441 | 25.018 |
| Alemania | 21.843 | 31.858 | 56.308 | 102.119 | 135.573 | 204.827 |
| Irlanda | 42.497 | 52.977 | 59.102 | 75.308 | 67.295 | 66.640 |
| Países Bajos | 5.145 | 24.167 | 41.832 | 43.299 | 60.027 | 102.841 |
| Suiza | 21.099 | 28.800 | 29.160 | 26.501 | 43.656 | 42.190 |
| Reino Unido**** | 342.075 | 475.864 | 839.700 | 867.500 | 1.020.700 | 849.000 |
| EE. UU.+ | 2.088.493 | 2.198.112 | 2.738.356 | 2.919.510 | 2.938.223 | 3.308.578 |
| Fundación Gates | 62.380 | 115.470 | 127.034 | 90.900 | 138.500 | 159.235 |
| CIFF | 980 | 5.481 | 38.336 | 26.904 | 74.332 | 54.379 |
| Banco Mundial** | NA | NA | NA | NA | NA | NA |
| Total de los 13 donantes | 3.289.462 | 3.699.642 | 4.335.804 | 6.034.040 | 6.359.307 | 6.890.806 |

Fuente: Los autores, a partir de los datos facilitados por los donantes.

Notas: Los datos reflejan los precios corrientes. La mayoría de los donantes informan en dólares de los Estados Unidos; cuando no lo hacen, se aplica el promedio anual de la tasa de cambio de la OCDE o del Servicio de Impuestos Internos de los Estados Unidos. CIFF: Children's Investment Fund Foundation; Fundación Gates: Fundación Bill y Melinda Gates; SR: sin respuesta a nuestra petición de datos; NA: no aplicable (no es posible calcular cifras totales significativas debido a la falta de datos o a que estos se obtuvieron con una metodología distinta de la utilizada por la Red de Donantes del Movimiento SUN). Los cálculos y las notificaciones a menudo difieren según el país y el donante, como se indica con los símbolos (+§) y se explica en la nota 30³⁰.

Avances del Gobierno de los Estados Unidos de América en la financiación de la nutrición

Erin Milner, Anne Peniston, Kate Consavage, Katherine Owens y Amy Fowler

Introducción

El Gobierno de los Estados Unidos, a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), ha asumido compromisos importantes para mejorar la nutrición mediante programas de salud maternoinfantil y de asistencia alimentaria y de emergencia, y programación agrícola y de seguridad alimentaria. El Plan de Coordinación Mundial de la Nutrición del Gobierno de los Estados Unidos (2016-2021) se elaboró para intensificar los efectos de las diversas inversiones en nutrición realizadas por el conjunto del Gobierno de los Estados Unidos, al maximizar el apoyo a los programas dirigidos por los países y catalizar el progreso hacia el logro de las metas de la Asamblea Mundial de la Salud en materia de nutrición. Mediante la Estrategia Mundial de Seguridad Alimentaria (2017-2021), el Gobierno de los Estados Unidos impulsa la nutrición en las actividades relacionadas con la seguridad alimentaria y la agricultura. A continuación se describen la programación, los impactos y las lecciones aprendidas del uso de los fondos del Gobierno de los Estados Unidos para mostrar de qué manera este está contribuyendo a mejorar la nutrición.

Financiación y programación

Del seguimiento interno del gasto que realiza el Gobierno de los Estados Unidos se desprende que, si bien las inversiones específicas en nutrición han disminuido, el total de los compromisos destinados a la nutrición ha ido en aumento cada año, desde los 2.700 millones de dólares de 2013 hasta los 3.310 millones de dólares de 2016, y los montos destinados a la programación enfocada a la nutrición son cada vez más elevados (tabla 5.1). La mayor parte de los programas mundiales de nutrición financiados por el Gobierno de los Estados Unidos, que representan la mayor proporción del gasto total en nutrición, cuentan con el apoyo de USAID.

La programación de USAID está centrada en las causas directas y subyacentes de la malnutrición, ya que hace hincapié en la ventana crítica de los 1.000 días, y se centra en vincular la asistencia humanitaria con la programación para el desarrollo con el fin de dotar de mayor resiliencia a las comunidades vulnerables frente a las conmociones. Las metas estratégicas de USAID para mejorar la nutrición a escala mundial se centran en su Estrategia Multisectorial de Nutrición (2014-2025) a través de intervenciones que incluyen la prestación de servicios de calidad, el fomento de la capacidad, la mejora de la coordinación multisectorial y el fortalecimiento del liderazgo mundial en el ámbito de la nutrición. Los programas, incluida la creación de capacidad y la elaboración de políticas nacionales, inciden en la importancia de implicar a un amplio abanico de sectores, como la salud, la agricultura, los medios de subsistencia, el agua, el saneamiento y la higiene, la educación, la planificación familiar y el desarrollo en la primera infancia, con el fin de mejorar los resultados de la nutrición. Las actividades multisectoriales de nutrición de USAID se financian en 28 países en todo el mundo, incluidos 18 en África, 7 en Asia y 3 en América Latina y el Caribe. Nepal y Malawi son buenos ejemplos del tipo de inversiones realizadas.

- En **Nepal**, USAID financia esfuerzos transversales y contextualizados destinados a las comunidades, las instalaciones y la nutrición nacional. El programa integrado de nutrición de USAID, *Suaahara II* (Nutrición Adecuada), está presente en 42 de los 77 distritos de Nepal para mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y lactantes y de los niños. En 2017, este innovador programa benefició a 1,6 millones de niños y niñas menores de 5 años y a sus cuidadores mediante el apoyo de actividades de nutrición e higiene básicas, como la lactancia materna y la educación sobre la alimentación de los lactantes y los niños pequeños, además de otros servicios para prevenir y tratar la desnutrición aguda. Las actividades de nutrición de *Suaahara II* se llevan a cabo de forma integrada con las actividades de salud, agua, saneamiento e higiene, planificación familiar y agricultura. Gracias a estas medidas, la lactancia materna exclusiva en los distritos seleccionados aumentó del 46% en 2012 al 70% en 2016, y la prevalencia nacional de niños de 6 a 23 meses que reciben una alimentación mínima aceptable se incrementó en un 11%.

- En **Malawi**, más de 2,9 millones de niños menores de 5 años fueron atendidos en 2017 mediante intervenciones específicas de nutrición financiadas por USAID. USAID ha apoyado al Ministerio de Salud en el suministro de suplementos de vitamina A y la eliminación de parásitos; a los hospitales para lograr la condición de "amigos del niño" como parte de la iniciativa Hospital Amigo del Niño; a los servicios de extensión agrícola para fortalecer la producción de alimentos nutritivos; y a los programas de nutrición para que se dirijan a la población afectada por el VIH. USAID también elaboró y ejecutó un programa de capacitación en nutrición para enfermeras y comadronas, así como un programa de dietética para aumentar la capacidad técnica de nutrición de Malawi, que en 2017 dotó a más de 100.000 personas de capacitación profesional en materia de nutrición.

Impacto

Desde 2009, ha disminuido la prevalencia nacional agregada del retraso del crecimiento y la anemia materna y han aumentado las tasas de lactancia materna exclusiva en los 20 países prioritarios de USAID en materia de nutrición maternoinfantil. En 2016, más de 27 millones de niños menores de 5 años fueron atendidos en intervenciones específicas de nutrición a través de programas apoyados por el Gobierno de los Estados Unidos. En 2016, USAID llegó a más de 950.000 mujeres embarazadas con intervenciones de nutrición y más de 3 millones de mujeres recibieron educación sobre la lactancia materna exclusiva. La financiación de USAID también fomenta la capacidad y la apropiación nacional de las políticas y programas de nutrición, ya que en 2016 impartió capacitación profesional relacionada con la nutrición a más de un millón de personas.

Lecciones aprendidas

Desde el comienzo de la programación nutricional de USAID hace casi 60 años, las actividades se van adaptando constantemente para reflejar la experiencia cosechada en los proyectos, los contextos cambiantes de los países y las pruebas que han ido surgiendo, pero sigue habiendo dificultades. La coordinación de la programación sobre nutrición en múltiples sectores es difícil; aun así, USAID supervisa y aprende continuamente de los programas nacionales y utiliza esa información para adaptar las actividades a fin de lograr una mayor colaboración multisectorial en materia de nutrición. USAID se ha comprometido a apoyar a los países en su camino hacia la autosuficiencia, lo que requiere que estos aumenten su empeño y capacidad para hacer frente a sus propias necesidades de desarrollo. Es necesario fortalecer la gobernanza y la rendición de cuentas en los países a fin de mantener un entorno coordinado y multisectorial que propicie el éxito de la programación en materia de nutrición.

La inversión de la Comisión Europea en nutrición

Madeleine Onclin

En la cumbre Nutrición para el Crecimiento de 2013, la Comisión Europea se comprometió a asignar 3.500 millones de euros a la nutrición entre 2014 y 2020. Este audaz compromiso estaba en consonancia con su marco de políticas de nutrición de 2013 para hacer frente a la desnutrición. Casi todos los fondos —3.100 millones de euros— se destinaron a programas enfocados a la nutrición, con el argumento de que el efecto sería mayor si se abordaban las causas subyacentes del problema. Para cumplir con este compromiso, la Dirección General de Cooperación Internacional y Desarrollo de la Comisión (DEVCO) elaboró un Plan de Acción sobre Nutrición con el objetivo de ayudar a los países socios a reducir el número de niños con retraso del crecimiento en 7 millones para 2025. La financiación ayudó a apoyar una serie de programas innovadores para reducir el retraso del crecimiento, tales como:

- **Un proyecto enfocado a la nutrición dirigido por CARE** para fortalecer la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en Etiopía. Este proyecto permite a las personas y las comunidades explorar la desigualdad de género, desafiarla y luchar contra ella. Las primeras impresiones son alentadoras: más niñas y mujeres jóvenes están empezando a obtener ingresos y a ahorrar dinero; están mejor informadas sobre la salud sexual y reproductiva; y la violencia por razón de género se ha reducido notablemente.
- **Un fondo fiduciario para los medios de subsistencia y la seguridad alimentaria en Myanmar.** La nutrición es uno de los objetivos estratégicos de esta iniciativa de múltiples donantes. Desde 2014, las madres y los niños de tres zonas reciben dinero en efectivo para comprar alimentos nutritivos y acceder a servicios de salud. Al mismo tiempo, las mujeres embarazadas y las madres están más concienciadas sobre cómo mejorar la alimentación familiar. En conjunto, los beneficios son evidentes: las madres que reciben tanto dinero en efectivo como capacitación tienen menos bebés con peso bajo al nacer, las tasas de lactancia materna exclusiva se han duplicado y las tasas de retraso del crecimiento se han reducido en cinco puntos porcentuales.
- **El proyecto Agri-Connect en la República Unida de Tanzania** se puso en marcha a principios de 2018 para crear más riqueza a partir de la agricultura, vinculando a los pequeños agricultores con las cadenas de valor y los mercados. Al mismo tiempo, su objetivo es mejorar la seguridad alimentaria y nutricional mediante el apoyo a comunidades seleccionadas para que tengan acceso a los alimentos y los utilicen mejor. Se espera que las comunidades que cultivan té, café y flores incrementen sus ingresos y disfruten de una mejor nutrición al cultivar una gama más amplia de alimentos.

En un principio, se pensó que la rendición de cuentas de la Comisión Europea por el compromiso de financiación adquirido en la Cumbre sería dificultosa, ya que en ese momento todavía no se había acordado la manera de hacer un seguimiento de la financiación enfocada a la nutrición. Ante esta situación, la Unión Europea colaboró con la Red de Donantes del Movimiento SUN para definir un enfoque común de seguimiento y notificación de las asignaciones para la nutrición. En aras de una mayor transparencia, la Comisión decidió publicar informes anuales de situación en los que se detallan y analizan las modalidades de asignación y desembolso de los fondos.

A su vez, estos informes de situación han servido de base para las diversas decisiones de financiación de la Comisión. Los resultados fueron reveladores y sirvieron para constatar la realidad. Por ejemplo, el primer informe de situación mostró que el gasto en nutrición de la Comisión, en proporción a la financiación total que aportó entre 2010 y 2014, era entre dos y tres veces superior al gasto medio en nutrición de los donantes como proporción de su AOD en 2012.

Cuando se publicó el primer informe sobre la marcha de los trabajos, ya existía una estrategia para garantizar que la Comisión dispusiera de apoyo técnico y asesoramiento nutricional de alta calidad a fin de reforzar sus políticas y programas en el plano nacional, regional y mundial. Los resultados se confirmaron a través del seguimiento del proceso Nutrición para el Crecimiento en el *Informe de la Nutrición Mundial 2017* e indican un progreso significativo. En el tercer informe de situación de la Comisión, que se publicará próximamente, se presentará el análisis más reciente, según el cual casi el 90% de los 2.500 millones de euros asignados hasta la fecha se han destinado a proyectos enfocados a la nutrición. Esta inversión está bien encaminada para cumplir el compromiso de 3.500 millones de euros para 2020.

El enfoque del Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) para invertir en una agricultura enfocada a la nutrición

Juliane Friedrich

Avances en el cumplimiento de los compromisos de la iniciativa Nutrición para el Crecimiento

“Mejorar el nivel nutricional de la población más pobre de los países en desarrollo” es uno de los principales objetivos del Convenio Constitutivo del FIDA. Por lo tanto, la mejora de la nutrición mediante sistemas de producción de alimentos mejores y enfocados a la nutrición es un aspecto central de la labor del FIDA.

Como parte de los compromisos adquiridos en el marco de la iniciativa Nutrición para el Crecimiento, en 2013 el FIDA se comprometió a asegurarse de que el 20% de sus proyectos nuevos y el 30% de sus programas de oportunidades estratégicas nacionales (COSOP) nuevos estuvieran enfocados a la nutrición. Los proyectos enfocados a la nutrición se definen como aquellos que integran objetivos, indicadores y actividades pertinentes para la nutrición en el diseño del proyecto y su ejecución. En los COSOP enfocados a la nutrición se incluye una evaluación nutricional en la que se describe la situación nutricional del país y la relación entre los objetivos estratégicos del programa y la mejora de la nutrición.

Transcurridos tres años, la estrategia del FIDA para 2016-2018 está incrementando su compromiso. Ahora, el 33% de los proyectos y el 100% de los COSOP deben estar enfocados a la nutrición. En el período 2019-2021, el 50% de los proyectos y el 100% los COSOP deben estar enfocados a la nutrición. En 2017, el 47% de los proyectos nuevos y el 100% los COSOP estaban enfocados a la nutrición.

La nutrición también está ya firmemente arraigada en las estrategias y los compromisos institucionales del FIDA. Además de su papel central en el Marco Estratégico del FIDA, la nutrición también se ha integrado en el Marco de Gestión Orientada a los Resultados y la Matriz de Compromisos del FIDA, y se incluye cada vez con más frecuencia en el *Informe sobre la Eficacia del Desarrollo del FIDA*. El aumento de la atención institucional también condujo a que se escogiera la nutrición como uno de los temas de la evaluación de la cartera de proyectos en 2017.

La clave del éxito

Los fondos suplementarios de los Gobiernos del Canadá y Alemania han desempeñado un papel esencial en el logro de los objetivos del Plan de Acción sobre Nutrición (2016-2019) y en la transformación de la forma en que se percibe y se incorpora la nutrición en el FIDA. El Gobierno de Alemania también financió una investigación puntera para elaborar orientaciones basadas en pruebas para el diseño de proyectos de cadenas de valor enfocados a la nutrición, lo que permitirá aprovechar el potencial de las cadenas de valor (una de las principales áreas de inversión del FIDA) a favor de la nutrición. El FIDA ha movilizado contribuciones complementarias sin restricciones para la nutrición por parte de los Gobiernos de la Federación de Rusia y Luxemburgo. Ello facilitó el desarrollo de la capacidad necesaria para comprender e incorporar la nutrición en las tareas tanto en la sede del FIDA como en las oficinas en los países.

Principales dificultades

Una de las principales dificultades para incorporar la nutrición en el FIDA fue la idea de que el aumento de la producción agrícola y de los ingresos se traduce automáticamente en una mejor nutrición. La incorporación de conocimientos especializados en materia de nutrición en las misiones encargadas de diseñar proyectos, la celebración de sesiones de concienciación en todas las divisiones regionales y temáticas en la sede, pero también sobre el terreno, y la integración de la nutrición en el examen de la cartera del FIDA contribuyeron a que se comprendieran mejor los aspectos relacionados con la nutrición, los sistemas de suministro de alimentos y la alimentación saludable. Al mismo tiempo, la integración de la nutrición se granjeó un gran apoyo del personal, incluidos los directores regionales, los directores de los programas por países, los funcionarios nacionales y los expertos técnicos de otros ámbitos. Sin embargo, sigue planteando dificultades debido a la falta de conocimientos sobre la manera de integrar y ejecutar actividades enfocadas a la nutrición en las inversiones y subvenciones del FIDA.

Contribuyendo a los avances en la nutrición

Para que la integración de la nutrición en la labor del FIDA siga siendo significativa, este debe seguir desarrollando la capacidad y la competencia en materia de nutrición a todos los niveles, en particular en los países. La estrategia de descentralización del FIDA es fundamental. La disponibilidad de conocimientos técnicos a nivel nacional permitirá al FIDA definir y desarrollar las competencias nacionales en materia de agricultura enfocada a la nutrición.

La nutrición forma parte ahora de las principales carteras en la labor del FIDA, que abarcan el medio ambiente, el clima, la inclusión social y de género, los jóvenes y los pueblos indígenas. Esto permite una integración holística y horizontal de los temas transversales en la que la nutrición desempeña un papel esencial para la transformación rural.

Seguimiento de la financiación de los donantes para la obesidad y las enfermedades no transmisibles

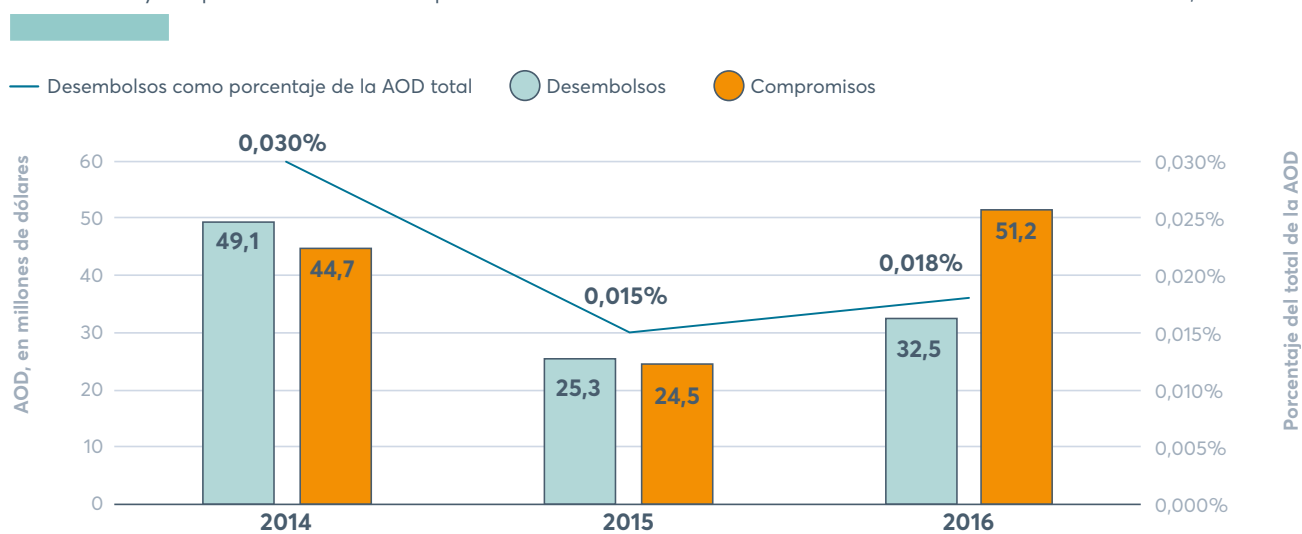
Hasta 2018 los donantes no han podido informar de la AOD que destinan a la lucha contra la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Por tanto, en el *Informe de la Nutrición Mundial* se ha desarrollado una metodología propia para hacer un seguimiento del gasto y se han presentado los resultados de los últimos tres años. El análisis muestra que los niveles de gasto son muy bajos. En 2016 —el año más reciente del que se dispone de datos— solo el 0,018% de la AOD se destinó a la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Los desembolsos aumentaron en 2016, de 25,3 millones de dólares a 32,5 millones de dólares, pero aún así fueron inferiores a los de 2014 (figura 5.8). Los compromisos para gastos futuros se situaron en su nivel más alto en tres años, si bien solo ascendieron a 51,2 millones de dólares.

Entre los donantes que más invierten en enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación se encuentra Australia, que ha aportado 8,7 millones de dólares, más de la cuarta parte del gasto mundial. Los otros grandes donantes son la Unión Europea, el Reino Unido, Suiza, el Canadá, Italia y Nueva Zelanda (figura 5.9).

En cuanto a dónde se gastaron los fondos, poco más de la mitad se destinó a los países de ingresos medianos altos, el 20%, a los países de ingresos medianos bajos y menos del 3% a los países de bajos ingresos. Sin embargo, este desglose puede ser engañoso, ya que casi una cuarta parte del total se asignó en el ámbito regional o sin especificar los beneficiarios concretos. Tonga y Fiji —ambos países con altos niveles de diabetes— fueron los mayores receptores de AOD para abordar las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, seguidos por el Líbano y Nauru.

FIGURA 5.8

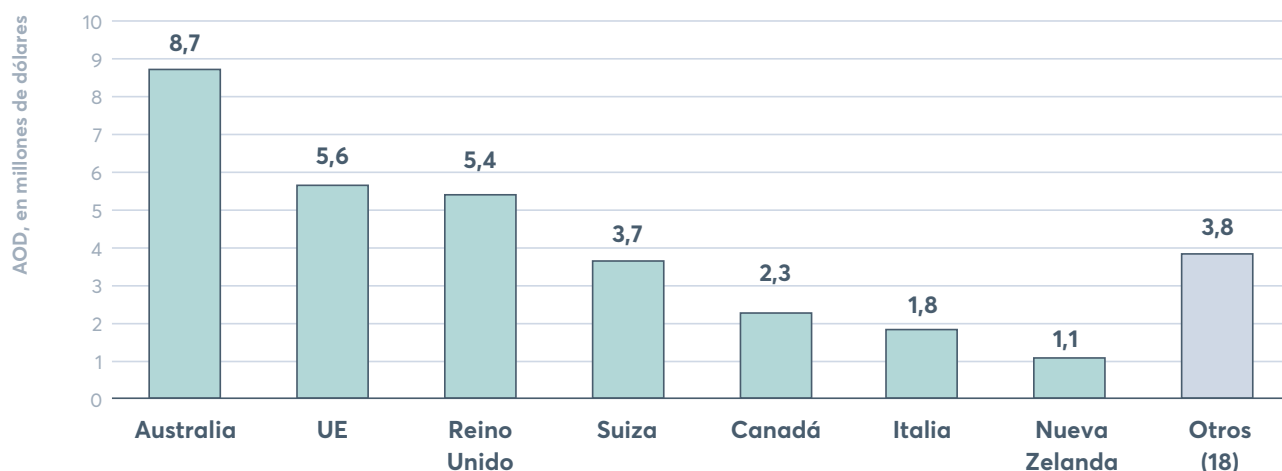
Desembolsos y compromisos de AOD correspondientes a enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, 2014-2016



Fuente: Development Initiatives, a partir de los datos del Sistema de Notificación de los Países Acreedores del CAD de la OCDE.
Notas: Los montos corresponden a desembolsos brutos de AOD a precios corrientes. Datos descargados el 2 de mayo de 2018.

FIGURA 5.9

Desembolsos de AOD correspondientes a enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación en 2016, por donante



Fuente: Development Initiatives, a partir de los datos del Sistema de Notificación de los Países Acreedores del CAD de la OCDE.

Notas: Los montos corresponden a desembolsos brutos del año 2016. Los otros donantes incluyen a los países siguientes: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, los Emiratos Árabes Unidos, España, los Estados Unidos, Finlandia, el Fondo Especial del Banco Interamericano de Desarrollo, Francia, Irlanda, el Japón, Luxemburgo, Noruega, Polonia, la República Checa, la República de Corea, la República Dominicana y Suecia. Datos descargados el 2 de mayo de 2018.

Mejoras en el seguimiento de la ayuda internacional para la nutrición

Como se muestra en el caso destacado 5.3, se han realizado avances para mejorar el seguimiento futuro de la nutrición por donante de ayuda con la adopción de un código de propósito y un marcador de políticas nuevos. Estos instrumentos solo surtirán efecto si todos los donantes los adoptan adecuadamente y los utilizan de forma sistemática para hacer un seguimiento de sus gastos. El siguiente paso consiste en asegurarse de que se establezcan directrices para ayudar a los donantes a aplicar el código y el marcador de políticas. Esta iniciativa ha sido adoptada por la Red de Donantes del Movimiento SUN.

También se han logrado avances para mejorar el seguimiento de las inversiones de los donantes en acciones relacionadas con la alimentación sana y la obesidad como parte de un conjunto de cinco nuevos códigos sobre las enfermedades no transmisibles³¹. A diferencia del VIH y el sida, la tuberculosis, la malaria, la salud reproductiva y la desnutrición, no ha habido un código de propósito para que los donantes informen sobre el gasto en las enfermedades no transmisibles, por lo que es muy difícil hacer un seguimiento de los gastos de ayuda. El análisis fue aún más difícil dada la categorización de la AOD para la salud. En consecuencia, ha resultado difícil verificar los informes de gastos de los donantes, incluidas las afirmaciones de que las enfermedades no transmisibles se financiaban bajo la categoría de "fortalecimiento de los sistemas de salud". En 2018 se dio un gran paso adelante cuando se adoptaron los códigos de seguimiento de las enfermedades no transmisibles, incluido uno sobre programas e intervenciones que promueven una alimentación saludable a través de la reducción del consumo de sal, azúcar y grasas y el aumento del consumo de frutas y verduras (caso destacado 5.8).

Un nuevo sistema armonizado y transparente de presentación de informes para el seguimiento de la financiación destinada a las enfermedades no transmisibles

Katie Dain

El compromiso político de hacer frente a las enfermedades no transmisibles todavía no se ha traducido en una financiación adecuada. Este hecho se constata en el plano nacional, donde las asignaciones de los presupuestos nacionales distan mucho de ser suficientes; en el plano bilateral, donde solo un 2,6% de la ayuda al desarrollo para la salud se destina a las enfermedades no transmisibles; y en el plano mundial, donde las iniciativas relativas a dichas enfermedades reciben fondos muy inferiores a los de otras prioridades de salud. El panorama es aún más desolador en el caso de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, como la obesidad. Como se mencionó anteriormente, un exiguo 0,018% de la ayuda mundial al desarrollo se destinó a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación en 2016, si bien se estima que la alimentación deficiente es la segunda causa principal de mala salud.

La necesidad apremiante de contar con más y mejores datos sobre la financiación de las enfermedades no transmisibles se hizo manifiesta hace algunos años. Los datos nacionales son casi inexistentes, en parte porque no se suele incluir las enfermedades no transmisibles en las cuentas nacionales de salud y, en parte, porque es difícil hacer un seguimiento del gasto en todos los departamentos gubernamentales. Se podrían extraer lecciones importantes de los exámenes institucionales y del gasto público para el clima, que ofrecen un interesante análisis del gasto y las inversiones interdepartamentales³².

El seguimiento y la presentación de informes sobre las enfermedades no transmisibles en la AOD destinada a la salud han sido sumamente inadecuados. Los organismos de ayuda bilaterales y multilaterales se han comprometido a llevar una contabilidad precisa de sus flujos de AOD a través del CRS del CAD de la OCDE. No obstante, a diferencia del VIH y el sida, la tuberculosis, la malaria, la salud reproductiva y la desnutrición, no hay un código de propósito para las enfermedades no transmisibles en el CRS, por lo que es muy difícil hacer un seguimiento de los gastos en la materia. El análisis resultó aún más dificultoso dada la categorización de la AOD para la salud. En consecuencia, resultaba prácticamente imposible verificar los informes de gastos de los donantes, incluidas las afirmaciones de que las enfermedades no transmisibles se financiaban bajo la categoría de "fortalecimiento de los sistemas de salud".

Dada la confusión, la Alianza de ENT y otras entidades llevan mucho tiempo reclamando que el CRS vigente incluya un código de propósito para las enfermedades no transmisibles. Los Gobiernos se comprometieron a ello en la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre las enfermedades no transmisibles en 2014 cuando invitaron al CAD de la OCDE "a que considere la posibilidad de elaborar un código de propósito para las enfermedades no transmisibles, a fin de mejorar el seguimiento de la asistencia oficial para el desarrollo en apoyo de los esfuerzos nacionales para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles". Dos años después, la OCDE comenzó a trabajar en una propuesta, coincidiendo con una revisión del CRS destinada a armonizar los códigos de propósito y los marcadores de políticas con los ODS.

En junio de 2017, se acordaron cinco nuevos códigos sobre enfermedades no transmisibles, junto con ajustes a otros códigos para que también las reflejaran. Están diseñados para coincidir estrechamente con las metas de los ODS: control del tabaco (ODS 3.a), control del uso nocivo del alcohol y las drogas (ODS 3.5), promoción de la salud mental y el bienestar (ODS 3.4), investigación para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ODS 3.b), y otros tipos de prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles (ODS 3.4). Este último código incluye "programas e intervenciones que promueven una alimentación saludable mediante la reducción del consumo de sal, azúcar y grasas y el aumento del consumo de frutas y verduras", además de ejemplos, como los impuestos alimentarios, la educación nutricional y la promoción de una alimentación sana en las escuelas, los lugares de trabajo y las comunidades.

Los nuevos códigos entrarán en vigor en 2019, con los informes sobre los flujos financieros de 2018. Constituyen un gran paso adelante en el seguimiento de la financiación para mejorar los hábitos alimentarios y serán de gran ayuda para analizar los flujos financieros, las tendencias y la rendición de cuentas en el ámbito de las enfermedades no transmisibles.

Progresos en relación con los compromisos desde 2013

Compromisos financieros

Un logro importante en la financiación internacional fue el compromiso colectivo de los donantes en la cumbre Nutrición para el Crecimiento de 2013: 10 signatarios que notifican sus gastos al *Informe de la Nutrición Mundial* se comprometieron a aportar un total de 19.600 millones de dólares para 2020.

Los mismos 10 donantes (los Estados Unidos, la Unión Europea, el Reino Unido, la Fundación Bill y Melinda Gates, la Children's Investment Fund Foundation, el Banco Mundial, los Países Bajos, Irlanda, Alemania y Australia) han desembolsado 21.800 millones de dólares (2013-2016) antes de 2020.

En 2017 se dieron pasos adelante adicionales en los compromisos de financiación. En la Cumbre Mundial sobre la Nutrición celebrada en Milán se reunieron 3 de los mayores donantes originales y otros 4 nuevos que, juntos, se comprometieron a desembolsar 640 millones de dólares adicionales, además de otros compromisos (tanto financieros como no financieros) de los países, las empresas y las organizaciones de la sociedad civil.

Compromisos en el marco de la iniciativa Nutrición para el Crecimiento

Los compromisos pueden adoptar diversas formas, no son solo financieros. El día de la ceremonia de clausura de los Juegos Olímpicos de 2012 en Londres, el Primer Ministro del Reino Unido, David Cameron, y el Vicepresidente del Brasil, Michel Temer, hicieron un llamamiento para que se diera un gran impulso a la lucha contra el hambre y se mejorara la nutrición de los niños, las niñas y las madres en el período crítico que suponen los primeros 1.000 días entre el embarazo y los 2 años de edad. Este impulso político condujo a la creación de la iniciativa Nutrición para el Crecimiento, un movimiento que pretende aprovechar y consolidar todos los esfuerzos encaminados a combatir la malnutrición y convertirlos en compromisos financieros, pero también políticos y programáticos³³.

En la cumbre Nutrición para el Crecimiento, los países asumieron cuatro tipos de compromisos:

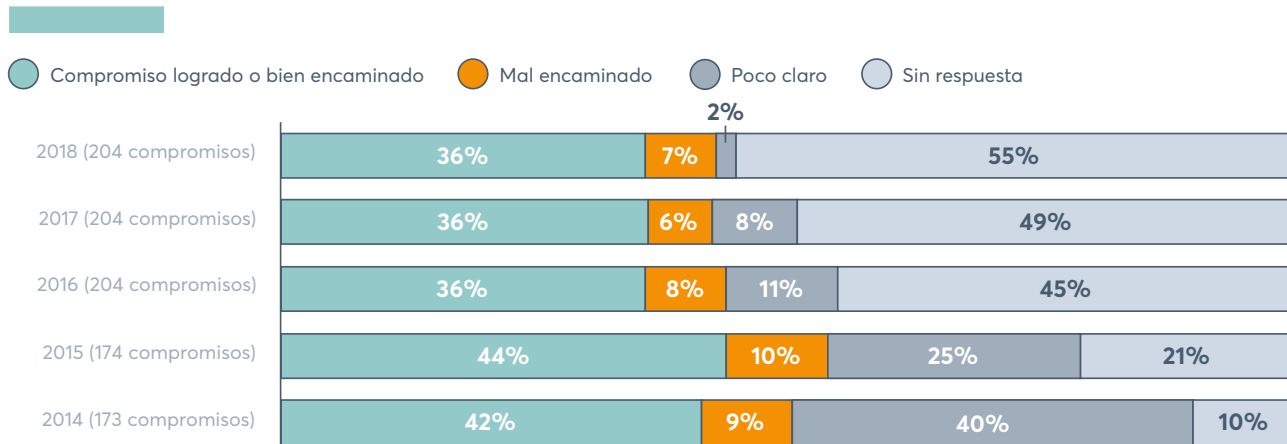
- "compromisos de repercusión" sobre la mejora del estado nutricional;
- "compromisos financieros" sobre las fuentes y montos de la financiación de la nutrición;
- "compromisos de políticas" sobre las políticas encaminadas a crear un entorno más propicio para la acción en el ámbito de la nutrición; y
- "compromisos programáticos" sobre programas para mejorar el estado nutricional.

En el informe de este año se documentan los avances realizados entre 2017 y 2018 en todos los tipos de categorías de los compromisos iniciales de la Cumbre. Tres revisores independientes evaluaron el progreso con respecto a los compromisos iniciales de 2013 antes de llegar a un consenso sobre si se calificaban como "alcanzado", "bien encaminado", "mal encaminado" o "poco claro". Asimismo, se destacan tres ejemplos de compromisos financieros que están bien encaminados o se han cumplido y ejemplos de lo que se ha financiado gracias a ellos y los cambios que han generado.

En la figura 5.10 se muestran los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos contraídos en la cumbre Nutrición para el Crecimiento en 2013. En 2018, se consideró que solo el 36% de los signatarios habían cumplido sus compromisos o estaban bien encaminados para cumplirlos antes de 2020. Dado el bajo índice de respuesta (el 45% de los signatarios), no es posible saber a ciencia cierta si los datos son indicativos de un verdadero progreso en el cumplimiento de los compromisos o si se trata simplemente del resultado de un número limitado de respuestas. En lo que a las partes interesadas del sector empresarial se refiere, se constata una tendencia sostenida, con el índice de respuesta más bajo en 2018. De la tasa de respuesta se desprende claramente que la perseverancia en la presentación de informes sobre los avances en el proceso Nutrición para el Crecimiento ha disminuido. En anteriores *Informes de la Nutrición Mundial* se analizó por qué es así y se mantiene el optimismo de que algunas iniciativas de compromiso son duraderas y otras no lo son, en función de su estructura y de las intenciones a largo plazo.

FIGURA 5.10

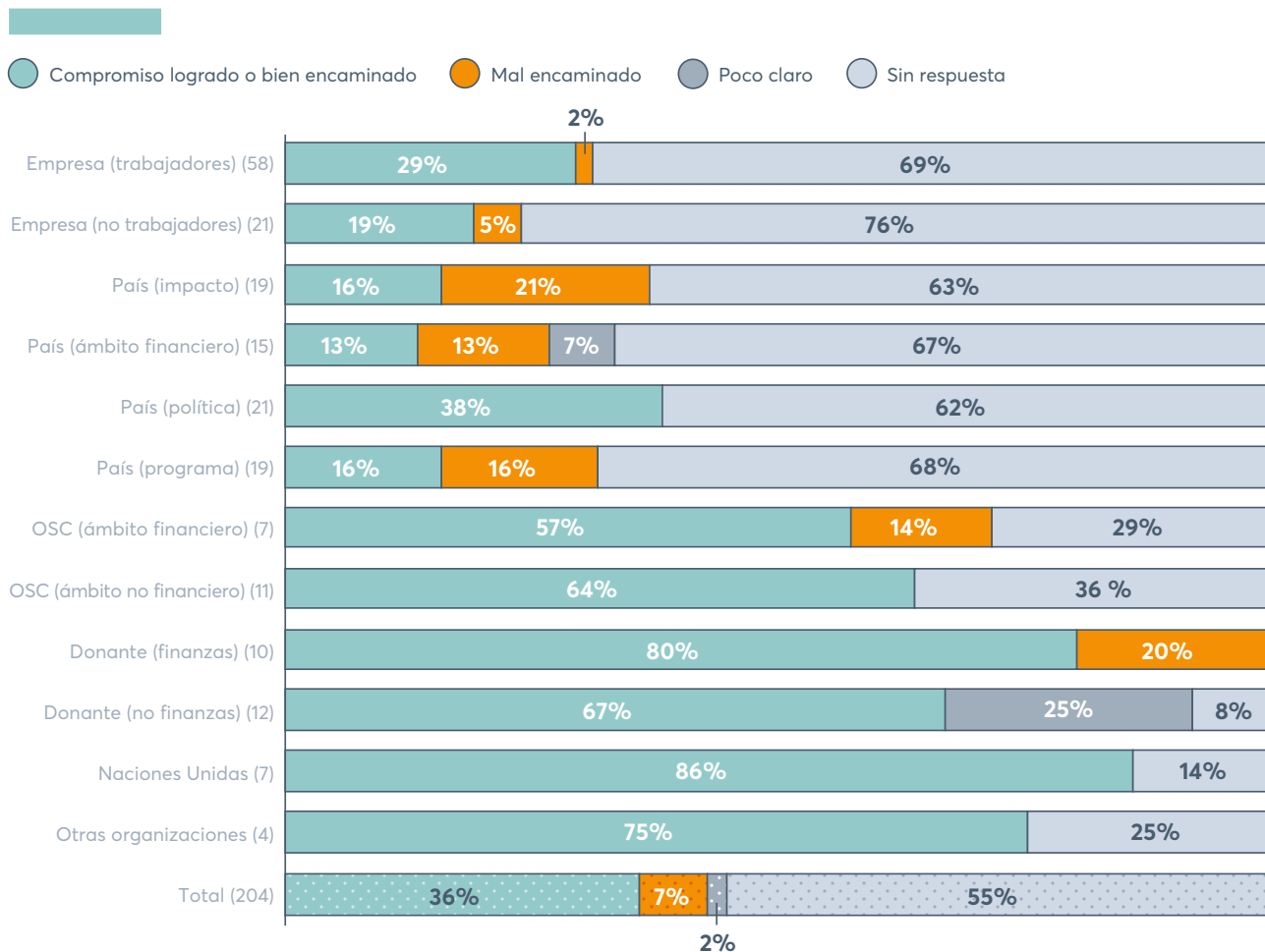
Seguimiento general de los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento, 2014-2018



En la figura 5.11 se incluyen la fuente y las notas.

Figura 5.11

Progresos de cada grupo signatario en el cumplimiento de los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento, 2018



Fuente: Autores.

Notas: En 2013 se contrajeron 205 compromisos, pero en el Informe de la Nutrición Mundial 2014 solo se incluyeron 173 debido a que las empresas no estaban preparadas para informar sobre todos ellos. En 2015 se incluyeron 174 compromisos, y 173 en 2014, porque Etiopía no desglosó por componentes de programas y políticas su compromiso con el proceso Nutrición para el Crecimiento en sus informes de 2014, como sí hizo en 2015. En el total de 204 compromisos desde 2016 se recogen todos los compromisos contraídos; la divergencia con respecto al total de 2013 se debe a que la Fundación Naandi se excluyó del proceso de presentación de informes. OSC: organización de la sociedad civil.

Entre las partes interesadas que respondieron, los Gobiernos nacionales parecen ser los que se enfrentan a mayores dificultades para cumplir sus compromisos. Si bien todos los países que respondieron indicaron que habían cumplido sus compromisos en materia de políticas, se comprobó que aproximadamente la mitad de los compromisos financieros, programáticos y de impacto con datos estaban mal encaminados (figura 5.11). Apenas el 13% de los países declararon estar bien encaminados o haber alcanzado sus metas de compromiso financiero. Estos resultados indican la necesidad, en primer lugar, de compromisos bien concebidos, realistas y cuantificables mediante un sólido plan nacional de nutrición. Este debe ir seguido de esfuerzos considerables para transformar los planes nacionales de nutrición en acciones, mediante el refuerzo del compromiso y la mejora de los sistemas de rendición de cuentas, el apoyo y el intercambio de información en la comunidad de la nutrición en torno a las políticas y los programas en la materia destinados a reducir la carga de malnutrición. En el sitio web del *Informe de la Nutrición Mundial* pueden encontrarse más detalles sobre el progreso en el cumplimiento de estos compromisos por parte de cada una de las partes interesadas en el proceso Nutrición para el Crecimiento.

Es fundamental que la presentación de informes sobre estos compromisos se incremente a medida que se aproxima la fecha límite para alcanzarlos en 2020. Es evidente que los métodos actuales para informar sobre los compromisos no están manteniendo el impulso. Antes de que se contraigan más compromisos en 2020, existe una necesidad urgente de desarrollar mejores mecanismos que permitan garantizar la rendición de cuentas y realizar su seguimiento. La comunidad de la nutrición debe ser la precursora, de modo que se adapten a sus necesidades y garanticen la rendición de cuentas de todos los agentes.

Nuevos compromisos y perspectivas de cara a Tokio 2020

Los compromisos originales de 2013 del proceso Nutrición para el Crecimiento se contrajeron para un período de ocho años (2013-2020). Desde entonces, varios acuerdos mundiales, como la Declaración de Roma sobre la Nutrición, enunciada en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición, en 2014, los ODS en 2015 y el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025, han brindado oportunidades para contraer nuevos y diferentes compromisos. La Reunión de Alto

Nivel sobre las Enfermedades No Transmisibles celebrada en septiembre de 2018 contó con la participación de 23 jefes de Estado y de Gobierno y 55 ministros de salud, que asumieron 13 nuevos compromisos en relación con las enfermedades no transmisibles³⁴.

Por ejemplo, en la Declaración de Roma se adoptaron 10 compromisos; en la Conferencia Internacional sobre Nutrición que acompaña al Marco de Acción se incluyen 60 recomendaciones de política; y en el Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición se establece un calendario concreto para cumplir esos compromisos y acelerar la acción mundial en materia de nutrición de calidad³⁵. En el Decenio de la Nutrición se exhorta a los Gobiernos a que establezcan y alcancen los objetivos SMART³⁶ en seis esferas: sistemas alimentarios sostenibles y resistentes para una alimentación sana; sistemas de salud adaptados que proporcionen una cobertura universal de las medidas esenciales para la nutrición; protección social y educación nutricional; comercio e inversión para mejorar la nutrición; entornos seguros y propicios para la nutrición en todas las edades; y fortalecimiento de la gobernanza y la rendición de cuentas.

Varios países han contraído compromisos en el marco del Decenio de la Nutrición³⁷. El Brasil y el Ecuador fueron los primeros en comprometerse a emplear más fondos nacionales, seguidos, entre otros, por Côte d'Ivoire, El Salvador, la India, Italia, Madagascar, el Níger, Nigeria y Zambia. Otros, como Panamá, Portugal y Tailandia, están tratando de eliminar las grasas trans. Los 60 países del Movimiento SUN están asumiendo sus compromisos SMART vigentes en la lucha contra la malnutrición en todas sus formas, incluido el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles. Noruega encabeza una Red de Acción Mundial sobre Alimentos Sostenibles provenientes de los Océanos y las Aguas Interiores para la Seguridad Alimentaria y la Nutrición, mientras que Chile dirige la Red de Acción para las Américas sobre un Ambiente Alimentario Saludable y Fiji es el país anfitrión de la Red de Acción para Erradicar la Obesidad Infantil en el Pacífico. El Brasil participa en cinco redes de acción que van desde la reducción de la sal hasta la alimentación sostenible en las escuelas. Francia y Australia están aunando esfuerzos para liderar una red de acción mundial sobre etiquetado nutricional.

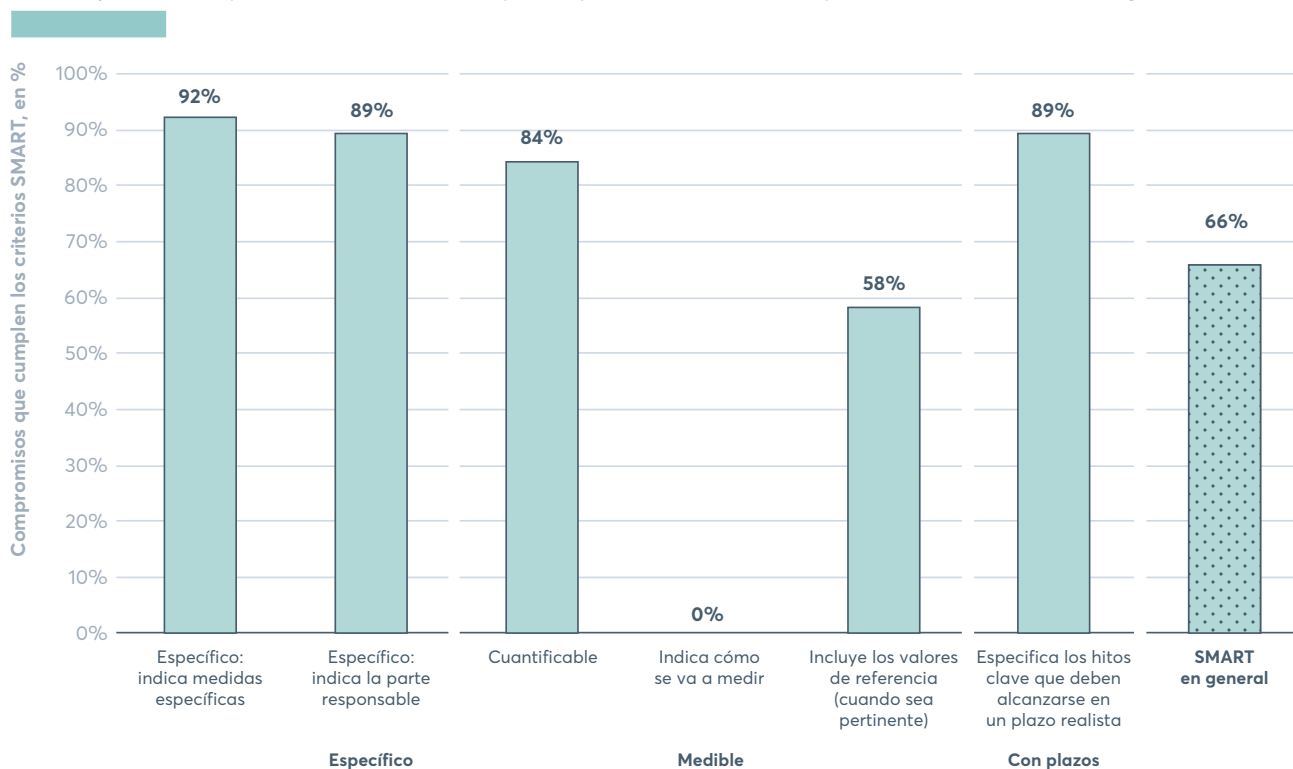
En el *Informe de la Nutrición Mundial* se ha hecho un llamamiento para que se asuman compromisos SMART que permitan la rendición de cuentas. Con un enfoque similar al del *Informe de la Nutrición Mundial 2015*, los nuevos compromisos de Milán se evaluaron en función de su carácter SMART, con especial atención a los aspectos específicos, cuantificables y con plazos definidos. Los revisores independientes calificaron 2 de los 3 compromisos como SMART. El elemento que faltaba con más frecuencia era la posibilidad de medir los progresos, ya que en ninguno de los compromisos de Milán se indicaba cómo se haría (figura 5.12).

La cumbre pretende impulsar la mejora de la nutrición e integrar las políticas pertinentes. Se trata de un hito importante para todas las partes interesadas y para las personas que sufren de malnutrición. Se podría establecer una nueva visión más allá de 2020 para abordar la malnutrición en todas sus formas, revitalizar y motivar la acción, así como infundir esperanza a las personas que viven con los efectos de la malnutrición.

La cumbre Nutrición para el Crecimiento, que se celebrará en Tokio en 2020, ofrece a los países, donantes y otras organizaciones la oportunidad de adquirir compromisos nuevos y SMART, así como de acelerar el progreso en el cumplimiento de los compromisos existentes. El Japón anunció que acogería la Cumbre en 2020 en Tokio para acelerar la mejora de la nutrición de las personas de todo el mundo como base para que gocen de buena salud y bienestar.

FIGURA 5.12

Porcentaje de los compromisos de Milán de 2017 que cumplen los criterios SMART y se califican como SMART en general (N=38)



Fuente: N4G Annex of Commitments³⁸.





06

Estados Unidos de América, 2011

Control de glucemia para los visitantes de la Feria de Salud para Militares Retirados, que se celebra anualmente en la Clínica Thomas Moore.

© Patricia Deal, Relaciones Públicas del Centro Médico Militar Carl R. Darnall

**Conclusión:
Pasos cruciales
para encaminar
el progreso
en nutrición**

En el *Informe de la Nutrición Mundial* de este año se muestran los avances en materia de políticas y medidas, compromisos y financiación, así como en la recopilación y el análisis de datos, al tiempo que se pone de relieve el inmenso desafío que supone la lucha contra la malnutrición en todas sus formas. En los últimos cinco años se han registrado algunos progresos graduales, aunque bienvenidos, en materia de nutrición. Gracias a los avances en los datos, disponemos de más información que nunca sobre la carga de la malnutrición, pero también sobre qué intervenciones están empezando a ser eficaces y dónde. Sin embargo, la traducción de ese conocimiento en un progreso global coherente no es tan rápida como cabría. Por ejemplo, solo 37 países están bien encaminados para alcanzar las metas mundiales de nutrición en relación con la emaciación; 38, en relación con el sobrepeso en la infancia; y 24, en relación con el retraso del crecimiento. Si bien se está avanzando en la reducción del retraso del crecimiento infantil, la disminución es lenta en todo el mundo: del 32,6% en 2000 al 22,2% en 2017.

La mejora de los datos permite hacer un seguimiento de los aspectos en los que la nutrición está mejorando y en los que los avances se están estancando. Los datos más detallados y desagregados están revolucionando la comprensión de la situación. Ahora se sabe mucho más acerca de cómo la malnutrición afecta a los diferentes géneros, edades y lugares. La cada vez mayor abundancia de datos ha revelado la importancia de invertir en la nutrición de los adolescentes, en particular de las niñas y las jóvenes, y de tener en cuenta todas las etapas de la vida al abordar la malnutrición. Los datos sobre la coexistencia del retraso del crecimiento y la emaciación en niños pequeños, y las diferentes formas de malnutrición que existen en situaciones de crisis prolongadas, demuestran la necesidad de fortalecer el vínculo entre el desarrollo humanitario y el desarrollo.

Los nuevos datos arrojan luz sobre la ingesta alimentaria y las consecuencias de la alimentación en la discapacidad y la mortalidad. Muestran que las políticas de alimentación saludable —como los impuestos a las bebidas azucaradas— están empezando a dar resultado, y que un enfoque intensivo e integral puede generar un cambio positivo en la alimentación de los lactantes y los adultos.

Los primeros indicios sugieren que algunos Gobiernos de países de ingresos bajos y medianos están aumentando el gasto nacional en nutrición, y se está empezando a reconocer la importancia de integrar los enfoques humanitario y de desarrollo para hacer frente a la malnutrición durante las crisis. Se están adoptando nuevos

enfoques innovadores encaminados a hacer partícipes a los jóvenes en las investigaciones y los programas destinados a mejorar la nutrición de los adolescentes.

Los donantes han superado el compromiso colectivo asumido en la cumbre Nutrición para el Crecimiento de 2013 de invertir al menos 19.600 millones de dólares para 2020. No obstante, la financiación general, en particular en forma de asistencia oficial para el desarrollo (AOD) relacionada con la nutrición, sigue siendo insuficiente. Y ello a pesar de los nuevos compromisos financieros y de otra índole contraídos en la Cumbre Mundial sobre la Nutrición de Milán en 2017.

Si bien estos avances presentan signos positivos, está resultando sumamente complicado reducir la malnutrición en todas sus formas. Aunque casi la mitad de los países evaluados están bien encaminados para alcanzar al menos una de las metas mundiales sobre nutrición materno-infantil, obesidad y enfermedades no transmisibles, ningún país se encuentra bien encaminado para alcanzarlas todas y solo cinco están bien encaminados para alcanzar cuatro de ellas. Casi una cuarta parte de los niños menores de 5 años —150,8 millones— sufren retraso del crecimiento, 50,5 millones de niños menores de 5 años padecen emaciación, y se estima que 20 millones de recién nacidos presentan bajo peso al nacer. Al mismo tiempo, 38,3 millones de niños menores de 5 años tienen sobrepeso. Al menos 124 de 141 países luchan contra múltiples cargas, mientras que en millones de niños y niñas menores de 5 años coexisten diversas formas de malnutrición. Más de 2.000 millones de adultos padecen sobrepeso u obesidad. Las carencias de micronutrientes afectan a un número considerable de personas, aunque los datos y la información sobre los micronutrientes siguen siendo poco fiables. La malnutrición y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación aún constituyen las principales causas de discapacidad y mortalidad en todo el mundo. Por tanto, es evidente que, si bien se han logrado avances en algunos ámbitos, estos son demasiado lentos e irregulares. Los niveles de malnutrición son todavía inaceptablemente altos.

No obstante, es posible poner fin a la malnutrición en todo el mundo. De hecho, nunca antes se habían dado mejores condiciones para lograrlo: disponemos de más conocimientos y más datos que nunca, y partes interesadas de todo el mundo han mostrado el deseo de conseguir un progreso real. Sin embargo, debemos actuar de inmediato para evitar dar marcha atrás en los avances logrados hasta el momento, y para ello debemos adoptar algunas medidas fundamentales que hagan frente a los desafíos que se plantean.

Las conclusiones del *Informe de la Nutrición Mundial 2018* indican que es necesario adoptar cinco medidas esenciales para aprovechar los conocimientos adquiridos y luchar contra la malnutrición antes de que sea demasiado tarde. No se trata de ideas nuevas, pero conviene repetirlas año tras año mientras los datos sigan poniendo en evidencia su importancia si realmente queremos mejorar la situación.

Cinco medidas esenciales para acelerar los progresos

1. Eliminar los compartimentos estancos entre las diversas formas de malnutrición.

La coexistencia de diferentes formas de malnutrición exige que adoptemos enfoques integrados. Todas las partes interesadas deben acogerse a una visión más holística de la malnutrición.

De los datos se desprende que todas las partes interesadas, los Gobiernos, los donantes y las comunidades dedicadas a la nutrición o ajenas a ella deben cambiar de mentalidad y aceptar que es necesario corregir toda la gama de problemas nutricionales en el contexto local y nacional si se quiere alcanzar la meta fijada para 2030 de poner fin a la malnutrición en todas sus formas. Todos los Gobiernos deben establecer prioridades y asignar recursos sobre la base de una evaluación sólida de las diferentes formas de malnutrición (incluidos el retraso del crecimiento, la emaciación, la obesidad y las carencias de micronutrientes) y de la forma en que estas se superponen y coexisten. Asimismo, debe incluirse la recopilación sistemática de datos por parte de investigadores y académicos sobre el número de personas que sufren más de una forma de malnutrición. Los Gobiernos y la comunidad de la nutrición deben evaluar si las medidas existentes centradas en una sola forma de malnutrición pueden abarcar también otras formas de malnutrición. Además, deben definirse medidas con la doble función de reducir el creciente riesgo de sobrepeso y obesidad y atajar las formas de desnutrición. Es necesario combatir las causas comunes de la emaciación y el retraso del crecimiento en niños pequeños. Es preciso colmar las lagunas de conocimientos que impiden comprender la superposición de las carencias de micronutrientes con todas las demás formas de malnutrición. Debemos eliminar los compartimentos estancos: el trabajo en las comunidades dedicadas a la nutrición y

ajenas a ella es esencial para corregir el uso ineficiente de los recursos escasos y el número inaceptable de personas que corren el riesgo de sufrir múltiples cargas de malnutrición.

2. Dar prioridad a los datos necesarios y la capacidad para emplearlos e invertir en ellos.

Es imposible diseñar iniciativas de gran repercusión si no se dispone de información adecuada sobre a quiénes afecta la malnutrición y por qué.

Sin datos de calidad, avanzamos a ciegas. Es necesario intensificar la recopilación y el uso de más datos y, a través de ellos, estudiar los factores que impulsan el cambio, de modo que podamos detectar dónde es más necesario actuar y qué contribuye al progreso. En particular, los datos desglosados —por ubicación geográfica, situación socioeconómica y género— y el uso más generalizado de datos geoespaciales y subnacionales desglosados permiten conocer mejor dónde se encuentra la carga de la malnutrición, cómo ha cambiado, por qué existe y cómo afecta al logro de las metas de nutrición. Los Gobiernos y las instituciones de investigación, multilaterales y académicas deben aumentar su capacidad de recopilación y análisis de datos y mejorar la cobertura y la frecuencia de la recopilación de datos desglosados. También deben facilitar su uso e interpretación por los responsables políticos, las empresas y las organizaciones no gubernamentales que toman decisiones sobre las medidas que deben adoptarse. Es urgente subsanar la falta de datos sobre micronutrientes, y en este momento se necesitan más y mejores datos para estimular la inversión y la adopción de medidas para hacer frente a la malnutrición en la adolescencia. Si se realiza un trabajo potencialmente innovador con adolescentes, cabría la posibilidad de mejorar la recopilación y el uso de datos cualitativos de personas que padecen malnutrición para contribuir a la formulación de medidas más eficaces. Es preciso consolidar los avances en la presentación de informes sobre la financiación de la nutrición con vistas a garantizar que el gasto se destine a los lugares adecuados y logre los mejores resultados. El aumento de la cantidad y la calidad de los datos sobre la financiación exige que los donantes de AOD utilicen el nuevo código y marcador de políticas del Sistema de Notificación de los Países Acreedores (CRS) para el gasto en nutrición, a fin de permitir un mejor seguimiento de la financiación, pero también requiere que los Gobiernos nacionales faciliten los datos sobre el gasto de los presupuestos nacionales. La falta de

datos sobre la financiación de la obesidad y las enfermedades no transmisibles también requiere medidas inmediatas.

- 3. Ampliar la financiación destinada a la nutrición: diversificar e innovar a partir de los progresos logrados en el pasado.** En última instancia, no es posible avanzar sin los fondos necesarios, y quienes controlan los flujos de recursos deben dar prioridad a la nutrición.

La financiación debe centrarse en asegurar que los planes de nutrición se lleven a la práctica. Por tanto, es necesario aumentar y ampliar las inversiones nacionales e internacionales dirigidas a hacer frente a todas las formas de malnutrición. Es necesario establecer metas de gasto público claras que sean acordes con la carga de enfermedad y apoyar a los Gobiernos para que aumenten el gasto en las metas con miras a impulsar los avances. Si bien algunos donantes de ayuda han convertido la nutrición en una prioridad clave, la financiación de la AOD dista considerablemente de ser suficiente para poner fin a la malnutrición en todas sus formas, por lo que es necesario multiplicar las inversiones en programas específicos de nutrición y enfocados a la nutrición. Los donantes de AOD también deben velar por que las inversiones humanitarias y de desarrollo proporcionen continuidad en el apoyo nutricional a los países en crisis que sufren las mayores cargas de la malnutrición. Es necesaria una financiación a gran escala para hacer frente a los problemas relacionados con la nutrición. Deben crearse sin demora mecanismos innovadores que complementen los fondos públicos.

- 4. Impulsar las iniciativas en materia de alimentación saludable: implicar a todos los países en la lucha contra este problema universal.** La deficiente calidad de la alimentación de los lactantes, los niños pequeños, los adolescentes y los adultos es inaceptable.

Dado el efecto universal y devastador de la malnutrición, todos los sectores tienen una función que desempeñar en la mejora de la calidad de la alimentación en todo el mundo. Los Gobiernos deben esforzarse por aplicar un paquete completo de políticas y programas eficaces que promuevan y permitan que toda la población adopte una dieta saludable. Deben incentivar un cambio en el sector privado, al tiempo que garantizan la transparencia frente a los posibles conflictos de intereses. El sector privado debe redoblar sus esfuerzos para aumentar la disponibilidad de una amplia gama de

productos alimenticios que conformen una dieta saludable y reducir los que tengan un alto contenido en grasas, azúcares y sal. Tanto los Gobiernos como las empresas deben crear sistemas y entornos alimentarios que proporcionen alimentos saludables, asequibles, accesibles y deseables para todos. Existen oportunidades para ampliar el liderazgo asumido por las comunidades, las ciudades y las redes de ciudades. Con ánimo de resolver este problema universal, es vital que se adopten medidas internacionales que garanticen el intercambio de conocimientos y el apoyo mutuo.

- 5. Establecer compromisos más firmes para poner fin a la malnutrición en todas sus formas, y cumplirlos: para lograr las metas mundiales de nutrición, es necesario adoptar un enfoque ambicioso y transformador.** Las iniciativas concertadas para hacer frente a la malnutrición solo continuarán si los países signatarios adoptan sistemáticamente compromisos SMART (específicos, medibles, viables, pertinentes y con plazos).

El camino hacia la cumbre Nutrición para el Crecimiento, que se celebrará en Tokio (Japón) en 2020, ofrece la oportunidad de responder a los desafíos y oportunidades que presentan los datos del *Informe de la Nutrición Mundial* de este año. Se han asumido nuevos compromisos para mejorar la situación de malnutrición con ocasión del Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición (2016-2025), la Cumbre Mundial sobre la Nutrición de Milán en 2017 y la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre las Enfermedades No Transmisibles de 2018. La Cumbre de 2020 brinda una nueva oportunidad para renovar los compromisos y acelerar las medidas para poner fin a la malnutrición. Sin embargo, es necesario extraer lecciones del proceso de compromisos de Nutrición para el Crecimiento. A solo dos años para alcanzar los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento, las tasas de presentación de informes han disminuido de manera alarmante en todos los sectores, del 90% en 2014 al 45% en 2018. Esta tendencia pone en peligro la rendición de cuentas. Además, un número excesivo de compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento aún carece de metas para medir el progreso; es necesario que las partes interesadas estén capacitadas y rindan cuentas a través de metas específicas, medibles, consensuadas, realistas y oportunas. Los compromisos deben ser pertinentes para el lugar donde se encuentran las cargas y basarse en las pruebas disponibles sobre qué formas de malnutrición deben ser atendidas, dónde, cuándo y para quién.

APÉNDICE 1. EVALUACIÓN DE LOS PROGRESOS NACIONALES EN LA CONSECUCCIÓN DE LAS METAS MUNDIALES: NOTA METODOLÓGICA

El *Informe de la Nutrición Mundial 2018* hace un seguimiento de los progresos nacionales en la consecución de las nueve metas mundiales de nutrición destacadas en el capítulo 1, mediante el empleo de los datos disponibles más recientes.

Metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño

La prevalencia y los patrones anuales nacionales de la malnutrición maternoinfantil se comunican en las estimaciones anuales conjuntas sobre la malnutrición infantil del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial¹. Esas estimaciones sobre la prevalencia y otros datos referentes a las tasas de cambio sirven para evaluar si un país está bien o mal encaminado para alcanzar cada una de las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño en los casos en que la meta mundial se aplica en el ámbito nacional y presuponiendo una misma reducción relativa en todos los países². Las reglas que determinan si los países están bien o mal encaminados se establecen con amplias aportaciones técnicas de la OMS y UNICEF.

Los *Informes de la Nutrición Mundial 2017 y 2018* emplean las reglas de seguimiento y la clasificación de los progresos hacia la consecución de las seis metas de nutrición propuestas por el Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición (TEAM)³. En 2017, la OMS y UNICEF revisaron la metodología y las reglas de seguimiento de las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, con miras a mejorar la calidad del monitoreo de las metas de nutrición.

El ejercicio de evaluación tiene por objeto diferenciar a los países que siguen trayectorias diferentes en sus progresos, por lo que es importante que las metodologías de evaluación sean acordes con ese objetivo y ayuden a lograrlo.

A nivel nacional, el cambio porcentual relativo medio en la prevalencia de un indicador se calcula con un parámetro denominado tasa media anual de reducción (TMAR). Existen dos tipos de TMAR: la TMAR requerida garantiza que un país alcanza la meta mundial; la TMAR actual recoge las tendencias actuales de la prevalencia. La TMAR requerida, la TMAR actual y la prevalencia actual se combinan y dan pie a una serie de reglas que determinan si las categorías de cada indicador están bien o mal encaminadas. Las reglas diseñadas en 2017 se facilitan en la tabla A1.1.

Hay que señalar que, dado que el objetivo sobre la lactancia materna exclusiva consiste en *incrementar* las tasas —en lugar de *reducirlas*, como sucede en el resto de los indicadores—, la tasa de cambio ha de ser positiva. No obstante, en aras de la armonización de los criterios de evaluación, la TMAR también se usa para hacer un seguimiento de la lactancia materna exclusiva: si bien muestra una disminución del porcentaje de niños que no se alimentan exclusivamente con leche materna, ello equivale a un aumento del porcentaje de niños que reciben lactancia materna exclusiva (dado que los niños que no reciben lactancia materna exclusiva = 100 - los niños que reciben lactancia materna exclusiva).

TABLA A1

Metodología de monitoreo de los progresos nacionales en el logro de las metas de nutrición

| INDICADOR | BIEN ENCAMINADO | MAL ENCAMINADO: CIERTOS PROGRESOS | MAL ENCAMINADO: PROGRESO NULO O EN RETROCESO |
|-----------------------------------|--|--|--|
| Retraso del crecimiento | TMAR \geq TMAR requerida* o nivel <5% | TMAR < TMAR requerida*, pero \geq 0,5 | TMAR < TMAR requerida* y <0,5 |
| Anemia | TMAR \geq 5,2** o nivel <5% | TMAR <5,2, pero \geq 0,5 | TMAR <0,5 |
| Bajo peso al nacer | TMAR \geq 2,74* o nivel <5% | TMAR <2,74, pero \geq 0,5 | TMAR <0,5 |
| Lactancia materna no exclusiva | TMAR \geq 2,74** o nivel <30% | TMAR <2,74, pero \geq 0,8 | TMAR <0,8 |
| Emaciación | Nivel <5% | Nivel \geq 5%, pero TMAR \geq 2,0 | Nivel \geq 5% y TMAR <2,0 |
| | BIEN ENCAMINADO | MAL ENCAMINADO: CIERTOS PROGRESOS | |
| Sobrepeso | TMAR \geq -1,5 | TMAR <-1,5 | |

Fuente: OMS y UNICEF para el Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición. *Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025: Technical report*. Ginebra: OMS, UNICEF: Nueva York, 2017.

Notas: *TMAR requerida basada en la variación de la prevalencia del retraso del crecimiento correspondiente a una reducción del 40% en el número de niños que sufren retraso del crecimiento entre 2012 y 2025, teniendo en cuenta el crecimiento demográfico estimado (basado en las perspectivas de población de las Naciones Unidas). **TMAR requerida basada en una reducción del 50% en la prevalencia de la anemia en mujeres en edad reproductiva entre 2012 y 2025. *TMAR requerida basada en una reducción del 30% en la prevalencia del bajo peso al nacer entre 2012 y 2025. **TMAR requerida basada en una reducción del 30% en el índice de niños que no reciben lactancia materna exclusiva entre 2012 y 2025.

Necesidades de datos y consideraciones clave

- Retraso del crecimiento, emaciación, sobrepeso y lactancia materna exclusiva: a fin de evaluar los avances recientes, los países deben contar con al menos dos datos de referencia obtenidos en encuestas nacionales representativas desde 2008, y una de estas debe ser posterior a 2012, de modo que se refleje la situación posterior a los valores de referencia.
- Si los países no disponen de datos posteriores a la situación de referencia (2012), la evaluación se pospone hasta que se obtengan nuevos datos a través de encuestas.
- En aras de la fiabilidad de los cálculos de tendencias y del monitoreo de los progresos reales de la ayuda, deben haberse recopilado datos cada tres años por medio de encuestas nacionales representativas.
- En el caso de la anemia, se dispone de estimaciones modelizadas de acuerdo con series cronológicas desde 1990 hasta 2016, de modo que en la actualidad se incluyen 189 países en la clasificación. Sin embargo, no todos los países cuentan con estimaciones basadas en encuestas posteriores a los valores de referencia (2012), lo que refleja la escasa disponibilidad de datos procedentes de encuestas. Por tanto, los resultados de la clasificación y la disponibilidad de datos deben interpretarse con cautela.
- Las estimaciones nacionales relativas al bajo peso al nacer están siendo elaboradas por un grupo interinstitucional de expertos. Las nuevas estimaciones se publicarán próximamente.

Metas sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

El marco mundial de vigilancia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles de la OMS fue aprobado en 2013 por la Asamblea Mundial de la Salud con el propósito de implementar de manera eficaz el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y monitorear los avances en la prevención y el control de esas enfermedades en todo el mundo. El marco incluye nueve metas voluntarias cuyo seguimiento se efectúa a través de 25 indicadores de resultados y factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. El objetivo general es reducir en un 25% la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2025.

En el *Informe de la Nutrición Mundial 2016* se llevó a cabo un seguimiento de la meta 7 ("detener el aumento de la diabetes y la obesidad"), la más directamente relacionada con la importancia de la alimentación y la nutrición. El *Informe de la Nutrición Mundial 2017* prosiguió el seguimiento de esta meta usando las nuevas estimaciones de la red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (NCD-RisC) para la OMS, que realiza las evaluaciones con un método modificado que se ajusta a los nuevos métodos de estimación y proyección.

En el *Informe de la Nutrición Mundial* se han incluido otras dos metas, relativas a la reducción de la ingesta de sal de la población y a la reducción de la prevalencia de la hipertensión. No obstante, para evaluar los avances conducentes al logro de esas metas se requieren más estimaciones de la prevalencia o métodos de evaluación perfeccionados. Las limitaciones y los datos sustitutos provisionales se comentan a continuación.

Ingesta de sal de la población

La meta 4, consistente en lograr una "reducción relativa del 30% de la ingesta diaria promedio de sal (sodio) de la población" se monitorea por medio de la ingesta diaria media de sal en gramos y normalizada por edades a partir de los 18 años. No existen bases de datos mundiales disponibles sobre las tendencias y proyecciones de la ingesta media de sal. No obstante, los datos publicados en amplios estudios epidemiológicos modelizados relativos a las estimaciones sobre la ingesta de sal⁴ arrojan luz sobre la diferencia entre el consumo de cada país y los 2 gramos diarios que recomienda la OMS⁵. La ingesta media de sal pasó de 4 gramos diarios en 2010 a 5,6 gramos en 2017. Estos datos ahora se han desglosado por sexo, y el consumo medio de los hombres y las mujeres es de 5,8 y 5,4 gramos diarios, respectivamente.

La ingesta de sal tiene consecuencias importantes en la hipertensión y enfermedades conexas como los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades cardiovasculares⁶, si bien la hipertensión también está determinada en gran medida por factores no relacionados con la alimentación como la genética, el envejecimiento, el tabaquismo, el estrés y el sedentarismo. Una ingesta de sodio superior a la ingesta diaria máxima de 2 gramos diarios recomendada por la OMS (equivalente a 5 gramos o una cucharadita de sal fina) aumenta la presión arterial. Reducir la ingesta de sal de los grupos de población es también el mejor modo de hacer frente a las enfermedades no transmisibles; una intervención rentable y de repercusión elevada que puede implementarse incluso en entornos de recursos escasos⁷.

Hipertensión arterial

La meta 6, consistente en lograr una "reducción relativa del 25% de la prevalencia de hipertensión o limitación de la prevalencia de hipertensión", se monitorea a través de la prevalencia normalizada por edades de la hipertensión (presión arterial sistólica o diastólica igual o mayor que 140/90 mmHg) a partir de los 18 años. Los datos sobre la prevalencia de la hipertensión en 2015 provienen de estimaciones modelizadas elaboradas por la red de colaboración sobre los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles⁸.

Diabetes y obesidad en adultos

La meta 7 del Plan de Acción sobre las Enfermedades No Transmisibles (“detener el aumento de la diabetes y la obesidad”) enumera tres indicadores de prevalencia: sobrepeso y obesidad en adultos, obesidad en adolescentes y diabetes en adultos.

El *Informe de la Nutrición Mundial 2018* informa de la prevalencia por grupo etario del sobrepeso y la obesidad (IMC ≥ 25), la obesidad (IMC ≥ 30) y la diabetes (glucemia en ayunas $\geq 7,0$ mmol/L, o bien el paciente sigue un tratamiento para reducir la concentración de glucosa en sangre o se le ha diagnosticado diabetes anteriormente) en hombres y mujeres. Asimismo, efectúa un seguimiento de los progresos nacionales en relación con la obesidad (IMC ≥ 30) y la diabetes a partir de los datos recopilados por la red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles⁹. Se utilizan esas estimaciones modelizadas debido a la ausencia de datos de encuestas comparables a nivel mundial sobre la prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles en todos los países.

El seguimiento de la obesidad y la diabetes en adultos se basa en la probabilidad de que se alcance cada meta de aquí a 2025. Se considera que un país está bien encaminado si sus probabilidades son como mínimo de 0,50; si son inferiores, se considera que está mal encaminado.

APÉNDICE 2. PAÍSES EN CONDICIONES DE ALCANZAR LAS METAS MUNDIALES DE NUTRICIÓN

El *Informe de la Nutrición Mundial 2018* hace un seguimiento de los progresos nacionales en la consecución de las metas siguientes: sobrepeso en la infancia, emaciación en la infancia, retraso del crecimiento en la infancia, lactancia materna exclusiva, diabetes en mujeres, diabetes en hombres, anemia en mujeres en edad reproductiva, obesidad en mujeres y obesidad en hombres.

Nuestra evaluación incluye los mejores datos disponibles sobre 194 países, procedentes de varias fuentes (en el apéndice 1 se ofrece información detallada sobre las fuentes y los métodos utilizados para evaluar los progresos en la consecución de las distintas metas).

En la tabla A2 se enumeran los países que no están en condiciones de alcanzar ninguna de las nueve metas, y los que están en condiciones de lograr una, dos, tres o cuatro metas.

TABLA A2

Progresos nacionales en la consecución de las metas mundiales

| 0 METAS | 1 META | 2 METAS | 3 METAS | 4 METAS |
|----------------------|-------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------|
| 100 | 44 | 35 | 10 | 5 |
| Afganistán | Alemania | Australia | Chile | Armenia |
| Albania | Andorra | Bangladesh | Côte d'Ivoire | Belice |
| Antigua y Barbuda | Angola | Bélgica | El Salvador | Eswatini |
| Arabia Saudita | Austria | Benin | Ghana | Kenya |
| Argelia | Azerbaiyán | Bolivia (Estado Plurinacional de) | Kazajstán | Santo Tomé y Príncipe |
| Argentina | Brunei Darussalam | Burkina Faso | Kuwait | |
| Bahamas | Camboya | Burundi | Lesotho | |
| Bahrein | Canadá | Camerún | México | |
| Barbados | Chad | China | Palestina | |
| Belarús | Congo | Dinamarca | Paraguay | |
| Bhután | Ecuador | Egipto | | |
| Bosnia y Herzegovina | España | Finlandia | | |
| Botswana | Francia | Guatemala | | |
| Brasil | Gambia | Guinea-Bissau | | |
| Bulgaria | Guinea | Guyana | | |
| Cabo Verde | Indonesia | Islandia | | |
| Chequia | Islas Salomón | Kirguistán | | |
| Chipre | Israel | Malawi | | |
| Colombia | Italia | Mongolia | | |
| Comoras | Jamaica | Myanmar | | |
| Costa Rica | Japón | Nauru | | |
| Croacia | Liberia | Perú | | |
| Cuba | Luxemburgo | República Democrática del Congo | | |
| Djibouti | Malasia | República Unida de Tanzania | | |

TABLA A2 CONTINUACIÓN

| 0 METAS | 1 META | 2 METAS | 3 METAS | 4 METAS |
|-------------------------------------|--|--------------|---------|---------|
| 100 | 44 | 35 | 10 | 5 |
| Dominica | Malí | Rwanda | | |
| Emiratos Árabes Unidos | Malta | Serbia | | |
| Eritrea | Mauritania | Sierra Leona | | |
| Eslovaquia | Montenegro | Singapur | | |
| Eslovenia | Nepal | Sudáfrica | | |
| Estados Unidos de América | Nigeria | Suecia | | |
| Estonia | Noruega | Tailandia | | |
| Etiopía | Países Bajos | Turquía | | |
| Ex República Yugoslava de Macedonia | Portugal | Uganda | | |
| Federación de Rusia | República de Corea | Vanuatu | | |
| Fiji | República Dominicana | Zimbabwe | | |
| Filipinas | República Popular Democrática de Corea | | | |
| Gabón | Samoa | | | |
| Georgia | Senegal | | | |
| Granada | Sri Lanka | | | |
| Grecia | Sudán | | | |
| Guinea Ecuatorial | Suiza | | | |
| Haití | Timor-Leste | | | |
| Honduras | Turkmenistán | | | |
| Hungría | Zambia | | | |
| India | | | | |
| Irán (República Islámica del) | | | | |
| Iraq | | | | |
| Irlanda | | | | |
| Islas Marshall | | | | |
| Jordania | | | | |
| Kiribati | | | | |
| Letonia | | | | |
| Líbano | | | | |
| Libia | | | | |
| Liechtenstein | | | | |
| Lituania | | | | |
| Madagascar | | | | |
| Maldivas | | | | |
| Marruecos | | | | |
| Mauricio | | | | |
| Micronesia (Estados Federados de) | | | | |
| Mónaco | | | | |
| Mozambique | | | | |
| Namibia | | | | |
| Nicaragua | | | | |
| Níger | | | | |
| Nueva Zelanda | | | | |
| Omán | | | | |
| Pakistán | | | | |

TABLA A2 CONTINUACIÓN

| 0 METAS | 1 META | 2 METAS | 3 METAS | 4 METAS |
|--------------------------------------|--------|---------|---------|---------|
| 100 | 44 | 35 | 10 | 5 |
| Palau | | | | |
| Panamá | | | | |
| Papua Nueva Guinea | | | | |
| Polonia | | | | |
| Qatar | | | | |
| Reino Unido | | | | |
| República Árabe Siria | | | | |
| República Centroafricana | | | | |
| República de Moldova | | | | |
| República Democrática Popular Lao | | | | |
| Rumania | | | | |
| Saint Kitts y Nevis | | | | |
| San Marino | | | | |
| San Vicente y las Granadinas | | | | |
| Santa Lucía | | | | |
| Seychelles | | | | |
| Somalia | | | | |
| Sudán del Sur | | | | |
| Suriname | | | | |
| Tayikistán | | | | |
| Togo | | | | |
| Tonga | | | | |
| Trinidad y Tabago | | | | |
| Túnez | | | | |
| Tuvalu | | | | |
| Ucrania | | | | |
| Uruguay | | | | |
| Uzbekistán | | | | |
| Venezuela (República Bolivariana de) | | | | |
| Viet Nam | | | | |
| Yemen | | | | |

Fuente: UNICEF, OMS y Grupo Banco Mundial: estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil; bases de datos mundiales de UNICEF: "Alimentación del lactante y del niño pequeño"; Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (NCD-RisC); Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.

Notas: Evaluación de 194 países. Las metodologías de seguimiento varían en función de las metas. Los datos sobre los indicadores relativos a los adultos se basan en estimaciones modelizadas. Si desea obtener más información sobre las fuentes y los métodos utilizados para evaluar los progresos en la consecución de las metas mundiales de nutrición, consulte el apéndice 1.



APÉNDICE 3. PAÍSES EN LOS QUE SE REGISTRA UNA COEXISTENCIA CONSIDERABLE DE MÚLTIPLES FORMAS DE MALNUTRICIÓN

Se considera que un país está afectado por una "carga" de malnutrición si la prevalencia nacional en un indicador es superior a un determinado valor de corte. En el caso del retraso del crecimiento, medido en niños menores de 5 años, este límite se estableció en el 20%. Para la anemia entre mujeres en edad reproductiva (15-49 años)

se empleó ese mismo valor de corte del 20%, mientras que para las mujeres con sobrepeso (de 18 años o más) se estableció en el 35%. Se analizaron los 141 países que disponían de datos suficientes sobre los 3 indicadores de malnutrición. En la tabla A3 se detallan los países afectados por una, dos o las tres cargas.

TABLA A3

Países con una, dos o tres formas de malnutrición

| SOLO SOBREPESO | SOLO ANEMIA | SOLO RETRASO DEL CRECIMIENTO | SOBREPESO Y ANEMIA | SOBREPESO Y RETRASO DEL CRECIMIENTO | ANEMIA Y RETRASO DEL CRECIMIENTO | PAÍSES CON UNA CARGA TRIPLE |
|---------------------------|--------------------|------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------|
| 11 | 5 | 1 | 54 | 3 | 26 | 41 |
| Alemania | China | Filipinas | Arabia Saudita | Ecuador | Afganistán | Albania |
| Argentina | Japón | | Argelia | Guatemala | Bangladesh | Angola |
| Australia | República de Corea | | Armenia | Honduras | Bhután | Benin |
| Brunei Darussalam | Singapur | | Azerbaiyán | | Burkina Faso | Botswana |
| Chile | Sri Lanka | | Barbados | | Burundi | Camerún |
| Costa Rica | | | Belarús | | Camboya | Comoras |
| Estados Unidos de América | | | Belice | | Chad | Congo |
| México | | | Bolivia (Estado Plurinacional de) | | Eritrea | Côte d'Ivoire |
| Mongolia | | | Bosnia y Herzegovina | | Etiopía | Djibouti |
| Nicaragua | | | Brasil | | India | Egipto |
| Perú | | | Bulgaria | | Indonesia | Eswatini |
| | | | Chequia | | Madagascar | Gambia |
| | | | Colombia | | Malawi | Guinea |
| | | | Cuba | | Mozambique | Guinea Ecuatorial |
| | | | El Salvador | | Myanmar | Guinea-Bissau |
| | | | Ex República Yugoslava de Macedonia | | Nepal | Haití |
| | | | Fiji | | Níger | Iraq |
| | | | Gabón | | Pakistán | Islas Salomón |
| | | | Georgia | | República Centroafricana | Kenya |
| | | | Ghana | | República Democrática del Congo | Lesotho |

TABLA A3 CONTINUACIÓN

| SOLO SOBREPESO | SOLO ANEMIA | SOLO RETRASO DEL CRECIMIENTO | SOBREPESO Y ANEMIA | SOBREPESO Y RETRASO DEL CRECIMIENTO | ANEMIA Y RETRASO DEL CRECIMIENTO | PAÍSES CON UNA CARGA TRIPLE |
|----------------|-------------|------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| 11 | 5 | 1 | 54 | 3 | 26 | 41 |
| | | | Guyana | | República Democrática Popular Lao | Liberia |
| | | | Irán (República Islámica del) | | República Popular de Corea | Libia |
| | | | Jamaica | | Rwanda | Malasia |
| | | | Jordania | | Timor-Leste | Maldivas |
| | | | Kazajstán | | Uganda | Malí |
| | | | Kirguistán | | Viet Nam | Mauritania |
| | | | Kuwait | | | Namibia |
| | | | Líbano | | | Nigeria |
| | | | Marruecos | | | Papua Nueva Guinea |
| | | | Montenegro | | | República Árabe Siria |
| | | | Omán | | | República Unida de Tanzania |
| | | | Palestina | | | Sierra Leona |
| | | | Panamá | | | Somalia |
| | | | Paraguay | | | Sudáfrica |
| | | | República de Moldova | | | Sudán |
| | | | República Dominicana | | | Tayikistán |
| | | | Rumania | | | Togo |
| | | | Samoa | | | Vanuatu |
| | | | Santa Lucía | | | Yemen |
| | | | Santo Tomé y Príncipe | | | Zambia |
| | | | Senegal | | | Zimbabwe |
| | | | Serbia | | | |
| | | | Seychelles | | | |
| | | | Suriname | | | |
| | | | Tailandia | | | |
| | | | Tonga | | | |
| | | | Trinidad y Tabago | | | |
| | | | Túnez | | | |
| | | | Turkmenistán | | | |
| | | | Turquía | | | |
| | | | Ucrania | | | |
| | | | Uruguay | | | |
| | | | Uzbekistán | | | |
| | | | Venezuela (República Bolivariana de) | | | |

Fuente: UNICEF, OMS y Grupo Banco Mundial: estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil; red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles; Observatorio Mundial de la Salud de la OMS.

Notas: Retraso del crecimiento en niños menores de 5 años $\geq 20\%$; anemia en mujeres en edad reproductiva $\geq 20\%$; sobrepeso (índice de masa corporal ≥ 25) en mujeres de 18 años o más $\geq 35\%$. A partir de datos de 141 países.

NOTAS

Capítulo 1

- 1 Black R. E., Victora C. G., Walker S. P. *et al.*, 2013. "Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries". *The Lancet*, 382:9890, 2013, págs. 427-451.
- 2 El AVAD es la medida sinóptica usada para indicar la carga global de morbilidad. Representa una pérdida equivalente a un año de plena salud. Mediante el empleo de los AVAD, la carga de enfermedades y lesiones que causan muertes prematuras pero pocos casos de discapacidad (como el ahogamiento o el sarampión) puede compararse con la de enfermedades que no ocasionan la muerte pero sí discapacidad (como las cataratas, que causan ceguera). Fuente: www.who.int/gho/mortality_burden_disease/daly_rates/text/en.
- 3 The GBD 2015 Obesity Collaborators. "Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years". *New England Journal of Medicine*, 377:1, 2017, págs. 13-27.
- 4 Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición, 2016. *The Cost of Malnutrition: Why Policy Action is Urgent*. Disponible en: <https://glopan.org/sites/default/files/pictures/CostOfMalnutrition.pdf>.
- 5 Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición. "The cost of malnutrition". Disponible en: <https://glopan.org/cost-of-malnutrition> (consultado el 1 de octubre de 2018).
- 6 GBD 2016 Risk Factors Collaborators. "Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016". *The Lancet*, 390:10100, 2017, págs. 1345-1422.
- 7 UNICEF para la desnutrición: UNICEF, 2012. Nutrition glossary. Disponible en: www.unicef.org/tokyo/jp/Nutrition_Glossary.pdf; la OMS para el sobrepeso: OMS, 2018. "Obesidad y sobrepeso". Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>; la OMS para la delgadez y el peso inferior al normal en niños: OMS, 2010. *Nutrition Landscape Information System (NLIS): Country profile indicators Interpretation Guide*. Disponible en: www.who.int/nutrition/nlis_interpretation_guide.pdf; la OMS para la anemia: OMS. "Anaemia". Disponible en: www.who.int/topics/anaemia/en.
- 8 El texto de los ODS especifica que el logro de la meta 2.2 implica alcanzar de aquí a 2025 las metas acordadas internacionalmente sobre el retraso del crecimiento y la emaciación en niños menores de 5 años, y al mismo tiempo hacer frente a las necesidades nutricionales de las adolescentes, las mujeres embarazadas y lactantes y las personas de edad.
- 9 Cabe señalar que, si bien su alcance general es mayor, la meta 2.2 solo incluye indicadores sobre el retraso del crecimiento, la emaciación y el sobrepeso en la infancia. En los ODS no se hace un seguimiento del sobrepeso y la obesidad en adultos, de modo que este indicador, que está aumentando en gran medida en todo el mundo, tiene el carácter de una meta voluntaria a la que aspirar.
- 10 "Annan K. Data can help to end malnutrition across Africa". *Nature*, 555:7, 2018. Disponible en: www.nature.com/articles/d41586-018-02386-3.

Capítulo 2

- 1 *Informe de la Nutrición Mundial*. Disponible en: www.globalnutritionreport.org.
- 2 Niños de 0 a 59 meses en los que las puntuaciones de estatura para la edad son inferiores a dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS (un marcador de la malnutrición crónica).
- 3 Niños de 0 a 59 meses en los que las puntuaciones de peso para la estatura son inferiores a dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS (un marcador de la malnutrición aguda).
- 4 Nacidos vivos en cada población durante un período determinado que pesan menos de 2.500 gramos.

-
- 5 Niños de 0 a 59 meses en los que las puntuaciones de peso para la estatura son superiores a dos desviaciones estándar por encima de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS (un marcador de la malnutrición crónica).
 - 6 Si bien el porcentaje registra un descenso, es posible que, teniendo en cuenta el crecimiento de la población, la cifra, en términos absolutos, se mantenga o aumente.
 - 7 Briend A., Khara T. y Dolan C. "Wasting and stunting – similarities and differences: policy and programmatic implications". *Food and Nutrition Bulletin*, 36(supl. 1), 2015, págs. S15-S23.
 - 8 Red de Nutrición en Situaciones de Emergencia (ENN), 2018. *Child wasting and stunting: Time to overcome the separation*. Disponible en: www.ennonline.net/attachments/2870/WaSt-policy-brief-June-2018.pdf.
 - 9 Olofin I., McDonald C. M., Ezzati M. *et al.* "Associations of suboptimal growth with all-cause and cause-specific mortality in children under five years: a pooled analysis of ten prospective studies". *PLoS One*, 8:5, 2013, e64636.
 - 10 McDonald C. M., Olofin I., Flaxman S. *et al.* "Nutrition Impact Model Study. The effect of multiple anthropometric deficits on child mortality: meta-analysis of individual data in 10 prospective studies from developing countries". *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97:4, 2013, págs. 896-901. DOI: 10.3945/ajcn.112.047639; OMS, 2016. *WHA Global Nutrition Targets 2025: Wasting Policy Brief*. Disponible en: www.who.int/nutrition/topics/globaltargets_wasting_policybrief.pdf.
 - 11 Debido a la naturaleza cambiante de las estadísticas sobre la emaciación, no podemos presentar sus tendencias temporales.
 - 12 La anemia en embarazadas se define como un nivel de hemoglobina <100 g/L. En el caso de las mujeres que no están embarazadas, la anemia se define como un nivel de hemoglobina <120 g/L.
 - 13 La anemia se utiliza como un indicador indirecto de la deficiencia de hierro, aunque con limitaciones, ya que esta es solo una de las causas de la anemia. Kassebaum N. J., Jasrasaria R., Naghavi M. *et al.* "A systematic analysis of global anaemia burden from 1990 to 2010". *Blood*, 123:5, 2014, págs. 615-624.
 - 14 OMS. Repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud, <http://apps.who.int/gho/data/?theme=main> (consultado el 11 de octubre de 2018).
 - 15 Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (NCD-RisC) (consultado el 11 de octubre de 2018).
 - 16 Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (NCD-RisC) (véase la nota 15).
 - 17 Se considera que un adulto mayor de 18 años padece diabetes si su nivel de glucemia en ayunas es de $\geq 7,0$ mmol/L, si sigue un tratamiento para reducir la concentración de glucosa en sangre o se le ha diagnosticado diabetes anteriormente. Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (NCD-RisC) (véase la nota 15).
 - 18 Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (NCD-RisC) (véase la nota 15).
 - 19 OMS, 2018. "Noncommunicable diseases country profiles 2018". Disponible en: www.who.int/nmh/publications/ncd-profiles-2018/en.
 - 20 Development Initiatives, 2017. *Informe de la Nutrición Mundial 2017. "Alimentar los ODS"*. Disponible en: www.globalnutritionreport.org.
 - 21 Los datos de referencia de 2010 sobre la ingesta de sal se han extraído de Mozaffarian D., Fahimi S., Singh G.M. *et al.* "Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes". *New England Journal of Medicine*, 371:7, 2014, págs. 624-634.
 - 22 Women Deliver, 2018. *Improve Maternal and Newborn Health and Nutrition* (ficha informativa). Disponible en: http://womendeliver.org/wp-content/uploads/2016/09/Deliver_For_Good_Brief_13_04.18-MNH.pdf.
 - 23 En mujeres de 20 a 49 años el peso inferior al normal se define como un IMC <18,5, y en las adolescentes de 15 a 19 años, como un IMC inferior a dos desviaciones estándar.
 - 24 El término "ingresos per cápita medios diarios" se refiere a los umbrales del PIB per cápita empleados por el Banco Mundial para clasificar a los países en función de su nivel de ingresos, divididos por el número de días en un año. Disponible en: <https://blogs.worldbank.org/opendata/new-country-classifications-income-level-2018-2019>.

-
- 25 A partir de las tasas medias no ponderadas de 79 países.
- 26 A partir de las tasas medias no ponderadas de 80 países.
- 27 A partir de las tasas medias no ponderadas de 79 países.
- 28 A partir de las tasas medias no ponderadas de 80 países.
- 29 A partir de las tasas medias no ponderadas de 83 países.
- 30 Retraso del crecimiento en menores de 5 años, emaciación en menores de 5 años, sobrepeso en menores de 5 años, anemia, lactancia materna exclusiva, diabetes en adultos (hombres y mujeres), obesidad en adultos (hombres y mujeres).
- 31 El término "subalimentación" se refiere a la proporción de la población cuyo consumo de calorías a través de la alimentación es inferior a un umbral predeterminado. Se hace referencia a las personas que se encuentran en esta situación con el término "subalimentadas".
- 32 Kharas H., McArthur J. W. y Rasmussen K., 2018. "How many people will the world leave behind? Assessing current trajectories on the Sustainable Development Goals". *Brookings Global Economy and Development Working Papers*, núm. 123. Disponible en: www.brookings.edu/research/how-many-people-will-the-world-leave-behind.
- 33 Kharas H., McArthur J. W. y Rasmussen K., 2018 (véase la nota 32).
- 34 IFPRI, 2016. *Informe de la Nutrición Mundial 2016*. "De la promesa al impacto: terminar con la malnutrición de aquí a 2030". Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI). Disponible en: globalnutritionreport.org/the-report-2016.
- 35 OMS, 2018. *Global Nutrition Policy Review 2016-2017: Country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. Disponible en: www.who.int/nutrition/topics/global-nutrition-policy-review-2016.pdf.
- 36 Retraso del crecimiento, anemia, peso bajo al nacer, sobrepeso infantil, lactancia materna exclusiva, emaciación, sobrepeso en adultos y adolescentes. También ha fijado metas en materia de hipertensión y diabetes. No ha establecido una meta relativa a la sal.
- 37 Banco Mundial, 2017. *Catalyzing progress toward the global nutrition targets: three potential financing packages*. Disponible en: https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/3_intervention_pack_WEB.pdf?sequence=11.
- 38 Los umbrales que determinan si un país presenta o no una forma de malnutrición se determinan en función de las prevalencias siguientes: retraso del crecimiento en niños menores de 5 años $\geq 20\%$; anemia en mujeres en edad reproductiva $\geq 20\%$; sobrepeso (IMC ≥ 25) en mujeres de 18 años o más $\geq 35\%$.
- 39 Fernald L. C. y Neufeld L. M. "Overweight with concurrent stunting in very young children from rural Mexico: prevalence and associated factors". *European Journal of Clinical Nutrition*, 61, 2007, págs. 623-632; Garrett J. L. y Ruel M. T. "Stunted child-overweight mother pairs: prevalence and association with economic development and urbanization". *Food and Nutrition Bulletin*, 26, 2005, págs. 209-221; Doak C., Adair L., Bentley M. et al. "The underweight/overweight household: an exploration of household sociodemographic and dietary factors in China". *Public Health Nutrition*, 5, 2002, págs. 215-221; Jehn M. y Brewis A. "Paradoxical malnutrition in mother-child pairs: untangling the phenomenon of over- and under-nutrition in underdeveloped economies". *Economics and Human Biology*, 7, 2009, págs. 28-35; Dieffenbach S. y Stein A. D. "Stunted Child/Overweight Mother Pairs Represent a Statistical Artifact, Not a Distinct Entity". *The Journal of Nutrition*, 142, 2012, págs. 771-773; Tzioumis E. y Adair L. S. "Childhood dual burden of under- and overnutrition in low- and middle-income countries: a critical review". *Food and Nutrition Bulletin*, 35:2, 2014, págs. 230-243.
- 40 Trowbridge F. L., Marks J. S., López de Romaña G. et al. "Body composition of Peruvian children with short stature and high weight-for-height. II. Implications for the interpretation for weight-for-height as an indicator of nutritional status". *The American Journal of Clinical Nutrition*, 46, 1987, págs. 411-418; Martorell R., Mendoza F. S., Castillo R. O. et al. "Short and plump physique of Mexican-American children". *American Journal of Physical Anthropology*, 73, 1987, págs. 475-487; Yajnik C. S., Fall C. H. D., Coyaji K.J. et al. "Neonatal anthropometry: the thin-fat Indian baby. The Pune Maternal Nutrition Study". *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 27, 2003, págs. 173-180.
- 41 Barker D. J. P. y Osmond C. "Infant mortality, childhood nutrition, and ischaemic heart disease in England and Wales". *The Lancet*, 327:8489, 1986, págs. 1077-1081; Osmond C., Barker D. J. P., Winter P. D. et al. "Early growth and death from cardiovascular disease in women". *BMJ*, 307, 1993, págs. 1519-1524; Whincup P. H., Kaye S. J., Owen C. G. et al. "Birthweight and risk of type 2 diabetes: a quantitative systematic review of published evidence". *JAMA*, 300, 2008, págs. 2886-2897; Adair, L. S., Fall, C. H., Osmond, C. et al. "Associations of linear growth and relative weight gain during early life with adult health and human capital in countries of low and middle income: findings from five birth cohort studies". *The Lancet*, 382:9891, 2013, págs. 525-534.

-
- 42 UNICEF, División de Datos, Investigación y Políticas, 2018. Bases de datos mundiales de UNICEF. "Overlapping Stunting, Wasting and Overweight", mayo de 2018, Nueva York, <https://data.unicef.org/topic/nutrition/malnutrition> (consultado el 11 de octubre de 2018).
- 43 Tabibian S., Daneshzad E., Bellissimo N. *et al.* "Association between adherence to the Dietary Approaches to Stop Hypertension diet with food security and weight status in adult women". *Nutrition & Dietetics*, 2018.
- 44 Food Research and Action Center, 2015. *Understanding the connections: Food insecurity and obesity*. Disponible en: http://www.frac.org/wp-content/uploads/frac_brief_understanding_the_connections.pdf.
- 45 Ghattas H., 2014. Food security and nutrition in the context of the nutrition transition. Documento técnico. FAO. Disponible en: www.fao.org/3/a-i3862e.pdf.
- 46 FAO, 2018. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Fomentando la resiliencia climática en aras de la seguridad alimentaria y la nutrición*. Disponible en: <http://www.fao.org/3/19553ES/19553es.pdf>.
- 47 UNICEF, División de Datos, Investigación y Políticas, 2018 (véase la nota 42).
- 48 McDonald C. M., Olofin I., Flaxman S. *et al.* "The effect of multiple anthropometric deficits on child mortality: meta-analysis of individual data in 10 prospective studies from developing countries". *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97:4, 2013, págs. 896-901. DOI: 10.3945/ajcn.112.047639.
- 49 IFPRI, 2016 (véase la nota 34).
- 50 Fenn B. *et al.* "Do childhood growth indicators in developing countries cluster? Implications for intervention strategies". *Public Health Nutrition*, 7:7, 2004, págs. 829-834; Gebreyesus S. H. *et al.* "Local spatial clustering of stunting and wasting among children under the age of 5 years: implications for intervention strategies". *Public Health Nutrition*, vol. 19:8, 2016, págs. 1417-1427; Adekanmbi A. T. *et al.* "Exploring variations in childhood stunting in Nigeria using league table, control chart and spatial analysis". *BMC Public Health*, 13, 2013, pág. 361; Alemu Z. A. *et al.* "Non random distribution of child undernutrition in Ethiopia: spatial analysis from the 2011 Ethiopia demographic and health survey". *International Journal for Equity in Health*, 15:1, 2016, pág. 198.
- 51 ENN. "Wasting-Stunting (WaSt) Technical Interest Group (TIG) members". Disponible en: www.ennonline.net/ourwork/researchandreviews/wast/wasttigmembers (consultado el 11 de octubre de 2018).
- 52 Khara T., Mwangome M., Ngari M. y Dolan C. "Children concurrently wasted and stunted: A meta-analysis of prevalence data of children 6–59 months from 84 countries". *Maternal & Child Nutrition*, 14:2, 2018, e12516. DOI: 10.1111/mcn.12516.
- 53 Khara T., Mwangome M., Ngari M. y Dolan C., 2017 (véase la nota 52).
- 54 Garenne M., Willie D., Maire B. *et al.* "Incidence and duration of severe wasting in two African populations". *Public Health Nutrition*, 12:11, 2009, págs. 1974-1982. DOI: 10.1017/S1368980009004972.
- 55 Myatt M., Khara T., Schoenbuchner S. *et al.* "Children who are both wasted and stunted are also underweight and have a high risk of death: a descriptive epidemiology of multiple anthropometric deficits using data from 51 countries". *Archives of Public Health*, 76, 2018, pág. 28. DOI: 10.1186/s13690-018-0277-1.
- 56 Osgood-Zimmerman A., Millea A. I., Stubbs R. W. *et al.* "Mapping child growth failure in Africa between 2000 and 2015". *Nature*, 555:7694, 2018, pág. 41.
- 57 Mediante el empleo de covariantes espaciales que utilizan geoestadísticas basadas en modelos bayesianos.
- 58 Osgood-Zimmerman A., Millea A. I., Stubbs R. W. *et al.* 2018 (véase la nota 56).
- 59 Menon P., Headey D., Avula R. y Nguyen P. H. "Understanding the geographical burden of stunting in India: A regression-decomposition analysis of district-level data from the 2015–16". *Maternal & Child Nutrition*, 14:4, 2018, e12620.
- 60 Public Health England, 2018. "Severe obesity in 10 to 11 year olds reaches record high" (nota periodística). Disponible en: www.gov.uk/government/news/severe-obesity-in-10-to-11-year-olds-reaches-record-high.
- 61 La privación se mide según los siete aspectos considerados por el índice de privación múltiple: los ingresos; el empleo; la falta de salud y la discapacidad; la educación y la capacitación; los obstáculos en el acceso a la vivienda y los servicios; la delincuencia; y el entorno de vida.
- 62 Ravelo J. L., 2018. "Cities and NCDs: The growing threat of childhood obesity in Quito". Disponible en: www.devex.com/news/cities-and-ncds-the-growing-threat-of-childhood-obesity-in-quito-92510.

-
- 63 Partnership for Healthy Cities, <https://partnershipforhealthycities.bloomberg.org> (consultado el 11 de octubre de 2018).
- 64 Cities changing diabetes. "Evidence: A link between urbanisation and diabetes exists". Disponible en: www.citieschangingdiabetes.com/evidence/overview.html.
- 65 Eat Forum. "EAT-C40". Disponible en <https://eatforum.org/initiatives/eat-c40> (consultado el 11 de octubre de 2018).
- 66 Milan Urban Food Policy Pact, 2018. "The role of cities in the transformation of food systems: lessons from Milan Pact cities". Disponible en: www.milanurbanfoodpolicypact.org/2018/07/27/role-cities-transformation-food-systems-lessons-milan-pact-cities.
- 67 Milan Urban Food Policy Pact. "Signatory cities". Disponible en: www.milanurbanfoodpolicypact.org/signatory-cities (consultado el 11 de octubre de 2018).
- 68 FAO, 2018. *Antananarivo, Madagascar*. Disponible en: www.milanurbanfoodpolicypact.org/wp-content/uploads/2018/07/Brief-13-Antananarivo.pdf.
- 69 Milan Urban Food Policy Pact. "50 Selected Practices from Milan Pact Awards 2016–2017–2018". Disponible en: www.milanurbanfoodpolicypact.org/50-selected-practices (consultado el 11 de octubre de 2018).
- 70 Hawkes C. y Halliday J. *What makes Urban Food Policy Happen? Insights from Five Case studies*. Bruselas: IPES-Food, 2017. Disponible en: http://www.ipes-food.org/_img/upload/files/Cities_execsummary.pdf.
- 71 Menon P., Headey D., Avula R. y Nguyen P. H., 2018 (véase la nota 59).
- 72 Programa por un peso saludable en Ámsterdam. Resumen del plan del programa. Disponible en: www.amsterdam.nl/bestuur-organisatie/organisatie/sociaal/onderwijs-jeugd-zorg/zo-blijven-wij/amsterdam-healthy.
- 73 Programa por un peso saludable en Ámsterdam. Examen 2012-2017, Parte II. Disponible en: www.amsterdam.nl/bestuur-organisatie/organisatie/sociaal/onderwijs-jeugd-zorg/zo-blijven-wij/amsterdam-healthy.
- 74 Programa por un peso saludable en Ámsterdam, 2017. *Amsterdam children are getting healthier*. Disponible en: assets.amsterdam.nl/publish/pages/847273/factsheet_amsterdam_children_are_getting_healthier.pdf.
- 75 Panel Internacional de Expertos sobre Sistemas Alimentarios Sostenibles, 2017. *What makes urban food policy happen?* Disponible en: http://www.ipes-food.org/_img/upload/files/Cities_execsummary.pdf.
- 76 Programa por un peso saludable en Ámsterdam (véase la nota 72).
- 77 Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. "Childhood Obesity Facts". Disponible en: www.cdc.gov/healthyschools/obesity/facts.htm (consultado el 11 de octubre de 2018).
- 78 Kauh T. J., Dawkins-Lyn N. y Dooyema C., 2018. "Childhood Obesity Declines Project: An Effort of the National Collaborative on Childhood Obesity Research to Explore Progress in Four Communities". *Childhood Obesity*, 14, 2018, págs. S1-S4. Disponible en: www.doi.org/10.1089/chi.2018.0018.
- 79 Jernigan J., Kettel Khan L. y Dooyema C., "Childhood Obesity Declines Project: Highlights of Community Strategies and Policies". *Childhood Obesity*, 14, 2018, págs. S32-S39. Disponible en: www.doi.org/10.1089/chi.2018.0022.

Capítulo 3

- 1 Redactado por Kraemer, K. Sight y Life.
- 2 OMS, 2006. *Guías para la fortificación de alimentos con micronutrientes*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- 3 OMS, 2006 (véase la nota 2).
- 4 Aburto N. J., Rogers L., De-Regil L. M. et al. "An evaluation of a global vitamin and mineral nutrition surveillance system". *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, 63:2, 2013, págs. 105-113. Disponible en: www.alanrevista.org/ediciones/2013/2/?i=art1.
- 5 OMS, 2018. Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS). "Base de datos sobre micronutrientes". Disponible en: <http://www.who.int/vmnis/database/es/> (consultado el 29 de mayo de 2018).

-
- 6 Universidad de Ghana, GroundWork, Universidad de Wisconsin-Madison, KEMRI-Wellcome Trust y UNICEF, 2017. *Ghana Micronutrient Survey 2017*. Accra (Ghana). Disponible en: http://groundworkhealth.org/wp-content/uploads/2018/06/UoG-GroundWork_2017-GHANA-MICRONUTRIENT-SURVEY_Final_180607.pdf.
 - 7 Sanghvi T., Van Ameringen M., Baker J. *et al.*, 2007. *Vitamin and mineral deficiencies technical situation analysis: a report for the Ten Year Strategy for the Reduction of Vitamin and Mineral Deficiencies*. Publicado por la Fundación Internacional para la Nutrición para la Dependencia de Publicaciones de la Universidad de las Naciones Unidas.
 - 8 EDS, 2014. *Tabulation plan for DHS Final Report*. Capítulo 11, "Nutrition of children and adults". Washington D. C.: USAID.
 - 9 Gorstein J., Sullivan K. M., Parvanta I. y Begin F., 2007. *Indicators and Methods for Cross-Sectional Surveys of Vitamin and Mineral Status of Populations*. Iniciativa por los Micronutrientes (Ottawa) y Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Atlanta). Disponible en: www.who.int/vmnis/toolkit/mcn-micronutrient-surveys.pdf.
 - 10 Petry N., Olofin I., Hurrell R. F. *et al.* "The proportion of anemia associated with iron deficiency in low, medium, and high human development index countries: a systematic analysis of national surveys". *Nutrients*, 8:11, 2016, pág. 693.
 - 11 Pasricha S. R., Armitage A. E., Prentice A. M. y Drakesmith H. "Reducing anaemia in low income countries: control of infection is essential". *BMJ*, 362, 2018, pág. k3165.
 - 12 Ruel-Bergeron J. C., Stevens G. A., Sugimoto J. D. *et al.*, 2015. "Global Update and Trends of Hidden Hunger, 1995-2011: The Hidden Hunger Index". *PLoS One* 10(12): e0143497. Disponible en: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0143497> (consultado el 24 de mayo de 2018); IZiNCG. "Assessment of the risk of zinc deficiency in populations and options for its control". *Food and Nutrition Bulletin*, 25: supl. 2, 2004, págs. 94S-203S.
 - 13 Trowbridge, F. L., 2018. "Surveillance of micronutrient deficiency". Universidad de las Naciones Unidas. Disponible en: <http://archive.unu.edu/unupress/food/8F154e/8F154E05.htm> (consultado el 24 de mayo de 2018).
 - 14 Gorstein J., Sullivan K. M., Parvanta I. y Begin F. (véase la nota 9).
 - 15 El término "ómicas" se refiere a las tecnologías colectivas utilizadas para analizar las funciones, las relaciones y las acciones de los diversos tipos de moléculas que componen las células de un organismo.
 - 16 Ruela M. T., Quisumbinga A. R. y Balagamwala M. "Nutrition-sensitive agriculture: What have we learned so far?". *Global Food Security*, 17, 2018, págs. 128-153. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S221191241730127X.
 - 17 Schmidhuber J., Sur P. y Fay K. "The Global Nutrient Database: availability of macronutrients and micronutrients in 195 countries from 1980 to 2013". *The Lancet Planetary Health*, 2(8), 2018, págs. e353-e368.
 - 18 Garrett G. S. ha contribuido a la redacción de esta sección.
 - 19 Osendarp, S. J. M., 2018. "Large-Scale Food fortification and Biofortification in Low- and middle-Income Countries: A Review of Programs, Trends, Challenges, and Evidence Gaps". *Food and Nutrition Bulletin*, 39(2), págs. 175-205. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0379572118774229>.
 - 20 Global Fortification Data Exchange. "Providing actionable food fortification data". Disponible en: www.fortificationdata.org.
 - 21 UNICEF estima que el 86% de la población de los países de ingresos bajos y medianos tiene acceso a sal yodada, es decir, que 5.420 millones de personas (el 86% de 6.300 millones) usan sal yodada. La Red Mundial del Yodo calcula que la población de los países industrializados asciende a 1.300 millones de personas y que la mitad de la sal utilizada es yodada, principalmente en los alimentos y condimentos procesados, lo que significa que 650 millones de personas consumen sal yodada. Por tanto, el total asciende a 6.100 millones de personas.
 - 22 Pearce E. N., Andersson M. y Zimmermann M. B. "Global iodine nutrition: where do we stand in 2013?" *Thyroid*. 23:5, 2013, págs. 523-528.
 - 23 UNICEF, 2018. "Globally, 86% of the population has access to iodized salt". Datos de UNICEF. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/iodine-deficiency/> (consultado el 26 de mayo de 2018).
 - 24 Gorstein J., Bagriansky J. y Kupka R. "Estimating the impact of salt iodization on clinical iodine deficiency over the past 25 years". Presentado para su publicación, 2018.
 - 25 Chuko T., Bagriansky J. y Tucker Brown A., 2015. "Ethiopia's long road to USI", *IDD Newsletter*, Red Mundial del Yodo. Mayo de 2015, vol. 43-2. Disponible en: www.ign.org/cm_data/IDD_may15_1.pdf.

-
- 26 IFPRI, 2016. *Informe de la Nutrición Mundial 2016*. "De la promesa al impacto: terminar con la malnutrición de aquí a 2030". Washington, D. C.: IFPRI. Disponible en: www.ifpri.org/publication/global-nutrition-report-2016-promise-impact-ending-malnutrition-2030.
- 27 Aaron G. J., Friesen V. M., Jungjohann S. et al. "Coverage of large-scale food fortification of edible oil, wheat and maize flours varies greatly by vehicle and country but is consistently lower among the most vulnerable: results from coverage surveys in eight countries". *The Journal of Nutrition*, 147(5), 2017.
- 28 Este cálculo se basa en los datos legislativos de 2017 suministrados por la Iniciativa para la Fortificación de los Alimentos; los datos de consumo basados en las estimaciones de la FAO sobre la disponibilidad de arroz, sémola de maíz o harina de trigo conforme al consumo mínimo de 75 g/día recomendado por la OMS para que la fortificación satisfaga las necesidades de micronutrientes de las mujeres en edad reproductiva; y la clasificación de los países de ingresos bajos, medianos y altos establecida por el Banco Mundial en 2017. Sería necesario investigar la aplicación a fin de comprobar cuáles de estos 62 países no muelen industrialmente o importan la mayor parte de los cereales que consumen, de modo que los alimentos producidos a partir de ellos no son fortificables.
- 29 Garrett G. S. y Bailey L. B., 2018. "A public health approach for preventing neural tube defects: folic acid fortification and beyond". *Annals of the New York Academy of Sciences*.
- 30 Aaron G. J., Friesen V. M., Jungjohann S. et al. "Coverage of large-scale food fortification of edible oil, wheat and maize flours varies greatly by vehicle and country but is consistently lower among the most vulnerable: results from coverage surveys in eight countries". *The Journal of Nutrition*, 147(5), 2017, págs. 984S-994S.
- 31 Luthringer C. L., Rowe L. A., Vossenaar M. y Garrett G., 2015. "Regulatory monitoring of fortified foods: Identifying barriers and good practices". Disponible en: www.ghspjournal.org/content/3/3/446.
- 32 Aaron G. J., Friesen V. M., Jungjohann S., 2017 (véase la nota 30).
- 33 Aaron G. J., Friesen V. M., Jungjohann S., 2017 (véase la nota 30).
- 34 Aaron G. J., Friesen V. M., Jungjohann S., 2017 (véase la nota 30).
- 35 AIF. "Conflict and fragility". Disponible en: <http://ida.worldbank.org/theme/conflict-and-fragility>.
- 36 Banco Mundial. "Harmonized List of Fragile Situations". Disponible en: www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/brief/harmonized-list-of-fragile-situations.
- 37 Banco Mundial. "Fragility, conflict and violence". Disponible en: www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/overview.
- 38 ACNUR, 2018. "Global Trends: Forced Displacement in 2017".
- 39 Development Initiatives, 2018. *Global Humanitarian Assistance Report 2018*. Disponible en: <http://devinit.org/wp-content/uploads/2018/06/GHA-Report-2018.pdf>.
- 40 ACNUR, 2018 (véase la nota 38).
- 41 ACNUR. "Nutrition and Food Security". Disponible en: www.unhcr.org/nutrition-and-food-security.html.
- 42 Conforme a la definición de la fase 3 o superior (es decir, de crisis) de la Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases (IPC). La IPC es el protocolo empleado para determinar la gravedad y la magnitud de la inseguridad alimentaria aguda. El Informe Mundial sobre las Crisis Alimentarias examina las fases más graves de la IPC —crisis (fase 3), emergencia (fase 4) y catástrofe o hambruna (fase 5)—, ya que estas indican el tamaño y la ubicación de las poblaciones que requieren asistencia urgente. Todos los datos sobre inseguridad alimentaria proceden de: Red de Información sobre Seguridad Alimentaria, 2018. *Global Report On Food Crises 2018*. Disponible en: https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000069227/download/?_ga=2.249914566.1100751467.1533206233-2100957799.1533206233.
- 43 ACNUR. "Nutrition and Food Security" (véase la nota 41).
- 44 Servicio de Seguimiento Financiero de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH) de las Naciones Unidas. Disponible en: <https://fts.unocha.org/appeals/overview/2017>; <https://interactive.unocha.org/publication/globalhumanitarianoverview/>.
- 45 ENN, 2018. *Child wasting and stunting: Time to overcome the separation. A Briefing Note for policy makers and programme implementers*. Disponible en: www.enonline.net/attachments/2870/WaSt-policy-brief-June-2018.pdf.

-
- 46 Mansour, H. y Rees, D. I., 2011. "Armed Conflict and Birth Weight: Evidence from the al-Aqsa Intifada". *Journal of Development Economics*, 99(1), págs. 190-199. Disponible en: www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304387811001209.
- 47 ENN (Khara T., Dolan C. y Shoham J.), 2015. *Stunting in protracted emergency contexts. What are the implications for humanitarian programming of responding to stunting in protracted emergency contexts, and what should we be doing about it?* ENN, Oxford (Reino Unido). Disponible en: https://www.ennonline.net/attachments/2454/Stunting-Brief-2015_WEB_01022016.pdf.
- 48 FAO, FIDA, UNICEF, PMA y OMS, 2017. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2017. Fomentando la resiliencia en aras de la paz y la seguridad alimentaria*. Roma: FAO, 2011. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i7695s.pdf>.
- 49 Mates E., Shoham J., Khara T. y Dolan C., 2017. *Stunting in humanitarian and protracted crises*. Documento de debate de ENN. Disponible en: http://s3.ennonline.net/attachments/2716/Stunting-Brief-2017_WEB_2.pdf.
- 50 Perone S. A., Martinez E., du Mortier S. et al. "Non-communicable diseases in humanitarian settings: ten essential questions". *Conflict and Health*, 11:1, 2017.
- 51 A partir de datos sobre 148 países, procedentes del índice INFORM para la gestión del riesgo y de las estimaciones conjuntas de UNICEF, la OMS y el Grupo Banco Mundial sobre la malnutrición infantil.
- 52 Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, base de datos de estadísticas demográficas, 2018. Disponible en: <http://popstats.unhcr.org/en/overview>.
- 52 Chaaban J., Ghattas H., Habib R. R. et al., 2010. *Socio-Economic Survey of Palestinian Refugees in Lebanon*. Universidad Americana de Beirut y el OOPS.
- 53 OOPS, 2018. *Annual Operational Report 2017*. Disponible en: https://www.unrwa.org/sites/default/files/content/resources/2017_annual_operational_report_final_lr.pdf.
- 54 Chaaban J., Salti N., Ghattas H. et al., 2016. *Survey on the Socioeconomic Status of Palestine Refugees in Lebanon 2015*. Informe publicado por la Universidad Americana de Beirut y el OOPS. Beirut: OOPS. Disponible en: https://www.unrwa.org/sites/default/files/content/resources/survey_on_the_economic_status_of_palestine_refugees_in_lebanon_2015.pdf.
- 56 Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, base de datos de estadísticas demográficas, 2018. Disponible en: <http://popstats.unhcr.org/en/overview> (consultado el 4 de octubre de 2018).
- 56 PMA, UNICEF y ACNUR, 2014. *Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon 2014*. Disponible en: <https://fscluster.org/sites/default/files/documents/VASyR%202014%20FINAL.pdf>.
- 58 PMA, UNICEF y ACNUR, 2017. *Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon 2017*. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/VASyR%202017.compressed.pdf>.
- 58 PMA, UNICEF y ACNUR, 2017 (véase la nota 58).
- 60 OMS, 2017. Método STEPwise de la OMS para la vigilancia de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles.
- 61 PMA, UNICEF y ACNUR, 2017 (véase la nota 58).
- 62 PMA, UNICEF y ACNUR, 2016. *Vulnerability Assessment of Syrian Refugees in Lebanon 2016*. Disponible en: <https://data2.unhcr.org/fr/documents/download/43391>.
- 63 OMS y Ministerio de Salud Pública del Líbano, *WHO Stepwise approach for non-communicable diseases risk factor surveillance, Lebanon, 2016-2017*. Disponible en: https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/Lebanon_STEPS_report_2016-2017.pdf.
- 64 Doocy S., Lyles E., Hanquart B. y Woodman M. "Prevalence, care-seeking, and health service utilization for non-communicable diseases among Syrian refugees and host communities in Lebanon". *Conflict and Health*, 10:1, 2016, pág. 21.
- 65 PMA, 2018. *WFP Lebanon Country Brief*. Disponible en: <https://docs.wfp.org/api/documents/WFP-0000100488/download/>.

-
- 66 Jamaluddine Z., Ghattas H., Choufani J. y Sahyoun N. (editores), 2017. "The Healthy Kitchens, Healthy Children study; a community-based school nutrition intervention improves diet diversity in Palestinian refugee schoolchildren in Lebanon". *Annals of Nutrition and Metabolism*, 2017.
- 67 Ghattas H., Jamaluddine Z., Choufani J. y Btaiche R., 2017. "A Community-Based Intervention Improves Economic, Social and Food Security Outcomes of Refugee Women-The Healthy Kitchens Experience". *The FASEB Journal*, 31: supl. 1, 2017, 313.6.
- 68 Dolan C. y Shoham J, Director Técnico de ENN.
- 69 Development Initiatives, 2018 (véase la nota 39). La clasificación de las crisis en crisis a corto, mediano y largo plazo se determina en función del tiempo durante el cual el país ha recibido un porcentaje superior al promedio de su ayuda oficial para el desarrollo en la forma de asistencia humanitaria: >8 años = largo plazo, 3-7 años = mediano plazo.
- 70 ENN, 2015. *Nutrition and resilience: a scoping study*. Disponible en: www.ennonline.net/attachments/2450/Resilience-report-final.pdf.
- 71 Comisión Europea. *Building a resilience programme. Ten key lessons from the EU RESET programme in Ethiopia*. Disponible en: <https://europa.eu/capacity4dev/file/80100/download?token=6FwZeQZ8>.
- 72 Agenda for Humanity, 2016. "Grand Bargain". Disponible en: www.agendaforhumanity.org/initiatives/3861 (consultado el 19 de septiembre de 2018).
- 73 Agenda for Humanity, 2016 (véase la nota 72).
- 74 Asamblea General de las Naciones Unidas, 2016. Resultados de la Cumbre Humanitaria Mundial. Informe del Secretario General. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/71/353>.
- 75 Agenda for Humanity. "Commitment to action: transcending humanitarian-development divides". Disponible en: www.agendaforhumanity.org/initiatives/3837 (consultado el 30 de septiembre de 2018).
- 76 El Comité Permanente entre Organismos (IASC) es el principal mecanismo para la coordinación interinstitucional de la asistencia humanitaria.
- 77 Development Initiatives, 2018 (véase la nota 39).
- 78 Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE). Solo incluye la ayuda de los donantes del CAD y los donantes multilaterales.
- 79 Concern Worldwide, 2017. *Evaluation Briefing Paper: Community Resilience to Acute Malnutrition Programme in Chad*. Disponible en: https://doj19z5hov92o.cloudfront.net/sites/default/files/resource/2017/03/cram_evaluation_brief.pdf.
- 80 Patton G. C., Sawyer S. M. y Santelli J. S. et al., 2016. "Our future: A Lancet commission on adolescent health and well being". *The Lancet*, 387:10036, 2016, págs. 2423-2478.
- 81 Cumbre de la Nutrición Mundial, 2017. An agenda for action to close the gap on women's and girls' nutrition. Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025. Disponible en: <https://nutritionforgrowth.org/wp-content/uploads/2017/11/An-Agenda-For-Action-To-Close-The-Gap-On-Womens-And-Girls-Nutrition.pdf>.
- 82 USAID, 2018. "Adolescent Nutrition call to action: Better Data Now to Drive Better Policies and Programs in the Future". Disponible en: www.spring-nutrition.org/about-us/news/adolescent-nutrition-call-action-better-data-now-drive-better-policies-and-programs.
- 83 Texto de Kamran Lassi Z. y Bhutta Z. A.
- 84 Prentice A. M., Ward K. A., Goldberg G. R. et al. "Critical windows for nutritional interventions against stunting". *The American Journal of Clinical Nutrition*, 97:5, 2016, págs. 911-918; Fink G., Rockers P. C., 2014. "Childhood growth, schooling and cognitive development: Further evidence from the Young Lives Study". *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100, 2014, págs. 182-183; Turner T., Spruijt-Metz D., Wen C. F., Hingle M. D. "Prevention and treatment of pediatric obesity using mobile and wireless technologies: a systematic review". *Pediatric Obesity*, 10:6, 2015, págs. 403-409.
- 85 UNFPA, 2013. *Estado de la población mundial*. "Maternidad en la niñez. Enfrentar el reto del embarazo en adolescentes". Nueva York: Fondo de Población de las Naciones Unidas.

-
- 86 Girls not Brides. "Child marriage around the world". Disponible en: www.girlsnotbrides.org/where-does-it-happen.
 - 87 UNFPA, 2012. *Marrying Too Young*. Disponible en: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/MarryingTooYoung.pdf>.
 - 88 UNFPA, 2013 (véase la nota 85).
 - 89 Dean S. V., Lassi Z. S., Imam A. M. y Bhutta Z. A. "Preconception care: nutritional risks and interventions". *Reproductive Health*, 11, 2014, pág. S3.
 - 90 Turner T., Spruijt-Metz D., Wen C. F., Hingle M. D. "Prevention and treatment of pediatric obesity using mobile and wireless technologies: a systematic review". *Pediatric Obesity*, 10:6, 2015, págs. 403-409.
 - 91 Young Lives, 2018. "Early is best but it's not always too late: Young Lives evidence on nutrition and growth in Ethiopia, India, Peru and Vietnam". Disponible en: www.younglives.org.uk/content/early-best-its-not-always-too-late-young-lives-evidence-nutrition-and-growth-ethiopia-india.
 - 92 Instituto Noruego de Salud Pública. "Our team". Disponible en: www.fhi.no/en/studies/co-create/our-team.

Capítulo 4

- 1 Micha R., Coates J., Leclercq C., Charrondiere U. R. y Mozaffarian D. "Global Dietary Surveillance: Data Gaps and Challenges". *Food and Nutrition Bulletin*, 39:2, 2018, págs. 175-205.
- 2 Huybrechts I., Aglago E. K., Mullee A. *et al.* "Global comparison of national individual food consumption surveys as a basis for health research and integration in national health surveillance programmes". *Proceedings of the Nutrition Society*, 76:4, 2017, págs. 549-567. DOI: 10.1017/S0029665117001161. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28803558.
- 3 Redactado por Arimond M., Herforth A. y Coates J.
- 4 Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición, 2016. *Sistemas alimentarios y dietas: Enfrentar los desafíos del siglo XXI*. Londres (Reino Unido), Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición. 2017. *Nutrition and food systems*. Informe del Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. Disponible en: <http://glopan.org/sites/default/files/ForesightReport.pdf>.
- 5 Victora C. G. *et al.* "Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect". *The Lancet*, 387:10017, 2016, págs. 475-490. Disponible en: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)01024-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)01024-7/fulltext).
- 6 UNICEF, División de Datos, Investigación y Políticas, 2018. Bases de datos mundiales de UNICEF. "Infant and Young Child Feeding", Nueva York, mayo de 2018, <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding> (consultado el 9 de octubre de 2018).
- 7 OMS, 2018. Nutrition. "Healthy diet". Nota descriptiva núm. 394. Disponible en: www.who.int/nutrition/publications/nutrientrequirements/healthydiet_factsheet/en.
- 8 UNICEF, 2017. Nutrition. "A global breastfeeding call to action". Disponible en: www.unicef.org/nutrition/index_98477.html.
- 9 El número de países varía entre las diferentes esferas objeto de seguimiento, dependiendo de los datos disponibles.
- 10 Global Breastfeeding Collective, 2017. Enabling women to breastfeed through better policies and programmes: Global breastfeeding scorecard 2018. Disponible en: www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018/en/.
- 11 UNICEF, División de Datos, Investigación y Políticas, 2018 (véase la nota 6).
- 12 Baker P., Smith J., Salmon L. *et al.* "Global trends and patterns of commercial milk-based formula sales: is an unprecedented infant and young child feeding transition underway?" *Public Health Nutrition*, 19:14, 2016, págs. 2540-2545.

-
- 13 Berry N., Jones S. e Iverson D. "Circumventing the WHO Code? An observational study". *Archives of Disease in Childhood*, 97, 2011, págs. 320-325; Cattaneo A., Pani P., Carletti C. et al. "Advertisements of follow-on formula and their perception by pregnant women and mothers in Italy". *Archives of Disease in Childhood*. 2014.
 - 14 OMS, 2013. Information concerning the use and marketing of follow-up formula. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/topics/WHO_brief_fufandcode_post_17July.pdf.
 - 15 OMS, 2010. *Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part II Measurement*. Disponible en: www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241599290/en.
 - 16 La preparación de esta figura estuvo a cargo de Phillip Baker, mediante el empleo de datos suministrados por Euromonitor a través de una licencia institucional de la Universidad Deakin.
 - 17 Contribución de Grummer-Strawn L.
 - 18 Menon P., Nguyen P. H., Saha K. K. et al. "Combining intensive counselling by frontline workers with a nationwide mass media campaign has large differential impacts on complementary feeding practices but not on child growth: Results of a cluster-randomized program evaluation in Bangladesh". *Journal of Nutrition*, 146:10, 2016, págs. 2075-2084. DOI: 10.3945/jn.116.232314.
 - 19 Menon P., Nguyen P. H., Saha K. K. et al. "Impacts on Breastfeeding Practices of At-Scale Strategies that Combine Intensive Interpersonal Counseling, Mass Media, and Community Mobilization: Results of Cluster-Randomized Program Evaluations in Bangladesh and Vietnam". *PLoS Medicine*, 3:10, 2016. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002159.
 - 20 Kim S. S., Rawat R., Mwangi E. M. et al. "Exposure to Large-Scale Social and Behaviour Change Communication Interventions is Associated with Improvements in Infant and Young Child Feeding Practices in Ethiopia". *PLoS ONE*, 11:10, 2016, e0164800. DOI: 10.1371/journal.pone.0164800.
 - 21 Kim S. S., Nguyen P. H., Yohannes Y. et al., 2018. "A Multi-Sectoral Community-Based Approach to Improve Infant and Young Child Feeding (IYCF) Has Impacts on IYCF Practices and Stunting: Results of a Cluster-Randomized Evaluation in Ethiopia". Presentación en la Sociedad Estadounidense para la Nutrición, 8 de junio de 2018.
 - 22 Kim S. S., Nguyen P. H., Lan Tran L. M., et al. "Large-Scale Social and Behavior Change Communication Interventions Have Sustained Impacts on Infant and Young Child Feeding Knowledge and Practices: Results of a Two-Year Follow-Up Study in Bangladesh". *Journal of Nutrition*, en preparación.
 - 23 Alive & Thrive, www.aliveandthrive.org (consultado el 9 de octubre de 2018).
 - 24 A partir de las medias no ponderadas de entre 64 y 88 países; las más recientes disponibles desde 2011. Solo se incluyen los países que disponen de datos comparables sobre cada indicador.
 - 25 Pries A. M., Huffman S. L., Champeny M. et al. "Consumption of commercially produced snack foods and sugar-sweetened beverages during the complementary feeding period in four African and Asian urban contexts". *Maternal & Child Nutrition*, 13, 2017, e12412.
 - 26 Pries A. M., Huffman S. L., Mengkheang K. et al. "High use of commercial food products among infants and young children and promotions for these products in Cambodia". *Maternal & Child Nutrition*, 12, 2016, 52-63.
 - 27 OMS. Enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. "Encuesta Mundial de Salud a Escolares (GSHS)", <https://www.who.int/ncds/surveillance/gshs/es/> (consultado el 1 de octubre de 2018).
 - 28 Aunque la Encuesta Mundial de Salud a Escolares estudia 103 territorios, los datos obtenidos de las preguntas sobre la alimentación solo son suficientes en el caso de 83 territorios (consultado el 4 de mayo de 2018).
 - 29 Khatibzadeh S., Kashaf M. S., Micha R. et al. "A global database of food and nutrient consumption". *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 94:12, 2016, pág. 931.
 - 30 La primera es la Base Mundial de Datos sobre Alimentación, una iniciativa de la Universidad Tufts (Estados Unidos de América), que sigue aumentando y desarrollándose a través de la recopilación, el procesamiento y la divulgación de datos sobre la ingesta de los principales alimentos y nutrientes en adultos, por edad, sexo, estado de la madre, grado de instrucción y situación geográfica (rural o urbana). Incluye estimaciones relativas a 187 países. Disponible en: www.globaldietarydatabase.org/the-global-dietary-database-measuring-diet-worldwide.html. La Carga Mundial de Morbilidad, una base de datos de la Universidad de Washington (Estados Unidos de América), recopila algunos de los mismos datos que la Base Mundial de Datos sobre Alimentación, pero también incluye información sobre el gasto de los hogares en alimentos, las ventas de diversos productos alimenticios y la disponibilidad nacional de alimentos y nutrientes. "Data sources". Disponible en: <https://nutrition.healthdata.org/data>. También incluye datos desglosados por nivel de ingresos, y relaciona explícitamente los datos sobre la alimentación con los de las enfermedades mediante la incorporación tanto de la prevalencia de una enfermedad determinada o un factor de riesgo como de los perjuicios que causan, con objeto de describir el alcance de la repercusión de los riesgos de la dieta en la salud mundial.

-
- 31 Khatibzadeh S., Kashaf M. S., Micha R. *et al.*, 2016 (véase la nota 29) pág. 931; Micha R., Coates J., Leclercq C., Charrondiere U. R. y Mozaffarian D., 2018 (véase la nota 29).
- 32 Gakidou E., Afshin A., Abajobir A. A. *et al.*, 2017. "Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016". *The Lancet*, 390:10100, 2016, págs. 1345-1422.
- 33 Micha R., Coates J., Leclercq C., Charrondiere U. R. y Mozaffarian D., 2018 (véase la nota 1).
- 34 Murray C. J. y López A. D. "On the comparable quantification of health risks: lessons from the Global Burden of Disease Study". *Epidemiology*, 10:5, 1999, págs. 594-605.
- 35 Gakidou E., Afshin A., Abajobir A. A. *et al.*, 2017 (véase la nota 32).
- 36 Redactado por Leclercq C. (FAO) en nombre del equipo de la plataforma GIFT de la FAO y la OMS.
- 37 FAO. Herramienta global FAO/OMS para la divulgación de datos sobre el consumo individual de alimentos (GIFT). Disponible en: <http://www.fao.org/gift-individual-food-consumption/es/> (consultado el 9 de octubre de 2018).
- 38 "International Dietary Data Expansion Project", <https://index.nutrition.tufts.edu> (consultado el 9 de octubre de 2018).
- 39 Intake Center for Dietary Assessment, www.intake.org (consultado el 9 de octubre de 2018).
- 40 Cost of Nutritious Diets Consortium, 2018. *Indicators for the Cost of Nutritious Diets*. Universidad Tufts: Boston (Massachusetts); Nortey J., 2016. "Tracking affordability/price of diverse, nutritious foods in Ghana". Presentación en el Simposio Internacional sobre Sistemas Alimentarios Sostenibles en favor de unas Dietas Saludables y de la Mejora de la Nutrición, organizado por la FAO y la OMS, diciembre de 2016. Accra (Ghana): Dirección General de Investigación e Información Estadística, Ministerio de Alimentación y Agricultura.
- 41 Cost of Nutritious Diets Consortium, 2018 y Nortey J., 2016 (véase la nota 40).
- 42 PMA, 2018. "Fill the Nutrient Gap". Disponible en: www.wfp.org/content/2017-fill-nutrient-gap?_ga=2.102679302.642227713.1524302918-1325315182.1507034485.
- 43 PMA, 2018 (véase la nota 42).
- 44 PMA, 2018 (véase la nota 42) o el informe completo en <http://vam.wfp.org> —seleccionar "Miscellaneous" y "FNG"—.
- 45 La preparación de esta figura estuvo a cargo de Phillip Baker, mediante el empleo de datos suministrados por Euromonitor a través de una licencia institucional de la Universidad Deakin.
- 46 La preparación de esta figura estuvo a cargo de Phillip Baker, mediante el empleo de datos suministrados por Euromonitor a través de una licencia institucional de la Universidad Deakin.
- 47 Monteiro C. A., Cannon G., Moubarac J. C. *et al.* "The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing". *Public Health Nutrition*, 21:1, 2018, págs. 5-17.
- 48 Martínez Steele E., Popkin B. M., Swinburn B. y Monteiro C. A. "The share of ultra-processed foods and the overall nutritional quality of diets in the US: evidence from a nationally representative cross-sectional study". *Population Health Metrics*, 15:1, 2017, pág. 6; Louzada M. L. D. C., Ricardo C. Z., Steele E. M. *et al.* "The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil". *Public Health Nutrition*, 21:1, 2018, págs. 94-102; Rauber F., da Costa Louzada M. L., Steele E. M. *et al.* "Ultra-Processed Food Consumption and Chronic Non-Communicable Diseases-Related Dietary Nutrient Profile in the UK (2008–2014)". *Nutrients*, 10:5, 2018, E587.
- 49 Monteiro C. A., Moubarac J. C., Levy R. B. *et al.* "Household availability of ultraprocessed foods and obesity in nineteen European countries". *Public Health Nutrition*, 21:1, 2018, págs. 18-26; Mendonça R. D., Pimenta A. M., Gea A. *et al.* "Ultraprocessed food consumption and risk of overweight and obesity: the University of Navarra Follow-Up (SUN) cohort study". *The American Journal of Clinical Nutrition*, 104:5, 2016, págs. 1433-1440.
- 50 Rauber F., Campagnolo P. D., Hoffman D. J. y Vitolo M. R. "Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal study". *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, 25:1, 2015, págs. 116-122.
- 51 Mendonça R. D., Lopes A. C., Pimenta A. M. *et al.* "Ultra-Processed Food Consumption and the Incidence of Hypertension in a Mediterranean Cohort: The Seguimiento Universidad de Navarra Project". *American Journal of Hypertension*, 30:4, 2017, págs. 358-366.

-
- 52 Schnabel L., Buscail C., Sabate J. M., Bouchoucha M., Kesse-Guyot E., Allès B., *et al.* "Association Between Ultra-Processed Food Consumption and Functional Gastrointestinal Disorders: Results From the French NutriNet Santé Cohort". *American Journal of Gastroenterology*, 113:8, 2018, págs. 1217-1228.
- 53 Fiolet T., Srour B., Sellem L. *et al.* "Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort". *BMJ*, 360, 2018, k322.
- 54 La Fundación Acceso a la Nutrición es una organización independiente sin ánimo de lucro con sede en los Países Bajos. Elabora y publica herramientas para hacer un seguimiento de la contribución del sector de la alimentación y las bebidas a la lucha contra todas las formas de malnutrición. Dunford E. y Taylor F. han contribuido a este análisis. (Instituto George para la Salud Mundial), y Crossley R. y Vos P. (Fundación Acceso a la Nutrición).
- 55 Índice de Acceso a la Nutrición, 2018. Índice mundial 2018. Disponible en: www.accesstonutrition.org/index/global.2018.
- 56 Informe sobre el perfil nutricional comparativo de los alimentos y bebidas comercializados por las 21 mayores empresas del mundo en 9 países. Dunford E. y Taylor F., Instituto George para la Salud Mundial, 2018. Disponible en: www.accesstonutrition.org/media/global-index-2018-product-profile-methodology-now-available.
- 57 Los sistemas de puntuación de los perfiles de los productos de cada empresa están disponibles en el sitio web Access to Nutrition Index. Disponible en: www.accesstonutrition.org.
- 58 Índice de Acceso a la Nutrición, 2018. *Global Index 2018*. Disponible en: www.accesstonutrition.org/sites/gli18.atnindex.org/files/resources/atni_report_global_index_2018.pdf.
- 59 OMS. Nutrition. "Global database on the Implementation of Nutrition Action (GINA)". Disponible en: www.who.int/nutrition/gina/en (consultado el 9 de octubre de 2018).
- 60 Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer. "NOURISHING database". Disponible en: www.wcrf.org/int/policy/nourishing-database (consultado el 9 de octubre de 2018).
- 61 Swinburn B., Sacks G., Vandevijvere S., Kumanyika S., Lobstein T., Neal B., Barquera S., Friel S., Hawkes C., Kelly B., L'Abbé M., Lee A., Ma J., Macmullan S., Mohan S., Monteiro C., Rayner M., Sanders D., Snowedon W. y Walker C. "INFORMAS (International Network for Food and Obesity/non-communicable diseases Research, Monitoring and Action Support): overview and key principles". *Obesity Reviews*, 14:1, 2013, págs. 1-12.
- 62 OMS, 2015. *Guideline: Sugars intake for adults and children*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149782/1/9789241549028_eng.pdf.
- 63 Backholer K., Blake M. y Vandevijvere S. "Sugar-sweetened beverage taxation: an update on the year that was 2017". *Public Health Nutrition*, 20:18, 2017, págs. 3219-3224.
- 64 Baker P., Jones A. y Thow A. M. "Accelerating the Worldwide Adoption of Sugar-Sweetened Beverage Taxes: Strengthening Commitment and Capacity". *International Journal of Health Policy and Management*, 7:5, 2018, pág. 474.
- 65 También han adoptado dichos impuestos tres territorios y zonas. Fuente: La cifra "59 países" se extrajo de la Encuesta de la OMS sobre las Capacidades Nacionales 2017, el *Global Nutrition Policy Review 2016-2017* de la OMS, la base de datos GINA de la OMS y la base de datos NOURISHING del Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer.
- 66 Colchero M. A., Popkin B. M., Rivera J. A. y Ng S. W. "Beverage purchases from stores in Mexico under the excise tax on sugar sweetened beverages: observational study". *BMJ*, 352, 2016, h6704.
- 67 Colchero M. A., Rivera-Dommarco J., Popkin B. M. y Ng S. W. "In Mexico, evidence of sustained consumer response two years after implementing a sugar-sweetened beverage tax". *Health Affairs*, 36:3, 2017, págs. 564-571.
- 68 Caro J. C., Corvalán C., Reyes M. *et al.* "Chile's 2014 sugar-sweetened beverage tax and changes in prices and purchases of sugar-sweetened beverages: An observational study in an urban environment". *PLoS Medicine*, 15:7, 2016, e1002597.
- 69 Silver L. D., Ng S. W., Ryan-Ibarra S. *et al.* "Changes in prices, sales, consumer spending, and beverage consumption one year after a tax on sugar-sweetened beverages in Berkeley, California, US: A before-and-after study". *PLoS Medicine*, 14:4, 2017, e1002283.
- 70 Zhong Y., Auchincloss A. H., Lee B. K. y Kanter G. P. "The Short-Term Impacts of the Philadelphia Beverage Tax on Beverage Consumption". *American Journal of Preventive Medicine*, 55:1, 2018, págs. 26-34.

- 71 Hope S. F., Webster J. y Trieu K. *et al.* "A systematic review of economic evaluations of population-based sodium reduction interventions". *PLoS One*, 12:3, 2017, e0173600.
- 72 Hope S. F., Webster J., Trieu K. *et al.*, 2017 (véase la nota 71).
- 73 Barberio A. M., Sumar N., Trieu K *et al.* "Population-level interventions in government jurisdictions for dietary sodium reduction: a Cochrane Review". *International Journal of Epidemiology*, 16:9, 2016, DOI: 10.1002/14651858.CD010166.pub2.
- 74 Mozaffarian D. *et al.* "Global Sodium Consumption and Death from Cardiovascular Causes". *New England Journal of Medicine*, 371:7, 2014, págs. 624-634.
- 75 OMS, 2018. *Replace trans fat: An action package to eliminate industrially-produced trans-fatty acids*. Disponible en: www.who.int/docs/default-source/documents/replace-transfats/replace-action-package.pdf.
- 76 Downs S. M., Bloem M. Z., Zheng M. *et al.* "The impact of policies to reduce trans-fat consumption: A systematic review of the evidence". *Current Developments in Nutrition*, 1:12, 2017, cdn117.
- 77 Allemanni L., Castronuovo L., Tiscornia M. V., Ponce M. y Schoj V. "Food advertising on Argentinean television: are ultra-processed foods in the lead?" *Public Health Nutrition*, 21:1, 2018, págs. 238-246.
- 78 Giménez A., Saldamando L. D., Curutchet M. R. y Ares G. "Package design and nutritional profile of foods targeted at children in supermarkets in Montevideo, Uruguay". *Cadernos de Saúde Pública*, 12, 2017, 33:e00032116.
- 79 Stoltze F. M., Barker J. O., Kanter R. *et al.* "Prevalence of child-directed and general audience marketing strategies on the front of beverage packaging: the case of Chile". *Public Health Nutrition*, 21:3, 2018, págs. 454-464.
- 80 Perry A., Chacon V. y Barnoya J. "Health claims and product endorsements on child-oriented beverages in Guatemala". *Public health nutrition*, 21:3, 2018, págs. 627-631.
- 81 Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer (véase la nota 60).

Capítulo 5

- 1 Shekar M., Kakietek J., Dayton E. J. y Walters D., 2017. Un Marco de Inversión en la Nutrición: Cumplimiento de las metas globales de retraso en talla, anemia, lactancia y emaciación. *Directions in Development–Human Development*. Banco Mundial. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/26069/211010ovSP.pdf?sequence=5>.
- 2 Save the Children, 2018. *Nutrition Boost*. Disponible en: www.savethechildren.org.uk/content/dam/gb/reports/health/nutrition-boost.pdf.
- 3 OMS, 2018. "Investing in noncommunicable disease control generates major financial and health gains" (comunicado de prensa). 16 de mayo de 2018. Disponible en: www.who.int/news-room/detail/16-05-2018-investing-in-noncommunicable-disease-control-generates-major-financial-and-health-gains.
- 4 OMS, 2018. "WHO Global dialogue on financing for prevention and control of NCDs. Copenhagen, Denmark. 9–11 April 2018". Disponible en: www.who.int/conferences/global-ncd-conference/financing/en (consultado el 10 de octubre de 2018).
- 5 Bertram M. Y, Sweeney K., Lauer J. A. *et al.* "Investing in non-communicable diseases: an estimation of the return on investment for prevention and treatment services". *The Lancet*, 391:10134, 2018, págs. 2071-2078. Disponible en: [www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30665-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30665-2.pdf).
- 6 Dobbs R., Sawers C., Thompson F. *et al.*, 2014. *Overcoming Obesity: An Initial Economic Analysis*. Instituto Mundial McKinsey, Yakarta (Indonesia). Disponible en: www.mckinsey.com/~/media/McKinsey/Business%20Functions/Economic%20Studies%20TEMP/Our%20Insights/How%20the%20world%20could%20better%20fight%20obesity/MGI_Overcoming_obesity_Full_report.ashx.
- 7 Tremmel M., Gerdtham U. G., Nilsson P. M. y Saha S. "Economic burden of obesity: a systematic literature review". *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14:4, 2017, pág. 435.
- 8 Ejercicio de análisis presupuestario, 2018. Ejercicio patrocinado por la secretaría del Movimiento SUN y Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition (MQSUN/MQSUN+) (PATH, Oxford Policy Management, Development Initiatives).

-
- 9 A partir de la nota orientativa que reciben los países y que los ayuda a llevar a cabo el ejercicio. Disponible en: <http://docs.scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2017/11/2017-Guidance-for-Budget-Analysis-ENG.pdf>. "Específicas" se refiere a iniciativas de elevada repercusión en materia de nutrición, según se describen en la serie sobre nutrición de 2013 publicada por *The Lancet*, centradas en los determinantes inmediatos de la nutrición y el desarrollo fetales e infantiles: la ingesta adecuada de alimentos y nutrientes, la alimentación, las prácticas parentales y de cuidado, y una carga baja de enfermedades infecciosas. Estas iniciativas a veces reciben el nombre de "intervenciones directas". Las asignaciones presupuestarias "específicas de nutrición" pueden incluir un departamento, un programa, una intervención o una actividad de nutrición, según la estructura del presupuesto. El término "enfocadas a la nutrición" se refiere a las medidas que hacen frente a las causas subyacentes de la malnutrición, conforme a lo establecido en el marco conceptual de UNICEF. Abarcan iniciativas de diversos sectores, entre ellos la salud; la agricultura y los sistemas alimentarios; la promoción del agua, el saneamiento y la higiene; la educación; y la protección social. Las partidas presupuestarias "enfocadas a la nutrición" deben incluir un programa que haga frente a las causas subyacentes de la malnutrición y, en especial, que beneficie a las poblaciones más vulnerables, como los niños y las mujeres, y mencione claramente un objetivo, un resultado o una medida pertinentes para la nutrición como parte de un programa integrado o del mandato de un departamento.
- 10 Las definiciones se han extraído de la serie de 2013 sobre desnutrición de *The Lancet*. Resumen disponible en: www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/nutrition-eng.pdf.
- 11 Los 25 países son: Bangladesh, Benin, Botswana, Burundi, Chad, Comoras, Costa Rica, Filipinas, Gambia, Ghana, Guatemala, Guinea-Bissau, Indonesia, Kirguistán, Lesotho, Liberia, Madagascar, Mauritania, Nepal, Pakistán, República Democrática del Congo, República Democrática Popular Lao, Sudán del Sur, Tayikistán y Zambia.
- 12 El deflactor del PIB se ha ajustado al punto de datos más antiguo, que varía de un país a otro del conjunto de datos. El aumento o la disminución de las asignaciones se expresan en "términos reales".
- 13 Los 13 países son: Benin, Botswana, Burundi, Costa Rica, Gambia, Guinea-Bissau, Kirguistán, Lesotho, Mauritania, Pakistán, República Democrática Popular Lao, Sudán del Sur y Tayikistán.
- 14 Los 12 países son: Bangladesh, Chad, Comoras, Filipinas, Ghana, Guatemala, Indonesia, Liberia, Madagascar, Nepal, República Democrática del Congo y Viet Nam.
- 15 Los nueve países son: Filipinas, Guatemala, Indonesia, Lesotho, Madagascar, Mauritania, Nepal, Tayikistán y Viet Nam.
- 16 Ministerio de Salud de la República de Kenya, 2016. *National and County Health Budget Analysis FY 2016/17*. Disponible en: www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/6138-6239_FINALNationalandCountyHealthBudgetAnalysis.pdf.
- 17 R4D, 2016. *Tracking Nutrition Financing in Rajasthan*. Disponible en: www.r4d.org/wp-content/uploads/Rajasthan-Nutrition-Financing-Report-2015-2016.pdf.
- 18 UNICEF y Gobierno de Baluchistán, 2017. *Budgetary Analysis of Balochistan Public Sector Development Program (PSDP) 2016-17 for Prioritising Both Nutrition Sensitive & Specific Interventions*. Disponible en: <http://pubdocs.worldbank.org/en/607331531237696370/SAFANSI-Roundtable-Balochistan-01092017.pdf>.
- 19 Redactado por Mary D'Alimonte, de R4D, y Jordan Beecher, de Development Initiatives.
- 20 Código 12240 del CRS del CAD.
- 21 OCDE. "DAC and CRS code lists". Disponible en: www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/dacandcrscodelists.htm (consultado el 1 de octubre de 2018).
- 22 D'Alimonte M., Thacher E., LeMier R. y Clift J., 2018. *Tracking aid for the WHA nutrition targets: Global spending in 2015 and a roadmap to better data*. R4D. Disponible en: www.r4d.org/wp-content/uploads/R4D-tracking-aid-to-WHA-nutrition-targets-April-2018_final.pdf.
- 23 A partir de los desembolsos brutos de AOD efectuados en 2016, "educación" se refiere a todo el gasto correspondiente al código de propósito del CAD 110; "agricultura", al 311; y "malaria", al 12262.
- 24 D'Alimonte M., Thacher E., LeMier R. y Clift J., 2018 (véase la nota 22).
- 25 El análisis hace un seguimiento de la inversión en un paquete de intervenciones específicas de nutrición definido en el Marco de Inversión en la Nutrición mundial, que incluye el asesoramiento en nutrición, la suplementación con micronutrientes, la promoción de la lactancia materna, la fortificación de los alimentos básicos, la prevención de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación y el tratamiento de la malnutrición aguda, así como las inversiones por encima del punto de prestación de los servicios a fin de apoyar a estos programas (entre ellas las inversiones en coordinación, gobernanza y promoción de la nutrición, creación de capacidad en materia de nutrición, e investigación y datos).

- 26 Shekar M., Kakietek J., Dayton E. J. y Walters D., 2017 (véase la nota 1).
- 27 Los demás desembolsos para nutrición básica comunicados previamente corresponden a 2016. Los análisis de los datos de 2016 y 2017 se publicarán próximamente. Los datos representan los desembolsos recibidos por todos los países de ingresos bajos, medianos bajos y medianos altos, así como los desembolsos regionales y mundiales no asignados por país. Las cifras representan desembolsos brutos y están expresadas en precios constantes (2015) en millones de dólares de los Estados Unidos a menos que se indique lo contrario.
- 28 Si desea obtener más información sobre este análisis, los métodos empleados y sus conclusiones, consulte el informe técnico completo: R4D, 2018. *Tracking aid for the WHA nutrition targets: Global spending in 2015 and a roadmap to better data*. Disponible en: www.r4d.org/trackingWHAtargets.
- 29 Según las estimaciones modelizadas de la repercusión potencial de una cartera de 1.000 millones de dólares de los Estados Unidos calculadas por Mathematica Policy Research y Avenir Health.
- 30 * El Canadá empleó esta metodología: 1) para estimar los desembolsos específicos de nutrición, utilizó el código de propósito 12240 —desembolsos para nutrición básica— del Sistema de Notificación de los Países Acreedores (CRS) del CAD de la OCDE; y 2) para calcular los desembolsos enfocados a la nutrición, usó un subconjunto previamente identificado de códigos del CRS empleados para resultados enfocados a la nutrición a fin de identificar posibles proyectos de este tipo, evaluó manualmente cada proyecto según los criterios establecidos por el Movimiento SUN y aplicó la correspondiente asignación proporcional a los códigos del CRS de los proyectos validados. Para notificar la cifra agregada en dólares de los Estados Unidos, aplicó el tipo de cambio medio de 2016.
- ** En la cumbre Nutrición para el Crecimiento, la Unión Europea se comprometió a aportar 3.500 millones de euros para intervenciones de nutrición entre 2014 y 2020. La Unión Europea empleó esta metodología: 1) en el caso de los desembolsos específicos de nutrición, identificó todos los desembolsos comunicados al CAD relativos a los compromisos específicos de nutrición asumidos hasta la fecha y aplicó la metodología del Movimiento SUN del 100% del desembolso; y 2) en el caso de los desembolsos enfocados a la nutrición, identificó todos los desembolsos comunicados al CAD relativos a los compromisos enfocados a la nutrición asumidos hasta la fecha y aplicó la metodología del Movimiento SUN de asignación proporcional del 100% o el 25% del desembolso, dependiendo de si el compromiso se había categorizado como principalmente enfocado a la nutrición o como parcialmente enfocado a la nutrición. Un compromiso constituye un acuerdo financiero jurídicamente vinculante entre la Unión Europea y un asociado. Las cifras de desembolso comunicadas por la Unión Europea representan el monto total de los compromisos contraídos hasta la fecha. El resto de los desembolsos se efectúan de acuerdo con un calendario que se describe en los contratos correspondientes, con los avances en la implementación y con el índice de utilización de los fondos por parte de los asociados.
- *** Francia informó del desembolso de 4,7 millones de dólares en intervenciones específicas de nutrición en 2015. La única diferencia entre los datos aportados por Francia a través del sistema del CAD de la OCDE y al *Informe de la Nutrición Mundial* es la contribución al Movimiento SUN, que se contabilizó como desembolso específico de nutrición en nuestro informe.
- **** Los datos del Reino Unido corresponden únicamente a los desembolsos del Departamento de Desarrollo Internacional. La cifra correspondiente a 2016 incluye 45 millones de dólares de financiación de contrapartida.
- + El componente enfocado a la nutrición de los Estados Unidos de América se calcula de manera diferente al de otros países. Para clasificar las intervenciones específicas de nutrición, utilizan el código de propósito 12240 del CRS del CAD de la OCDE, que abarca las actividades que se ejecutan a través del Programa Internacional McGovern-Dole de Alimentos para la Educación y la Nutrición Infantil. Asimismo, incluye los elementos "ayuda alimentaria de emergencia" (código 72040 del CRS) y "ayuda alimentaria para el desarrollo" (código 52010 del CRS) en el título II del programa Alimentos para la Paz, que se clasifican como nutrición (elemento 3.1.9 del programa) en el Marco de Ayuda Exterior de los Estados Unidos de América. Este elemento del programa tiene por objeto reducir la malnutrición crónica de los niños menores de 5 años. Para ello, los asociados para el desarrollo emplean un enfoque preventivo durante los primeros 1.000 días —desde el embarazo hasta que el niño cumple 2 años—. Los programas ejecutan un paquete sinérgico de intervenciones específicas y enfocadas a la nutrición que contribuye a reducir la malnutrición crónica y aguda mediante la mejora de los servicios de salud preventivos y curativos, incluidos el monitoreo y la promoción del crecimiento; el agua, el saneamiento y la higiene; la inmunización; la desparasitación; la salud reproductiva y la planificación familiar; y la prevención y el tratamiento de la malaria.
- + + El Banco Mundial no informa sobre sus desembolsos de cara a la elaboración del *Informe de la Nutrición Mundial*; únicamente acerca de sus compromisos en el proceso Nutrición para el Crecimiento. Los datos históricos de los Estados Unidos de América se han revisado a fin de mantener la coherencia de la metodología a través de los años, de conformidad con los informes actualizados de los donantes

-
- +++ Aunque en 2015 Australia efectuó inversiones en nutrición, estas no se han calculado ni comunicado con miras a su publicación en el *Informe de la Nutrición Mundial*, al que comunica sus datos cada dos años.
- ++++ Las cifras correspondientes a Alemania representan los desembolsos en nutrición efectuados por el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo y el Ministerio federal de Alimentación y Agricultura.
- § Suiza no utiliza el código de nutrición básica y, por tanto, la cifra de gasto específico en nutrición que comunica es de 0.
- 31 Redactado por Katie Dain, de la Alianza de ENT.
- 32 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y Overseas Development Institute, 2012. "Climate Public Expenditure and Institutional Review (CPEIR): a methodological note". Disponible en: www.odi.org/publications/6191-climate-public-expenditure-and-institutional-review-cpeir-methodological-note.
- 33 Nutrición para el Crecimiento. *Nutrition for Growth Commitments: Executive Summary*. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207271/nutrition-for-growth-commitments.pdf.
- 34 Asamblea General de las Naciones Unidas, 2018. *Declaración política de la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/73/L.2&Lang=S.
- 35 Contribución de Trudy Wijnhoven y Lina Mahy, de la FAO y la OMS, respectivamente.
- 36 SMART significa "específicos, medibles, viables, pertinentes y con plazos". Las orientaciones sobre los compromisos SMART están disponibles en el sitio web del *Informe de la Nutrición Mundial*: globalnutritionreport.org/.
- 37 OMS. Base de datos mundial sobre la ejecución de intervenciones nutricionales (GINA). "Commitments by country". <https://extranet.who.int/nutrition/gina/en/commitments/summary> (consultado el 10 de octubre de 2018).
- 38 N4G Annex of Commitments, 2017. Disponible en: <https://nutritionforgrowth.org/wp-content/uploads/2017/11/Annex-of-Commitments.pdf>.

Apéndice 1

- 1 UNICEF, OMS y Grupo Banco Mundial. Estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil.
- 2 Para obtener un análisis más exhaustivo de la metodología de monitoreo de los progresos en el cumplimiento de las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño para 2025, véase: OMS y UNICEF para el Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición. *Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025: Technical report*. Ginebra: OMS, UNICEF: Nueva York, 2017.
- 3 OMS y UNICEF, 2017 (véase la nota 1).
- 4 "Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017". *The Lancet*, publicación prevista para 2019.
- 5 OMS, 2012. *Guideline: Sodium intake for adults and children*. Disponible en: www.who.int/nutrition/publications/guidelines/sodium_intake_printversion.pdf.
- 6 OMS, 2014. *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1.
- 7 OMS, 2014 (véase la nota 6).
- 8 Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. "Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants". *The Lancet*, 387:10027, 2016, págs. 1513-1530. Disponible en: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31919-5/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31919-5/fulltext).
- 9 Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (NCD-RisC) (consultado el 26 de octubre de 2018).

SIGLAS

| | | | |
|-----------------------|--|---------------|---|
| AIF | Asociación Internacional de Fomento | OCAH | Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas |
| AOD | Asistencia oficial para el desarrollo | OCDE | Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos |
| AVAD | Año de vida ajustado en función de la discapacidad | ODS | Objetivos de Desarrollo Sostenible |
| CAD | Comité de Asistencia para el Desarrollo | OMS | Organización Mundial de la Salud |
| CRS | Sistema de Notificación de los Países Acreedores del CAD | ONG | Organización no gubernamental |
| EDS | Encuesta Demográfica y de Salud | OOPS | Organismo de Obras Públicas y Socorro de las Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en el Cercano Oriente |
| FAO | Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura | PIB | Producto interno bruto |
| FIDA | Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola | PMA | Programa Mundial de Alimentos |
| FIES | Escala de experiencia de inseguridad alimentaria | R4D | Results for Development |
| GIFT | Herramienta global FAO/OMS para la divulgación de datos sobre el consumo individual de alimentos | RDC | República Democrática del Congo |
| GINA | Base de datos mundial sobre la ejecución de intervenciones nutricionales | SMART | Específicos, medibles, viables, pertinentes y con plazos |
| IASC | Comité Permanente entre Organismos | TEAM | Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición |
| IFPRI | Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias | TMAR | Tasa media anual de reducción |
| IMC | Índice de masa corporal | TMREL | Nivel teórico de exposición mínima al riesgo |
| IPC | Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria en Fases | UE | Unión Europea |
| MICS | Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados | UNFPA | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| Movimiento SUN | Movimiento para el Fomento de la Nutrición | UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| NCD-RisC | Red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles | USAID | Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional |
| | | WASH | Agua, saneamiento e higiene |

GLOSARIO

| | |
|--|--|
| Anemia | La anemia es una afección caracterizada por un número de glóbulos rojos (o, más precisamente, una concentración de hemoglobina) inferior al normal. Se trata de un problema mundial que se registra tanto en países de ingresos bajos como de ingresos altos, y que resulta especialmente preocupante en el caso de las adolescentes y las mujeres en edad reproductiva. |
| Asistencia para el desarrollo y asistencia oficial para el desarrollo (AOD) | El término "asistencia para el desarrollo" (o "ayuda", como se la llama habitualmente) se refiere aquí a los recursos transferidos por los organismos para el desarrollo (incluidas las organizaciones filantrópicas privadas) a los países de ingresos bajos y medianos y, por tanto, es más amplia que la "asistencia oficial para el desarrollo (AOD)", que solo se refiere a la asistencia notificada al CAD de la OCDE. |
| Código de propósito | Los donantes que presentan informes al CAD de la OCDE emplean los códigos de propósito para detallar el destino del gasto con un mayor grado de exactitud que la simple indicación de un sector. El código de propósito sobre la nutrición básica recoge algunos de los gastos en el sector de la salud específicamente dirigidos a la nutrición. En 2017, se aprobó un código mejorado de propósito sobre la nutrición. |
| Datos geoespaciales | Los datos geoespaciales son datos asociados a una ubicación geográfica determinada, como las previsiones meteorológicas, los GPS o las publicaciones geoetiquetadas en las redes sociales. La localización es uno de los criterios empleados para desglosar los datos, junto con otros como los recursos económicos o el género. El empleo de datos geoespaciales desglosados puede ayudarnos a conocer la ubicación de la población malnutrida. |
| Desnutrición | Es la falta de nutrición adecuada, causada por no disponer o no ingerir alimentos suficientes que contengan las sustancias necesarias para crecer y gozar de buena salud, y por otras causas directas e indirectas. |
| Diversidad alimentaria | La medición de la diversidad alimentaria permite estimar la variedad de alimentos que se consumen en los hogares. También se usa como una medida indirecta de la calidad nutricional de la dieta de cada persona. |
| Doble carga | El término "doble carga" se refiere a la situación de los países o grupos de población que se enfrentan a más de un problema nutricional grave a la vez. También se describe como cargas superpuestas y coexistentes de diferentes formas de malnutrición, por ejemplo, de anemia y sobrepeso. |
| Emaciación o que sufre emaciación | Se dice que los niños que están demasiado delgados debido a la desnutrición sufren emaciación. La emaciación se define como puntuaciones Z de peso para la longitud o estatura superiores a dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS. Cada vez parece más claro que los niños que padecen emaciación tienen más probabilidades de sufrir retraso del crecimiento. |

Enfermedades no transmisibles y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

Las no transmisibles (conocidas también como “enfermedades crónicas”) son afecciones prolongadas que avanzan lentamente. Las cuatro enfermedades no transmisibles principales son las cardiopatías, la diabetes, el cáncer y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Las “enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación” son aquellas relacionadas con la dieta y la nutrición, es decir, las cardiopatías, la diabetes y el cáncer.

Enfocado a la nutrición

Las intervenciones enfocadas a la nutrición son intervenciones financiadas que se llevan a cabo en sectores ajenos a la nutrición —como la agricultura, la sanidad, la protección social, el desarrollo en la primera infancia, la educación, o el agua y el saneamiento—, pero que se ocupan indirectamente de ella, ya que hacen frente a las causas que subyacen a la malnutrición, por ejemplo la pobreza, la inseguridad alimentaria, la falta de acceso a una atención adecuada y a servicios de salud, agua y saneamiento.

Específico de nutrición

Las intervenciones específicas de nutrición son aquellas que influyen directamente en las causas inmediatas de la desnutrición (ingesta inadecuada de alimentos, prácticas de alimentación deficientes y una elevada carga de morbilidad), como la lactancia materna, la alimentación complementaria, la suplementación con micronutrientes y el enriquecimiento doméstico de los alimentos, la gestión de las enfermedades, el tratamiento de la malnutrición aguda y la nutrición en situaciones de emergencia.

Factor de riesgo

Un factor de riesgo es un atributo o característica de una persona, o un peligro al que se expone, que aumenta sus probabilidades de padecer una enfermedad o una lesión.

Integrados

Es un término acuñado en los ODS, que significa “por todos”. En el contexto de los ODS, se refiere a que todos los objetivos deberían alcanzarse de forma indivisible gracias a la acción de todos, al crearse vínculos entre personas de todos los sectores y todos los estratos de la sociedad.

Malnutrición

Consiste en una dieta pobre o excesiva. Expresado en términos más técnicos, se trata de una afección causada por la carencia o el exceso de macronutrientes y micronutrientes. En el presente informe examinamos diversos tipos de malnutrición, como la deficiencia de micronutrientes, la desnutrición infantil y los problemas nutricionales asociados con la ingesta excesiva de alimentos en adultos. La malnutrición constituye un problema universal: a escala mundial, al menos una de cada tres personas padece alguna de sus formas.

Marcador de políticas

Los marcadores de políticas son herramientas estadísticas cualitativas empleadas por los donantes de ayuda para registrar las actividades dirigidas a lograr determinados objetivos de las políticas, como la perspectiva de género y, desde julio de 2018, la nutrición.

Medidas de doble función

“Doble función” es un término acuñado para describir las medidas que permiten hacer frente a más de una forma de malnutrición a la vez. Por ejemplo, la promoción eficaz de la lactancia materna puede prevenir el retraso del crecimiento, pero también reduce las posibilidades de padecer enfermedades no transmisibles en etapas posteriores de la vida.

Metas mundiales de nutrición

En el presente informe, el término "metas mundiales de nutrición" se refiere a las metas de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño y sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación.

Metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño

Las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño son seis metas mundiales en la materia aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud en 2012, por ejemplo, la meta 1: reducir el 40% en el número de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento.

Metas sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

Las metas sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación son 3 de las 9 metas aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud en 2013 que han de alcanzarse antes de 2025. Por ejemplo, la meta 4: lograr una reducción relativa del 30% en la ingesta diaria media de sal de la población.

Micronutriente

Los micronutrientes son lo que comúnmente se conoce como "vitaminas" y "minerales". Entre ellos se cuentan minerales como el hierro, el calcio, el sodio y el yodo, y vitaminas como la A, la B, la C y la D. La causa de la deficiencia de micronutrientes es la escasa ingesta, asimilación o uso de una o más vitaminas o minerales, y da pie a un estado nutricional deficiente. La ingesta excesiva de algunos micronutrientes también puede acarrear efectos adversos.

Obesidad y sobrepeso

Una persona padece sobrepeso u obesidad si presenta un exceso de grasa corporal que puede afectar su salud. En el caso de la obesidad, el exceso de grasa es mayor que en el sobrepeso. La OMS define el sobrepeso en adultos como un índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. El sobrepeso en niños se define como puntuaciones Z de peso para la longitud o estatura superiores a dos desviaciones estándar por encima de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

Peso inferior al normal

También conocido como "delgadez grave". Una persona presenta un peso inferior al normal si su peso (o IMC) es tan bajo que puede resultar perjudicial para su salud.

Retraso del crecimiento o que sufre retraso del crecimiento

Se dice que un niño sufre retraso del crecimiento si no dispone de alimento suficiente para crecer adecuadamente. El retraso del crecimiento se define como puntuaciones Z de longitud o estatura para la edad superiores a dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS. Cada vez parece más claro que los niños que padecen retraso del crecimiento tienen más probabilidades de sufrir emaciación.

Seguridad e inseguridad alimentaria

La seguridad alimentaria consiste en que la población tenga acceso a alimentos seguros, nutritivos y suficientes para el crecimiento y el desarrollo normales y para llevar una vida activa y saludable. La inseguridad alimentaria es precisamente lo opuesto, y puede registrarse en el ámbito del hogar o en una zona geográfica.

Subalimentado

Se dice que una persona está subalimentada cuando no dispone de alimento suficiente para satisfacer las necesidades mínimas diarias de calorías a lo largo de un año.

MATERIALES SUPLEMENTARIOS EN LÍNEA

El material de apoyo siguiente se encuentra disponible en el sitio web del
Informe de la Nutrición Mundial en:

globalnutritionreport.org

Perfiles nutricionales (datos disponibles sobre más de 90 indicadores)

- Perfil nutricional mundial
- Perfiles nutricionales regionales y subregionales (de 6 regiones y 21 subregiones)
- Perfiles nutricionales de 194 países

Avances en el cumplimiento de los compromisos adoptados (tablas de seguimiento del proceso Nutrición para el Crecimiento)

- Progresos de los países
- Progresos de las empresas
- Progresos de las organizaciones de la sociedad civil
- Progresos no financieros de los donantes
- Progresos de otras organizaciones
- Progresos de las Naciones Unidas

CASOS DESTACADOS

- CASO DESTACADO 2.1** **Las nuevas políticas de nutrición en China**
Kevin Chen y Zimei Wang
- CASO DESTACADO 2.2** **Quién se quedará atrás de aquí a 2030**
Homi Kharas, John W. McArthur y Krista Rasmussen
- CASO DESTACADO 2.3** **Los países están avanzando en la adopción de metas de nutrición**
Kaia Engesveen, Krista Lang, Roger Shrimpton y Chizuru Nishida
- CASO DESTACADO 2.4** **Elaboración y ejecución de un plan de acción sobre la doble carga de la malnutrición en la República Unida de Tanzania**
Obey Assery
- CASO DESTACADO 2.5** **Coexistencia del retraso del crecimiento y la emaciación en el plano nacional**
Carmel Dolan y Tanya Khara
- CASO DESTACADO 2.6** **El empleo de datos geoespaciales para el seguimiento de los progresos en materia de nutrición en África**
Aaron Osgood-Zimmerman, Anoushka I. Millea, Rebecca W. Stubbs, Chloe Shields, Brandon V. Pickering, Damaris K. Kinyoki, Nicholas J. Kassebaum y Simon I. Hay
- CASO DESTACADO 2.7** **La lucha contra la obesidad infantil en el programa por un peso saludable en Ámsterdam**
Corinna Hawkes
- CASO DESTACADO 2.8** **¿A qué se debe el descenso de la obesidad infantil en cuatro localidades de los Estados Unidos de América?**
Laura Kettel Khan
- CASO DESTACADO 3.1** **Una base de datos mundial de nutrientes**
Ashkan Afshin y Josef Schmidhuber
- CASO DESTACADO 3.2** **La fortificación a gran escala como medio para corregir las deficiencias de micronutrientes**
Greg S. Garrett, Jonathan Gorstein, Roland Kupka y Homero Martínez
- CASO DESTACADO 3.3** **Medidas para hacer frente a todas las formas de malnutrición entre refugiados en el Líbano**
Hala Ghattas, Zeina Jamaluddine y Chaza Akik
- CASO DESTACADO 3.4** **El enfoque de Kenya en aras de la resiliencia**
Jeremy Shoham y Carmel Dolan
- CASO DESTACADO 3.5** **Tender puentes entre la acción humanitaria y de desarrollo**
Anushree Rao
- CASO DESTACADO 3.6** **Incorporar la voz de los adolescentes: innovaciones en los estudios, programas y políticas que combaten la malnutrición en la adolescencia**
Juliet Bedford, Sarah Parkinson, Ashish Kumar Deo, Siddharth Kanoria, Justin Stokes, Caroline Fall, Sabiha Sultana, Rudaba Khondker, Mary Penny y Knut-Inge Klepp
- CASO DESTACADO 4.1** **Resultados de 2017 del sistema de calificación mundial de la lactancia materna**
Laurence Grummer-Strawn

-
- CASO DESTACADO 4.2** **Es posible mejorar rápidamente la alimentación de los lactantes y los niños pequeños**
Joy Miller Del Rosso, Kathleen Pellechia, Silvia Alayon, Karin Lapping y Laurence Grummer-Strawn
- CASO DESTACADO 4.3** **Avances en la recopilación de datos sobre la alimentación**
Mary Arimond, Anna Herforth y Jennifer Coates
- CASO DESTACADO 4.4** **Colmar el Déficit de Nutrientes**
Saskia de Pee, Janosch Klemm y Giulia Baldi
- CASO DESTACADO 4.5** **Medidas públicas sobre alimentos y bebidas envasados con alto contenido en grasas, azúcares y sal**
Philip Baker, Kathryn Backholer, Oliver Huse, Jacqui Webster, Lorena Allemandi, Kaia Engesveen y Chizuru Nishida
- CASO DESTACADO 5.1** **Seguimiento del gasto público en Bangladesh y la República Unida de Tanzania**
Stephanie Allan, Clara Picanyol y Mehroosh Tak
- CASO DESTACADO 5.2** **Seguimiento de la financiación de la nutrición en todos los sectores de Etiopía**
Birara Melese Yalew, Ferew Lemma, Jack Clift, Kavya Ghai y Mary D'Alimonte
- CASO DESTACADO 5.3** **Metodologías novedosas para monitorear el gasto de los donantes**
Nawal Chahid, Aurore Gary y Mary D'Alimonte
- CASO DESTACADO 5.4** **Financiación innovadora destinada a la nutrición: la iniciativa The Power of Nutrition**
Mavis Owusu-Gyamfi y Tatum Summers
- CASO DESTACADO 5.5** **Avances del Gobierno de los Estados Unidos de América en la financiación de la nutrición**
Erin Milner, Anne Peniston, Kate Consavage, Katherine Owens y Amy Fowler
- CASO DESTACADO 5.6** **La inversión de la Comisión Europea en nutrición**
Madeleine Onclin
- CASO DESTACADO 5.7** **El enfoque del Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) para invertir en una agricultura enfocada a la nutrición**
Juliane Friedrich
- CASO DESTACADO 5.8** **Un nuevo sistema armonizado y transparente de presentación de informes para el seguimiento de la financiación destinada a las enfermedades no transmisibles**
Katie Dain

RECUADROS

- RECUADRO 1.1** Las múltiples formas de malnutrición
- RECUADRO 4.1** Una alimentación saludable
- RECUADRO 5.1** ¿Qué son las inversiones específicas de nutrición y las inversiones enfocadas a la nutrición?

FIGURAS

- FIGURA 1.1** Metas de nutrición para 2025
- FIGURA 2.1** Número de niños afectados por retraso del crecimiento y sobrepeso, 2000-2017
- FIGURA 2.2** La nutrición mundial: metas, carga y prevalencia
- FIGURA 2.3** Prevalencia mundial de la obesidad (IMC ≥ 30) en adultos de 18 años o más, 2000-2016
- FIGURA 2.4** Prevalencia mundial de la anemia, el sobrepeso (incluida la obesidad) y el peso inferior al normal en mujeres, 2000-2016
- FIGURA 2.5** Países bien encaminados hacia el logro de las metas mundiales de nutrición
- FIGURA 2.6** Proporción de la brecha inicial en el logro de los ODS que se prevé subsanar de aquí a 2030, utilizando trayectorias actuales
- FIGURA 2.7** Porcentaje de países que cuentan con ciertas metas de nutrición, 2018
- FIGURA 2.8** Número de países en los que coexisten el retraso del crecimiento en niños, la anemia y el sobrepeso en mujeres adultas, 2017 y 2018
- FIGURA 2.9** Mapa de los países en los que coexisten el retraso del crecimiento en niños, la anemia y el sobrepeso en mujeres adultas, 2017 y 2018
- FIGURA 2.10A** Probabilidad de lograr en 2015 la meta de la OMS relativa al retraso del crecimiento moderado y grave
- FIGURA 2.10B** Descenso relativo anualizado del retraso del crecimiento moderado y grave, 2000-2015
- FIGURA 2.10C** Prevalencia del retraso del crecimiento moderado y grave, 2000-2015
- FIGURA 2.11** Mapa de la prevalencia del retraso del crecimiento en distritos de la India, 2015-2016
- FIGURA 3.1** Disponibilidad de fibra, hierro, zinc y vitamina A en el mundo y por categoría de ingresos, 1980-2013
- FIGURA 3.2** Legislación nacional para la yodación de la sal
- FIGURA 3.3** Comparación de la prevalencia del retraso del crecimiento en países en conflicto y en el resto de países

| | |
|--------------------|--|
| FIGURA 3.4 | Evolución de la obesidad en adolescentes de 10 a 19 años, 2000-2016 |
| FIGURA 3.5 | Obesidad en adolescentes de 10 a 19 años, por región, 2016 |
| FIGURA 4.1 | Tendencias y pautas de las ventas de sustitutos de la leche materna comercial por lactante y niño, por región, 2005-2017 |
| FIGURA 4.2 | Tasas de lactancia materna exclusiva en Burkina Faso, 1992-2014 |
| FIGURA 4.3 | Marco para la ejecución a gran escala de programas sobre la alimentación de los lactantes y los niños pequeños |
| FIGURA 4.4 | Mejoras en la diversidad de la alimentación infantil y el retraso del crecimiento en Etiopía, 2015-2017 |
| FIGURA 4.5 | Diferencias en las prácticas de alimentación de los lactantes y los niños pequeños entre quintiles de riqueza y entre zonas urbanas y rurales |
| FIGURA 4.6 | Frecuencia de la ingesta diaria de frutas, verduras y bebidas gaseosas entre niños y adolescentes en edad escolar |
| FIGURA 4.7 | Consumo de grupos de alimentos y componentes de la dieta por grupos de ingresos, 2016 |
| FIGURA 4.8 | AVAD relacionados con cada factor de riesgo alimentario |
| FIGURA 4.9 | Rango de no asequibilidad de una alimentación nutritiva en distintas zonas de diferentes países |
| FIGURA 4.10 | Tendencias en las calorías procedentes de la compra de categorías de bebidas azucaradas, por nivel de ingresos de los países |
| FIGURA 4.11 | Tendencias y pautas en las ventas de alimentos envasados per cápita por región, 2005-2017 |
| FIGURA 4.12 | Proporción de productos alimenticios envasados por país que obtienen una calificación en el Health Star Rating de 3,5 o más (umbral para ser considerados "saludables") |
| FIGURA 5.1 | Gasto nacional: cambios en el gasto total específico de nutrición y enfocado a la nutrición de más de 25 países en los dos últimos ejercicios presupuestarios |
| FIGURA 5.2 | Inversiones en nutrición por sector como porcentaje de la inversión total en nutrición |
| FIGURA 5.3 | Sinopsis de la financiación subnacional en 35 países del Movimiento SUN |
| FIGURA 5.4 | Porcentaje del gasto total en salud de los gobiernos subnacionales de nueve países del Movimiento SUN, 2018 |
| FIGURA 5.5 | Desembolsos de AOD correspondientes a nutrición básica, 2007-2016 |
| FIGURA 5.6 | Cambios en los desembolsos de AOD correspondientes a nutrición básica por donante, 2015-2016 |
| FIGURA 5.7 | Desembolsos de AOD correspondientes a nutrición básica por donante, 2016 |
| FIGURA 5.8 | Desembolsos y compromisos de AOD correspondientes a enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, 2014-2016 |
| FIGURA 5.9 | Desembolsos de AOD correspondientes a enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación en 2016, por donante |

-
- FIGURA 5.10** Seguimiento general de los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento, 2014-2018
- FIGURA 5.11** Progresos de cada grupo signatario en el cumplimiento de los compromisos del proceso Nutrición para el Crecimiento, 2018
- FIGURA 5.12** Porcentaje de los compromisos de Milán de 2017 que cumplen los criterios SMART y se califican como SMART en general (N=38)

TABLAS

- TABLA 3.1** Cobertura de programas de suplementación con micronutrientes y yodación de la sal
- TABLA 4.1** Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño
- TABLA 4.2** Exposición mínima al riesgo (TMREL) de 15 factores dietéticos
- TABLA 5.1** Desembolsos destinados a la nutrición entre 2010 y 2016 comunicados hacia los *Informes de la Nutrición Mundial* (2014-2018)



ASOCIADOS 2018



THE AGA KHAN UNIVERSITY



BILL & MELINDA GATES foundation



Government of Canada / Gouvernement du Canada



CONCERN worldwide



development initiatives



Ethiopia



Mahidol University
Wisdom of the Land



Government of the Netherlands



Tanzania

