



DE LA
PROMESA
AL
IMPACTO

TERMINAR CON LA MALNUTRICIÓN DE AQUÍ A 2030



2016

El *Informe de la Nutrición Mundial 2016* constituye una fuente fidedigna de información sobre las acciones orientadas a la acción en nutrición que trasciende la política y acompaña al Movimiento SUN en su afán por que la nutrición se convierta en una prioridad mundial. Este informe va más allá de los límites establecidos por las ediciones anteriores y es portador de un mensaje optimista que nos incita a trabajar unidos y generar un impacto colectivo destinado a lograr los cambios necesarios para transformar de forma sostenible las vidas, comunidades y el futuro de todos. Erradicar la malnutrición requiere la perseverancia de todos nosotros y el Informe 2016 nos brinda conocimientos básicos y soluciones. Además, se asegura de que cada uno se sienta responsable y aprenda de los éxitos y fracasos de los demás. El *Informe de la Nutrición Mundial* destaca los desafíos planteados por las múltiples formas de malnutrición y señala la gran importancia de invertir en los primeros 1000 días de vida para que cada niño pueda tener una vida feliz, sana y productiva. Invertir en nutrición es nuestro legado colectivo para un mundo sostenible en 2030.

TOM ARNOLD COORDINADOR INTERINO DEL MOVIMIENTO SUN
GERDA VERBURG FUTURA COORDINADORA DEL MOVIMIENTO SUN

El *Informe de la Nutrición Mundial* confirma la urgencia de una acción colectiva para combatir el impacto en cascada de la malnutrición en las personas, las comunidades y la sociedad en su conjunto. Lo cierto es que no podemos garantizar un desarrollo sostenible hasta que no se traten problemas persistentes como la alimentación y la nutrición que socavan las oportunidades para los más pobres y vulnerables de nuestro planeta. Pasar de la teoría a la acción exige dedicar una atención específica a quienes se quedan en el camino, sufriendo las crisis persistentes y los efectos del cambio climático. Este informe confirma que comprometerse con las acciones SMART constituye el camino principal para lograr un cambio en quienes más lo necesitan.

ERTHARIN COUSIN DIRECTORA EJECUTIVA, PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS

Una buena nutrición es mucho más que los alimentos que ingerimos y no se puede alcanzar solamente a través del crecimiento económico o la reducción de la pobreza. Por consiguiente, es esencial contar con un sistema mundial que controle regularmente la situación nutricional de la población. La pobreza mundial, definida como la falta de bienestar material, resulta difícil de medir con exactitud. Por lo tanto, el monitoreo de la desnutrición es crucial no solo por derecho propio, sino también porque se trata de uno de los indicadores clave de pobreza más difundidos. El llamamiento del *Informe de la Nutrición Mundial* para una revolución de datos en nutrición es importante y oportuno.

ANGUS DEATON GANADOR DEL PREMIO DEL BANCO DE SUECIA EN CIENCIAS ECONÓMICAS EN MEMORIA DE ALFRED NOBEL 2015

El tercer *Informe de la Nutrición Mundial* se publica en el momento justo, cuando los líderes mundiales se han comprometido totalmente con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Más de la mitad de dichos objetivos están relacionados con la nutrición y, para cumplirlos, debemos modificar nuestro sistema alimentario. Los desafíos son inmensos: mientras que un tercio de la población mundial sufre de malnutrición, se desperdicia el 30 % de los alimentos. Hemos dejado atrás a los pequeños propietarios, a las mujeres y a los más jóvenes. Al mismo tiempo, algunos países han registrado rápidos avances. Por lo tanto cabe preguntarse: ¿cómo ampliar y mantener tales progresos? Una vez más, este informe nos muestra cómo construir un sistema mundial que tenga en cuenta las necesidades en materia de nutrición.

DR. SHENGGEN FAN DIRECTOR GENERAL, INSTITUTO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN SOBRE POLÍTICAS ALIMENTARIAS

La Asamblea General de las Naciones Unidas declaró el 1 de abril de 2016 el Decenio de Acción para la Nutrición durante el periodo 2016–2025. El Decenio de Acción, cuyas bases se habían sentado en la Declaración de Roma, en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN2) y en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, reafirma el llamamiento para terminar con todas las formas de la malnutrición. Constituye un camino privilegiado hacia un impulso sostenido mundial en materia de nutrición. La FAO y sus socios trabajarán mancomunados para que los sistemas agrícolas y de alimentación se orienten cada vez más hacia la nutrición a través de un enfoque amplio e inclusivo para terminar con la malnutrición. El *Informe de la Nutrición Mundial*, a través del monitoreo de los compromisos mundiales y nacionales, constituirá un pilar fundamental en pos de un esfuerzo colectivo eficaz de respaldo al Decenio de Acción para la Nutrición.

JOSÉ GRAZIANO DA SILVA DIRECTOR GENERAL, ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA (FAO)

La malnutrición en todas sus formas constituye una preocupación mundial que afecta en particular a las poblaciones más vulnerables en numerosas regiones del mundo, sobre todo el Caribe y otros pequeños Estados insulares en vías de desarrollo. La ingesta excesiva de alimentos con alta densidad energética, que es una forma de desnutrición, junto con una actividad física insuficiente, han generado una epidemia de obesidad, sobrepeso y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. Para combatir este flagelo, se han establecido ambiciosas metas y objetivos de desarrollo sostenible. El logro de estos objetivos exige una voluntad política y un liderazgo de primer orden, respaldado por una sociedad civil informada y autónoma y un sector privado comprometido y participativo. La edición 2016 del *Informe de la Nutrición Mundial* aporta los últimos datos y experiencias mundiales disponibles y pone a disposición una excelente herramienta para respaldar los esfuerzos orientados a reducir todas las formas de malnutrición. Para la *Healthy Caribbean Coalition* (Coalición Caribe Saludable) y otras organizaciones de la sociedad civil, el *Informe de la Nutrición Mundial* constituye un recurso importante como respuesta multisectorial a la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

SIR TREVOR HASSEL PRESIDENTE, HEALTHY CARIBBEAN COALITION (COALICIÓN CARIBE SALUDABLE)

Dada la persistencia del hambre y la desnutrición, y a pesar de la abundancia de comida sana, es nuestro deber como seres humanos transformar la cadena de valor de la alimentación. El *Informe de la Nutrición Mundial* contribuye no solo haciendo hincapié en este tema alarmante, sino también a través de un llamamiento mundial para la acción y la enumeración de las tareas pendientes. Creo que mi responsabilidad, como presidente y fundador de Gastromotiva, es instar a la nueva generación de cocineros, chefs y líderes a que se unan en la lucha contra la desnutrición.

DAVID HERTZ PRESIDENTE, GASTROMOTIVA

La política de nutrición es de gran importancia para Noruega, tanto a escala nacional como mundial. Mientras que alrededor de 800 millones de personas sufren hambre en el mundo, la obesidad está en aumento tanto en los países ricos como en los pobres. En 2017, Noruega lanzará un plan de acción intersectorial en materia de nutrición y alimentación. Nuestro objetivo es impulsar una alimentación variada y sana a lo largo de la vida. Este plan tendrá en cuenta nuestros compromisos internacionales y la colaboración con la Organización Mundial de la Salud, con el fin de fortalecer la nutrición a escala mundial. Una alimentación correcta es fundamental para nuestra salud y nuestra calidad de vida, y también resulta primordial en materia climática. Estoy convencido de que los responsables políticos deben trabajar junto con el sector privado, los profesionales y la sociedad civil para promover una alimentación sana y una producción alimentaria sostenible. En este aspecto, el *Informe de la Nutrición Mundial 2016* debe constituir un llamamiento a la acción.

BENT HØIE MINISTRO NORUEGO DE SALUD Y SERVICIOS SANITARIOS

En esta síntesis de datos sobre la nutrición mundial, el *Informe de la Nutrición Mundial 2016* urge implícitamente a la comunidad internacional a que renueve su compromiso con un objetivo mundial de base: un planeta donde cada persona, independientemente de su raza, etnia, género o contexto económico, pueda acceder a los recursos que necesita para vivir de forma sana, feliz y con un enfoque holístico. La alimentación es el más básico de los recursos. Afortunadamente, ofrecer a las personas la capacidad de alimentarse bien representa una de las primeras etapas para constituir un mundo más sólido, rico y democrático. Todos aspiramos a un mundo así y debemos trabajar para lograrlo. Este informe sugiere dónde y cómo podemos contribuir para lograr este objetivo.

EXCMA SEÑORA MARGARET KENYATTA PRIMERA DAMA DE LA REPÚBLICA DE KENYA

Cada día más, las economías dependen de las competencias y capacidades digitales y de alto nivel y nuestras inversiones en “infraestructuras de materia gris” son quizás las más importantes. En muchos países con ingresos bajos e intermedios, los niños corren con desventaja aún antes de poner un pie en la escuela, puesto que no han tenido la alimentación temprana adecuada. El índice de retraso en el crecimiento infantil del 45 %, que alcanza hasta un 70 % en algunos países, es una mancha en nuestra conciencia colectiva. El *Informe de la Nutrición Mundial 2016* publica un importante llamamiento a la acción para que se realicen las inversiones fundamentales necesarias en la nutrición para que todos los niños puedan prosperar y que podamos construir sociedades fuertes y resilientes para beneficio de todos.

JIM YONG KIM PRESIDENTE, GRUPO BANCO MUNDIAL

Cada año, la desnutrición provoca la muerte de alrededor de tres millones de niños y amenaza el futuro de varios cientos de millones más, lo que menoscaba el desarrollo sano de sus cuerpos y sus mentes y afecta su capacidad para aprender y generar ingresos más tarde en su vida de adultos. La desnutrición no solo afecta la salud y el bienestar de cada niño, ya que, al impedir que los niños alcancen todo su potencial, también debilita la solidez de sus sociedades.

Como lo demuestra el *Informe de la Nutrición Mundial*, el mundo ha logrado progresos significativos. Muchas naciones están en buena vía de cumplir con las metas mundiales de nutrición para 2025. Por ejemplo, 99 países han logrado grandes progresos en la reducción del retraso en el crecimiento, lo que deteriora la vida de más de 150 millones de niños en todo el mundo. El Movimiento SUN ha reunido a gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones internacionales para hacer de la nutrición una prioridad, enfocando las inversiones, adaptando las inversiones y monitoreando nuestros progresos. Continuaremos trabajando mancomunados en una causa común y con un compromiso compartido que llegue a cada niño.

ANTHONY LAKE DIRECTOR EJECUTIVO, UNICEF

El *Informe de la Nutrición Mundial 2016* pone de relieve un tema de real importancia: en todo el mundo, millones de niños consumen demasiados alimentos nocivos, mientras que otros millones no se alimentan lo suficiente para crecer y prosperar. Como lo muestra este informe, el acceso a alimentos sanos y nutritivos no es solo un problema de elección personal, también es un asunto de responsabilidad gubernamental. Es hora de que nuestros líderes mundiales intensifiquen y asuman decisiones valientes para luchar contra todas las formas de malnutrición. Los alimentos frescos y sanos son un derecho básico para cada niño. Hagamos que esto se transforme en una realidad.

JAMIE OLIVER CHEF Y MILITANTE

La nutrición es vital para la salud de la población en Etiopía y la economía de nuestro país. De hecho, nuestra nación considera que la mejora de la nutrición es un factor esencial para el desarrollo económico. Si bien estamos orgullosos de los recientes progresos en la reducción de la desnutrición en Etiopía, reconocemos que todavía queda un camino por recorrer para cumplir nuestros objetivos con el fin de terminar con la malnutrición en 2030. Estamos empeñados en cumplir con este objetivo y no escatimar esfuerzos para mantener vivo nuestro compromiso. El *Informe de la Nutrición Mundial* nos ha sido de gran ayuda a la hora de plantearnos nuestra labor en materia de nutrición y ahora esperamos sus futuras contribuciones en la evaluación de los progresos y el refuerzo de las responsabilidades de las partes interesadas que se preocupan por dejar atrás el flagelo de la desnutrición.

H.E. ROMAN TESFAYE PRIMERA DAMA DE LA REPÚBLICA FEDERAL DEMOCRÁTICA DE ETIOPÍA



DE LA
PROMESA
AL
IMPACTO

TERMINAR CON LA MALNUTRICIÓN DE AQUÍ A 2030



2016

PUBLICACIÓN REVISADA POR PARES

Este informe fue preparado por un Grupo de expertos independientes (GEI), secundado por el Grupo de partes interesadas del Informe de la Nutrición Mundial. Su redacción es el resultado del esfuerzo colectivo de todos los integrantes del GEI, enriquecido con el aporte de los siguientes analistas y escritores:

Lawrence Haddad (copresidenta), Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, Washington, DC, EE. UU.; **Corinna Hawkes** (copresidenta) City University London, Reino Unido; **Emorn Udomkesmalee** (copresidente), Mahidol University, Bangkok, Tailandia; **Endang Achadi**, Universidad de Indonesia, Jakarta, Indonesia; **Mohamed Ag Bendeck**, Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, Accra, Ghana; **Arti Ahuja**, Department of Health and Family Welfare, Odisha, India; **Zulfiqar Bhutta**, Center for Global Child Health, Toronto, Canada y Center of Excellence in Women and Child Health, Aga Khan University, Karachi, Pakistán; **Luzmaría De-Regil**, Micronutrient Initiative, Ottawa, Canadá; **Jessica Fanzo**, Johns Hopkins University, Baltimore, EE. UU.; **Patrizia Fracassi**, Secretaría del Movimiento SUN, Ginebra, Suiza; **Laurence M. Grummer-Strawn**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza; **Elizabeth Kimani**, African Population and Health Research Centre, Nairobi, Kenya; **Yves Martin-Prével**, Instituto de Investigación para el Desarrollo, Marsella, Francia; **Purnima Menon**, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, Nueva Delhi, India; **Eunice Nago Koukoubou**, Universidad de Abomey-Calavi, Benin; **Rachel Nugent**, RTI International, Seattle, EE. UU.; **Stineke Oenema**, Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas, Roma, Italia; **Judith Randel**, Development Initiatives, Bristol, Reino Unido; **Jennifer Requejo**, Johns Hopkins University, Baltimore, EE. UU.; **Tom Slaymaker**, UNICEF, Nueva York, EE. UU.; **Boyd Swinburn**, Universidad de Auckland, Nueva Zelanda.

Agradecemos la colaboración de **Rafael Flores-Ayala**, miembro del Grupo de Expertos Independientes (GEI), de los Centros de Control de Enfermedad y Prevención (CDC), Atlanta, EE. UU.

Los análisis adicionales y los soportes redactados estuvieron a cargo de **Komal Bhatia**, Institute for Global Health, University College Londres, Reino Unido; **Kamilla Eriksen**, MRC Human Nutrition Research, Cambridge, Reino Unido; **Natasha Ledlie**, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, Washington, DC, EE. UU.; **Josephine Lofthouse**, independiente, Reino Unido; **Tara Shyam**, independiente, Singapur.

Los principales autores de los distintos capítulos y secciones son: **Chizuru Nishida y Kaia Engesveen**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza (Capítulo 3: Objetivos nacionales sobre nutrición maternal, de lactantes y niños pequeños); **Rachel Crossley**, Access to Nutrition Foundation, Utrecht, Países Bajos (Capítulo 3: Objetivos empresariales); **Jessica Fanzo**, **Swetha Manohar**, **Katherine Rosettie y Sara Glass**, Johns Hopkins University, Baltimore, EE. UU. (Capítulo 4); **Chizuru Nishida y Kaia Engesveen**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza (Anexo 4: Metodología para el análisis de las metas SMART); **Chessa Lutter**, Pan American Health Organization, Washington, DC, EE. UU. (Capítulo 5: la iniciativa “Hospitales Amigos del Niño”); **Jessica Fanzo**, **Corinna Hawkes y Katherine Rosettie** (Anexo 5: Cómo adoptar compromisos SMART a favor de la nutrición: Nota de orientación); **Jordan Beecher**, Development Initiatives, Bristol, Reino Unido (Capítulo 7: Financiación de los donantes); **Meera Shekar**, **Jakub Kakietek y Julia Dayton**, Banco Mundial, Washington, DC, EE. UU.; **Robert Hecht**, **Shan Soe-Lin**, **Mary D’Alimonte y Hilary Rogers**, Results for Development Institute, Washington, DC, EE. UU. (datos y análisis correspondientes a las Figuras 7.1 y 7.2); **Monica Kothari**, PATH, Washington, DC, EE. UU., con la contribución de Fred Arnold, Bernard Barrere, Ann Way, Anne Cross, Ruilin Ren, Joy Fishel y Sri Poedjastoeti, ICF International, Washington, DC, EE. UU., del DHS Program (Capítulo 8: Desglose de los datos EDS sobre retraso en el crecimiento y Cuadro 8.2: recolecta de los principales datos pertinentes para los indicadores EDS sobre nutrición); **Josephine Ippe**, UNICEF, Nueva York, EE. UU. (Capítulo 8: Promover la responsabilidad en contextos difíciles del espacio humanitario).

Los autores de los paneles de este informe son los siguientes: **Alem Abay**, Global Alliance for Improved Nutrition, Ginebra, Suiza; **Harold Alderman**, Instituto Internacional de Investigación sobre las Políticas Alimentarias, Washington, DC, EE. UU.; **Richmond Aretety**, University of Ghana, Accra, Ghana; **Fred Arnold**, ICF International, Washington, DC, EE. UU.; **Daniel Balaban**, UN/WFP Centre of Excellence Against Hunger, Brasilia, Brasil; **Bernard Barrère**, ICF International, Washington, DC, EE. UU.; **Jordan Beecher**, Development Initiatives, Bristol, Reino Unido; **Hannah Blencowe**, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Reino Unido; **Elaine Borghi**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza; **Howarth Bouis**, International Food Policy Research Institute, Washington, DC, USA; **Kurt Burja**, World Food Programme, Kathmandu, Nepal; **Kent Buse**, UNAIDS, Geneva, Switzerland; **Suman Chakrabarti**, Instituto Internacional de Investigación sobre las Políticas Alimentarias, Nueva Delhi, India; **Esi Colecraft**, University of Ghana, Accra, Ghana; **Patricia Constante Jaime**, Universidade de São Paulo, Brasil; **Camila Corvalan**, Universidad de Chile, Santiago, Chile; **Jo Creed**, Jamie Oliver Foundation, Reino Unido; **Anne Cross**, ICF International, Washington, DC, EE. UU.; **Alexis D’Agostino**, John Snow Research and Training Institute, Arlington, VA, EE. UU.; **Mary D’Alimonte**, Results for Development, Washington, DC, EE. UU.; **Subrat Das**, Centre for Budget and Governance Accountability, Nueva Delhi, India; **Mercedes de Onis**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza; **Claire Devlin**, Department for International Development, Londres, Reino Unido; **Kaia Engesveen**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza; **Marina Ferreira Rea**, Brazilian Center for Analysis and Planning (CEBRAP), São Paulo, Brasil; **Joy Fishel**, ICF International, Washington, DC, EE. UU.; **Patrizia Fracassi**, secretaria del Movimiento SUN, Ginebra, Suiza; **Greg S. Garrett**, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición, Ginebra, Suiza; **Valerie Gatchell**, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Ginebra, Suiza; **Sara Glass**, Johns Hopkins University, Baltimore, EE. UU.; **Jonathan Glennie**, Save the Children, Londres, Reino Unido; **Germán González**, Secretaría técnica para la seguridad alimentaria y la nutrición (SESAN), Ciudad de Guatemala, Guatemala; **Lawrence Haddad**, Instituto Internacional de Investigación sobre las Políticas Alimentarias, Washington, DC, EE. UU.; **Stephen Haslett**, The Australian National University, Canberra, Australia y Massey University, Palmerston North, Nueva Zelanda; **Sir Trevor Hassell**, Healthy Caribbean Coalition, Bridgetown, Barbados; **Corinna Hawkes**, City University London, Reino Unido; **Siemon Hollema**, Programa Mundial de Alimentos, Bangkok, Tailandia; **Yves Horent**, Department for International Development, Londres, Reino Unido; **Maisha Hutton**, Healthy Caribbean Coalition, Bridgetown, Barbados; **Josephine Ippe**, UNICEF, Nueva York, EE. UU.; **Lindsay Jaacks**, Emory University, Atlanta, GA, EE. UU.; **Geoff Jones**, Massey University, Palmerston North, Nueva Zelanda; **Kayenat Kabir**, Programa Mundial de Alimentos, Dhaka, Bangladesh; **Justine Kavle**, PATH, Washington, DC, EE. UU.; **William Knechtel**, secretaria del Movimiento SUN, Ginebra, Suiza; **Monica Kothari**, PATH, Washington, DC, EE. UU.; **Sascha Lamstein**, John Snow Research and Training Institute, Arlington, VA, EE. UU.; **Anna Lartey**, FAO, Roma, Italia; **Joy Lawn**, Amanda Lenhardt, Save the Children, Londres, Reino Unido; **Ariela Luna**, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Lima, Perú; **Corey L. Luthringer**, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición, Ginebra, Suiza; **Chessa Lutter**, Pan American Health Organization, Washington, DC, EE. UU.; **Swetha Manohar**, Johns Hopkins University, Baltimore, EE. UU.; **Mduduzi Mbuya**, Cornell University, Ithaca, NY, EE. UU.; **Purnima Menon**, Instituto Internacional de Investigación sobre las Políticas Alimentarias, Nueva Delhi, India; **Vagn Mikkelsen**, independiente, Copenhagen, Dinamarca; **Chizuru Nishida**, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza; **Albertha Nyaku**, PATH, Washington, DC, EE. UU.; **Abigail Perry**, Department for International Development, Londres, Reino Unido; **Clara Picanyol**, Oxford Policy Management, Oxford, Reino Unido; **Sri Poedjastoeti**, ICF International, Washington, DC, EE. UU.; **Amanda Pomeroy-Stevens**, John Snow Research and Training Institute, Arlington, VA, EE. UU.; **Victoria Quinn**, Helen Keller International, Washington, DC, EE. UU.; **Christa Rader**, Programa Mundial de Alimento, Dhaka, Bangladesh; **Neha Raykar**, Public Health Foundation of India, Nueva Delhi, India; **Ruilin Ren**, ICF International, Washington, DC, EE. UU.; **Marcela Reyes**, Universidad de Chile, Santiago, Chile; **Katherine Richards**, Save the Children, Londres, Reino Unido; **Rommy Ríos**, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Lima, Perú; **Cecilia Rocha**, Ryerson University, Canadá; **Mariana Rocha**, UN/WFP Centre of Excellence Against Hunger, Brasilia, Brasil; **Jose Manuel Roche**, Save the Children, Londres, Reino Unido; **Marie Rumsby**, Save the Children, Londres, Reino Unido; **Shea Rutstein**, ICF International, Washington, DC, EE. UU.; **Faiza Shaheen**, Save the Children, Londres, Reino Unido; **Suhail Shiekh**, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres, Reino Unido; **Tara Shyam**, Independent, Singapur; **Shan Soe-Lin**, Results for Development Institute, Washington, DC, EE. UU.; **Paul Spiegel**, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Ginebra, Suiza; **José Velásquez**, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Lima, Perú; **Paola Victoria**, secretaria del Movimiento SUN, Ginebra, Suiza; **Ann Way**, ICF International, Washington, DC, EE. UU.; **Caroline Wilkinson**, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Ginebra, Suiza.

Copyright © 2016 International Food Policy Research Institute. Todos los derechos reservados. Comuníquese con la División de Comunicaciones y Gestión del Conocimiento a ifpri-copyright@cgiar.org para obtener una autorización de impresión.

Formato sugerido de referencia bibliográfica: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias. 2016. *Informe de la Nutrición Mundial 2016: De la promesa al impacto: terminar con la malnutrición de aquí a 2030*. Washington, DC.

Toda opinión expresada en este documento pertenece a los autores y no implica necesariamente ni el punto de vista ni el respaldo del Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, ni el de ninguna de sus organizaciones asociadas en el *Informe de la Nutrición Mundial*. Las fronteras y los nombres utilizados no indican el aval o la aceptación oficial por parte del Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.

Institut international de recherche sur les politiques alimentaires

2033 K Street, NW | Washington, DC 20006-1002 USA | Teléfono: +1-202-862-5600 | www.ifpri.org

ISSN: 2380-6443 | DOI: <http://dx.doi.org/10.2499/9780896295865>

CRÉDITOS DE LAS FOTOS: Tapa: iStock. Imágenes de los capítulos: pág. 1, Nueva York, UN/Cia Pak; pág. 14, Mozambique, Panos/A. Trayler-Smith; pág. 24 Japan, Panos/S. Freedman; pág. 32, HarvestPlus; pág. 44, iStock; pág. 60, Bangladesh, Panos/G. M. B. Akash; pág. 76, iStock; pág. 95, iStock; pág. 112, iStock.

DESEÑO DE TAPA: Julia Vivalo

DESEÑO Y MAQUETACIÓN: Joan Stephens

ÍNDICE

Material suplementario en Internet	xiii
Agradecimientos	xiv
Abreviaturas	xvi
Resumen ejecutivo	xviii
Capítulo 1 El nuevo desafío: de aquí a 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición	1
Capítulo 2 Panorama de la nutrición mundial: evaluación de los progresos	14
Capítulo 3 Enfoque: Progresos alcanzados en la definición de los objetivos de nutrición	24
Capítulo 4 Progresos y naturaleza de los compromisos de Nutrición para el Crecimiento de 2013	32
Capítulo 5 Progresos y desafíos en la implementación de las políticas y los programas enfocados a la nutrición	44
Capítulo 6 Acelerar la contribución de los determinantes subyacentes de la nutrición a las mejoras en nutrición	60
Capítulo 7 Satisfacer las necesidades: financiar para alcanzar las metas	76
Capítulo 8 Medir los logros en el cumplimiento de las metas	95
Capítulo 9 Llamados a la acción	112

ANEXOS

Anexo 1 Países con varias formas de malnutrición superpuestas	116
Anexo 2 Reglas para determinar si los países están en buena o mala vía de cumplir las metas mundiales (en el Informe Mundial de la Nutrición 2015)	117
Anexo 3 Situación nutricional de los países y progresos realizados	119
Anexo 4 Metodología de análisis de los objetivos SMART	132
CHIZURU NISHIDA Y KAIA ENGESVEEN	
Anexo 5 Cómo adoptar compromisos SMART a favor de la nutrición: Nota de orientación	134
JESSICA FANZO, CORINNA HAWKES Y KATHERINE ROSETTIE	
Anexo 6 Determinantes subyacentes de la nutrición	138
Notas	141
Referencias	145

PANELES

Panel 1.1	La magnitud de la malnutrición en 2016	2
Panel 1.2	¿Es realmente importante el compromiso para mejorar la nutrición?	7
	LAWRENCE HADDAD	
Panel 1.3	Politizar la nutrición	8
	KENT BUSE	
Panel 1.4	Convertir la buena nutrición en un tema de sociedad: lecciones extraídas de la Jamie Oliver Food Foundation	9
	JO CREED	
Panel 1.5	Cómo se fraguó el compromiso político de Brasil con la nutrición	11
	CECILIA ROCHA, PATRICIA CONSTANTE JAIME Y MARINA FERREIRA REA	
Panel 2.1	Ocho metas globales de nutrición para 2025 adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud.....	15
Panel 2.2	¿Cuántos niños nacen con bajo peso al nacer?	19
	HANNAH BLENCOWE, ELAINE BORGHI, MERCEDES DE ONIS, JULIA KRASEVEC, JOY LAWN Y SUHAIL SHIEKH	
Panel 2.3	Perfiles nacionales del <i>Informe de la Nutrición Mundial</i>	20
	TARA SHYAM	
Panel 2.4	Las presentaciones del <i>Informe de la Nutrición Mundial</i> en los países pueden fomentar nuevas acciones.....	21
	LAWRENCE HADDAD	
Panel 3.1	Herramientas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para ayudar a los países a definir objetivos de nutrición nacionales	26
	ELAINE BORGHI, KAIA ENGESVEEN, CHIZURU NISHIDA Y MERCEDES DE ONIS	
Panel 3.2	Planificación nacional para luchar contra la obesidad en Kenya	28
	LINDSAY JAACKS, JUSTINE KAVLE, ALBERTHA NYAKU Y ABIGAIL PERRY	
Panel 3.3	Misiones de Nutrición de los Estados indios: una definición de objetivos deficiente	29
	NEHA RAYKAR Y PURNIMA MENON	
Panel 4.1	Los compromisos a favor de la nutrición para el crecimiento.....	34
	PATRIZIA FRACASSI	
Panel 4.2	Ejemplos de compromisos N4G de 2013 “en buena vía” y “alcanzados”	36
	SWETHA MANOHAR Y SARA GLASS	
Panel 4.3	Los compromisos SMART son más fáciles de monitorear: los ejemplos de Cargill y UNICEF.....	40
	KATHERINE ROSETTIE, WERNER SCHULTINK Y TARYN BARCLAY	
Panel 5.1	Lecciones aprendidas a partir de los mecanismos intersectoriales de gobernanza para tratar la nutrición: las comisiones nacionales de las ENT en el Caribe	46
	MAISHA HUTTON Y SIR TREVOR HASSELL	
Panel 5.2	Traducir las metas globales en acciones nacionales: políticas SMART sobre la reducción del consumo de sal en Argentina.....	51
	CHESSA LUTTER	
Panel 5.3	Implementación de políticas públicas para promover dietas saludables en Chile.....	53
	CAMILA CORVALAN Y MARCELA REYES	
Panel 5.4	Involucrar al sector privado en Etiopía para mejorar el acceso a la sal yodada	56
	COREY L. LUTHRINGER, ALEM ABAY Y GREG S. GARETT	

PANELES CONTINUACIÓN

Panel 5.5	Apoyo de las organizaciones no gubernamentales a los programas de micronutrientes en Burkina Faso.....	57
	VICTORIA QUINN	
Panel 6.1	Acciones que parecen haber mejorado el estado nutricional en Ghana	63
	RICHMOND AREETEY, ESI COLECRAFT Y ANNA LARTEY	
Panel 6.2	Reorientar la contratación pública de alimentos hacia la nutrición: el caso de Brasil.....	68
	DANIEL BALABAN Y MARIANA ROCHA	
Panel 6.3	Biofortificación: ¿Cómo superar el ritmo actual?	69
	HOWARTH BOUIS	
Panel 6.4	Cómo conseguir que los programas de agua, saneamiento e higiene estén enfocados a la nutrición.....	70
	MDUDUZI MBUYA	
Panel 6.5	El fenómeno climático El Niño: éxitos y desafíos desde 2015	72
	YVES HORENT, CLAIRE DEVLIN Y ABIGAIL PERRY	
Panel 6.6	Reforzar la orientación de las acciones de educación hacia la lucha contra todas las formas de malnutrición	74
	HAROLD ALDERMAN	
Panel 7.1	Guatemala y Perú: el acceso a los datos financieros hace la diferencia en los gastos reales e impulsa la responsabilidad en todos los niveles	83
	PAOLA VICTORIA, ARIELA LUNA, JOSÉ VELÁSQUEZ, ROMMY RÍOS, GERMÁN GONZÁLEZ, WILLIAM KNECHTEL, VAGN MIKKELSEN Y PATRIZIA FRACASSI	
Panel 7.2	Presupuestar la nutrición en la India	84
	SUMAN CHAKRABARTI, PURNIMA MENON Y SUBRAT DAS	
Panel 7.3	Los socios internacionales armonizan su asistencia técnica sobre en materia de análisis presupuestario	85
	ALEXIS D'AGOSTINO, AMANDA POMEROY-STEVENSON, CLARA PICANYOL, MARY D'ALIMONTE, PATRIZIA FRACASSI, SASCHA LAMSTEIN Y SHAN SOE-LIN	
Panel 7.4	Métodos utilizados por los donantes para estimar los gastos enfocados a la nutrición.....	90
	LAWRENCE HADDAD Y JORDAN BEECHER	
Panel 8.1	El estudio de caso de las encuestas EDS continuas en Perú	98
	MONICA KOTHARI Y SHEA RUTSTEIN	
Panel 8.2	Nutrición y exclusión	100
	MARIE RUMSBY, KATHERINE RICHARDS, FAIZA SHAHEEN, JONATHAN GLENNIE, AMANDA LENHARDT Y JOSÉ MANUEL ROCHE	
Panel 8.3	Factores que se deben tomar en cuenta para la recolección de datos desglosados geográficamente	105
	MONICA KOTHARI, FRED ARNOLD, BERNARD BARRERE, ANN WAY, ANNE CROSS, RUILIN REN, JOY FISHEL Y SRI POEDJASTOETI	
Panel 8.4	¿Por qué los mapas altamente desglosados sobre desnutrición son vitales en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible?	107
	KURT BURJA, STEPHEN HASLETT, SIEMON HOLLEMA, GEOFF JONES, KAYENAT KABIR Y CHRISTA RADER	
Panel 8.5	Mejorar la responsabilidad de las acciones en materia de nutrición en contextos de emergencia	109
	JOSEPHINE IPPE	
Panel 8.6	Proteger el estado nutricional de los refugiados en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible	110
	CAROLINE WILKINSON, VALERIE GATCHELL Y PAUL SPIEGEL	

FIGURAS

Figura 1.1	Número de indicadores en cada ODS de gran relevancia para la nutrición.....	3
Figura 1.2	Evolución del estado nutricional y de los determinantes de nutrición en Brasil, 1980–2015	10
Figura 2.1	Número de niños menores de cinco años afectados por retraso en el crecimiento y sobrepeso, por región, 1990–2014.....	17
Figura 2.2	Sobrepeso y obesidad en adultos, obesidad en adultos y diabetes en adultos, por región de las Naciones Unidas, 2010 y 2014	17
Figura 2.3	Número de países en diversas fases de progreso con respecto a las metas globales de nutrición.....	18
Figura 2.4	Países más cerca de pasar de “mala vía” a “buena vía”, por indicador de nutrición.....	20
Figura 2.5	Porcentaje de niños entre seis y 59 meses de edad que no sufren retraso en el crecimiento ni emaciación	23
Figura 3.1	Número de planes nacionales para la nutrición, entre los 122 referenciados, con objetivos, con objetivos SMART y sin objetivos sobre nutrición materna, de lactantes y niños pequeños.....	25
Figura 3.2	Presencia de objetivos sobre nutrición materna, de lactantes y niños pequeños en los 122 planes nacionales de nutrición (%).....	27
Figura 3.3	Proporción de las empresas del Índice de Acceso a la Nutrición con objetivos claros definidos en diversos ámbitos.....	31
Figura 4.1	Progresos globales con respecto a los compromisos N4G en 2014, 2015 y 2016.....	35
Figura 4.2	Progresos de los compromisos N4G por grupo signatario, 2016	35
Figura 4.3	Progresos por tipo de compromiso, reunidos según donantes, organizaciones de la sociedad civil y países	37
Figura 4.4	Parte del total de compromisos N4G nacionales de 2013 según los principios SMART, por categoría	39
Figura 4.5	Número de compromisos N4G que hacen referencia a formas específicas de malnutrición	41
Figura 4.6	Distribución de los compromisos N4G de los gobiernos en materia de políticas y programas que forman parte de las categorías del Marco de Acción de la CIN2	42
Figura 5.1	Situación legal del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en los países de Naciones Unidas por región en 2016	48
Figura 5.2	Situación de la legislación que promueve la lactancia materna exclusiva en 2013	49
Figura 5.3	Cobertura de los centros certificados como Amigos del Niño en 127 países, datos recolectados entre 2007 y 2014	50
Figura 5.4	Número de países que han implementado políticas en favor de dietas saludables	51
Figura 5.5	Países con las tasas más altas y más bajas de cobertura de 12 intervenciones y prácticas para combatir la malnutrición materna e infantil.....	55
Figura 5.6	Estimaciones de cobertura para el manejo de la malnutrición aguda severa en 58 distritos de 14 países	57
Figura 6.1	Los determinantes subyacentes de la mejora del estado nutricional.....	62
Figura 6.2	Contribución de los diferentes factores subyacentes a la reducción estimada del patrón estatura-edad en niños menores de cinco años	64
Figura 6.3	Porcentaje de los 22 documentos de políticas y estrategias en materia de ayuda alimentaria humanitaria que cubren problemas enfocados a la nutrición desde ángulos diferentes	73

FIGURAS CONTINUACIÓN

Figura 7.1	Niveles y fuentes de financiación destinadas a cumplir las metas sobre el retraso en el crecimiento, la malnutrición aguda severa, la anemia y la lactancia materna exclusiva, en todos los países con ingresos bajos y medianos, hasta 2025.....	78
Figura 7.2	Inversiones adicionales requeridas para concretizar el escenario “Solidaridad internacional” para todos los países con ingresos bajos y medianos, 2016–2025.....	79
Figura 7.3	Asignaciones presupuestaria para las intervenciones específicas de nutrición y enfocadas a la nutrición, 24 países.....	80
Figura 7.4	Asignaciones presupuestarias específicas y enfocadas a la nutrición, 24 países.....	80
Figura 7.5	Asignaciones presupuestarias estimadas para las intervenciones enfocadas a la nutrición, 24 países.....	81
Figura 7.6	Asignaciones presupuestarias a los sectores enfocados a la nutrición, 16 países.....	81
Figura 7.7	Contribución de cada sector en las asignaciones enfocadas a la nutrición, 24 países.....	82
Figura 7.8	Relación entre las asignaciones ponderadas por niño menor de cinco años enfocadas a la nutrición y gastos de las administraciones públicas per cápita.....	82
Figura 7.9	Gastos específicos de nutrición por donante, 2014.....	86
Figura 7.10	Gastos de la APD de los donantes a las intervenciones específicas a la nutrición, 2005–2014.....	87
Figura 7.11	Evolución de los gastos específicos de la nutrición de los donantes nacionales y multilaterales, 2013–2014.....	88
Figura 7.12	Fuentes de los gastos para las enfermedades cardiovasculares, promedio de ocho países con ingresos bajos.....	91
Figura 7.13	Ayuda de los donantes para todos los desafíos sanitarios y las ENT, 2000–2014.....	92
Figura 7.14	Gastos de APD en las ENT orientadas a la nutrición, por sector, 2014.....	93
Figura 8.1	Número de indicadores de los ODS de gran pertinencia para la nutrición, por objetivo.....	96
Figura 8.2	Indicadores de los ODS pertinentes para la nutrición.....	97
Figura 8.3	Prevalencia del retraso en el crecimiento en los niños menores de 5 años, según el quintil de riqueza.....	101
Figura 8.4	Prevalencia del retraso en el crecimiento en los niños menores de 5 años, en medio rural o urbano, por orden de diferencia.....	102
Figura 8.5	Prevalencia del retraso del crecimiento en los niños menores de 5 años, en función de la edad de la madre al dar a luz, por orden de diferencia.....	102
Figura 8.6	Prevalencia del retraso del crecimiento en los niños menores de 5 años, en función del nivel escolar de la madre, por orden de prevalencia en los niños cuya madre no ha recibido ninguna educación.....	103
Figura 8.7	Prevalencia del retraso en el crecimiento en los niños menores de 5 años, en función del sexo, por orden de diferencia.....	103
Figura 8.8	Sobrepeso en los niños menores de 5 años, en función del sexo, por orden de diferencia entre niños y niñas.....	104
Figura 8.9	Lactancia materna exclusiva, según el sexo, por orden de diferencia entre niños y niñas.....	104
Figura 8.10	Prevalencia del retraso en el crecimiento en función de las regiones subnacionales con la tasa más baja y la más alta, por orden de diferencia.....	106
Figura 8.11	Tasa de retraso en el crecimiento y de emaciación en los Estados frágiles y los no frágiles.....	108
Figura 8.12	Número de personas desplazadas por las guerras.....	109

CUADROS

Cuadro 1.1	Forjar un compromiso mundial en materia de nutrición.....	4
Cuadro 1.2	Principales estrategias y políticas públicas sobre seguridad alimentaria y nutricional en Brasil.....	10
Cuadro 2.1	Estado mundial de la nutrición.....	16
Cuadro 2.2	Progresos mundiales con respecto a las metas globales de nutrición.....	16
Cuadro 3.1	Número de países con objetivos sobre obesidad en adultos, diabetes en adultos y reducción del consumo de sal, por región de la OMS.....	27
Cuadro 4.1	Compromisos financieros de los donantes en la cumbre N4G e informes presentados sobre dichos compromisos.....	37
Cuadro 4.2	Cuatro ejemplos de compromisos SMART de doble función para la lucha contra la desnutrición y la obesidad/las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.....	41
Cuadro 5.1	Cobertura de las intervenciones y prácticas para combatir la malnutrición materna e infantil.....	54
Cuadro 6.1	Umbral para los determinantes subyacentes correspondientes a una tasa estimada de retraso en el crecimiento inferior al 15 %.....	65
Cuadro 6.2	Número de países por número de vulnerabilidades.....	66
Cuadro 6.3	Algunos de los cambios que pueden hacerse en los sistemas alimentarios para alcanzar los objetivos alimentarios.....	67
Cuadro 6.4	Diferencias entre un programa WASH (agua, saneamiento e higiene) enfocado a la nutrición y un programa WASH convencional.....	71
Cuadro 7.1	Desembolsos declarados por los donantes en materia de nutrición en los <i>Informes de la Nutrición Mundial</i> 2014–2016, 13 donantes (miles de dólares).....	89

MATERIAL SUPLEMENTARIO EN INTERNET

El siguiente material está disponible en www.globalnutritionreport.org:

PERFILES NUTRICIONALES

“Los actuales perfiles nutricionales, enumerados aquí y disponibles en línea, provienen de datos recolectados en 2015. Los perfiles se actualizarán en 2017.”

Perfil nutricional mundial (datos disponibles para 82 indicadores a escala mundial)

Perfiles nutricionales por región (datos disponibles para 82 indicadores sobre cada una de las 6 regiones de las Naciones Unidas)

Perfiles nutricionales por subregión (datos disponibles para 82 indicadores sobre cada una de las subregiones de las Naciones Unidas)

Perfiles nutricionales por país (datos disponibles para 82 indicadores para cada uno de los Estados miembros de las Naciones Unidas)

CONJUNTO DE DATOS

Todos los datos utilizados en el *Informe de la Nutrición Mundial* y los perfiles nutricionales

PLATAFORMA DE DATOS Y VISUALIZACIÓN

CUADROS DE SEGUIMIENTO DE NUTRICIÓN PARA EL CRECIMIENTO

Progresos de los países: cuadro de seguimiento de Nutrición para el Crecimiento

Progresos de las empresas: cuadro de seguimiento de Nutrición para el Crecimiento

Progresos de las organizaciones para la sociedad civil: cuadro de seguimiento de Nutrición para el Crecimiento

Progresos de los donantes no financieros: cuadro de seguimiento de Nutrición para el Crecimiento

Progresos de las otras organizaciones: cuadro de seguimiento de Nutrición para el Crecimiento

Progresos de las Naciones Unidas: cuadro de seguimiento de Nutrición para el Crecimiento

ANEXOS TÉCNICOS

Anexo 7 Detalles de la evaluación de los progresos de los compromisos N4G de 2013 (en línea)

Anexo 8 Indicadores de los ODS pertinentes para la malnutrición en todas sus formas (en línea)

AGRADECIMIENTOS

La magnitud de las contribuciones a esta tercera edición anual del *Informe de la Nutrición Mundial* es un testimonio para el impulso sostenido de la comunidad de la nutrición y de las otras comunidades de dar la prioridad al objetivo de acabar con la malnutrición en todas sus formas. Bajo la vicepresidencia de Lawrence Haddad, Corinna Hawkes y Emorn Udomkesmalee, el Grupo de Expertos Independientes del Informe incluye a 22 investigadores y profesionales líderes que trabajan en todo el mundo y con todas las formas de malnutrición. Planificar, analizar, escribir y revisar el contenido del Informe es un proceso complejo, rápido e iterativo. Sin embargo, el informe no es solo un producto de nuestro trabajo: una multitud de personas y agencias han colaborado y hecho posible el *Informe de la Nutrición Mundial 2016*.

Agradecemos a los principales autores, Lawrence Haddad y Corinna Hawkes, por la dirección del informe de este año. Están respaldados por el equipo de análisis de datos compuesto por: Komal Bhatia, Kamilla Eriksen y Natasha Ledlie, así como la responsable de la coordinación Tara Shyam, la responsable de la comunicación Josephine Lofthouse y la responsable de las operaciones Catherine Gee.

Les damos las gracias a nuestros colegas del Instituto Internacional de Investigación sobre las Políticas Alimentarias (IFPRI): Shenggen Fan, director general, y Marie Ruel, directora de la División de pobreza, salud y nutrición. También agradecemos el apoyo recibido de la División de gestión del conocimiento y comunicaciones del IFPRI, del director Katrin Park y su equipo: Heidi Fritschel, Luz Marina Alvaré, Julia Vivalo, David Popham, Mulugeta Bayeh, Melanie Allen, Mandy Rodrigues, Marcia MacNeil, Nilam Prasai, Ghada Shields y Joan Stephens. También reconocemos la ayuda administrativa y financiera de James Fields y Lynette Aspiller.

Todas las personas que han contribuido a la riqueza de este informe transmitiendo paneles y secciones de capítulos están enumeradas en la página correspondiente a los derechos de autor. Además, agradecemos a aquellos que nos ayudaron en la consulta de datos, métodos y conocimientos especializados: Julia Krusevec (UNICEF) por brindar datos actualizados para numerosos indicadores de cobertura; Monika Blossner y Elaine Borghi (OMS) por el suministro de datos actualizados sobre las metas de la AMS e información sobre las herramientas de la OMS para asistir al desarrollo de los objetivos nacionales; Krista Zillmer (Tufts University), Paula Veliz (Pontificia Universidad Católica del Ecuador), Dana Hawwash (Ghent University), Veronika Polozkova (independiente), Line Vogt (independiente), Fanny Buckinx (OMS), y Yuriko Terada (OMS) por los datos sobre políticas y extracción de información; Monica Kothari (PATH) por la asistencia con los datos EDS nacionales y desglosados; José Luis Alvarez (Coverage Monitoring Network and Action Against Hunger) por permitir el acceso a los datos y análisis de la cobertura de MAS; Clara Picanyol y Robert Greener (Oxford Policy Management), William Knetchel (Secretaría SUN) y los miembros del grupo consultivo para el ejercicio "Global Harmonization of Budget & Expenditure Tracking Methods for Nutrition" (SPRING,

Resultados para el Desarrollo, Secretaría SUN y MQSUN) para el análisis de las asignaciones presupuestarias nacionales a favor de la nutrición; Simone Bosch y Bryony Sinclair (WCRF International) y Alena Matzke (Alianza NCD) por su análisis de los compromisos SMART "de doble función"; Janine Giuberti Coutinho, Arnoldo de Campos y Patricia Chaves Gentil (Ministro de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre, Gobierno de Brasil) para la información que figura en los dos paneles sobre Brasil; Matt Gould y Shelley Thakral (CIFF), Manaan Mumma y Corinne Woods (Programa Alimentario Mundial), Kedar Mankand (ONE), Nora Coghlan (Bill & Melinda Gates Foundation), Alessandro Demaio (NCDFREE y OMS), Rebecca Distler, Christy Feig, Andrea Vogt y Christopher Adasiewicz (Global Health Strategies) por sus consejos sobre las ilustraciones y comunicaciones del informe.

El proyecto de informe de este año ha sido revisado por numerosas personas. En primer lugar, agradecemos al equipo del American Journal of Clinical Nutrition por haber facilitado el proceso de revisión externo a ciegas: el editor Dennis M. Bier, D'Ann Finley, Kisna Quimby y Charlotte Phillips, así como a los cuatro revisores externos por sus valiosas observaciones. También agradecemos los comentarios enviados por las siguientes personas y organizaciones por sus comentarios detallados sobre las versiones anteriores del informe: Augustin Flory (CIFF); Michael Kalmus Elias, Lucy Gordon y sus colegas (DFID); Shawn Baker y Nora Coghlan (BMGF); Marie Rumsby (Save the Children RU); Joanna Francis (Concern Worldwide); Katie Dain (Alianza NCD); Julia Krusevec (UNICEF); Chizuru Nishida, Monika Blossner, Elaine Borghi, Kaia Engesveen y Temo Waqanivalu (OMS); Kathleen Beckmann (Ministerio federal para la cooperación económica y desarrollo, Alemania); Tanja Cohrs (GIZ); Clara Picanyol (Oxford Policy Management); Eiji Hinoshita (Ministro de Asuntos Extranjeros, Japón); Manaan Mumma (Programa Alimentario Mundial); y Alessandro Demaio (NCDFREE y OMS).

El GIE agradece al grupo de partes interesadas sus orientaciones estratégicas y la ayuda a la difusión del informe. Agradecemos a los copresidentes Augustin Flory (CIFF) y Ferew Lemma (ministerio de salud, Etiopía), además de Abdoulaye Ka (Célula de lucha contra la malnutrición, Senegal), Anna Lartey (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura), Chris Osa Isokpunwu (punto focal SUN, Nigeria), David Nabarro (oficina del secretario general de las Naciones Unidas, secretaria del Movimiento SUN), Edith Mkawa (oficina del presidente, Malawi; punto focal SUN), Francesco Branca (OMS); Milton Rondo Filho (ministro de asuntos exteriores, Brasil), Jane Edmondson (departamento británico para el desarrollo internacional), Jean-Pierre Halkin (Comisión Europea; red de donantes SUN), Jésus Búlux (secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Guatemala), Jo-Ann Purcell (gobierno de Canadá; red de donantes SUN), John Cordaro (Mars; red de empresas SUN), Kate Houston (Cargill; red de empresas SUN), Lucero Rodríguez Cabrera (ministerio de salud, México), Lucy Sullivan (1000 Días; red de OSC SUN), Marc Van Ameringen (Alianza Mundial para una Nutrición Mejorada; red de empresas

SUN), Martin Bloem (Programa Alimentario Mundial), Muhammad Aslam Shaheen (Comisión de planificación, Pakistán), Nina Sardjunani (ministerio de la planificación del desarrollo nacional, Indonesia), Shawn Baker (Fundación Bill & Melinda Gates; red de donantes SUN), Tom Arnold (Instituto de Estudios Internacionales y Europeos; coordinador SUN provisional) y Werner Schultink (UNICEF).

Por último, agradecemos a las siguientes organizaciones por su respaldo financiero al *Informe de la Nutrición Mundial*: Fundación Bill & Melinda Gates, el Programa de Investigación del CGIAR sobre la agricultura para la nutrición y la salud, la Children's Investment Fund Foundation, la Comisión Europea, el ministerio federal alemán de la cooperación económica y del desarrollo, el gobierno canadiense, el gobierno neerlandés, Irish Aid, la agencia norteamericana para el desarrollo internacional (USAID) y el departamento británico para el desarrollo internacional (DFID) y el programa de los primeros 1000 días de vida.

ABREVIATURAS

AAH	ayuda alimentaria humanitaria
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
AP	atención prenatal
APD	Ayuda oficial para el Desarrollo (Banco Mundial)
APN	atención posnatal
ASPMAS	Afar Salt Producers Mutual Support Association
ATNF	Access to Nutrition Foundation
ATNI	Índice de Acceso a la Nutrición
BM	Banco Mundial
BMGF	Bill & Melinda Gates Foundation
BPN	Bajo peso al nacer
CBGA	Centro de Gobernanza Presupuestaria y Rendición de Cuentas
CCS	Coalición Caribe Saludable
CIFF	Children's Investment Fund Foundation
CIN2	Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (FAO)
CRS	Sistema de notificación de los países acreedores
DAH	asistencia de los donantes para la salud
DSI	Día de la Salud Infantil
ECOSOC	Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas
EDS	Encuesta de Demografía y Salud
EDUCAN	Programa para los niños más vulnerables en América Central
EAC	ensayo aleatorio controlado
ELENA	Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales
ENT	enfermedad no transmisible
EVIPNET	Redes para políticas fundamentadas en evidencia
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
FFA	Marco de Acción
FIDA	Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola
FMIC	Fondo Mundial para la Investigación sobre Cáncer
GINA	Base de datos mundial sobre la ejecución de medidas nutricionales
GNR	Informe de la Nutrición Mundial
HAZ	puntuaciones Z para el indicador peso/edad de los niños
HGSF	programas de alimentación escolar con productos locales
HKI	Helen Keller International
IBFAN	Red Internacional de Grupos de pro Alimentación Infantil
IHAN	Iniciativa Hospital Amigo del Niño
IHME	Instituto de Evaluación y Métricas de Salud
IFPRI	Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias
IMC	Índice de Masa Corporal

IPCC	Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático
JCME	Estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil
LIST	Herramienta de vidas salvadas
MAM	Malnutrición Aguda Moderada
MAS	Malnutrición Aguda Severa
MICS	Encuesta a base de indicadores múltiples
MIM	Marco Integrado Mejorado
MIEI	Manejo integrado de enfermedades infantiles
N4G	Nutrición para el crecimiento
NDHP	Notre Dame Haiti Program
NFHS	National Family Health Survey
NLIS	Nutrition Landscape Information System
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMC	Organización Mundial del Comercio
ONU	Naciones Unidas
OPM	Oxford Policy Management
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organización de la sociedad civil
PIB	producto interno bruto
R4D	Instituto de Resultados para el Desarrollo
RSOC	Encuesta rápida sobre los niños
SDP	Sistema de distribución público
SESAN	Secretaría de Seguridad Alimentaria y Nutricional
SMART	Específico, medible, alcanzable, realista y limitado en el tiempo
SPEED	Base de datos de estadísticas del gasto público para el desarrollo económico
SUN	Estrategia para el Movimiento SUN
TMAR	tasa media anual de reducción
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
WASH	agua, saneamiento e higiene

RESUMEN EJECUTIVO

En la actualidad, pocos son los obstáculos a los que se enfrenta la comunidad mundial que puedan compararse en magnitud con el de la malnutrición, una condición que afecta directamente a una de cada tres personas. La malnutrición se manifiesta de distintas formas: retraso en el crecimiento y el desarrollo de los niños; personas esqueléticas o propensas a las infecciones; personas con exceso de peso o con riesgo de enfermedades crónicas debido al consumo excesivo de azúcar, sal o grasa; e incluso personas con carencias de vitaminas o minerales de importancia. La malnutrición y la alimentación constituyen claramente los mayores factores de riesgo para la carga mundial de morbilidad (CMM): cada país se enfrenta a un serio problema de salud pública debido a la malnutrición. Cada año, las consecuencias económicas implican pérdidas del 11% del PIB en África y Asia, mientras que la prevención de la malnutrición representa 16 dólares estadounidenses de rentabilidad de la inversión por cada dólar gastado. En todo el mundo, los países han acordado metas en materia de nutrición, pero, a pesar de ciertos avances observados en los últimos años, el mundo está lejos de poder alcanzarlas. Este tercer informe sobre el estado de la nutrición mundial propone formas de invertir la tendencia y acabar con todas las formas de malnutrición en 2030.

A lo largo de la última década, el interés en torno a la nutrición ha crecido constantemente: en 2012, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó las metas mundiales sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño para 2025. Al año siguiente, procedió a la adopción de metas para las enfermedades no transmisibles, incluyendo las relacionadas con la nutrición. También en 2013, en la primera Cumbre Nutrición para el Crecimiento (N4G), los donantes se comprometieron a altura de 23 mil millones de dólares en acciones para mejorar la nutrición. Gracias a la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (ICN2) en 2014 y a la reciente designación del período 2016–2025 como el Decenio de Acción sobre la Nutrición de la ONU, cada vez más personas han comenzado a reconocer la importancia de luchar contra la malnutrición en todas sus formas. En 2015, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas consagraron el compromiso de “acabar con todas las formas de malnutrición”, desafiando al mundo a pensar y actuar de forma diferente frente a la malnutrición, con el fin de concentrarse en todos y cada uno de sus aspectos y trabajar en pos de su erradicación, para todos, en el año 2030.

Ahora, 2016 brinda grandes oportunidades que permitirán traducir este compromiso en acción. Estas oportunidades incluyen la adopción por parte de los países de sus propias metas relacionadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la continuación del proceso de Nutrición para el Crecimiento y el liderazgo creciente de Japón en el sector de la nutrición con la perspectiva de los Juegos Olímpicos y Paralímpicos de Tokio de 2020.

El *Informe de la Nutrición Mundial* constituye la única publicación anual independiente y exhaustiva sobre el estado de la nutrición en el mundo. Se trata de una iniciativa en la que participan múltiples asociados que sirve de espejo de

nuestros éxitos y fracasos a la hora de cumplir con las metas intergubernamentales en materia de nutrición¹. Documenta los progresos sobre los compromisos realizados a escala mundial y recomienda acciones para acelerar dicho progreso. El *Informe de la Nutrición Mundial* tiene como vocación constituir un punto de referencia que aporte ejemplos de cambio e identifique oportunidades para la acción. El informe de este año se concentra en el tema de cumplir – y medir – los compromisos SMART a favor de la nutrición e identificar cómo acabar con la malnutrición en todas sus formas para el año 2030.

CONCLUSIONES CLAVE

1 La malnutrición crea una cascada de desafíos individuales y sociales y otras tantas posibilidades.

La malnutrición y las dietas empobrecidas constituyen la principal fuente de la carga mundial de morbilidad (CMM). Ya sabemos que las pérdidas anuales del PIB debido al bajo peso, el retraso en el crecimiento y la deficiencia de micronutrientes alcanzan el 11 % en Asia y África – una cifra superior a la registrada durante la crisis financiera de 2008–2010. Este informe presenta nuevos datos sobre el costo de la malnutrición tanto para las sociedades como para los individuos. Por ejemplo, en Estados Unidos, cuando en un hogar uno de sus integrantes es obeso, la familia debe asumir gastos de salud adicionales equivalentes al 8 % de sus ingresos anuales. En China, el diagnóstico de un caso de diabetes representa una pérdida anual del 16,3 % del ingreso de quien sufre la enfermedad. Todas estas cifras implican que la carga de la malnutrición pesa enormemente en todos nosotros, sin importar si sufrimos o no directamente una enfermedad. Sin embargo, dichos costos también representan grandes posibilidades para la mejora del ser humano y de la economía, y este informe brinda numerosos ejemplos de países que han aprovechado dichas oportunidades para mejorar la vida de su población y la salud de sus sociedades a través de la lucha contra la malnutrición.

2 El mundo está lejos de alcanzar las metas mundiales, pero todavía quedan esperanzas.

Si la tendencia se mantiene, el mundo no logrará cumplir con las metas de la nutrición mundial adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud. No obstante, esta estimación oculta variaciones significativas y algunas sorpresas: muchos países están en “buena vía” de cumplir con las metas relacionadas con el retraso en el crecimiento, la emaciación y el sobrepeso en los niños menores de cinco años y con lactancia exclusiva. Sin embargo, casi todos los países están

LA MALNUTRICIÓN EN TODAS SUS FORMAS



RETRASO EN EL CRECIMIENTO DE NIÑOS PEQUEÑOS
Déficit de talla para la edad



EMACIACIÓN EN NIÑOS
Déficit de peso para la talla



SOBREPESO EN NIÑOS
Exceso de peso para la talla



SOBREPESO EN ADULTOS
Acumulación excesiva de grasa, con un índice de masa corporal ≥ 25



DEFICIENCIA DE MICRONUTRIENTES
Niveles de hierro, vitamina A, zinc, yodo y ácido fólico por debajo de los umbrales críticos



OBESIDAD EN ADULTOS
Acumulación excesiva de grasa, con un índice de masa corporal ≥ 30



ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES
Diabetes, enfermedades cardíacas, y ciertos tipos de cáncer

lejos de cumplir (“mala vía”) con las metas sobre anemia en las mujeres y sobrepeso, diabetes y obesidad en adultos. La obesidad y el sobrepeso, que están aumentando en todas las regiones y en casi todos los países, se han convertido en un verdadero desafío mundial. El número de niños menores de cinco años con sobrepeso se está acercando al número de niños con emaciación. Detrás de esto se esconden también variaciones regionales: el número de niños menores de cinco años que sufren de retraso en el crecimiento está disminuyendo en todos los continentes, excepto en África y Oceanía; el número de niños menores de cinco años con sobrepeso está aumentando con mayor rapidez en Asia. Detrás de estas cifras más bien pesimistas se perciben razones de tener esperanzas: algunos cambios modestos pueden colocar a muchos países en la “buena vía” de cumplir con las metas mundiales. Este informe destaca dónde se encuentran aquellas oportunidades.

3 La nutrición es fundamental para el cumplimiento de los ODS.

Al menos 12 de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible contienen indicadores de gran pertinencia para la nutrición, lo que confirma su función central en el desarrollo sostenible. La mejora de la nutrición constituye la plataforma de despegue para el progreso en salud, educación, empleo, empoderamiento de la mujer, y la disminución de la pobreza y las desigualdades. A su vez, la pobreza, la desigualdad, el agua, el saneamiento y la higiene, la educación, los sistemas alimentarios, el cambio climático, la protección social y la agricultura tienen un gran impacto en los resultados de nutrición. Los informes muestran que el empoderamiento y la condición de la mujer constituyen un factor importante de la malnutrición: por una parte, las madres de menos de 18 años de edad son más propensas a tener niños con retraso en el crecimiento y, por otra, los niños son menos propensos a sufrir esta afección si sus madres han cursado una educación secundaria. Por lo tanto, es importante incorporar metas de nutrición en los sectores sociales y de desarrollo, donde muchos gobiernos gastan más del 30 % de sus presupuestos, y medir el impacto del gasto en dichos sectores para la alimentación de la población.

4 Los compromisos actuales no responden a las necesidades.

Dada la magnitud del problema, el nivel de gasto actual asignado para reducir el problema de la nutrición es muy bajo. Los análisis muestran que 24 gobiernos de ingresos bajos y medianos

asignan apenas un 2,1 % de su gasto para reducir la desnutrición, mientras que destinan un total de más del 30 % a la agricultura, la educación, la salud y la protección social. Las contribuciones de los donantes a las intervenciones específicas de la nutrición están estancadas en mil millones de dólares estadounidenses, pero estimamos que las asignaciones de los donantes a la nutrición a través de otros sectores sociales y de desarrollo están en aumento. También se observa que el gasto dedicado a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición es insuficiente. En la actualidad, no sabemos cuánto invierten los gobiernos para erradicar las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. En 2014, los donantes gastaron 611 millones de dólares en todos los tipos de enfermedades no transmisibles, es decir, menos del 2 % de su gasto total en salud. Y, a pesar de que las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición son la causa de casi la mitad de todas las muertes y discapacidades en los países de ingresos bajos y medianos, los nuevos datos presentados en este informe muestran que los donantes gastaron apenas 50 millones de dólares en este tipo de enfermedades en 2014.

5 Los compromisos y objetivos SMART cuentan.

Este informe observa que los donantes y gobiernos que dieron prioridad a la nutrición en sus documentos políticos gastaron más en nutrición. Las empresas con compromisos sólidos en materia de nutrición tienen una mayor capacidad para producir, comercializar y etiquetar productos que respeten la nutrición. Los países que establecen objetivos en materia de desnutrición también reducen con más rapidez el retraso en el crecimiento. A pesar de ello, los análisis muestran que la mayoría de los planes de nutrición no incluyen todos los objetivos globales de nutrición y, en el caso de los países que se han fijado objetivos, sólo dos terceras partes de ellos son SMART. Además, sólo el 30 % de los países ha establecido objetivos en materia de obesidad, diabetes y reducción del consumo de sal en sus planes nacionales para tratar las enfermedades no transmisibles. En el caso de la cumbre N4G, nuestro análisis muestra que sólo el 29 % de los compromisos de 2013 son SMART y que la mayoría de ellos no especificaban qué tipo de malnutrición estaban intentando combatir.

específicos
Medibles
Alcanzables
Realistas
Tiempo, limitados en el

6 Ir más allá de la palabra y pasar a la acción.

El informe destaca la necesidad de reforzar en forma espectacular la implementación tanto de las políticas como de los programas. En efecto, las políticas y los programas de base que promueven la lactancia materna están muy rezagados: sólo el 36 % de los países implementan todas o algunas de las disposiciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Ningún país ha adoptado un enfoque completo orientado a regular la comercialización de alimentos y bebidas sin alcohol para los niños. Dos terceras partes de los países no han realizado ningún progreso en la puesta en marcha de las tres recomendaciones centrales de la OMS para promover una alimentación sana (reducción de la sal, reducción de las grasas trans y saturadas e implementación de las recomendaciones de la OMS sobre la comercialización de los alimentos para niños). De igual modo, la intensificación de los programas orientados directamente a la desnutrición ha sido lenta y desigual. Los mecanismos para coordinar acciones intersectoriales son la clave para una implementación exitosa, pero, para poder marcar una diferencia, deben estar respaldados por un soporte de alto nivel y por recursos humanos y financieros.

7 Los datos y los conocimientos actuales no bastan para maximizar las inversiones.

El informe respalda el llamado a una revolución de datos en el ámbito de la nutrición. La escasez de datos nos impide identificar y obtener beneficios de los progresos reales tanto a nivel nacional como mundial. Además, esconde desigualdades dentro de los países, lo que hace aún más difícil que los gobiernos conozcan su situación y que se les considere totalmente responsables. El informe recomienda desglosar los datos para saber dónde existe

exactamente la malnutrición: en un análisis de más de 50 países, la tasa de retraso en el crecimiento en la región subnacional con el índice más alto es tres veces mayor que la de la región subnacional con el índice más bajo. En 13 países, las tasas de retraso en el crecimiento en el quintil más rico de la sociedad superaron el 20 %, contradiciendo la noción de que el ingreso más alto equivale necesariamente a una buena nutrición. Nos enfrentamos a una ausencia significativa de datos relacionados con el gasto en acciones enfocadas a la nutrición y en acciones para luchar contra la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición; la cobertura y el impacto de los programas que combaten todas las formas de malnutrición; el estado nutricional de 60 millones de personas desplazadas por los conflictos bélicos; y la prevalencia de la malnutrición y las tendencias en los estados frágiles. Por último, nuestros conocimientos no bastan para tratar de entender los episodios de éxito y de estancamiento y los determinantes subyacentes de la obesidad y de las enfermedades no transmisibles.

LLAMADO A LA ACCIÓN

1 Tomar decisiones políticas para acabar con todas las formas de la malnutrición.


Estamos en “la mala vía” para alcanzar las metas en nutrición. Por ejemplo, la anemia está disminuyendo tan lentamente que, al ritmo actual, estaremos más cerca de alcanzar la meta mundial en 2130 que en 2030. Lejos de disminuir, la obesidad y el sobrepeso están en aumento, lo que pone en riesgo los grandes objetivos mundiales en nutrición. Sin embargo, este panorama sombrío puede evolucionar: las drásticas disminuciones en materia de mal-

METAS MUNDIALES DE NUTRICIÓN 2025


RETRASO EN EL CRECIMIENTO INFANTIL
Reducir en un 40 % el número de niños con retraso en el crecimiento


EMACIACIÓN INFANTIL
Reducir y mantener por debajo del 5 % la emaciación en niños


SOBREPESO INFANTIL
Ningún aumento del sobrepeso en niños


ANEMIA
Reducir un 50 % la anemia en mujeres en edad reproductiva


LACTANCIA EXCLUSIVA
Aumentar la lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses hasta al menos un 50 %


BAJO PESO AL NACER
Reducir un 30 % el bajo peso al nacer

IMPEDIR EL AUMENTO DE LA PREVALENCIA DE:


SOBREPESO EN ADULTOS


DIABETES EN ADULTOS
(alto nivel de glucosa en sangre)


OBESIDAD EN ADULTOS

nutrición en Brasil, Perú, Ghana y el estado indio de Maharashtra fueron impulsadas por los gobiernos y otras partes interesadas que se fijaron compromisos y los cumplieron. En definitiva, terminar con la malnutrición es una elección política que deben asumir los dirigentes políticos, los donantes, las organizaciones de la sociedad civil y las empresas en los niveles internacional, nacional y subnacional. Asumir los compromisos SMART a favor de la nutrición marcaría una trayectoria de desarrollo diferente para los países -y las personas- en todo el mundo.

2 Invertir más y asignar mejor los fondos.

La inversión en la eliminación de la malnutrición es una de las medidas más rentables que los gobiernos pueden adoptar: cada dólar invertido en programas de nutrición eficaces representa un beneficio de 16 dólares. Con el fin de cumplir con los principales desafíos mundiales de la nutrición, los gobiernos y los donantes necesitarán triplicar sus compromisos con la nutrición en la próxima década. Un rápido crecimiento del gasto con sus consecuentes mejoras en la nutrición es posible, tal como lo ha demostrado el estado indio de Maharashtra en el caso de la desnutrición. Al mismo tiempo, los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil, los donantes y las empresas necesitan redoblar esfuerzos para garantizar que los presupuestos en diversos sectores —agricultura, educación, sistemas alimentarios, sistemas sanitarios, protección social, agua, saneamiento e higiene— y asignar más recursos para acabar con la malnutrición en todas sus formas. Necesitamos dedicar mayores recursos al fortalecimiento de capacidades para tratar la obesidad, la diabetes y las demás enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. Necesitamos empezar a considerar a las inversiones en nutrición como un medio para alcanzar el crecimiento económico, en lugar de considerar una mejor nutrición como el resultado del crecimiento económico.

3 Recabar los datos necesarios para maximizar las inversiones.

La ausencia de datos es una barrera significativa para el avance de la nutrición en todo el mundo. Cada país posee un contexto de nutrición diferente y debe obtener los datos, nacionales y subnacionales, para comprender su propia situación y actuar en consecuencia. Con el mismo espíritu de los ODS, los gobiernos, los donantes, las empresas y las organizaciones de la sociedad civil deben verificar —y notificar regularmente— sus gastos y el impacto en las formas de malnutrición, es decir, el retraso en el crecimiento, la emaciación, la anemia, la lactancia exclusiva, la obesidad y las enfermedades no transmisibles.

4 Invertir en la aplicación de soluciones probadas y en la identificación de nuevas soluciones.

En la actualidad, tenemos suficiente experiencia, datos y pruebas como para actuar con decisión a fin de mejorar los resultados de la nutrición. Los ejemplos de Brasil, Ghana, Perú y otros países que se presentan en este informe pueden servir de base para orientar a otros países. Sabemos cuáles son las intervenciones más eficaces para tratar la desnutrición. Sabemos qué políticas públicas tienen mejores posibilidades de funcionar para reducir la malnutrición en todas sus formas. Hemos aprendido que es importante trabajar con los ciudadanos y la sociedad civil, con el fin de desarrollar mecanismos intersectoriales de gobernanza. Al mismo tiempo, los gobiernos, los donantes y los investigadores deberán trabajar para colmar las brechas de conocimiento que retrasan la acción: por ejemplo, nuestra ausencia de conocimiento sobre los determinantes subyacentes de la emaciación, la lactancia materna no exclusiva, la obesidad y el sobrepeso obstaculizan nuestra capacidad de movilizar recursos provenientes de otros sectores ajenos al de la salud para prevenirlas. Contar con mayores elementos para explicar cómo, a diferencia de otros, algunos países superan las barreras de la implementación y alcanzan altos índices de cobertura ayudará a remediar los cuellos de botella. Además, identificar nuevas maneras menos costosas de tratar la información subnacional existente— y recabar nuevos datos cuando sea necesario—contribuirá a asegurar que nadie se quede atrás en la era de los ODS.

5 Combatir la malnutrición en todas sus formas.

Los gobiernos, las empresas, las organizaciones de la sociedad civil y las personas necesitan combatir la malnutrición en todas sus formas. Esto implica que los gobiernos de los países con ingresos bajos y medianos deben actuar para reducir drásticamente la desnutrición antes de que la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición alcancen niveles aún más alarmantes. Por lo tanto, estos países deben integrar la prevención y el control de la diabetes y la obesidad en sus planes de nutrición e implementar políticas e intervenciones que puedan combatir las. Esto significa que los países de la OCDE deben aprender de la experiencia adquirida en otras partes del mundo, con el fin de mejorar sus estrategias nacionales para luchar contra la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. Además, los donantes deben ampliar su enfoque para reconocer la amenaza que representan para la nutrición mundial tanto la obesidad como las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. Esto significa que todas las partes interesadas necesitan aumentar la eficacia de sus inversiones y políticas, identificando e implementando acciones con una doble función que combatan más de una forma de malnutrición a la vez. Es decir que todas las partes interesadas necesitan familiarizarse con la “nueva normalidad” que implica tratar la malnutrición, en todas sus formas, en el mismo lugar y en el mismo momento – un problema que atañe a casi la mitad de todos los países.



1 EL NUEVO DESAFÍO: DE AQUÍ A 2030, PONER FIN A TODAS LAS FORMAS DE MALNUTRICIÓN

“DE AQUÍ A 2030, PONER FIN A TODAS LAS FORMAS DE MALNUTRICIÓN”. ESTE ES EL DESAFÍO PLANTEADO POR LOS LÍDERES MUNDIALES A FINES DE 2015 AL ADOPTAR los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Se trata de un desafío enorme, puesto que todos los países se enfrentan a un serio problema de salud pública como consecuencia de la malnutrición (IFPRI 2014). Una de cada tres personas sufre alguna forma de malnutrición (IFPRI 2015a). La malnutrición se manifiesta de muchas maneras: niños cuyo crecimiento y desarrollo no alcanzan todo su potencial, personas raquíticas o propensas a las infecciones o personas con exceso de peso o con alto contenido de azúcar, sal o colesterol en sangre.

Las consecuencias son literalmente devastadoras (Panel 1.1). Según las estimaciones, el 45 % de las muertes de niños menores de cinco años son consecuencia de la malnutrición (Black et al. 2013). En la actualidad, la malnutrición y la alimentación constituyen, de lejos, los factores de riesgo más importantes en la carga mundial de morbilidad (Forouzanfar et al. 2015). Cada año, las consecuencias económicas representan pérdidas del 10 % del PIB, una cifra muy superior a la pérdida porcentual anual

del PIB mundial provocada por la crisis financiera internacional de 2008–2010 (Horton y Steckel 2013; IFPRI 2015a; World Economics 2016). Además, se han realizado nuevas estimaciones de los costos generados por la obesidad y la diabetes. Por ejemplo, en Estados Unidos, un hogar con una persona obesa debe asumir cada año gastos de atención médica adicionales equivalentes al 8 % de sus ingresos anuales (Su et al. 2015). En China, las personas con diagnóstico de diabetes sufren una pérdida anual del 16,3 % de sus ingresos (Liu y Zhu 2014).

La malnutrición es el resultado de la interacción entre una alimentación de baja calidad y entornos y comportamientos sanitarios malsanos que son, a su vez, el resultado de toda una variedad de factores subyacentes como, por ejemplo, la inestabilidad política, el escaso desarrollo económico, los conflictos, la desigualdad y ciertos aspectos de la globalización.

PANEL 1.1 LA MAGNITUD DE LA MALNUTRICIÓN EN 2016

Aunque no es posible contabilizar simplemente el número de personas afectadas por los diferentes tipos de malnutrición (puesto que una persona puede sufrir más de una forma de malnutrición), la magnitud de este fenómeno es impactante.

DE UNA POBLACIÓN MUNDIAL DE
7.000 MILLONES



Aproximadamente **2.000 millones** de personas sufren malnutrición por falta de micronutrientes



Casi **800 millones** de personas padecen carencias nutricionales

DE LOS **5.000 MILLONES**
DE ADULTOS EN EL MUNDO



Casi **2.000 millones** tienen sobrepeso o son obesos



Uno de cada **12** sufre de diabetes de tipo 2

DE **667 MILLONES** DE NIÑOS DE MENOS DE 5 AÑOS EN TODO EL MUNDO



159 millones menores de 5 años son demasiado pequeños para su edad (retraso en el crecimiento)



50 millones no pesan lo suficiente para su altura (emaciación)



41 millones tienen sobrepeso

DE 129 PAÍSES QUE DISPONEN DE DATOS, **57 PAÍSES**

presentan niveles preocupantes tanto de desnutrición como de sobrepeso en adultos (incluyendo la obesidad)

Fuentes: Malnutrición por falta de micronutrientes: OMS (2009); sobrepeso y obesidad: OMS (2016i); retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso infantiles: UNICEF, OMS y Banco Mundial (2015); carencias nutricionales: FAO (2015b); diabetes: OMS (2016c). Varias cargas: los límites para la inclusión de los países en cada categoría de indicador son los siguientes: retraso en el crecimiento de menores de 5 años $\geq 20\%$, anemia en mujeres en edad reproductiva $\geq 20\%$, y sobrepeso y obesidad en adultos ($\text{IMC} > 25$) $\geq 35\%$. Los resultados completos pueden consultarse en el Cuadro A1.1 del Anexo.

¿PODEMOS PONER FIN A LA MALNUTRICIÓN DE AQUÍ A 2030?

Imaginemos que surge una nueva enfermedad que amenaza el potencial de una de cada tres personas y afecta a todos los grupos de edad y a todos los países del mundo. Imaginemos que el presidente del Banco Mundial equipara esta enfermedad a un azote que “memoriza para siempre la desigualdad en el cerebro de los niños”. Ahora imaginemos que, a pesar de que disponemos de abundantes conocimientos sobre cómo prevenirla y combatirla, muchos líderes –en todos los niveles– prefieren cerrar los ojos. La mayoría de nosotros nos sentiríamos indignados. Desde luego, esta enfermedad ya existe, y no es otra que la malnutrición. Lo que debemos evitar

ahora es responder con timidez a este desafío.

Nunca como ahora el terreno ha sido tan propicio para una transición radical de los compromisos a las acciones de alto impacto que mejoren la nutrición. Así lo demuestran las circunstancias que presentamos a continuación.

En primer lugar, los ODS representan un conjunto de oportunidades sin precedentes para asumir compromisos en favor de la nutrición. Según las estimaciones, al menos 12 de los 17 ODS incluyen indicadores que permiten realizar el seguimiento de importantes parámetros relacionados con la nutrición (Figura 1.1). El mayor número de indicadores se encuentra en los objetivos de “salud” e “igualdad de género”. Si queremos mejorar el estado nutricional de las personas, es fundamental avanzar en la consecución de estos

objetivos. Si la comunidad de la nutrición es capaz de ayudar a los socios del desarrollo en éstos y otros ámbitos a agilizar la evolución de dichos indicadores, todos saldrán ganando.

En segundo lugar, algunos economistas de primer nivel están haciendo suyos los argumentos económicos que fundamentan la importancia de invertir en la nutrición. Por ejemplo, el año pasado, el presidente del Banco Africano de Desarrollo (una organización conocida por su contribución a la financiación de carreteras, puertos y puentes) reclamó en reiteradas ocasiones una revolución en la inversión en “infraestructura de materia gris” o, en otras palabras, invertir en la prevención de la malnutrición temprana (Panel Global sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición 2016). Además, el Ministerio de Finanzas de la India, en su estudio económico 2015–2016, dedica a la malnutrición un capítulo entero, que se abre con la siguiente afirmación: “Imagínense que el gobierno fuese un inversor cuyo objetivo es maximizar el crecimiento económico a largo plazo de la India. Dadas las actuales restricciones presupuestarias y de capacidad, ¿hacia dónde tendría que orientar sus inversiones? Este capítulo muestra que los programas de salud y nutrición destinados a madres y niños pequeños, y que poseen un costo relativamente bajo, ofrecen un elevado rendimiento de la inversión” (India, Ministerio de Finanzas 2016).

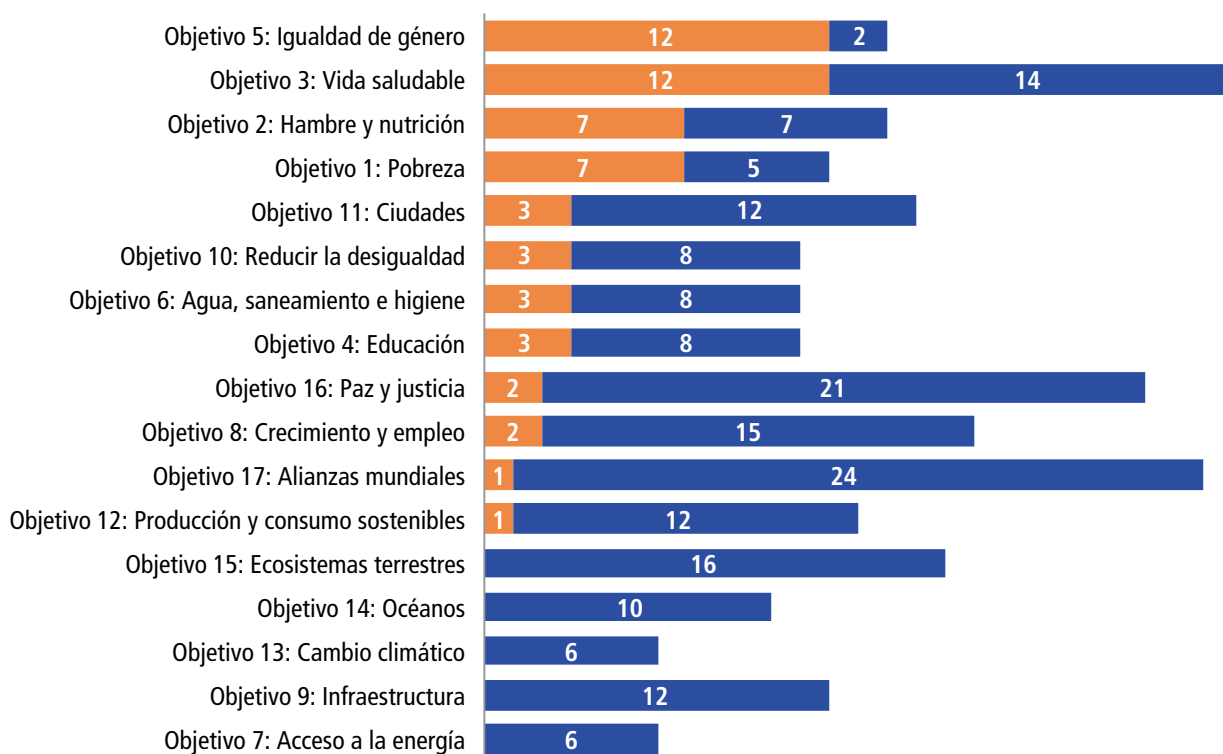
En tercer lugar, existen auténticas esperanzas de que la India, durante tanto tiempo indisolublemente vinculada al problema de la

malnutrición, pueda convertirse en una pieza clave de la solución. En los últimos 10 años, el país ha duplicado prácticamente la tasa de reducción del retraso en el crecimiento en comparación con la década anterior (IFPRI 2015a). Este dato es muy importante, ya que más de una tercera parte de los niños con retraso en el crecimiento de todo el mundo viven en la India. La toma de conciencia de la India respecto de todas las formas de malnutrición podría mejorar radicalmente las perspectivas mundiales de alcanzar los ODS, del mismo modo que China desempeñó un papel clave para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. No obstante, como los demás países, la India debe prestar atención a su creciente tasa de sobrepeso y, en particular, a su elevada tasa de diabetes.

En cuarto lugar, como se ha señalado en el *Informe de la Nutrición Mundial* de 2015, los formuladores de políticas dentro y fuera de la comunidad de la nutrición se están dando cuenta de que la eliminación de la malnutrición está perfectamente alineada con otros imperativos de desarrollo como, por ejemplo, desacelerar el cambio climático, hacer que los sistemas alimentarios sean más saludables y sostenibles y ayudar a las empresas a actuar de forma más proactiva en favor del desarrollo sostenible.

Por último, en la actualidad, existe un fuerte interés por la nutrición. Tal como lo muestra el Cuadro 1.1, en los últimos años, se ha generado un número sin precedentes de declaraciones y compromisos internacionales estrechamente relacionados con

FIGURA 1.1 Número de indicadores en cada ODS de gran relevancia para la nutrición



Fuente: Los autores.

la nutrición. A pesar de su carácter voluntario, han ido cobrando fuerza y, juntos, constituyen una plataforma sólida sobre la que podría construirse el compromiso político y la responsabilidad. El Decenio de Acción sobre la Nutrición, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2016, refuerza el compromiso de los países de alcanzar de aquí a 2025 las metas globales de nutrición adoptadas por los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (las metas se muestran en el Cuadro 2.2). Los ODS nos ofrecen aún más posibilidades y cinco años adicionales para combatir las diferentes formas de malnutrición y, potencialmente, eliminar algunas de ellas. Aún debe definirse hasta qué punto serán ambiciosas las metas en materia de nutrición de los ODS para 2030; y se ha solicitado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que convoque debates sobre este tema.

La Cumbre Nutrición para el Crecimiento (N4G) que se celebrará en 2016, en Río de Janeiro, brindará a los países una nueva oportunidad de reunirse y debatir en torno a sus compromisos. Todas las partes interesadas en la nutrición deben aprovechar esta oportunidad e implicarse en un proceso de elaboración de compromisos SMART (es decir, específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo), ambiciosos y armonizados para acabar con todas las formas de malnutrición.

Aunque es un buen momento para que se produzca un cambio sustancial a nivel de los compromisos con la nutrición, debemos tener presentes los desafíos externos como, por ejemplo, una posible desaceleración del crecimiento económico mundial, el aumento de las personas desplazadas por conflictos bélicos y la presión para reducir los presupuestos de ayuda al desarrollo. Además, debemos reconocer los desafíos que puedan surgir dentro de la comunidad de la nutrición y protegernos contra la

complacencia, la incapacidad de trabajar juntos y la ineptitud para generar resultados tangibles.

¿Podemos vencer a la malnutrición de aquí a 2030? En el caso de la desnutrición, el éxito es plausible. En cuanto a la creciente ola de sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición, es posible detenerla y comenzar a invertir la tendencia. En la práctica, no obstante, sólo alcanzaremos el ODS de poner fin a la malnutrición si los que tienen el poder de impulsar cambios lo ejercen de manera eficaz. Todos y cada uno de nosotros, lectores de este informe, tenemos la capacidad de generar cambios. Debemos acompañar a los dirigentes políticos para que tomen las decisiones correctas y saber hacerles frente cuando sean incorrectas. Éste es el objetivo del *Informe de la Nutrición Mundial 2016*. Podemos alcanzarlo de aquí a 2030, pero sólo si nos lo proponemos.

CONDICIONES PARA PONER FIN A LA MALNUTRICIÓN

La calamidad mundial que supone la malnutrición no es inevitable, sino que es el resultado de las decisiones que tomamos o que no logramos tomar.

TOMAR LAS DECISIONES POLÍTICAS CORRECTAS

Esto resulta más claro que nunca cuando comparamos las diferentes decisiones en materia de nutrición que toman países por lo demás similares. Tal como hemos subrayado en los Informes de la Nutrición Mundial anteriores, los gobiernos y la sociedad civil de Brasil, Perú, Viet Nam, Kenya, Ghana y el Estado indio de Maharashtra han

CUADRO 1.1 Forjar un compromiso mundial en materia de nutrición

Año	Compromiso mundial en materia de nutrición
2011	Las Naciones Unidas lanzan una declaración política sobre las enfermedades no transmisibles como resultado de la Reunión de alto nivel sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.
2012	En la Asamblea Mundial de la Salud, los gobiernos nacionales adoptan una serie de metas en materia de nutrición como parte del Plan de aplicación integral sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño.
2013	Los gobiernos del Reino Unido y Brasil, conjuntamente con la Fundación Children's Investment Fund, acogen una cumbre pensada para aumentar el compromiso con la adopción de acciones destinadas a alcanzar las metas globales en materia de nutrición materna, del lactante y del niño pequeño. En la Asamblea Mundial de la Salud, los gobiernos nacionales adoptan una serie de metas sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, incluidas las metas relevantes para la nutrición.
2014	Las Naciones Unidas celebran una reunión de seguimiento de la Reunión de alto nivel sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles de 2011 para examinar los avances realizados. Los países asumen compromisos claros para que, de aquí a 2015, se definan metas nacionales en relación con las enfermedades no transmisibles para 2025 y se establezcan indicadores de proceso que tengan en cuenta las nueve metas sobre enfermedades no transmisibles.
2014	Los gobiernos se reúnen en la Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN2) de la Organización para la Agricultura y la Alimentación y la Organización Mundial de la Salud y acuerdan un conjunto de 10 compromisos en la Declaración de Roma sobre la Nutrición y el Marco de Acción correspondiente.
2015	Los países se reúnen en las Naciones Unidas para adoptar una nueva meta sobre nutrición, como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para acabar con todas las formas de malnutrición de aquí a 2030.
2016	La Asamblea General de las Naciones Unidas proclama el Decenio de Acción sobre la Nutrición de 2016 a 2025. El Decenio de Acción aspira a traducir los compromisos de la CIN2 en acciones e iniciativas coherentes y coordinadas de todos los gobiernos nacionales, tanto de bajos como de altos ingresos.
2016	Fecha propuesta para la Cumbre Nutrición para el Crecimiento (N4G) en Río de Janeiro, Brasil.
2016	El liderazgo de Japón aumenta al acercarse la reunión del G7 en 2016 y el periodo previo a los Juegos Olímpicos y Paralímpicos de Tokio en 2020.

Fuente: Los autores.

dedicado esfuerzos decididos y sostenidos para mejorar los resultados relativos a la nutrición. Y sus esfuerzos han sido recompensados.

Estos países han tomado la decisión política de asignar sus escasos recursos a la nutrición. Tal como se ha demostrado claramente en los Informes de la Nutrición Mundial de 2014 y 2015, las organizaciones de la sociedad civil contribuyeron al cambio en estas regiones ayudando a establecer una articulación entre el sufrimiento y el desperdicio de potencial humano que provoca la malnutrición. La expresión de la insatisfacción es un primer paso, pero debe ir acompañada de un conjunto de soluciones que las partes interesadas del país puedan aplicar con la participación de los más afectados.

El compromiso político de actuar contra la malnutrición genera espacio para dialogar sobre lo que se debe hacer, pero las personas que padecen malnutrición esperan algo más que palabras... necesitan acciones. Y no cualquier acción: requieren acciones que hayan probado su eficacia en la lucha contra la malnutrición. Se imponen acciones que impliquen la rendición de cuentas por parte de los responsables, que sean ambiciosas y, por último, que estén alineadas con los esfuerzos realizados por terceros. La malnutrición es resultado de una fuerte convergencia de factores y exige una coordinación que sea aún más fuerte entre las diferentes partes interesadas, desde los diferentes sectores en donde trabajan para erradicarla.

Conocemos bien cuáles son las acciones que se deben adoptar y disponemos de pruebas sólidas para ello. Además, cada vez sabemos actuar mejor. Independientemente de que se trate de un problema de retraso en el crecimiento, anemia u obesidad, sabemos que debemos trabajar en varios niveles y en múltiples sectores. Y, aunque necesitamos un flujo constante de nuevas evidencias para conseguir aún más resultados con los recursos existentes y solicitar de forma convincente más recursos, la base empírica actual es lo suficientemente sólida como para permitir progresos en numerosos frentes.

Al igual que otros ODS, para alcanzar el ODS 2 ("Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición, y promover la agricultura sostenible"), debemos aplicar políticas en las que los sistemas de alimentación, salud, educación, agua, saneamiento e higiene, y reducción de la pobreza, estén más claramente orientados hacia la nutrición. Necesitamos políticas que hagan que los entornos alimentario, social, sanitario y vital sean propicios para generar comportamientos que reduzcan toda forma de malnutrición. Tal como propusimos en el *Informe de la Nutrición Mundial* de 2015, necesitamos políticas que cumplan una "doble función": luchar contra la desnutrición, pero también combatir la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. Debemos rediseñar estas políticas, financiarlas y aplicarlas.

- En la actualidad, la alimentación constituye el primer factor de riesgo para la carga mundial de morbilidad. Las opciones dietéticas que tenemos a nuestro alcance se basan en sistemas alimentarios que no están lo suficientemente ideados para consumir alimentos de alta calidad, saludables y nutritivos. Existen ideas plausibles sobre cómo conseguir que los sistemas alimentarios promuevan una mejor nutrición y, al mismo tiempo, favorezcan la sostenibilidad.
- La mayoría de las intervenciones de alto impacto en el ámbito de la nutrición son el resultado de nuestros sistemas de salud,

que también pueden cumplir una función clave en la prevención y el control del sobrepeso y la obesidad. Sin embargo, los sistemas de salud distan de ser universales. Tal como se ha puesto de manifiesto en los Informes de la Nutrición Mundial anteriores, los índices de cobertura de las intervenciones de nutrición varían radicalmente según el país y el tipo de intervención.

- Los sistemas educativos podrían hacer mucho más para mantener a las niñas en la escuela y, así, retrasar la edad del primer embarazo. Además, las escuelas ofrecen una fantástica oportunidad para redefinir las normas sobre dietas saludables y buenas prácticas nutricionales.
- Aunque, en comparación con la nutrición, los programas de lucha contra la pobreza, como por ejemplo los de protección social, requieren grandes flujos de recursos, los éxitos en la lucha contra la pobreza no se traducen necesariamente en éxitos en materia de reducción de la malnutrición. Hoy en día sabemos cómo podrían rediseñarse los programas de lucha contra la pobreza para que incorporen un mayor impacto nutricional, lo que a su vez permitiría generar mayores rendimientos económicos a lo largo de la vida de las personas.
- Los servicios de tratamiento del agua y de saneamiento contribuyen a mejorar la nutrición, pero podrían ser mucho más útiles si estuvieran diseñados para centrarse sobre todo en los lactantes y los niños pequeños.

Naturalmente, para que las acciones emprendidas sean sostenidas y generalizadas, es fundamental contar con la financiación necesaria. Esto significa no solo aprovechar mejor los recursos existentes en favor de la nutrición, sino también encontrar recursos adicionales (gobiernos, autoridades locales, comunidades, donantes externos, hogares y empresas) que permitan aumentar el alcance de las intervenciones que ya poseen un alto impacto. Asimismo, esto implica introducir la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición en la ecuación de la financiación, de tal forma que las intervenciones de nutrición puedan cumplir una doble función y que su inmensa carga sanitaria reciba una porción más justa de los recursos financieros.

RECHAZAR LAS PRÁCTICAS ACTUALES

¿Conseguiremos poner fin a la malnutrición con las prácticas actuales? Sí, pero mucho después de 2030. Con las prácticas actuales persistirá el sufrimiento en todo el mundo, se seguirá agotando el potencial humano y se desaprovechará el crecimiento económico. ¿En qué nos basamos para realizar un diagnóstico tan pesimista? En primer lugar, el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición están aumentando, y es imprescindible frenar esta tendencia antes de iniciar cualquier debate sobre el tiempo que nos llevará su erradicación. En segundo lugar, la simple extrapolación de la prevalencia de la anemia en mujeres, si se mantienen las prácticas actuales, sugiere que no será posible alcanzar una tasa de prevalencia del 5 % antes de 2124. La simple extrapolación de las cifras de retraso en el crecimiento, siempre de acuerdo con las prácticas actuales, sugiere que la meta global de 100 millones para 2025 se alcanzaría a mediados de la década de 2030, y los 50 millones a mediados de la década de 2050¹. Además, tal como

lo mostramos en el Capítulo 5, el ritmo de aplicación de las políticas y los programas sigue siendo escandalosamente lento. Las poblaciones malnutridas no pueden esperar tanto tiempo para que se respeten, protejan y promuevan sus derechos.

La gobernanza global de la nutrición —es decir, las diversas entidades que establecen normas, analizan lo que funciona en la práctica y responsabilizan a todos los actores para movilizar los recursos suficientes para llevar a cabo las actividades oportunas en los lugares adecuados— debe apuntar a un único objetivo: ofrecernos las mejores posibilidades de acabar con la malnutrición de aquí a 2030².

ASUMIR COMPROMISOS QUE MARQUEN LA DIFERENCIA

No debería subestimarse el capital político que los formuladores de políticas deben emplear para rediseñar las políticas y aumentar el alcance de las intervenciones, y posteriormente financiar ambas. Por ello, cualquier retraso en la aplicación representa un derroche de energía y reduce toda esperanza de cambio.

El *Informe de la Nutrición Mundial* se elaboró en la Cumbre Nutrición para el Crecimiento de 2013 como un mecanismo de rendición de cuentas independiente que hacía más difícil que las partes interesadas eludieran sus compromisos en materia de nutrición. El *Informe de la Nutrición Mundial* ha mantenido esta función central, pero enmarcando su labor desde una visión más optimista. Por ejemplo, el primer *Informe de la Nutrición Mundial* de 2014 tenía como objetivo reunir diferentes corrientes del mundo de la nutrición para que, juntas, pudieran tener más peso y asumir una mayor responsabilidad. El *Informe de la Nutrición Mundial* de 2015 tenía como objetivo ampliar el círculo de compromisos para acabar con la malnutrición en todas sus formas.

El presente *Informe de la Nutrición Mundial* tiene como objetivo facilitar a los gobiernos y demás partes interesadas la adopción efectiva de compromisos de alto impacto para acabar con la malnutrición en todas sus formas. En este sentido, brinda a los gobiernos y demás partes interesadas orientaciones sobre los siguientes aspectos:

- *Por qué* importan los compromisos: denotan determinación y parecen estar en consonancia con un mejor desempeño.
- *Dónde* asumir los compromisos: en qué países y sectores.
- *Para quién* asumir los compromisos: qué grupos de edad y género, y qué grupos socioeconómicos.
- *Hasta qué punto* son SMART (específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo), ambiciosos y armonizados algunos de nuestros compromisos actuales, y cómo podrían aplicarse estas características a todos nuestros compromisos.
- *Qué tipos* de compromisos asumir: con qué políticas y programas comprometerse, y qué nivel de financiación existe y se necesita.
- *Quién* debe hacer qué y en qué plazo.

Ahora bien, ¿podemos estar seguros de que un compromiso realmente marca la diferencia? ¿Genera acciones que nos lleven adonde queremos, a saber, a mejoras aceleradas del estado nutricional?

Desde una perspectiva cualitativa, los Informes de la Nutrición Mundial anteriores han subrayado la importancia del compromiso para la acción. Por ejemplo, en 2014, señalamos la importancia de la Misión de Nutrición del Estado indio de Maharashtra (una declaración

pública de intención del Primer Ministro de dicho estado con el objetivo de reducir la malnutrición) para permitir acciones que puedan disminuir rápidamente las tasas de retraso en el crecimiento. En 2015, describimos el compromiso del gobierno etíope de rediseñar el mayor programa de protección social de África para centrarlo más específicamente en la nutrición. En el presente informe, subrayamos los esfuerzos de los líderes peruanos a todos los niveles para convertir la nutrición en una prioridad, monitorear su evolución gracias a inversiones en datos y análisis, y vincular el desempeño a las asignaciones presupuestarias. Además, mostramos cómo los líderes económicos de la India se están replanteando las inversiones en nutrición como inversiones en la sostenibilidad del crecimiento económico del país. Brasil es otro ejemplo en el que el compromiso político sostenido ha sido seguido de acciones decididas, tal como lo exponemos en detalle en la siguiente sección.

Desde una perspectiva cuantitativa, es prácticamente imposible demostrar de forma concluyente que un aumento del compromiso provoque una aceleración en la reducción de la malnutrición. Resulta difícil medir el compromiso y, a continuación, establecer una jerarquización entre los compromisos y los avances. En todo caso, lo lógico sería que el compromiso y los avances vayan de la mano y se retroalimenten entre sí. En el Panel 1.2 se proporcionan tres ejemplos cuantitativos que sugieren “pares” de compromisos y acciones.

Acabar con la malnutrición de aquí a 2030 es mucho más que un desafío técnico: es también un desafío político. Ya se conocen muchas de las soluciones técnicas en términos de políticas y programas para reducir la malnutrición en todas sus formas. Sin embargo, no están siendo aplicadas, ya sea porque los costos políticos de su aplicación son demasiado altos, o porque los costos políticos al no aplicarlos son demasiado bajos, o por ambos motivos. Lo que necesitamos ahora es un cambio gradual en los compromisos políticos para los próximos 15 años, en el marco de la era de los ODS: el compromiso de aplicar acciones que reduzcan la malnutrición de forma más rápida, garantizar los recursos necesarios para aplicarlas, evaluar el impacto de estas acciones y aportar una respuesta a estas evaluaciones.

CÓMO IMPULSAR EL COMPROMISO POLÍTICO PARA LA ADOPCIÓN DE ACCIONES EN MATERIA DE NUTRICIÓN

El compromiso político es importante. Ya sea que se trate del compromiso consistente en otorgar a un tema un lugar más destacado en la agenda política, del compromiso para alcanzar una meta, o simplemente del compromiso para actuar, un compromiso puede cambiar radicalmente las cosas. Y sin embargo, salvo en algunos casos contados como el de Brasil (ver más adelante en esta sección), la comunidad de la nutrición no ha sido muy eficaz a la hora de hacer de la nutrición un desafío político. ¿Qué podemos aprender de otros sectores, de la sociedad civil, y de las experiencias nacionales sobre la formulación de los compromisos y su seguimiento?

El ejemplo del VIH/SIDA puede ser una buena fuente de inspiración. En 2015 se alcanzó, antes de lo previsto, el objetivo aparentemente imposible de proporcionar tratamiento contra el SIDA a 15 millones de personas. Aunque el SIDA está aún lejos de ser erradicado, se han logrado avances sustanciales y sin precedentes

PANEL 1.2 ¿ES REALMENTE IMPORTANTE EL COMPROMISO PARA MEJORAR LA NUTRICIÓN?

LAWRENCE HADDAD

Los tres ejemplos empíricos que se presentan a continuación demuestran que compromiso y desempeño van de la mano.

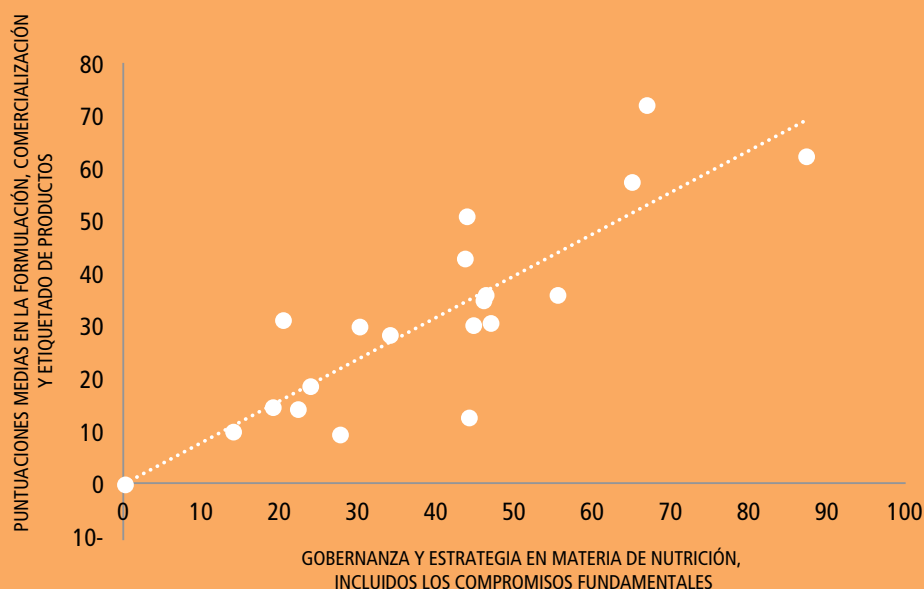
Tal como se comenta en el Capítulo 3, una de las formas en que los países pueden expresar su compromiso consiste en definir una meta clara para reducir la malnutrición. A partir de una muestra de 41 países de ingresos bajos y medianos, observamos que la tasa de reducción del retraso en el crecimiento en la década de 2000 tiene una correlación amplia y significativa con la existencia de una meta específica y limitada en el tiempo en materia de estado nutricional (normalmente, de retraso en el crecimiento)¹. La definición de metas parece ir de la mano con los logros. Esta constatación es coherente con otro estudio que asocia una gobernanza sólida en materia de nutrición con

una reducción de los niveles de retraso en el crecimiento (Sunguya et al. 2014).

Se ha argumentado que, para las empresas, resulta sencillo asumir compromisos, pero que estos compromisos fáciles no contribuyen a una buena nutrición, que la verdadera prueba es cuando las empresas hacen realmente lo necesario. A partir de los datos de 28 grandes empresas productoras de alimentos y bebidas, publicados en el Índice de Acceso a la Nutrición de 2016, la Access to Nutrition Foundation (ATNF) detectó una relación directa entre las empresas que asumen compromisos más sólidos con la nutrición y aquellas que poseen una mayor capacidad relativa de ofrecer productos, comercialización y etiquetado que fomenten mejoras en la nutrición (ver figura a continuación).

Los donantes de Nutrición para el Crecimiento (N4G) que subrayan la importancia de la nutrición en sus documentos, ¿respaldan sus declaraciones con recursos financieros? Development Initiatives seleccionó los informes y documentos de donantes más recientes con declaraciones en cuanto a sus prioridades de desarrollo. Cada documento fue objeto de una evaluación para saber hasta qué punto la nutrición ocupaba un lugar explícito y destacado entre las prioridades de dicho organismo. En general, los donantes que priorizan la nutrición en sus documentos políticos tendían a ser los que dedicaban un mayor porcentaje de sus recursos a la nutrición. No pudimos encontrar ejemplos de donantes que priorizaran la nutrición en sus documentos y que no realizaran gastos significativos en este ámbito (análisis bajo pedido).

LOS COMPROMISOS DE LAS EMPRESAS SE CORRESPONDEN CON UN MEJOR DESEMPEÑO EN MATERIA DE PROMOCIÓN DE LA NUTRICIÓN



Fuente: Rachel Crossley, ATNF.

en relación con un problema de salud de dimensión mundial. En el Panel 1.3 se argumenta que el progreso en la lucha contra el VIH/SIDA comenzó con la politización de la enfermedad, y se proponen tres acciones necesarias para que la nutrición se convierta a su vez en un asunto más político.

Ahora bien, para conseguir apoyo político para una idea o un conjunto de acciones, se requieren competencias básicas de movilización: elaborar mensajes claros y sencillos que susciten una respuesta tanto emocional como intelectual; dotar a las personas con medios para actuar; no esperar a que actúen los demás; dar el

PANEL 1.3 POLITIZAR LA NUTRICIÓN

KENT BUSE

La desnutrición y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición constituyen escándalos mundiales que tienen su propia dimensión política. La adopción de un enfoque más político de la nutrición, que incorpore, empodere y respete a la sociedad civil, podría contribuir a inclinar la balanza del poder para eliminar la malnutrición en todas sus formas. En momentos en que la comunidad internacional concede una importancia cada vez mayor al flagelo de la malnutrición y se propone hacerle frente, vale la pena tener en cuenta tres lecciones interrelacionadas extraídas de la lucha contra el SIDA.

En primer lugar, las personas que se preocupan por la nutrición deben pensar y actuar de manera más política, a fin de crear incentivos políticos y alcanzar liderazgo político en este ámbito. Aunque Marion Nestle, Tim Lang, Nicolas Freudenberg y otros militantes del mundo académico, así como instituciones como el IFPRI, están haciendo evolucionar la comprensión de la nutrición desde una perspectiva política, esto no se ve plenamente reflejado en los movimientos sociales relativos a esta cuestión. Por ejemplo, el movimiento "slow food" se basa en un análisis correcto, pero tiene más éxito en transformar la cultura alimentaria de las clases medias acomodadas en los Estados Unidos y Europa que en su oposición directa a la industria alimentaria mundial (Slow Food 2015). Richard

Horton de The Lancet tiene razón al caracterizar el movimiento de lucha contra las enfermedades no transmisibles (NCD Movement) como demasiado educado y falto de imaginación (Horton 2015). Ha llegado el momento de apoyar activamente una mayor implicación de la sociedad civil, es decir, generar un espacio para que la sociedad civil sustituya la complacencia por la urgencia, crear exigencias de cambio que vengan desde abajo, y establecer vínculos con otras causas sociales para conseguir un mayor impulso político.

En segundo lugar, por más interesantes que parezcan las iniciativas de asociación entre los sectores público y privado y las acciones basadas en el voluntariado, es necesario fortalecer la capacidad operativa de los mecanismos locales, regionales, nacionales e intergubernamentales para que puedan doblegar a los mercados cuando éstos actúan contra los intereses nutricionales. Es fundamental proporcionar incentivos políticos para la acción a los niveles políticos más altos para avanzar en un problema que afecta a toda la sociedad y plantea importantes desafíos para los intereses comerciales y los sistemas sociales existentes. Sería ilusorio imaginar avances sustanciales sin una fuerte intervención por parte de los Estados en forma de políticas y acciones públicas respaldadas por pruebas empíricas.

Por último, habida cuenta de la complejidad y el tamaño del desafío de la nutrición, se requiere un órgano supremo que sirva como plataforma para establecer el diálogo político. Dicho órgano debe ampliar el alcance del debate actual, proporcionar cierto grado de coordinación donde sea posible y, sobre todo, garantizar la rendición de cuentas. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) reúne a gobiernos, 11 agencias de las Naciones Unidas, la sociedad civil y, cuando el contexto lo requiere, el sector privado, para coordinar una respuesta multisectorial. De acuerdo con el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, el ONUSIDA constituye un modelo para abordar otros desafíos de desarrollo complejos en el contexto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Más allá de la coordinación, lo ideal sería disponer, evidentemente, de una red de responsabilidades —vinculada al órgano supremo y dotada de un mecanismo de revisión independiente y creíble— basada en una sociedad civil legítima y fuerte. La comunidad internacional debe realizar un análisis urgente de la arquitectura mundial para la nutrición a fin de evaluar cómo adaptarse para alcanzar el ODS 2. En este marco, el papel de la sociedad civil será determinante. El *Informe de la Nutrición Mundial* podría desempeñar un papel de orientación clave en este análisis.

ejemplo a nivel individual o, mejor aún, de forma coordinada con otros. En el Reino Unido y, cada vez más, en todo el mundo, hay chefs de cocina famosos como Jamie Oliver que se han implicado personalmente en campañas para mejorar la calidad de los alimentos que son asequibles y accesibles para la mayoría, incitando al público a consumirlos. En el Panel 1.4 se describen cuatro lecciones extraídas de las campañas de Jamie Oliver y de la Jamie Oliver Food Foundation en los últimos 15 años.

Aunque los conocimientos adquiridos en un sector o en la sociedad civil son importantes, todas estas lecciones deben reagruparse a nivel nacional. Brasil es uno de los países que mejor ilustra cómo construir un compromiso político sólido con la nutrición. El país ha recuperado algunas de las estrategias utilizadas para forjar compromiso con la lucha contra el VIH/SIDA —como por ejemplo el hecho de hacer hincapié en los derechos humanos— y se ha apoyado de forma importante en la participación de la sociedad civil.

En la Figura 1.2 se muestra la evolución del perfil nutricional de la población brasileña donde puede apreciarse que el compromiso

ha dado sus frutos: la lactancia materna exclusiva (< 6 meses) registró una mejora notable al aumentar del 2 % en 1986 al 39 % en 2006; las tasas de retraso en el crecimiento descendieron del 19 % en 1989 al 7 % en 2007; las tasas de emaciación se sitúan en un nivel muy reducido, en el 2 %. En 2014, el país alcanzó las metas del Objetivo de Desarrollo del Milenio 1 relativas a la pobreza y al hambre. No obstante, también se han producido algunos cambios negativos: el sobrepeso y la obesidad en adultos son elevados (actualmente del 54 % y el 20 %, respectivamente) y siguen aumentando. La anemia se mantiene en un 20 %, mientras que el riesgo de la inseguridad alimentaria y nutricional sigue siendo un problema en determinadas comunidades.

La transformación del perfil nutricional de la población brasileña puede explicarse por una serie de factores subyacentes, tanto positivos como negativos. Entre ellos se encuentran la reducción de la pobreza (Figura 1.2), la globalización y las políticas públicas. Desde la década de 1980, Brasil ha adoptado una serie de estrategias aplicadas a través de sus políticas públicas. En el

PANEL 1.4 CONVERTIR LA BUENA NUTRICIÓN EN UN TEMA DE SOCIEDAD: LECCIONES EXTRAÍDAS DE LA JAMIE OLIVER FOOD FOUNDATION

JO CREED

Es posible que el año 2016 revista una importancia decisiva en la lucha contra la doble carga de la obesidad y la desnutrición que afecta a nuestros niños. Ha llegado el momento de aunar ambas cuestiones que, hasta ahora, se habían considerado de forma independiente. Necesitamos crear un mensaje potente: millones de personas consumen una cantidad excesiva de alimentos nocivos y otras tantas disponen de una cantidad insuficiente de alimentos sanos.

De las numerosas campañas de Jamie Oliver surgen lecciones clave sobre cómo convertir un problema grave en una cuestión de sociedad:

1. El mensaje debe ser claro, sencillo e irrefutable. En última instancia, todos y cada uno de los niños del mundo tienen el derecho humano de poder acceder a alimentos buenos, frescos y saludables, y esto es algo que todos podemos comprender y con lo que todos estamos de acuerdo. Es fundamental transmitir el mensaje utilizando contenidos que logren influenciar al público. El documental de la Fundación Jamie's Sugar Rush, por ejemplo, en el que se investigaba el papel del azúcar en los problemas sanitarios mundiales, se consideró determinante para involucrar al público y sensibilizarlo sobre el vínculo existente entre el consumo de azúcar y las enfermedades relacionadas con la alimentación, y más particularmente sobre la manera en que este vínculo incide en la obesidad infantil¹.
2. Igualmente importante es la necesidad de crear un movimiento que implique a personas de todo el mundo dotándolas con medios para actuar. Por ejemplo, la petición lanzada en el marco de la jornada de acción anual de la

Fundación (Food Revolution Day) en la que se hacía un llamado en favor de una educación sobre nutrición para todos los niños, recibió más de 1,6 millones de firmas de personas de todo el mundo. La petición consiguió resumir un vasto problema en una sola acción fácil de comprender, y reunió un gran número de voces individuales en un único movimiento mundial.

3. Para impulsar el cambio positivo es indispensable dar el ejemplo, en lugar de esperar a que los gobiernos tomen la iniciativa. Como resultado de la campaña británica de Jamie Oliver contra el azúcar, cada vez son más los restaurantes y cadenas de restaurantes que han empezado a aplicar sus propios impuestos sobre las bebidas azucaradas. Además, a través de las redes sociales y de su implantación en el terreno, la Fundación invitó a las personas a compartir historias reales, a unirse a las campañas y a convertirse en militantes de la causa. Así pues, como resultado del Food Revolution Day, hubo padres que se inspiraron en el trabajo realizado por la Fundación en colegios del Reino Unido y los Estados Unidos para iniciar su propia revolución alimentaria en los colegios de sus hijos, y personas que crearon sus propios clubes de cocina para enseñar a los niños los secretos de una buena alimentación. Al implicar a las personas y empoderarlas para actuar, la Fundación ha reunido todo un ejército de miembros (más de 2.000 embajadores voluntarios en 114 países, desde Brasil hasta la India, pasando por Nigeria) y de organizaciones asociadas.
4. Por último, por más auténticas que sean las acciones, éstas sólo podrán funcionar si

todos –personas, padres, escuelas, empresas, organizaciones y comunidades– unimos nuestras fuerzas para actuar y hacer oír nuestra voz. Todas estas medidas han sido imaginadas para cambiar a fin de cuentas los cálculos políticos de los responsables de la formulación de políticas sensibilizando al público y convirtiendo las cuestiones específicas en temas que interesen de tal forma a la sociedad que no puedan seguir siendo ignorados. Sabemos que, con mensajes claros y directos, y con un número suficiente de personas trabajando mancomunadamente, podemos crear un movimiento para la acción que obligue a los gobiernos a escuchar. El trabajo realizado por la Fundación sobre la obesidad infantil durante el último año logró reunir a grupos y organizaciones militantes en una sola voz que ha exhortado a los gobiernos a aplicar una estrategia propia de lucha contra la obesidad infantil que sea coherente y revolucionaria. Juntos, debemos allanar el camino a los gobiernos para que tomen las decisiones correctas, proporcionándoles soluciones que puedan utilizar, adoptar y adaptar.

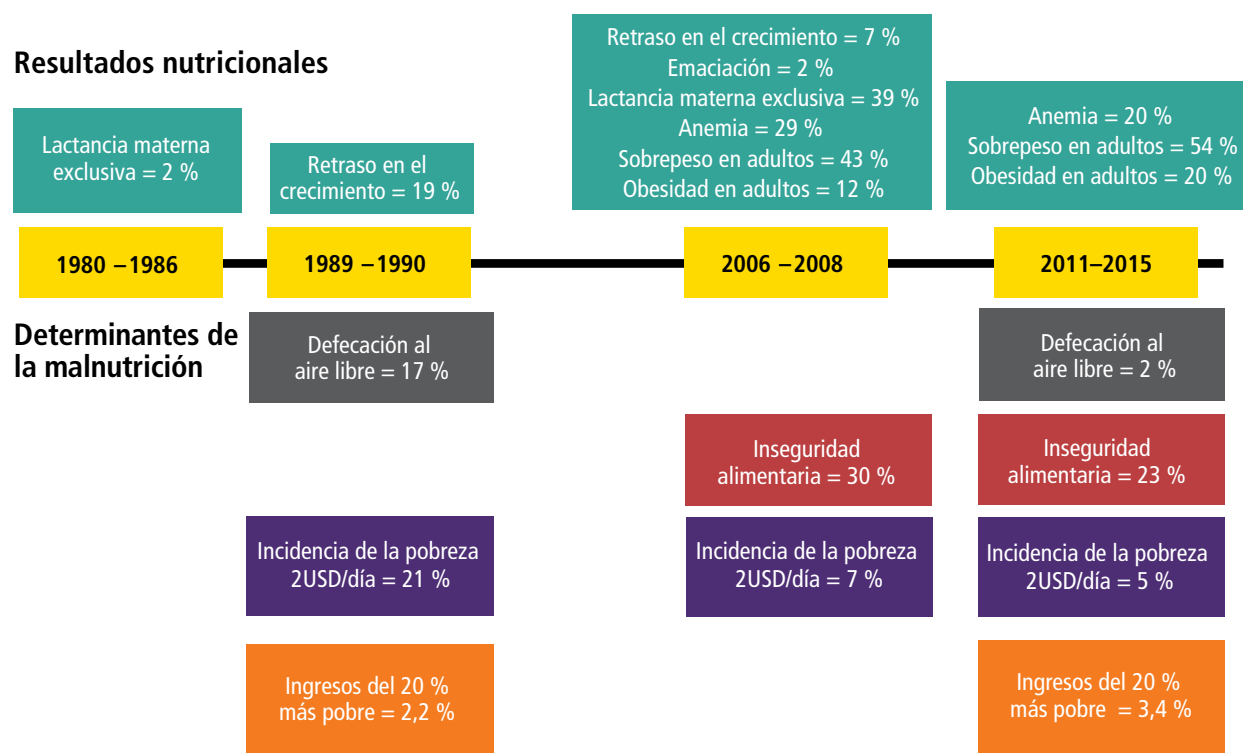
El mundo necesita voluntad política, liderazgo y acción. Tal como pone de manifiesto el *Informe de la Nutrición Mundial*, algunos países ya están realizando grandes cambios. Esta tendencia deberá continuar, y es necesario que nuevos países den un paso adelante y adopten acciones más decididas. Ha llegado el momento de trabajar juntos para exigir una vida mejor, más saludable y más feliz para las generaciones futuras. Hagamos que nuestras voces marquen realmente la diferencia.

Cuadro 1.2 se proporcionan algunos ejemplos de políticas relativas a la seguridad alimentaria y nutricional. Varias de las políticas públicas aplicadas para alcanzar estas metas se han centrado en fortalecer la contratación pública, tal como se describen en el Panel 6.2 del Capítulo 6. Entre los enfoques generales adoptados, se destacan la estrategia “Hambre cero” emprendida en 2003 y la promulgación en 2010 de una ley por la que se consagra el derecho a la alimentación en la Constitución de Brasil (Brasil es uno de los tres únicos países del mundo en promulgar una ley de

estas características). La ley del derecho a la alimentación confiere al pueblo el derecho a no padecer hambre ni malnutrición y a tener acceso a una alimentación saludable y adecuada.

Este compromiso con las políticas públicas cuenta con el respaldo de los compromisos financieros asumidos por el gobierno. Por ejemplo, en 2012, el gasto federal en programas sociales se situaba en el 17 % del PIB nacional, lo que representa un aumento del 128 % con respecto al año 2000 (CAISAN 2013).

FIGURA 1.2 Evolución del estado nutricional y de los determinantes de nutrición en Brasil, 1980–2015



Fuente: Diversos autores, a partir de los siguientes datos: retraso en el crecimiento y emaciación (menores de 5): UNICEF, OMS y Banco Mundial (2015); lactancia materna exclusiva (< 6 meses): UNICEF (2016b); sobrepeso y obesidad en adultos: Malta et al. (2014) (primeros datos); OMS (2015a) (segundos datos); anemia (mujeres en edad reproductiva): CONSEA (2010) (primeros datos); Stevens et al. (2013) (segundos datos); inseguridad alimentaria: Burlandy, Rocha y Maluf (2014); pobreza 2US\$/día: Banco Mundial (2016); ingresos de los más pobres/más ricos 20 %: IPEA (2014); defecación al aire libre: JMP (2015b).

CUADRO 1.2 Principales estrategias y políticas públicas sobre seguridad alimentaria y nutricional en Brasil

Año	Estrategia/política
1981	Programa Nacional de Lactancia Materna
1988	Código Nacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna; aumento de la licencia por maternidad hasta los 4 meses
1993	Estrategia Nacional de Lucha contra el Hambre y la Pobreza
1999	Política Nacional de Alimentación y Nutrición
2003	Lanzamiento de la estrategia Hambre Cero
2003	Programa de Adquisición Alimentaria (PAA)
2004	Programa de transferencia monetaria (Bolsa Família)
2006	Ley Orgánica de Seguridad Alimentaria y Nutricional (LOSAN), que establece el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SISAN)
2009	Ley que impone la revisión del Programa Nacional de Alimentación Escolar (PNAE)
2010	Incorporación del derecho humano a la alimentación adecuada en la Constitución de Brasil
2010	Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN)
2014	Publicación de la Guía Alimentaria Brasileña; Estrategia intersectorial para la prevención y el control de la obesidad
2015	Decreto para permitir la aplicación del Código Nacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

Fuente: Los autores.

PANEL 1.5 CÓMO SE FRAGUÓ EL COMPROMISO POLÍTICO DE BRASIL CON LA NUTRICIÓN

CECILIA ROCHA, PATRICIA CONSTANTE JAIME Y MARINA FERREIRA REA

El compromiso político de Brasil de promover la nutrición de diversas formas, desarrollado a lo largo de varias décadas, se basa en la participación de la sociedad civil, las estructuras intersectoriales de gobernanza y los datos y pruebas empíricas. Este compromiso se ha centrado en los diferentes aspectos de la malnutrición a lo largo del tiempo: la seguridad alimentaria y nutricional, la obesidad y la lactancia materna. Aunque, en general, la evolución ha sido positiva, Brasil aún tiene mucho por hacer para resolver desafíos tanto persistentes como emergentes: las tasas de lactancia materna exclusiva siguen siendo inadecuadas, la anemia se sitúa en niveles elevados, y las tasas de obesidad son altas y siguen aumentando. Para hacer frente a estos desafíos será fundamental que el compromiso político del país se mantenga constante.

Seguridad alimentaria y nutricional

Gran parte de la dinámica que explica este respaldo político surgió desde la base, de las **organizaciones no gubernamentales y de los movimientos sociales**. Estos grupos de la sociedad civil realizaban campañas activas en favor de la seguridad alimentaria desde la década de 1950. La labor derivada de su movilización desembocó en la primera Conferencia Nacional sobre Alimentación y Nutrición en 1986, en cuya ocasión se modificó oficialmente la meta de la seguridad alimentaria, que pasó a denominarse “seguridad alimentaria y nutricional”, colocando a la nutrición en un lugar mucho más destacado de la agenda política. En 1996, la delegación oficial de Brasil en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación, celebrada en Roma, incluía a miembros tanto del gobierno como de la sociedad civil (CONSEA 2009). Uno de los resultados de esta conferencia fue el establecimiento en 1998 del Foro Brasileño sobre Seguridad

Alimentaria y Nutricional (FBSAN), una asociación nacional que reunía a organizaciones sociales, investigadores, funcionarios públicos y otros profesionales. Este foro desempeñó un papel fundamental en la apertura de un espacio para el diálogo político, la movilización y la innovación entre organizaciones de la sociedad civil. El común denominador de estas entidades era su creencia en la importancia de las políticas y la institucionalización de los programas para garantizar el derecho a la alimentación de manera sostenible.

Este compromiso político aumentó con la llegada al poder de un **gobierno que hizo de la seguridad alimentaria y nutricional una prioridad**. En 2002, el Presidente Lula da Silva accedió al poder con la promesa de acabar con el hambre. Creó un ministerio –el Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre– para cumplir su promesa, e invitó a varios miembros destacados de organizaciones de la sociedad civil a ocupar cargos públicos relacionados con el tema. El programa Hambre cero se creó no sólo como un programa social, sino como un modelo de desarrollo económico. La idea era aumentar la demanda de alimentos para luchar contra la inseguridad alimentaria de los hogares, por ejemplo incrementando el poder adquisitivo a través del programa de transferencias monetarias *Bolsa Família* y ampliando el programa de comedores escolares, al tiempo que se trataba la pobreza de las familias campesinas, que constituían la principal fuente de alimentos del país (FAO 2002). Las políticas destinadas a vincular las explotaciones agrícolas familiares y la seguridad alimentaria se describen en detalle en el Capítulo 6 (Panel 6.2).

El siguiente paso crítico fue el desarrollo de un **espacio de gobernanza para la interacción entre el gobierno y la sociedad civil**. En

2002, surge nuevamente el Consejo Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONSEA) para incorporar a miembros de la sociedad civil –muchos de ellos procedentes del FBSAN– y el gobierno. El CONSEA impulsó muchas de las leyes y políticas mencionadas en el Cuadro 1.2, y junto al FBSAN, creó la campaña a favor de la ley del derecho a la alimentación (LOSAN), promulgada en 2006.

Todo ello dio lugar a la creación de **espacios de gobernanza intersectorial** en el seno del gobierno. Tras la promulgación de la LOSAN, el gobierno creó el Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SISAN), que reunía a dos órganos de coordinación: el CONSEA y la Cámara Interministerial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CAISAN). En su conjunto, incorporaban a 10 ministerios y secretarías especiales en ámbitos como la educación, el desarrollo agrario, la ciencia y tecnología, y los derechos humanos (Chmielewska y Souza 2011). Fue el SISAN el que hizo posible la coordinación, la aplicación y el monitoreo eficaces de las políticas públicas (Cuadro 1.2).

A lo largo de todo este proceso, **la inversión en datos y pruebas empíricas y su utilización** desempeñó un papel esencial. En la década de 1990, el Instituto de Investigación Económica Aplicada de Brasil (IPEA) elaboró un mapa nacional del hambre que revelaba la existencia de 32 millones de indigentes, cifra que representaba más del 20 % de la población de Brasil (IPEA 1993, citado en Chmielewska y Souza 2011). Este mapa resultó ser una herramienta muy valiosa. Tanto es así que en la actualidad el gobierno se prepara a emprender nuevas acciones destinadas a corregir la inseguridad alimentaria y nutricional persistente en el país a través del desarrollo de un mapa demográfico tradicional y específico.

Continúa

¿Qué factores hicieron posible la materialización de este compromiso político con la elaboración y aplicación de políticas públicas? Varios elementos parecen haber desempeñado un papel clave: la implicación de la sociedad civil (que en Brasil recibe el nombre de “participación social”); la creación de estructuras de gobernanza intersectoriales dentro del gobierno y en interacción con la sociedad

civil; y la existencia de datos empíricos epidemiológicos en relación con el problema. Estos mismos elementos explican el compromiso político con diferentes aspectos de la malnutrición: la seguridad alimentaria y nutricional, la obesidad y la lactancia materna. En el Panel 1.5, se proporciona información más detallada sobre los factores subyacentes a este compromiso.

PANEL 1.5 CONVERTIR LA BUENA NUTRICIÓN EN UN TEMA DE SOCIEDAD: LECCIONES EXTRAÍDAS DE LA JAMIE OLIVER FOOD FOUNDATION

CECILIA ROCHA, PATRICIA CONSTANTE JAIME Y MARINA FERREIRA REA

Obesidad

Estos mismos factores contribuyeron a impulsar el compromiso político de Brasil con la prevención de la obesidad, mucho más reciente. El primero de ellos fueron las **pruebas empíricas**. Durante las décadas de 1990 y 2000, el país concentró sus esfuerzos en reducir el hambre y el retraso en el crecimiento, a pesar de contar ya entonces con tasas de obesidad elevadas y en aumento. Sin embargo, una serie de encuestas nacionales reiteradas y comparables ilustraron la magnitud del problema de la obesidad y la velocidad de su aparición. Pese a la resistencia inicial de algunos actores gubernamentales importantes, tanto las instituciones públicas como otras partes interesadas utilizaron sus fondos, influencia y alianzas para perseguir nuevos objetivos políticos relacionados con la prevención de la obesidad y el fomento de dietas saludables.

En segundo lugar, el carácter **intersectorial** de la lucha contra la desnutrición había preparado a Brasil para llevar a cabo una lucha intersectorial contra la obesidad. En 2014, la CAISAN elaboró la Estrategia intersectorial para la prevención y el control de la obesidad, a fin de integrar las acciones sectoriales preexistentes y las nuevas iniciativas, aumentar el consumo de alimentos saludables, frescos y regionales, y reducir el consumo de alimentos ultraprocesados. En el marco de esta estrategia, los estados y municipios brasileños son los responsables de aplicar muchas de las acciones.

En tercer lugar, se ha generado un **diálogo activo entre el gobierno y la sociedad civil**, por ejemplo a través del CONSEA y el Consejo Nacional de Salud (CNS), para formular las políticas públicas. Uno de los resultados es la

publicación en 2014 de la nueva Guía alimentaria brasileña, que hace hincapié en los alimentos preparados a partir de productos frescos. Sin embargo, el control de la obesidad sigue planteando desafíos de primer nivel. La introducción de reformas reglamentarias ha demostrado ser compleja. A pesar de los esfuerzos realizados desde 2004 para limitar la comercialización de alimentos con elevado contenido en grasas, azúcar y sal destinados a los niños, el gobierno no ha obtenido buenos resultados. Esta experiencia demuestra la necesidad de crear un amplio consenso político entre las esferas ejecutiva, legislativa y judicial del gobierno, así como nuevas normas sociales.

Lactancia materna

En Brasil, el único ejemplo de regulación industrial relacionada con la nutrición es la ley sobre la comercialización de sucedáneos de la leche materna, una difícil victoria lograda con grandes esfuerzos en el marco del compromiso del país con la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su continuación con alimentos complementarios saludables hasta el segundo año o incluso después de esta edad. Aunque, a principios de la década de 1980, las tasas de lactancia materna exclusiva eran extremadamente reducidas en Brasil (de tan sólo el 2 %), el país ya daba muestras de su compromiso para mejorar esta situación. Esto podía apreciarse en el aumento de la cobertura de la atención médica prenatal o en la transposición en la legislación nacional del Código Internacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna. Brasil desempeñó un papel importante en la preparación y redacción final del Código en 1981, y ese mismo año puso en marcha su propio programa

de promoción de la lactancia materna. En 1988, el país adoptó su propio Código Nacional de Comercialización de Sucédáneos de la Leche Materna, que en un primer momento se aplicó como norma sanitaria. En 2006, el Código se inscribió en la Ley 11265/2006. No obstante, como ocurre con todas las leyes en Brasil, esta ley sólo podía entrar en vigor después de someterse a un proceso de "regulación legislativa". El proceso se prolongó durante nueve años y 10 meses, y el 3 de noviembre de 2015 se dictó por fin el decreto (Brasil, Presidência da República 2015). Durante todo este proceso, la industria de los alimentos para lactantes se opuso férreamente a la nueva legislación e hizo numerosos intentos para debilitarla. Sin embargo, la **sociedad civil** no escatimó esfuerzos para combatirla, empezando por la Red Internacional de Grupos pro Alimentación Infantil-Brasil (IBFAN), que actuó como grupo de presión a favor de la legislación, se puso en contacto directamente con el Presidente de Brasil y realizó un monitoreo de todos los incumplimientos de la ley. El CNS también desempeñó un papel clave como grupo de presión en la década de 1990, y más recientemente a través del CONSEA, después de que un miembro de IBFAN-Brasil se incorporara en 2014.

A pesar de estos éxitos, todavía existen desafíos muy importantes. Las tasas de lactancia materna exclusiva en Brasil siguen siendo bajas si las comparamos con otros países (Capítulo 2); la calidad de la atención médica prenatal es deficiente; y la ley de 2006 sigue incumpléndose: un estudio realizado en 18 ciudades identificó 227 violaciones cometidas por 52 empresas, entre las que se incluían publicidad ilegal y etiquetados inadecuados (IDEC 2016).

La experiencia brasileña debe servir de inspiración a otros países: algunas formas de malnutrición pueden resolverse en el espacio de una generación, pero es probable que surjan otras si no se presta la atención necesaria. El monitoreo eficaz de la situación nutricional permite actualizar y mejorar continuamente las políticas públicas para ir resolviendo los problemas a medida que vayan surgiendo.

DE QUÉ MANERA ESTE INFORME PUEDE AYUDARLE A ASUMIR COMPROMISOS NUTRICIONALES QUE MARQUEN LA DIFERENCIA

Este informe pretende ser práctico y ayudar tanto a los campeones de la nutrición como a quienes buscan influenciar. Su objetivo es

fomentar el establecimiento de compromisos que marquen la diferencia.

En el Capítulo 2 se realiza un seguimiento de los compromisos para alcanzar determinadas metas que fueron asumidas por los países en la Asamblea Mundial de la Salud. En él se proporciona información detallada sobre la evolución del estado nutricional. ¿En qué regiones y países está mejorando el estado nutricional, y a quiénes beneficia más particularmente? Este capítulo ayudará a los campeones nacionales de la nutrición a enfocarse en aquellas formas de malnutrición en las que el país esté registrando un menor progreso, y a los campeones internacionales a asignar sus recursos donde sean más necesarios.

En el Capítulo 3 se analizan los avances realizados por los gobiernos y las empresas en la definición de metas relativas a la nutrición materna, de los lactantes y de los niños pequeños y a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición a escala nacional, subnacional y empresarial. En el Capítulo 3, se muestra dónde se requieren acciones que permitan avanzar cuantitativa y cualitativamente en la consecución de las metas.

En el Capítulo 4 se informa sobre los avances realizados en la consecución de los compromisos originales asumidos en la N4G y se analiza su carácter SMART y su alineación. Se evalúa qué compromisos de la N4G están “en buena vía” o “en mala vía” y qué debe hacerse actualmente para seguir avanzando en el proceso del N4G en la era posterior a la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN2) y los ODS.

El Capítulo 5 se centra en ayudar a los dirigentes políticos a acelerar la implementación de acciones que materialicen sus compromisos. ¿Cuál es el estado de la implementación, en qué áreas está rezagada y qué debe hacerse para acelerarla? También centra su atención en la aplicación de políticas en ámbitos clave en los que los gobiernos han asumido compromisos internacionales, como la lactancia materna y las dietas saludables. El capítulo concluye con una evaluación de los datos de cobertura relativos a intervenciones directas de nutrición, abordando la cuestión de cómo incrementar las tasas de cobertura.

El Capítulo 6 se interesa por los determinantes subyacentes al estado nutricional. Se destina un volumen ingente de recursos a estos determinantes: ¿qué compromisos deben asumir los dirigentes políticos y otras partes interesadas para que estos recursos mejoren la nutrición de forma más acelerada? Los anteriores Informes de la Nutrición Mundial se centraban en la agricultura y la protección social; este año, nos ocupamos tanto de los determinantes de la desnutrición como de la obesidad y las enfermedades no transmisibles para concentrarnos en el agua, el saneamiento, la higiene y la educación, y obtener nuevas perspectivas en materia de sistemas alimentarios. Además, examinamos las oportunidades que existen para asumir nuevos compromisos con la nutrición en el espacio humanitario.

En el Capítulo 7 se proporciona orientación a los dirigentes políticos sobre dónde y cuánto invertir para convertir estos compromisos en acciones concretas. Se proporciona información actualizada sobre el gasto actual en nutrición de gobiernos y donantes, se compara dicho nivel de gasto con otras partidas de los

presupuestos públicos y, por último, se resume el análisis realizado recientemente del costo probable asociado al cumplimiento de las metas globales de nutrición y las fuentes de ingresos a las que se puede recurrir. Por primera vez, nos interesamos en el gasto destinado a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición, así como en las diversas formas de desnutrición.

El Capítulo 8 identifica las herramientas y los datos que necesitan los dirigentes políticos para medir el efecto de sus acciones y formular sus compromisos a fin de acelerar la mejora de la nutrición. Centra su atención en el nivel subnacional, subrayando las desigualdades en los resultados, incluyendo regiones enfrentadas a crisis humanitarias y a un aumento del número de personas desplazadas.

El Capítulo 9 se cierra con un llamado a la acción a las diferentes partes interesadas para que contribuyan a poner fin a la malnutrición de aquí a 2030.

UTILIZAR ESTE INFORME COMO UNA INTERVENCIÓN

Más de 100 personas han contribuido a la redacción de este informe. Nos negamos a aceptar que, en pleno siglo XXI, la malnutrición sea considerada como algo “normal”.

A quienes tengan poder e influencia en su hogar, clínica, comunidad, ayuntamiento, universidad, empresa, ciudad, organismo, parlamento o gobierno, les decimos que un mundo sin malnutrición puede convertirse en la “nueva normalidad”. Utilicen este informe para ayudar a asumir compromisos que marquen la diferencia al acabar con la malnutrición. Estos compromisos sacudirán al mundo actual para sacarlo de su complacencia frente a la malnutrición y contribuirán a crear una nueva realidad para esa tercera parte de la humanidad a la que hasta ahora se le ha negado la oportunidad de alcanzar su pleno potencial.

A quienes se sientan excluidos de estos círculos de poder e influencia, recomendamos inspirarse en este informe para educar y organizar a sus comunidades, y ayudarles a implicarse e impulsar el proceso político que permita acabar con la malnutrición. Utilicen este informe para ayudar a quienes ocupan cargos de poder e influencia a asumir compromisos que marquen la diferencia. Asimismo, utilicenlo para evitar que las partes interesadas se deslinden de sus responsabilidades y compromisos en materia de nutrición.

Los ODS nos invitan a imaginar el fin de la malnutrición y nos permiten calcular la magnitud de nuestro desafío, pero también la dimensión de la recompensa: un mundo en el que nuestros hijos tengan conocimientos sobre la malnutrición, en vez de padecerla. Para que este objetivo sea una realidad, todos y cada uno de los lectores de este informe deben implicarse más en el proceso político para acabar con la malnutrición de aquí a 2030. Ningún movimiento social ha conseguido éxitos sin esta implicación.



2 PANORAMA DE LA NUTRICIÓN MUNDIAL: EVALUACIÓN DE LOS PROGRESOS

CONCLUSIONES CLAVE

En este capítulo se presentan las últimas estimaciones del estado nutricional correspondientes a ocho indicadores a escala mundial, regional y nacional.

- **Si bien, a escala planetaria, el mundo está en “mala vía” de alcanzar las metas globales de nutrición, detrás de esta observación general, se esconden importantes variaciones entre países y regiones:**
 - ▶ Muchos países están en “buena vía” de cumplir las metas globales sobre retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso en niños menores de cinco años, así como de lactancia materna exclusiva en menores de seis meses.
 - ▶ Casi todos los países se encuentran en “mala vía” de alcanzar las metas referentes a la anemia en mujeres, al sobrepeso, a la obesidad y al alto nivel de glucosa en sangre o la diabetes en los adultos.
 - ▶ El retraso en el crecimiento en los niños menores de cinco años está disminuyendo en todas las regiones excepto en África, mientras que el número de niños menores de cinco años con sobrepeso está aumentando con mayor rapidez en Asia.
- **En la actualidad, la obesidad y el sobrepeso representan una carga mundial aplastante, cuya importancia está alcanzando la de las otras formas de malnutrición.** La prevalencia del sobrepeso, la obesidad y la diabetes en adultos aumenta en todas las regiones y, prácticamente, en todos los países. El número de niños menores de cinco años con sobrepeso sigue creciendo en todo el mundo, con cifras próximas a las de los niños de la misma franja de edad que sufren emaciación.
- **La ausencia de datos sigue constituyendo una barrera significativa para la evaluación de los progresos en materia de nutrición.** La ausencia de datos es un impedimento fundamental a la hora de evaluar los progresos reales a nivel mundial y nacional, ya que oculta las desigualdades entre los países y dificulta la rendición de cuentas por parte de los gobiernos.

PANEL 2.1 OCHO METAS GLOBALES DE NUTRICIÓN PARA 2025 ADOPTADAS POR LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

Aquí usamos el término “metas globales de nutrición” para designar a dos conjuntos de metas adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud. Un conjunto de objetivos hace referencia a los de la Organización Mundial de la Salud sobre nutrición materna, de lactantes y niños pequeños:

- reducir un 40 % el número de menores de cinco años con retraso en el crecimiento;
- reducir un 50 % la anemia en mujeres en edad reproductiva;

- reducir un 30 % el bajo peso al nacer;
- no observar ningún aumento del porcentaje de niños menores de cinco años con sobrepeso;
- aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses hasta el 50 % como mínimo;
- reducir y mantener la emaciación en menores de cinco años por debajo del 5 %.

El otro conjunto de objetivos de la Organización Mundial de la Salud en el marco mundial de vigilancia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles:

- detener el aumento de la obesidad y la diabetes (en adultos y adolescentes);
- reducir un 30 % el consumo promedio de sal de la población.

TAL COMO SE HA INDICADO EN EL CAPÍTULO 1, LA DEFINICIÓN DE METAS CONSTITUYE UNA MANIFESTACIÓN DEL COMPROMISO POLÍTICO. LOS PAÍSES YA HAN SUSCRITO UNA SERIE DE

compromisos a fin de lograr las metas globales de nutrición para 2025 (Panel 2.1). En materia de nutrición materna, de lactantes y niños pequeños, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) de 2012 establece seis metas para 2025. El *Informe de la Nutrición Mundial* efectúa el seguimiento de cinco de ellas¹. La AMS también estableció nueve metas sobre enfermedades no transmisibles (ENT). En este informe, una de estas metas: “Detención del aumento de la diabetes y la obesidad” es objeto de un seguimiento particular mediante tres indicadores. En total, utilizamos ocho indicadores del estado nutricional para realizar el monitoreo de seis de las metas.

En este capítulo, se enumeran las últimas estimaciones del estado nutricional para estos ocho indicadores a nivel mundial, regional y nacional. En primer lugar, exponemos los progresos logrados a escala mundial y regional. En segundo lugar, presentamos el estado nutricional en el plano nacional de tres maneras distintas: con respecto a las metas globales, a los otros países y de forma conjunta, combinando las estimaciones en materia de retraso en el crecimiento y emaciación para lograr una imagen más completa de la carga de la desnutrición.

PROGRESOS EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS GLOBALES

Las últimas estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil relativas al retraso en el crecimiento, la emaciación, la emaciación severa y el sobrepeso en niños menores de cinco años publicadas por UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (septiembre de 2015) se presentan en el Cuadro 2.1. Las estimaciones nos recuerdan que hemos logrado algunos progresos sustanciales en la reducción del número de niños con retraso en el

crecimiento, pero que han sido menos en materia de emaciación. Por otra parte, el número de niños menores de cinco años con sobrepeso está en aumento. Desde el *Informe de la Nutrición Mundial* de 2015, no disponemos de datos actualizados sobre la anemia, el sobrepeso y la obesidad en adultos o el alto nivel de glucosa en sangre.

Las últimas estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil relativas al retraso en el crecimiento, la emaciación y el sobrepeso en niños menores de cinco años no suponen ninguna variación en relación con nuestra evaluación del *Informe de la Nutrición Mundial* de 2015 que indica que el mundo se encuentra en “mala vía” de alcanzar las metas globales para los ocho indicadores de nutrición sometidos a seguimiento (Cuadro 2.2).

A escala regional, como se aprecia en la Figura 2.1, las cifras de retraso en el crecimiento disminuyen en todas las regiones reseñadas, a excepción de África. El número de niños menores de cinco años con sobrepeso (Figura 2.1) aumenta con mayor rapidez en Asia.

Como se muestra en la Figura 2.2, se calcula que las prevalencias de sobrepeso y obesidad en adultos, sólo obesidad y diabetes (alto nivel de glucosa en sangre) aumentan con tasas similares en todas las regiones.

CUADRO 2.1 Estado mundial de la malnutrición

Indicador	Número de personas	Prevalencia actual (%)
Retraso en el crecimiento en menores de 5 años	159 millones en 2014 (255 millones en 1990)	23,8 (39,6 en 1990)
Sobrepeso en menores de 5 años	41 millones en 2014 (31 millones en 1990)	6,1 (4,8 en 1990)
Emaciación en menores de 5 años	50 millones en 2014	7,5
Emaciación severa en menores de 5 años	16 millones en 2014	2,4
Anemia en mujeres de 15–49 años (no embarazadas y embarazadas)	533 millones en 2011	29 para las mujeres no embarazadas en 2011 (33 en 1995) 38 para las mujeres embarazadas en 2011 (43 en 1995)
Lactancia materna exclusiva (menores de 6 meses)	ND	39 en 2014
Bajo peso al nacer	20 millones en 2014	15
Sobrepeso en adultos (mayores de 18 años)	1.900 millones en 2014	39
Obesidad en adultos (mayores de 18 años)	600 millones en 2014	13
Diabetes (alto nivel de glucosa en sangre) en adultos (mayores de 18 años)	ND	9

Fuente: Las cifras de retraso en el crecimiento, sobrepeso, emaciación y emaciación severa proceden de las estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil de 2015, con datos estimados de 2014 (UNICEF, OMS y Banco Mundial 2015); las cifras de anemia provienen de Stevens et al. (2013), con datos estimados de 2011; los datos de lactancia materna exclusiva provienen de UNICEF (2016b); los datos sobre bajo peso al nacer provienen de la última nota de orientación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la materia (OMS 2014a); los datos de sobrepeso, obesidad y diabetes en adultos provienen de la OMS (2014b).

Nota: ND = no disponible; no hay cifras mundiales sobre el número de personas que sufren diabetes y el número de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en correlación con los porcentajes. No hay datos comparables de 1990 para la emaciación en menores de cinco años, la emaciación severa en menores de cinco años y la anemia en mujeres en edad reproductiva. Según las estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil para 2015 (UNICEF, OMS y Banco Mundial 2015), había 667 millones de niños menores de 5 años en el mundo.

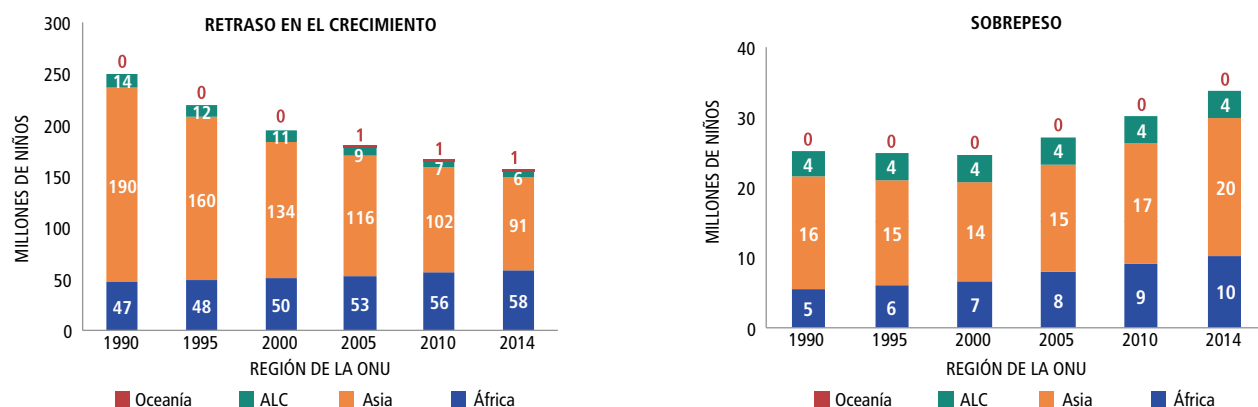
CUADRO 2.2 Progresos mundiales con respecto a las metas globales de nutrición

Meta e indicador	Año de referencia	Estado de referencia	Meta para 2025	¿En buena o mala vía?	Base de evaluación
<i>Retraso en el crecimiento</i> Reducir un 40 % el número de menores de 5 años con retraso en el crecimiento	2012	162 millones	~100 millones (actualmente 159 millones)	En mala vía	Tasa de reducción actual insuficiente para alcanzar los 100 millones en 2025
<i>Emaciación</i> Reducir y mantener la emaciación infantil por debajo del 5 %	2012	8 %	< 5 % (actualmente 7,5 %)	En mala vía	Tasa de reducción actual insuficiente para alcanzar una reducción del 5 % en 2025
<i>Sobrepeso en menores de 5 años</i> Detener el aumento del sobrepeso infantil	2012	7 %	Sin aumento (actualmente 6,1 %)	En mala vía	Proporción de referencia para 2012 revisada del 7 % al 5,9 % en las estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil (ECMI) para 2015; tasa actual ligeramente superior a este umbral y, como tal, en mala vía
<i>Anemia</i> Reducir un 50 % la anemia en mujeres en edad reproductiva	2011	29 %	15 % (sin nuevos datos con respecto al valor de referencia)	En mala vía	Muy pocos progresos 1995 (con una estimación del 33 %)
<i>Bajo peso al nacer</i> Reducir un 30 % el bajo peso al nacer	2008–2012	15 %	10 %	ND	Métodos de estimación en curso de revisión (ver Panel 2.1)
<i>Lactancia materna exclusiva</i> Aumentar la tasa de lactancia materna exclusiva en los seis primeros meses de vida hasta el 50 % como mínimo	2008–2012	38 %	50 % (actualmente 39 %)	En mala vía	Aumento insuficiente para alcanzar el 50 % en 2025
<i>Sobrepeso en adultos</i> Detener el incremento de la prevalencia	2014	38 %	Detener el incremento de la prevalencia	En mala vía	Tasas crecientes en la gran mayoría de los países, 2010–2014
<i>Obesidad en adultos</i> Detener el incremento de la prevalencia	2014	12 %	Detener el incremento de la prevalencia	En mala vía	Tasas crecientes en la gran mayoría de los países, 2010–2014
<i>Diabetes (alto nivel de glucosa en sangre) en adultos</i> Detener el incremento de la prevalencia	2014	9 %	Detener el incremento de la prevalencia	En mala vía	Tasas crecientes en la gran mayoría de los países, 2010–2014

Fuente: Datos provenientes del IFPRI (2014, Cuadro 3.1; 2015a, Cuadro 2.1), UNICEF, la OMS y el Banco Mundial (2015), OMS (2014b, 2016s, 2016t); estimación de anemia en 1995 de Stevens et al. (2013).

Nota: El término “metas globales de nutrición” se refiere a las metas adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud para la nutrición materna, de lactantes y niños pequeños, así como a los objetivos relacionados con la nutrición del marco mundial de vigilancia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Para el bajo peso al nacer, se han desarrollado nuevos métodos de estimación de datos cuya publicación está prevista para el segundo semestre de 2016 por parte de un grupo de trabajo integrado por la London School of Hygiene and Tropical Medicine (Escuela de Higiene y de Medicina Tropical de Londres), UNICEF y la Organización Mundial de la Salud. Para saber más sobre los métodos en que se apoya la meta del retraso en el crecimiento, ver de Onis et al. (2013). ND = datos no disponibles. ECMI = estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil.

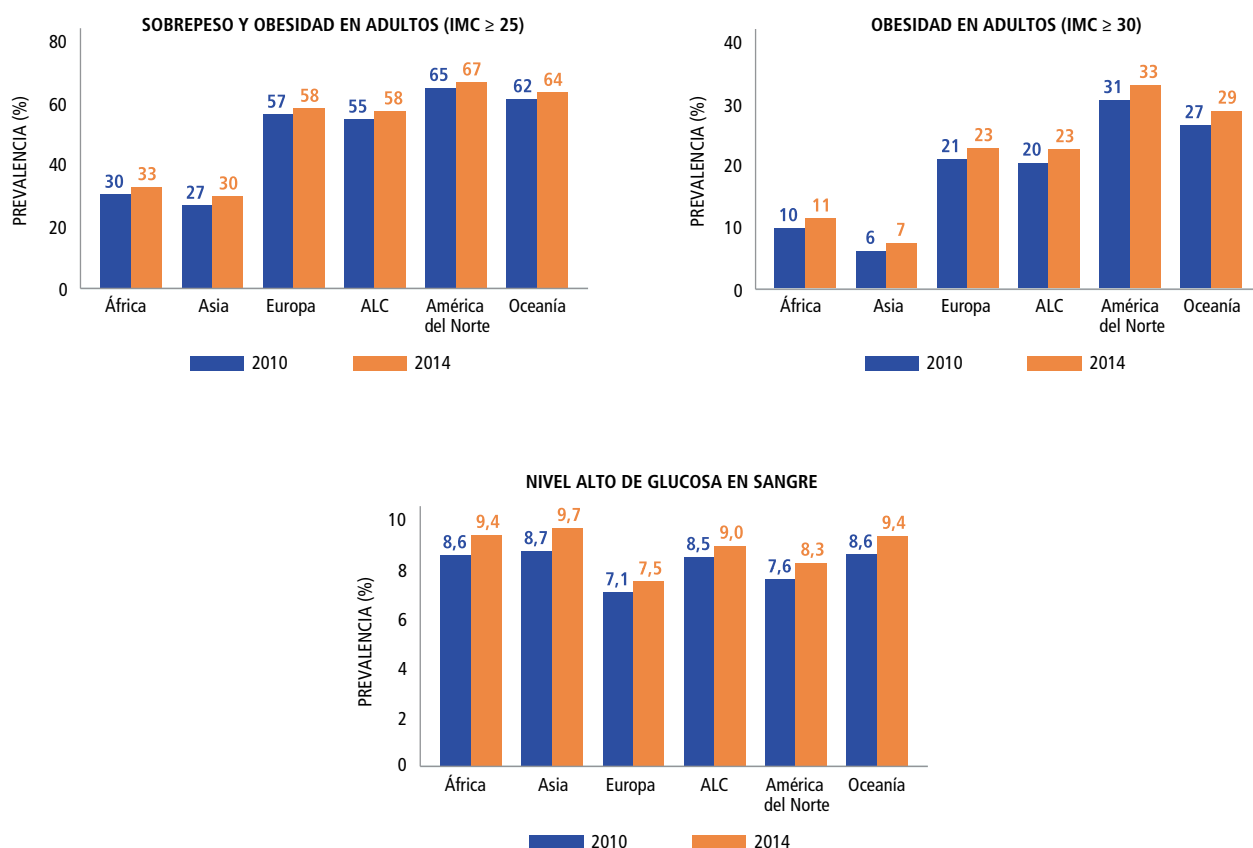
FIGURA 2.1 Número de niños menores de cinco años afectados por retraso en el crecimiento y sobrepeso, por región, 1990–2014



Fuente: Los autores, basándose en datos de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial (2015).

Nota: ALC = América Latina y Caribe. Las cifras de sobrepeso no incluyen Europa ni América del Norte por ausencia de datos. Las estimaciones de Asia no incluyen Japón. Las estimaciones de Oceanía no incluyen Australia ni Nueva Zelanda.

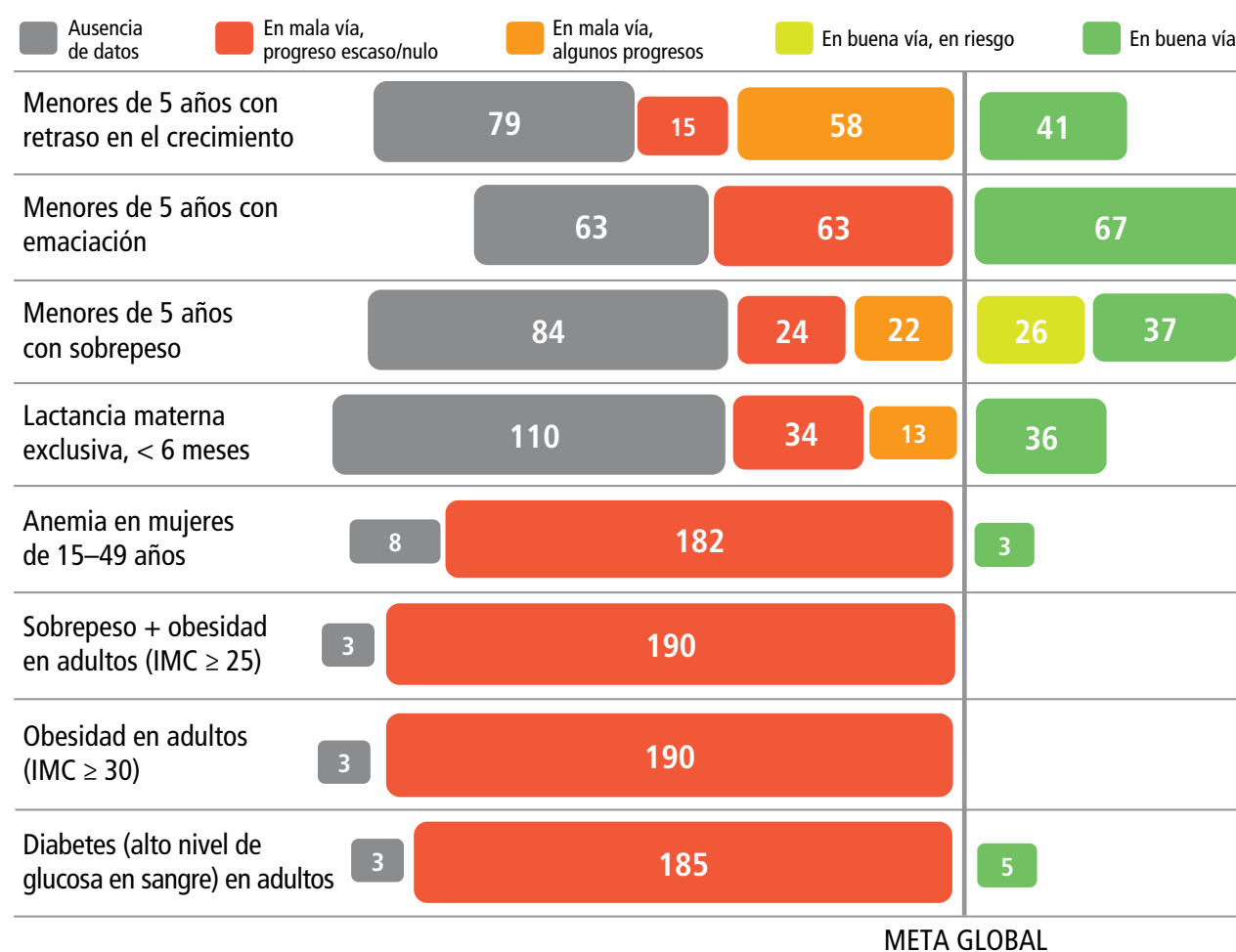
FIGURA 2.2 Sobrepeso y obesidad en adultos, obesidad en adultos y diabetes en adultos, por región de las Naciones Unidas, 2010 y 2014



Fuente: Los autores, basándose en datos de la OMS (2015a).

Nota: Alto nivel de glucosa en sangre = glucosa en ayunas \geq 7,0 mmol/l (126 mg/dl) o con medicación por alto nivel de glucosa en sangre o con antecedentes de diagnóstico de diabetes. IMC = índice de masa corporal; ALC = América Latina y el Caribe. Número de países = 190. Los datos de prevalencia son estimaciones estandarizadas por edad ajustadas (edad de la población: mayores de 18 años). Las estimaciones regionales representan promedios estandarizados por peso.

FIGURA 2.3 Número de países en diversas fases de progreso con respecto a las metas globales de nutrición



Fuente: Los autores, basándose en datos de Stevens *et al.* (2013), UNICEF (2016b), UNICEF, OMS y Banco Mundial (2015), y la OMS (2015a).

Ahora bien, como hemos visto en los Informes de la Nutrición Mundial 2014 y 2015, los valores mundiales y regionales comprenden múltiples variaciones por países. La aplicación de los objetivos mundiales a nivel nacional pone de manifiesto que numerosos países están en “buena vía” y otros muchos hacen progresos, aunque no sean suficientes como para cumplir con la meta global.

De hecho, de los 24 países que presentan nuevos datos (en las ECMI) desde el *Informe de la Nutrición Mundial 2015*, sólo uno ha experimentado un cambio de evaluación (de “en buena vía” a “en mala vía, algunos progresos”). Por el contrario, Camerún, Congo, El Salvador, Santo Tomé y Príncipe, y Timor-Leste han entrado en la categoría “en buena vía” en relación con varios indicadores (ver Cuadro A3.1 del Anexo).

La Figura 2.3 resume los últimos avances realizados por todos los países en función de las metas globales conforme a las reglas del *Informe de la Nutrición Mundial 2015* (ver Anexo 2). En primer lugar, se observa que numerosos países están en buena vía y otros muchos realizan notables progresos en la meta global de la AMS sobre retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso en niños menores de cinco años, y lactancia materna exclusiva en lactantes menores de seis meses. En segundo lugar, en lo concerniente a los

cuatro indicadores restantes (anemia en mujeres de 15–49 años y sobrepeso, obesidad y alto nivel de glucosa en sangre en adultos), casi todos los países se encuentran en mala vía. En tercer lugar, la disponibilidad de información sigue siendo un auténtico problema para la realización de evaluaciones. El primer conjunto de cuatro indicadores se basa en encuestas transversales, pero muchos países carecen de datos suficientes para efectuar una evaluación. De las cuatro evaluaciones posibles para los 193 países, tan sólo podemos llevar a cabo 436 evaluaciones, es decir, el 56 % de un total de 772. El segundo conjunto de cuatro indicadores posee una base de datos subyacente más escasa, ya que las evaluaciones se realizan a partir de estimaciones modelizadas. No está clara la existencia de un vínculo entre la falta de progresos hacia el cumplimiento de una meta global y la utilización de datos modelizados; por lo tanto, sería pertinente ahondar las investigaciones sobre este tema.

La Figura 2.3 no incluye las evaluaciones de bajo peso al nacer, puesto que es preciso consolidar las estimaciones de prevalencia de esta carga. Se está trabajando al respecto y, en el Panel 2.2, se describen tanto las tareas realizadas como los progresos obtenidos.

La ausencia de datos es un impedimento fundamental a la hora de intentar identificar los progresos reales tanto mundiales

PANEL 2.2 ¿CUÁNTOS NIÑOS NACEN CON BAJO PESO CADA AÑO?

HANNAH BLENCOWE, ELAINE BORGHI, MERCEDES DE ONIS, JULIA KRASEVEC, JOY LAWN Y SUHAIL SHIEKH

El bajo peso al nacer supone un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad para los lactantes y constituye un indicador clave de nacimiento prematuro y estado nutricional. En 2012, si bien la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la meta de reducir el bajo peso al nacer en un 30 % entre 2012 y 2025 (OMS 2012b), monitorear los progresos ha supuesto un gran desafío ya que muchos bebés no se pesan al nacer. Con el objeto de mejorar la cronología de los datos nacionales, UNICEF, la Organización Mundial de la Salud y la Johns Hopkins University trabajan con la London School of Hygiene and Tropical Medicine en la ampliación y la mejora de los datos de bajo peso al nacer, lo que incluye los siguientes elementos:

- ampliación de los datos de los sistemas de notificación de rutina (ahora se incluyen 1.119 puntos de entrada de datos de 99 países, que cubren más de 308 millones de nacidos vivos);
- mejora de los métodos de ajuste de las estimaciones de las tasas de bajo peso al nacer de los datos de las encuestas de hogares (que se aplican a 70 encuestas a base de

indicadores múltiples y a 93 encuestas demográficas y sanitarias);

- revisión de los criterios para incluir tan sólo los datos de encuestas con al menos el 30 % de recién nacidos efectivamente pesados (32 encuestas de 18 países suprimidos) y para excluir las fuentes de datos con tasas de bajo peso al nacer inferiores al 3,2 % o superiores al 40 % (37 puntos de entrada de datos de 15 países suprimidos);
- elaboración de un modelo de estimación de las tasas de bajo peso al nacer y mejora de la capacidad de comparar datos entre países de forma transparente y objetiva.

La buena noticia es que, en la actualidad, existen más datos provenientes de los informes sanitarios de rutina, principalmente de países de ingresos altos y medianos altos, y que la calidad de los datos disponibles ha mejorado gracias a la revisión de los criterios de inclusión. No obstante, la mayor parte de los datos excluidos con los nuevos criterios de inclusión procedían de países de ingresos bajos y medianos bajos, en que únicamente se pesa a una minoría de recién

nacidos; por consiguiente, los datos disponibles forman una muestra sesgada de niños de familias más ricas.

Entre los pasos que deben tomarse con carácter inmediato: finalizar las series temporales revisadas, completar la modelización, realizar consultas nacionales y divulgar los resultados a principios de 2017. El grupo también se ocupará de definir las directrices para pesar a los recién nacidos, registrar y notificar la información con precisión, a fin de mejorar la calidad de los datos nacionales.

Los informes de bajo peso al nacer requieren la presencia de una partera cualificada en el parto y dotada del equipo adecuado y las aptitudes necesarias para pesar al bebé y registrar su peso, además de sistemas de notificación de rutina eficaces para cotejar los datos. La comunicación mundial de informes seguirá viéndose dificultada por una recopilación de datos de baja calidad hasta que los gobiernos la consideren una prioridad, inviertan en parteras cualificadas y aborden los obstáculos para asegurarse de que se pese a todos los recién nacidos, y que toda esa información se registre y notifique.

como nacionales y aprender de ellos. Además, esconde desigualdades dentro de los países y hace mucho más difícil cumplir con las aspiraciones de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de “que nadie se quede atrás”. Por último, también representa un obstáculo crucial para la responsabilidad. El Panel 2.3 destaca los datos disponibles en los perfiles nutricionales de los países del *Informe de la Nutrición Mundial*.

En la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la revolución de datos debe incluir la nutrición. Los miembros de la comunidad de la nutrición deben buscar todas las oportunidades de implicarse en los procesos de inversión de datos, empezando por el Foro Mundial de Datos de Desarrollo Sostenible, cuya celebración está prevista el segundo semestre de 2016 y, en adelante, cada dos o tres años (Naciones Unidas SDSN 2015).

PROGRESOS EN EL ESTADO NUTRICIONAL A ESCALA NACIONAL

En esta sección, se presentan los datos sobre el estado nutricional nacional de tres maneras distintas para ayudar a las partes interesadas de los países a acelerar la acción en favor de la nutrición.

En primer lugar, exponemos los datos sobre los países que parecen estar mejor encaminados con respecto a las ocho metas globales. Los países podrán decidir si concentran sus energías y recursos a la lucha contra la malnutrición. El hecho de saber que están cerca de alcanzar una meta global puede ser una motivación para emprender nuevas acciones, aunque también puede restarle importancia a los indicadores que registran pocos progresos. En cualquier caso, los datos adicionales deberán estimular el debate acerca de las prioridades.

PANEL 2.3 PERFILES NACIONALES DEL INFORME DE LA NUTRICIÓN MUNDIAL

TARA SHYAM

Los perfiles nutricionales del *Informe de la Nutrición Mundial* reúnen más de 80 indicadores del estado nutricional, la cobertura de las intervenciones, los determinantes subyacentes y los recursos para los 193 países miembros de las Naciones Unidas. Estos datos se presentan por país, región y subregión, así como en un perfil mundial. Están disponibles en forma de documentos individuales de dos páginas y datos brutos en www.globalnutritionreport.org.

Los datos se han obtenido de la OMS, UNICEF, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), y el Banco Mundial, entre otros. Para promover el formato abierto de los datos sobre nutrición, todos los conjuntos de datos incluidos en los perfiles

del *Informe de la Nutrición Mundial* proceden de fuentes accesibles para el público, en línea o impresos, o bien gratuitamente previa solicitud al organismo que los ha publicado. En la medida de lo posible, en los perfiles se han usado los datos de las encuestas; sin embargo, también se han utilizado las mejores estimaciones modelizadas disponibles cuando no se han podido identificar datos de encuestas metodológicamente sólidos. Una nota técnica, disponible también en el sitio web del *Informe de la Nutrición Mundial*, detalla las fuentes de datos y las definiciones de cada uno de los indicadores empleados en los perfiles.

Además de presentar los datos disponibles, los perfiles nutricionales también destacan la ausencia de datos, la disponibilidad o bien

la compatibilidad de los datos nacionales con los estándares internacionales. Pese a que pueden existir otras fuentes de datos disponibles y creíbles utilizadas a nivel nacional, los perfiles nutricionales del *Informe de la Nutrición Mundial* incluyen únicamente datos obtenidos con metodologías uniformes en los 193 países. De este modo, se garantiza el uso de un único estándar a la hora de comparar cada uno de los indicadores entre los países.

Los perfiles pretenden ayudar a los campeones de la nutrición de todos los sectores a evaluar los progresos en materia de nutrición de un país, compararlos con los de otros países de la misma región y entre regiones, y promover más acciones en favor de la nutrición en su ámbito.

FIGURA 2.4 Países más cerca de pasar de “mala vía” a “buena vía”, por indicador de nutrición

Retraso en el crecimiento, menores de 5 años ($n = 114$)	Nepal (más cerca), Côte d'Ivoire, Nicaragua, Uruguay, Serbia, Zimbabwe, India, Guinea Ecuatorial, Rwanda y Sri Lanka
Emaciación, menores de 5 años ($n = 130$)	Suriname (más cerca), Tonga, Haití, Liberia, Viet Nam, Camerún, Senegal, el Congo, Bhután y Guinea-Bissau
Sobrepeso, menores de 5 años ($n = 109$)	Jamaica (más cerca), Djibouti, Bolivia, Marruecos, Lesotho, Indonesia, Chile, Mozambique, Rwanda y República de Corea
Lactancia materna exclusiva, < 6 meses ($n = 83$)	Perú (más cerca), Malawi, Jamaica, Guatemala, Bhután, Ucrania, Etiopía, Armenia, la ex República Yugoslava de Macedonia y Belarús
Anemia, mujeres de 15–49 años ($n = 185$)	Perú (más cerca), Vanuatu, México, Kenya, Filipinas, Etiopía, Tayikistán, Indonesia, Panamá y Malawi
Sobrepeso/obesidad en adultos (IMC ≥ 25) ($n = 190$)	Nauru (más cerca), Islas Marshall, Tonga, Kiribati, Micronesia, Palau, Fiji, Japón, Samoa y República Popular Democrática de Corea
Obesidad en adultos (IMC ≥ 30) ($n = 190$)	RPD de Corea (más cerca), Nauru, Japón, Afganistán, Timor-Leste, Eritrea, Nepal, Níger, Burundi y República Centroafricana
Diabetes (alto nivel de glucosa en sangre) en adultos ($n = 190$)	Israel (más cerca), Bosnia y Herzegovina, Letonia, Singapur, RPD de Corea, Bélgica, España, Ucrania, Montenegro y Japón

META GLOBAL

Fuente: Los autores, basándose en datos de Stevens *et al.* (2013), UNICEF (2016b), UNICEF, OMS y Banco Mundial (2015), y la OMS (2015a).

Nota: IMC = índice de masa corporal.

PANEL 2.4 LAS PRESENTACIONES DEL INFORME DE LA NUTRICIÓN MUNDIAL EN LOS PAÍSES PUEDEN FOMENTAR NUEVAS ACCIONES

LAWRENCE HADDAD

He tenido la suerte de asistir durante el período 2014–2016 a más de 20 presentaciones del *Informe de la Nutrición Mundial* en países con diversos tipos de carga de malnutrición. Se trata de una evaluación subjetiva de mis observaciones acerca de la capacidad de las presentaciones del informe de fomentar el diálogo y la acción.

1. Existe una fuerte demanda de las presentaciones en los países. En su gran mayoría, las presentaciones son organizadas por las partes interesadas del país. Existe un gran interés por un evento que analiza la malnutrición en todas sus formas: aportes y resultados, progresos en el ámbito regional y respecto a las metas globales, y procesos y logros.

2. Se genera debate. En ocasiones, a veces las discusiones giran en torno a los datos (por ejemplo, por qué los últimos datos nacionales difieren de los que figuran en las bases de datos de la OMS, UNICEF y el Banco Mundial

y, por ende, en el *Informe de la Nutrición Mundial*); en otras, en torno a problemas que son muy relevantes en el país anfitrión, pero que no aparecen destacados suficientemente en el *Informe de la Nutrición Mundial* (por ejemplo, la función de los medios de comunicación o la desigualdad en el seno de un país); y en otras, por fin, en torno a la incredulidad de que el país esté en una mejor (o peor) situación que un vecino.

3. Se inician acciones. He aquí algunas de ellas: un ministro de salud que se dirige a su equipo para conocer las razones que expliquen por qué el país no está en vías de alcanzar una meta global; una diputada parlamentaria que desea saber cómo puede su país establecer un compromiso de nutrición para el crecimiento (N4G); los líderes de un proceso de planificación nacional que se involucran en la labor del equipo del *Informe de la Nutrición Mundial* para ayudar a perfilar, justificar y comunicar

su nueva estrategia nacional de nutrición; un secretario de gabinete que quiere saber cómo emplear las constataciones sobre los beneficios económicos de la ampliación de las acciones en materia de nutrición; y un líder de una red de la sociedad civil que aprovecha las estadísticas y presentaciones del *Informe de la Nutrición Mundial* para argumentar a favor de la integración del país en el Movimiento para el Fomento de la Nutrición.

4. Las presentaciones del *Informe de la Nutrición Mundial* no pueden reemplazar adecuadamente un esfuerzo nacional similar. Los informes nacionales periódicos sobre nutrición reforzarán el sentido de la propia responsabilidad en la materia, aportarán datos más detallados y pertinentes, e inspirarán los procesos nacionales y subnacionales al respecto. De este modo, se estimulará también la producción, el análisis, el escrutinio y el uso de datos nacionales y subnacionales.

En segundo lugar, mostramos las clasificaciones nacionales de países en función de los ocho indicadores. Las clasificaciones nacionales suelen ser más fáciles de interpretar para los responsables de la formulación de políticas y la población en general y, por lo tanto, pueden fomentar el debate sobre los resultados en relación con otros países.

Finalmente, para un gran número de países, presentamos datos sobre el porcentaje de niños menores de cinco años afectados por retraso en el crecimiento, emaciación o por ambos. Al evaluar el estado nutricional y al abogar por la reducción de la malnutrición, tendemos a optar por uno u otro indicador, pero su uso combinado permite transmitir con mayor precisión el sentido de la carga de la malnutrición lo que, a su vez, permite poner de manifiesto la urgencia de la acción.

PAÍSES CON MAYORES POSIBILIDADES DE ESTAR EN “BUENA VÍA” DE ALCANZAR LAS METAS GLOBALES

El *Informe de la Nutrición Mundial 2015* aportó algunos matices a las evaluaciones de los países, al distinguir si un país estaba en “mala vía, pero con pocos progresos”, o si estaba en “mala vía y con progresos”. Aquí facilitamos información detallada sobre los países que se hallan más cerca de estar “en buena vía” para cada uno de los ocho indicadores de nutrición sometidos a seguimiento

en el *Informe de la Nutrición Mundial*. La cercanía se evalúa simplemente en función de la distancia entre las tasas de progresión necesarias para cumplir las metas y las tasas de progreso reales².

La Figura 2.4 enumera para cada uno de los indicadores los 10 países que están más cerca de alcanzar la tasa de progresión necesaria, a fin de lograr la meta global en 2025. La evaluación puede aportar un nuevo sentido a los datos y, por consiguiente, brindar a los países un impulso adicional indicándoles hasta qué punto están cerca de la “buena vía” para cumplir la meta global.

CLASIFICACIÓN DE PAÍSES POR INDICADORES DEL ESTADO NUTRICIONAL

Los Cuadros 3.2 a 3.9 del Anexo muestran las clasificaciones de países por sus niveles en los ocho indicadores de la Figura 2.4. Las clasificaciones permiten a los países conocer su posición respecto a otros países vecinos y comparables, en lugar de hacerlo respecto a una meta global. Además, las clasificaciones son útiles para las organizaciones de la sociedad civil por cuanto ayudan a cotejar la posición de sus países y fomentar el diálogo acerca de los motivos por los cuales sus resultados son mejores o peores que los de otros países comparables. En las múltiples presentaciones del *Informe de la Nutrición Mundial* realizadas en todo el mundo, solemos presentar los datos del estado nutricional de los países de la región

clasificados en función de los ocho indicadores sometidos a seguimiento por el *Informe de la Nutrición Mundial*. La posición del país anfitrión frente a sus vecinos atrae sistemáticamente la atención de los representantes gubernamentales o de los medios nacionales de los países en cuestión (Panel 2.4).

CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN LA CARGA COMBINADA DE RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y EMACIACIÓN

No todos los niños con retraso en el crecimiento sufren emaciación, ni todos los niños con emaciación adolecen de retraso en el crecimiento. Para evaluar en detalle la carga de desnutrición en menores de cinco años, debemos estimar cuántos niños se ven afectados por el retraso en el crecimiento, la emaciación o por ambos. En el *Informe de la Nutrición Mundial* de 2015, a partir de los datos de cinco países con una alta carga de desnutrición, presentábamos una instantánea de la prevalencia de niños entre seis y 59 meses de edad con retraso en el crecimiento, emaciación o ambos (simultaneidad), a la vez que destacábamos el hecho de que, en los cinco países, una minoría de niños había escapado tanto al retraso en el crecimiento como a la emaciación (Dolan, Mwangome y Khara 2015).

Aquí proporcionamos un análisis ampliado de todos los países que disponen de conjuntos de datos nacionales representativos recientes (2005–2015)³. La muestra incluye 83 países con cargas de desnutrición altas, medias y bajas. La prevalencia estimada de niños entre seis y 59 meses de edad con emaciación o retraso en el crecimiento se sitúa en el 38,9 %. Esta cifra contrasta con una estimación para los mismos países del 33,0 % de niños entre seis y 59 meses de edad con retraso en el crecimiento. Una estimación del porcentaje de niños con retraso en el crecimiento o emaciación ofrece una estimación de la carga de malnutrición que afecta a menores de cinco años superior a las cifras correspondientes únicamente al retraso en el crecimiento. Como se expone en la Figura 2.5, en 13 de los 83 países, resaltados en rojo, menos de la mitad de los niños menores de cinco años habían escapado tanto al retraso en el crecimiento como a la emaciación.

LLAMADOS A LA ACCIÓN

1. Destacar más casos de progreso en materia de nutrición. Cada uno de los países constituye un ejemplo de éxito, fracaso o estancamiento en materia de nutrición que es necesario difundir. Los países bien encaminados para cumplir las metas globales pueden ser una fuente de orientación e inspiración acerca de cómo reducir la malnutrición, mientras que aquellos que no lo están requieren más comprensión y análisis. Los donantes deben instar a los investigadores a llevar a cabo las evaluaciones; las publicaciones deben presentar los informes; y los grandes medios de comunicación deben divulgar las conclusiones. La necesidad de apoyarse en historias creíbles se hace sentir especialmente cuando los indicadores revelan un estancamiento o empeoramiento de la situación. Habida cuenta de esta necesidad urgente de casos exitosos, para el año 2018 debe financiarse un gran programa de investigación multianual y multipaís centrado en conocer las causas del cambio o de su ausencia.

2. Invertir en más y mejores datos para evaluar los

progresos. La disponibilidad de datos comparables a escala internacional sobre los resultados nutricionales sigue siendo deficiente, ya sea porque los datos de alta calidad no son recolectados a escala nacional, ya sea porque no se notifican a las Naciones Unidas; sin embargo, estos datos resultan esenciales para garantizar la responsabilidad.

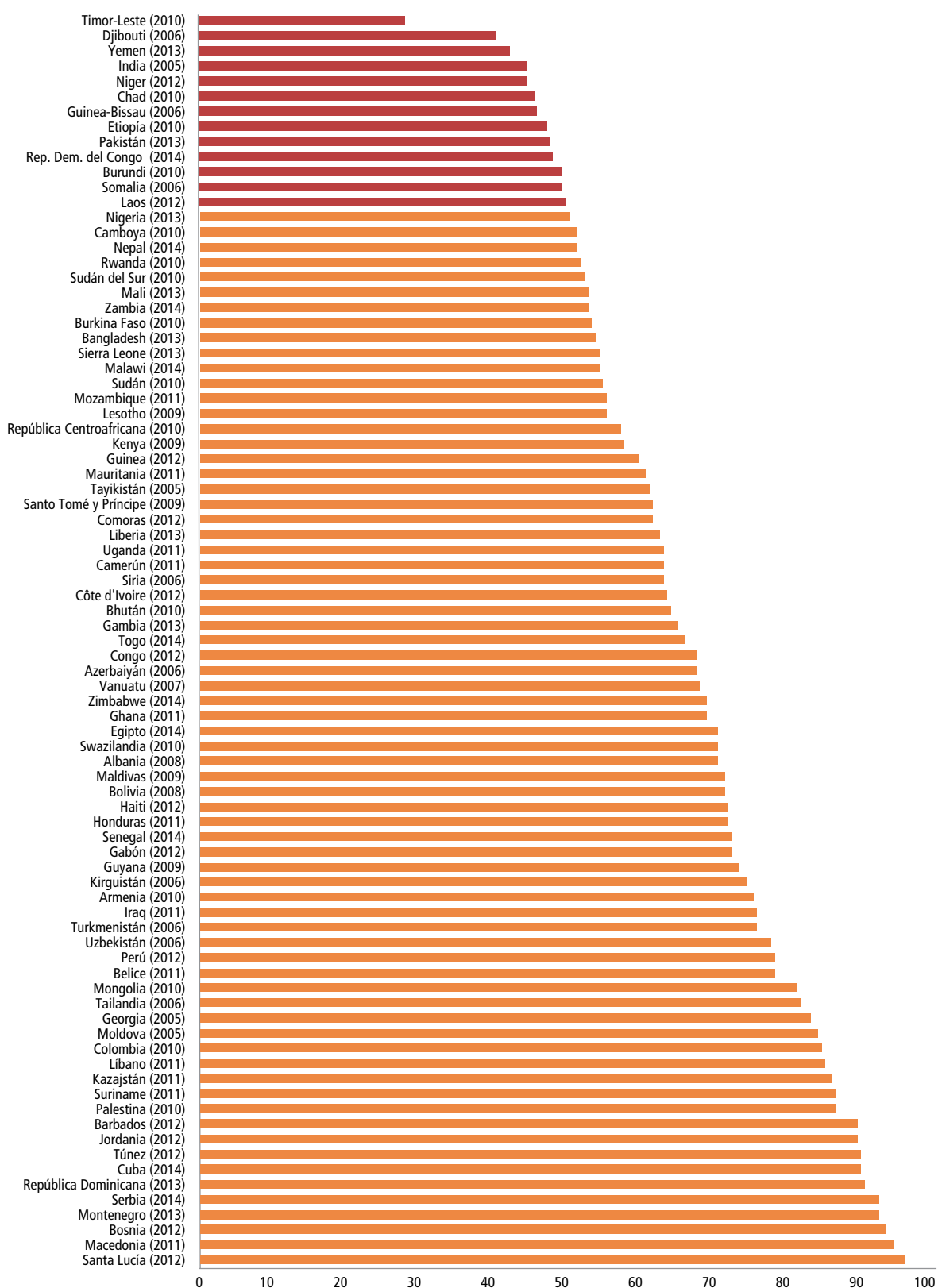
- Deben realizarse encuestas referidas a las tasas de retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso en niños menores de cinco años, y lactancia materna exclusiva, al menos cada tres a cinco años. Se precisan más encuestas para evaluar la anemia. Los organismos de financiación de las encuestas demográficas y sanitarias, encuestas a base de indicadores múltiples y otras encuestas similares deben prepararse para mejorar su coordinación y responder a la demanda gubernamental de encuestas cada tres años. Los países aquejados por altas cargas de malnutrición y con datos de más de cinco años de antigüedad deben ser una prioridad en la recopilación de información.
- En 2020, los datos de todos los países de ingresos altos deberán ser compatibles con las bases de datos de las Naciones Unidas.
- En los próximos 12 meses, los campeones de la nutrición dentro de las Naciones Unidas y los organismos multilaterales deben reforzar la presencia de la nutrición en el debate existente sobre la “revolución de datos” para evitar que esta materia quede rezagada. Este esfuerzo podría empezar por el Foro Mundial de Datos de Desarrollo Sostenible, que se llevará a cabo durante el segundo semestre de 2016.

Cada uno de los países constituye un ejemplo de éxito, fracaso o estancamiento en materia de nutrición que es necesario difundir.

3. Iniciar una evaluación anual del progreso nacional en

materia de nutrición. Los países deberán plantearse la preparación de informes nacionales anuales sobre nutrición y emplear esos datos para evaluar los progresos y constatar las prácticas de éxito, ajustar las tácticas y los presupuestos, modificar los planes nacionales de nutrición y rendir cuentas de los progresos.

FIGURA 2.5 Porcentaje de niños entre 6 y 59 meses de edad que no sufren retraso en el crecimiento ni emaciación



Fuente: Tanya Khara, Martha Mwangome y Carmel Dolan, basándose en datos del programa DHS (2005–2015) y UNICEF (2016c).

Nota: Las barras rojas indican los años/países donde el porcentaje de niños entre seis y 59 meses de edad que escapan al retraso en el crecimiento, la emaciación o ambos es inferior al 50 %.



3

ENFOQUE: PROGRESOS ALCANZADOS EN LA DEFINICIÓN DE LOS OBJETIVOS DE NUTRICIÓN

CONCLUSIONES CLAVE

En este capítulo se abordan los progresos alcanzados por los gobiernos y las empresas en la definición de los objetivos de nutrición a nivel nacional, subnacional y empresarial.

- La definición de objetivos nacionales puede impulsar la acción en el ámbito de la nutrición; a su vez, la definición de objetivos SMART (específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo) puede ayudar a concentrar los esfuerzos y promover la responsabilidad. No obstante, muchos países no han logrado definir sus objetivos de nutrición o adaptarlos a unos criterios SMART. El análisis de 122 planes nacionales de nutrición con un total de 732 objetivos posibles (seis objetivos sobre nutrición materna, de lactantes y niños pequeños en cada uno de los 122 planes) ha revelado la existencia de tan sólo 358 objetivos, justo por debajo de la mitad de todos los posibles. De los objetivos existentes, sólo dos terceras partes eran SMART.
- Si bien algunos gobiernos nacionales han empezado a definir objetivos relacionados con las enfermedades no transmisibles, lo que implica un compromiso mayor, siguen siendo una minoría. Sólo un 30 % de los países que proporcionan datos a la Organización Mundial de la Salud han incluido objetivos sobre obesidad, diabetes y reducción del consumo de sal en sus planes nacionales de enfermedades no transmisibles.
- Muchos programas de nutrición se han integrado a unidades administrativas subnacionales, aunque todavía son escasos los ejemplos de definición de objetivos subnacionales. Incluso las influyentes Misiones de Nutrición de los Estados indios son incoherentes en cuanto a la definición de objetivos de nutrición.
- Cerca de la mitad de las 22 grandes empresas fabricantes de alimentos y bebidas encuestadas han definido objetivos referidos a los valores de sal, azúcar y grasas añadidas. Sin embargo, prácticamente ninguna tiene objetivos para aumentar los niveles de los ingredientes más beneficiosos para la salud en sus productos (como cereales integrales, frutas y verduras), o para asegurar la accesibilidad de los productos saludables.

POR MEDIO DE LA ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD (AMS), LOS PAÍSES HAN SUSCRITO LAS METAS GLOBALES DE NUTRICIÓN (PANEL 2.1, CAPÍTULO 2) Y, COMO EXPLICA EL CAPÍTULO 2, UNA FORMA de efectuar el seguimiento de los progresos de los países es aplicando esas metas globales a nivel nacional. Sin embargo, los objetivos definidos por los propios países probablemente sean herramientas más eficaces para promover la responsabilidad. Por definición, los objetivos autogenerados obtienen un mayor grado de adhesión y apropiación por parte de los gobiernos nacionales que los definidos externamente. Estos objetivos son más útiles para la responsabilidad nacional cuando son SMART (es decir, específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo).

Este capítulo destaca los progresos alcanzados por los países en la definición de objetivos nacionales para los indicadores sometidos a seguimiento en el Capítulo 2 (Cuadro 2.1). Hemos revisado los planes nacionales de los países respecto a la nutrición y las enfermedades no transmisibles para identificar si incluyen objetivos de progreso claros y SMART. Puesto que también es importante la definición de objetivos por parte de otras partes interesadas (ver el Capítulo 1), hemos examinado las constataciones acerca de la definición de objetivos correspondientes a las 22 empresas fabricantes de alimentos y bebidas que participan en el Índice de Acceso a la Nutrición.

OBJETIVOS NACIONALES SOBRE NUTRICIÓN MATERNA, DE LACTANTES Y DE NIÑOS PEQUEÑOS

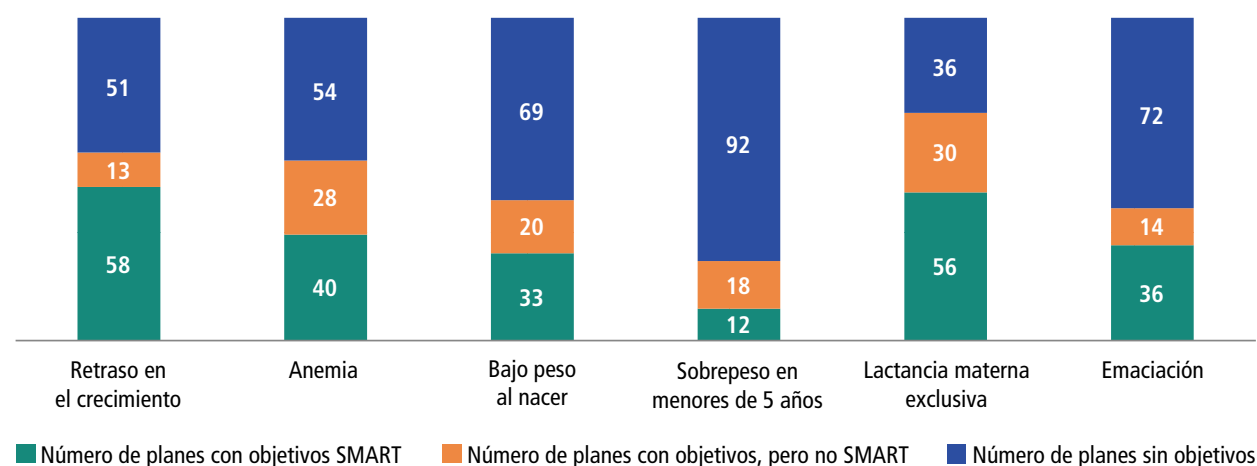
Desde la Conferencia Internacional sobre Nutrición de 1992, la Organización Mundial de la Salud (OMS) monitorea la elaboración y la implementación de los planes nacionales de acción en materia de nutrición¹. La OMS ha analizado los planes de nutrición para evaluar cuántos países tienen objetivos para las seis metas globales

sobre nutrición materna, de lactantes y niños pequeños: retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso en niños menores de cinco años, bajo peso al nacer, anemia en mujeres en edad reproductiva y lactancia materna exclusiva. También ha evaluado si estos objetivos son SMART (es decir, si son específicos, lo que en esta fase significa que están alineados con los objetivos globales previstos en los marcos mundiales de vigilancia de la OMS; medibles, con la incorporación de una base de referencia² y un valor final; y limitados en el tiempo, con la especificación de un marco temporal determinado)³.

El equipo de la OMS ha identificado 122 planes nacionales de nutrición y los ha estudiado para evaluar cuántos incluyen objetivos SMART. Idealmente, cada uno de los 122 planes debería incorporar objetivos para el conjunto de las seis metas globales sobre nutrición materna, de lactantes y niños pequeños, y todos serían SMART, con un potencial total de 732 objetivos SMART. Sin embargo, el análisis muestra que los 122 planes reúnen tan sólo 358 objetivos de los 732 posibles (Figura 3.2). Cuando estos objetivos existen, únicamente 235 (el 66 %) son SMART.

Asimismo, se observan variaciones notables entre objetivos. Como se muestra en la Figura 3.1, 86 de los 122 planes nacionales tienen objetivos en torno a las tasas de lactancia materna exclusiva.

FIGURA 3.1 Número de planes nacionales para la nutrición (entre los 122 referenciados) con objetivos, con objetivos SMART y sin objetivos sobre nutrición materna, de lactantes y de niños pequeños



Fuente: Los autores, basándose en datos de Chizuru Nishida y Kaia Engesveen.

PANEL 3.1 HERRAMIENTAS DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) PARA AYUDAR A LOS PAÍSES A DEFINIR OBJETIVOS DE NUTRICIÓN NACIONALES

ELAINE BORGHI, KAIA ENGESVEEN, CHIZURU NISHIDA Y MERCEDES DE ONIS

La herramienta de seguimiento de los objetivos globales de nutrición (OMS 2016f) respalda a los países en el proceso de adaptación de los objetivos globales a escala nacional. La herramienta muestra datos actualizados y comparables de un país en cinco de los seis indicadores de los objetivos globales de nutrición (el bajo peso al nacer no se incluye todavía). Para cada uno de los indicadores, esta herramienta interactiva presenta el estado de referencia, las tendencias recientes y los progresos necesarios para alcanzar los objetivos definidos para 2025. Además, esta herramienta pretende dar referencias comparativas para llevar a cabo el seguimiento de los logros, identificar las brechas y poner en marcha las acciones con respecto a los objetivos.

La planificación de políticas de nutrición basadas en datos empíricos proporciona una orientación en torno al *desarrollo de planes nacionales ampliados* (OMS 2016b), a través de una propuesta de procedimiento que consta de cinco pasos. Estos pasos se pueden adaptar al contexto y la situación del país a partir de los datos empíricos locales y mundiales. Se ha desarrollado en estrecha colaboración con la Red de Políticas Informadas por Evidencias.

El *Sistema de información del panorama de la nutrición* (NLIS) (OMS 2016i) ofrece perfiles nutricionales de los países, en una compilación que reúne todas las bases de datos sobre nutrición de la OMS y datos de otros indicadores clave relacionados. El NLIS incluye datos sobre obesidad y, en el futuro, englobará datos sobre la lista ampliada de indicadores del marco mundial de vigilancia de la nutrición, entre los que se encuentran varios indicadores de la dieta relevantes para las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.

El marco conceptual de la OMS (OMS 2016g) para el retraso en el crecimiento y desarrollo facilita la comprensión de los diversos factores de riesgo asociados al retraso en el crecimiento de niños, uno de los objetivos globales de nutrición. El retraso en el crecimiento también guarda una estrecha relación con otros objetivos globales de nutrición, y el marco destaca la necesidad de un enfoque orientado a todo el ciclo de vida y, a la vez, reconoce la salud de la mujer como el fundamento de la nutrición infantil y hace hincapié en la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria adecuada.

La *Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales* (eLENA) (OMS 2016d) proporciona información sobre unas 100 intervenciones relacionadas con la dieta y la nutrición basadas en pruebas empíricas que abarcan todas las formas de malnutrición. La nueva aplicación eLENA para teléfonos móviles permite realizar consultas desde lugares sin acceso fiable a Internet.

Los recursos financieros y humanos necesarios para implementar determinadas intervenciones en nutrición se pueden evaluar mediante la herramienta "Una Salud" (OneHealth) (OMS 2016l). Esta herramienta tiene como finalidad reforzar las tareas de análisis, planificación estratégica y cálculo de costos del sistema sanitario. Contiene un módulo de nutrición con todas las acciones esenciales para la nutrición de la OMS, así como otras intervenciones específicas y enfocadas a la nutrición que suelen llevarse a cabo a través del sector de la salud. La herramienta "Una Salud" incluye varios módulos de impacto, entre ellos, la herramienta *Lives Saved Tool*

(LiST) (OMS 2016u). LiST estima el impacto de determinadas intervenciones en la mortalidad y la morbilidad infantil, como el retraso en el crecimiento, la emaciación y la anemia en mujeres embarazadas, lo que indica si los objetivos nacionales son alcanzables o no, en función de la cobertura prevista del programa y la disponibilidad de recursos humanos y financieros.

La *Herramienta de Producción de las Cuentas de Salud* (OMS 2016v) efectúa un seguimiento de los gastos en acciones específicas y enfocadas a la nutrición. La herramienta puede ayudar a definir objetivos de resultados relativos a la nutrición realistas y alcanzables, así como a definir objetivos de gasto SMART (específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo) que tengan en cuenta los déficits financieros con respecto de la ampliación de las intervenciones en nutrición.

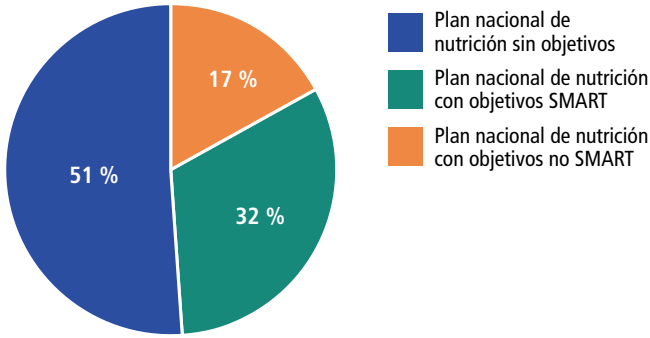
Los cuellos de botella en la etapa de la implementación se pueden detectar mediante herramientas como *Landscape Analysis Country Assessments* (OMS 2016h). Los equipos nacionales multisectoriales pueden usar esta herramienta de evaluación rápida y participativa para realizar un análisis sistemático de los compromisos y capacidades (es decir, la preparación) de los países para actuar en el plano adecuado.

La *Base de datos mundial sobre la ejecución de medidas nutricionales* (GINA) (OMS 2016e) puede ayudar a los planificadores a superar los obstáculos de la implementación aprendiendo de las mejores prácticas de otros países. Además, GINA proporciona un repositorio de los compromisos de las políticas nacionales y las acciones implementadas (actualmente, con información de 184 países).

En el extremo opuesto, únicamente 30 de los 122 planes disponen de objetivos para las tasas de sobrepeso en menores de cinco años. También existen diferencias en las proporciones de estos objetivos SMART: el 82 % de los objetivos sobre retraso en el crecimiento son SMART (58 de 71), frente al 40 % de los objetivos en materia de sobrepeso infantil (12 de 30).

Con el fin de ayudar a los gobiernos a impulsar y desarrollar los objetivos de nutrición, la OMS dispone de una serie de herramientas de apoyo para la definición de objetivos nacionales. Estas herramientas, centradas en gran medida en la desnutrición, se resumen en el Panel 3.1.

FIGURA 3.2 Presencia de objetivos sobre nutrición materna, de lactantes y niños pequeños en los 122 planes nacionales de nutrición (%)



Fuente: Los autores, basándose en datos de Chizuru Nishida y Kaia Engesveen.
Nota: SMART = Específico, medible, alcanzable, realista y limitado en el tiempo.

OBJETIVOS NACIONALES SOBRE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES RELACIONADAS CON LA NUTRICIÓN

Los objetivos globales sobre enfermedades no transmisibles se establecieron dentro del marco mundial de vigilancia de enfermedades no transmisibles basándose en los resultados históricos de los países del percentil 10 mejor clasificados para ayudar a definir el nivel de éxito que puede lograrse para 2025 (los objetivos se enumeran en OMS 2016p). Con objeto de completar la ausencia de datos, la OMS estableció bases de referencia estandarizadas por edad para 2010 para todos los objetivos, a partir de datos existentes y métodos de estimación. La OMS también efectúa un seguimiento de rutina de los progresos y emite informes periódicos sobre la situación mundial.

La OMS ahora alienta y apoya a los Estados miembros para que desarrollen sus objetivos nacionales en función de las metas definidas en el marco mundial de vigilancia de enfermedades no transmisibles, pero basándose en la situación de los propios países. Con la intención de adaptar los objetivos globales a nivel nacional, la OMS recomienda a los países analizar su desempeño actual en lo que respecta la prevención y la gestión de las enfermedades no transmisibles; el actual nivel de mortalidad relacionado con las enfermedades no transmisibles; la exposición a factores de riesgo; y los programas, políticas e intervenciones orientados a las enfermedades no transmisibles, tanto previstos como existentes.

La OMS ha preparado diversas notas de orientación para ayudar a los gobiernos nacionales a definir objetivos coherentes

CUADRO 3.1 Número de países con objetivos sobre obesidad en adultos, diabetes en adultos y reducción del consumo de sal, por región de la OMS

	Obesidad	Diabetes	Reducción del consumo de sal
Región Africana	12	8	8
Región Americana	11	9	6
Región del Mediterráneo Oriental	7	7	4
Región Europea	9	9	7
Región del Sureste asiático	7	5	5
Región del Pacífico Occidental	17	17	13
Total	63	55	43

Fuente: Datos de informes propios (autodeclarados) no publicados a partir de la encuesta de capacidad nacional de enfermedades no transmisibles, suministrados por la Unidad de Vigilancia y Prevención Basada en la Población de la OMS, departamento de prevención de las enfermedades no transmisibles. Impreso previa autorización.

con las metas globales sobre las enfermedades no transmisibles. El primero es un documento con directrices detalladas para los Estados miembros acerca de cómo medir correctamente los 25 indicadores y monitorear sus progresos a lo largo del tiempo. A cada uno de los indicadores les corresponde una definición completa, se identifican las fuentes de datos adecuadas y se ofrece un cálculo detallado, cuando corresponde. La segunda herramienta es una hoja de cálculo Excel que permite a los países especificar los datos de prevalencia actuales, a fin de calcular el nivel que pretenden definir para un objetivo dado y los valores que desean alcanzar en 2025, junto con los años intermedios que quieren monitorear⁴.

La OMS facilita el uso de estas herramientas mediante talleres plurinacionales en los que los países revisan sus fuentes de datos actuales, el nivel de respuesta programática y las inversiones previstas en materia de prevención y control de las enfermedades no transmisibles, al tiempo que exploran cuáles son los niveles adecuados para la definición de sus objetivos nacionales. Las herramientas también se emplean en misiones nacionales individuales.

El grupo sobre enfermedades no transmisibles de la OMS utiliza su encuesta sobre las capacidades nacionales de lucha contra dichas enfermedades, que recopila datos autodeclarados, para realizar el seguimiento de los planes nacionales de enfermedades no transmisibles que incluyen estos objetivos, entre los cuales se encuentran el aumento del 0 % de la obesidad/diabetes y la reducción del 30 % de la ingesta de sal/sodio. El Cuadro 3.1 contiene los datos proporcionados por 174 países. De ellos, el 36 % tiene objetivos sobre obesidad; el 31 % sobre

PANEL 3.2 PLANIFICACIÓN NACIONAL PARA LUCHAR CONTRA LA OBESIDAD EN KENYA

LINDSAY JAACKS, JUSTINE KAVLE, ALBERTHA NYAKU Y ABIGAIL PERRY

Con pocos los países del África subsahariana dotados de respuestas nacionales para abordar la epidemia de obesidad, pese a que en muchos de ellos (como Ghana, Kenya, Mauritania, Níger, Sierra Leone, Tanzania y Zimbabwe) la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en mujeres de entre 19 y 49 años roza el 50 % en zonas urbanas (MQSUN 2016). En Kenya, aproximadamente una de cada dos mujeres que viven en zonas urbanas y una de cada cuatro que viven en zonas rurales sufre sobrepeso u obesidad, junto a un 15 % de las niñas adolescentes (entre 15 y 18 años) residentes en zonas urbanas y un 8 % de las residentes en zonas rurales (Jaacks, Slining y Popkin 2015), así como un 5 % de niños menores de 5 años (Tzioumis et al. 2016). La creciente prevalencia del sobrepeso y la obesidad ha favorecido el rápido ascenso de las enfermedades no transmisibles, actualmente responsables del 27 % de las muertes de la población kenyana de entre 30 y 70 años (OMS 2016q).

El gobierno empieza a tomar medidas, las cuales siguen siendo una excepción en la región. En 2015, el ministerio de salud publicó la Estrategia Nacional de Kenya para la Prevención y el Control de las ENT 2015-2020, con el objetivo establecido de detener el aumento de la obesidad y la diabetes en adultos. Este objetivo

es parecido al de la obesidad definido en el marco mundial de vigilancia de enfermedades no transmisibles. El Plan de Acción Nacional de Nutrición (2012–2017) (Kenya, Ministerio de Salud Pública y Saneamiento 2012) enumera una serie de actividades específicas para abordar el aumento del sobrepeso y la obesidad en Kenya, a saber: revisar, desarrollar y divulgar una estrategia global y directrices de prevención, gestión y control de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición; formar a los prestadores de servicios y sensibilizar a la población sobre la importancia de prevenir, gestionar y controlar las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición; potenciar el diagnóstico del índice de masa corporal (IMC) y de la circunferencia de la cintura en las comunidades; y mejorar la nutrición en las escuelas (es decir, revisar, desarrollar y divulgar las directrices de nutrición en las escuelas, movilizar los recursos para sostener los programas de alimentación óptimos e integrar la educación nutricional en los planes de estudios).

En el caso de la obesidad infantil, las directrices de las políticas nacionales de nutrición materna, de lactantes y niños pequeños de 2013 indican que la obesidad infantil es un problema de salud pública emergente (Kenya, ministerio

de salud, división de nutrición 2013) y, en 2014, la primera dama del país se comprometió con la mejora de la nutrición e instó a concentrar los esfuerzos en la obesidad infantil. En respuesta a este llamado a la acción, el ministerio de salud está desarrollando actualmente un Plan de Acción Nacional para la Prevención de la Obesidad Infantil basado en las herramientas de la OMS que figuran en su publicación "Prioritizing Areas for Action in the Field of Population-Based Prevention of Childhood Obesity" (OMS 2016m). Sin embargo, el ministerio ha señalado que una de las brechas fundamentales es la ausencia de datos referidos a los niños de entre cinco y 14 años.

Si bien es cierto que Kenya está avanzando en la buena dirección al integrar el sobrepeso y la obesidad en los planes de acción y las políticas nacionales de salud, el país aún debe asignar fondos a los programas de obesidad y aumentar los destinados a la nutrición en general. Se precisa una mayor colaboración y voluntad políticas, con un respaldo multisectorial, si se pretende conseguir el objetivo de detener el aumento de la obesidad.

diabetes; y el 25 % sobre reducción del consumo de sal. Algunos países han usado objetivos idénticos o parecidos a los definidos a nivel mundial. Por ejemplo, Kenya ha definido unos objetivos nacionales del aumento del 0 % en obesidad y diabetes en 2020, igual que el objetivo global pero en 2020 en lugar de 2025 (Panel 3.2). La reducción del consumo de sal presenta un objetivo inferior del 15 % en 2020. Otros países se han marcado objetivos más ambiciosos. Por ejemplo, en la Estrategia Sudafricana para la Prevención y el Control de la Obesidad, los ministros del gobierno "[se] comprometen e instan a todas las partes interesadas a respaldar y reforzar los esfuerzos para prevenir y reducir la prevalencia de la obesidad en un 10 % en 2020" (Sudáfrica, Departamento de Salud 2015, 10).

El Panel 3.2 ofrece una información más pormenorizada de los planes elaborados para abordar la obesidad y las enfermedades no transmisibles en Kenya, incluyendo la adopción de objetivos.

OBJETIVOS SUBNACIONALES

Los objetivos de nutrición se hacen cada vez más imprescindibles en el ámbito de las unidades administrativas subnacionales. Los formuladores de las políticas necesitan objetivos, a fin de orientar las acciones que permitirán alcanzar el nivel cero de malnutrición; los funcionarios subnacionales los utilizan a medida que se descentraliza la implementación de los programas de nutrición; las empresas los necesitan para identificar las oportunidades; los donantes externos para decidir sus intervenciones; y la sociedad civil para promover la responsabilidad frente a los grupos más vulnerables. No obstante, definir los objetivos subnacionales no es fácil: se requiere tener la capacidad de monitorear los progresos a nivel subnacional, pero también contar con dirigentes políticos subnacionales que no le teman a la transparencia cada vez mayor de sus esfuerzos.

Las Misiones de Nutrición de los Estados indios son ejemplos

PANEL 3.3 MISIONES DE NUTRICIÓN DE LOS ESTADOS INDIOS: UNA DEFINICIÓN DE OBJETIVOS DEFICIENTE

NEHA RAYKAR Y PURNIMA MENON

Pese a que las reducciones de las tasas de desnutrición infantil en la India se han acelerado desde 2006, su evolución sigue muy por debajo de los índices de progreso necesarios para cumplir las metas globales de nutrición adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) de la cual la India es miembro signatario. La India ocupa una posición rezagada por detrás de muchos países más pobres del África subsahariana; con las tasas de reducción actuales, la India alcanzará las tasas de retraso en el crecimiento actuales de Ghana o Togo en 2030,

y las de China en 2055. Además, el estado y el progreso de la nutrición en la India varían enormemente de un Estado a otro. La India requiere con urgencia definir objetivos a nivel subnacional para cumplir las metas globales de nutrición y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

A fin de analizar los desafíos relacionados con la definición de objetivos a nivel de los Estados para los resultados nutricionales, hemos evaluado si los que han declarado su compromiso con la nutrición en forma de Misión de Nutrición estatal independiente también han incluido objetivos de mejora nutricional limitados en el

tiempo. Maharashtra fue el primer Estado indio en implementar en 2005 su misión bajo la forma de un órgano consultivo y técnico autónomo, dentro del departamento de la mujer y de desarrollo infantil. Posteriormente, cinco Estados más han lanzado sus respectivas misiones a partir del modelo de Maharashtra: Madhya Pradesh, Uttar Pradesh, Odisha, Gujarat y Karnataka. Las Misiones de Nutrición de los seis Estados concentran sus esfuerzos en el período posconcepcional de mil días y se comprometen a potenciar la coordinación intersectorial en aras de la mejora de la nutrición infantil.

Estado	¿La Misión de Nutrición del Estado tiene metas globales de nutrición limitadas en el tiempo?					
	Retraso en el crecimiento en menores de 5 años	Emaciación en menores de 5 años	Bajo peso al nacer	Sobrepeso en menores de 5 años	Anemia en mujeres en edad reproductiva	Lactancia materna exclusiva
Uttar Pradesh	Sí	Sí	No	No	Sí	Sí
Maharashtra ^a	No	No	No	No	No	No
Odisha	Sí	Sí	No	No	No	No
Karnataka	No	No	No	No	No	No
Gujarat	No	No	No	No	No	No
Madhya Pradesh	No	No	No	No	No	No

Fuente: Maharashtra, Misión de Salud y Nutrición (2016); Uttar Pradesh, Misión de Nutrición del Estado (2014); Odisha, departamento de la mujer y desarrollo infantil (2016); Misión de Nutrición integral de Karnataka (2016); Gujarat, departamento de salud y bienestar familiar (2012); Madhya Pradesh, departamento de la mujer y de desarrollo infantil (2016).

^a Maharashtra monitorea algunos de estos indicadores en su plan de acción, pero no dispone de metas limitadas en el tiempo para ninguno de ellos.

Continúa

de compromiso loables que, hasta el momento, no se han visto acompañados de una plena consecución de los objetivos. Estas misiones se realizan en seis Estados, con una población combinada de más de 300 millones de personas, que han apostado por el compromiso público en la mejora de la nutrición. Sin embargo, como se observa en el Panel 3.3, son pocos los que en realidad tienen objetivos cuantificables y limitados en el tiempo para la mejora de los indicadores del estado nutricional. Una de las causas por las cuales estas misiones de nutrición no engloban todos los objetivos enumerados en el Panel 3.3 probablemente sea que suelen depender del departamento o ministerio encargado de la mujer y el desarrollo infantil del estado en cuestión (Ministry of Women and Child Development – WCD), que se ocupa de la nutrición suplementaria. Las cuestiones que atañen a otros

departamentos, como el de salud, no se articulan con las de los planes o las misiones de los WCD. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de que existan agencias o misiones multisectoriales, que abarquen diversos departamentos, con objetivos claros y medibles, y puntos para la acción sujetos a monitoreo en todos los sectores.

OBJETIVOS EMPRESARIALES

Los países no son las únicas partes interesadas para las cuales la definición de objetivos puede contribuir a mejorar su orientación y responsabilidad⁵. Como ha demostrado el *Informe de la Nutrición Mundial 2015*, las empresas influyen fuertemente en los resultados relativos a la nutrición. ¿Cuántas de las grandes empresas

PANEL 3.3 MISIONES DE NUTRICIÓN DE LOS ESTADOS INDIOS: UNA DEFINICIÓN DE OBJETIVOS DEFICIENTE

NEHA RAYKAR Y PURNIMA MENON

Se desprenden nuevos aportes del análisis del establecimiento de metas en el contexto de las misiones de nutrición de los Estados indios:

1. Solo dos de los seis Estados poseen metas claras y medibles para obtener mejores resultados nutricionales: la Misión de Nutrición de Uttar Pradesh y el Nutrition Operation Plan de Odisha. El plan de acción de la misión de nutrición Rajmata Jijau para la salud materno-infantil del Estado de Maharashtra prevé el monitoreo de 10 indicadores importantes asociados a la salud materno-infantil, pero no indica ninguna meta medible ni limitada en el tiempo para aquellos indicadores. Los Estados de Gujarat, Madhya Pradesh y Karnataka no incluyen ninguna meta específica en la declaración de sus misiones.
2. Ninguna meta está alineada con las metas globales de nutrición: Uttar Pradesh abarca cuatro de las seis metas — excluye el bajo peso al nacer y la prevalencia del sobrepeso,

pero incluye la prevalencia del poco peso como indicador adicional, que no constituye una meta global. El Nutrition Operation Plan de Odisha solo abarca la emaciación, el retraso en el crecimiento y el poco peso, sin tener en cuenta la anemia en las mujeres, la lactancia materna exclusiva, el sobrepeso en los niños y el bajo peso al nacer.

3. En los Estados que han asumido metas, las mismas se basan en datos más antiguos. Por ejemplo, el plan de la misión de nutrición de Uttar Pradesh para 2014-2024 se basa en los resultados de la Encuesta nacional sobre la salud de las familias 3 (NFHS-3), llevada a cabo entre 2005 y 2006, e incluye metas limitadas en el tiempo para el retraso en el crecimiento, la emaciación, el bajo peso, la lactancia materna exclusiva y la anemia en las mujeres en edad reproductiva. Por el contrario, los progresos observados en los indicadores objetivo podrían medirse a partir de la base de datos de la encuesta Rapid Survey on Children 2014 publicada recientemente,

con el objetivo de obtener valores de referencia que reflejen la situación más reciente de la desnutrición en este Estado. De la misma forma, el Nutrition Operation Plan de Odisha, cuyo objetivo es acelerar la reducción del bajo peso en los 15 distritos del Estado más afectados, incluye metas en materia de emaciación, retraso en el crecimiento y bajo peso en base a los niveles de 2005-2006 de la NFHS-3.

Se impone un llamado a la acción urgente que inste a todos los Estados a utilizar datos recientes y actualizados para declarar el actual estado nutricional de las poblaciones y establecer nuevas metas, abarcar todos los indicadores establecidos a escala internacional y preparar la implementación de mecanismos de recolección de datos comparables con dichas metas a lo largo del tiempo. El primer punto del orden del día consiste en establecer metas con miras a reforzar la responsabilidad y el segundo punto es la recolección de datos relativos a las metas establecidas.

productoras de alimentos y bebidas han definido objetivos de nutrición? El Índice de Acceso a la Nutrición (ATNI) evalúa en qué medida las principales empresas productoras de alimentos y bebidas establecen compromisos claros o tienen políticas formales en temas clave y si, en determinados ámbitos, definen objetivos cuantificables.

El índice ATNI mundial de 2016 puntúa a 22 empresas en función de objetivos definidos en 14 ámbitos con vistas a la consecución de metas más cuantitativas. La Figura 3.3 muestra que, por lo general, las empresas carecen de objetivos claros y medibles establecidos o publicados.

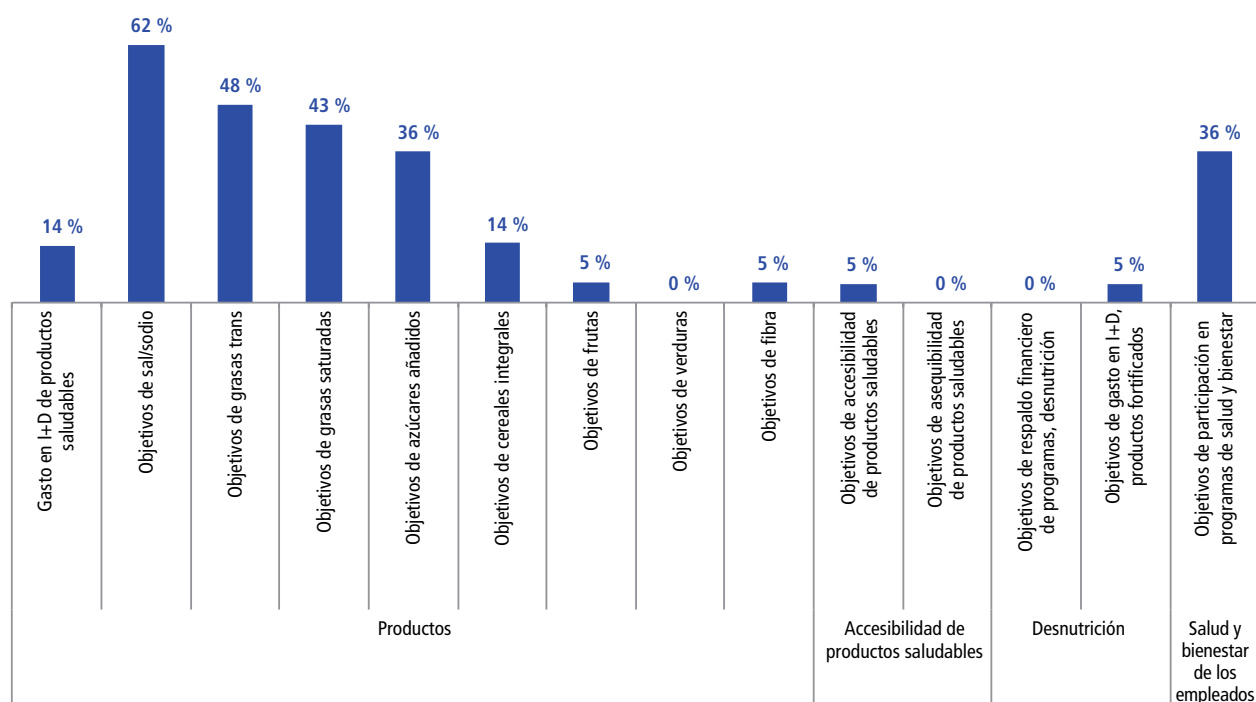
En cuanto a la composición nutricional de los productos, el 62 % de las empresas (13 de las 21 para las cuales es relevante) tiene objetivos definidos para la reducción del nivel de sal (o sodio) en sus productos. Diez de las 21 empresas, cerca del 50 % de las empresas más importantes, tienen definido un objetivo sobre grasas trans. Por último, mientras algunas han definido objetivos para reducir las grasas saturadas o el azúcar, casi ninguna lo

ha hecho a fin de aumentar los niveles de los ingredientes más saludables (como cereales integrales, fibra, frutas y verduras).

En los demás ámbitos relacionados con los objetivos de las empresas que evalúa el índice ATNI, como la accesibilidad o asequibilidad de los productos promotores de la salud, el gasto en investigación y desarrollo para los productos fortificados o el respaldo financiero de los programas sobre desnutrición, los resultados son lamentables: sólo una empresa tiene definido un objetivo en dos de los cuatro aspectos analizados. Incluso en el ámbito de la salud y el bienestar de los empleados, únicamente ocho empresas (el 36 %) han definido objetivos para el nivel de participación que esperan lograr con estos programas.

Las empresas se gestionan, y se valoran, por la definición y el cumplimiento de objetivos clave: ingresos y ampliación de márgenes, penetración en el mercado, reconocimiento de la marca, entre otros parámetros variables. Es decir, los directivos saben que se controla aquello que se mide.

FIGURA 3.3 Proporción de las empresas del Índice de Acceso a la Nutrición con objetivos claros definidos en diversos ámbitos



Fuente: Análisis y datos de Rachel Crossley y Access to Nutrition Foundation.

Nota: Número de empresas = 22. I+D = Investigación y desarrollo.

LLAMADOS A LA ACCIÓN

- 1. Definir más objetivos SMART.** Todos los gobiernos nacionales deben establecer objetivos nacionales SMART sobre retraso en el crecimiento, emaciación, lactancia materna exclusiva, bajo peso al nacer, anemia, sobrepeso infantil, obesidad en adultos, diabetes y reducción del consumo de sal antes del final de 2017. Además de ser ambiciosos, estos objetivos deben ser alcanzables y estar alineados.
- 2. Establecer más objetivos subnacionales.** Los planes nacionales de nutrición deben desarrollar e incorporar los objetivos de aportes y resultados de nutrición correspondientes a las grandes regiones administrativas.

3. Las empresas fabricantes de alimentos y bebidas deben definir y comunicar un mayor número de objetivos SMART para mejorar la nutrición.

Los aspectos clave son el cumplimiento del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, disminuciones significativas de la publicidad y la comercialización destinadas a los niños, y la reducción de los niveles de azúcar, sal y grasas en todas las líneas de productos. Asimismo, las empresas deben publicar de forma clara estos objetivos y su grado de cumplimiento. La próxima evaluación del Índice de Acceso a la Nutrición deberá revelar progresos sustanciales en estos ámbitos de las 22 principales empresas mundiales fabricantes de alimentos y bebidas evaluadas.



4 PROGRESOS Y NATURALEZA DE LOS COMPROMISOS DE NUTRICIÓN PARA EL CRECIMIENTO DE 2013

EL 8 DE JUNIO DE 2013, LOS GOBIERNOS DEL REINO UNIDO Y DE BRASIL, JUNTO CON LA FUNDACIÓN CIFF (CHILDREN'S INVESTMENT FUND FOUNDATION), ORGANIZARON EN Londres la cumbre “Nutrición para el Crecimiento: Combatir el hambre por medio de las empresas y la ciencia” (conocida como N4G). El objetivo de esta cumbre fue establecer una “declaración fundadora por parte de los dirigentes, con la intención de ampliar el compromiso político, aumentar los recursos e iniciar urgentemente acciones en materia de nutrición” (Reino Unido 2013a, 1).

En el marco de esta reunión cumbre, 90 partes interesadas -países, agencias internacionales, donantes, empresas y organizaciones de la sociedad civil- se fijaron compromisos que fueron publicados en el documento relativo a los compromisos N4G (Reino Unido 2013b) (ver Panel 4.1). Dado que otras 20 partes interesadas asumieron compromisos tras la cumbre, se obtiene un total de 204 compromisos adquiridos por parte de 110 partes interesadas.

El *Informe de la Nutrición Mundial* se instauró en el marco de esta cumbre, en parte con el cometido de monitorear la evolución de dichos compromisos, y los Informes de la Nutrición Mundial de 2014 y 2015 brindaron una evaluación de los progresos logrados en su implementación. En este informe, evaluamos los avances en la implementación de los compromisos asumidos entre 2015 y 2016, y comparamos

los progresos logrados a lo largo de los tres años de notificaciones, a partir de los informes presentados por las partes interesadas (ver detalles sobre la metodología en el Anexo 7 [en línea]). Además, a la luz de las futuras cumbres N4G y de las recientes evoluciones de la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN2) y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), hemos realizado una evaluación de los compromisos N4G para la acción. Para ello, planteamos tres interrogantes: ¿Los compromisos N4G de 2013 son SMART (específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo)? ¿Están alineados con todas las formas de malnutrición? Y, finalmente, ¿cuán alineados están los compromisos gubernamentales con las recomendaciones para la acción acordadas multilateralmente en la Conferencia CIN2?

PROGRESOS REGISTRADOS EN 2015 RELATIVOS A LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS COMPROMISOS N4G DE 2013

TASA DE RESPUESTA

La tasa de respuesta de los signatarios sobre la notificación de sus compromisos fue del 65 % en 2016, frente a un 92 % en 2014 y un 83 % en 2015. Los donantes y las agencias de las Naciones

Unidas registraron las tasas de respuesta más altas (más del 80 %), mientras que la tasa más baja la registraron las empresas (31 %). Los países (60 %), la sociedad civil (80 %) y las otras organizaciones (75 %) se ubican entre los dos extremos. Los índices de respuesta disminuyeron en el caso de todos los tipos de signatarios, la caída de la tasa de respuesta en las empresas fue particularmente notable: del 83 % en 2014 al 72 % en 2015 y al 30 % en 2016. Por el contrario, los donantes cumplieron sistemáticamente con la notificación de sus compromisos financieros en los tres años (pero con un índice de respuesta menor en 2016 con respecto a

CONCLUSIONES CLAVE

Este capítulo evalúa si los compromisos proclamados en la Cumbre de Nutrición para el Crecimiento de 2013 están bien encaminados (en "buena vía"), son SMART (específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo), si toman en consideración todas las formas de malnutrición y si se alinean con las recomendaciones intergubernamentales para la acción desde 2013.

- Dos terceras partes de los compromisos de Nutrición para el Crecimiento (N4G) están en buena vía, aunque se observan diferencias de progresión según los grupos.

Con respecto a los compromisos en materia de políticas y programas:

- ▶ 9 de cada 12 donantes están en buena vía,
- ▶ 6 de cada 7 agencias de las Naciones Unidas están en buena vía,
- ▶ 9 de cada 21 gobiernos nacionales están en buena vía,
- ▶ 7 de cada 11 organizaciones de la sociedad civil están en buena vía, y
- ▶ 7 de cada 29 empresas están en buena vía de cumplir con los compromisos en materia de fuerza laboral (mano de obra).

Con respecto a los compromisos financieros de los donantes:

- ▶ 10 donantes cumplieron alrededor del 61 % de sus compromisos N4G por un total aproximado de 20.000 millones de dólares estadounidenses;
- ▶ si se excluye a los Estados Unidos de América y al Banco Mundial de esta evaluación (compromisos establecidos para el período 2013 - 2015), los ocho donantes restantes han cumplido cerca de una tercera parte de sus compromisos N4G y
- ▶ este resultado es alentador, pero el Banco Mundial y los Estados Unidos de América deberán asumir nuevos compromisos SMART, más ambiciosos, a partir de 2016.

- Este año, las partes interesadas fueron menos numerosas al comunicar sus progresos con respecto a los compromisos N4G (solo el 65 %) con una particular disminución de las respuestas provenientes de las empresas. Este fenómeno puede explicarse por un "cansancio frente a las reiteradas solicitudes de informes" o los ciclos irregulares de presentación de los informes N4G.
- En su mayoría, los compromisos N4G no son SMART y, por lo tanto, son difíciles de monitorear. De hecho, solo el 29 % de los compromisos N4G de 2013 son SMART.
- En su mayoría, los compromisos N4G no especifican los tipos de malnutrición que tratan de combatir. Cuando lo llegan a especificar, los compromisos se centran en el retraso en el crecimiento, la emaciación y la lactancia materna exclusiva. Los compromisos N4G no luchan contra la malnutrición en todas sus formas: la obesidad, el sobrepeso y las enfermedades no transmisibles brillan por su ausencia.
- Por ende, se impone la necesidad de una evolución de los compromisos N4G de 2013 existentes hacia un nuevo grupo de compromisos unificados para combatir la malnutrición en todas sus formas. El Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición, la Cumbre de Nutrición para el Crecimiento en Brasil y el establecimiento de las metas de los ODS a escala nacional representan excelentes oportunidades para garantizar que los futuros compromisos sean SMART y que traten la malnutrición en todas sus formas.

PANEL 4.1 LOS COMPROMISOS DE NUTRICIÓN PARA EL CRECIMIENTO

PATRIZIA FRACASSI

En la Cumbre de la Nutrición para el Crecimiento (N4G) de 2013, 110 partes interesadas establecieron cuatro tipos de compromisos distintos para la acción:

- Compromisos de impacto concentrados en resultados concretos alineados, por ejemplo, con las metas de la Asamblea Mundial de la Salud para la lactancia materna exclusiva o el retraso en el crecimiento.
- Compromisos financieros centrados en las fuentes y los montos de financiación que se deben orientar a las metas de nutrición.
- Compromisos en materia de políticas que crean un entorno más propicio a las acciones para la nutrición o implementan políticas específicas para mejorar la nutrición.
- Los compromisos en materia de programas centrados en la implementación de estrategias concretas para alcanzar las metas de nutrición.

Bajo el liderazgo de los gobiernos del Reino Unido y de Brasil, la Children's Investment Fund Foundation (CIFF) y las partes interesadas en la Cumbre N4G decidieron concentrar sus esfuerzos en la desnutrición. Los compromisos se plantearon con el fin de alcanzar tres objetivos principales basados en las recomendaciones técnicas elaboradas por un grupo mixto de expertos provenientes de distintas instituciones nacionales e internacionales:

1. garantizar que las intervenciones eficaces en materia de nutrición beneficien como mínimo a 500 millones de mujeres embarazadas y a niños menores de dos años;
2. reducir en al menos 20 millones el número de niños menores de cinco años con retraso

en el crecimiento para el año 2020;

3. salvar la vida de al menos 1,7 millones de niños menores de cinco años mediante la prevención del retraso en el crecimiento, el aumento de la lactancia materna exclusiva y el incremento del tratamiento de la malnutrición aguda severa (Reino Unido 2013a).

Durante los preparativos de la Cumbre N4G, los comités de dirección y de asesoría técnica identificaron un cierto número de áreas altamente prioritarias para los compromisos realizables. A partir de dichas áreas de alta prioridad, los **países** eligieron compromisos relacionados con: (1) establecer metas para reducir la desnutrición, (2) especificar los niveles de ayuda a escala nacional, (3) establecer nuevos acuerdos para mejorar la gobernanza y la legislación, y (4) reforzar el monitoreo de los progresos y la transparencia de los informes. En particular, el énfasis en los acuerdos de gobernanza se centraba en la importancia de un sólido liderazgo ejecutivo y de una coordinación interministerial eficaces. En cada país signatario, los puntos focales gubernamentales para la nutrición, con el apoyo de los socios técnicos, desempeñaron una función clave en la formulación de los compromisos nacionales durante los preparativos del evento a llevarse a cabo en Londres. En la mayoría de los casos, los compromisos allí asumidos reflejaban la labor realizada en el plano nacional. Esto permitió que los países publicaran informes sobre el resultado de sus compromisos que a su vez sirvieron de fuente de datos para el *Informe de la Nutrición Mundial* en los años siguientes.

En el caso de las **empresas**, el primer paso fue respaldar la productividad y la salud de su

personal introduciendo una política de nutrición y mejorando las políticas para la salud materna, incluyendo el acompañamiento de las madres que eligen la lactancia materna exclusiva. Además, algunas empresas se comprometieron a mejorar la calidad nutritiva a través de sus sistemas alimentarios para que madres e hijos tengan acceso a alimentos nutritivos y a un precio abordable.

Para los **donantes**, se puso el énfasis en la movilización y el alineamiento de los recursos internacionales, la facilitación de la coordinación de los acuerdos en el plano nacional y del aprendizaje mutuo (sobre todo en el intercambio de conocimientos Sur-Sur) y la asistencia técnica. Al respecto, la red de donantes del Movimiento SUN desarrolló una metodología común para garantizar la trazabilidad de las contribuciones de los donantes.

Las **organizaciones de la sociedad civil** se comprometieron a movilizar los recursos privados para respaldar la intensificación de los programas de mejora de la nutrición, en particular en los Estados frágiles, además de coordinar las acciones para obtener respuestas alineadas en materia de desnutrición. La defensa y la transparencia de la información se consideraron como medios para que los ciudadanos soliciten la rendición de cuentas a sus gobiernos sobre los compromisos asumidos y como medios para impulsar la acción y los progresos en el plano de la nutrición.

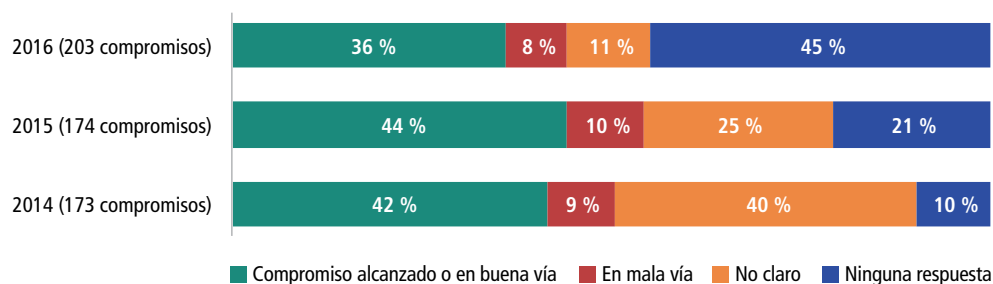
Las **Naciones Unidas y sus Estados miembros** concentraron sus esfuerzos en establecer en forma conjunta metas ambiciosas y claras en materia de nutrición, con indicadores pertinentes dentro de la agenda de los ODS.

sus compromisos no financieros) (los datos completos sobre las respuestas de todos los signatarios figuran en el Anexo 7 en www.globalnutritionreport.org).

No es fácil establecer claramente cuáles son las razones de tal disminución del índice de respuesta en 2016, a pesar de un proceso constante de movilización para motivar el envío de respuestas y de la presencia de una plataforma simplificada para facilitar la transmisión de los informes. Se sugieren varias razones posibles a continuación.

- En primer lugar, es posible que exista cierto cansancio frente a la obligación de notificaciones: tres años con un ritmo sostenido de notificación de datos y con diferentes fechas obligatorias puede ser desmoralizante, sobre todo si la lógica del proceso no es clara.
- Los plazos del *Informe de la Nutrición Mundial* cambian cada año, puesto que las publicaciones deben coincidir con los eventos internacionales más importantes sobre nutrición, que

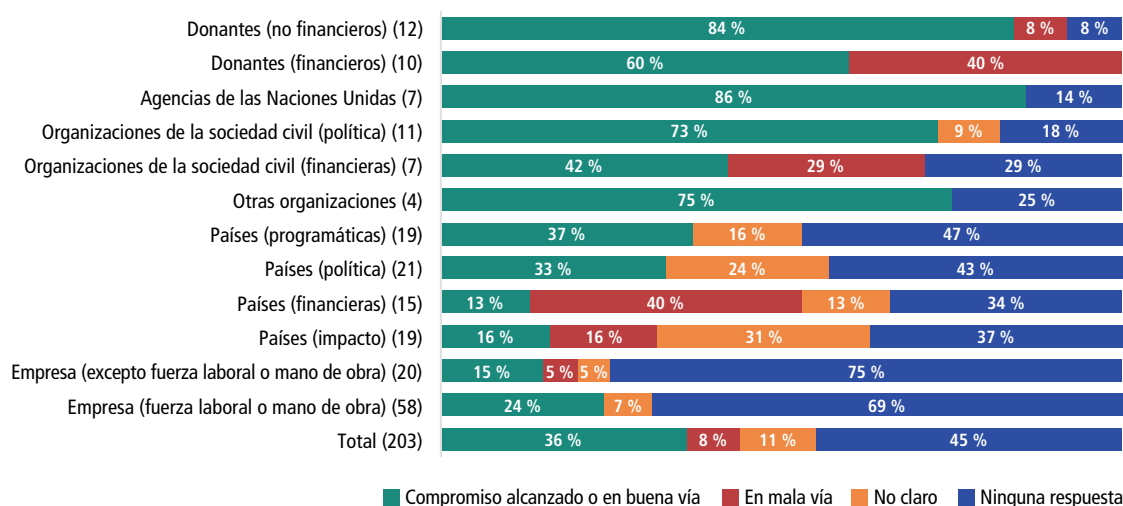
FIGURA 4.1 Progresos globales con respecto a los compromisos N4G en 2014, 2015 y 2016



Fuente: Los autores.

Nota: En 2013, se asumieron 204 compromisos, pero el *Informe de la Nutrición Mundial 2014* sólo menciona 173, puesto que las empresas no estaban listas, en 2014, para comunicar sus progresos sobre la totalidad de sus compromisos. Las tasas de respuesta de la Figura 4.1 solo se presentan para los compromisos objeto de seguimiento en 2014 y en 2015. El número de compromisos es de 174 en 2015 y 173 en 2014 puesto que Etiopía omitió separar sus compromisos N4G en los distintos componentes de programas y políticas en su declaración de 2014; sin embargo, lo hizo en 2015. El número total para 2016 comprende todos los compromisos asumidos, es decir, 203; este total se diferencia del total inicial de 2013, porque la Naandi Foundation fue retirada del proceso de notificación.

FIGURA 4.2 Progresos de los compromisos N4G por grupo signatario, 2016



Fuente: Los autores.

no siempre se organizan en la misma época del año y que, a su vez, impiden establecer un calendario coherente de presentación de informes.

- El calendario de notificación para el Informe de 2016 tenía un plazo particularmente corto, con solo siete meses entre los periodos de declaración, sobre todo en función de la Cumbre N4G de Río en 2016.
- Por su parte, las organizaciones responsables de estos informes han experimentado cierta rotación de sus expertos, lo que implica una pérdida de perspectiva histórica de los informes y conocimientos anteriores relacionados con la Cumbre N4G.

Puede que existan otras razones adicionales. En todo caso, se necesita ahondar en este aspecto para comprender por qué las empresas registraron un nivel significativamente inferior con respecto a las otras partes interesadas.

PROGRESOS MUNDIALES

En la evaluación de 2016, un número inferior de partes interesadas (36 %) notificó estar en "buena vía" o haber cumplido con sus compromisos en 2014 y 2015, en parte debido a un índice de respuesta más bajo (Figura 4.1'). Además, un 19 % de los compromisos estaban en "mala vía" o se habían considerado poco claros debido a la falta de pruebas brindadas para realizar la evaluación.

Sin embargo, de las respuestas recibidas, más de dos terceras partes de los compromisos se consideraron en "buena vía" (un 36 % del 55 %), lo que representa una proporción más elevada que en 2014 y 2015 (Figura 4.1).

El Panel 4.2 presenta ejemplos de compromisos bien encaminados de las distintas partes interesadas y de sus realizaciones; además, se brindan más detalles de dos compromisos en los Paneles 4.3 y 5.5.

PANEL 4.2 EJEMPLOS DE COMPROMISOS N4G DE 2013 "EN BUENA VÍA" Y "ALCANZADOS"

SWETHA MANOHAR Y SARA GLASS

Presentamos algunos ejemplos de compromisos -asumidos por las distintas partes interesadas en la Cumbre de Nutrición para el Crecimiento (N4G) de 2013 en Londres- que se han cumplido o están por serlo. Aunque este panel no indica si los compromisos eran ambiciosos o exitosos en el plano de la mejora del estado nutricional, muestra cuáles eran estos compromisos y cómo se implementaron.

Agencias de las Naciones Unidas

- El Fondo Internacional para Desarrollo Agrícola (FIDA) se comprometió a orientar aproximadamente el 20 % de todos los nuevos proyectos que financiaba para la obtención de resultados en materia de nutrición. En 2016, el FIDA notificó la asignación del 21 % de sus fondos a proyectos orientados a la nutrición.
- UNICEF se comprometió en varios proyectos, uno de los cuales fue respaldar la implementación de encuestas MICS en aproximadamente 50 países en los próximos tres años. UNICEF ha notificado la implementación de encuestas MICS en más de 50 países, con más de 58 encuestas realizadas, en progreso o planeadas desde 2013 (más detalles en el Panel 4.3).

Gobiernos

- El gobierno de Bangladesh se comprometió a reducir el retraso en el crecimiento del 41 % (en 2011) al 38 % (en 2016), la emaciación del 16 % (en 2011) al 12 % (en 2016) y a movilizar un respaldo financiero nacional e Internacional a los esfuerzos desplegados a escala nacional, con el fin de mejorar la nutrición y revisar sus políticas y programas de protección social para que se concentren y contribuyan explícitamente en las intervenciones orientadas y específicas a la nutrición. Bangladesh alcanzó sus compromisos políticos adoptando el *National Nutrition Policy 2015* y la *National Strategy for Micronutrient Deficiency Control*.

Bangladesh está por adoptar un componente de promoción de la nutrición de su *Comprehensive Social and Behaviour Change Communication Strategy* y la revisión de las reglas de su *Breast Milk Substitutes Act* de 2013. Además, el séptimo plan quinquenal, la política nacional para la nutrición y la política alimentaria nacional, entre otras políticas y estrategias sectoriales pertinentes, se dedicaron a tratar la desnutrición incorporando enfoques intersectoriales específicos de la nutrición. Bangladesh está en "buena vía" de alcanzar sus otros compromisos.

- El gobierno de Burkina Faso alcanzó su compromiso político que consistía en incluir a las organizaciones de la sociedad civil y los parlamentarios como partes interesadas clave en el ámbito de la nutrición. De hecho, la sociedad civil de este país fue invitada a formar parte de su plataforma multisectorial y los periodistas contribuyeron a las actividades de sensibilización en materia de nutrición y a una mayor visibilidad de esta cuestión de sociedad organizando campañas de comunicación sobre el tema de la lactancia materna exclusiva en ciertas regiones del país.

Donantes

- Alemania invirtió 105 millones de dólares estadounidenses y contribuyó con 102 millones de dólares en intervenciones específicas y enfocadas a la nutrición. De esta forma, el país está en "buena vía" de alcanzar su compromiso de contribuir con 200 millones de euros (260 millones de dólares) de fondos adicionales específicos y orientados a la nutrición entre 2013 y 2020.
- El Banco Mundial asignó 600 millones de dólares a programas destinados a la nutrición de la madre y el niño en los países en desarrollo, lo que triplicó sus gastos en 2011–2012. La institución cumplió con su compromiso correspondiente al periodo

entre el 1 de julio de 2013 y el 30 de junio de 2015, durante el cual desembolsó 1.627 millones en nuevos compromisos específicos y enfocados a la nutrición.

- La Fundación Bill y Melinda Gates desembolsó 90,9 millones de dólares en 2014 y, por lo tanto, está en vías de alcanzar su inversión global prometida de 862,7 millones de dólares en programas específicos y orientados a la nutrición para el año 2020.

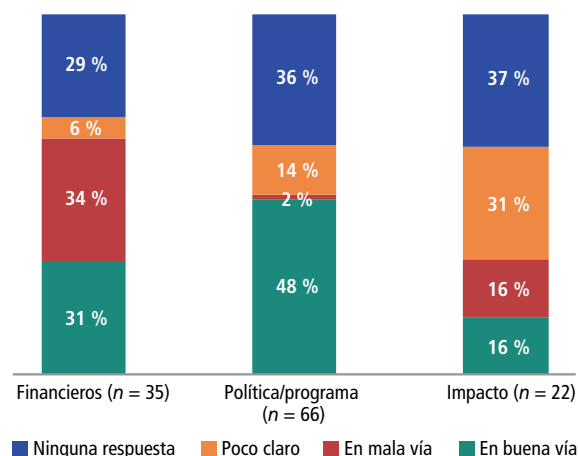
Empresas

- En 2015, Cargill completó la financiación de 150.000 dólares a la que se había comprometido a favor del Programa Haití de la Universidad Notre Dame, que puso en marcha una fábrica de yodación de la sal con una producción anual de 3.000 toneladas de sal (ver Panel 4.3).
- Royal DSM se comprometió a respaldar la mejora de la nutrición de 50 millones de beneficiarios por año hasta 2020. A través de su asociación más amplia con el Programa Mundial de Alimentos, DSM brindó asistencia a alrededor de 25,1 millones de beneficiarios en 2014.

Sociedad civil

- Concern Worldwide se comprometió con 25.300.000 dólares e invirtió 31.709.300 dólares en acciones específicas de nutrición.
- Helen Keller International se comprometió a crear una base de datos a partir de información comprobada y destinada a las intervenciones orientadas a la nutrición, a respaldar los esfuerzos de enriquecimiento alimentario a gran escala en Burkina Faso, a movilizar una financiación privada de apoyo a las iniciativas para la nutrición y a desempeñar un liderazgo en el ámbito de las iniciativas de nutrición a escala internacional. La organización está "en buena vía" de cumplir con dichos compromisos (ver Panel 5.5 en el Capítulo 5).

FIGURA 4.3 Progresos por tipo de compromiso, reunidos según donantes, organizaciones de la sociedad civil y países



Fuente: Los autores.

Este año, donantes, organizaciones de la sociedad civil, agencias de las Naciones Unidas y "otras" organizaciones han registrado progresos en la realización de sus compromisos políticos y programáticos. Entre un 57 y un 86 % de ellos indicaron estar en buena vía o

haber cumplido con sus compromisos (Figura 4.2). A diferencia de 2015, una proporción más importante de organizaciones de la sociedad civil se consideró en buena vía de cumplir con sus compromisos políticos (73 %) en comparación con sus compromisos financieros (42 %). Al igual que en 2015, un mayor número de gobiernos fueron evaluados en una mejor vía con respecto a sus compromisos programáticos y de políticas, en comparación con los compromisos de impacto y los financieros.

Los signatarios que habían contraído compromisos financieros en la cumbre N4G, sobre todo los donantes, los países y las organizaciones de la sociedad civil, asumieron un total de 35 compromisos financieros (Figura 4.3): el 34 % fue evaluado en buena vía de realización y el 31 %, en mala vía. No recibimos respuestas correspondientes al 29 % de los compromisos financieros.

La mayor parte de los compromisos considerados en buena vía corresponde al porcentaje de compromisos programáticos y de políticas (48 %), seguidos de los compromisos financieros (31 %) y los compromisos de impacto (16 %). Los compromisos de impacto, asumidos únicamente por los países, registraron los índices de respuesta más bajos (63 %) con respecto a los tres tipos de compromiso. Asimismo, estos compromisos se consideraron a menudo poco claros (31 %). Los compromisos financieros tenían el mayor porcentaje de compromisos evaluados en mala vía (31 %).

Análisis detallado de los compromisos financieros asumidos por los donantes

Si bien los compromisos financieros eran los que menos probabilidades tenían de estar en buena vía, los resultados de los donantes son

CUADRO 4.1 Compromisos financieros de los donantes en la cumbre N4G e informes presentados sobre dichos compromisos

Donantes	Compromisos N4G	Avances de los compromisos comunicados en los Informes de la Nutrición Mundial, 2014–2016
Alemania	Financiación de 260 millones de dólares adicionales, 2013–2020	160 millones de dólares desembolsados en el período 2013 - 2014. Probablemente 96 millones de dólares (160 millones de dólares – 2 × 32 millones de dólares [el nivel de 2012]) corresponde a los fondos adicionales.
Australia	40 millones de \$ adicionales (alrededor de 37 millones USD ^a) en el período 2013–2017	108 millones de dólares desembolsados en el período 2013–2014, pero el monto adicional no se estipula con claridad. Probablemente la integralidad del monto declarado.
Estados Unidos de América	10.015 millones de dólares, 2012–2014	7.488 millones de dólares desembolsados en el período 2012–2014
Irlanda	338 millones de dólares, 2013–2020	134 millones de dólares desembolsados en el período 2013 - 2014
Países Bajos	390 millones de dólares, 2013–2020	85 millones de dólares desembolsados en el período 2013 - 2014
Reino Unido	1.922 millones de dólares, 2013–2020	1.707 millones de dólares desembolsados en el período 2013 - 2014
Unión Europea	4.565 millones de dólares, 2014–2020	615 millones de dólares desembolsados en 2014
Bill & Melinda Gates Foundation	863 millones de dólares, 2013–2020	218 millones de dólares desembolsados en el período 2013 - 2014
Children's Investment Fund Foundation	793 millones de dólares, 2013–2020	65 millones desembolsados en el período 2013 - 2014
Banco Mundial	600 millones de dólares, 2013–2014	1.627 millones de dólares notificados para 2013 y 2014
Total	19.863 millones de dólares	12.143 millones de dólares (o el 61 % del compromiso)

Fuente: Los autores; para los compromisos N4G ver Reino Unido (2013b).

Nota: A\$ = dólares australianos; los otros montos se indican en dólares estadounidenses. Ver Cuadro 7.1 para tener un resumen completo de los informes de los donantes.

^a Convertido a dólares estadounidenses utilizando el tipo de cambio de 2013 de www.irs.gov/Individuals/International-Taxpayers/Yearly-Average-Currency-Exchange-Rates.

correctos. En total, 10 donantes ratificaron compromisos financieros en la cumbre N4G de 2013. Seis de dichos compromisos o estaban en buen camino o se consideraron logrados en la evaluación de 2016 (ver el Cuadro A7.3 del Anexo [en línea]). En cuanto al 40 % restante, considerado en mala vía, todos han registrado un aumento en los desembolsos para las intervenciones específicas y enfocadas a la nutrición desde 2013 (para más detalles, ver Capítulo 7, Cuadro 7.1).

Sin embargo, en su conjunto, ¿cómo están actuando los donantes con respecto a sus compromisos N4G? El Cuadro 4.1 nos recuerda los compromisos financieros de la N4G y resume los informes suministrados por los donantes en relación con cada período de compromiso.

A partir del Cuadro 4.1, se desprende que los donantes están en buena vía de cumplir con su promesa de donación de 19.860 millones de dólares: ya han cumplido con el 61 % de lo prometido. Sin embargo, vale aclarar que este sólido rendimiento está influenciado por los importantes desembolsos realizados por el Banco Mundial y los Estados Unidos de América, dos donantes de primer plano que asumieron compromisos a dos o tres años, a diferencia de los otros donantes, que lo hicieron a siete u ocho años. Si excluimos de la evaluación al Banco Mundial y a los Estados Unidos de América, los ocho donantes restantes cumplieron alrededor del 33 % del total de sus compromisos financieros N4G, es decir, un avance que, considerando dos años en un periodo de ocho, los ubica en primera posición en el calendario.

Dado que los respectivos periodos de compromiso se han completado, esperamos que el Banco Mundial y los Estados Unidos de América declaren compromisos SMART y ambiciosos para 2016 y los años siguientes.

Detalle de los progresos registrados por grupo signatario

- **Gobiernos nacionales:** Compromisos para reducir los índices de desnutrición (impacto): 3 de los 19 gobiernos están en buena vía o han alcanzado sus compromisos en función de los progresos notificados con respecto a estas metas (ver el Cuadro A7.2 del Anexo). Dos de los 15 gobiernos están en buena vía de cumplir con sus compromisos financieros y 9 de los 21 gobiernos están en buena vía o ya han alcanzado sus compromisos de políticas y programas.
- **Donantes:** De los 10 compromisos financieros de los donantes en la Cumbre N4G de 2013, cinco están en buena vía y uno de los compromisos se cumplió (ver el Cuadro A7.3 del Anexo). De los 12 donantes que efectuaron compromisos de políticas y programas, nueve fueron evaluados en buena vía para dichos compromisos y uno de los compromisos se cumplió (ver el Cuadro A7.4 del Anexo).
- **Organizaciones de la sociedad civil:** De las siete organizaciones de la sociedad civil que contrajeron compromisos financieros en la cumbre N4G, cuatro están en buena vía, una no

respondió, una fue incapaz de responder y una está en la mala vía. De las 11 organizaciones que adoptaron compromisos de políticas y programas, dos han alcanzado sus compromisos, seis están en buena vía, una fue considerada poco clara y dos no respondieron (ver el Cuadro A7.5 del Anexo). Como indicado en 2014 y 2015, muchos de los compromisos N4G se concentran en intervenciones enfocadas a la acción y en los vínculos entre la nutrición, la iniciativa WASH (agua, saneamiento e higiene), la agricultura y la salud. El Panel 5.5 en el Capítulo 5 muestra un ejemplo de un compromiso exitoso de las organizaciones de la sociedad civil.

- **Empresas:** De las 29 empresas asociadas a los compromisos sobre la fuerza laboral (o la mano de obra) en la cumbre N4G (es decir, producir una política de nutrición para su fuerza de

Esperamos que el Banco Mundial y los Estados Unidos de América declaren compromisos SMART y ambiciosos para 2016 y los años siguientes.

trabajo y mejorar las políticas para la salud materna), 20 no respondieron, siete están en buena vía y dos se consideraron poco claras (ver los Cuadros A7.7a y A7.7b del Anexo). De las nueve empresas que enviaron sus respuestas, siete se encuentran en una trayectoria ascendente (avance continuo o acelerado) y dos están en una trayectoria descendente (en general, avance lento o desacelerado). De las 20 empresas con compromisos N4G relativos a su fuerza laboral, se registraron cinco respuestas: tres están en la buena vía, una en la mala vía y 1 no está clara. El Panel 4.3 presenta un ejemplo de un compromiso asumido por una empresa.

- **Agencias de las Naciones Unidas:** Al igual que sus resultados en el *Informe de la Nutrición Mundial 2015*, las agencias de las Naciones Unidas declararon que continúan realizando avances en sus programas N4G en materia de políticas y programas; seis de cada siete agencias de las Naciones Unidas se consideraron en buena vía (ver el Cuadro A7.9 del Anexo). El Panel 4.3 presenta un ejemplo de un compromiso asumido por una agencia de las Naciones Unidas.
- **Otras organizaciones:** CABI (Centro Internacional para la Agricultura y las Biociencias que, entre otros servicios, pone a disposición una base de datos científica sobre nutrición y alimentación), CGIAR (un consorcio mundial de investigación agrícola), GAIN (Alianza Mundial para una Nutrición Mejorada, una organización internacional dedicada a la malnutrición) y Grand Challenges Canada (una organización que apoya la innovación integrada en la salud mundial). De las organizaciones que respondieron, todas estaban en buena vía (ver el Cuadro A7.10 del Anexo).

¿EN QUÉ MEDIDA LOS COMPROMISOS SMART SON EXHAUSTIVOS Y ESTÁN ALINEADOS CON LOS COMPROMISOS NG4 DE 2013?

En esta sección nos planteamos tres interrogantes: ¿Son SMART los compromisos N4G de 2013? ¿Cubren todas las formas de malnutrición? Y por último: ¿cómo se han alineado con las recomendaciones para la acción acordadas de forma multilateral en la CIN2?

CARACTERÍSTICAS SMART DE LOS COMPROMISOS N4G PARA LA ACCIÓN

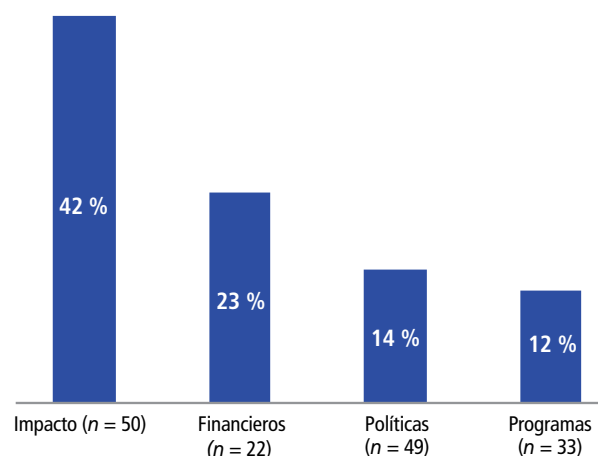
En el *Informe de la Nutrición Mundial 2015*, evaluamos las características SMART de los compromisos N4G originales de 2013. Los parámetros SMART son muy útiles porque nos permiten evaluar la evolución de un programa o un determinado esfuerzo y aportar cambios significativos y útiles a lo largo del proceso con el fin de aumentar las posibilidades de éxito. En esta sección, realizamos un análisis más completo que implica definir claramente lo que significa un compromiso SMART en favor de la nutrición. Como parte de este proceso, hemos redactado una nota informativa: "Cómo adoptar compromisos SMART a favor de la nutrición: Nota de orientación." Este documento, que figura en el Anexo 5, tiene como objeto guiar la preparación de los futuros compromisos con el fin de garantizar sus características SMART. Además, establece los criterios que permiten determinar si los compromisos existentes son realmente SMART.

En base a esta nota de información, hemos evaluado los compromisos N4G de 2013, centrándonos en determinar si son específicos, medibles y limitados en el tiempo en función a los siguientes criterios:

- Un compromiso se denomina "específico" si contiene una acción y menciona quién es el responsable de su realización. Los compromisos que incluyen una acción, pero no logran identificar a su responsable, se consideran "no específicos".
- Un compromiso se considera "medible" si contiene enunciados cuantificables o semi cuantificables que puedan ser evaluados. Cuando se trata de un compromiso basado en una meta, se deben proporcionar las cifras de referencia. Todo compromiso que carezca de enunciado y de acción, se considera "no medible".
- Un compromiso se considera "limitado en el tiempo" si se indican plazos claros en el enunciado del compromiso. Si no existe ninguna indicación de plazo, el compromiso se considera "no limitado en el tiempo".

Si bien las características "A" (alcanzable) y "R" (realista) son esenciales desde el punto de vista de la implicación de los países y del monitoreo, no se utilizan en la evaluación porque su inclusión requeriría un análisis más detallado de las capacidades del país o de la organización y de la situación nutricional que trata.

FIGURA 4.4 Parte del total de compromisos N4G nacionales de 2013 que son SMART, por categoría



Fuente: Los autores.

Lamentablemente, como indicado en el *Informe de la Nutrición Mundial 2015*, la evaluación mostró que solo el 29 % de los compromisos iniciales de la cumbre N4G cumplían con dichos criterios.

De los 154 compromisos N4G asumidos en 2013 por los 25 gobiernos, 37 (24 %) eran SMART. Cuando se desglosan dichas promesas por tipo de compromiso nacional (Figura 4.4), la mayor parte de los que son SMART corresponde a los compromisos de impacto (21 de 50, es decir, un 42 %), seguidos de 5 de los 22 compromisos financieros (23 %). Una proporción más pequeña de los compromisos en materia de políticas y programas era SMART, con 7 de 49 (14 %) y 4 de 33 (12 %) considerados SMART, respectivamente. Vale la pena señalar que el análisis anterior muestra que los tipos de compromisos más SMART -de impacto y financieros- eran los que menos tendencia tenían a estar en buen camino, mientras que los compromisos de políticas y programas, más imprecisos, tendían a considerarse en la buena vía.

Como se indica en la Figura 3.6 del *Informe de la Nutrición Mundial 2015*, los índices SMART para las otras partes interesadas eran: 58 % para las empresas (compromisos que no incluyen la fuerza de trabajo), 30 % para las otras agencias, 26 % para los donantes (compromisos no financieros), 23 % para las agencias de las Naciones Unidas y 10 % para las organizaciones de la sociedad civil (compromisos no financieros).

Algunos ejemplos de compromisos N4G SMART se presentan en el Panel 4.3. Aunque fue imposible establecer si dichos compromisos eran eficaces para la reducción de la malnutrición, en teoría, correspondían a las características SMART buscadas.

PANEL 4.3 LOS COMPROMISOS SMART SON MÁS FÁCILES DE MONITOREAR: LOS EJEMPLOS DE CARGILL Y UNICEF

KATHERINE ROSETTIE, WERNER SCHULTINK Y TARYN BARCLAY

Cargill asumió numerosos compromisos SMART-es decir, específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo-en la Cumbre N4G de 2013. En el marco de su iniciativa Nourishing the Future, uno de sus compromisos consistía en explorar nuevas posibilidades de trabajar con el programa EDUCAN (programa integrado para los niños vulnerables en América Central) de la organización no gubernamental CARE, en Guatemala. La idea consistía en impartir a 6.000 hogares y 14.000 niños una educación sobre la nutrición en tres grandes municipalidades durante un periodo de tres años. Este compromiso incluye todos los elementos SMART: es específico (identifica una acción específica y quién es responsable de esta acción: los equipos CARE y Cargill en Guatemala), medible (se puede contabilizar el número de hogares beneficiarios), alcanzable (Cargill y CARE han registrado progresos desde 2009 en materia de movilización de los niños y los padres en torno a la educación sobre la nutrición), realista (Guatemala posee una alta prevalencia de malnutrición crónica) y limitado en el tiempo (establece un periodo de tres años a partir de 2013).

Cargill asumió un segundo compromiso SMART que consiste en asignar 150.000 dólares a la promoción del enriquecimiento sostenible de la sal a través de su asociación con el Programa Haití de la Université Notre Dame (NDHP) durante un periodo de tres años. Este compromiso financiero reúne los cinco elementos SMART: es específico (identifica una acción específica y quién es el responsable), medible (es posible monitorear el monto de los fondos asignados al programa NDHP), alcanzable (Cargill colabora y respalda el programa NDHP desde principios de siglo), realista (la carencia

de yodo y la filariasis linfática afectan a millones de haitianos) y limitado en el tiempo (limitado a un periodo de tres años).

Puesto que estos compromisos son SMART, podemos evaluar claramente si se han implementado y si han alcanzado sus objetivos. En 2016, Cargill declaró haber alcanzado su objetivo de 14.000 beneficiarios con su programa de educación sobre la nutrición en las tres grandes municipalidades situadas cerca de sus operaciones, en Guatemala. Además, se considera que el 70 % de los 345 niños seleccionados en las tres municipalidades ha adquirido los conocimientos suficientes en materia de seguridad alimentaria y nutricional. También ha cumplido su compromiso de financiación con respecto al programa NDHP en 2015. Hasta ahora, el programa NDHP ha establecido una planta de enriquecimiento de sal que produce 3.000 toneladas por año, mientras que, por su parte, Cargill ha distribuido aproximadamente 1.500 toneladas de sal, al precio del mercado, a partir de su fábrica de sal marina de Bonaire, en el programa Haití.

UNICEF también asumió numerosos compromisos SMART en el marco de la Cumbre N4G de 2013 para luchar contra la malnutrición en el mundo. Uno de los compromisos consistía en trabajar con los socios gubernamentales para incluir servicios de nutrición esenciales en todos los kits de intervención sanitaria durante la Jornada de la Salud de los Niños (CHD) en un periodo de cinco años. Este compromiso es específico (identifica una acción específica e indica quién es el responsable de su implementación), medible (el porcentaje de Jornadas de la Salud de los Niños que se han beneficiado con esta acción se puede contabilizar al 100 %), alcanzable (UNICEF ya ha colaborado con numerosos países para la mejora de la prestación de

los servicios de nutrición), realista (las jornadas se dirigen a las poblaciones más vulnerables, donde la malnutrición es una constante dominante), y limitado en el tiempo (periodo de cinco años).

Puesto que se trataba de un compromiso SMART, era más fácil identificar los importantes progresos realizados por UNICEF en el plano de la integración de los servicios nacionales en las jornadas CHD. Gracias a la ayuda del gobierno de Canadá, UNICEF intervino en 13 países africanos para ayudar a los gobiernos a mejorar la eficacia de estas jornadas semestrales. Específicamente, UNICEF logró incluir la suplementación con vitamina A, mensajes que incitan a cambiar de comportamiento centrado en la nutrición, la detección de la malnutrición aguda y la orientación hacia los servicios competentes, además del seguimiento del crecimiento y la promoción de estas jornadas en África subsahariana.

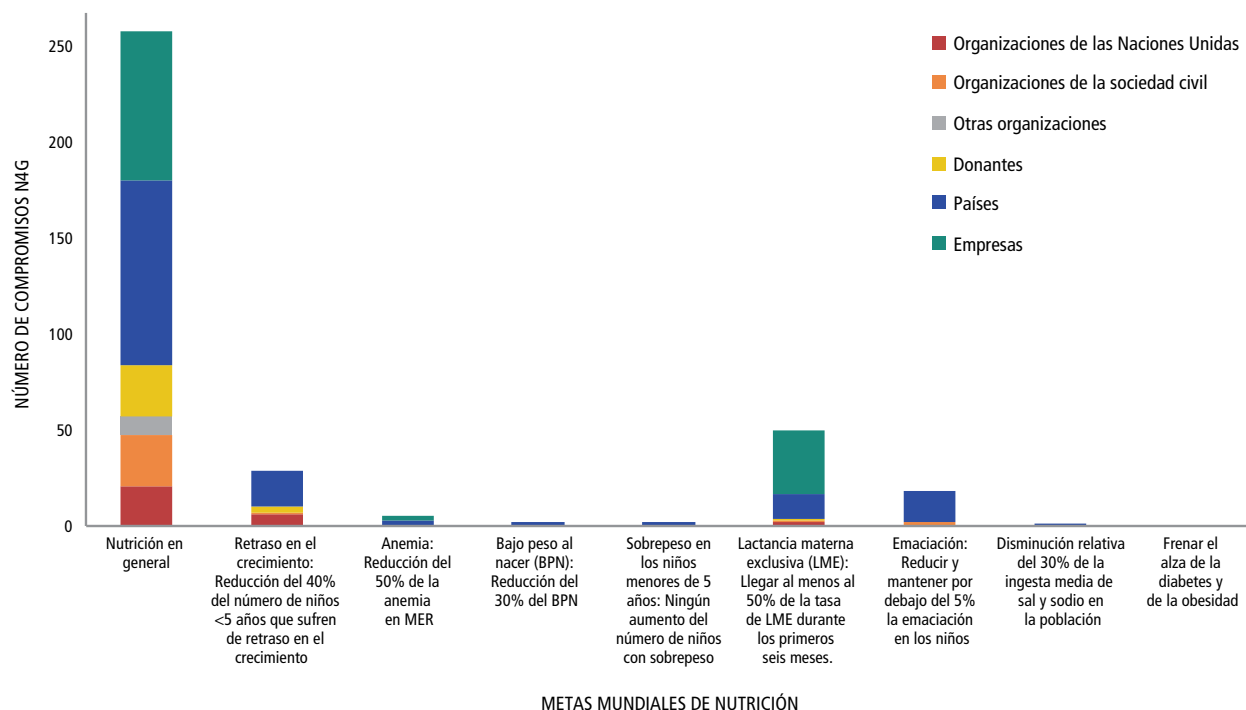
Otro compromiso SMART asumido por UNICEF consistía en respaldar la implementación de encuestas MICS en aproximadamente 50 países, en tres años. Este compromiso es SMART, puesto que es específico (aproximadamente 50 países), medible (el número de países cubiertos por una encuesta MICS puede ser contabilizado), alcanzable (UNICEF ha logrado implementar estas encuestas MICS en numerosos países; se trata de su quinta campaña), realista (las encuestas MICS constituirán una fuente de datos mundiales importante en la era post 2015) y limitado en el tiempo (limitado a tres años). Desde 2012, UNICEF ha ayudado a un total de 48 países en la realización de 59 MICS, 50 han publicado informes y 9 están por terminar sus encuestas.

ALINEACIÓN DE LOS COMPROMISOS N4G CON LAS METAS MUNDIALES DE NUTRICIÓN

La cumbre N4G de 2013 se concentraba en la desnutrición y, en particular, en el retraso en el crecimiento, más que en la malnutrición en todas sus formas. Dado que la cumbre N4G se llevó a cabo

antes de la conferencia CIN2, de los ODS y de la adopción de las metas globales relativas a las enfermedades no transmisibles de la OMS -metas que, en su conjunto, enfatizaban la amplia serie de repercusiones de la malnutrición que es importante revertir-, sería sorprendente descubrir que los compromisos N4G se alinean efectivamente con dichas iniciativas. De todas formas, es instructivo

FIGURA 4.5 Número de compromisos N4G que hacen referencia a formas específicas de malnutrición



Fuente: Los autores.

Nota: OSC = organizaciones de la sociedad civil; MER = mujeres en edad reproductiva; BPN = bajo peso al nacer; LME = lactancia materna exclusiva.

CUADRO 4.2 Cuatro ejemplos de compromisos SMART de doble función para la lucha contra la desnutrición y la obesidad/las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición

Recomendación del Marco de Acción de la CIN2 (en su forma abreviada)	Ejemplo de un compromiso SMART de doble función	¿Por qué esta acción es de doble función?
2: Elaborar —o revisar, si es necesario— y calcular el costo de los planes nacionales para la nutrición.	El Ministerio de Salud, acompañado por los ministerios de agricultura, educación, comercio y protección social, y tras consulta con la sociedad civil, elabora (o revisa) y calcula el costo de un plan nacional para la nutrición, hasta diciembre de 2017.	Los planes nacionales para la nutrición deberán abarcar la malnutrición en todas sus formas.
16: Establecer normas fundadas en los alimentos o los elementos nutritivos orientados a facilitar el acceso a una dieta sana y el agua potable en las estructuras públicas.	Los ministerios de educación y salud elaboran normas nutricionales para las escuelas públicas que adhieren a las recomendaciones de la OMS, para junio de 2017, y garantizan la implementación en las escuelas hasta diciembre de 2018.	Las normas nutricionales para las escuelas deberán privilegiar una alimentación de gran calidad para los niños expuestos a un riesgo de desnutrición, sobrepeso y obesidad y de enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.
29: Adaptar y aplicar el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones correspondientes adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud.	El órgano legislativo incorpora al derecho nacional el Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las orientaciones de la OMS relativas a las prácticas comerciales irregulares relativas a los alimentos para los lactantes y los niños, para diciembre de 2017.	La lactancia materna desempeña una función de prevención con respecto a las distintas formas de desnutrición y de sobrepeso y obesidad.
38: Brindar asesoramiento en materia de alimentación a las mujeres embarazadas con el fin de favorecer un aumento de peso sano y una nutrición adecuada.	El ministerio de salud establece que los consejos alimentarios para las futuras madres (y padres) deben formar parte integrante de los servicios de asesoramiento ofrecidos durante las citas durante el embarazo en las maternidades, para junio de 2017.	Los consejos alimentarios deberían hacer referencia a los riesgos de malnutrición en todas sus formas en el niño, y adaptarse, si es necesario, a las formas de malnutrición a las que se enfrentan por lo común las mujeres.

Fuente: WCRF International y NCD Alliance (2016).

Nota: Estos ejemplos están alineados con el Marco de Acción de la Segunda Conferencia Internacional sobre la Nutrición. CIN2 = Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición; OMS = Organización Mundial de la Salud.

evaluar en qué medida los compromisos N4G de 2013 se alinean con todas las metas globales de la nutrición para las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición en las madres, los recién nacidos y los niños (ver Panel 2.1 en el Capítulo 2). Cada uno de los 204 compromisos declarados por los signatarios del Pacto Mundial N4G se examinó con vistas a su alineación con estas ocho metas; asimismo, se verificó si alguna de estas ocho metas de la nutrición se mencionó en los compromisos de los signatarios.

La Figura 4.5 muestra que la amplia mayoría de los compromisos no especifican qué formas de malnutrición tratan. Sin embargo, como era de esperar, de los compromisos que especificaban las formas de malnutrición, la mayoría se vinculaba con la lactancia materna exclusiva, seguida del retraso en el crecimiento y posteriormente de la emaciación. El número de compromisos que se referían específicamente a la anemia, el bajo peso al nacer, el sobrepeso, la obesidad y la diabetes y la reducción de la ingesta de sal era insignificante. Sin embargo, es interesante indicar que dos países, Tanzania y Sri Lanka, asumieron compromisos para luchar contra la obesidad a pesar de no ser uno de los temas centrales de la cumbre.

Es posible que los compromisos en materia de nutrición traten más de una forma de malnutrición a la vez. En el *Informe*

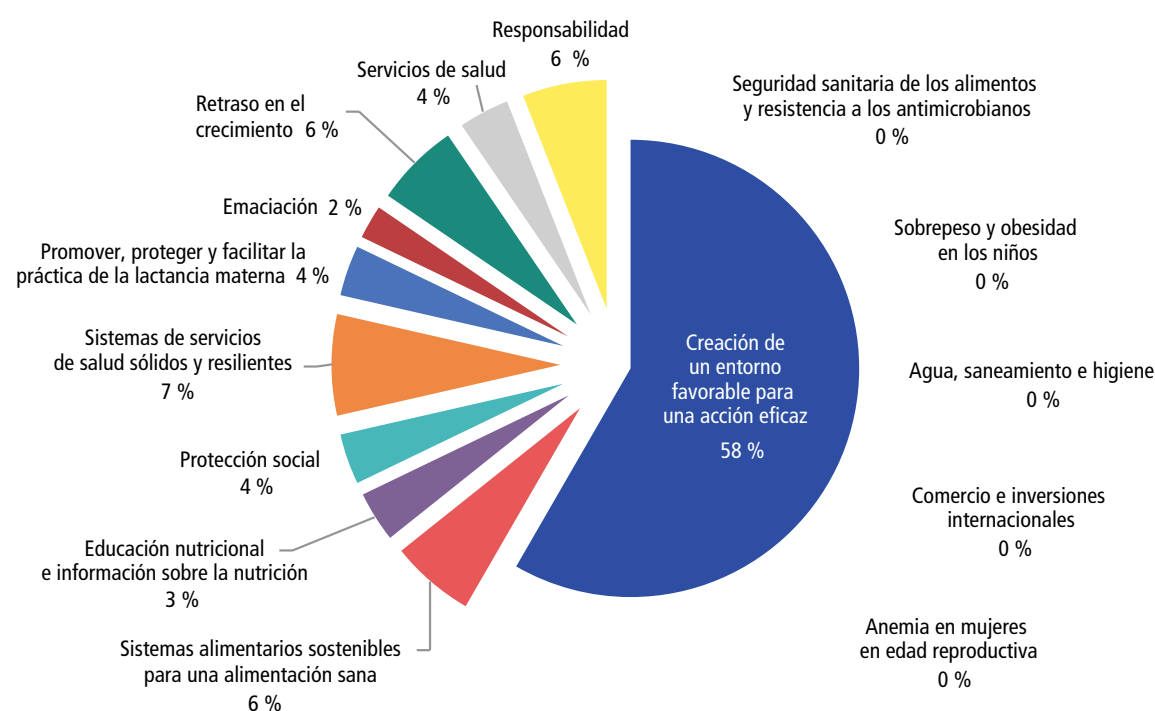
de la *Nutrición Mundial* de 2015, identificamos el potencial de acciones de "doble función" que implican beneficios simultáneos desde el punto de vista de la desnutrición por un lado y de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición y la obesidad, por otro. En mayo de 2016, el Fondo Internacional para la Investigación del Cáncer (WCRF) y la Alianza de ENT formularon ejemplos de acciones SMART de doble función que los gobiernos podían seguir para tratar tanto la desnutrición y la obesidad como las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición, y que están alineados con el Marco de Acción de la CIN2 (Fondo WCRF y NCD Alliance 2016). Los ejemplos de acciones SMART de doble acción figuran en el Cuadro 4.2.

CONCORDANCIA DE LOS COMPROMISOS N4G CON LAS RECOMENDACIONES DE LA CIN2

Esta sección se concentra en los ámbitos del Marco de Acción 2014 de la CIN2 cubiertos por los compromisos N4G. Existen 60 recomendaciones en el Marco de Acción, divididas en 15 categorías de acciones.

Con el fin de identificar las áreas de coherencia y la alineación, revisamos los 75 compromisos para la acción N4G en materia de

FIGURA 4.6 Distribución de los compromisos N4G de los gobiernos en materia de políticas y programas que forman parte de las categorías del Marco de Acción de la CIN2



Fuente: Los autores.

Nota: Las cifras establecen la distribución de 84 compromisos N4G a partir de las 15 categorías de acción que forman parte del Marco de Acción de la CIN2. Este marco no contiene ninguna recomendación que abarque el enriquecimiento y la suplementación para reducir las carencias de micronutrientes, pero tres países que participan en la Cumbre N4G asumieron compromisos en materia de políticas y programas en este ámbito.

políticas y programas asumidos por los gobiernos y evaluamos cuáles son sus categorías de acción (de un total de 15) y las recomendaciones (de un total de 60) que contienen. Encontramos un total de 87 compromisos, pero solo hablamos de 84, puesto que tres compromisos no se ajustaban a ninguna categoría del Marco de Acción, dado que ninguna categoría tomaba en cuenta la fortificación y la suplementación con micronutrientes fuera de la anemia. Cuando un compromiso N4G incluía varias acciones, lo contamos más de una vez, lo que hace un total de 84 compromisos N4G.

La Figura 4.6 ilustra su distribución numérica. Habida cuenta del interés de la cumbre N4G por establecer nuevas disposiciones para mejorar la gobernanza (Panel 4.1), lógicamente, se esperaba que la mayoría de los compromisos estuviera alineada con la primera de las 15 categorías del Marco de Acción, es decir, la categoría sobre la creación de un entorno favorable a una acción eficaz a favor de la nutrición. Esto resultó efectivamente cierto: el 56 % de los compromisos N4G estaban alineados de esa manera.

Dos terceras partes de esos compromisos relativos a un entorno favorable respondían a 2 de las 60 recomendaciones del Marco de Acción:

- Recomendación 2: Elaborar -o revisar, según corresponda- y estimar los planes nacionales para la nutrición, armonizar las políticas de los distintos ministerios y organismos cuando estas políticas inciden en la nutrición y reforzar los marcos jurídicos y las capacidades estratégicas en el ámbito de la nutrición.
- Recomendación 3: Consolidar y establecer, según corresponda, mecanismos nacionales, intersectoriales y de múltiples partes interesadas destinados a la seguridad alimentaria y la nutrición, con el fin de monitorear la implementación de políticas, estrategias, programas y otras inversiones en nutrición. Tales plataformas pueden ser necesarias a varios niveles y es conveniente que estén acompañadas por sólidos mecanismos de protección contra los fraudes y los conflictos de interés.

Los otros compromisos N4G estaban dispersos en las 14 categorías de acciones restantes, aunque ninguno se relacionaba con la anemia, el sobrepeso infantil, las iniciativas WASH o el comercio y las inversiones internacionales.

LLAMADOS A LA ACCIÓN

- 1. Lograr que todos los compromisos sean SMART.** Lograr que gobiernos, agencias, parlamentarios, organizaciones de la sociedad civil, donantes y empresas asuman compromisos en nutrición que sean específicos, medibles, alcanzables y limitados en el tiempo. Nuestra guía SMART les puede ser de gran ayuda.
- 2. Asumir compromisos que traten todas las formas de malnutrición.** Lograr que los Estados miembros y las agencias de las Naciones Unidas, los parlamentarios, las organizaciones de la sociedad civil, los donantes y las empresas garanticen que los futuros compromisos en nutrición luchen contra todas las formas (y combinaciones) de malnutrición de acuerdo con sus contextos nutricionales: retraso en el crecimiento, emaciación, deficiencias de micronutrientes, obesidad, sobrepeso y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.
- 3. Aprovechar todas las nuevas oportunidades que se presenten para asumir compromisos SMART.** Lograr que los Estados miembros y las agencias de las Naciones Unidas, los parlamentarios, las organizaciones de la sociedad civil, los donantes utilicen los procesos del Decenio de las Naciones Unidas sobre la Nutrición, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y los procesos de la Nutrición para el Crecimiento (N4G) como una oportunidad para aumentar sus niveles de ambición en materia de compromisos SMART sobre nutrición.
- 4. Acordar un mecanismo único de declaración mundial, sólido e independiente, para luchar contra la malnutrición en todas sus formas.** A finales de 2017, todas las partes interesadas en la nutrición deberán implicarse en un proceso, en el marco del Decenio de las Naciones Unidas sobre la Nutrición, con el fin de acordar por consenso un mecanismo independiente e inclusivo destinado a monitorear los progresos sobre los resultados, las acciones y los aportes relacionados con todas las formas de nutrición relativas a los ODS.
- 5. Informar sobre la evolución de los compromisos.** Los Estados miembros y las agencias de las Naciones Unidas, los parlamentarios, las organizaciones de la sociedad civil, los donantes y las empresas deberán asumir su responsabilidad a la hora de establecer informes anuales de sus progresos en materia de nutrición. El *Informe de la Nutrición Mundial 2017* deberá obtener un índice de respuesta superior al 90 %.



5

PASAR A LA ACCIÓN: PROGRESOS Y DESAFÍOS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS Y LOS PROGRAMAS ENFOCADOS A LA NUTRICIÓN

PARA QUE SEAN EFICACES, LOS COMPROMISOS DEBEN TRADUCIRSE EN ACCIONES Y POSEER UN DETERMINADO RESPALDO. LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS Y DE las intervenciones depende de la transformación de los compromisos políticos en acciones prácticas. ¿Cómo hacen los gobiernos y las demás partes interesadas al implementar políticas e intervenciones que reflejen el compromiso?

En este capítulo seguimos de cerca la implementación de cuatro conjuntos diferentes de acciones: en primer lugar, observaremos los logros en la creación de un entorno favorable para la acción en nutrición a través de estructuras de gobernanza intersectorial –un ámbito que ha sido objeto de un número relativamente considerable de compromisos gubernamentales en materia de políticas y programas asumidos durante la Cumbre Nutrición para el Crecimiento de 2013 (N4G) (ver Capítulo 4). Aunque no se trate de políticas en sí, estas estructuras de gobernanza tienen como propósito guiar el desarrollo y la implementación de las políticas y los programas. En segundo lugar, examinaremos las políticas de apoyo a la lactancia materna –una práctica que puede combatir diferentes formas de malnutrición: emaciación, retraso en el crecimiento y obesidad. En tercer lugar, abordaremos las políticas de apoyo a las dietas saludables y, en último y cuarto lugar, estudiaremos la cobertura de las intervenciones directas en materia de nutrición.

AVANCES EN EL DESARROLLO DE MECANISMOS DE GOBERNANZA INTERSECTORIAL EN FAVOR DE LA NUTRICIÓN

En la actualidad, se reconoce ampliamente la necesidad de la gobernanza intersectorial en favor de la nutrición. La Recomendación 3 del Marco de Acción de la Segunda conferencia internacional sobre la nutrición (ICN2) alienta a los países a desarrollar mecanismos intergubernamentales, intersectoriales y de múltiples partes interesadas con el fin de supervisar la implementación de las políticas públicas. El Capítulo 4 mostró que los compromisos más comunes en materia de políticas y de programas contraídos durante la Cumbre N4G de 2013 fueron sobre todo los relativos a los mecanismos intersectoriales. Dichos mecanismos resultaron fundamentales para apoyar los esfuerzos de Brasil a fin

de contribuir a la seguridad alimentaria y a la nutrición (Capítulo 1, Panel 1.5). El elemento clave en la experiencia brasileña fue el establecimiento de un conjunto de mecanismos gubernamentales entre los ministerios y el gobierno, la sociedad civil y los movimientos sociales, reunidos a través del Sistema Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SISAN). La existencia del SISAN y el hecho de que fuera operacional y tuviera apoyo al más alto nivel

permitió la coordinación, la implementación y el monitoreo de las políticas públicas de manera eficaz.

El Movimiento SUN para el refuerzo de la nutrición (SUN) ha sido claro al propugnar los mecanismos multisectoriales de gobernanza como espacios para desarrollar planes y políticas. El movimiento ha hecho un llamado a los múltiples sectores y

CONCLUSIONES CLAVE

Este capítulo explora los desafíos persistentes y los progresos limitados al implementar las políticas y los programas recomendados en materia de nutrición.

- Aun cuando existe la voluntad política de asumir un compromiso, su implementación sigue siendo un reto. A pesar de los mandatos para actuar, los códigos para orientarse y las evidencias de impacto, la implementación real de las acciones en nutrición varía mucho entre los países y entre las intervenciones. Existen pocas pruebas y análisis que indiquen dónde, por qué y cómo persisten esas diferencias de implementación.
- A partir de la experiencia de los mecanismos intersectoriales e interministeriales existentes para la implementación de las políticas nutricionales, sabemos que dichos mecanismos tienen más probabilidades de funcionar si están respaldados por compromisos al más alto nivel, por recursos humanos y financieros apropiados y por la participación de la sociedad.
- Si bien se reconoce ampliamente que la lactancia materna es una de las mejores maneras de mejorar la nutrición, es necesario intensificar a gran escala la implementación de las políticas y los programas clave que la promuevan:
 - Solo el 36 % de los países aplica todas o muchas de las disposiciones del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, que busca fomentar la lactancia materna exclusiva y el uso apropiado de los alimentos complementarios. Incluso esta cifra ha disminuido desde la última evaluación.
 - Cerca de una quinta parte de todos los países no cuenta con datos sobre sus políticas de protección de la maternidad (tal como las políticas en el lugar de trabajo que apoyen la continuación de la lactancia materna y la atención infantil), lo que hace suponer la existencia de lagunas en la legislación. Cerca del 70 % de los países que cuentan con datos carece de políticas para aumentar la disponibilidad de infraestructuras para la atención infantil en el lugar de trabajo.
 - El primer análisis publicado sobre la iniciativa "Hospitales Amigos del Niño", que promueve la lactancia materna en hospitales, muestra que menos del 28 % de los centros de maternidad en 160 países poseen la certificación desde 1991. Muchos no han sido certificados o su certificado no se ha renovado en los últimos años, lo que demuestra una disminución en el apoyo a esta iniciativa.
- Los países han alcanzado logros escasos y desiguales en la realización de las políticas que promuevan dietas sanas, esenciales para combatir las ENT. Con respecto a la implementación de tres recomendaciones fundamentales de la Organización Mundial de la Salud (aquellas relacionadas con la comercialización de alimentos para niños, la reducción de sal y de grasas trans y saturadas), sabemos que:
 - dos terceras partes de los países no han realizado ningún logro en la implementación de ninguna de las tres recomendaciones;
 - solo el 10 % de los países ha realizado algunos logros en la implementación de las tres recomendaciones, y un número desproporcionado de estos son países de ingresos medianos o altos y
 - una tercera parte de los países ha implementado políticas de reducción del consumo de sal, la política más implementada hasta la fecha.
- La intensificación de las intervenciones específicas para combatir la desnutrición ha sido lenta y desigual: la implementación de programas de fortificación y suplementación –como la suplementación de vitamina A y de zinc– ha sido más amplia que los enfoques basados en el fomento de la salud, como son la lactancia materna exclusiva y la promoción de la diversidad de la dieta. La universalización de los sistemas básicos de salud ofrece una oportunidad para intensificar aún más estas intervenciones.

PANEL 5.1 LECCIONES APRENDIDAS A PARTIR DE LOS MECANISMOS INTERSECTORIALES DE GOBERNANZA PARA TRATAR LA NUTRICIÓN: LAS COMISIONES NACIONALES DE LAS ENT EN EL CARIBE

MAISHA HUTTON Y SIR TREVOR HASSELL

En 2007, los Jefes de gobierno de la Comunidad del Caribe (CARICOM) celebraron en Puerto España, Trinidad y Tobago, una cumbre excepcional, la primera en su género, dedicada a las enfermedades no transmisibles (ENT).¹ Como parte de la Declaración de Puerto España, emanada de la cumbre, los líderes hicieron un llamado a todos los países para establecer comisiones nacionales como mecanismos para la prevención y el control multisectorial de las ENT a nivel nacional —una recomendación que se formuló por primera vez en el Plan estratégico 2003-2007 para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles de la región Caribe. Dadas las múltiples causas y factores de riesgo de las ENT, las comisiones han sido diseñadas para aportar una respuesta que involucre al gobierno (intrasectorial) y a toda la sociedad (intersectorial).

Para fines de 2014, 12 países de los 20 miembros del CARICOM ya habían constituido comisiones nacionales de ENT u órganos análogos. Siete de estas comisiones fueron lanzadas en 2011 o más tarde, posiblemente en respuesta a la Reunión de Alto Nivel de Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las ENT de 2011. La Coalición Caribe Saludable (HCC, por sus siglas en inglés), una organización no gubernamental, ha monitoreado y evaluado el funcionamiento de estas comisiones. Un estudio efectuado a cinco de estas comisiones arrojó que cuatro de ellas contaban con representantes de los ministerios de Educación y Agricultura (gobierno) y de organizaciones religiosas, organizaciones de la sociedad civil en favor de la salud y sindicatos (sociedad civil). Tres de ellas contaban con representantes del sector privado de la salud, fabricantes y medios de comunicación (sector privado).

Desde la celebración de la cumbre sobre ENT de Puerto España, las comisiones nacionales de

las ENT han logrado varios éxitos en la implementación de programas y políticas orientados a combatir las ENT. En 2015, la HCC emprendió un estudio detallado de todas las comisiones nacionales de las ENT del CARICOM, el cual puso de manifiesto, por ejemplo, que la comisión en Barbados había llevado a cabo campañas nacionales de mejora nutricional y de reducción del consumo de sal en toda la población. Asimismo, "Well Bermuda", la estrategia nacional de promoción de la salud en Bermuda, equivalente a la comisión nacional, ha logrado con éxito el compromiso de múltiples sectores en el uso de estrategias de promoción de la salud, como la firma de muchos memorándums de entendimiento entre el Ministerio de Salud y varias agencias líderes y la implementación de 15 de los 18 planes de acción. La HCC reporta que existe un sentimiento generalizado de que las comisiones de las ENT han contribuido tanto a una mayor sensibilización de las ENT dentro de los países, como al uso de una respuesta multisectorial para combatirlos.

No obstante, las comisiones nacionales de las ENT también han enfrentado retos significativos al pasar de la estructura administrativa a la implementación de las acciones. En marzo de 2016, solo nueve estaban en funcionamiento. En 2014, una encuesta de cinco comisiones reveló que muchos de sus presidentes consideraban que las comisiones no estaban lo suficientemente orientadas a la acción y eran incapaces de garantizar la implementación de sus recomendaciones. Además, la falta de recursos financieros y humanos dificultaba la puesta en marcha de sus programas. Uno de los obstáculos en la implementación del enfoque multisectorial necesario en el que participe toda la sociedad ha sido la falta de comprensión de los diferentes papeles y funciones de las partes interesadas. Además, a pesar de que estas comisiones fueron creadas

como plataformas para lograr una verdadera respuesta del conjunto de la sociedad en la lucha contra la epidemia de ENT, hoy en día resulta evidente que se necesita un grupo especial interministerial o un mecanismo equivalente en el cual todos los sectores de gobierno estén realmente implicados. De esta manera podrá crearse un entorno propicio para la salud en todas las políticas, como una respuesta integral del gobierno. Este mecanismo no ha tenido realmente un alcance significativo, salvo en algunos cuantos territorios. No ha sido fácil definir las relaciones entre las comisiones nacionales de las ENT y los Ministerios de Salud, un proceso que ha llegado incluso a resultar oneroso y en el cual se han cuestionado los papeles y las responsabilidades y se ha subrayado la falta de autonomía y de autoridad en la implementación de estos órganos. Se han presentado problemas en el monitoreo y la evaluación y en la transmisión de la información tanto dentro de los mismos sectores como entre ellos, de manera que no se ha podido comprobar que los conocimientos y las políticas hayan favorecido un cambio de comportamiento.

En respuesta a estos retos, la HCC ha formulado recomendaciones para reforzar las comisiones nacionales de las ENT en el Caribe, incluyendo la garantía de una financiación estable, el fortalecimiento de los demás sectores gubernamentales, una mayor participación del sector privado y de la sociedad civil y el establecimiento de un mecanismo formal que permita una interacción periódica entre el Ministerio de Salud y los miembros de las comisiones nacionales de las ENT. La HCC se encuentra desarrollando un marco de implementación sobre comisiones nacionales de las ENT para promover el establecimiento de nuevas comisiones nacionales en la región o reforzar las existentes.

partes interesadas para trabajar juntos en un enfoque realmente coherente, que combine un compromiso político de alto nivel con políticas y leyes eficaces, acciones alineadas de parte de todos los sectores de la sociedad y mejores recursos para vencer la malnutrición. De acuerdo con datos recientes, los países miembros

del Movimiento SUN están progresando en el desarrollo de mecanismos intersectoriales. En septiembre de 2015, 48 países de los 56 miembros que cuenta el Movimiento SUN declararon contar con un mecanismo multisectorial que involucraba a múltiples partes interesadas, aunque con diferentes grados de

funcionalidad (Refuerzo de la nutrición 2015). Por ejemplo, de los países signatarios, la República Democrática del Congo estableció su Comité nacional multisectorial de nutrición en diciembre de 2015 y Zambia ha desarrollado estructuras subnacionales de coordinación a nivel provincial, distrital y local/comunitario en los 14 distritos prioritarios. La mayoría de los países está trabajando para mejorar el compromiso con las organizaciones de la sociedad civil (OSC) y la comunidad científica y está implicando al sector privado. Estos mecanismos ya funcionan en muchos países. En la actualidad, el reto es ver que funcionen eficazmente. En 2015, una autoevaluación realizada por los países miembros del Movimiento SUN mostró que la utilización de los mecanismos para alinear las acciones y los recursos resultaba un desafío.

La gobernanza intersectorial también se recomienda para facilitar la acción multisectorial necesaria en el tratamiento de la obesidad y de las enfermedades no transmisibles (ENT). En el plano internacional, el Mecanismo de coordinación mundial de la OMS sobre las ENT empezó a funcionar en 2014 con el objetivo de facilitar la coordinación de las actividades, el compromiso de las múltiples partes interesadas y las acciones intersectoriales a nivel local, nacional, regional y mundial. Asimismo, se ha establecido una gama de iniciativas independientes diseñadas para promover la coordinación intersectorial e interdisciplinaria, a fin de impulsar acciones contra la obesidad y las ENT, siendo la más reciente la Comisión Lancet sobre Obesidad, que se reunió por primera vez en febrero de 2016.

En el plano nacional, la Revisión AGNU ENT 2014 emitió una declaración muy clara en apoyo a los mecanismos para guiar, ejecutar y promover el enfoque multisectorial. Específicamente, recomendó que los países debían "según proceda en función del contexto nacional, establecer un mecanismo nacional multisectorial (una comisión de alto nivel, un organismo o un grupo especial) para lograr un liderazgo compartido, la coherencia política y una rendición de cuentas mutua de las diferentes esferas normativas" (Naciones Unidas 2014a, 6).

En el Caribe, se ha tomado muy en serio el establecimiento de las comisiones de las ENT, pues 12 países de la región las han institucionalizado. Estas comisiones ya han dado algunos buenos resultados, aunque también han debido enfrentar muchos retos, como se describe en el Panel 5.1. Al igual que en el caso de los países miembros del Movimiento SUN, estas comisiones han demostrado que el establecimiento de un mecanismo no basta por sí solo: una comisión necesita contar con recursos humanos y financieros adecuados, así como con un peso político real para desempeñar eficazmente su papel transformador de los compromisos en acciones concretas.

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROTEGER Y PROMOVER LA LACTANCIA MATERNA

Está ampliamente reconocido que la lactancia materna es la mejor opción para la alimentación infantil, y la OMS recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, con una lactancia materna continua hasta los 2 años o más incorporando

alimentos complementarios seguros y adecuados nutricionalmente (OMS 2003). Esta recomendación puede salvar vidas y sus beneficios pueden llegar a las poblaciones de todos los países, independientemente de su grado de desarrollo. Se ha demostrado que la lactancia materna constituye una defensa contra la mortalidad y la morbilidad infantiles, especialmente contra las infecciones gastrointestinales, además de mejorar el coeficiente intelectual y reducir probablemente la incidencia de ENT, sobre todo de diabetes y sobrepeso más tarde en la vida. Asimismo, está relacionada con una disminución en el riesgo de cáncer de mama (Victora et al. 2016).

Muchas políticas públicas pueden promover la lactancia materna, desde las protecciones a nivel legislativo hasta los programas que apoyan y aconsejan a las mujeres. En este capítulo pasamos revista a los esfuerzos para implementar tres acciones destinadas a mejorar las tasas de lactancia materna, para las cuales contamos con datos por parte de la mayoría de los países: la implementación nacional del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, la protección materna y los Hospitales Amigos del Niño.

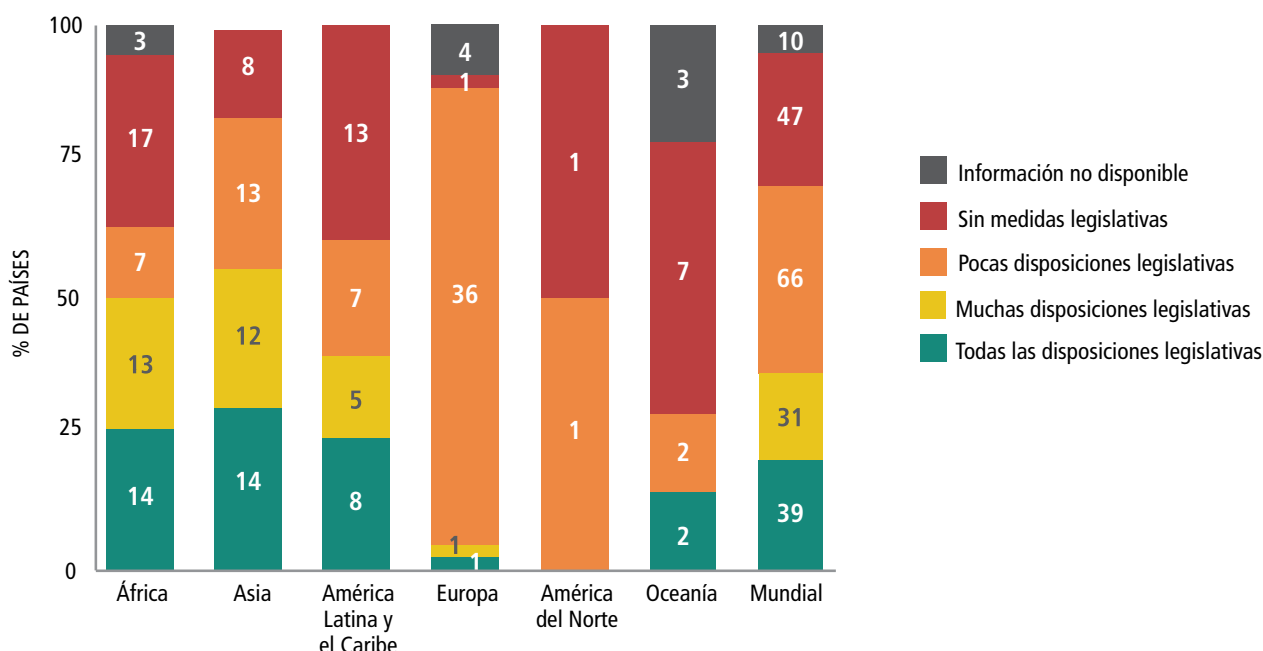
IMPLEMENTACIÓN NACIONAL DEL CÓDIGO INTERNACIONAL DE COMERCIALIZACIÓN DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA

En 1981, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, adoptando como siguiente paso 16 resoluciones importantes para proteger la lactancia materna (OMS 1981). La AMS adoptó el Código bajo la forma de una recomendación y, por lo tanto, no es vinculante. Para que el Código se aplique en los países, deberá ser aprobado por las legislaciones nacionales respectivas. Sin embargo, la aprobación del Código por parte de los países representa un compromiso internacionalmente expresado para implementarlo.

En el *Informe de la Nutrición Mundial 2014*, reportamos que más de la mitad (el 54 %) de los 164 países con datos disponibles había logrado promulgar leyes que abarcaban todas o muchas de las disposiciones incluidas en el Código (IFPRI 2014). Gracias a la utilización de datos compilados por la OMS, el UNICEF y la Red Internacional de Acción sobre los Alimentos para Lactantes (IBFAN, por sus siglas en inglés) (2016), ahora presentamos un panorama más actualizado del estado de su implementación a escala mundial.

Actualmente, existen datos disponibles para 183 de los 193 países (el 95 %). La Figura 5.1 muestra el número y el porcentaje mundial y regional de 193 países en cada etapa de la implementación del Código. En 2016, 70 de los 193 países (el 36 %) contaban con leyes relacionadas con todas o muchas de las disposiciones del Código. En África y Asia, la proporción de los países con todas o muchas de las disposiciones era más elevada que en el resto del mundo (el 50 y 55 %, respectivamente). En 47 países (el 24 %), no se contaba con disposiciones legales. Como resultado de una reevaluación de las legislaciones en los países efectuada en 2014, el número de países que contaba con disposiciones legales en realidad disminuyó, pasando de 193 a 89 (el 46%)¹.

FIGURA 5.1 Situación legal del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en los países de Naciones Unidas por región en 2016



Fuente: Los autores, a partir de los datos de la OMS, el UNICEF y la Red Internacional de Acción sobre los Alimentos para Lactantes (2016).

Nota: El número de países aparece en cifras en las barras. El porcentaje de países aparece como el área de las barras.

Para que el Código sea plenamente aplicable, tal como era la intención de la AMS hace 35 años, muchos otros países tendrán que aprobar leyes que incluyan todos sus artículos, aplicar penas severas por incumplimiento y establecer sistemas de monitoreo confiables. Un paso positivo en esta dirección es la reciente creación de la Red mundial para el monitoreo y apoyo a la aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y de las resoluciones posteriores sobre el tema aprobadas por la Asamblea Mundial de la Salud (NetCode), en colaboración con UNICEF y las organizaciones no gubernamentales que trabajan en favor de la lactancia materna y la salud infantil.

PROTECCIÓN DE LA MATERNIDAD

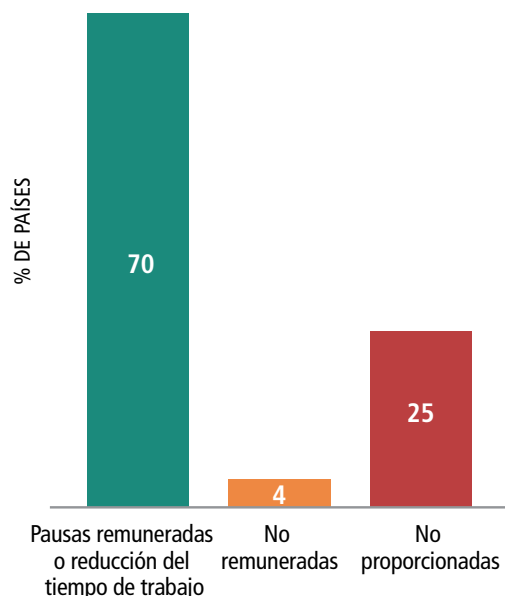
Un informe reciente sobre la crisis mundial de la atención infantil analizó los datos existentes sobre los efectos económicos y sociales del cuidado de los niños en las mujeres (ODI 2016). El informe subraya la necesidad de extender al sector informal las políticas relacionadas con los cuidados sanitarios, como el fomento de la lactancia materna y la protección materna, como una medida importante para mejorar la paridad salarial en el lugar de trabajo y reducir las sanciones económicas que penalizan a las mujeres en el mercado laboral como consecuencia de la inaccesibilidad a los servicios de guardería y de las deficientes políticas en el lugar de trabajo para apoyar la maternidad.

En el *Informe de la Nutrición Mundial 2014*, examinamos la implementación en los 193 países de la Convención 183 de la Organización Mundial del Trabajo, que fija normas en materia de licencias de maternidad (IFPRI 2014). Pudimos observar que la convención, que obliga a los países a garantizar 14 semanas de licencia de maternidad remuneradas a un monto equivalente al 66 % de los ingresos anteriores de la mujer y financiadas por la seguridad social o por ingresos generales, había sido ratificada por 86 países (el 51 % de los 169 países con datos). La ratificación es solo el primer paso, puesto que cada país ratificante debe aplicar las disposiciones mediante sus leyes o regulaciones nacionales. En este informe, nos basamos en el análisis del *Informe de la Nutrición Mundial 2014* para examinar los datos sobre dos indicadores adicionales para medir políticas laborales que fomentan la lactancia materna tras el retorno de la mujer al trabajo después de dar a luz: derecho a pausas de lactancia remuneradas y a estructuras adaptadas para el cuidado de los hijos proporcionadas por el empleador. Se ha observado que la garantía de contar con pausas de lactancia remuneradas está relacionada con tasas más altas de lactancia materna exclusiva (Heymann et al. 2013).

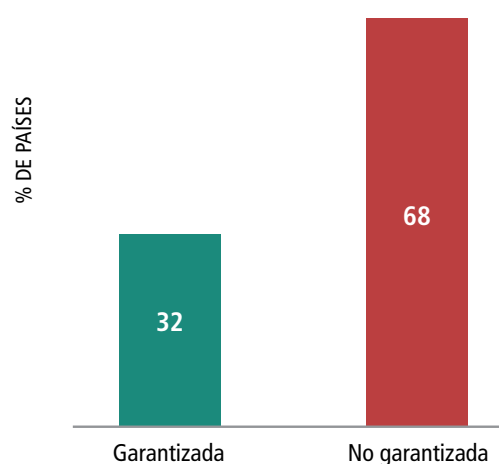
Cerca de una quinta parte de todos los países no disponía de datos sobre legislación para estas políticas (OIT 2014), lo que revela una gran laguna en los datos. En el caso de los países con datos, el 70 % tenía una legislación que garantizaba a las mujeres pausas

FIGURA 5.2 Situación de la legislación que promueve la lactancia materna exclusiva en 2013

a. Países con legislación que garantiza pausas de lactancia^a



b. Países con legislación que garantiza infraestructura adecuada para el cuidado de los niños en el lugar de trabajo o en un sitio cercano



Fuente: Los autores, a partir de los datos de la OIT (2014).

Nota: La Figura 5.2a muestra los resultados para los 159 países con datos en la materia. La figura 5.2b muestra los resultados para los 157 países con datos en la materia.

^a Los porcentajes no totalizan 100 porque las cifras se han redondeado.

de lactancia remuneradas o una disminución del tiempo de trabajo para amamantar a sus hijos o para extraer leche materna durante la jornada laboral (Figura 5.2a). La duración de este derecho variaba de uno a cinco meses, hasta los dos años del niño (32 países no especifican ninguna duración). Sin embargo, el 68 % de los países con datos no contaba con leyes que garantizaran estructuras adaptadas para la lactancia o el cuidado de los niños en el lugar de trabajo (Figura 5.2b).

LA INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DEL NIÑO

Por primera vez, informamos sobre la implementación de la iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN). La iniciativa, lanzada por la OMS y UNICEF en 1991, busca fomentar la lactancia materna en las instituciones que proveen servicios de maternidad. Certifica si los hospitales respetan un conjunto de 10 medidas específicas relacionadas con las políticas, los recursos humanos, el fomento y apoyo, la protección para evitar sustitutos de la leche materna y una estructura adecuada para garantizar que las madres y sus hijos compartan la misma habitación.

No existe una base de datos mundial sobre esta iniciativa. Los datos que presentamos aquí muestran una cobertura nacional en 127 países con datos disponibles a partir de cinco fuentes diferentes: la Revisión de la política mundial sobre nutrición de la OMS (OMS 2013b); la encuesta NutriDash del UNICEF (UNICEF 2014); un informe de la Organización Panamericana de la Salud titulado La

iniciativa Hospital Amigo del Niño en América Latina y el Caribe: estado actual, retos y oportunidades (OPS 2015a); la Iniciativa sobre las tendencias mundiales en la lactancia materna de la Red Internacional de Acción sobre los Alimentos para Lactantes (WBTi, por sus siglas en inglés, 2016); y la encuesta sobre la Octava Reunión de los coordinadores de la IHAN de los países industrializados, Europa del Este y la Comunidad de Estados Independientes (CEI) (Stufkens 2014).

Los datos describen el porcentaje de los servicios de maternidad de un país que hayan sido designados alguna vez como Amigos del Niño. No contamos con información sobre cuántos de estos servicios han sido reevaluados o continúan respetando las políticas de la IHAN. Una base de datos mundial más completa de la OMS estará disponible en el transcurso del presente año.

Entre 2007 y 2014, 91 países registraron niveles bajos de cobertura —es decir, menos del 40 % de sus servicios de maternidad eran Amigos del Niño (Figura 5.3); 14 de estos países no contaban con ningún hospital o servicio de maternidad que hubiese recibido alguna vez la certificación IHAN. Sólo tres países (Bahrein, Cuba y Fiji) registraron una cobertura de IHAN del 100 %. Aunque estas estimaciones podrían cambiar una vez que se cuente con más datos disponibles, en general, reflejan bajos niveles de implementación.

Es evidente que ha sido todo un reto apoyar la IHAN². A lo largo de la década de los 90, la iniciativa gozó de un amplio respaldo

político y de inversiones internacionales en materia de capacitación y evaluación. Como resultado de lo anterior, muchos centros recibieron la certificación, lo que condujo a una mejora significativa de la lactancia materna (Pérez-Escamilla et al. 2016). En general, se estima que el 27,5 % de los servicios de maternidad en 160 países ha recibido la certificación desde 1991 (Labbock 2012).

No obstante, algunas estimaciones recientes para América Latina y el Caribe muestran que, pese a que el 8 % de los centros en total ha recibido el certificado, solo el 2 % ha recibido este certificado o su revalidación en los últimos cinco años, y el 40 % de los países no registró ninguna certificación o revalidación durante ese período (OPS 2015a). En los últimos cinco años, solo el 3,5 % de los nacimientos registrados en un servicio de maternidad tuvo lugar en un centro certificado, comparado con un promedio del 15 % observado en los últimos 25 años.

Como consecuencia de una disminución en el acompañamiento y la inversión, la implementación de la iniciativa ha sido irregular, dependiendo a menudo de una sola persona en el Ministerio de Salud con un presupuesto limitado o inexistente. Un medio clave para incrementar la sostenibilidad de la iniciativa es vincular el proceso de la certificación con sistemas hospitalarios de acreditación más amplios. Esta estrategia ha sido utilizada en Viet Nam, en donde las 10 medidas de la IHAN para una lactancia materna segura han sido incorporadas al Sistema Nacional de Acreditación y de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios Hospitalarios.

Otro mecanismo clave para mejorar la sostenibilidad es la recolección de datos estratégicos para medir la cobertura. El uso

apropiado de la información recolectada también es esencial. Por ejemplo, en 2007, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos instituyeron un informe anual por cada estado, que ha demostrado que la proporción de nacimientos en un Hospital Amigo del Niño en los Estados Unidos se ha incrementado, al pasar de menos del 2 % en 2007 a cerca del 8 % en 2014 (OPS 2015a).

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROMOVER DIETAS SALUDABLES

Se espera que las políticas para la promoción de dietas saludables, con las cuales los gobiernos se han comprometido en diversos foros internacionales, cobren mayor importancia en la era de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que incluyen una meta específica sobre la disminución de enfermedades no transmisibles. Dichas políticas también constituyen uno de los tres pilares del *Informe sobre la Comisión para acabar con la obesidad infantil*, publicado por la OMS en 2016. Este informe recomienda a los gobiernos de los países “aplicar programas amplios que promuevan el consumo de alimentos saludables y contribuyan a reducir la ingesta de alimentos malsanos y bebidas azucaradas por parte de los niños y los adolescentes” (OMS 2016o, viii).

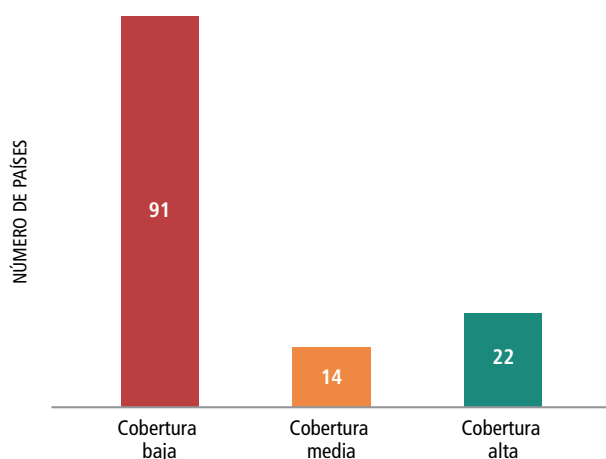
Las recomendaciones del informe se inspiran de una serie de recomendaciones internacionales de políticas para promover dietas saludables, iniciada en 2004 con la Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud de la OMS. En la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles de 2011, los países se comprometieron a promover dietas saludables a través de políticas públicas que inciten a:

- promover la aplicación del conjunto de recomendaciones de la OMS sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigida a los niños;
- reducir el contenido de sal, azúcar y grasas saturadas en los alimentos;
- eliminar las grasas trans;
- alentar la adopción de políticas favorables a la producción de alimentos que promuevan una dieta sana.

En este capítulo, damos a conocer los progresos en la implementación de tres de estas políticas: la aplicación de las recomendaciones de la OMS, las estrategias para la reducción del contenido de sal y las políticas para reducir las grasas saturadas y trans. La OMS seleccionó estas políticas por los informes que deberá presentar durante la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2017³.

Nuestro análisis se basa en los datos de la encuesta mundial sobre la capacidad de los países con respecto a las ENT, realizada en 2014, que recabó información de 193 países (OMS 2015c). Realizamos un informe sobre el número de países que (1) no registraron “ningún progreso” sobre la implementación, ya sea que ésta se haya completado total o parcialmente, y (2) no registraron “ningún progreso” o disponen de datos inadecuados para evaluar el progreso.

FIGURA 5.3 Cobertura de los centros certificados como Amigos del Niño en 127 países, datos recolectados entre 2007 y 2014



Fuente: Los autores, a partir de los datos de la OMS (2013b); WBTi (2016); OPS (2015a); Stufkens (2014) y el UNICEF (2014).

Nota: Cobertura baja = < 40 % de los hospitales están certificados como Amigos del Niño, cobertura media = 40–60 %, cobertura alta = > 60 %. El año de la recolección de los datos no implica la fecha de certificación o de renovación oportuna de dicha certificación de los centros hospitalarios.

PANEL 5.2 TRADUCIR LAS METAS GLOBALES EN ACCIONES NACIONALES: POLÍTICAS SMART SOBRE LA REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE SAL EN ARGENTINA

CHESSA LUTTER

La ley argentina sobre la reducción del consumo de sal compromete al gobierno a reducir la ingesta de sodio a 5 gramos por persona y por día para 2020 a través de una serie de medidas que incluyen la reducción gradual de sal en el pan y otros alimentos procesados, así como una campaña de comunicación cuyo lema es "Menos sal, más vida".

La política busca ser SMART (es decir, específica, medible, alcanzable, realista y limitada en el tiempo). Resulta claro que es específica, medible y, probablemente, alcanzable, ya que diversos estudios realizados en el país muestran

que el 70 % de la ingesta de sal proviene de los alimentos procesados, especialmente del pan. Por consiguiente, el enfocarse en los alimentos procesados y en el pan para reducir el consumo de sal ayudaría a solucionar en gran medida el problema del consumo de sal. El compromiso también resulta muy importante, ya que, de acuerdo con investigaciones llevadas a cabo en el país, por cada gramo de reducción de sal, se podrían evitar 2.000 muertes al año por enfermedades cardiovasculares. Por último, también está limitada en el tiempo, pues contiene metas intermedias de dos años, como la reducción de

sodio en el pan en cierta cantidad. Por ejemplo, se mide el contenido de sal en el pan y otros alimentos procesados, así como su ingesta (medición de sodio en orina de 24 horas) y los datos son analizados en un laboratorio nacional.

Entre 2011 y 2015, el promedio de la ingesta de sal se redujo en 2,0 gramos, al pasar de 11,2 a 9,2 gramos diarios. Aunque aún queda mucho por hacer para disminuir la ingesta a los 5 gramos que establece la meta, se estima que esta reducción está relacionada con el hecho de que se registraran 4,040 menos muertes por año durante dicho período.

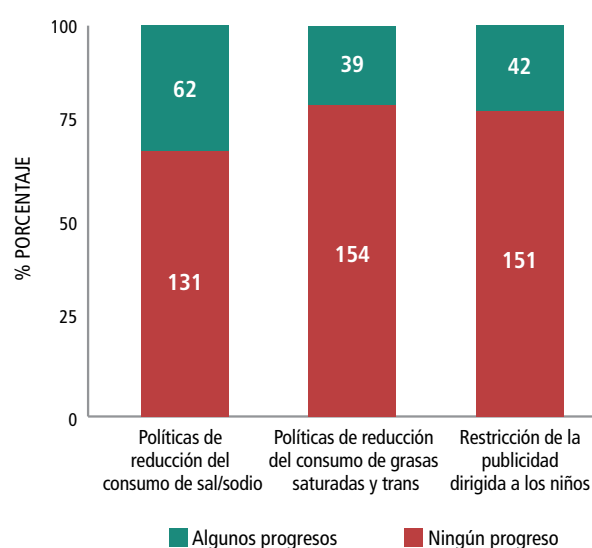
Como se muestra en la Figura 5.4, los progresos han sido sumamente limitados: los gobiernos están muy lejos de cumplir con estas políticas ampliamente recomendadas para prevenir la obesidad y las ENT. De los 193 países, solo 20 (10 %) han registrado algunos avances en los tres indicadores; asimismo, 120 (62 %) no han realizado ningún avance, y 53 países (28 %) informaron haber alcanzado en su totalidad por lo menos uno o dos de los tres indicadores.

De los 193 países cubiertos por la encuesta de capacidad con respecto a las ENT, el 24 % declara haber implementado las recomendaciones de la OMS de 2010, destinadas a orientar los esfuerzos nacionales para restringir la publicidad de alimentos dirigida a los niños (OMS 2010b). No obstante, los criterios para determinar si un país ha cumplido con las recomendaciones no son claros. Por ejemplo, puede considerarse como tal un acuerdo voluntario sobre algún aspecto publicitario, una declaración política sobre la importancia del tema, un amplio plan de acción o una acción específica implementada que logre el objetivo establecido por las recomendaciones: reducir la exposición de los niños a la publicidad así como el poder de ésta. De acuerdo con la base de datos NOURISHING del Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer, que efectúa un seguimiento de la información confirmada sobre la implementación de políticas específicas, solo 16 países han aplicado restricciones en la publicidad dirigida a los niños destinadas a alcanzar estos objetivos (WCRF International 2016). Esto representa solo el 8 % de los 193 países. Se requieren estudios más profundos para clarificar la manera de monitorear las recomendaciones de la OMS.

La política más implementada hasta ahora ha sido la de la reducción del contenido de sodio/sal; 62 países (una tercera parte) han implementado ese tipo de políticas (OMS 2015c). En una

evaluación independiente sobre las estrategias en la reducción del consumo de sal, Trieu et al. (2015) identificaron 75 países que contaban con una estrategia nacional para la reducción del consumo de sal, más del doble con respecto a la cifra publicada en

FIGURA 5.4 Número de países que han implementado políticas en favor de dietas saludables



Fuente: Los autores, a partir de los datos de la OMS (2015c).

Nota: Número total de países = 193. El número de países aparece en cifras en las barras. El porcentaje de países aparece como el área de las barras.

un estudio similar realizado en 2010. Descubrieron que la mayoría de los programas son multifacéticos e incluyen el compromiso de la industria para reformular productos (61 países), el establecimiento de metas sobre el contenido de sodio en los alimentos (39), la educación del consumidor (71), el etiquetado en la parte delantera del envase (31), el gravamen de los alimentos con alto contenido de sal (3), y las intervenciones en las instituciones públicas (54). Las medidas legislativas relacionadas con la reducción del contenido de sal, tales como las metas obligatorias, el etiquetado frontal del envase, las políticas para la adquisición de alimentos y el gravamen de los alimentos han sido implementadas en 33 países.

Como región, América Latina y el Caribe se ha mostrado particularmente activa en materia de reducción en el consumo de sal. Desde 2015, 12 gobiernos de América Latina y el Caribe habían implementado iniciativas nacionales para reducir el consumo de sal. Además de los 12 gobiernos con iniciativas nacionales, desde 2015, otros nueve países contaban con programas subnacionales o habían realizado estudios sobre la reducción del consumo de sal. Argentina, por ejemplo, ha implementado un enfoque SMART (específico, medible, alcanzable, realista y limitado en el tiempo) para reducir el consumo de sal, tal como se describe en el Panel 5.2.

En materia de políticas, un ámbito que ha experimentado un desarrollo significativo en los últimos años es el de la fiscalidad sobre las bebidas azucaradas y los alimentos con alto contenido de grasas, azúcares y sal. De conformidad con la base de datos NOURISHING (WCRF International 2016), actualmente 14 países aplican impuestos relacionados con la salud sobre alimentos y bebidas (y Reino Unido aplicará un impuesto en 2018), y, de estos 14, seis los han aplicado desde 2014. En uno de esos países, México, existen datos recientes publicados en 2016 que indican que el impuesto está asociado con la disminución del gasto en las bebidas azucaradas, principalmente en los hogares de bajos ingresos (Colchero et al. 2016). Chile también aplicó un impuesto a las bebidas azucaradas en 2015, además de satisfacer dos de los tres indicadores de la política de la OMS. El Panel 5.3 relata la historia de las personas y de los procesos que, en Chile, han transformado el compromiso político en acciones.

Un número desproporcionado de países que han implementado políticas es de ingresos altos, como Chile, o de ingresos medianos altos, como Argentina y México. De los 20 países que informaron haber implementado en su totalidad las tres políticas, 13 eran de ingresos altos, seis de ingresos medianos altos y uno de ingresos bajos. De los países que no implementaron ninguna política, la mayor parte —el 33 % (40 países)— era de ingresos medianos bajos. Los resultados varían significativamente entre las regiones: el 96 % de los países africanos, el 60 % de los asiáticos, el 57 % de Oceanía, el 58 % de América Latina y el 30 % de los europeos no alcanzaron resultados completos en ningún indicador. Los dos países de América del Norte informaron haber alcanzado dos o los tres indicadores.

Si bien los países están realizando logros en la implementación de estas políticas para proteger y promover dietas saludables, y que algunos países han destacado por sus compromisos con la acción —especialmente en América Latina— el panorama general sigue siendo el mismo que se presentó en el *Informe de la Nutrición*

Mundial 2015, es decir: progresos desiguales con enormes brechas en la implementación. Una manera de fomentar un mayor compromiso político con la acción es conseguir apoyo para estas políticas a través de las partes interesadas en las agencias internacionales, los gobiernos, los donadores y las agencias para el desarrollo históricamente implicadas en el combate contra la desnutrición. Algunas políticas pueden desempeñar un doble papel al combatir las diferentes formas de la malnutrición. Como se muestra en el Capítulo 4, los compromisos de la Cumbre N4G necesitan ser reajustados para instar a los países a desarrollar e implementar políticas y programas específicos (Capítulo 4). Un nuevo conjunto de compromisos para la era post ICN2/ODS contribuirá, tal como lo preconiza el Capítulo 4, a impulsar el proceso de los compromisos internacionales con respecto a las políticas públicas a favor de la lactancia materna, las dietas saludables y, como lo abordaremos en la siguiente sección, a favor de una cobertura de las intervenciones directas en nutrición.

COBERTURA DE LAS INTERVENCIONES DIRECTAS PARA REDUCIR LA DESNUTRICIÓN

El *Informe de la Nutrición Mundial 2015* reveló la existencia de datos de cobertura para 12 intervenciones cuya utilidad había sido demostrada y que recomendaban la OMS (2013a) y Bhutta et al. (2013) para combatir la desnutrición materna e infantil (Cuadro 4.5 en el *Informe de la Nutrición Mundial 2015*). En dicho informe, también seguimos de cerca los datos de seis de estas intervenciones, consistentes en nueve indicadores (Cuadro 4.6 en el *Informe de la Nutrición Mundial 2015*).

Este año nos hemos interesado en 13 indicadores que cubren las mismas seis intervenciones (Cuadro 5.1)⁴. Sin embargo, los datos corresponden a un período de 2005 a 2015, y muchos nuevos indicadores han sido añadidos. Estos 13 representan prácticamente todos los indicadores de cobertura o de variable de reemplazo para las mujeres embarazadas y los niños incluidos en las encuestas demográficas y de salud.

Entre las nuevas adiciones que contiene el informe de este año podemos citar la de los niños de seis a 23 meses que tienen la frecuencia mínima de comidas, los niños de seis a 59 meses a los que se les ha administrado un complemento de hierro en los últimos siete días, las mujeres que recibieron ácido fólico y hierro durante su más reciente embarazo y las mujeres que recibieron ácido fólico y hierro durante su más reciente embarazo y que no los tomaron. Además, mostramos los tres países con el porcentaje más alto de cobertura para 12 de estos indicadores, y los tres países con el más bajo (Figura 5.5).

El análisis muestra que, en promedio, los países han logrado más avances en los programas de suplementación y fortificación que en los enfoques basados en la promoción de la salud. Muchos actores han desempeñado un papel importante al acelerar sus compromisos en la implementación de los programas de fortificación. El Panel 5.4 ofrece un ejemplo de cómo la participación del

PANEL 5.3 IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROMOVER DIETAS SALUDABLES EN CHILE

CAMILA CORVALAN Y MARCELA REYES

En los últimos cinco años, el gobierno chileno ha promulgado una serie de leyes para mejorar el consumo de alimentos de la población e intentar frenar el continuo incremento de las epidemias de obesidad y enfermedades no transmisibles (ENT). En 2014, el gobierno aplicó un impuesto del 8 % a las bebidas azucaradas. A partir de julio de 2016, la industria alimentaria tiene la obligación de colocar mensajes de advertencia en la cara frontal del envase de los alimentos procesados y de las bebidas con alto contenido de azúcares, sodio, grasas saturadas y calorías, además de que está prohibida la publicidad y otras técnicas de venta de esos productos directamente dirigidas a niños de 14 años de edad o menores. En la actualidad, esta restricción de las técnicas de venta constituye la más completa en el mundo.

La aplicación de estas leyes es el fruto de casi 10 años de intensos debates que involucraron a sectores como el de la salud, la agricultura, la economía y el desarrollo social, así como a muchos actores incluyendo a políticos, investigadores y a representantes de la industria alimentaria, entre muchos otros. A lo largo de esos años, hubo líderes clave que apoyaron sin descanso la promulgación y

aplicación de esas leyes.

- En el ámbito académico, un profesor especializado en nutrición para la salud pública desempeñó un importante papel al dirigir el comité de la OMS sobre la prevención de las enfermedades crónicas. El profesor difundió activamente datos sobre la epidemia de obesidad y de enfermedades no transmisibles en Chile, insistiendo en la necesidad de contar con acciones a mayor escala. Su participación ha sido fundamental para implicar a los formuladores de políticas y brindar credibilidad y apoyo científico a todo el proceso.
- En el Senado, un médico asumió el reto al presentar el primer proyecto de ley y hacer todo para que fuera aprobado. En el transcurso de los últimos años, el papel de este legislador ha sido clave para sensibilizar al Senado y a la opinión pública sobre el tema.
- En el gobierno, la directora del Departamento de Nutrición y Alimentos del Ministerio de Salud ha liderado el proceso manteniendo firmemente una posición clara sobre el tema y otorgándole prioridad en la agenda.

El Ministerio de Salud también ha reunido varios comités de expertos para brindar consejos científicos y servir de plataforma, a fin de mantener una comunicación continua entre los diferentes sectores y actores. Sin embargo, tuvo que hacer concesiones para avanzar hacia la implementación. Por ejemplo, para obtener la aprobación de los sectores de la agricultura y la economía en el gobierno, el Ministerio negoció una implementación progresiva, de manera que, en un plazo de tres años, las leyes se irán volviendo cada vez más estrictas.

El proceso de implementación aún está en su fase inicial. Su sostenibilidad a largo plazo depende de la fuerza y la capacidad del gobierno para mantener el apoyo de los diferentes sectores, así como de una mayor participación por parte de la sociedad civil, que hasta ahora no ha tenido un papel significativo en la adopción de las medidas.

Vale preguntarnos si el proceso será realmente eficaz. Ya se ha establecido un plan de evaluación en el que participan investigadores internacionales para determinar si las políticas alcanzarán su objetivo de mejorar la dieta de la población chilena.

sector privado ha desempeñado un papel clave en la incrementación de la yodación de la sal, y el Panel 5.5 subraya la importancia del papel de una organización no gubernamental.

En otros programas de suplementación y fortificación, los países han logrado avances en la suplementación con vitamina A, con una cobertura promedio del 79 %⁵, así como en la suplementación con hierro y ácido fólico a mujeres durante su más reciente embarazo, con una cobertura promedio del 78 %. Sin embargo, en países con los que se cuenta con datos, la proporción media de mujeres que no tomaron la suplementación fue del 21 % (con un rango del 3 al 83 %).

En el caso de los enfoques basados en la promoción de la salud, incluyendo las intervenciones de alimentación complementaria para lactantes y niños pequeños de 6 a 23 meses de edad, los tres indicadores utilizados reflejan tasas bajas de cobertura entre los países. La tasa más baja es para la dieta mínima aceptable⁶, con un promedio de solo el 15 % (con un rango del 3 al 72 %). La

mejor cobertura promedio para las intervenciones de alimentación complementaria es la de la alimentación con la mínima frecuencia⁷, con un promedio del 57 %. Como ya lo hemos subrayado en los Informes de la Nutrición Mundial anteriores, mejorar estas cifras a partir de un nivel tan bajo resulta de alta prioridad.

Los indicadores de resultados que pueden ser influenciados a través de intervenciones enfocadas a la protección, la promoción y el apoyo de la lactancia materna incluyen la iniciación a la lactancia materna una hora después del nacimiento del bebé, la lactancia materna de bebés menores de seis meses y la lactancia materna continua hasta el año y hasta los dos años del bebé. En este grupo de indicadores, el promedio de la lactancia exclusiva es el más bajo, lo que indica que es necesario fortalecer los insumos del programa. Para el caso de este indicador, se ha observado que los esfuerzos en los programas han llevado a obtener excelentes resultados y, en cambio, el abandono de estos esfuerzos se ha traducido en un subsecuente deterioro de las tasas.

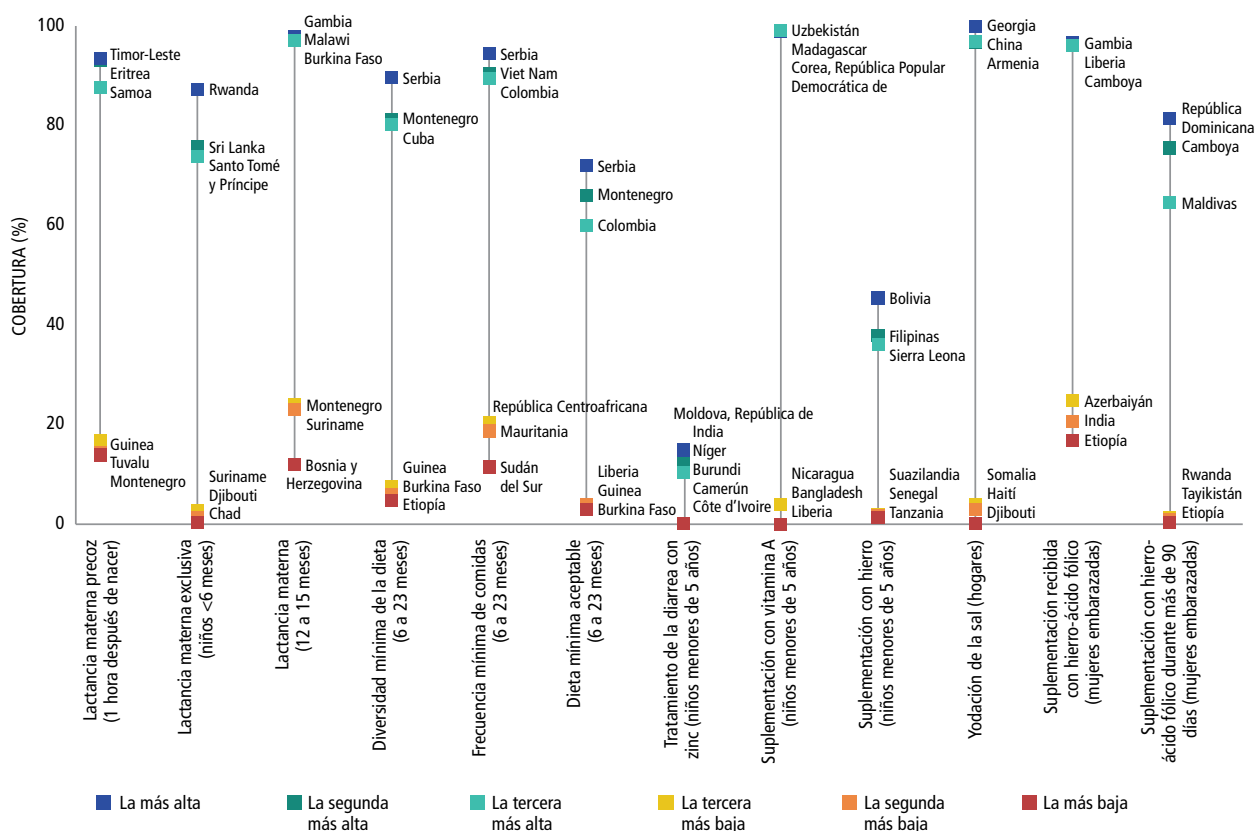
CUADRO 5.1 Cobertura de las intervenciones y prácticas para combatir la malnutrición materna e infantil

Indicador de cobertura o de práctica	Intervención asociada recomendada por Bhutta et al. (2013) (población objetivo)	Número de países con datos	Tasa de cobertura o de práctica para países con datos (%)			
			Mínima	Máxima	Media	Promedio
Niños de 0 a 59 meses con diarrea que recibieron tratamiento con zinc	Tratamiento de la diarrea con zinc (niños de 0 a 59 meses)*	39	0,1	15	3	2
Iniciación temprana de la lactancia materna (proporción de niños amamantados a la hora de nacer)	Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna*	125	14	93	52	52
Niños < de 6 meses que fueron alimentados exclusivamente con leche materna	Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna*	122	0,3	87	38	37
Niños de 12 a 15 meses que fueron alimentados con leche materna	Protección, promoción y apoyo a la lactancia materna*	122	12	98	69	72
Niños de 6 a 23 meses que recibieron alimentos de por lo menos 4 grupos (diversidad mínima de la dieta)	Promoción de programas de alimentación complementaria para poblaciones en situación de seguridad alimentaria e inseguridad alimentaria (niños de 6 a 23 meses)*	60	5	90	36	28
Niños de 6 a 23 meses alimentados con la frecuencia mínima de comidas	Promoción de programas de alimentación complementaria para poblaciones en situación de seguridad alimentaria e inseguridad alimentaria (niños de 6 a 23 meses)*	82	12	94	56	57
Niños de 6 a 23 meses alimentados con tres prácticas alimentarias de lactantes y niños pequeños (dieta mínima aceptable)	Promoción de programas de alimentación complementaria para poblaciones en situación de seguridad alimentaria e inseguridad alimentaria (niños de 6 a 23 meses)*	50	3	72	22	15
Niños de 6 a 59 meses que recibieron suplementación con vitamina A (dos dosis en 2014)	Suplementación con vitamina A (niños de 0 a 59 meses)*	57	0	99	65	79
Niños de 6 a 59 meses que recibieron suplementación con hierro en los últimos siete días	Ni Bhutta et al. (2013) ni la OMS (2016d) recomiendan esta intervención	51	1	45	14	12
Consumo de sal adecuadamente yodada en los hogares	Yodación universal de la sal	83	0,2	100	57	61
Mujeres que han tenido un parto en los últimos cinco años que recibieron suplementación con hierro y ácido fólico durante su más reciente embarazo	Suplementación con micronutrientes múltiples (mujeres embarazadas)	57	17	97	71	78
Mujeres que han tenido un parto en los últimos cinco años que recibieron suplementación con hierro y ácido fólico durante su más reciente embarazo y que no la tomaron	Suplementación con micronutrientes múltiples (mujeres embarazadas)	55	3	83	27	21
Mujeres que han tenido un parto en los últimos cinco años que recibieron suplementación con hierro y ácido fólico durante su más reciente embarazo y que la tomaron durante más de 90 días	Suplementación con micronutrientes múltiples (mujeres embarazadas)	56	0,4	82	28	29

Fuente: Los autores, a partir de los datos de Kothari (2016) y el UNICEF (2016d); este último a partir de las encuestas de indicadores múltiples (MICS), las encuestas demográficas y de salud y otras encuestas nacionales representativas realizadas entre 2005 y 2015.

Nota: * = las intervenciones recomendadas por la OMS (2016d). La suplementación con micronutrientes es recomendada por Bhutta et al. (2013). Los datos anteriores a 2005 han sido excluidos de este cuadro, quedando pendiente la ratificación de esta recomendación por parte de la OMS. En el caso de la India, se utilizan, cuando procede, nuevos datos arrojados por la encuesta nacional sobre los niños efectuada en 2013–2014.

FIGURA 5.5 Países con las tasas más altas y más bajas de cobertura de 12 intervenciones y prácticas para combatir la malnutrición materna e infantil



Fuente: Los autores, a partir de los datos de Kothari (2016) y el UNICEF (2016d); este último a partir de las encuestas de indicadores múltiples (MICS), las encuestas demográficas y de salud y otras encuestas nacionales representativas realizadas entre 2005 y 2015.

Por otra parte, la lactancia materna continua en bebés de un año tiene el promedio más elevado entre este grupo de indicadores, con el 72 %. No obstante, las tasas para la lactancia materna continua en bebés de un año de edad se han mantenido relativamente estables en las últimas décadas, lo que indica que, aparentemente, no han sido influenciadas por ningún esfuerzo reciente en los programas.

Aún queda mucho por hacer para definir claramente la relación entre estos indicadores de prácticas y la implementación y la calidad de las políticas y las intervenciones como las que hemos estudiado más arriba. Cabe preguntarse si los indicadores de cobertura de prácticas reflejan la adopción e implementación de las políticas, de otros factores, o de ambos. De ser el caso, ¿de qué manera? Resulta muy difícil saber qué se necesita para mejorar las prácticas en la alimentación de los lactantes y de los niños pequeños cuando no se sabe con claridad qué políticas e intervenciones han sido implementadas y se desconoce su calidad.

Existen algunos datos de cobertura disponibles sobre el manejo de la malnutrición aguda severa (MAS) a través de la atención ambulatoria con alimentos terapéuticos listos para usar y a través

de la atención hospitalaria mediante internación y tratamientos en los centros de salud (la Figura 5.6 presenta datos de cobertura de la Red de monitoreo de la cobertura o CMN -Coverage Monitoring Network-⁸). Utilizando únicamente datos de 2014 y 2015 para los 17 países incluidos en la CMN con los que se contaba con datos, existen estimaciones de evaluación de cobertura disponibles para 58 de los 102 distritos, o el 57 %, en 14 países⁹. Las tasas de cobertura se sitúan por debajo del 50 % en 33 de los 58 distritos. Estas cifras probablemente representan un escenario optimista de cobertura –ya que existen donde las organizaciones no gubernamentales pueden trabajar y recolectar datos– y tienen que ser del dominio público de manera accesible y bien documentada, lo que no ocurre en la actualidad. Esto permitirá un análisis profundo del modelo y de los determinantes de la implementación, ayudando a los ejecutores de los programas y de las políticas a afinar sus estrategias para mejorar el tratamiento de la MAS.

Los progresos para intensificar las intervenciones que combatan la desnutrición en el mundo han sido lentos y desiguales. Una manera de avanzar en la implementación para ampliar su alcance es a través de los sistemas de salud, especialmente los servicios

PANEL 5.4 INVOLUCRAR AL SECTOR PRIVADO EN ETIOPIA PARA MEJORAR EL ACCESO A LA SAL YODADA

COREY L. LUTHRINGER, ALEM ABAY Y GREG S. GARRETT

Desde 2011, Etiopía ha realizado enormes logros en la mejora del aporte de yodo mediante la yodación de la sal. Desde hace tiempo, el país lucha contra una alta prevalencia de casos de malnutrición por carencia en micronutrientes entre la población. En 2005, las ingestas de yodo eran muy bajas. La cobertura nacional de sal yodada (conteniendo una mínima cantidad de yodo) era del 4,2 %, el 83 % de los niños escolarizados presentaba una deficiencia en yodo y cerca del 40 % de los niños había sido diagnosticado con bocio (EHNRI, FMOH, y UNICEF 2005).

Sin embargo, hacia fines de 2014, más del 95 % de los hogares tenía acceso a la sal yodada (conteniendo una mínima cantidad de yodo) y el 42,7 % de los hogares tenía acceso a una sal adecuadamente yodada. A pesar de que no ha existido una evaluación independiente, este incremento parece obedecer a una mejora en las cadenas de suministro, a una mayor implicación del sector privado, a un compromiso público para restablecer y reforzar la legislación sobre la yodación de la sal, a la participación activa de agencias internacionales como el UNICEF y a movimientos como la Iniciativa para los Micronutrientes y la Alianza Mundial para una Nutrición Mejorada.

Esta intensificación de la cobertura ha traído consigo mejoras en los niveles de yodo, el desarrollo mental y el crecimiento físico de los niños etíopes. En 2014, en un ensayo aleatorio efectuado en 60 pueblos etíopes, tanto el contenido de yodo en la orina, la estatura con respecto a la edad así como los resultados de las pruebas para evaluar el desarrollo motor, cognitivo y del lenguaje fueron más elevados en aquellos niños que consumían sal yodada (Bougma et al. 2015).

El sector privado lideró este proceso de intensificación al: (1) mejorar la estructura de costos de la sal yodada para crear incentivos a la producción, (2) mejorar el acceso al yoduro de potasio (KIO3) e (3) implementar procesos de yodación de alta calidad.

En primer lugar, el pequeño sector de la sal se organizó en cooperativas. Cerca del Lago Afrera, en donde se cosecha la mayor parte de la sal de Etiopía, se concentró un elevado número de productores de sal que respondieron a los incentivos gubernamentales para incrementar la producción de sal. Esto tuvo como consecuencia el desplome de los precios y un desequilibrio en el suministro de sal de alta calidad (Bagriansky 2014). Para resolver este problema, los productores se agruparon a fin de coordinar la producción y fijar cuotas y precios, creando la Asociación de Apoyo Mutuo de los Fabricantes de Sal de Afar (ASPMSA, por sus siglas en inglés). A fines de 2011, la ASPMSA se sirvió de su nueva red de suministro para volver a comprometer a los productores a yodar su sal. La asociación trabajó en coordinación con el gobierno para distribuir KIO3 a cada uno de los productores, deduciendo automáticamente el costo del KIO3 de la paga al productor. Este método logró terminar eficazmente con el incentivo que incrementaba las ganancias de los productores que no yodaban su sal (Chuko et al. 2015).

En segundo lugar, la ASPMSA respaldó el establecimiento de un mecanismo de recuperación de los costos del KIO3 para garantizar un suministro sostenido a los productores sin recurrir continuamente a la ayuda de las donaciones externas. El diseño del método permitió un acceso asequible al KIO3, especialmente para los productores más pequeños (Spohrer y Garrett 2013; Garrett y Przewlowsky 2013). Este

nuevo sistema ha reducido y cubierto el costo de los componentes utilizados para el enriquecimiento de los alimentos. Dicho costo era considerado como uno de los principales obstáculos para un enriquecimiento alimentario adecuado (Luthringer et al. 2015).

En tercer lugar, han surgido nuevas prácticas de garantía de calidad que están contribuyendo a obtener una sal yodada de mejor calidad. De 2011 a 2014, la Alianza Mundial para una Nutrición Mejorada donó maquinaria de yodación que incrementó la calidad y los volúmenes de producción de la sal adecuadamente yodada, en comparación con el proceso utilizado anteriormente que consistía en rociar yodo sobre la sal. Los productores han sido capacitados para realizar análisis cuantitativos del yodo mediante estuches de pruebas rápidas o en laboratorios en el lugar de producción, además de que se ha incrementado el número de inspectores de productos alimentarios para un mejor cumplimiento de la reglamentación en materia de yodación de la sal. La Shewit Salt Processing, una importante cooperativa similar a la ASPMSA, también ha mejorado la calidad de la yodación de la sal mediante el uso de mejores prácticas en el envasado y etiquetado para cotizarse mejor en el mercado y mediante la obtención de terrenos para expandir sus instalaciones de yodación.

Gracias a las acciones del sector privado, el gobierno y las agencias técnicas en su conjunto, se han logrado mejoras rápidas y sostenidas en los niveles de yodo en Etiopía. No obstante, aún quedan algunas carencias en materia de calidad dentro del programa de yodación de la sal que habrá que colmar para alcanzar una mayor cobertura universal de sal adecuadamente yodada, que el sector privado puede lograr.

básicos de salud. Muchos sistemas de salud ya se encuentran trabajando activamente en la implementación de intervenciones directas orientadas a la nutrición –por ejemplo, la suplementación con hierro y ácido fólico, con micronutrientes múltiples o con calcio, así como la asesoría en nutrición y en lactancia materna temprana y especialmente la atención prenatal. Este tipo de experiencias

también se ha observado en otros servicios (consejos en nutrición infantil, exámenes, referencias y tratamiento de la malnutrición), por lo que resulta oportuno examinar este tema en detalle. Asimismo, existe una muy buena coordinación entre las acciones de los sistemas de salud para reducir la mortalidad infantil, que en el 45 % de los casos obedece a la desnutrición infantil.

PANEL 5.5 APOYO DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES A LOS PROGRAMAS DE MICRONUTRIENTES EN BURKINA FASO

VICTORIA QUINN

En Burkina Faso, uno de los principales logros ha sido el enriquecimiento industrial de los alimentos básicos —una estrategia de bajo costo para reducir las carencias en micronutrientes (Hoddinott et al. 2012; Das et al. 2013)— como resultado de la aprobación de la legislación para hacer obligatorio el enriquecimiento del aceite de cocina con vitamina A y la harina de trigo con una serie de nutrientes incluyendo el hierro y el ácido fólico. Estos productos ya son accesibles para el 84 % de los 18 millones de consumidores con que cuenta el país.

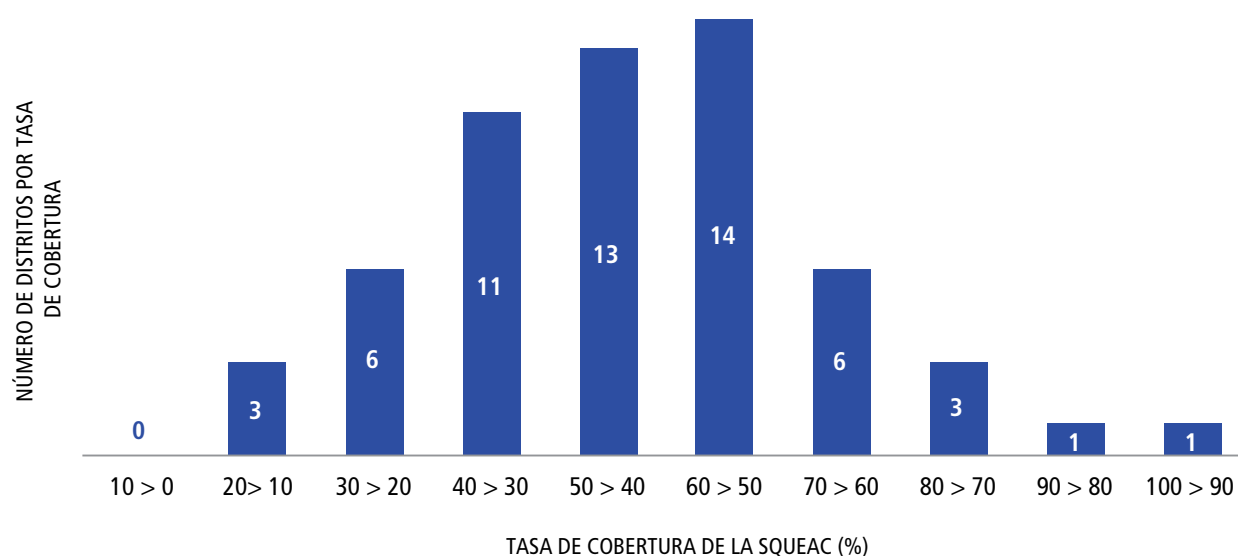
Estos logros han recibido el respaldo de Helen Keller International (HKI, por sus siglas en inglés). La financiación otorgada por el gobierno de Taiwán permitió a HKI proporcionar la asistencia técnica necesaria para fortalecer la capacidad de la industria alimentaria local, a fin de cumplir con las normas y la garantía de calidad.

Los productos enriquecidos llevan el logo de “Enrichi” (Enriquecido), diseñado como parte de una iniciativa multipartita más amplia, desarrollada en África occidental y encabezada por HKI y otros socios, que goza de la financiación de múltiples donantes, incluyendo del gobierno estadounidense. HKI ha colaborado con gobiernos y empresas del sector agroalimentario en 19 países en África, en donde se estima que, actualmente, 285 millones de consumidores tienen acceso a dichos alimentos enriquecidos.

El compromiso de HKI en Burkina Faso también consiste en la creación de una base de pruebas sobre el impacto de la agricultura orientada a la nutrición. En este sentido, HKI se asoció con el Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias y —junto con las oficinas gubernamentales de salud y agricultura a nivel local, el Instituto

Nacional de Investigación Agrícola y una ONG local— concluyeron la primera fase de un riguroso ensayo controlado, aleatorio a nivel de la comunidad sobre su conocido modelo de Producción Doméstica Mejorada de Alimentos en la región oriental de Burkina Faso, con financiación del gobierno estadounidense. Las conclusiones de este ensayo se publicaron en 2015, demostrando por primera vez que un programa integral y bien diseñado que promueva la producción doméstica de alimentos ricos en nutrientes, aunado a una estrategia de comunicación para cambiar los hábitos alimenticios, puede tener un impacto positivo en el estado nutricional de las madres y de los niños (Olney et al. 2015). El respaldo de HKI a los programas de micronutrientes en Burkina Faso fue también un compromiso asumido en la cumbre N4G.

FIGURA 5.6 Estimaciones de cobertura para el manejo de la malnutrición aguda severa en 58 distritos de 14 países



Fuente: Los autores, a partir de los datos proporcionados por José Luis Álvarez de la Red de monitoreo de la cobertura, 8 de febrero de 2016.

Nota: Las estimaciones fueron obtenidas mediante la metodología SQUEAC (evaluación semicuantitativa de acceso y cobertura). Los 14 países son Afganistán, Burkina Faso, Chad, Etiopía, Kenya, Mali, Níger, Nigeria, Pakistán, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Senegal, Somalia y Sudán del Sur.

Por ejemplo, en Etiopía, el programa de cobertura sanitaria está poniendo en práctica intervenciones orientadas a la nutrición como las consultas en alimentación infantil y la suplementación con calcio. En la India, la misión nacional rural para la salud se está implicando cada vez más en labores enfocadas a la nutrición —especialmente en materia de servicios de atención prenatal, el tratamiento de la MAS y la suplementación con micronutrientes. En Viet Nam, el sistema sanitario ha emprendido un ambicioso plan para integrar los centros de consulta en nutrición a gran escala. En Bangladesh, el plan de desarrollo del sector de la salud busca “incorporar” la nutrición dentro del sistema sanitario. Asimismo, se han realizado esfuerzos a través del enfoque de la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) para reforzar las intervenciones orientadas a la nutrición (por ejemplo, Arifeen et al. 2009).

Sin embargo, aún persisten muchos desafíos: la incorporación de la nutrición en el sistema de salud de Bangladesh, por ejemplo, produjo mejores resultados en nutrición mediante la atención prenatal que a través de consejos en nutrición para niños enfermos. Asimismo, los servicios de sensibilización para la atención nutricional preventiva, como las consultas y la suplementación, fueron muy difíciles de implementar (Saha et al. 2015). A pesar de que existen lineamientos, capacitación y herramientas de la AIEPI, los doctores que atienden a los niños enfermos tienen una sobrecarga de trabajo que no les permite cumplir con muchos de los componentes nutricionales del protocolo de la AIEPI (pesar a los niños, evaluar la alimentación, proporcionar información sobre la alimentación, etc.).

Además, los planes para fortalecer los sistemas de salud tardan en integrar las acciones que a su vez fortalecen la inclusión de intervenciones enfocadas en la nutrición —especialmente las intervenciones preventivas en los primeros años de vida y las que se requieren después de los cinco años. La mayoría de los sistemas de salud se centra en brindar atención preventiva básica (inmunización y atención prenatal) y cuidados curativos completos. Con frecuencia, muchas intervenciones orientadas a la nutrición se encuentran entre estos dos tipos de servicios. A pesar de todo, las intervenciones nutricionales, como la suplementación con micronutrientes, los suplementos de zinc junto con sales de rehidratación oral, y el tratamiento de la malnutrición severa en los centros de salud forman parte de las actividades de rutina de los servicios de atención sanitaria. En muchos países, los sistemas de salud ni siquiera pueden proporcionar algunas de las intervenciones sanitarias más “básicas” —inmunizaciones, atención prenatal básica y atención durante el nacimiento— de manera que los servicios y las intervenciones orientados a la nutrición pueden ser considerados como no esenciales.

A medida que los discursos mundiales y nacionales abordan temas relacionados con el Objetivo 3 de la Agenda de Desarrollo Sostenible (“Garantizar vidas saludables y promover el bienestar para todas las edades”) y especialmente con la atención sanitaria universal, será importante reflexionar sobre lo que esto significa también para la implementación de las intervenciones enfocadas a la nutrición. Los sistemas de salud necesitarán estar bien equipados

para integrar mejor las intervenciones enfocadas a la nutrición con altas tasas de cobertura en un contexto de mejora de los servicios básicos de salud y de los servicios de salud reproductivos y materno-infantiles. La nutrición y la salud están estrechamente relacionadas y tienen objetivos comunes. Por ello, fortalecer estos vínculos en los sistemas nutricional y sanitario puede resultar beneficioso para las comunidades encargadas de las políticas, los programas y la investigación que están comprometidas con el fortalecimiento de los sistemas de salud o con la intensificación de la nutrición, o con ambos objetivos.

LLAMADOS A LA ACCIÓN

1. Fortalecer los grupos especiales ministeriales dedicados al combate contra la malnutrición en todas sus formas.

Para fines de 2018, todos los gobiernos nacionales deberán formar grupos especiales interministeriales para implementar políticas nutricionales, así como consejos o comisiones consultivas nacionales. Dichos mecanismos se encargarán de:

- establecer una línea de comunicación directa con el gabinete del Jefe de Estado;
- incluir una participación social y comunitaria (por ejemplo, a través de las OSC, los movimientos sociales y la comunidad académica);
- supervisar el desarrollo y/o la implementación de políticas y programas para combatir la malnutrición en todas sus formas.

Asimismo, para 2018 la comunidad de donadores aportará financiación a por lo menos 25 de esos mecanismos, con el fin de facilitar el desarrollo de capacidades y la garantía de un funcionamiento eficaz.

2. Incorporar las recomendaciones en la legislación.

Los gobiernos deberán implementar y monitorear las políticas y programas ampliamente recomendados que apoyen la lactancia materna. Específicamente, los gobiernos deberán asumir compromisos SMART para:

- cumplir con todas las disposiciones previstas en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna antes de la celebración de la N4G, en 2020;
- ratificar para 2020 el convenio de la Organización Internacional del trabajo a fin de brindar protección en materia de licencia de maternidad y otros apoyos en el lugar de trabajo, y monitorear e informar acerca de políticas en el lugar de trabajo que fomenten la lactancia continua y la atención infantil.

3. Implementar políticas en apoyo de las recomendaciones.

Los gobiernos deberán implementar y monitorear políticas y programas ampliamente recomendados que promuevan dietas sanas, como las políticas de reducción del consumo de sal (incluyendo metas legisladas), las políticas que sustituyan las grasas saturadas y trans por grasas no saturadas; las

restricciones en la publicidad dirigida a los niños de alimentos con alto contenido en grasas, azúcares y sal y los impuestos a las bebidas azucaradas. Hasta la fecha, solo el 10 % de los países ha registrado progresos en las tres principales políticas (implementación de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre publicidad para los niños; reducción del consumo de sal y reducción del consumo de grasas trans y saturadas). Para 2030 todos los países deberán estar en posibilidades de reportar progresos significativos en estas tres políticas.

4. Intensificar las 13 intervenciones específicas en nutrición que han demostrado su eficacia. Los gobiernos y los actores internacionales deberán trabajar para intensificar la cobertura de las intervenciones específicas en nutrición que hayan demostrado su eficacia –tanto a nivel mundial como nacional–, enfocándose en la incorporación de acciones orientadas a la nutrición dentro de las plataformas de los sistemas de salud. La tasa promedio de cobertura de las 13 intervenciones que hemos estudiado varía del 1 al 79 %. Para 2030, la tasa promedio de cobertura para las 13 intervenciones deberá de ser del 90 %.

5. Comprender mejor el alcance y la calidad de la implementación de todas las intervenciones en nutrición que hayan demostrado su eficacia. Los investigadores deberán explorar, por un lado, cuáles son los facilitadores técnicos, políticos y económicos y, por otro, las barreras para la aceptación, la implementación y el fortalecimiento de las intervenciones en nutrición. Las siguientes áreas requieren mayor investigación:

- las lecciones aprendidas de los casos de éxito de grupos especiales y consejos consultivos;
- las razones por las cuales algunos países alcanzan una mejor cobertura que otros en una determinada intervención específica en nutrición, y por qué algunas intervenciones específicas en nutrición resultan más fáciles de ampliar que otras, incluso dentro del mismo país;
- de qué manera, al incorporar en los sistemas de salud las intervenciones específicas en nutrición que hayan demostrado su eficacia, los resultados nutricionales y los resultados más amplios en materia de salud pueden experimentar variaciones.

Para fines de 2018, quienes financian la investigación habrán anunciado por lo menos dos grandes programas de investigación con fondos plurinacionales sobre los facilitadores y las barreras para adoptar, implementar y fortalecer las políticas y los programas en nutrición.



6

ACELERAR LA CONTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SUBYACENTES DE LA NUTRICIÓN A LAS MEJORAS EN NUTRICIÓN

LOS ENTORNOS ALIMENTARIOS, SOCIALES, SANITARIOS Y DE VIDA DONDE LAS PERSONAS TOMAN SUS DECISIONES TIENEN UNA ENORME INFLUENCIA EN EL ESTADO NUTRICIONAL (Figura 6.1). Para lograr una nutrición óptima, es necesario tener en cuenta estos factores subyacentes. Por ejemplo, el entorno alimentario deberá generar dietas saludables asequibles, accesibles y deseables y el entorno social establecer normas para una correcta nutrición e higiene y animar a la población a preocuparse por su nutrición y la de sus familias.

El entorno sanitario deberá fomentar un acceso generalizado a una atención médica preventiva y curativa asequible y de alta calidad. Por último, el entorno de vida deberá ofrecer acceso a mejores servicios de agua y saneamiento, así como a espacios que promuevan la actividad física en contextos seguros y saludables. Detrás de estos resultados, existen procesos subyacentes como el desarrollo de la agricultura, el comercio, la atención médica, la educación y la reducción de la pobreza. Todos estos procesos están influenciados por los sistemas de gobernanza y las medidas económicas incitativas y disuasivas. Juntos, estos resultados y procesos conforman los denominados “determinantes subyacentes” del estado nutricional.

En comparación con los recursos gubernamentales

que influyen en estos determinantes subyacentes, parecen ínfimos los recursos asignados a acciones explícitamente diseñadas para tratar la nutrición. El *Informe de la Nutrición Mundial* de 2014 arrojó que el 35 % y el 31 % de los presupuestos gubernamentales de África y Asia, respectivamente, se asignan a tan sólo cuatro sectores: agricultura, salud, educación y protección social. Por el contrario, el *Informe de la Nutrición Mundial* de 2015 determinó que la asignación de los recursos a la nutrición en estos sectores (incluido el sector del agua y el saneamiento) de 14 países era del 1,3 %. La gran cantidad de recursos dirigidos hacia estos determinantes subyacentes obliga a que la comunidad de la nutrición facilite a quienes trabajan en los sectores relevantes la identificación e implementación de los compromisos relacionados con la nutrición.

El presente capítulo examina los compromisos de acción que, de cumplirse, pueden acelerar el ritmo de mejora de estos determinantes subyacentes y aumentar su impacto en la nutrición. En primer lugar, el capítulo aporta nuevas evidencias de la importancia de estos determinantes en materia de nutrición. En segundo lugar, examina tres conjuntos de acciones diseñados para reforzar la contribución de los determinantes subyacentes a la mejora de la nutrición: (1) acciones para acelerar el progreso de los propios determinantes, (2) acciones que ayudan a estos determinantes a tener un mayor impacto en la nutrición, y (3) acciones que aprovechan las oportunidades que ofrecen estos determinantes como plataformas para iniciativas de mejora de la nutrición más inmediatas (Ruel y Alderman 2013). El capítulo concluye con los llamados a la acción.

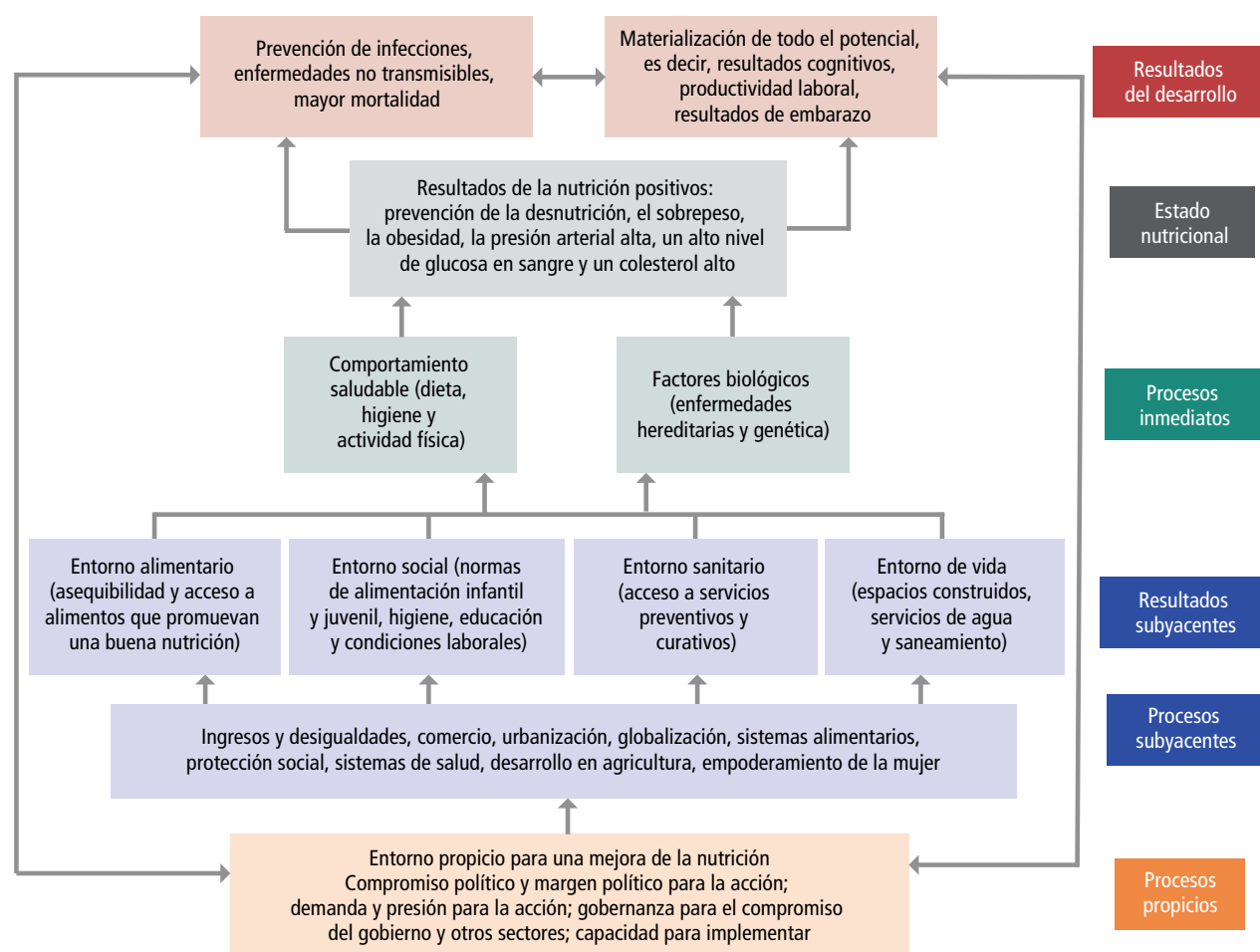
LA IMPORTANCIA DE LOS DETERMINANTES SUBYACENTES EN LA MEJORA DE LA NUTRICIÓN

Los determinantes subyacentes son importantes para todas las formas de malnutrición. La base empírica más completa atañe a la correlación entre los determinantes subyacentes seleccionados y los resultados del retraso en el crecimiento, pero es probable que estos determinantes sean también muy importantes para otras formas de desnutrición, como la emaciación y la anemia. Estos determinantes incluyen el aporte calórico de los alimentos, el porcentaje de calorías de los productos básicos, el índice de mujeres inscritas en la enseñanza secundaria, la esperanza de vida de las

En este capítulo se examinan los compromisos de acción que, de cumplirse, pueden acelerar el ritmo de mejora de los determinantes subyacentes y aumentar su impacto en la nutrición.

- Más del 30 % del gasto público en África y Asia se destina a cinco sectores que actúan como determinantes subyacentes de la nutrición: agricultura, salud, educación, protección social, y agua, saneamiento e higiene. Las políticas y los programas en estos ámbitos pueden ajustarse para mejorar los resultados de la nutrición de diferentes maneras como, por ejemplo, centrándose en el empoderamiento de las mujeres, mientras que trabajar en las metas y los comportamientos relacionados con la nutrición permite cambiar determinados componentes del diseño de los programas. Este capítulo contiene ejemplos de cómo pueden hacerse estos ajustes.
- Se estima que las intervenciones en materia de desnutrición, pese a tener índices de cobertura del 90 %, se han considerado eficaces solamente para el 20 % de la carga de retraso en el crecimiento. La lucha contra los determinantes subyacentes de la nutrición, en particular en los sectores mencionados anteriormente, resulta clave para tratar el 80 % restante.
- Siendo la alimentación el principal factor de la carga mundial de morbilidad, la introducción de cambios en la producción, el almacenamiento y la distribución de los alimentos, en el comercio transfronterizo y en el procesado y envasado de los alimentos podría tener un impacto positivo significativo en las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición y la alimentación. En este capítulo explicamos las razones.
- En todos los determinantes, la facultad que tienen las mujeres para tomar las decisiones clave o influir en la toma de las mismas resulta esencial para mejorar los resultados de la nutrición: una madre con educación secundaria tiene menos probabilidades de tener un hijo malnutrido.
- El cambio climático (incluidos los efectos de El Niño en 2015–2016) y los conflictos han aumentado de forma significativa el número de casos de malnutrición aguda severa, lo que subraya la importancia de la armonización de las estrategias de ayuda alimentaria humanitaria y su implementación por parte de los diferentes organismos.
- En la actualidad conocemos bien los determinantes subyacentes que mayor efecto pueden tener en la reducción del retraso en el crecimiento, pero su importancia relativa varía de un país a otro. El análisis realizado en este capítulo ayudará a los países a identificar qué determinantes subyacentes deben priorizarse.
- Si bien se necesita una mayor investigación para conocer cuál es el conjunto de determinantes que tienen en común todas las formas de malnutrición, los ingresos, la urbanización y la globalización se han identificado como los determinantes subyacentes de la obesidad y el sobrepeso.

FIGURA 6.1 Los determinantes subyacentes de la mejora del estado nutricional



Fuente: Los autores.

Nota: Los determinantes subyacentes combinan resultados y procesos subyacentes.

mujeres en relación con la de los hombres y el acceso a mejores fuentes de agua y servicios de saneamiento. Para las otras formas de malnutrición, como el sobrepeso y la obesidad, las pruebas son más complejas y fragmentadas.

La importancia de los determinantes subyacentes en los esfuerzos por reducir la desnutrición es evidente en dos aspectos principales: en primer lugar, se estima que las intervenciones de desnutrición, pese a tener unos índices de cobertura del 90 % en 34 países altamente afectados, tratan solamente el 20 % de los problemas de retraso en el crecimiento (Bhutta et al. 2013). Como puede apreciarse, existe una brecha que hay que cubrir, en parte, con determinantes subyacentes. En segundo lugar, el Banco Mundial y el Instituto de Resultados para el Desarrollo han estimado los costos de alcanzar las metas de la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) para 2025 aumentando las intervenciones directas en materia de nutrición (en el *Informe de la Nutrición Mundial 2015* y en el de este año, Capítulo 7), y estas estimaciones de costos dependen de hipótesis sobre la posible contribución de los determinantes

subyacentes. Si los determinantes subyacentes pueden ofrecer una mayor contribución a lo largo del tiempo, es posible aumentar las intervenciones directas en materia de nutrición de forma más paulatina.

Varios estudios arrojan previsiones que relacionan el retraso en el crecimiento con una serie de determinantes subyacentes. Smith y Haddad (2015) analizaron las diferencias entre diferentes países a lo largo del tiempo, mientras que Headey y Hoddinott (2014) y Headey (próximamente) analizaron las diferencias dentro de un mismo país a lo largo del tiempo¹. La Figura 6.2 resume las contribuciones estimadas en el patrón estatura-edad en niños menores de cinco años, posibilitadas por un mismo conjunto de determinantes subyacentes en cuatro países del sur de Asia en la última década: Bangladesh, India, Nepal y Pakistán². El acceso a los bienes materiales, la educación de las mujeres y la defecación al aire libre son factores importantes en los cuatro países, lo que refleja la etiología multisectorial del retraso en el crecimiento.

PANEL 6.1 ACCIONES QUE PARECEN HABER MEJORADO EL ESTADO NUTRICIONAL EN GHANA

RICHMOND ARYEETEEY, ESI COLECRAFT Y ANNA LARTEY

En Ghana, de 1988 a 2003, cuatro encuestas demográficas y de salud (EDS) sucesivas demostraron una lenta disminución de los índices de retraso en el crecimiento en niños menores de cinco años, con una prevalencia superior al 30 %. A partir de 2008, sin embargo, la caída en el retraso en el crecimiento se aceleró y la EDS de 2014 arrojaba una prevalencia del retraso en el crecimiento del 19 % (GSS et al. 2015).

Seguramente, estas mejoras se deben a la estabilidad política y a un mayor crecimiento económico. El pacífico proceso democrático de Ghana se ha convertido en un modelo para África. Desde 1992 los gobiernos se han sucedido de forma democrática, sin grandes trastornos en los programas sociales. Al mismo tiempo, su crecimiento económico aumentó de un 5 % en 2009 a cifras muy superiores al 5 % en 2010–2013, para volver al 5 % en 2014. El crecimiento económico no es necesario ni suficiente para reducir la desnutrición, pero ayuda, sobre todo si tiene una base amplia y sólida, ya que permite que las familias compren más alimentos nutritivos y de mejor calidad y contribuye a que el gobierno ofrezca más servicios públicos gracias a mayores ingresos fiscales.

Además de cambios en los determinantes económicos y políticos subyacentes, Ghana ha implementado una amplia gama de políticas e intervenciones que influyen en las causas subyacentes e inmediatas de la desnutrición, tales como las siguientes:

- Desde 2008, el gobierno ha aumentado la cobertura de las intervenciones, como la distribución gratuita de mosquiteros para camas tratados con insecticida para mujeres embarazadas y cuidados prenatales específicos. El bajo peso materno (un índice de masa corporal inferior a 18,5) en Ghana ha caído significativamente del 8 % de 2008 al 6 % de 2014.
- En la última década, la implementación de una gestión comunitaria de la malnutrición aguda también se ha desarrollado, aunque todavía no en todos los ámbitos.
- El Ministerio de Salud adoptó una exhaustiva estrategia sanitaria “centrada en los niños” en 2007 (Ghana, Ministerio de Salud, 2007) que condujo a una mayor cobertura de las intervenciones en materia de prevención y control

de la malaria, uso de mosquiteros tratados con insecticida, tratamientos intermitentes de la malaria durante el embarazo y tratamiento rápido de la fiebre infantil. La implementación de estas intervenciones se ha ido mejorando en gran medida, lo que con el tiempo ha permitido una reducción de los casos de fiebre. Lo mismo ha ocurrido con la diarrea infantil y las infecciones respiratorias agudas (IRA). También se han multiplicado las intervenciones eficaces, como el suministro de soluciones de rehidratación por vía oral con zinc para el tratamiento de la diarrea, de antibióticos para las IRA y de vacunas para niños de entre 12 y 23 meses de edad. Estos factores han contribuido probablemente al gran progreso realizado por Ghana en la reducción de la carga de infecciones y enfermedades.

- La agricultura es la actividad que más peso tiene en el PIB del país (Ghana, Ministerio de Alimentación y Agricultura, 2010). Ghana es uno de los pocos países de África subsahariana que ha cumplido los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de reducción del hambre y la pobreza (FAO 2015a). La política agrícola del país se centra en el desarrollo de la agricultura, la irrigación y la mejora de los cultivos y de los subsidios para las familias de agricultores (Ghana, ministerio de alimentación y agricultura, 2010). Las intervenciones en agricultura se centran cada vez más en la nutrición, con la promoción de huertos caseros con cultivos ricos en nutrientes (como las batatas o camotes), la plantación de árboles frutales y la cría de pequeños rumiantes, caracoles y aves de corral.
- Ghana ha implementado medidas de protección social. El programa nacional de seguro médico, instaurado en 2003, ha derribado las barreras financieras que impedían el acceso a la atención médica, ya que las familias pobres ahora reciben una atención médica de alta calidad (Saleh 2013). En la actualidad, el programa de transferencia social denominado Mejora de los medios de subsistencia para luchar contra la pobreza ofrece becas a más de 80.000 familias muy pobres (Roelen et al. 2015). En 2010, se instauró una cobertura gratuita de salud materna para el cuidado

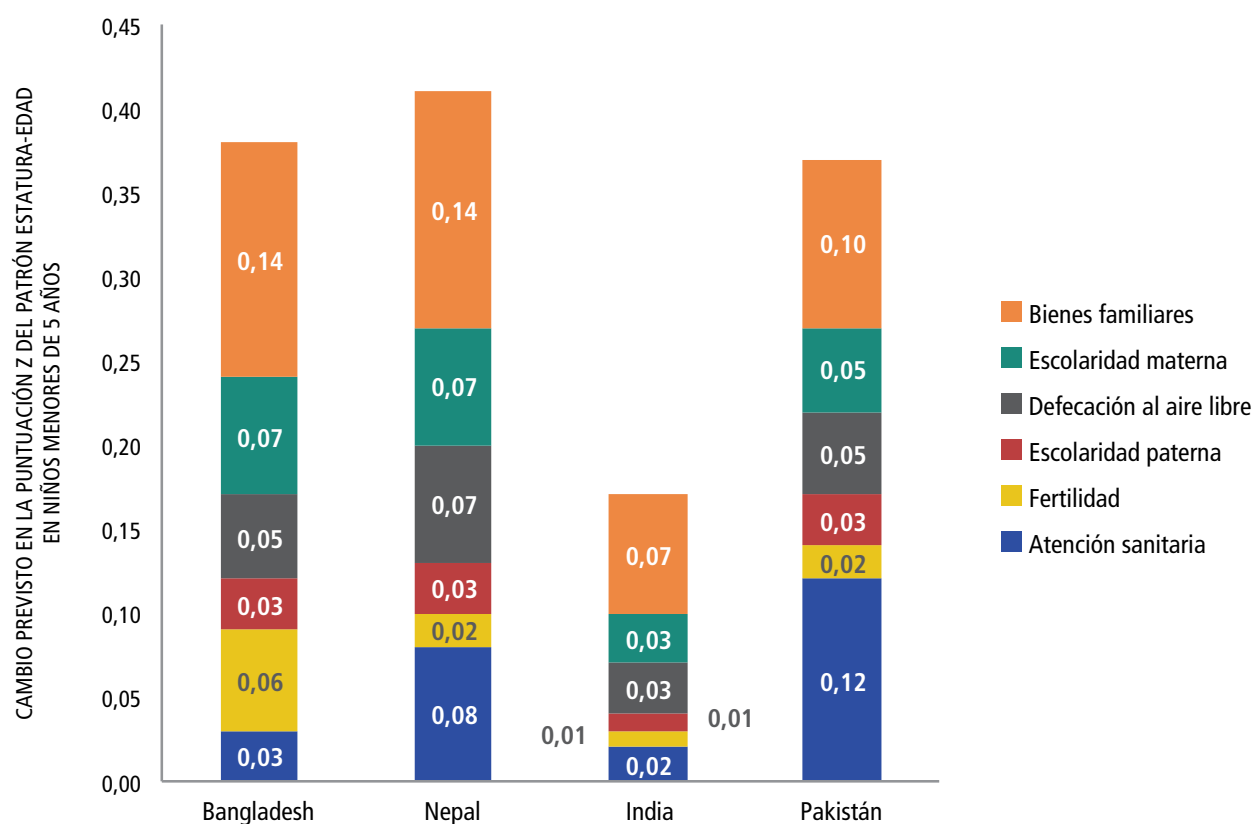
prenatal, el parto y los primeros cuidados tras el nacimiento, para garantizar a las mujeres una atención adecuada durante el embarazo y el parto. El Programa Nacional de Alimentación en las Escuelas ofrece una comida caliente diaria a niños de escuelas primarias específicas de casi 200 distritos (Ofei-Aboagye 2013).

- El gobierno tiene una política de educación básica gratuita y ofrece becas de capacitación. Las encuestas sobre los estándares de vida de Ghana de 2000, 2008 y 2014 muestran mejoras permanentes en la educación de las mujeres. La proporción de mujeres mayores de 15 años que nunca han ido a la escuela disminuyó de forma marginal (del 41 al 38 %) entre 2000 y 2008, pero de forma drástica, hasta el 24 %, en 2014 (GSS 2014). Asimismo, entre 2000 y 2008, el índice de alfabetización entre las mujeres subió del 27 al 31 % (GSS et al. 2015). El porcentaje de mujeres con estudios de educación secundaria o superior sigue siendo bajo (12 %), pero se ha duplicado desde 2000.

A pesar de los progresos realizados, aún existen diferentes desafíos y oportunidades. La política agrícola deberá concentrarse más en los resultados de la nutrición; es imperativo revertir las recientes caídas en el porcentaje de lactancia materna exclusiva; y la calidad de la alimentación infantil y juvenil debe mejorar significativamente. Además, la reducción del retraso en el crecimiento no se distribuye de forma equilibrada. Por ejemplo, la región Septentrional cuenta con un 30 % de retraso en el crecimiento, en comparación con el 10 % de la región de Gran Accra. Aunque el gobierno lleva a cabo acciones a favor de la nutrición, el compromiso financiero se sitúa por debajo de lo que sería necesario (Laar et al. 2015).

Además, los casos de obesidad y de enfermedades no transmisibles siguen creciendo. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos (índice de masa corporal igual o superior a 25) pasó del 30 al 34 % entre 2010 y 2014 (OMS 2014b) y el porcentaje entre las mujeres es mayor: 44 % en 2014. La hipertensión entre los adultos también está muy extendida, con un 42 % en 2008. En Ghana, el programa nacional para la prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles de 2012 parece no haber tenido el éxito esperado.

FIGURA 6.2 Contribución de los diferentes factores subyacentes a la reducción estimada del patrón estatura-edad en niños menores de cinco años



Fuente: Headey (próximamente).

En un análisis más cualitativo de los rápidos índices de reducción del retraso en el crecimiento en Ghana (de más de un 30 % en 2003 a un 19 % en 2014), el Panel 6.1 ilustra el importante papel desempeñado por una serie de factores subyacentes, especialmente en combinación con determinadas mejoras en la cobertura de intervenciones más directas en materia de nutrición.

Se ha examinado un conjunto de determinantes subyacentes diferentes que intervienen en los factores de riesgo y los indicadores de enfermedades no transmisibles (ENT) relacionadas con la nutrición: índice de masa corporal (IMC), tasa de sobrepeso y obesidad, nivel de glucosa en plasma en ayunas, presión arterial sistólica y colesterol en sangre en ayunas.

Una serie de estudios transnacionales examina la relación directa entre algunos determinantes subyacentes y el IMC, el sobrepeso y la obesidad. Presentamos a continuación algunas de las conclusiones observadas.

- En materia de ingresos, los estudios indican una relación directa entre el ingreso nacional y la obesidad en países de ingresos bajos y medianos (por ejemplo, Ruel y Alderman 2013). Existe una relación positiva entre los bienes familiares y la obesidad en las mujeres, hasta unos 7.000 dólares estadounidenses, cantidad a

partir de la cual se nivela (Goryakin y Suhrcke 2014). De la misma manera, para un conjunto grande de países con niveles de ingresos bajos, medianos y altos, Danaei et al. (2013) informaron que el IMC en adultos aumenta con los ingresos nacionales per cápita hasta unos 7.000 dólares estadounidenses, cantidad a partir de la cual se nivela. Sin embargo, Neuman et al. (2014), usando datos de la Encuesta de Demografía y Salud de países de ingresos bajos y medianos, no encontró ninguna relación entre los ingresos nacionales y el IMC medio. En materia de educación, existe una relación positiva con el sobrepeso en las mujeres, con un menor riesgo en las mujeres con mayor nivel de educación (Mamun y Finlay 2015, basándose en datos de encuestas de demografía y salud de países de ingresos bajos y medianos).

- El entorno de vida, en especial en zonas urbanas, muestra una relación constante con estos resultados de la nutrición. En una amplia gama de países, el hecho de vivir en áreas urbanas está positivamente relacionado con el sobrepeso en las mujeres (Goryakin y Suhrcke 2014; Goryakin et al. 2015), con el IMC en adultos (Danaei et al. 2013) y con la enfermedad cardíaca isquémica (Harrington y Elliott 2009; Green et al. 2016). Los datos de América Latina sugieren que los entornos alimentarios están cada vez más dominados por alimentos “ultraprocesados”, un hecho

motivado por determinantes subyacentes como la urbanización, los ingresos y la liberalización de los mercados (OPS 2015b).

- En cuanto a la globalización, estos estudios ofrecen pistas contradictorias sobre la relación que existe entre una serie de indicadores de globalización y tanto la obesidad como los resultados relacionados con las ENT. Por ejemplo, en materia de libre comercio, Neuman et al. (2014) no encontraron ninguna relación con el IMC, mientras que Miljkovic et al. (2015) encontraron relaciones positivas con la obesidad. En materia de inversión extranjera directa, Neuman et al. (2014) no encontraron ninguna relación con el IMC, y Miljkovic et al. (2015) no encontraron ninguna relación con la obesidad. En materia de índices de globalización, Goryakin et al. (2015) encontraron una mayor relación entre el sobrepeso/obesidad y las dimensiones sociales y políticas de la globalización en comparación con las dimensiones económicas.

Se necesitará un trabajo más específico para unificar las diferentes corrientes de investigación empírica sobre los determinantes subyacentes de la obesidad y de las ENT relacionados con la nutrición y sus factores de riesgo. Asimismo, sería necesario contar con estudios transnacionales reproducibles, mejores datos y métodos analíticos avanzados para aumentar la confianza en los resultados. Por último, haría falta entender mejor en qué condiciones coinciden los determinantes subyacentes de la desnutrición con la obesidad y las ENT relacionadas con la nutrición.

ACCIONES ORIENTADAS A REFORZAR LA CONTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SUBYACENTES A LA MEJORA DE LA NUTRICIÓN

Aquí revisamos las acciones para reforzar la contribución de los determinantes subyacentes, los resultados y los procesos mencionados en la Figura 6.1 para mejorar el estado nutricional. Para ello, nos centramos en tres opciones posibles: (1) alterar la proporción de cambio de los determinantes subyacentes, (2) rediseñarlos para orientarlos hacia la consecución de los resultados de la nutrición, y (3) usarlos como plataforma para intervenciones directas en materia de nutrición.

ACCELERAR EL RITMO DE PROGRESIÓN DE LOS DETERMINANTES SUBYACENTES

Las distintas maneras en que pueden abordarse los cambios de los determinantes subyacentes de la Figura 6.1 para reducir la desnutrición son conocidas y se han desarrollado en muchos artículos e informes. La seguridad alimentaria tanto a escala nacional como en el entorno familiar puede lograrse con diferentes inversiones en agricultura (por ejemplo, Godfray et al. 2010 a escala mundial), programas contra la pobreza (Devereux 2015 para África subsahariana; Dutta et al. 2012 para India) y políticas alimentarias (Bray y Popkin 2014 para Estados Unidos; Rocha 2016 para Brasil). La mejora del sistema de saneamiento y de la calidad del agua (Fuller et al. 2016 a escala mundial; Duflo et al. 2015 para India) depende del nivel de desarrollo y de la gobernanza (Smith y Haddad 2015). El acceso a una mejor atención médica está determinado por el liderazgo político, una reforma del sistema sanitario y por inversiones tanto públicas como privadas (por ejemplo, Savedoff et al. 2012 para Estados Unidos; Frenk 2015 para América Latina; Reddy 2015 para India). La participación de las mujeres es indispensable para aumentar la contribución de todos estos determinantes subyacentes y mejorar los resultados de la nutrición (Cunningham et al. 2015; Carlson et al. 2015; Rollins et al. 2016).

No obstante, ¿cuál es la mejor manera de aumentar los compromisos estratégicos a nivel subyacente? Basándonos en datos recientes disponibles, aquí nos centramos en el retraso en el crecimiento y en seis determinantes subyacentes (Smith y Haddad 2015). Con el objetivo de ayudar a los países a tener una visión más estratégica para identificar los determinantes subyacentes más retrasados, hemos establecido umbrales para cada determinante, por encima de los cuales el retraso en el crecimiento superaría el 15 %. El límite del 15 % para el retraso en el crecimiento es arbitrario, pero corresponde con una prevalencia aproximada de dicho problema en 2015 para 100 millones de niños, lo que equivale a la meta de la AMS respecto al retraso en el crecimiento en 2025 (IFPRI 2014). Es sencillo calcular los umbrales de los determinantes subyacentes: trazamos una línea en un gráfico comparativo del retraso en el crecimiento y cada uno de los determinantes subyacentes usando datos de todos los países que disponen de datos disponibles para los seis determinantes subyacentes. El umbral para, digamos, las

CUADRO 6.1 Umbrales para los determinantes subyacentes correspondientes a una tasa estimada de retraso en el crecimiento inferior al 15 %

Determinante subyacente	Umbral correspondiente a una predicción de prevalencia del retraso en el crecimiento inferior al 15 %	Unidad
Calorías per cápita totales del suministro de alimentos	2.850	Calorías
Calorías de alimentos no básicos	51	Porcentaje
Acceso a un agua de mejor calidad	69	Porcentaje
Acceso a un mejor saneamiento	76	Porcentaje
Tasa de escolarización femenina en enseñanza secundaria	81	Porcentaje
Ratio de esperanza de vida mujeres-hombres (como indicador del empoderamiento de la mujer)	1,072	Proporción

Fuente: Los autores.

CUADRO 6.2 Número de países por número de vulnerabilidades

Número de vulnerabilidades	Número de países	Nombres de los países (n = 98)
0	6	Argentina, Armenia, Belarús, Brasil, Turquía, Venezuela
1	14	Albania, Barbados, Belice, Chile, Colombia, Ecuador, Japón, Kazajstán, México, Montenegro, Serbia, ex República Yugoslava de Macedonia, Estados Unidos, Uruguay
2	14	Argelia, Azerbaiyán, Costa Rica, República Dominicana, Egipto, Guyana, Honduras, Irán, Jordania, Kirguistán, Sudáfrica, Surinam, Tailandia, Túnez
3	14	China, El Salvador, Guatemala, Iraq, Jamaica, Malasia, Maldivas, Mongolia, Panamá, Paraguay, Perú, República de Moldavia, Sri Lanka, Tayikistán
4	4	Botswana, Marruecos, Filipinas, Santo Tomé y Príncipe
5	11	Benín, Bolivia, Camboya, República Centroafricana, Ghana, Indonesia, Mauritania, Namibia, Nicaragua, Uganda, Vanuatu
6	35	Angola, Bangladesh, Burkina Faso, Camerún, Chad, Congo, Côte d'Ivoire, Djibouti, Etiopía, Gabón, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, India, Kenya, República Democrática Popular Lao, Lesoto, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mozambique, Nepal, Níger, Nigeria, Pakistán, Rwanda, Senegal, Sierra Leona, Islas Salomón, Swazilandia, Timor Oriental, Togo, Tanzania, Zimbabwe

Fuente: Los autores.

calorías disponible por persona y por día está determinado por el nivel de calorías por encima del cual estimaríamos un índice medio de retraso en el crecimiento de menos del 15 % (2.850 calorías). Este cálculo se reproduce para los seis determinantes subyacentes (Cuadro 6.1).

Estos umbrales son útiles como punto de partida para que los países empiecen a marcarse objetivos correspondientes a sus determinantes subyacentes, por lo menos en materia de disminución del retraso en el crecimiento³. Los umbrales serán diferentes para otros resultados de la nutrición, como el sobrepeso en niños menores de cinco años. En el caso de los países con niveles elevados de desnutrición y sobrepeso/obesidad, el umbral de la disponibilidad de calorías debe interpretarse con cuidado.

Si existen países con determinantes subyacentes con niveles inferiores a los umbrales del Cuadro 6.1, podemos decir que existe vulnerabilidad al retraso en el crecimiento en esta área subyacente. El Cuadro 6.2 clasifica a los países por el número de vulnerabilidades. Para los países entre cero y seis vulnerabilidades, el ejercicio no ayuda demasiado a definir prioridades, aunque resulta útil disponer de los valores de estos determinantes subyacentes en un mismo lugar a modo de referencia (Cuadro A6.1 del Anexo).

Por supuesto, el objetivo deberá ser la mejora de todos los determinantes subyacentes al mismo tiempo, pero puesto que los recursos son escasos y tienen usos alternativos, resulta importante disponer de información que nos oriente en el proceso de jerarquización de las prioridades.

REORIENTAR LOS DETERMINANTES SUBYACENTES HACIA EL CUMPLIMIENTO DE LOS RESULTADOS DE LA NUTRICIÓN

Los Informes de la Nutrición Mundial de 2014 y 2015 ofrecieron ejemplos de intervenciones en agricultura y protección social con el objetivo de reorientar los determinantes subyacentes hacia la realización de los resultados de la nutrición. El *Informe de la Nutrición Mundial* de 2014 describió los resultados de la evaluación

del impacto del programa de huertas familiares de Helen Keller International en Burkina Faso e identificó los atributos clave para el aumento de los impactos nutricionales. El *Informe de la Nutrición Mundial* de 2015 subrayó los esfuerzos del Programa de la red de seguridad productiva de Etiopía para lograr que esta intervención a gran escala estuviera más enfocada a la nutrición. El *Informe de la Nutrición Mundial* de 2015 estableció políticas, intervenciones e indicadores con el objetivo de crear sistemas alimentarios centrados en la nutrición. Sin embargo, hasta la fecha, los Informes de la Nutrición Mundial no han sido muy explícitos a la hora de describir las metodologías de orientación hacia la nutrición las políticas e intervenciones en sistemas alimentarios, el sector de la higiene, el saneamiento y el agua, y el sector de la educación.

Sistemas alimentarios

El sistema alimentario es vital para las opciones dietéticas porque es un determinante subyacente de la disponibilidad, asequibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de alimentos. El sistema alimentario incluye la agricultura, la distribución y la transformación de alimentos, además del comercio minorista y los consumidores.

El *Informe de la Nutrición Mundial* de 2015 examinó diferentes tipos de sistemas alimentarios y desarrolló un modelo de indicadores para determinar su orientación a la nutrición. No obstante, ¿de qué manera los formuladores de las políticas y la sociedad civil incorporan estos cambios? Existen opciones en varios ámbitos. El tipo de agricultura y de sistema de comercio de un pueblo determina la calidad nutricional de los alimentos disponibles (FAO 2015a). Si se incentiva la productividad y producción de frutas y verduras, es más probable que este tipo de alimentos se cultive y sea rentable, accesible y asequible. El tipo de sistema de distribución alimentaria influye en la accesibilidad a los diferentes tipos de alimentos. Si, por ejemplo, los alimentos frescos están disponibles únicamente en sitios a los que debe irse en automóvil o en transporte público, su accesibilidad disminuirá para los grupos más marginados. Si los alimentos frescos son mucho más baratos si se

compran al por mayor, entonces serán menos asequibles para los más pobres. Si continúa la evolución alimentaria actual y contribuye a fomentar la deseabilidad de productos con un alto contenido en sal, azúcar o grasa, todo el mundo correrá el riesgo de consumir estos componentes dietéticos en exceso. Si el poder adquisitivo se mejora mediante programas de protección social que favorecen el consumo de alimentos saludables, el sistema alimentario ayudará a crear un entorno alimentario que facilite el interés por las opciones dietéticas saludables. Cada uno de estos componentes del sistema alimentario se estructura, en parte, mediante políticas públicas y privadas (ver Capítulos 4 y 7 del *Informe de la Nutrición Mundial* de 2015).

El Cuadro 6.3 muestra que adoptar acciones en todos los aspectos de los sistemas alimentarios –y no solo en la agricultura– puede fomentar el consumo de dietas más nutritivas y saludables. Incluye solo algunos cambios potenciales susceptibles de aplicarse. El hecho de centrarse en un pequeño número de cambios dietéticos recomendados y en únicamente cuatro elementos distintos de un sistema alimentario, demuestra la importancia de alinear las acciones para conseguir un mayor impacto en los sistemas alimen-

tarios. Las políticas que aspiran a cambiar la demanda de alimentos de los consumidores también influyen en los sistemas alimentarios. Algunas de estas políticas se incluyen en el Capítulo 5 y aparecen en el *Informe de la Nutrición Mundial* de 2015.

Una acción que puede tomarse en el sector de la distribución para ganar influencia en el sistema alimentario es la implementación de un mecanismo de contratación pública de alimentos. El Panel 6.2, relativo a la contratación pública de alimentos orientada a la nutrición, ilustra el ejemplo de Brasil, cuyo planteamiento ha sido adoptado con diferentes adaptaciones por muchos otros países.

Una acción posible en el ámbito de la agricultura es la biofortificación. En 2016, se estima que 15 millones de personas cultivan y consumen alimentos biofortificados (mijo perla y frijoles con alto contenido en hierro; trigo y arroz con zinc; y maíz, mandioca y batata o camote con vitamina A) en los ocho países en los que, por ejemplo, dichos cultivos fueron introducidos en colaboración con HarvestPlus. Estos cultivos ya se encuentran en una fase de ampliación. El Panel 6.3 subraya algunos de los desafíos que entraña la ampliación y cómo pueden superarse.

CUADRO 6.3 Algunos de los cambios que pueden hacerse en los sistemas alimentarios para alcanzar los objetivos alimentarios

Objetivo alimentario	Elemento del sistema alimentario			
	Producción de alimentos	Almacenamiento, transporte y distribución de alimentos	Inversión y comercio transfronterizo de alimentos	Envasado y procesamiento de alimentos
Aumentar el consumo de frutas y verduras	Invertir en sistemas de cultivo mixtos e integrados en áreas donde los mercados están poco desarrollados	Invertir en infraestructuras de distribución para permitir la creación de mercados locales destinados a grupos con ingresos bajos; desarrollar mecanismos de adquisición pública para garantizar la presencia de frutas y verduras en instituciones públicas	Utilizar la iniciativa de Ayuda para el Comercio o la ayuda del Marco Integrado Mejorado de la Organización Mundial del Comercio para crear asociaciones comerciales que aumenten el suministro de frutas y verduras en países con ingresos bajos	Desarrollar microempresas para procesar los alimentos a nivel local y reducir así el desperdicio de alimentos
Aumentar el consumo de legumbres	Mejorar las variedades para aumentar el rendimiento	Formar a los agricultores en prácticas empresariales para reducir las pérdidas durante el almacenamiento por culpa de un secado inadecuado o por la acción de los insectos	Tomar medidas destinadas a evitar distorsiones que desalienten la producción local y el comercio regional de legumbres	Desarrollar harinas de frijoles de rápida cocción
Aumentar el consumo de granos ricos en proteínas, micronutrientes y fibras	Incentivar la producción de granos subutilizados; promover la biofortificación usando cultivos convencionales	Desarrollar tecnologías de trillado y molido más eficientes para los granos subutilizados	Asegurar que la políticas apoyen un comercio regional abierto con países vecinos que produzcan granos subutilizados	Establecer normas e incentivos de marketing para usar granos enteros en productos alimentarios procesados; desarrollar nuevos alimentos con especies subutilizadas
Fomentar un consumo equilibrado de leche segura	Aumentar la disponibilidad de los servicios veterinarios; garantizar que las mujeres tengan la propiedad de los animales que ordeñan y cuidan	Invertir en infraestructuras para garantizar un transporte seguro de la leche de la granja al centro de refrigeración	Garantizar el uso de controles de seguridad alimentaria efectivos para la leche en polvo importada	Capacitar a los procesadores de leche en materia de seguridad alimentaria y control de calidad
Substituir las grasas saturadas y trans por grasas no saturadas	Cambiar la inversión en aceite de palma por la de otros aceites con ácidos grasos más saludables	Promover las cooperativas de productores de aceite saludable para reducir los precios	Reducir los aranceles sobre los aceites saludables en comparación con los de aceites con grasas saturadas	Prohibir la inversión pública y desincentivar la inversión privada en instalaciones que produzcan aceites hidrogenados
Reducir el consumo de aperitivos salados y bebidas azucaradas con un alto contenido en calorías y pocos nutrientes	Aplicar leyes sobre la competencia para combatir la concentración excesiva en el sector agroindustrial	Gravar el transporte de aperitivos salados y bebidas azucaradas con un alto contenido en calorías y poco valor nutritivo	La Comisión del Codex Alimentarius establece las directrices internacionales para un etiquetado nutricional que todos los consumidores puedan entender	Exigir la reducción del tamaño de los paquetes de bebidas azucaradas vendidos en puntos de venta minoristas

Fuente: Los autores, adaptado de la información en Anand et al. (2015); Bereuter y Glickman (2015); de Schutter (2014); Fanzo et al. (2013); FAO (2013); Panel Global sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición (2014); Hawkes y Ruel (2010); Hawkes (2015); Nugent (2011); UNSCN (2014).

PANEL 6.2 REORIENTAR LA CONTRATACIÓN PÚBLICA DE ALIMENTOS HACIA LA NUTRICIÓN: EL CASO DE BRASIL

DANIEL BALABAN Y MARIANA ROCHA

En las últimas décadas, Brasil ha experimentado cambios estructurales que han transformado de forma significativa el panorama de la nutrición. Estos cambios son fruto de una fuerte movilización tanto de la sociedad civil como del gobierno con la intención de combatir el hambre mediante una serie de mecanismos, entre los que se incluye el recurso de la contratación pública de alimentos como política enfocada a la nutrición.

En la década de 1980, Brasil vivió un proceso de democratización que culminó con la adopción de una nueva constitución en 1988. La proclamada Constitución de los Ciudadanos reconocía numerosos derechos económicos y sociales, como el derecho a la salud, a la educación, a un hogar y la protección social. Como parte de esta tendencia hacia una mayor garantía de los derechos y la movilización social, la sociedad civil empezó a hacerse eco del problema del hambre. Canalizando las donaciones hacia los más necesitados y denunciando al mismo tiempo la falta de atención del gobierno por este problema, los movimientos sociales consiguieron incluir el tema del hambre en la agenda del gobierno. En 1993–1994, el Consejo Nacional para la Seguridad Alimentaria y Nutricional (CONSEA) reunió a representantes del gobierno y la sociedad civil para asesorar al presidente sobre los cambios que debían introducirse, pero el organismo se disolvió a raíz de un cambio de gobierno.

En los años siguientes, el debate en torno a la desnutrición obtuvo un mayor reconocimiento en el espacio público y varios partidos políticos lo introdujeron en su agenda. En 2003, el nuevo gobierno electo convirtió la lucha contra el hambre en una prioridad, con un enfoque específico. La estrategia Hambre Cero (Fome Zero) incluía más de 20 iniciativas en cuatro ejes de intervención para abordar las múltiples causas y caras del hambre: acceso a la alimentación, apoyo a los pequeños agricultores, generación

de ingresos y control social. Gracias a la participación de la sociedad civil, el CONSEA volvió a constituirse. En general, la estrategia se considera un hito en el reconocimiento de la alimentación y la nutrición como prioridad principal e interdisciplinaria de la agenda política.

El Programa de Adquisición de Alimentos (PAA) se diseñó dentro de este marco para crear mercados de contratación pública para pequeños agricultores. Mediante un sencillo proceso de licitación pública, el PAA permite adquirir alimentos de granjas familiares para satisfacer las necesidades de comunidades que padecen inseguridad alimentaria. Debido a que las granjas familiares que participan en el PAA producen en su mayoría productos frescos con un procesamiento escaso o nulo, las frutas y verduras son los productos más comprados, lo que sirve para promover hábitos alimentarios saludables entre los beneficiarios. El programa es innovador porque creó un nuevo e importante mercado para pequeños agricultores que, a menudo, tienen dificultades para acceder a los mercados y padecen ellos mismos inseguridad alimentaria. Además de garantizar una mejor nutrición para los grupos vulnerables, el PAA también contribuye a la seguridad alimentaria de los agricultores aumentando sus ingresos.

En 2009, este modelo se incorporó en el actual Programa Nacional de Alimentación en las Escuelas (PNAE), rediseñado para promover la relación entre las granjas familiares, la alimentación y la enseñanza de la nutrición en la educación básica. Un 30 % de los recursos federales para la alimentación en las escuelas debía destinarse a la compra de alimentos de granjas familiares. Los nuevos criterios nutricionales requieren comidas equilibradas para cada grupo de edad, con alimentos frescos y cocinados y evitando alimentos procesados con un alto contenido de sodio, grasa y azúcar. La nueva ley también amplió los grupos de edad objetivo incluyendo el suministro de alimentos

complementarios para niños de entre seis meses y cinco años en jardines de niños y guarderías, donde debe satisfacerse hasta un 70 % de los requisitos nutricionales diarios.

En el caso del PAA y el PNAE, el procedimiento de licitación establecido para acceder a la contratación pública se combina con asistencia técnica para los agricultores, alineando otras áreas gubernamentales con una estrategia de amplias miras. Se anima a las autoridades públicas a preparar, de la mano de nutricionistas, menús que incorporen productos locales y que sigan el calendario de producción para facilitar la adquisición tanto para las instituciones públicas como para los agricultores.

El PAA y el PNAE se han convertido en una referencia internacional sobre cómo combinar y unir diferentes programas para mejorar la nutrición de grupos a menudo muy vulnerables. La experiencia de Brasil es un buen ejemplo de cómo la contratación pública puede adaptarse a las políticas sociales, aumentando los ingresos y promoviendo una mayor inclusión. Además de favorecer circuitos de suministro más cortos, lo cual tiende a ser más sostenible y más inclusivo con las prácticas culturales locales, estos marcos contribuyen directamente a mejorar la nutrición de los pequeños agricultores y sus familias. En términos de entorno institucional, el contexto en el que se creó el PAA y se reestructuró el PNAE muestra cómo acciones coordinadas por diferentes sectores del gobierno pueden ser mutuamente beneficiosas. El modelo está siendo estudiado por más de 30 países en desarrollo y acaba de recibir el respaldo de la Unión Africana. El programa Comprar en África para África implementado en Etiopía, Malawi, Mozambique, Níger y Senegal, con el liderazgo técnico y la experiencia de la FAO y el Programa Mundial de Alimentos, es un ejemplo de cómo se está adaptando este modelo a otros países (PAA África 2016).

PANEL 6.3 BIOFORTIFICACIÓN: ¿CÓMO SUPERAR EL RITMO ACTUAL?

HOWARTH BOUIS

La biofortificación consiste en usar técnicas de cultivo convencionales para enriquecer los cultivos de alimentos básicos con mayores niveles de vitamina A, zinc y hierro. Las variedades biofortificadas tienen un alto rendimiento, son rentables para los agricultores y ya están disponibles en numerosos países. Los estudios ofrecen varios ejemplos de eficacia nutricional (van Jaarsveld et al. 2005; Hotz et al. 2012; Beer et al. 2014; De Moura et al. 2014) y un número creciente de instituciones nacionales e internacionales están integrando la biofortificación en sus programas y políticas. Los gobiernos africanos y asiáticos, el Banco Mundial, el Programa Mundial de Alimentos y World Vision están cada vez más convencidos del importante papel que desempeñan los cultivos biofortificados en la mejora del estado nutricional de los más vulnerables. El Centro Internacional de la Papa también ha tenido éxito a la hora de ampliar el alcance de las batatas o camotes a través de sus programas y redes.

El desafío clave para atender a más de mil millones de personas con deficiencias en micronutrientes es crear una demanda constante de estos productos. Una fuerte demanda de cultivos biofortificados entre los consumidores y los dirigentes políticos es la garantía definitiva de la integración de la biofortificación en los programas de investigación agrícola. Hasta ahora, los desafíos para su adopción han sido los siguientes: (1) el color del producto de los cultivos ricos en provitamina A, que son

amarillos o naranja, en lugar del color más blanquecino de las variedades no biofortificadas equivalentes, y (2) la frecuente percepción de que los cultivos biofortificados están modificados genéticamente, cuando en realidad todos los cultivos creados oficialmente hasta la fecha por los sistemas nacionales de semillas se han producido mediante técnicas de cultivo tradicionales. La experiencia ha demostrado que, cuando se informa a madres, agricultores y dirigentes políticos, estos desafíos dejan de ser barreras.

La posibilidad de atender a estos mil millones de personas implicará repetir en 25–30 países adicionales (con especial atención en los poblados países de Asia, así como en el arroz y el trigo) lo que ha funcionado bien hasta ahora en los 8 países objetivo. Esto requerirá ampliar el número de adeptos a esta política entre las instituciones regionales, nacionales e internacionales, así como aumentar el número de organizaciones en dichos 25–30 países para integrar la biofortificación en sus actividades principales, un proceso que ya está en camino.

El primer paso es aumentar la demanda de estos productos entre los dirigentes políticos, los consumidores y los investigadores. El segundo paso es establecer en cada país un canal de cultivos biofortificados de alto rendimiento y alta rentabilidad mediante el sistema nacional de investigación agrícola, las empresas de distribución de semillas privadas o ambas cosas. Los centros de investigación CGIAR son clave

para apoyar este proceso, tanto mediante el cultivo de plantas upstream como mediante sus muchas y duraderas relaciones con instituciones de investigación agrícola en países en vías de desarrollo. Finalmente, las políticas de subsidio alimentario podrían dar preferencia al uso de alimentos básicos biofortificados. En el caso de los cultivos con provitamina A (naranja/amarillos), hay que informar a los consumidores del motivo del cambio de color mediante programas gubernamentales y publicidad privada. En el caso de los cultivos ricos en hierro y zinc, la estrategia óptima es captar el porcentaje del suministro total más alto posible relacionando el alto contenido de hierro y zinc con las variedades disponibles que ofrecen una mayor productividad y una mejor adaptación al clima.

Sin embargo, todavía se necesitan recursos (para promover los cultivos, crear la demanda y desarrollar la investigación agrícola) si se quiere incorporar de forma más sistemática la biofortificación. En los ocho países objetivo actuales, los donantes han suministrado financiación para iniciar el proceso de entrega, aprender lecciones y probar los principios para llegar a 15 millones de personas. Sin embargo, esta financiación no es ilimitada. Al contrario, se necesita una integración espontánea como la descrita anteriormente para que la biofortificación se desarrolle en mayor medida.

Agua, saneamiento e higiene

El reconocimiento del papel clave que desempeñan las malas prácticas en el sector del agua, el saneamiento y la higiene (WASH) en la instalación y la perpetuación de la malnutrición ha crecido substancialmente en los últimos 10 años (Bhutta et al. 2013; Ngure et al. 2014). Los programas de agua, saneamiento e higiene (WASH) en dirección de los niños están diseñados básicamente para prevenir que las heces entren en contacto con su entorno o para evitar la ingesta de los patógenos ambientales (Curtis et al. 2000). Por consiguiente, obtienen buenos resultados de salud (control de enfermedades infecciosas, salud para el recién nacido y su madre, salud y nutrición infantil) y quiebran la cadena de transmisión de enfermedades entéricas.

Los índices de acceso globales a una mejor agua y a un mejor saneamiento siguen lejos del 100 % (en el caso del saneamiento mejorado, el acceso mundial ronda el 68 %; en el del agua, asciende al 91 % [JMP 2015]), mientras que el 13 % de la población mundial sigue defecando al aire libre (UNICEF y OMS 2015). Sin embargo, resulta importante preguntarse qué puede hacerse para que los servicios existentes estén más enfocados a la nutrición. Si bien no disponemos de una base empírica respaldada por estudios exhaustivos, la estructuración de los cambios de diseño plausibles (Panel 6.4) es la misma que para las otras intervenciones en los determinantes subyacentes: establecer un plan para mejorar el estado nutricional y prevenir la malnutrición.

El Cuadro 6.4 distingue entre los programas WASH conven-

PANEL 6.4 CÓMO CONSEGUIR QUE LOS PROGRAMAS DE AGUA, SANEAMIENTO E HIGIENE ESTÉN ENFOCADOS A LA NUTRICIÓN

MDUDUZI MBUYA

Conseguir que los programas de agua, saneamiento e higiene (WASH) estén enfocados a la nutrición no requiere un cambio de paradigma. Al contrario, requiere que los organizadores y los planificadores de programas compartan los objetivos de comportamiento de WASH y coordinen sus programas con las múltiples vías de transmisión fecal oral relevantes para la población objetivo. De manera más específica, explicamos cómo asegurarnos de que los programas WASH estén enfocados a la nutrición:

1. **Focalizarse en los resultados de la nutrición:** Los programas WASH abordan de forma inherente determinantes subyacentes cruciales en materia de desarrollo y nutrición fetal e infantil y, por lo tanto, están básicamente enfocados a la nutrición. Sin embargo, pueden aprovecharse aún más para acciones de nutrición si se implementan de tal manera que protejan el tiempo de las mujeres: reducir la duración del trayecto para ir a buscar agua de las mujeres puede significar más tiempo para cuidar a sus hijos y realizar otras actividades asociadas con un mejor consumo (Pickering y Davis 2012; OMS, UNICEF y USAID 2015).
2. **Centrarse en los primeros 1000 días:** Los primeros 1000 días posteriores a la concepción se consideran el punto crítico en el desarrollo de un niño debido al rápido proceso del crecimiento lineal, que refleja el desarrollo cerebral. Los programas WASH dirigidos a este grupo de edad son, por lo

tanto, más propicios a alcanzar resultados de la nutrición y prevenir los déficits de desarrollo asociados a retrasos tempranos en el crecimiento.

3. **Prestar atención a las relaciones causales entre los componentes WASH y los resultados de la nutrición:** Las malas condiciones WASH pueden afectar al estado nutricional debido a diarreas e infecciones parasitarias. Recientemente, se ha determinado que un trastorno intestinal subclínico conocido como enteropatía ambiental es uno de los principales mediadores de la asociación entre los componentes WASH y el retraso en el crecimiento y la anemia (Humphrey 2009). Por lo tanto, centrarse únicamente en los resultados de enfermedades clínicas puede llevar a subestimar el impacto de las intervenciones WASH. De esta manera, los programas WASH deberán implementarse con marcos temporales que permitan evaluar los resultados de la nutrición para introducir cambios o relacionarlos con la incidencia o prevalencia de la diarrea.
4. **Alinear las intervenciones WASH con estas relaciones causales:** Evitar la ingesta de microbios fecales en los primeros 1000 días de un niño debería ser un objetivo expreso de los programas WASH enfocados a la nutrición. Estudios en zonas rurales de Zimbabwe (Ngure et al. 2013; Mbuya et al. 2015) y en otros lugares sugieren que las

vías de transmisión fecal oral en adultos difieren de las de los niños, que se pasan el día explorando y llevándose todo a la boca (por ejemplo, geofagia y consumo de heces de gallina). Estos resultados sugieren que una intervención WASH enfocada a la nutrición (o WASH bebés) deberá:

- reducir la carga de microbios ambientales mediante el saneamiento del hogar y una mejor higiene;
- reducir la transmisión fecal mediante el lavado de manos con jabón de los cuidadores y de los niños;
- mejorar la calidad del agua potable mediante un mejor acceso a fuentes de agua protegidas y métodos higiénicos de tratamiento y almacenamiento del agua en el hogar;
- promover la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida para garantizar la adecuación de los nutrientes y excluir alimentos y leches no maternales potencialmente contaminados;
- evitar la ingesta de materia fecal de los niños al llevarse las manos a la boca manteniendo limpias las zonas de juego y de alimentación del niño;
- ofrecer alimentos complementarios preparados y almacenados higiénicamente usando utensilios limpios y lavándose las manos.

cionales y los enfocados a la nutrición. Por ejemplo, los programas WASH centrados en la nutrición incluyen intervenciones que tienen en cuenta los mil primeros días posteriores a la concepción. Se hace más hincapié en los cuidadores (de quienes depende el bebé), en la limpieza de las zonas de juego y en la prevención del contacto con heces animales y humanas (porque los niños andan a gatas con las manos en el suelo).

Ayuda alimentaria humanitaria

No se ha observado ninguna disminución en el número de personas afectadas por desastres como inundaciones o sequías en

la primera década del siglo XXI (Guha-Sapir et al. 2016). Además, el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático estima que el cambio climático aumentará la frecuencia y gravedad de dichos acontecimientos (IPCC 2007).

El fenómeno de El Niño en 2015–2016 ya ha sido devastador para millones de personas, sobre todo en el este y sur de África (FAO 2016a) y tendrá graves repercusiones en todo 2016 debido a que las familias no pueden asumir solas los efectos que las sequías y las inundaciones han tenido en la producción y el precio de los alimentos y en las condiciones de vida en el campo (PMA 2016). El Panel 6.5 resume algunos de los desafíos y de las

CUADRO 6.4 Diferencias entre un programa WASH (agua, saneamiento e higiene) enfocado a la nutrición y un programa WASH convencional

Característica	Programa WASH convencional	Programa WASH orientado a la nutrición
Resultados de interés principales (indicadores de impacto)	Resultado de enfermedades clínicas (por ejemplo, diarrea, tracoma y enfermedades tropicales ignoradas)	Resultados nutricionales (por ejemplo, retraso en el crecimiento y anemia) además de resultados de enfermedades clínicas
Grupo objetivo principal	Todos los grupos de edad, a nivel de la comunidad	Los primeros 1000 días desde la concepción hasta los dos años (la atención se centra en los cuidadores, ya que el feto/bebé depende de sus acciones)
Decisiones en infraestructuras	Retretes, sistema de abastecimiento de agua	Retretes, sistema de abastecimiento de agua y zonas de juego protegidas
Fuentes de contaminación	Heces humanas	Heces humanas y animales
Vectores de transmisión fecal oral	Dedos (con particular atención a las manos del cuidador), fluidos, moscas, campos	Dedos (con particular atención a las manos del cuidador y del bebé), fluidos, moscas y campos (en especial la tierra)
Comportamientos dirigidos (indicadores de comportamiento/proceso)	Eliminación de heces, lavado las manos con jabón, tratamiento del agua e higiene alimentaria	Eliminación de las heces (poniendo énfasis en las deposiciones animales y las heces infantiles), lavarse las manos con jabón (con particular atención al cuidador y al bebé), tratamiento del agua, higiene alimentaria, lactancia materna exclusiva
Factores que influyen en la elección de las combinaciones de los componentes de intervención	Prevención o control de las enfermedades transmisibles; prioridades de ministerios o donantes	Resultados nutricionales
Base de datos empírica	Pruebas sólidas basadas en ensayos aleatorios	Base de datos empírica procedente de la observación y bases de plausibilidad

Fuente: Mduduzi Mbuya.

lecciones aprendidas tras el fenómeno de El Niño en 2015. Los efectos de El Niño tendrán consecuencias definitivas en los niños que se encuentran en los primeros 1000 días tras su concepción y cuyo crecimiento y desarrollo no ha podido protegerse del fenómeno (ver, por ejemplo, Danysh et al. 2014). Además, tal como muestran los datos del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados recogidos en el Capítulo 8, el número de personas desplazadas por conflictos ha alcanzado niveles sin precedentes (casi 60 millones de afectados). El Capítulo 8 plantea cómo mejorar la responsabilidad con las personas vulnerables a las emergencias. Aquí nos preguntamos cómo están funcionando las estrategias de ayuda alimentaria humanitaria de las diferentes agencias para la integración de la nutrición y, por consiguiente, para el cumplimiento de los compromisos con vistas a reducir la desnutrición en casos de emergencia.

La mejora del estado nutricional de las poblaciones afectadas por desastres requiere acciones que van más allá del ámbito de la nutrición (von Grebmer et al. 2015; Brown et al. 2015). Tal como indica un reciente análisis de Brown et al, “existe la necesidad de combatir los múltiples determinantes de la desnutrición en casos de emergencia mediante la integración de la nutrición en todos los ámbitos, incluido el de la ayuda alimentaria humanitaria” (2015, 7).

Con la ayuda en la Dirección General de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la Comisión Europea (ECHO), Brown et al (2015) analizaron 22 documentos de políticas y estrategias de 2006 a 2015 de agencias de la ONU, organizaciones no gubernamentales internacionales y donantes sobre la base de 15 criterios. La Figura 6.3 muestra el porcentaje de documentos que “cubrían” cada uno de los 15 criterios. Los 22 documentos de políticas y estrate-

gias no estuvieron a la altura⁴ en tres criterios o áreas: monitoreo de la cobertura o acceso de los grupos (especialmente los más vulnerables) a las intervenciones de ayuda alimentaria humanitaria enfocadas a la nutrición; limitación de los impactos nutricionales negativos imprevistos de la ayuda alimentaria humanitaria enfocada a la nutrición; y referencias al cumplimiento de las normas mínimas Esfera (de carácter voluntario) en materia de seguridad alimentaria y nutrición, que promueven la responsabilidad en el espacio humanitario sobre estos temas. Los organismos de ayuda alimentaria humanitaria pueden reforzar sus compromisos en las áreas mencionadas anteriormente, preferentemente reuniendo capacidades y recursos con sus contrapartes de desarrollo (el Panel 6.5 también subraya este punto).

UTILIZAR LAS INTERVENCIONES Y POLÍTICAS SUBYACENTES Y DETERMINANTES COMO PLATAFORMA PARA ACCIONES DIRECTAS EN MATERIA DE NUTRICIÓN

Aquí consideramos la utilidad de las intervenciones y políticas relativas a determinantes subyacentes como plataformas para las acciones más directas o específicas de la nutrición que destaca el Capítulo 5.

Transferencias monetarias para generar cambios de comportamiento

Una nueva investigación en Bangladesh ilustra el impacto potencial que tiene el uso de intervenciones de protección social como plataforma para intervenciones directas en nutrición. Las transferencias monetarias del Programa Mundial de Alimentos que

PANEL 6.5 EL FENÓMENO CLIMÁTICO EL NIÑO: ÉXITOS Y DESAFÍOS DESDE 2015

YVES HORENT, CLAIRE DEVLIN Y ABIGAIL PERRY

El impacto de El Niño en la malnutrición a lo largo del año 2015 y en lo que llevamos de 2016 ha sido profundo y ha acarreado un impresionante número de casos de malnutrición aguda severa (UNICEF 2016a) en el este y el sur de África, con una estimación de 60 millones de personas afectadas (UNOCHA 2016). Los impactos sobre el hambre y la malnutrición no se conocen bien, pero sin duda serán importantes y duraderos. Los acontecimientos del año pasado pusieron de manifiesto que, a pesar de algunas mejoras, los sistemas siguen siendo incapaces de mitigar el impacto de los desastres climáticos relacionados con El Niño.

Como otras organizaciones, el Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID) empezó a monitorear modelos de El Niño desde los primeros avisos surgidos en marzo de 2015. Por aquel entonces, las previsiones eran inciertas, pero alcanzaron un grado de certidumbre mayor en junio de 2015. En este punto, las probabilidades de que ocurriera un acontecimiento importante fueron suficientes para tomar las primeras decisiones. En este periodo, el DFID, científicos, académicos y la Oficina de Meteorología del Reino Unido colaboraron para prever los patrones climatológicos y los posibles efectos humanitarios. En agosto de 2015, este análisis científico empezó a difundirse con donantes y con agencias humanitarias y de desarrollo para fomentar una respuesta temprana. A partir de octubre de 2015, se proporcionaron modelos regionales y estacionales de probabilidad de alta calidad a las partes interesadas.

Conscientes de los impactos devastadores de los episodios de El Niño de 1997–1998 y de 2010–2011, los esfuerzos durante este periodo se centraron en desarrollar o actualizar planes de emergencia (DFID 2015). Resultaba evidente que habría importantes necesidades nutricionales en África y otras regiones. La crisis del hambre en el Cuerno de África en 2010–2011 subrayó que una alerta temprana no comporta automáticamente

acciones tempranas, y que los planes de emergencia nacionales resultaron fundamentales para impulsar la acción.

En vistas del gran número de personas afectadas por El Niño en 2015 y 2016, es evidente que se necesitan de forma urgente más progresos:

- Los planes de emergencia y otras actividades de preparación deben ser oportunos, más sistemáticos y metódicos y no deben ser una responsabilidad exclusiva de las organizaciones humanitarias de emergencia, sino integrarse en departamentos, agencias y programas gubernamentales de mayor alcance.
 - Las pruebas sobre el diseño y la entrega de las necesidades de protección social como respuesta a los desastres deben mejorarse para permitir una rápida expansión a países susceptibles de sufrir crisis. Si es posible, estos mecanismos también deberán centrarse más en la nutrición y relacionarse con sistemas de alerta temprana que permitan una predicción localizada del hambre y la malnutrición.
 - El uso de la ciencia climática debe resultar normativo y más sistemático. Ello requiere educar y formar a más gente en la interpretación de las previsiones y centrarse en productos de calidad garantizada. Estas previsiones deben comunicarse mejor a todos los dirigentes políticos, desde la base hasta los jefes de Estado, y en un lenguaje apropiado.
 - Se necesitan mecanismos de financiación que generen recursos a una escala adecuada y a tiempo.
 - Deben reforzarse los análisis de los datos económicos y de mercado. Las nuevas tecnologías deben facilitar el acceso a datos y análisis, para disponer de políticas más transparentes y adaptadas en tiempos de presión o desastre.
- Sin embargo, con el fenómeno de El Niño de 2015–2016 no todo son malas noticias. A pesar de las pocas respuestas observadas, existen pruebas de que se han hecho importantes mejoras en la capacidad para gestionar los desastres climáticos en comparación con la experiencia de El Niño de 1997–1998:
- Con más conocimientos y capacidad informática, las previsiones del tiempo han mejorado significativamente y son mucho más fiables, para periodos más largos y en más regiones que nunca. Las previsiones se comunican mejor gracias a las nuevas tecnologías de la información.
 - Muchos países han mejorado su capacidad de gestión de desastres, y el sector de la ayuda humanitaria está mejor estructurado y es más profesional. Más dirigentes políticos entienden las ventajas de tomar acciones a tiempo y de colaborar.
 - Más países cuentan con programas de protección social, que no sólo pueden proteger parcialmente a un gran número de personas del impacto de desastres climáticos, sino que también pueden adaptarse rápidamente y ampliarse cuando hace falta (Fitzgibbon 2016).
 - Se están probando nuevos modelos financieros basados en riesgos con resultados prometedores.

Si bien no es habitual que El Niño tenga la fuerza que ha demostrado en 2015–2016, las distorsiones en los patrones del tiempo no son diferentes en un mundo en pleno cambio climático. En el último año, se han aprendido lecciones vitales, sobre las que debemos trabajar para mejorar nuestra capacidad para proteger a las poblaciones del hambre y la malnutrición en el futuro.

FIGURA 6.3 Porcentaje de los 22 documentos de políticas y estrategias en materia de ayuda alimentaria humanitaria que cubren problemas enfocados a la nutrición desde ángulos diferentes



Fuente: Brown et al. 2015.

Nota: AA = Ayuda alimentaria.

incluyeron comunicaciones sobre cambios de comportamiento en materia de alimentación infantil y juvenil fueron el único tipo de transferencia que tuvo un impacto importante positivo en la puntuación Z de estatura para la edad. Las transferencias monetarias sin comunicaciones sobre cambios de comportamiento no tuvieron ningún impacto en la puntuación de estatura para la edad, aunque casi todas las modalidades tuvieron un efecto positivo en la seguridad alimentaria en el hogar y en las dietas infantiles (Ahmed et al. 2016). Esta evaluación de las modalidades de transferencia monetaria fue una primera prueba de un programa piloto, pero teniendo en cuenta la posterior multiplicación de los programas de transferencia monetaria –siempre y cuando se repitan los resultados–, la inclusión de componentes sobre cambios de comportamiento en programas de protección social puede resultar prometedora.

Educación

El sector de la educación ofrece oportunidades de mejora de la nutrición a través de las tres opciones identificadas en la introducción del capítulo: el nivel de los determinantes subyacentes, el enfoque en la nutrición de los determinantes y el uso de las intervenciones en determinantes subyacentes

como plataformas para intervenciones directas en nutrición. Es una buena manera de empoderar a las mujeres y de cambiar las normas en materia de nutrición. El Panel 6.6 hace hincapié en las diferentes opciones en este ámbito y en lo que revelan los datos empíricos disponibles.

LLAMADOS A LA ACCIÓN

- 1. Establecer objetivos para los resultados de los determinantes subyacentes.** Durante la próxima revisión de sus planes nacionales de nutrición y enfermedades no transmisibles, los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil (OSC) deben identificar los principales determinantes subyacentes de sus contextos de nutrición y establecer objetivos para acelerar las mejoras.
- 2. Establecer objetivos para las inversiones orientadas a la nutrición.** Los gobiernos, las agencias de la ONU, las OSC, los donantes y las empresas deben asumir compromisos más ambiciosos sobre los porcentajes de sus inversiones en sistemas alimentarios, agua, saneamiento e higiene (WASH), educación, igualdad de género y programas de protección

PANEL 6.6 REFORZAR LA ORIENTACIÓN DE LAS ACCIONES DE EDUCACIÓN HACIA LA LUCHA CONTRA TODAS LAS FORMAS DE MALNUTRICIÓN

HAROLD ALDERMAN

Los programas enfocados a la nutrición recurren a sectores complementarios para influir en los determinantes subyacentes de la nutrición y el desarrollo infantil, que incluyen la pobreza, la inseguridad alimentaria y la falta de acceso a cuidados y servicios de agua y saneamiento adecuados (Ruel y Alderman 2013). Si bien se ha prestado especial atención a la influencia de la agricultura y de la protección social en la nutrición, la educación también ejerce una gran influencia debido a su cobertura y a su capacidad de servir como plataforma para programas específicos de nutrición. Existen varias maneras de reforzar la orientación de las acciones de educación hacia la nutrición.

Aumentar la escolarización de las niñas.

La escolarización de las niñas puede reducir el número de embarazos en edad adolescente, un factor de riesgo bien documentado de bajo peso al nacer (Kozuki et al. 2013), así como aumentar la edad del matrimonio (Hahn et al. 2015), si bien también reduce su fertilidad total (Breierova y Duflo 2004). Sin embargo, a largo plazo, lo que las niñas aprenden en la escuela es claramente más importante. No se trata solo de competencias básicas de lectura, escritura y aritmética, sino también de adquirir conocimientos sobre salud y nutrición.

Utilizar la escuela como plataforma para educar sobre la nutrición y para otros servicios relacionados con la nutrición.

Existen numerosos módulos escolares sobre educación en materia de nutrición, en especial para fomentar una alimentación saludable y la práctica de ejercicio físico con el objetivo de prevenir la obesidad (Waters et al. 2011).

También los hay que fomentan la higiene y el lavado de manos, así como módulos que abordan actividades de riesgo potencialmente relacionadas con el embarazo en la adolescencia. Sin embargo, se ha omitido un aspecto: prácticamente no hay documentación en materia de nutrición, destinada a los países con ingresos bajos y medianos, que trate de la experiencia de usar las aulas para difundir información sobre el cuidado de niños, a pesar de la alta probabilidad de que la mayoría de las alumnas vayan a encontrarse a corto plazo asumiendo el papel de cuidadoras (Tang et al. 2009).

Las escuelas también pueden ser una plataforma para la suplementación con hierro (Luo et al. 2012), así como un motor para reducir la anemia (Miller et al. 2012). De la misma manera, aunque no sin un debate previo, las escuelas pueden ofrecer una plataforma para la eliminación sistemática de parásitos (Ahuja et al. 2015).

Convertir las comidas escolares en una intervención en materia de nutrición. Las comidas en la escuela ofrecen la posibilidad de explorar la diversidad alimentaria, pero su papel para mejorar la nutrición no es tan claro como el papel que ha demostrado tener en la promoción de la escolarización. Ello se ilustra con el ejemplo de algunos niños mexicanos que pueden considerarse de bajo peso según las normas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y al mismo tiempo con sobrepeso en términos de índice de masa corporal (Lobstein et al. 2015). Este documento ofrece una frase muy acertada para describir el desafío que plantea

este fenómeno (¿Sobrepeso o baja estatura?), un desafío que afecta a los objetivos y a la evaluación de los programas alimentarios de las escuelas, incluidos los jardines de niños. Ya no está claro cómo interpretar los datos, como los del análisis sistemático de los ensayos aleatorios en comidas escolares, que arrojaron un aumento en la ganancia de peso de 0,39 kg (Kristjansson et al. 2007), sin un mayor conocimiento del contexto, si bien los datos correspondientes al rendimiento escolar de estos programas son menos ambiguos (Victoria y Rivera 2014).

Utilizar la alimentación escolar como posible apoyo al desarrollo agrícola.

Además de cumplir sus objetivos en materia de nutrición, educación y protección social, a la alimentación escolar cada vez se le pide más que contribuya al desarrollo agrícola mediante programas de alimentación escolar a base de productos locales. Añadir este nuevo objetivo, por supuesto, supone aumentar el número de equilibrios que hay que mantener. En el caso de una alimentación escolar a base de productos locales, la descentralización dificulta (pero no imposibilita) la fortificación, un medio con el que la alimentación escolar puede reducir de forma eficaz las deficiencias de micronutrientes. Además, dificulta la logística en zonas de inseguridad alimentaria en épocas de sequía o de escasez temporal. Con el tiempo, sin embargo, la alimentación escolar a base de productos locales puede mejorar la diversidad dietética y aumentar la seguridad alimentaria entre los productores con ingresos bajos, aunque todavía no disponemos de datos empíricos que apoyen esta esperanza.

social explícitamente diseñados para ayudar a tratar cualquier forma de malnutrición.

- 3. Aumentar el conocimiento sobre los determinantes comunes de una mala nutrición.** Los investigadores deben crear un marco conceptual unificado para entender los determinantes subyacentes del sobrepeso/obesidad, la deficiencia de micronutrientes, el retraso en el crecimiento

y la emaciación, así como para identificar los determinantes comunes de todas las formas de malnutrición. Ello ayudará a orientar los compromisos específicos de los gobiernos, los donantes, la ONU y las empresas a nivel subyacente. Sería conveniente publicar dichas investigaciones en una serie *The Lancet* dedicada a la nutrición y contar con el apoyo de donantes y gobiernos.

4. Reforzar las acciones de nutrición para las personas afectadas por conflictos y emergencias.

Las principales partes interesadas en la ayuda humanitaria tanto a escala nacional como internacional deben asegurarse de que sus acciones estén más enfocadas a la nutrición, y deben mejorar su trabajo en los siguientes puntos:

- monitorear el acceso de los grupos vulnerables a las intervenciones de ayuda humanitaria para combatir la malnutrición y ocupar el espacio existente entre las intervenciones humanitarias y de desarrollo;
- cumplir las normas Esfera sobre la implementación de la respuesta humanitaria en materia de alimentación y nutrición para aumentar la responsabilidad con los grupos vulnerables;
- usar de forma sistemática la ciencia climática, los mecanismos de protección social y las nuevas tecnologías de datos para aumentar la capacidad de los determinantes subyacentes con la intención de mejorar la preparación y la respuesta ante los desastres.

Las partes interesadas deben asumir compromisos SMART en las áreas antes mencionadas como parte del proceso de N4G para 2016 y para el establecimiento de los ODS a escala nacional.



7 SATISFACER LAS NECESIDADES: FINANCIAR PARA ALCANZAR LAS METAS

UN COMPROMISO SIN FINANCIACIÓN ES SINÓNIMO DE BUENAS INTENCIONES QUE NUNCA TERMINARÁN EN ACTOS. SI LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA NUTRICIÓN DEBEN implementarse y las metas cumplirse, las necesidades deben financiarse. La financiación de la nutrición proviene de los gobiernos (nacionales), de fuentes internacionales (las agencias bilaterales y multilaterales de ayuda al desarrollo y fundaciones que conforman la “comunidad del donante”) y de los particulares.

Un compromiso sin financiación es sinónimo de buenas intenciones que nunca terminarán en actos. Si las acciones de promoción de la nutrición deben implementarse y las metas cumplirse, las necesidades deben financiarse. La financiación de la nutrición proviene de los gobiernos (nacionales), de fuentes internacionales (las agencias bilaterales y multilaterales de ayuda al desarrollo y fundaciones que conforman la “comunidad del donante”) y de los particulares.

Sabemos que invertir en la intensificación de las intervenciones en materia de nutrición constituye una propuesta rentable y de alto impacto. El *Informe de la Nutrición Mundial 2014* estimó un ratio de costo-beneficio de 16:1, mientras que el *Informe de la Nutrición Mundial 2015* resumió nuevas estimaciones que muestran una tasa de rentabilidad compuesta de las inversiones en nutrición

superior al 10 %. También sabemos que los costos de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición son muy altos: por ejemplo, Popkin et al. (2006) estima que para China el costo de la obesidad y la alimentación relacionada con la obesidad y los patrones de actividad física aumentarán del 3,58 % al 8,73 % del PIB entre 2000 y 2025.

Este capítulo destaca cuánto costará ampliar las intervenciones y acelerar las mejoras en nutrición —y cómo los gobiernos y los donantes están actuando para cumplir este desafío. Al hacerlo, identificamos la forma en que gobiernos y donantes pueden aumentar y asignar de forma más eficaz los recursos para respaldar las acciones para la nutrición. Además, con el fin de acelerar las mejoras en nutrición, este capítulo brinda datos a la sociedad civil, con el fin de ayudarla a exigir más responsabilidad a gobiernos y donantes en sus acciones de financiación.

La primera parte del capítulo analiza los niveles de gasto necesarios para alcanzar las metas relacionadas con la desnutrición y la lactancia materna exclusiva. Presenta análisis que responden a las siguientes preguntas: ¿Cuánto se necesitará para financiar las intervenciones directas en nutrición con el fin de cumplir las metas de la AMS sobre retraso en el crecimiento, emaciación, lactancia materna exclusiva y anemia en 2025? ¿Quién debe establecer el

volumen de ayuda y cómo se reunirán los recursos necesarios? El análisis muestra que gobiernos y donantes, mancomunados, necesitan aumentar ampliamente sus inversiones en nutrición para que los países que más sufren puedan alcanzar las metas de la AMS.

En la segunda parte del capítulo, concluimos que los gobiernos cuentan con un margen sustancial para aumentar sus asignaciones destinadas a la nutrición. Demostramos que los gobiernos están

Este capítulo destaca la evolución de gobiernos y donantes en el cumplimiento de las necesidades de financiación en materia de nutrición y de su costo para alcanzar el desafío que representa la desnutrición.

- Las inversiones enfocadas a la nutrición todavía constituyen una propuesta de alto impacto y gran rentabilidad, con un ratio costo-beneficio de 16:1 y una tasa de rendimiento compuesto de más del 10 % (IFPRI 2014, 2015a).
- El costo que representa descuidar la nutrición es alto y causa pérdidas económicas del 10 % del producto interno bruto. En China, a causa de la obesidad, es probable que las pérdidas del PIB se dupliquen del 4 % en 2000 al 9 % en 2025. En los países con bajos ingresos, los hogares asumen el 54 % de los costos imputables a las enfermedades cardiovasculares.
- Existen sólidos argumentos que justifican el monitoreo de los recursos financieros y las inversiones en materia de nutrición: esto permite concentrarse sobre todo en los resultados y brindar argumentos con vistas a obtener inversiones suplementarias.
- Los actuales niveles de financiación no satisfacen las necesidades:
 - ▶ El déficit de financiación de 10 años relativo al cumplimiento de las metas de 2025 en materia de retraso en el crecimiento, malnutrición aguda severa, lactancia materna exclusiva y anemia es de 70 mil millones de dólares estadounidenses.
 - ▶ El análisis de los gastos de 24 países de ingresos bajos y medianos muestra una asignación promedio a la nutrición del 2,1 %, en comparación al 33 % dedicado a la agricultura, la educación, la salud y la protección social.
 - ▶ Las enfermedades no transmisibles (ENT), muchas de las cuales están vinculadas con la nutrición, son causantes del 49,8 % de las muertes y discapacidades en los países de ingresos bajos y medianos. Sin embargo, menos del 2 % de los gastos anuales de los donantes en el ámbito de la salud se atribuye a las enfermedades no transmisibles (611 millones de dólares en 2014) y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición recibieron solo 50 millones de dólares por parte de los donantes en 2014, en comparación con alrededor de mil millones de dólares gastados en intervenciones específicas de nutrición.
 - ▶ Las asignaciones de los donantes a todas las intervenciones específicas de nutrición están estancadas en mil millones de dólares, a pesar de que sus contribuciones en materia de nutrición están en aumento a través de otros sectores.
- Los gobiernos y donantes deben triplicar sus compromisos en el ámbito de la nutrición para cumplir con las metas esenciales, con un aumento de los gastos anuales de 3.700 millones de dólares y 2.600 millones de dólares, respectivamente.
- Existen grandes oportunidades de incrementar las contribuciones financieras al sector de la nutrición: los gobiernos pueden hacer que el 33 % que destinan a la agricultura, la educación, la protección social y la salud se dedique también a trabajar en pos de una mejor nutrición a través de la inclusión en sus planes de las metas de nutrición y el seguimiento de su impacto.
- En el mejor de los casos, la notificación sobre los gastos en materia de nutrición es irregular. Los datos relativos al gasto público sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición y la obesidad están fragmentados en múltiples departamentos y, a menudo, integrados con otros elementos que no tienen nada que ver con la nutrición. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos y el Comité de Ayuda al Desarrollo no monitorean los gastos de los donantes enfocados a la nutrición o los gastos orientados a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. Los gobiernos y donantes no siempre adoptan enfoques coherentes de monitoreo de sus gastos en nutrición.

asignando el 2,09 % de sus gastos a la nutrición. Esta cifra se debe comparar con el 33 % del gasto público en Asia y África asignado a cuatro sectores: agricultura, educación, salud y protección social (no contamos con datos comparables para el agua, el saneamiento y la higiene [WASH]). Estos sectores constituyen reservas que la nutrición debe aprovechar. Explicamos que 24 gobiernos ya están sacando provecho de estos sectores, pero, por el momento, los beneficios para la nutrición llegan con cuentagotas.

Explicamos que, mientras que los donantes han redoblado en forma sorprendente sus intervenciones orientadas a la desnutrición durante los últimos 10 años, han frenado su impulso cuando se trata de los gastos específicos de nutrición, sobre todo la promoción de la lactancia materna exclusiva, la promoción de una alimentación mejorada para los lactantes y los niños, la suplementación y fortificación con micronutrientes y la alimentación terapéutica en caso de malnutrición aguda severa. Señalamos que los gastos en estos sectores se han estancado, mientras que los grandes donantes como los Estados Unidos de América, el Reino Unido y Japón han observado una disminución significativa en sus desembolsos para las intervenciones específicas de nutrición. Además, 13 de los 28 donantes de la OCDE continúan evitando las intervenciones específicas a la nutrición asignándoles menos de 1 millón de dólares estadounidenses¹. Los desembolsos enfocados a la nutrición destinados a combatir la desnutrición en sectores como la agricultura, la protección social, la educación, el agua, la higiene y el saneamiento (WASH) y el empoderamiento de la mujer están en aumento, aunque los informes sean irregulares y, por lo tanto, exista una verdadera dificultad de análisis.

Por último, y por primera vez en el *Informe de la Nutrición Mundial*, esbozamos un panorama global de la financiación de las acciones en materia de enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición. Las fuentes de datos están fragmentadas y no están lo suficientemente adaptadas para evaluar los gastos gubernamentales o de los donantes en tales acciones. Gobiernos, donantes e investigadores tienen una gran tarea por delante si desean identificar las financiaciones de acciones destinadas a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.

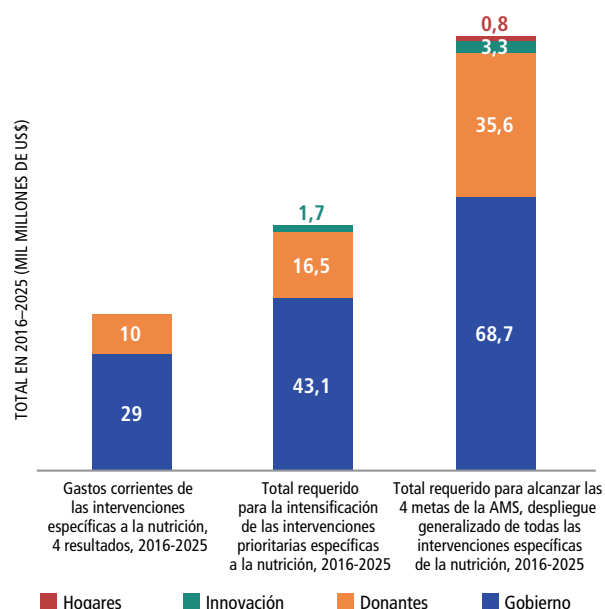
EVALUACIÓN DE LOS COSTOS Y BÚSQUEDA DE FINANCIACIÓN PARA LAS INTERVENCIONES DIRECTAS NECESARIAS PARA CUMPLIR CON LAS METAS GLOBALES DE NUTRICIÓN MATERNO-INFANTIL

El *Informe de la Nutrición Mundial 2015* resumía un análisis preliminar del Banco Mundial y el Instituto para el Desarrollo (R4D) relativo al costo que representa intensificar las intervenciones específicas en nutrición en 37 países con alta carga de enfermedad para cumplir con las metas de 2025 en materia de retraso en el crecimiento. Desde la publicación de sus estudios a mediados de 2015, los equipos del Banco Mundial y del R4D han perfeccionado

sus análisis sobre el retraso en el crecimiento y añadido análisis similares para otras tres metas más: malnutrición aguda severa en niños menores de cinco años², anemia en las mujeres en edad reproductiva y lactancia materna exclusiva. Esta vez, las metas incumben a todos los países con ingresos medianos y bajos.³

Los equipos consideran que los actuales gastos en intervenciones específicas de nutrición para tratar el retraso en el crecimiento, la malnutrición aguda severa, la lactancia materna exclusiva y la anemia de la mujer en edad reproductiva representan un total de 3.900 millones de dólares por año: 2.900 millones provienen del gasto público y mil millones de dólares de los donantes. Si este nivel se mantiene en la próxima década, se invertirá un total de 39.000 millones de dólares en el principal programa de intervenciones (Figura 7.1). Sin embargo, para cumplir con las cuatro metas, esta cifra deberá aumentar a alrededor de 70.000 millones de dólares, lo que representa casi triplicar los gastos actuales en el próximo periodo de 10 años, para que alcancen 108.000 millones de dólares (Figura 7.1). Para ello, los gobiernos necesitarán movilizar un promedio de 3.900 millones de dólares más por año y los donantes una cifra

FIGURA 7.1 Niveles y fuentes de financiación destinadas a cumplir las metas sobre el retraso en el crecimiento, la malnutrición aguda severa, la anemia y la lactancia materna exclusiva, en todos los países con ingresos bajos y medianos, hasta 2025



Fuente: Los autores, datos suministrados por Shekar et al. (2016).

Nota: Ejemplos de mecanismos de financiación innovadores comprenden la iniciativa Power of Nutrition (ver www.powerofnutrition.org) y la Global Financing Facility in support of Every Woman, Every Child (ver www.globalfinancingfacility.org). El *Informe de la Nutrición Mundial 2015* mencionó dichos mecanismos.

adicional de 2.600 millones de dólares por año en los próximos 10 años. Estas medidas podrían aumentar la financiación pública actual en un factor de 2,3 en un periodo de 10 años y la financiación de los donantes en un factor de 3,6. La barra central de la Figura 7.1 presenta las estimaciones para ampliar un subconjunto de intervenciones⁴ (ver Shekar et al. 2016). Estos múltiplos, asociados a un aumento integral, corresponden a las estimaciones anteriores de los equipos del Banco Mundial y del R4D sobre retraso en el crecimiento que figuran en el *Informe de la Nutrición Mundial 2015*.

¿Son factibles estos aumentos de los niveles de inversión específica a la nutrición en una época donde está disminuyendo el crecimiento económico y donde merman los niveles de asistencia pública al desarrollo? Los donantes ya han cuadruplicado sus gastos en intervenciones específicas de nutrición en los últimos 10 años, aunque hay que reconocer que partían de una base muy baja. ¿Aceptarán continuar aumentando sus contribuciones a un ritmo cada vez mayor como el solicitado?

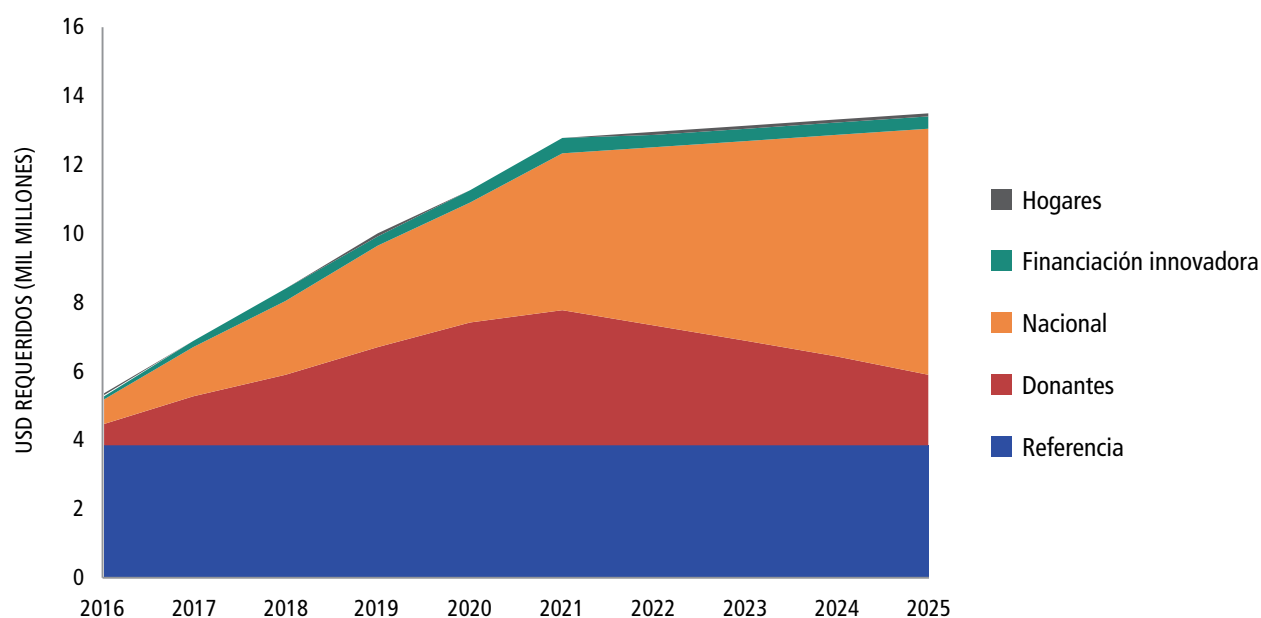
Con el fin de encontrar los argumentos convincentes para inversiones adicionales, varias cosas deben suceder. En primer lugar, debe existir una articulación entre las vidas salvadas y los ratios costo-beneficio de las intervenciones en materia de

nutrición (ver el ratio costo-beneficio promedio de 16:1 indicado para 40 países en el *Informe de la Nutrición Mundial 2014*). En segundo lugar, el costo total necesita desglosarse en segmentos más pequeños que resulten realistas desde el punto de vista político frente a los inversores nacionales e internacionales (lo que genera el escenario de una “intervención prioritaria”, columna central, Figura 7.1). En tercer lugar, se necesita articular plazos para una agenda de pagos que refleje las distintas capacidades de intervención de las partes interesadas. Por último, es imperativo ampliar el círculo de inversores.

Con el objetivo de intensificar la financiación, los autores del Banco Mundial y del R4D proponen plazos con una agenda de pagos que, explican, reflejan las capacidades de inversión. Se trata de un escenario de “solidaridad internacional” para la financiación (Figura 7.2). El aumento de la participación de los donantes debe intervenir al principio del período, mientras que el grueso de los aumentos del gasto público se llevará a cabo en la segunda mitad del periodo de 10 años.

El *Informe de la Nutrición Mundial* respalda con convicción las conclusiones del análisis del equipo del Banco Mundial y del R4D. Los detalles complementarios de este trabajo figuran en Shekar et al. (2016).

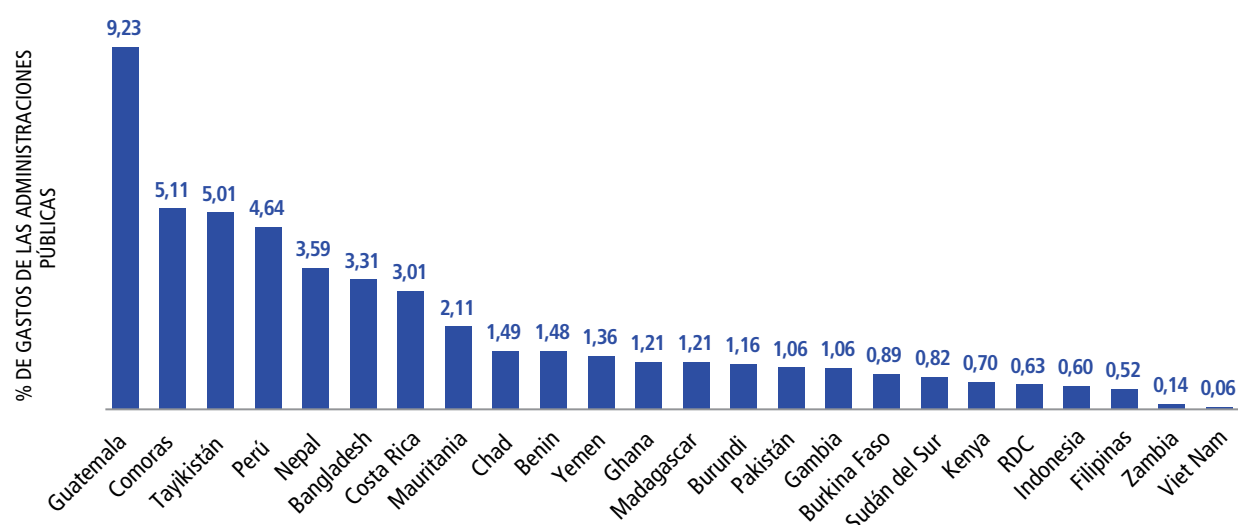
FIGURA 7.2 Inversiones adicionales requeridas para concretizar el escenario “Solidaridad internacional” para todos los países con ingresos bajos y medianos, 2016–2025



Fuente: Shekar et al. (2016).

Nota: Los importes en dólares representan las inversiones adicionales requeridas con respecto al umbral de referencia por parte de las distintas partes interesadas para alcanzar en 2025 las metas mundiales de nutrición para el retraso en el crecimiento, la malnutrición aguda severa, la anemia y la lactancia materna exclusiva en el escenario «Solidaridad internacional» para un despliegue generalizado en todos los países con ingresos bajos y medianos.

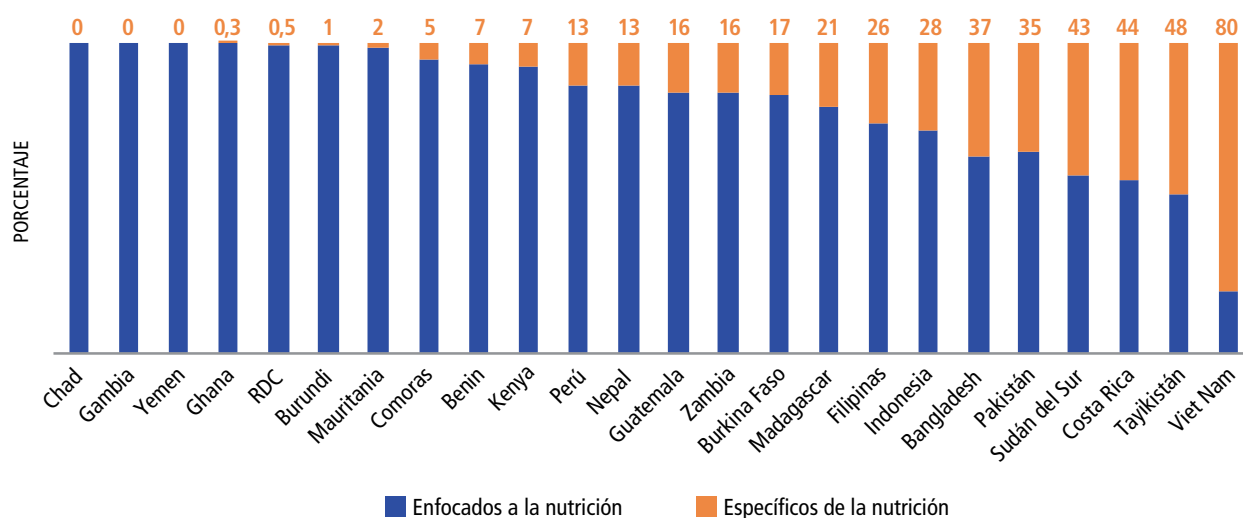
FIGURA 7.3 Asignaciones presupuestaria para las intervenciones específicas de nutrición y enfocadas a la nutrición, 24 países



Fuente: Los autores, datos suministrados por Greener et al. (2016).

Nota : RDC = República Democrática del Congo

FIGURA 7.4 Asignaciones presupuestarias específicas y enfocadas a la nutrición, 24 países



Fuente: Los autores, datos suministrados por Greener et al. (2016).

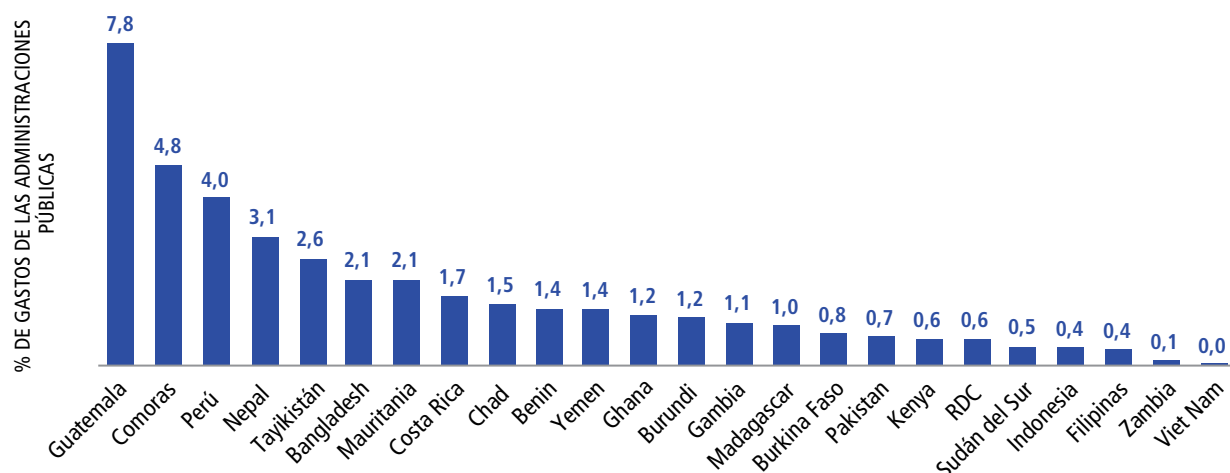
Nota : RDC = República Democrática del Congo

ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS NACIONALES DESTINADAS A LA NUTRICIÓN

En el *Informe de la Nutrición Mundial 2015*, presentamos datos provenientes de 14 países que habían estimado sus asignaciones nacionales para sus acciones enfocadas y específicas a la nutrición⁵. Cada uno de estos países adaptaron y aplicaron sus propias cargas de nutrición a varias partidas en su presupuesto público. Esta sección aplica las ponderaciones medias de los 14 países

a 8 países nuevos⁶. Dos países adicionales, Perú y Guatemala, transmitieron sus asignaciones presupuestarias reales en nutrición. Por lo tanto, contamos con 24 estimaciones nacionales de las asignaciones nacionales para la nutrición⁷. La Figura 7.3 presenta las asignaciones a la nutrición como un porcentaje de los gastos gubernamentales generales (total). Estas estimaciones oscilan entre el 0,06 y el 9,23 % de los gastos de las administraciones públicas. El promedio de asignaciones para la nutrición en los 24 países es del 2,1 %.

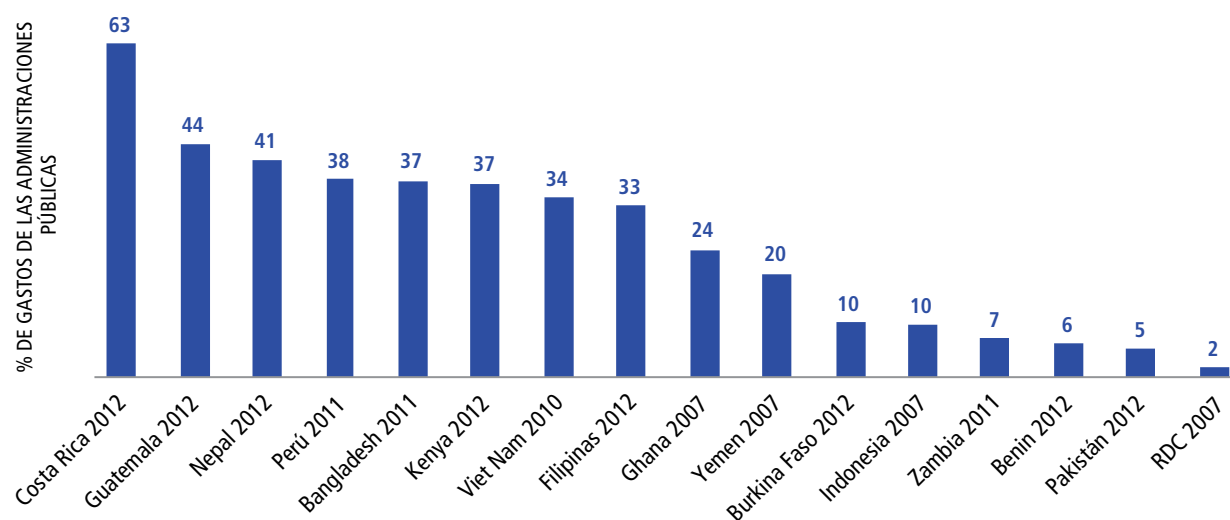
FIGURA 7.5 Asignaciones presupuestarias estimadas para las intervenciones enfocadas a la nutrición, 24 países



Fuente: Los autores, datos suministrados por Greener et al. (2016).

Nota : RDC = República Democrática del Congo

FIGURA 7.6 Asignaciones presupuestarias a los sectores enfocados a la nutrición, 16 países



Fuente: Los autores, datos suministrados por la base de datos SPEED (IFPRI 2015b).

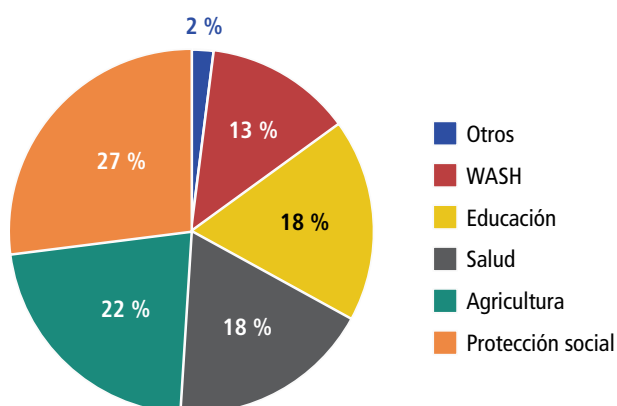
Notas: Los sectores son agricultura, educación, salud y protección social. No están disponibles los datos para el agua, el saneamiento y la higiene. RDC = República Democrática del Congo.

La Figura 7.4 desglosa las asignaciones estimadas en nutrición en específicas de nutrición⁸ y enfocadas a la nutrición. La mayoría de las asignaciones presupuestarias nacionales a la nutrición identificadas por cada país se relacionan con las intervenciones enfocadas a la nutrición (1,7 % de los gastos de las administraciones públicas para las intervenciones enfocadas a la nutrición y 0,4 % para las asignaciones específicas a la nutrición). El predominio de la categoría de intervenciones enfocadas a la nutrición refuerza la importancia de los factores subyacentes como se ha destacado en el capítulo anterior.

La Figura 7.5 muestra la asignación presupuestaria nacional para cada uno de los 24 países a las intervenciones enfocadas a la nutrición bajo la forma de un porcentaje de los gastos de las administraciones públicas. Esta medida oscila entre 0,01 y 7,78 %. La asignación media destinada a las intervenciones enfocadas a la nutrición bajo la forma de un porcentaje de los gastos de las administraciones públicas para cada uno de los 24 países es del 1,7 %.

Se trata de un pequeño porcentaje comparado con los porcentajes destinados a los sectores que sirvieron de fuente de

FIGURA 7.7 Contribución de cada sector en las asignaciones enfocadas a la nutrición, 24 países



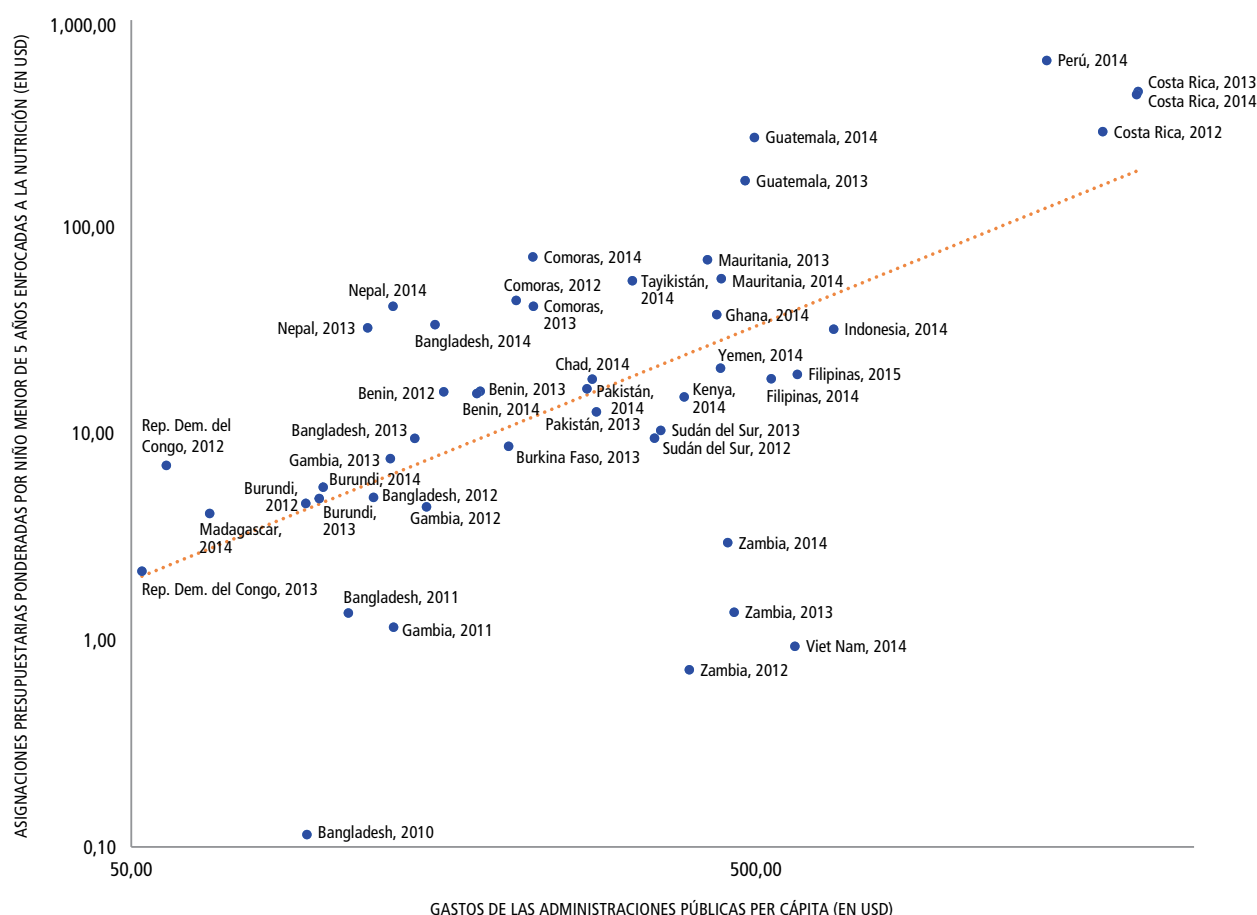
Fuente: Los autores, datos suministrados por Greener et al. (2016). Los datos provienen de los mismos 24 países cubiertos en las Figuras 7.3, 7.4 y 7.5.

Nota: WASH = agua, saneamiento e higiene (por sus siglas en inglés).

información de muchas de estas partidas⁹. Por ejemplo, en 2011, el gobierno de Bangladesh gastó el 37 % de su presupuesto general en agricultura, salud, educación y protección social (Figura 7.6). Por otra parte, asignó el 2,1 % de su presupuesto total a las intervenciones enfocadas a la nutrición (Figura 7.5).

La Figura 7.7 muestra el desglose de las intervenciones orientadas a la nutrición por sector en los 24 países. El sector de la protección social representa el porcentaje más alto de las asignaciones enfocadas a la nutrición, seguido por la agricultura, la salud y la educación. El *Informe de la Nutrición Mundial 2014* destacó la gran cantidad de recursos asignados por los gobiernos a la protección social y señaló la oportunidad de utilizarlos para mejorar la nutrición. El *Informe de la Nutrición Mundial 2015* brindaba algunos ejemplos de cómo Bangladesh y Etiopía habían logrado que el sector de la protección social se dedique de lleno a la nutrición. El Capítulo 6 del *Informe de la Nutrición Mundial 2016* incluye paneles sobre la iniciativa WASH y sobre la educación que brindan recomendaciones nuevas y claras sobre la forma de incluir a la nutrición de la manera más concreta en dichos sectores.

FIGURA 7.8 Relación entre las asignaciones ponderadas por niño menor de cinco años enfocadas a la nutrición y gastos de las administraciones públicas per cápita



Fuente: Greener et al. (2016).

Nota: Los países aparecen varias veces en función del número de años con datos disponibles.

PANEL 7.1 GUATEMALA Y PERÚ: EL ACCESO A LOS DATOS FINANCIEROS HACE LA DIFERENCIA EN LOS GASTOS REALES E IMPULSA LA RESPONSABILIDAD EN TODOS LOS NIVELES

PAOLA VICTORIA, ARIELA LUNA, JOSÉ VELÁSQUEZ, ROMMY RÍOS, GERMÁN GONZÁLEZ, WILLIAM KNECHTEL, VAGN MIKKELSEN Y PATRIZIA FRACASSI

Guatemala y Perú instauraron sistemas avanzados de gestión integrada de las informaciones financieras, dotados de un acceso público a un presupuesto entre otros datos de gestión actualizados cotidianamente.

En Guatemala, el monitoreo de los gastos está consolidado en los informes mensuales preparados por la Secretaría de seguridad alimentaria y nutricional (SESAN), con datos obtenidos del Sistema de contabilidad integrada del gobierno (SICOIN) a cargo del ministerio de finanzas públicas. Guatemala ha iniciado un programa de gestión centrado en los resultados y ha puesto en marcha un sistema de monitoreo abierto al público diseñado específicamente para acompañar las intervenciones del plan del pacto Hambre cero¹. Este sistema autoriza el seguimiento de los progresos por parte de las instituciones, los programas y las municipalidades. De esta forma, una iniciativa del sector privado, "Mejoremos Guate", se dedicó a un ejercicio de seguimiento detallado de la prestación de servicios destinados a prevenir la malnutrición crónica. Actualmente, cuatro ejercicios de seguimiento se han iniciado,

que informan al ministerio competente de los resultados de la implementación.

En Perú, el monitoreo de los gastos interviene a través de un portal electrónico abierto al público, "Consulta Amigable", gestionado por el ministerio de economía y finanzas. El ministerio de desarrollo social y de la inclusión consolida los datos para los programas sociales. El ministerio de economía y finanzas prepara un informe mensual sobre la ejecución financiera de todos los programas presupuestarios.

Una alerta roja se emite para todas las entidades/todos los productos que hayan obtenido una tasa de ejecución baja. Se intentó una mejora del seguimiento financiero con respecto a los progresos en materia de prestación de servicios. Los ministerios han trabajado junto con las administraciones regionales y locales, además de la sociedad civil, para la producción de datos sobre la prestación de servicios (por ejemplo, control del crecimiento, programas de vacunación, suplementos en micronutrientes, capacidades de los recursos humanos, y muchos más), que luego se compararon con la ejecución

financiera para poder comprender mejor dónde se encontraba el principal cuello de botella para la ampliación².

Este seguimiento regular en los dos países reveló que los gastos reales de Guatemala son inferiores a las asignaciones previstas, mientras que los gastos reales de Perú son superiores a las asignaciones previstas. Los gastos claramente superiores del Perú se deben al hecho de que las emisiones se llevan a cabo todos los meses en función de los resultados. Por esta razón, los gastos reales de Perú son superiores en un 26 % a las asignaciones iniciales previstas en una base anual, pero inferiores en un 12 % a las asignaciones modificadas una o dos veces al año en función de las necesidades.

Un acceso transparente y regular a los datos permite emisiones de recursos centradas en los resultados y la corrección de las tasas de ejecución bajas, además de una responsabilidad mayor de los ministerios con respecto a los poderes locales, las organizaciones de la sociedad civil y las familias a las que están destinadas estas inversiones.

LAS ASIGNACIONES ENFOCADAS A LA NUTRICIÓN POR NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS ESTÁN RELACIONADAS CON LOS GASTOS PÚBLICOS GUBERNAMENTALES PER CÁPITA, A PESAR DE QUE SE DESPRENDAN IMPORTANTES EJEMPLOS QUE CONTRADICEN LA TENDENCIA

La Figura 7.8 muestra que las asignaciones presupuestarias enfocadas a la nutrición, normalizadas según una base por niño menor de cinco años, están relacionadas positivamente con los gastos de las administraciones públicas per cápita. Como lo indica la línea del mejor ajuste, los países con mayores gastos públicos generales (los países que típicamente poseen mayores ingresos) asignan más recursos enfocados a la nutrición a los niños menores de cinco años de edad.

Los países situados arriba de la línea asignan más recursos a las acciones enfocadas a la nutrición de lo esperado habida cuenta de sus gastos públicos generales. Los países situados debajo de la

línea asignan menos de lo esperado. Sin embargo, existen amplias variaciones en torno a esta línea. Por ejemplo, Zambia y Guatemala asignaron importes similares de sus recursos públicos por persona (eje horizontal), pero Guatemala asignó niveles mucho más altos de financiación enfocados a la nutrición por niño menor de cinco años (eje vertical)¹⁰.

Incluimos este análisis aquí porque es posible que esta asociación constituya la base de un referente sobre las asignaciones presupuestarias enfocadas a la nutrición. Por ejemplo, la línea de la mejor adecuación puede ser interpretada dentro de un conjunto de datos más amplio, como el nivel medio de las asignaciones enfocadas a la nutrición para un país de un nivel particular de ingresos. El total de las asignaciones para la nutrición también pueden referenciarse de esta forma. Se necesitan más trabajos para desarrollar estos sistemas de referencias.

PANEL 7.2 PRESUPUESTAR LA NUTRICIÓN EN LA INDIA

SUMAN CHAKRABARTI, PURNIMA MENON Y SUBRAT DAS

Varios elementos son dignos de mención en el presupuesto indio de 2015–2016 publicado en febrero de 2016.

En 2016, en primer lugar, el gobierno indio, a escala central, asignó aproximativamente 5.300 millones de dólares a programas específicos de la nutrición como el Programa de servicios integrados de desarrollo del niño y la Misión nacional para la salud (NHM). Asignó 31.600 millones de dólares a varios programas enfocados a mejorar los determinantes subyacentes de la nutrición, sobre todo el Sistema de distribución pública (SDP), centrado en la seguridad alimentaria, la ley Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act (MGNREGA), centrada en la seguridad de los modos de subsistencia en medio rural y la Misión Swachh Bharat, dedicada al saneamiento.

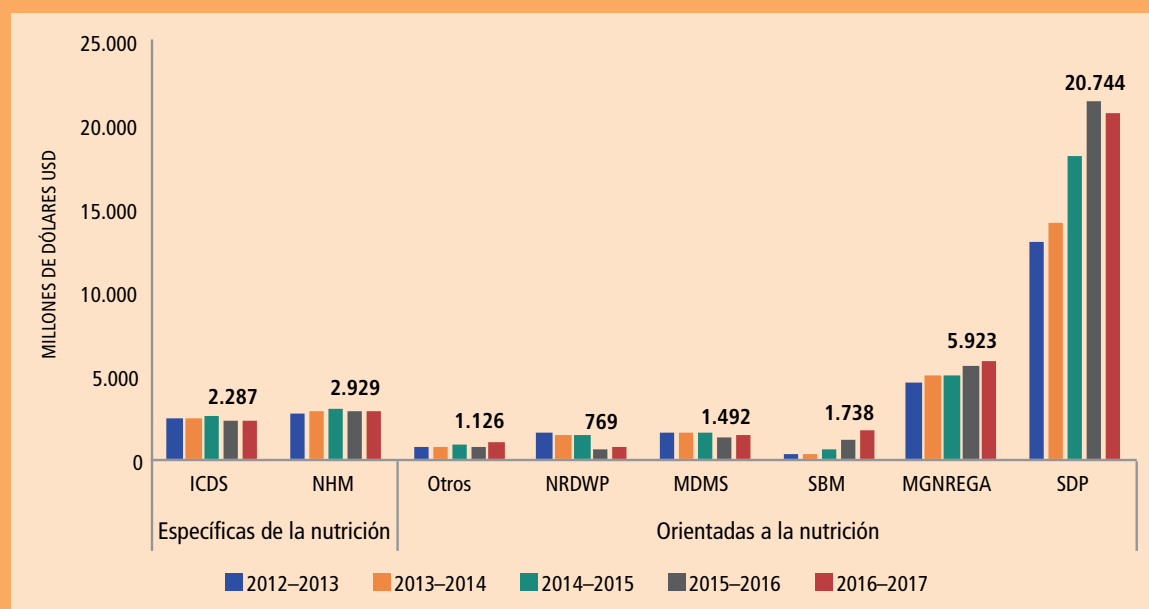
En segundo lugar, a pesar de que una importante cantidad de dinero se haya invertido en beneficio de las intervenciones específicas de nutrición, faltarían 700 millones de dólares para llegar a los 6 mil millones de dólares por año que Menon, McDonald y Chakrabarti (2015) estiman necesarios. El gobierno indio podría alcanzar esta meta evaluada de forma independiente aumentando su presupuesto en un 13 %.

En tercer lugar, los programas como el SDP (suministro alimentario) y el MGNREGA (seguridad del empleo) que se interesan en los determinantes subyacentes que representan alrededor del 70 % de los gastos de India sobre la nutrición. Sus asignaciones, además de aquellas disponibles por parte del gobierno central para la misión de saneamiento, pueden ayudar a crear entornos más propicios para la mejora de la nutrición, cuando se implementan en forma eficaz. Para

todos estos programas, la responsabilidad de reforzar los programas gubernamentales centralizados reduciendo las ineficacias, mejorando la determinación de las metas y garantizando una mayor convergencia de dichos programas incumbe a los gobiernos estatales.

Por último, habida cuenta de los cambios en la arquitectura fiscal del país, los Estados tienen desde ahora la posibilidad de aumentar su compromiso en materia de nutrición y asignar más recursos del Estado. Sin embargo, existe el riesgo que los Estados no otorguen la prioridad a la nutrición. Las directivas en materia de establecimiento de las prioridades y la asignación de los recursos disponibles a partir del gobierno central también deberían permitir el refuerzo de los esfuerzos de financiación de la nutrición a nivel de los Estados.

ASIGNACIONES PRESUPUESTARIAS ENFOCADAS A LOS PROGRAMAS RELACIONADOS CON LA NUTRICIÓN EN LA INDIA, 2015–2016



Fuente: Los autores, según datos de CBGA (2016a).

Notes: Las cifras 2016–2017 son estimaciones presupuestarias. ICDS = Programa de servicios integrados de desarrollo del niño; NHM = Misión nacional para la salud (NHM); NRDWP = Programa nacional de suministro de agua potable en el medio rural; MDMS = Sistema de distribución de raciones alimentarias el mediodía; SBM = Mission Swachh Bharat; MGNREGA = Ley Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act; SDP = Sistema de distribución pública (suministro alimentario). «Otros» engloba al Programa nacional de guarderías para los niños de madres que trabaja, el Indira Gandhi Matritva Sahayog Yojana, el programa de autonomía de los adolescentes, la misión nacional para los oleaginosos y el aceite de palma, la misión nacional para la agricultura sostenible, la misión nacional para la seguridad alimentaria y la misión nacional para los modos de subsistencia rurales.

PANEL 7.3 LOS SOCIOS INTERNACIONALES ARMONIZAN SU ASISTENCIA TÉCNICA EN MATERIA DE ANÁLISIS PRESUPUESTARIO

ALEXIS D'AGOSTINO, AMANDA POMEROY-STEVENSON, CLARA PICANYOL, MARY D'ALIMONTE, PATRIZIA FRACASSI, SASHA LAMSTEIN, HILARY ROGERS Y SHAN SOE-LIN

El *Informe de la Nutrición Mundial 2014* insistió sobre la necesidad de contar con recursos financieros suficientes para la nutrición y señalaba las necesidades por país para que puedan monitorear sus gastos en materia de nutrición. Un año más tarde, en el *Informe de la Nutrición Mundial 2015*, 30 países eran capaces de declarar las estimaciones preliminares de sus asignaciones presupuestarias nacionales dedicadas a la nutrición.

De estos 30 países, 16 efectuaron ellos mismos la recolección de datos, 10 recurrieron a la asistencia de la secretaría del *Informe de la Nutrición Mundial*, dos solicitaron la asistencia del Instituto de Resultados para el Desarrollo (R4D) y otros dos a la ayuda del proyecto SPRING financiado por USAID. Estos trabajos terminaron en abril de 2015 coronados con cuatro talleres regionales de análisis presupuestario patrocinados por UNICEF, en nombre del Movimiento SUN.

Durante los talleres, los países solicitaron la aceleración de la asistencia técnica en un cierto número de ámbitos:

1. asesoramiento para normalizar la categorización de las intervenciones "específicas" de nutrición y "enfocadas";
2. recomendaciones en cuanto a los medios de identificar las asignaciones para el personal y tratar las finanzas públicas a escala internacional;
3. opciones de armonización de la «ponderación» de las intervenciones, en particular las que se enfocan a la nutrición;
4. recomendaciones con respecto a las próximas etapas, en particular:
 - a. cómo utilizar los resultados del ejercicio de análisis presupuestario para la promoción y la comunicación;

- b. cómo monitorear los gastos reales;
- c. cómo rastrear los gastos no incluidos en el presupuesto inicial;
- d. cómo asociar el seguimiento financiero con la planificación y la movilización de los recursos.

Un grupo de expertos técnicos internacionales reunidos por la secretaría del Movimiento SUN y que reúnen los representantes de la red SPRING y del R4D trabaja en la formulación de consejos adicionales para los investigadores, donantes y agencias gubernamentales responsables del análisis de la financiación de la nutrición (asignaciones y/o gastos). Este esfuerzo conjunto deberá permitir un avance de la cuestión de la financiación de la nutrición respondiendo a las cuestiones clave identificadas por medio de ejercicios de estimación y de seguimiento de los presupuestos y gastos en materia de nutrición.

EL PROCESO DE COLECCIÓN DE DATOS SOBRE LA ASIGNACIÓN PRESUPUESTARIA PARA LA NUTRICIÓN AYUDA A LOS CAMPEONES NACIONALES A IMPULSAR EL CAMBIO

En general, como lo declararon los puntos focales gubernamentales del Movimiento SUN, el proceso de seguimiento de los presupuestos aumenta el diálogo entre ministros, departamentos y agencias en los gobiernos sobre la necesidad de invertir en la nutrición (Movimiento SUN 2015). Perú y Guatemala son dos de los ejemplos más conocidos de países con procesos de planificación presupuestaria. El Panel 7.1 explica cómo dichos países utilizan los presupuestos de nutrición para garantizar una implementación eficaz.

Existen otras experiencias menos conocidas como las de Asia del Sur, que brindan ejemplos de Pakistán y Bangladesh, además de un ejemplo muy reciente de la India.

El análisis de la información presupuestaria del gobierno de Pakistán aporta dos hallazgos fundamentales. En primer lugar, el programa Benazir de respaldo a los ingresos (Benazir Income Support Program) representa casi el 50 % del presupuesto analizado (con 985 millones de dólares asignados por año). Se trata de una transferencia de liquidez sin condiciones para los

hogares más pobres. El gobierno de Pakistán exhorta a otros socios a mejorar el diseño de sus programas para que pueda responder a las necesidades nutricionales de mujeres y niños. En segundo lugar, el análisis reveló una variación significativa entre las provincias en el ratio entre las asignaciones específicas y las orientadas a la nutrición, así como los aportes correspondientes efectuados por cada sector. Este ejercicio demuestra que, incluso dentro de un mismo país, regiones distintas pueden tomar decisiones diferentes para mejorar sus resultados en nutrición y que existe un potencial real para el aprendizaje de los pares entre los distintos gobiernos subnacionales.

El gobierno de Bangladesh utiliza una base de datos financieros basados en su Plan Nacional de Inversión de 2012. Un análisis de los gastos reales y los planificados en 2014 reveló que, en promedio, el 81 % de las acciones orientadas a intervenciones específicas de la nutrición se gastaban realmente en comparación con el 48 % de las asignaciones orientadas hacia las intervenciones enfocadas a la nutrición. El sector agrícola recibe el porcentaje más alto de financiación nacional. El gobierno está actualizando el plan nacional de acción, que debería influenciar las asignaciones presupuestarias sectoriales en materia de nutrición y, especialmente, los gastos reales en los próximos años.

El gobierno indio publicó su presupuesto 2015-2016 en febrero de 2016. A pesar de la ausencia de compromisos explícitos en materia de nutrición en el discurso de presentación del presupuesto del ministro de finanzas, un análisis del mismo (Panel 7.2) realizado por el Centre for Budget and Governance Accountability desde el punto de vista de la nutrición destaca varias perspectivas sobre la manera en que el gobierno indio invierte en los ámbitos susceptibles de respaldar el sector de la nutrición. Este Panel muestra que las asignaciones presupuestarias en materia de nutrición no registran ningún aumento, no satisfacen las necesidades y están dominadas por las intervenciones a nivel subyacente (sobre todo el sistema de distribución pública) diseñadas con la intención de mejorar la nutrición si se revelan concluyentes.

Una conclusión general importante a partir de la observación del proceso que consiste en estimar el presupuesto de los países en materia de nutrición y que este proceso inicie el debate sobre la mejora de los programas con vistas a producir un mayor impacto en los resultados nutricionales. Una vez finalizada la implementación y anualizado el proceso, podría inspirar otros países, incluyendo aquellos con ingresos altos, muchos de los cuales no pueden transmitir la información sobre los presupuestos en materia de nutrición.

Por último, es conveniente indicar que el proceso que

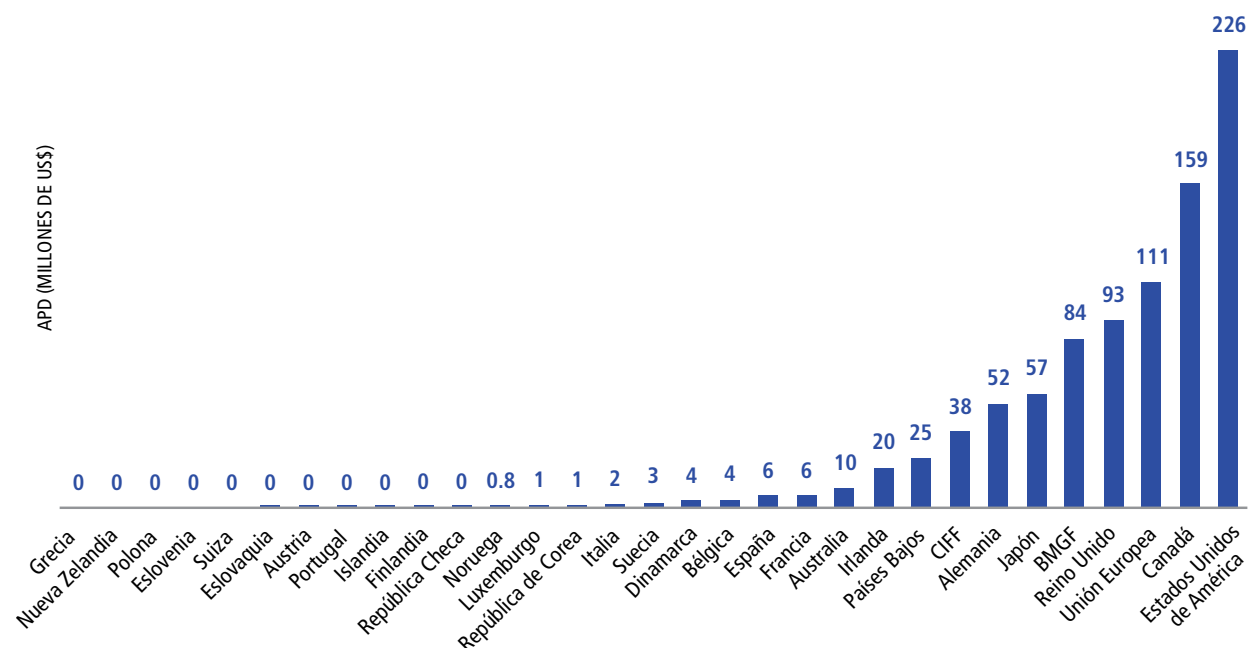
consiste en estimar un déficit de financiación, sobre todo en el anterior debate, exige sólidas estimaciones de los gastos públicos generales. El análisis de los presupuestos nacionales ha registrado importantes progresos desde 2014, pero todavía queda mucho por hacer si se desea armonizar los métodos. El Panel 7.3 describe el proceso de armonización en curso.

A medida que los datos sobre gastos en nutrición están disponibles, sería conveniente efectuar estudios orientados a analizar los impactos de los presupuestos/financiación en los niveles/cambios desde el punto de vista de la cobertura de los programas y el estado nutricional. A pesar del total de datos sobre los costos e impactos sobre los resultados nutricionales que se puede asignar al aumento de la tasa de cobertura de las acciones específicas de nutrición (por ejemplo, Bhutta et al. 2013; IFPRI 2014), no conocemos ningún estudio que asocie los gastos reales en materia de nutrición con los correspondientes progresos.

GASTOS DE LOS DONANTES

Esta sección analiza los gastos oficiales de los donantes correspondientes a las acciones orientadas a reducir la desnutrición (acciones específicas y acciones orientadas) y a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición¹¹.

FIGURA 7.9 Gastos específicos de nutrición por donante, 2014



Fuente: Los autores; datos suministrados por el código 12440 del Sistema de notificación CRS.

Nota: Los importes en dólares se expresan en precios constantes y redondeados al entero más cercano. ADP = Ayuda Pública al Desarrollo; CIFF = Children's Investment Fund Foundation; BMGF = Bill & Melinda Gates Foundation.

ACCIONES DE LUCHA CONTRA LA DESNUTRICIÓN

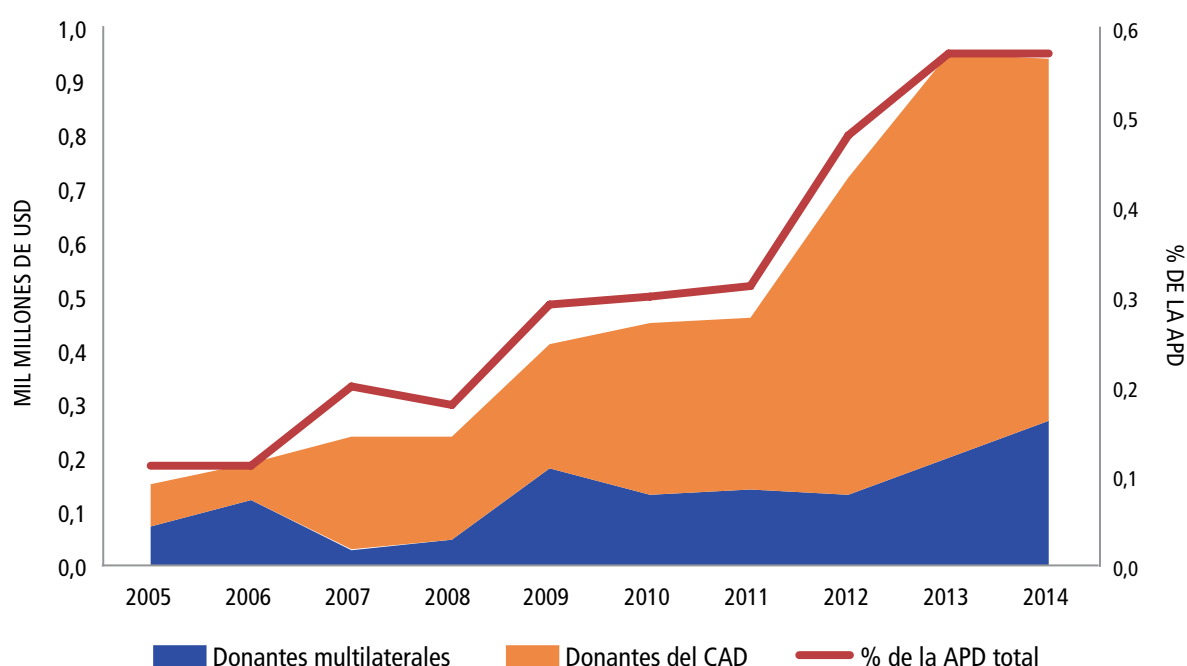
Gastos específicos de la nutrición

A partir de los datos más recientes de los donantes obtenidos a partir del Sistema de notificación de los países acreedores (CRS por sus siglas en inglés)¹², la Figura 7.9 presenta los niveles de gastos de la ayuda pública al desarrollo (APD) en 2014, correspondiente a las 28 agencias bilaterales de la OCDE, la Unión Europea y dos fundaciones —Fundación Bill y Melinda Gates (BMGF) y la Children's Investment Fund Foundation. Los 31 donantes desembolsaron un total de 900 millones de dólares en intervenciones específicas de la nutrición (por ejemplo, promoción de la lactancia materna, alimentación del lactante y del niño pequeño y suplementación con vitamina A). Los cinco principales donantes (EE. UU., Canadá, Unión Europea, Reino Unido y BMGF) contribuyeron con gran parte de los fondos (el 75 % del total). Solo 11 donantes de 31 asignaron más de 10 millones de dólares. Como en 2013, 13 donantes gastaron menos de un millón de dólares en intervenciones específicas de la nutrición. Un importe suplementario de 10 millones de dólares por parte de cada uno de los 20 donantes que participan actualmente con menos de 10 millones de dólares para intervenciones específicas mejoraría en un total de 200 millones de dólares por año los desembolsos específicos de la nutrición, es decir, un aumento del 22 % del total.

Las tendencias revelan que se han estancado los desembolsos de la APD para intervenciones específicas de nutrición. Entre 2013 y 2014, los gastos totales de la APD (menos BMGF y CIFF) de las intervenciones específicas de nutrición disminuyeron un 1 %: con respecto a 12 millones de dólares — de 949 millones de dólares en 2013 a 937 millones de dólares en 2014. Esta disminución estrepitosa de los gastos pone fin al aumento anual iniciado en 2011 (Figura 7.10). A pesar de esta ligera disminución, los gastos globales de la APD en intervenciones específicas de nutrición, en proporción a los gastos totales de la APD, se mantienen estables en un 0,57 % — lo que constituye un récord sin precedentes.

Diez de los 28 países donantes de la OCDE declararon una disminución de sus gastos en 2014 (77 millones de dólares en total). Esto incluye cuatro de los cinco grandes donantes¹³ de la OCDE: EE. UU., Canadá, Reino Unido y Japón (Figura 7.11). Sin embargo, los gastos acumulados de los donantes multilaterales aumentaron claramente en 63 millones de dólares. Mientras que seis donantes multilaterales disminuyeron sus gastos, otros grandes donantes los aumentaron en forma considerable. Este aumento global es el resultado de gastos mayores por parte de la Unión Europea (69 millones de dólares) y del Banco Mundial (Asociación Internacional de Desarrollo, 29 millones de dólares). Por primera vez desde 2009, ciertos donantes que no son miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) declararon

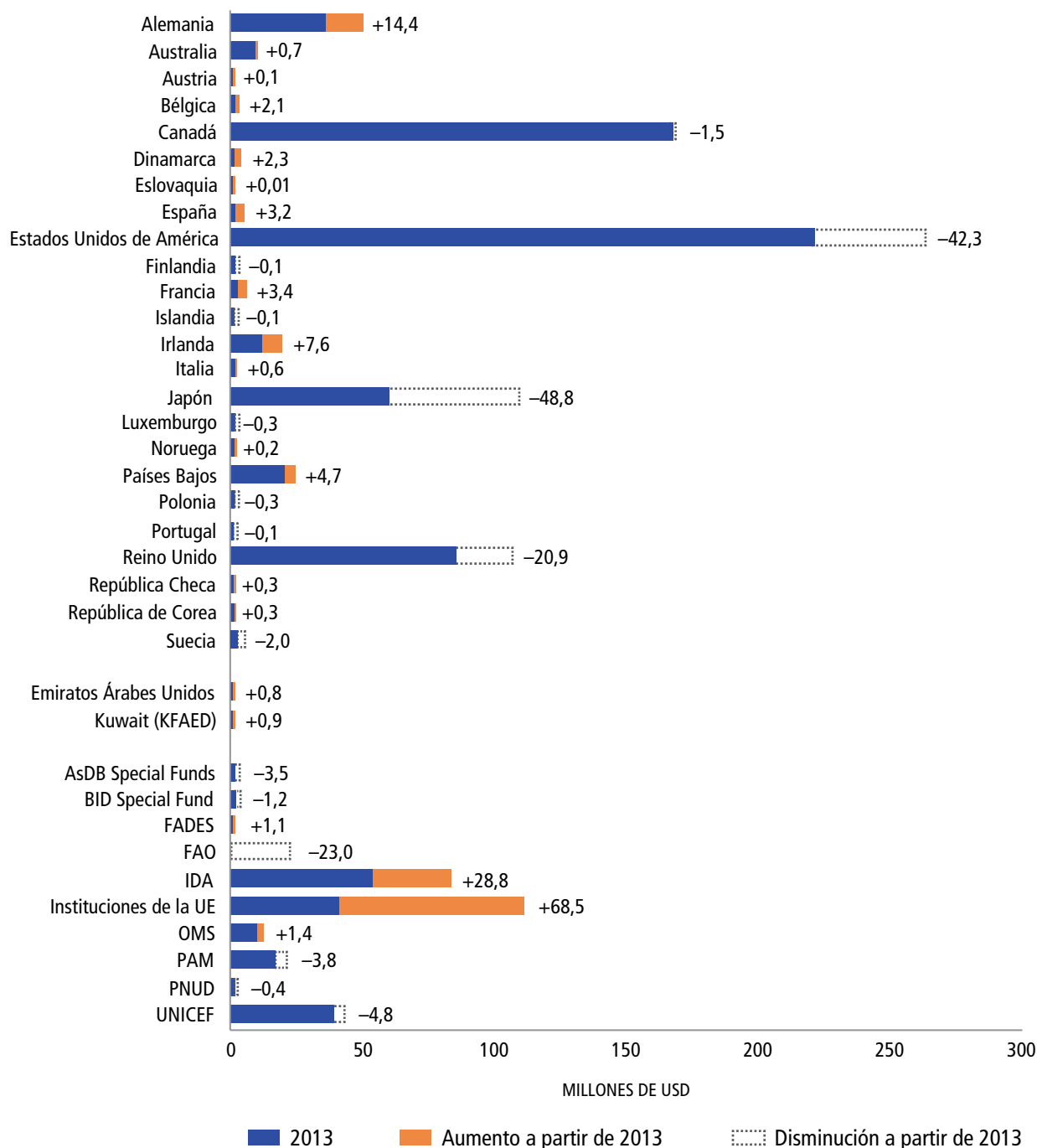
FIGURA 7.10 Gastos de la APD de los donantes a las intervenciones específicas a la nutrición, 2005–2014



Fuente: Development Initiatives, según la OECD (2016a).

Nota: Los importes son los desembolsos brutos expresados en precios constantes de 2013. CAD = Comité de Asistencia al Desarrollo; APD = Asistencia Pública al Desarrollo.

FIGURA 7.11 Evolución de los gastos específicos de la nutrición de los donantes nacionales y multilaterales, 2013–2014



Fuente: Development Initiatives, según la OECD (2016a).

Nota: Los importes son los desembolsos brutos expresados en precios constantes de 2013. AsDB = Banco asiático del desarrollo; BID = Banco Interamericano de Desarrollo; FADES = Fondo árabe para el desarrollo económico y social; FAO = Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; IDA = Asociación internacional de desarrollo; KFAED = Kuwait Fund for Arab Economic Development; OMS = Organización Mundial de la Salud; PAM = Programa Alimentario Mundial; PNUD = Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

CUADRO 7.1 Desembolsos declarados por los donantes en materia de nutrición en los Informes de la Nutrición Mundial 2014–2016, 13 donantes (miles de dólares)

Donante	Desembolsos específicos de nutrición 2010	Desembolsos específicos de nutrición 2012	Desembolsos específicos de nutrición 2013	Desembolsos específicos de nutrición 2014
Alemania	2.987	2.719	35.666	50.572
Australia	6.672	16.516	NR	20.857
Canadá ^a	98.846	205.463	169.350	159.300
Estados Unidos de América ^c	8.820	229.353	311.106	263.240
Francia	2.895	3.852	2.606	6.005
Irlanda	7.691	7.565	10.776	19.154
Países Bajos	2.661	4.007	20.216	25.025
Reino Unido	39.860	63.127	105.000	87.000
Suiza	0	0	0	0
Unión Europea ^b	50.889	8	54.352	44.680
Banco Mundial ^d	61.160	21.873	NR	NR
BMGF	50.060	80.610	83.534	61.700
CIFF	980	5.481	37.482	26.750
Total de 13 donantes	333.521	640.574	NA	NA
Donante	Desembolsos enfocados a la nutrición 2010	Desembolsos enfocados a la nutrición 2012	Desembolsos enfocados a la nutrición 2013	Desembolsos enfocados a la nutrición 2014
Alemania	18.856	29.139	20.642	51.547
Australia	49.903	114.553	NR	87.598
Canadá ^a	80.179	90.171	NR	998.674
Estados Unidos de América ^c	NR	1.857.716	2.206.759	2.619.923
Francia	23.003	27.141	33.599	NR
Irlanda	34.806	45.412	48.326	56.154
Países Bajos	2.484	20.160	21.616	18.274
Reino Unido	302.215	412.737	734.700	780.500
Suiza	21.099	28.800	29.160	26.501
Unión Europea ^b	392.563	309.209	315.419	570.890
Banco Mundial ^d	NR	NR	NR	NR
BMGF	12.320	34.860	43.500	29.200
CIFF	0	0	854	154
Total de 13 donantes	NA	NA	NA	NA
Donante	Total de desembolsos en 2010	Total de desembolsos en 2012	Total de desembolsos en 2013	Total de desembolsos en 2014
Alemania	21.843	31.858	56.308	102.119
Australia	56.575	131.069	NR	108.455
Canadá ^a	179.025	295.634	NA	1.157.974
Estados Unidos de América ^c	NR	2.087.069	2.517.865	2.883.163
Francia	25.898	30.993	36.205	NA
Irlanda	42.497	52.977	59.102	75.308
Países Bajos	5.145	24.167	41.832	43.299
Reino Unido	342.075	475.864	839.700	867.500
Suiza	21.099	28.800	29.160	26.501
Unión Europea ^b	443.452	309.217	369.771	615.570
Banco Mundial ^d	61.160	21.873	680.000	1.627.000
BMGF	62.380	115.470	127.034	90.900
CIFF	980	5.481	38.336	26.904
Total de 13 donantes	NA	3.610.472	NA	NA

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

Notas: NR = ninguna respuesta a nuestra solicitud de datos. NA = no se aplica (imposible calcular totales significativos debido a la falta de datos o de datos suministrados por medio de una metodología distinta que la de la red de donantes del Movimiento SUN). Los datos no se expresan en precios constantes. Por último, la mayoría de los donantes declaran sus gastos en dólares estadounidenses y, cuando no es el caso, utilizamos el promedio anual del tipo de cambio del mercado para el período concernido (<https://www.irs.gov/Individuals/International-Taxpayers/Yearly-Average-Currency-Exchange-Rates>). BMGF = Bill & Melinda Gates Foundation. CIFF = Children's Investment Fund Foundation.

^a Los datos sobre el componente enfocado a la nutrición del gobierno canadiense para 2014 se calcula según un método distinto del de los otros países. Este método está disponible a pedido a: https://www.international.gc.ca/departement-ministere/form_contact-formulaire_contacter.aspx?lang=fr.

^b En la cumbre de Nutrición por el Crecimiento, la Unión Europea (UE) se comprometió a desembolsar 3.500 millones de euros entre 2014 y 2020 para las intervenciones en materia de nutrición. Cada compromiso corresponde a un contrato financiero jurídicamente restrictivo entre la Unión Europea y un determinado socio. Los desembolsos declarados por la Unión Europea constituyen importes totales asumidos respetando tales compromisos. Otros desembolsos se efectúan en función de un calendario detallado en contratos individuales, de la progresión de la implementación y de la tasa de utilización de los fondos a manos del socio.

^c El componente enfocado a la nutrición del gobierno de los EE. UU. se calcula según una metodología distinta de la utilizada por los otros países (Panel 7.4).

^d El Banco Mundial declaró que el total de sus desembolsos para 2013 cubría dos ejercicios financieros (2013 y 2014) y que el importe total de dichos desembolsos para 2014 también cubre dos ejercicios financieros (2014 y 2015); de esta forma, no se justifica añadir 680 millones de dólares y 1.627 millones de dólares porque esto equivaldría a contar dos veces los mismos importes.

PANEL 7.4 MÉTODOS UTILIZADOS POR LOS DONANTES PARA ESTIMAR LOS GASTOS ENFOCADOS A LA NUTRICIÓN

LAWRENCE HADDAD Y JORDAN BEECHER

Como en 2015, el presente *Informe de la Nutrición Mundial* notifica los gastos de los donantes de fondos enfocados a la nutrición utilizando la metodología de la red de donantes del Movimiento SUN, excepto Estados Unidos de América que declara sus gastos enfocados a la nutrición por medio de un método que exige menos recursos¹. ¿Cuál es el aporte de la metodología? Para responder a este interrogante, hemos aplicado la metodología norteamericana a los otros donantes del N4G para comparar los niveles de gastos enfocados a la nutrición

generados por ambos métodos, y la clasificación de los donantes generados por cada serie de estimaciones. Los resultados se presentan en el cuadro a continuación.

La metodología del gobierno de los Estados Unidos tiene tendencia a aumentar las estimaciones de desembolsos enfocados a la nutrición efectuados por todos los donantes. Esta inflación es muy marcada para ciertos donantes: las asignaciones de Alemania y los Países Bajos están aumentadas en un factor de 10. Las clasificaciones también están claramente alteradas.

Si bien los dos grupos de donantes más grandes orientados a la nutrición en este cuadro siguen siendo los mismos (Reino Unido y Australia), los cinco países de los rangos inferiores obtienen una clasificación netamente distinta.

La metodología tiene su importancia. Dado que la metodología del Movimiento SUN es más precisa que la de EE. UU., recomendamos que todos los países utilicen la metodología SUN para declarar sus desembolsos enfocados a la nutrición.

¿CUÁL ES LA DIFERENCIA QUE MARCA LA METODOLOGÍA EN LOS DESEMBOLSOS ENFOCADOS A LA NUTRICIÓN?

País	Puesto	Desembolsos orientados a la nutrición, 2013 (en millones de USD) MÉTODO DE LA RED DE DONANTES DEL MOVIMIENTO SUN	País	Puesto	Desembolsos orientados a la nutrición, 2013 (en millones de USD) MÉTODO DEL GOBIERNO DE EE. UU.
Reino Unido	1	734,7	Reino Unido	1	949,0
Australia	2	74,7	Australia	2	224,4
Irlanda	3	48,3	Alemania	3	210,6
Francia	4	33,6	Países Bajos	4	204,9
Suiza	5	29,2	Suiza	5	181,1
Países Bajos	6	21,6	Francia	6	78,6
Alemania	7	20,6	Irlanda	7	37,2

Fuente: Análisis de Jordan Beecher, de Development Initiatives.

Nota: Este cuadro incluye a todos los países que declararon sus gastos orientados a la nutrición por medio del método empleado por la red de donantes del Movimiento SUN en el *Informe de la Nutrición Mundial 2015*. Estados Unidos de América no puede figurar en esta comparación debido a la utilización de otra metodología para declarar sus gastos orientados a la nutrición en el *Informe de la Nutrición Mundial 2015*.

gastos en el sector. Koweït y los Estados Árabes Unidos (EAU) declararon respectivamente gastos de 0,9 millón de dólares y 0,8 millón de dólares.

Los datos de 2014 revelan que los gastos específicos de nutrición por parte de todos los donantes han beneficiado al menos a 116 países diferentes. Sin embargo, estos gastos están ampliamente concentrados en 12 países particulares indicados del mayor al menor beneficiario: Etiopía, Yemen, Malí, Mozambique, Bangladesh, Rwanda, Malawi, Níger, India, Senegal, Kenya y Tanzania. En efecto, estos países recibieron más de la mitad (el 51 %) de todos los desembolsos en 2014¹⁴. Etiopía recibió el 8 % de los desembolsos para los países, es decir, el mayor porcentaje para un solo país.

Gastos enfocados a la nutrición

A partir de los datos comunicados por los donantes a los autores del *Informe de la Nutrición Mundial*, aparentemente, los gastos (desembolsos) en materia de nutrición han aumentado ampliamente tras la Cumbre de Nutrición para el Crecimiento, a pesar de que esta tendencia no sea fácil de apreciar. El Cuadro 7.1 presenta los datos y las advertencias. Los datos cronológicos completos faltantes para cuatro de los mayores donantes (EE. UU., Banco Mundial, Unión Europea y Canadá) hacen imposible la preparación de una serie cronológica global útil. De todas formas, si se observan con atención, las distintas líneas del Cuadro 7.1 muestran una tendencia a la alza 2010 y 2014 para casi todos los donantes en la categoría enfocada a la nutrición, lo que es

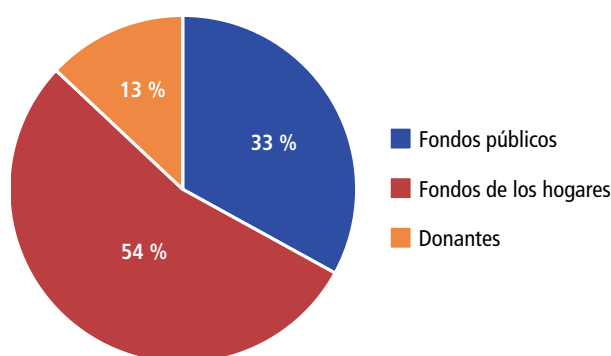
alentador. Asimismo, como lo sugiere el Capítulo 6, el margen de aumento de esta fuente de financiación en materia de nutrición sigue siendo significativa.

Además de las declaraciones contratadas de ciertos donantes, es importante para todos resolver el problema metodológico asociado a la estimación de gastos dedicados a las acciones orientadas a la nutrición. (Panel 7.4).

ACCIONES DE LUCHA CONTRA LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES RELACIONADAS CON LA NUTRICIÓN

El Capítulo 2 nos recordaba que las tasas estimadas de sobrepeso, obesidad alto nivel del azúcar en sangre aumentan en casi todos los países. Los costos económicos asociados a las ENT relacionadas con la nutrición son altos: el tratamiento de la obesidad consume del 2 % al 20 % de los gastos de salud (IFPRI 2015a). A pesar del impacto económico particularmente perverso de estas patologías, poca es la información publicada sobre la financiación dedicada a la prevención y el control de las ENT relacionadas con la nutrición. Aquí nos basamos en las nuevas informaciones publicadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), Instituto de Evaluación y Métricas de Salud (IHME) y la base de datos de la CAD y la OCDE

FIGURA 7.12 Fuentes de los gastos para las enfermedades cardiovasculares, promedio de ocho países con ingresos bajos



Fuente: Los autores, a partir de los informes sobre las cuentas nacionales de salud pública en la base de datos de la OMS (OMS 2016w).

Nota: Los países concernidos son Benín, Burkina Faso, Burundi, Camboya, República Democrática del Congo, Níger, Togo y República Unida de Tanzania. Se han añadido tres tipos de gastos de salud para obtener las cuentas nacionales de salud. Se trata de gastos asignados (por ejemplo, gastos para el Programa de control de la TB, medicamentos y productos específicos) y gastos compartidos (sobre todo los salarios) distribuidos entre las patologías que utilizan información y la repartición proporcional de los gastos no afectados directamente como la administración central de la salud (por ejemplo, el salario del ministro de salud). Este mecanismo crea un método normalizado de asignación de los gastos compartidos para todas las patologías, se ocupa de la coherencia interna de las estimaciones y limita las iniciativas de recolecta de datos múltiples y paralelos a escala del país, que absorben mucha mano de obra.

para presentar los mejores datos disponibles en la actualidad. En primer lugar, comunicamos la información sobre las fuentes de financiación para todas las ENT referenciadas en los países de bajos ingresos seleccionados, además de las informaciones más recientes sobre la financiación de los donantes de la lucha contra las ENT. Después proponemos un nuevo análisis de la financiación vinculada con la nutrición en esta categoría.

Fuentes de financiación de los países para la lucha contra las ENT

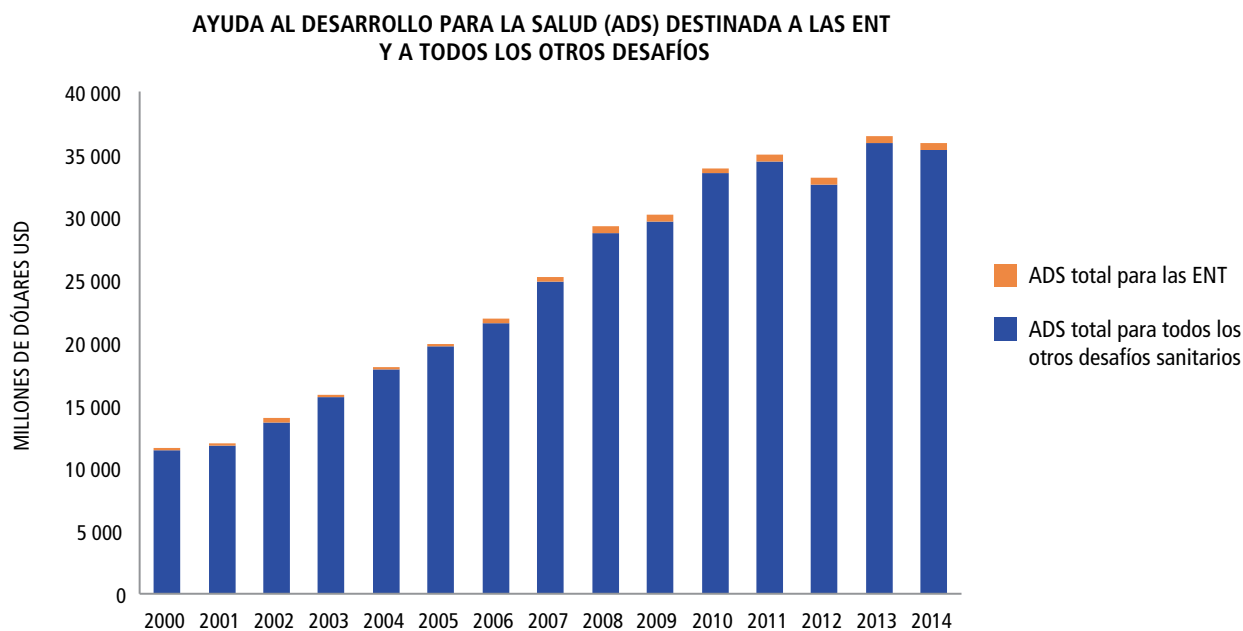
Los servicios sanitarios se basan en tres actores principales: los gastos personales de los hogares (directamente a través de un seguro privado), los gastos directos del gobierno (recetas fiscales generales a través de los impuestos a los productos considerados peligrosos para la salud), o a través de estructuras públicas, privadas o de donantes. Esta gran diversidad de fuentes de financiación varía ampliamente en función de la enfermedad o del desafío sanitario, al igual que en función del nivel de ingresos del país.

Debido a la financiación pública limitada, y al contrario de muchos otros ámbitos de la salud, los hogares asumen gran parte de la carga que representan las enfermedades no transmisibles. Un reciente análisis sistemática del impacto mundial de las ENT sobre los ingresos de los hogares (Jaspers et al. 2015) revela, por ejemplo, que los pacientes que sufren enfermedades cardiovasculares en la India gastan el 30 % de sus ingresos familiares anuales en la correspondiente atención sanitaria, sabiendo que el porcentaje medio de los gastos personales para una hospitalización aumentó de 364 \$ en 1995 a 575 \$ en 2004. Asimismo, los autores observaron que, en la India, el riesgo de empobrecimiento imputable a las enfermedades cardiovasculares era superior en un 37 % al de las enfermedades transmisibles. El mismo análisis establece que «el 14,3 % de las familias con altos ingresos en China habían sufrido cierta pérdida en sus ingresos debido a las hospitalizaciones por casos de enfermedades cardiovasculares (MCV), una tasa que alcanza el 26,3 % en la India, el 63,5 % en Tanzania y el 67,5 % en Argentina» (Jaspers et al. 2015, 170).

Datos recientes de la OMS, provenientes de una muestra de países con bajos ingresos, indican que más de la mitad de los gastos corrientes dedicados al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares están directamente asumidas por los pacientes y sus familias, el 33 % corren por cuenta de los gobiernos nacionales (pero solo a partir de las cuentas de los ministerios de salud) y el 13 % lo asumen los donantes (Figura 7.12).

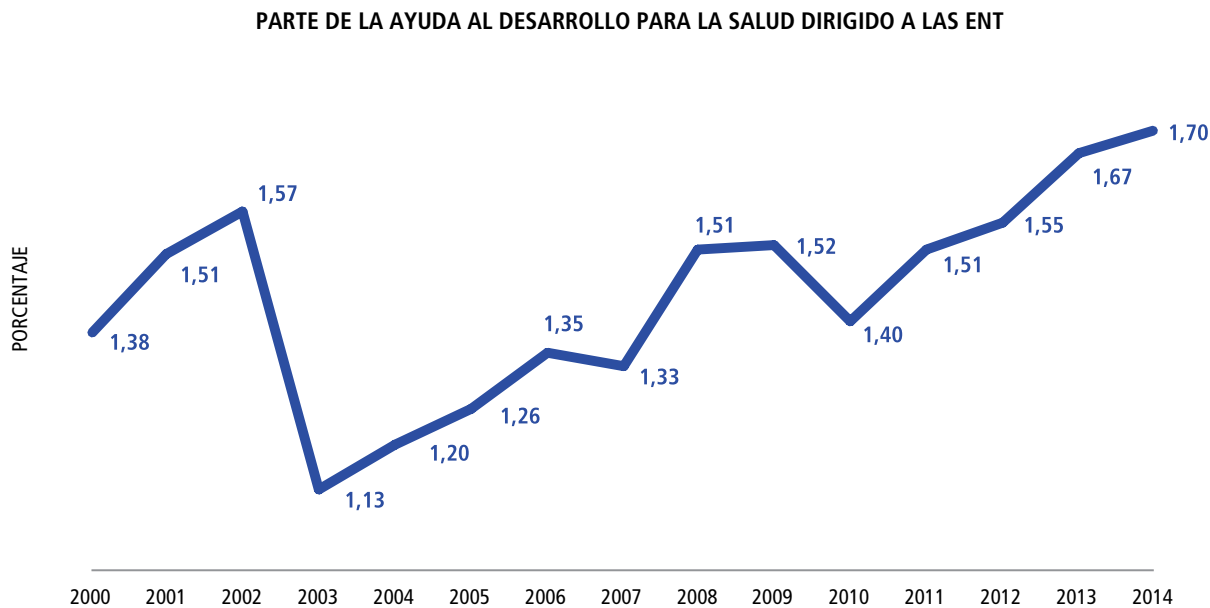
En los países con ingresos más altos, los gastos personales relacionados con las ENT constituyen un fenómeno menos habitual (OMS 2014c). La financiación pública de las ENT varía función de los países. En los países con ingresos altos y medianos, la financiación pública de la prevención y el control de las ENT supera a menudo la financiación de las otras necesidades sanitarias, puesto que las ENT representan la principal carga sanitaria. Sin embargo, los países con ingresos medianos bajos y bajos, hasta ahora, han asignado muy pocos recursos a la prevención y el control de las ENT, incluyendo las necesidades asociadas a la nutrición

FIGURA 7.13 Ayuda de los donantes para todos los desafíos sanitarios y las ENT, 2000–2014



Fuente: Los autores, según los datos del IHME indicados en Dieleman et al. (2014).

Nota: Los “otros desafíos sanitarios” representan siete ámbitos de interés: VIH/SIDA; malaria; tuberculosis; apoyo al sector de la salud, salud materno-infantil y del niño pequeño, prevención y control del consumo de tabaco, entre otras.



Fuente: Los autores, según datos del IHME indicados en Dieleman et al. (2014).

(OMS 2015 b). Si bien en este momento la mitad de los países establecieron planes vinculados a las ENT (OMS 2012a, Figura 4), pocos son aquellos que siguen realmente los gastos públicos en el conjunto del presupuesto. Con el fin de comprender la totalidad de los gastos públicos dedicados a las ENT y a la nutrición, es esencial efectuar un análisis de los gastos públicos dedicados a las ENT, con el fin de promover la eficiencia, eficacia y la responsabilidad con respecto a dichos gastos.

Financiación de los donantes para todas las ENT

La financiación de los donantes puede constituir un catalizador importante de la financiación de los países dedicada a las ENT, pero no debería sustituirse a la respuesta nacional. Como lo vamos a observar en esta sección, el nivel de financiación de los donantes destinada a las ENT es bajo. Dain (2015, 924) destaca que las «ENT —es decir, el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes— causan el 49,8 % de las muertes y los casos de invalidez en los países con ingresos bajos y medianos». De hecho, un análisis reciente estableció que los organismos no gubernamentales suministraban colectivamente más ayuda que los donantes bilaterales en el ámbito de las ENT y casi lo mismo que los organismos multilaterales (Nugent y Feigl 2010).

La Figura 7.13 presenta las estimaciones más recientes de la ayuda al desarrollo dedicada al conjunto de desafíos sanitarios y a las ENT en particular. La ayuda al desarrollo destinada a todos los desafíos sanitarios que no sean las ENT ha aumentado en gran medida desde 2000, mientras que el modesto porcentaje de la ayuda al desarrollo dedicada a las ENT sólo ha progresado muy lentamente, para alcanzar el 1,7 % en 2014, es decir, 611 millones de dólares (Dieleman et al. 2014). Es importante indicar

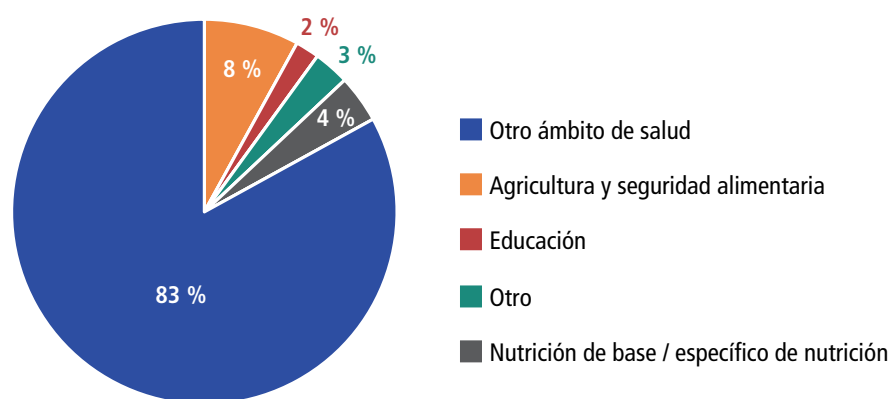
aquí que las patologías asociadas a la nutrición sólo son uno de los componentes de las ENT.

Financiación de los donantes para las ENT relacionadas con la nutrición

Como lo hemos evocado anteriormente, el IHME estima que los donantes asignaron 611 millones de dólares (o el 1,7 % de toda la ayuda al desarrollo para la salud) a las ENT en 2014. Sin embargo, toda esta ayuda no se destinó únicamente a las ENT relacionadas con la nutrición, de la misma manera que todas las asignaciones destinadas a las ENT relacionadas con la nutrición no se encuentran en el sector de la salud.

Aquí iniciamos un análisis de los datos sobre la ayuda pública al desarrollo (APD) centrada en las ENT relacionadas con la nutrición. Actualmente, no existe ningún código en el Sistema de notificación CRS que permita seguir la APD dedicada a las ENT¹⁵. Mientras que las discusiones continúan en torno a un sistema de seguimiento mejorado de las ENT a través del SNPC, este sistema combinará siempre la financiación de todas las formas de ENT, en lugar de las asignaciones estrictamente centradas en los aspectos de las ENT relacionadas con la nutrición — régimen alimentario poco sano, obesidad y las complicaciones de la propia enfermedad. La capacidad de seguir los gastos de los donantes centrados en las ENT implica evocar la eficiencia, la eficacia y la responsabilidad. Para tener un punto de partida para la evaluación de esta carencia, hemos realizado una investigación en el conjunto de datos del SNPC con la intención de referenciar las actividades vinculadas con las ENT relacionadas con la nutrición y establecer una estimación de la financiación de las ENT relacionadas con la nutrición durante el 2014¹⁶.

FIGURA 7.14 Gastos de APD en las ENT orientadas a la nutrición, por sector, 2014



Fuente: Development Initiatives, según la OCDE (2016a).

Nota: Los importes se basan en los desembolsos brutos de la ayuda pública al desarrollo en 2014.

De las 441 entradas inicialmente registradas al cabo de la búsqueda por palabra clave, 153 se consideraron pertinentes al cabo del análisis de las informaciones declaradas. Estas 153 actividades están asociadas a los gastos totales de 49,1 millones de dólares (desembolsos de la APD) y a compromisos equivalentes a 44,7 millones de dólares. Estas cifras representan una fracción ínfima del total de los desembolsos de la APD de 135.200 millones de dólares en 2014 (OCDE 2015) y el 5 % de los gastos del CAD de la OCDE para intervenciones específicas de nutrición (Figura 7.9).

Los principales donantes de dichos fondos eran los Estados Unidos de América y Australia, que desembolsaron respectivamente 14,3 y 13,5 millones de dólares. Estos fondos se desembolsaron a beneficio de al menos 55 países distintos. Los principales beneficiarios eran Kenya y Fiji con 14,8 y 7,9 millones de dólares respectivamente. La mayoría de las entradas (el 86 % de los desembolsos) se declaraban en el sector de la salud, con 2,1 millones de dólares desembolsados a beneficio de los proyectos registrados con el código «Nutrición de base», es decir, la variable cercana para los gastos específicos de nutrición. Se registraron otros gastos asociados a las ENT en los proyectos orientados a la agricultura y la seguridad alimentaria, además de la educación (Figura 7.14).

Conocemos bien la divergencia entre la ayuda de los donantes orientada hacia la salud y la carga de la enfermedad (Dieleman et al. 2014). A partir de esta comparación, la financiación de los donantes de fondos dirigidos a las ENT no está muy representada, incluso para los países con ingresos bajos. A corto plazo, sería interesante que los campeones de la nutrición encontraran la manera de integrar los programas centrados en las ENT relacionadas con la nutrición en los ámbitos que constituyen actualmente prioridades para los donantes. Un ejemplo se refiere al interés creciente por la integración de las ENT en la atención sanitaria primaria (Pettigrew et al. 2015).

LLAMADOS A LA ACCIÓN

- 1. Aumentar las asignaciones presupuestarias para los programas específicos de la nutrición.** De acuerdo con los análisis evocados en el Capítulo 7, los gobiernos y los donantes deben triplicar sus asignaciones destinadas a las intervenciones de alto impacto en materia de retraso en el crecimiento, emaciación, anemia y lactancia materna exclusiva en el período 2016-2025, con el fin de cumplir con las metas mundiales.
- 2. Aumentar las asignaciones presupuestarias destinadas a la obesidad y a las enfermedades no transmisibles.** La financiación de las políticas e intervenciones en materia de obesidad y de enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición representa una fracción ínfima del gasto público

y de la ayuda internacional. Los gobiernos deberán estimar su costo en los planes nacionales de control de las enfermedades no transmisibles a medida que las elaboran, mientras que los donantes deberán respaldar dichos planes.

- 3. Ampliar la parte de los presupuestos sectoriales destinados a la mejora del estado nutricional.** Los gobiernos nacionales, la sociedad civil y las agencias de desarrollo deben aumentar sus esfuerzos para lograr que un alto porcentaje de su presupuesto destinado a la agricultura, la educación, el sistema alimentario, los sistemas de salud, la protección social y las actividades WASH dedique más recursos a la nutrición en todas sus formas. A pesar de la importancia de estos presupuestos, solo una pequeña fracción de sus recursos se centra explícitamente en la nutrición. Una primera etapa fundamental consiste en establecer una base de referencia y un compromiso de gastos SMART en cada sector. Los países que mostraron cómo presupuestar la nutrición podrían nuevamente mostrar el ejemplo comunicando sus resultados con respecto a sus metas en el *Informe de la Nutrición Mundial 2017*.
- 4. Todos los actores deben seguir en forma coherente sus gastos totales en materia de nutrición.** Los donantes, debido a su función de catalizadores y a la importancia relativa de sus medios, deberán notificar sus compromisos y desembolsos con respecto a sus acciones de financiación específicas de la nutrición. Asimismo, deberán notificar cada año sus compromisos y desembolsos enfocados a la nutrición —a partir de los sectores sociales y de desarrollo más amplios que influencia la nutrición—, por medio de la misma metodología, a partir del *Informe de la Nutrición Mundial 2017*.
- 5. Mejorar el funcionamiento de los códigos del Sistema de notificación CRS para una mejor responsabilidad en materia de nutrición.** Para la Cumbre N4G de 2020, la base de datos del Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE deberá desarrollar códigos para los gastos de ayuda al desarrollo en proyectos de lucha contra la desnutrición enfocados a la nutrición y los proyectos dedicados a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.



MEDIR LOS LOGROS EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS METAS

CONCLUSIONES CLAVE

Este capítulo se centra en el desglose de datos: nos dice dónde debemos concentrar nuestros esfuerzos y cómo podemos recolectar la información y utilizar los datos desglosados.

- De los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), 12 contienen indicadores que son de gran pertinencia para la nutrición, de manera que quienes promuevan la responsabilidad en materia de nutrición deberán redoblar sus esfuerzos más allá del ODS 2.
- Los datos nacionales desglosados identifican a subgrupos que a menudo corren mayor riesgo de estar desnutridos. Por ejemplo, las madres de 18 años de edad o más jóvenes tienen más probabilidades de tener hijos con retraso en el crecimiento, y los niños cuyas madres han cursado la enseñanza secundaria tienen menos probabilidades de presentar retraso en el crecimiento. En muchos países se observa que incluso en los quintiles más ricos las tasas de retraso en el crecimiento alcanzan el 20 % o más.
- Los datos subnacionales pueden ayudar a orientar el gasto en nutrición donde más se necesita. Los datos muestran grandes variaciones en el retraso en el crecimiento entre los países, con muchas regiones subnacionales que presentan tasas de retraso en el crecimiento tres veces más elevadas que en la región con la tasa de retraso en el crecimiento más baja.
- La disponibilidad de datos más desglosados se ve limitada por la demanda, la capacidad, el contexto y los costos. Algunos países están explorando la posibilidad de medir indicadores prioritarios más cercanos al terreno al tiempo que miden una gama más amplia de indicadores a nivel regional. Otros países están evocando la posibilidad de combinar diferentes encuestas para identificar tendencias y así mejorar las intervenciones.
- Cerca de 60 millones de personas están desplazadas por conflictos. Sin embargo, son pocos los datos que existen sobre su posibilidad de acceso a los servicios básicos o su estado nutricional. Generalmente, estas personas no están contempladas en los planes nacionales de nutrición.
- La prevalencia del retraso en el crecimiento y la emaciación es más elevada en los 50 países clasificados por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) como “Estados frágiles”. No contamos con información suficiente sobre las tendencias en materia de malnutrición en estos Estados que nos permita enfrentar este desafío con la debida eficacia.

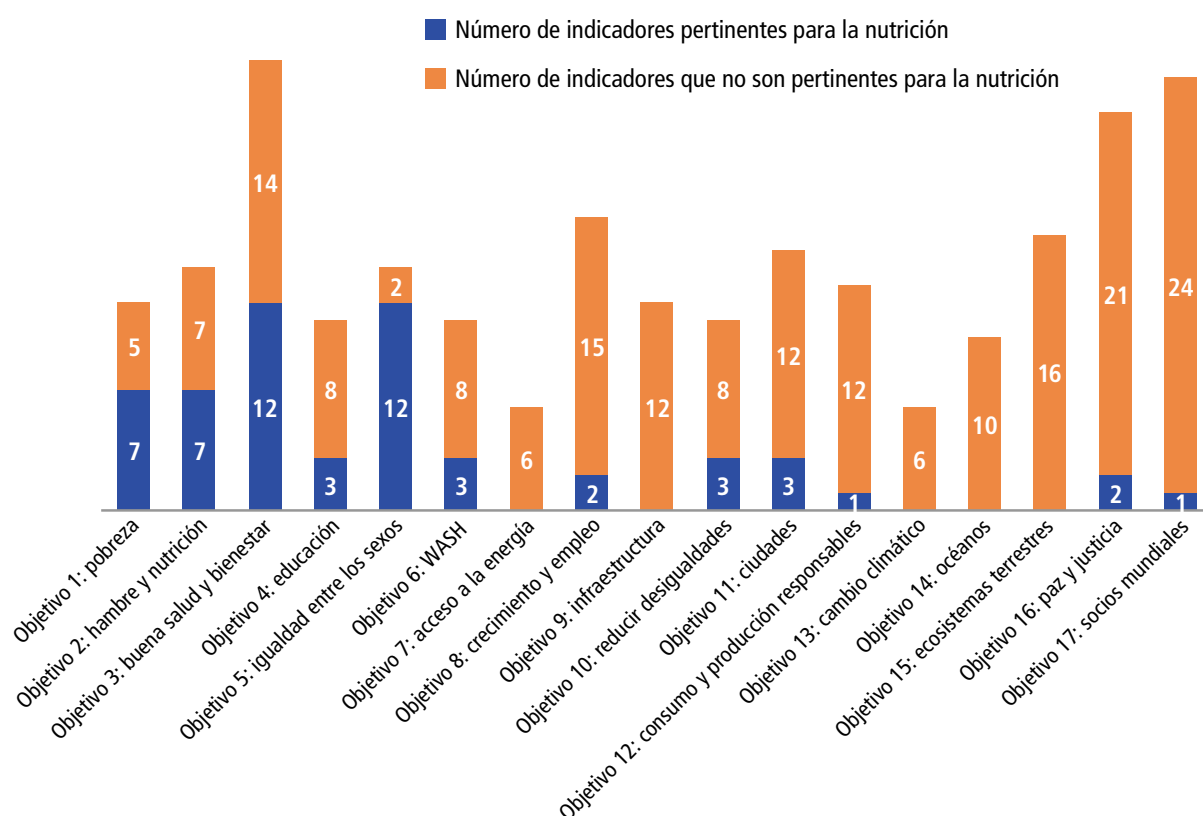
AFIN DE GUIAR Y EVALUAR NUESTROS ESFUERZOS Y APRENDER DE ELLOS PARA REDUCIR LA MALNUTRICIÓN, NECESITAMOS DATOS CONFIABLES, OPORTUNOS Y ÚTILES SOBRE INSUMOS Y resultados en materia de nutrición. En la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la cantidad disponible de datos para evaluar los avances en el desarrollo se incrementó rápidamente gracias a las encuestas formales, los datos administrativos, el registro civil y los teléfonos móviles (Naciones Unidas 2014b; Banco Mundial y OMS 2014).

Ahora que entramos en la era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la adopción de estos objetivos ya ha alimentado numerosos debates sobre el alcance y la profundidad de los datos necesarios para generar una revolución de datos para el desarrollo (por ejemplo, Banco Mundial 2015b). En el contexto nutricional, son varios los informes —el del IFPRI (2014, 2015a) y el del Panel Global sobre Agricultura y el de los Sistemas Alimentarios para la Nutrición (2015)— y las iniciativas que han empezado a interesarse en estos temas y están trabajando en favor de un libre acceso a los datos (tal como la iniciativa Global de Datos Abiertos para la Agricultura y Nutrición [GODAN]), el fortalecimiento de capacidades en materia de métrica y métodos (como los Métodos Innovadores para Agricultura y Acciones de Nutrición [IMMANA]), la reutilización e interoperabilidad de los datos (por ejemplo,

Responsabilidad ODS 2), así como el uso de nuevas tecnologías (por ejemplo, el servicio mNutrition).

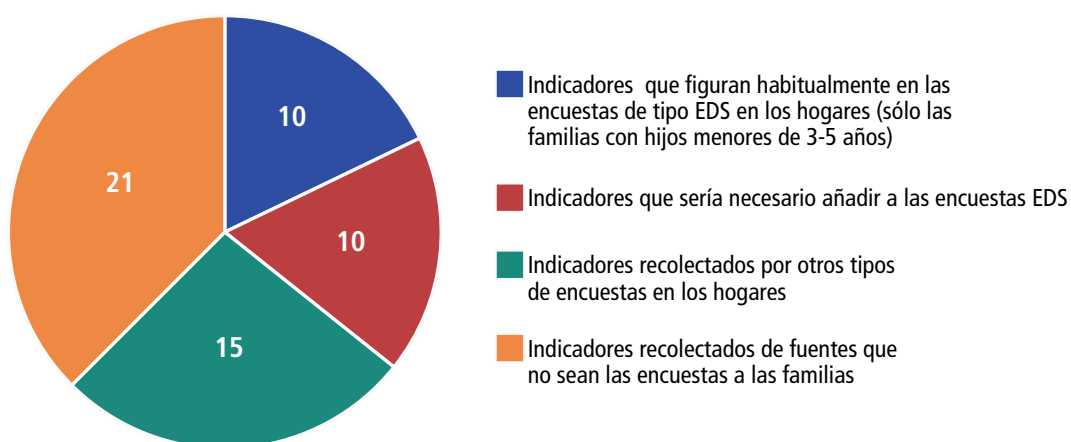
Este capítulo se enfoca básicamente en el desglose de datos. Hemos elegido esta parte específica de los datos de nutrición por varias razones. Tal como se indica en el Capítulo 1, necesitamos dejar claro cuáles son los compromisos SMART (específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo) que más requieren nuestra atención. Esto implica mirar más allá de los promedios nacionales. Además, el reto de los ODS es avanzar hacia la prevalencia cero de la malnutrición (por ejemplo, el ODS 2.2, “Para 2030, poner fin a todas las formas de malnutrición”). Esto significa mejorar el estado nutricional de todos los grupos, sin importar su nivel de exclusión o de marginalización. ¿Cuáles son las posibilidades de desglosar datos ya existentes? ¿Qué otras opciones existen

FIGURA 8.1 Número de indicadores de los ODS de gran pertinencia para la nutrición, por objetivo



Fuente: Los autores.

FIGURA 8.2 Indicadores de los ODS pertinentes para la nutrición



Fuente: Los autores.

Nota: EDS = encuesta demográfica y de salud.

para estimar el estado nutricional a niveles sumamente desglosados? En este capítulo nos interesamos en los costos así como en los beneficios del desglose de datos. También nos interesamos particularmente en nuestra capacidad para monitorear el estado nutricional de un grupo altamente vulnerable —el de las personas desplazadas por los conflictos— cuyas cifras crecieron rápidamente el año pasado, hasta alcanzar los 60 millones en el mundo.

Sin embargo, antes de examinar en profundidad los datos desglosados como una manera de fomentar la responsabilidad hacia las diferentes poblaciones vulnerables, estudiaremos el alcance de los indicadores que los ODS nos instan a utilizar para dar seguimiento a los insumos y resultados en materia de nutrición a todos los niveles.

INDICADORES PERTINENTES PARA LA NUTRICIÓN EN LOS ODS

Cuando pensamos en la relevancia de los ODS para la nutrición, la tentación es grande de buscar únicamente en el ODS 2 (“Acabar con el hambre y la inanición, lograr la seguridad alimentaria, mejorar la nutrición y promover una agricultura sostenible”) los indicadores que midan los insumos y resultados en materia de nutrición. Si bien el ODS 2 incluye tres de los indicadores para la desnutrición de la Asamblea Mundial de la Salud: retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso en niños menores de 5 años de edad, los ODS ofrecen muchas más oportunidades en materia de responsabilidad para quienes buscan acelerar las mejoras en nutrición.

Un análisis de la pertinencia para la nutrición de los 242 indicadores propuestos para los 17 Objetivos (Anexo 8 en línea) identificó 53 indicadores que sirven como insumos para la nutrición (de proximidad variable) y 3 que sirven para describir el estado nutricional: 56 en total. La distribución de estos 56 indicadores en-

tre los diferentes Objetivos de Desarrollo Sostenible se describe en la Figura 8.1. Cabe señalar que el ODS 2 contiene sólo 7 de los 56 indicadores. Es importante subrayar que habrá quienes hagan su propia selección de lo que consideren debería contener el conjunto más amplio de los ODS para la nutrición. De hecho, una vez que quede totalmente establecida la lista de indicadores para los ODS, la comunidad de la nutrición debería de crear consenso en torno a aquellos indicadores para la nutrición que deberán ser objeto de un estrecho seguimiento. El Proyecto de Colaboración sobre los Datos Sanitarios (2016), con sus 100 indicadores clave para la salud (12 de los cuales son resultados y prácticas sobre nutrición clasificados como “factores de riesgo”), podría resultar un modelo útil para la comunidad de la nutrición a la hora de establecer un conjunto por consenso.

Los ODS representan una gran oportunidad para reforzar la responsabilidad en materia de nutrición y esa oportunidad no se puede desperdiciar. Los países necesitan identificar sus propios indicadores para los ODS relativos a la nutrición en el contexto de los procesos nacionales, a fin de fortalecer los planes en favor de la nutrición, establecer metas nacionales y crear capacidades para evaluar los avances en el cumplimiento de dichas metas.

Los datos sobre los indicadores para los ODS relativos a la nutrición provendrán de varias fuentes. Algunos podrán encontrarse en las principales fuentes de datos sobre nutrición —Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) y Encuestas de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS)—, pero no se puede confiar necesariamente en estas encuestas para cubrir muchos otros indicadores.

La Figura 8.2 reparte los 56 indicadores de la Figura 8.1 dentro de cuatro categorías: aquellos que (1) están típicamente incluidos en las EDS, (2) aquellos que podrían incluirse en las EDS, (3) aquellos que han sido recolectados por otras encuestas familiares, y (4) aquellos que han sido recolectados a partir de encuestas no

PANEL 8.1 ESTUDIO DE CASO DE LAS ENCUESTAS EDS CONTINUAS EN PERÚ

MONICA KOTHARI Y SHEA RUTSTEIN

Perú fue el primer país en realizar encuestas demográficas y sanitarias en forma continua (EDS continuas). La EDS se considera como una encuesta continua cuando se realiza en forma anual. En Perú, esta encuesta continua reemplazó la forma estándar de la misma, que se realizaba cada tres o cinco años. La encuesta continua respondía a dos de las necesidades identificadas por el gobierno peruano. En primer lugar, el país necesitaba satisfacer la creciente demanda para poder disponer de datos con mayor frecuencia y no cada cinco años, como es el plazo que se aplica en las encuestas estándar. Lo anterior, a fin de llevar un mejor monitoreo del progreso en los programas de salud y de población. En segundo lugar, necesitaba institucionalizar la capacidad para ejecutar las EDS.

En 2004, Perú inició las encuestas continuas con una muestra de 6.000 hogares (ciclo 2004–2007) y la ha ido extendiendo hasta alcanzar 40.000 hogares en la actualidad. En el ciclo de 2008, el gobierno de Perú quería incrementar el tamaño de la muestra para obtener cada año estimaciones a nivel subnacional (departamental) cada año. La Iniciativa contra la Desnutrición Infantil, lanzada durante el mandato del presidente Alan García, reunió datos antropométricos de cada uno de los departamentos en 2008. Más o menos en la misma época, el Ministerio de Economía y Finanzas puso en marcha el “presupuesto por resultados”, un marco que

requería datos anuales a nivel de departamento para su implementación. Con el objetivo de satisfacer esta demanda de datos, el Congreso de Perú aprobó y sigue ratificando cada año una partida presupuestaria de cerca de 2,5 millones de dólares estadounidenses para ejecutar encuestas continuas anuales. Con el tiempo se ha logrado un fuerte compromiso político para impulsar la recolección y presentación de datos, desde la Oficina del Presidente hasta las unidades administrativas de menor nivel.

La encuesta continua de Perú se encuentra en su 11º ciclo. Existe una unidad permanente de encuestas EDS continuas establecida dentro del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), y el INEI cuenta con un equipo integrado por funcionarios de gobierno dedicados a tiempo completo a las encuestas. La rotación de personal en este equipo ha sido muy baja.

Los beneficios económicos de institucionalizar las EDS dentro del país son claras: el país ya no depende de las prioridades ni de la ayuda financiera de los donantes. Asimismo, la institucionalización permite conservar al personal de tiempo completo dedicado a las EDS, en vez de gastar recursos en capacitación y repetir la operación al poco tiempo con el personal contratado temporalmente. Además, la encuesta continua tiene el potencial de producir datos de mejor calidad, ya que el personal permanente se siente en principio más comprometido con el

cumplimiento de las normas de rendimiento que el personal de corto plazo. Se estima asimismo que la calidad de los datos bajo el modelo de la EDS continua es mejor porque este modelo permite una identificación y corrección oportuna de los errores. Gracias a los ciclos de recolección de datos que son más frecuentes en el modelo de encuesta continua, el diseño de sus encuestas puede ser más flexible y responder mejor a las necesidades de los usuarios en busca de una información particular. Es más, el modelo de encuesta continua facilita la disponibilidad de datos actualizados con mayor frecuencia.

Sin embargo, este modelo de encuesta conlleva varias dificultades potenciales, puesto que la incorporación de la encuesta continua en infraestructuras organizacionales ya existentes puede resultar compleja, sobre todo cuando el personal actual cuenta con poco tiempo adicional para dedicarle a otras actividades. El diseño de una encuesta continua es más complejo y requiere más asistencia técnica que el formato del modelo estándar. Garantizar un flujo constante de financiación para este tipo de modelo también puede resultar difícil. Además, realizar encuestas cada año en terrenos difíciles puede generar cansancio en el personal. Por último, puede existir una demanda de datos que no correspondan necesariamente con el diseño de la encuesta continua (Rutstein y Way 2014).

realizadas en los hogares¹. Como lo muestra la figura 8.2, menos de la quinta parte de los indicadores pertinentes relativos a la nutrición están abarcados por una encuesta EDS típica. Una proporción similar sucede en las MICS. Resulta claro que para la recolección de datos sobre nutrición para los ODS se tendrá que recurrir a una amplia diversidad de fuentes. De hecho, uno de los indicadores propuestos para medir los ODS es precisamente la proporción del total de los indicadores para los ODS que se producen a nivel nacional. Por ello, un buen indicador de responsabilidad que podría seguir la comunidad de la nutrición es la proporción de los indicadores sobre nutrición para los ODS que se producen a nivel nacional.

Dado que muchos de estos indicadores para los ODS todavía no existen, sólo contamos unos 15 de los 56 indicadores para los ODS relativos a la nutrición en los perfiles nutricionales nacionales del *Informe de la Nutrición Mundial*² y, en consecuencia, para el

Informe de la Nutrición Mundial 2017, reevaluaremos los perfiles nutricionales nacionales a la luz del conjunto de indicadores para los ODS, procurando que ambos estén mejor alineados.

Si el proceso de presentación de informes de los ODS es conforme al de los ODM, existirá un informe anual sobre los indicadores para los ODS. La recolección anual de datos —especialmente los datos basados en encuestas de hogares— es una actividad que absorbe mucho tiempo. Perú ofrece un valioso ejemplo de los costos y beneficios que conlleva institucionalizar la recolección anual de datos provenientes de encuestas sobre nutrición (Panel 8.1)³. En teoría, Perú brinda un modelo de institución autosuficiente en la recolección de datos y la presentación de informes. Sin embargo, en la realidad, tal como el panel lo indica, no ha sido fácil encontrar los recursos necesarios para reproducir el modelo en otras partes.

DESGLOSE DE DATOS DE ENCUESTAS EDS SOBRE RETRASO EN EL CRECIMIENTO

En el preámbulo de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en la que los líderes mundiales anunciaron los ODS, se afirma, “Estamos resueltos a liberar a la humanidad de la tiranía de la pobreza y las privaciones y a sanar y proteger nuestro planeta. Estamos decididos a tomar las medidas audaces y transformadoras que se necesitan urgentemente para reconducir al mundo por el camino de la sostenibilidad y la resiliencia. Al emprender juntos este viaje, prometemos que nadie se quedará atrás.” (Naciones Unidas 2015, cursiva añadida)⁴.

Esta sección describe algunos modelos subnacionales en tasas de retraso en el crecimiento para los conjuntos de datos de encuestas EDS. Nuestra intención es hacer énfasis en las grandes variaciones en las tasas de malnutrición por riqueza, educación, edad de la madre al dar a luz, residencia y sexo. Los datos se resumen en las Figuras 8.3 a 8.7⁵. Las encuestas son las más recientes de tipo EDS desglosadas, disponibles para cada país. El análisis cuenta con datos más recientes que los análisis en Black et al. (2013) y en Brendenkamp et al. (2014). Además, ordenamos los datos de diferentes maneras para tratar de obtener nuevas perspectivas.

- **Riqueza:** La Figura 8.3a compara las tasas de retraso en el crecimiento por quintil de riqueza más bajo y más elevado. Los modelos son similares a los observados en Black et al. (2013). Ordenamos los países en función de la tasa de retraso en el crecimiento en el quintil más rico de la población. Tal como se esperaba, las tasas de retraso en el crecimiento son más bajas en este quintil. Sin embargo, los niveles de retraso en el crecimiento dentro del 20 % de los hogares más ricos pueden ser elevados (por ejemplo en Timor-Leste, Madagascar, Burundi, Malawi, Níger y Etiopía). Muchos países presentan tasas de retraso en el crecimiento de más del 20% en niños cuyas familias se encuentran en el quintil más rico. Esto obedece en parte a que los países son de bajos ingresos e incluso los hogares que figuran entre los más ricos son muy pobres. Aunque también se debe a que la correlación entre ingresos y retraso en el crecimiento no es tan fuerte como a veces se cree (Ruel y Alderman 2013). Los líderes de los países situados a la izquierda de esta figura no deberían suponer que los hogares relativamente más ricos pueden combatir el retraso en el crecimiento.

La Figura 8.3b ordena a los países según el tamaño de la brecha en la prevalencia de retraso en el crecimiento entre los quintiles de riqueza más elevados y los más bajos. La existencia de una gran brecha indica desigualdades dentro de un mismo país. Todos los países deberán esforzarse por garantizar la igualdad de oportunidades de acceso a insumos nutritivos de calidad para toda su población. En Chopra et al. (2012) se destacan varios enfoques para la cobertura de programas de nutrición y salud, y en Haddad (2015) se destacan enfoques para las intervenciones contra la pobreza.

- **Situación rural/urbana:** La Figura 8.4 compara las tasas de retraso en el crecimiento entre las poblaciones que viven en zonas urbanas y las que viven en zonas rurales. Nuevamente, los

modelos son similares a los observados en Black et al. (2013). Los niños en las zonas rurales presentan tasas de retraso en el crecimiento más elevadas. Sin embargo, en 13 países, incluso los niños en áreas urbanas presentan tasas del 30% o más. La figura ordena a los países en función de la brecha rural-urbana, y una parte de los países situados a la izquierda de la figura también se sitúan a la izquierda de la Figura 8.3b, lo que refleja un conjunto similar de desigualdades, que esta vez se hacen patentes, entre las áreas urbanas y rurales.

- **Edad de las madres al dar a luz:** La Figura 8.5 presenta la prevalencia de retraso en el crecimiento en niños menores de 5 años en función de la edad de su madre al traerlos al mundo. La edad temprana de la madre al dar a luz es un factor de riesgo asociado al tamaño pequeño al nacer (Kozuki et al. 2013). Comparamos la prevalencia de retraso en el crecimiento de niños menores de 5 años con madres que tenían menos de 18 años al dar a luz, con la prevalencia de retraso en el crecimiento de niños menores de 5 años con madres que tenían 18 años o más al dar a luz. Para algunos países las diferencias entre los dos grupos son sorprendentes. En Ghana y Uganda, las diferencias en la prevalencia de retraso en el crecimiento rodean los 20 puntos porcentuales, y para más de la mitad de los países, la brecha supera los cinco puntos porcentuales.
- **Educación de las madres:** Sabemos del Capítulo 1 que el empoderamiento de las mujeres es clave para acabar con la malnutrición y que la educación es un motor importante del empoderamiento. La Figura 8.6 analiza las tasas de retraso en el crecimiento en función de los niveles extremos de educación de la madre (entre el nivel más alto —es decir, más allá de la escuela secundaria— y una educación informal). Las diferencias en las tasas de retraso en el crecimiento entre los dos extremos de educación son mayores que las diferencias en el grupo medido por la riqueza en las Figuras 8.3. Esto demuestra la gran importancia de la educación de las niñas para el estado nutricional de sus hijos. Sin embargo, el haber cursado estado allá del nivel secundario no es una garantía contra las tasas elevadas de retraso en el crecimiento: ocho países presentan tasas de crecimiento del 20 % o más en el caso de madres con un nivel de educación superior a la secundaria.
- **Sexo de los hijos:** La Figura 8.7 presenta los datos de retraso en el crecimiento en función del sexo de los hijos. En casi todos los países, las tasas de retraso en el crecimiento masculinas son más elevadas que las femeninas, pero las diferencias son pequeñas en comparación con otros estratificadores⁶. Tal como lo muestra el Panel 8.2, si bien no hay grandes disparidades de género en las tasas de retraso en el crecimiento en los niños menores de 5 años, éstas se vuelven más aparentes a medida que los niños y las niñas crecen. Tampoco hay grandes disparidades en las tasas de sobrepeso (Figura 8.8) o lactancia materna exclusiva (Figura 8.9) en los menores de 5 años desglosados por sexo.

Las encuestas por hogares pueden servir para explorar e identificar diferencias en los resultados por grupo étnico, nivel de discapacidad e historial de desplazamientos, ya sean nacionales o internacionales. El Panel 8.2 subraya los resultados de un informe reciente que utiliza los datos de las encuestas EDS y MICS para este

PANEL 8.2 NUTRICIÓN Y EXCLUSIÓN

MARIE RUMSBY, KATHERINE RICHARDS, FAIZA SHAHEEN, JONATHAN GLENNIE, AMANDA LENHARDT Y JOSÉ MANUEL ROCHE

Muchos países han demostrado que es posible combatir la malnutrición. Sin embargo, para los millones de niños que aún sufren de malnutrición, los progresos no han sido ni tan rápidos ni lo suficientemente equitativos. Un informe reciente (Shaheen et al. 2016) demuestra cómo ciertos grupos se están quedando rezagados al inicio de una era en la cual el compromiso de los líderes mundiales es “no dejar a nadie atrás”.

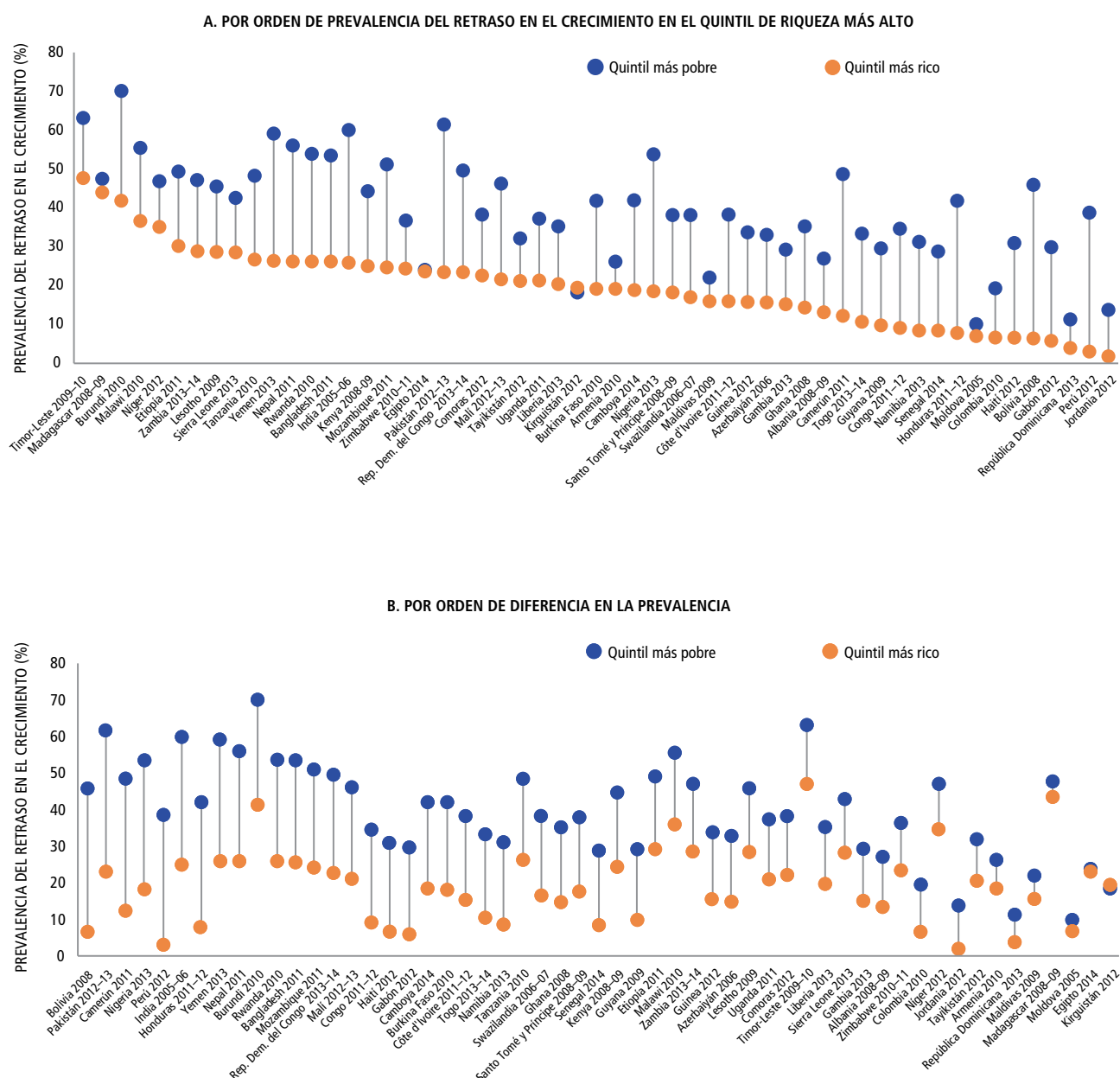
De acuerdo con nuestras investigaciones (que incluyen la base de datos GRID¹ de Save the Children), las oportunidades de vida y buena salud en la infancia son menores que, en promedio, para el caso de las niñas, los refugiados, los desplazados o los discapacitados o aquellos provenientes de una zona regionalmente en desventaja dentro de un país o pertenecientes a un grupo étnico excluido. Esos niños no solo son pobres, sino también se les discrimina y carecen de voz y voto en las decisiones que afectan sus vidas. Principales conclusiones:

- Las desigualdades en el retraso en el crecimiento entre regiones dentro de un mismo país se están incrementando en el 52 % de los países para los cuales contamos con datos (Shaheen et al. 2016).
 - En Ghana, la población Gurma tiene tres veces y media más probabilidades de presentar retraso en el crecimiento que las comunidades Ga y Dangme. La brecha se ha incrementado ya que, en 2008, esta probabilidad era de tan solo el doble (Shaheen et al. 2016).
 - En Viet Nam, las tasas de malnutrición son casi cuatro veces más elevadas entre los niños de grupos étnicos minoritarios que en aquellos pertenecientes a la mayoría Kinh (GSO 2011).
 - Un niño que vive en la remota región del noroeste de Nigeria —en donde las tasas de retraso en el crecimiento rondan el 55 %— tiene cuatro veces más probabilidades de sufrir malnutrición que el que vive en la región sudoriental (Shaheen et al. 2016).
 - Se ha comprobado que los niños con alguna discapacidad tienen invariablemente una alta incidencia de malnutrición, retraso en el crecimiento y emaciación (Abdallah et al. 2007). Por ejemplo, los niños con parálisis cerebral tienen hasta tres veces más probabilidades de estar por debajo de su peso normal que los niños sin discapacidades (Tuzun et al. 2013).
- ¿Qué hay detrás de estas estadísticas?
- Origen étnico: Es común observar indicadores precarios de salud y nutrición entre los grupos étnicos desfavorecidos, especialmente en las poblaciones indígenas. Entre las principales causas figuran la falta de cobertura sanitaria, la inequitativa distribución del ingreso y un acceso deficiente a la educación, como se ha observado en los casos de Brasil (Ferreira et al. 2012) y Sudáfrica (Gradin 2015).
 - Discapacidad: Muchas formas de discapacidad pueden ser originadas por la malnutrición, ya sea por falta de micronutrientes o de macronutrientes o bien debidas a una exposición a concentraciones elevadas de antinutrientes —toxinas que se encuentran en los alimentos, como las de la yuca mal procesada, que pueden ocasionar daños neurológicos irreversibles (Groce et al. 2013; Kuper et al. 2014). La discapacidad también puede generar malnutrición a causa de una disminución en la ingesta de nutrientes, una pérdida creciente de nutrientes o una necesidad incrementada de nutrientes, que pueden poner a los niños en riesgo de sufrir mayores complicaciones (Gradin 2015).
 - Niños en movimiento: Nunca antes se había registrado un nivel tan alto en el número de desplazados en el mundo: aproximadamente 59,5 millones de personas (en 2014) obligadas a desplazarse como resultado de persecuciones, conflictos, violencia generalizada o violaciones de los derechos humanos (ACNUR 2014b). Los refugiados tienen una alta carga de malnutrición y anemia; de enfermedades no transmisibles que se pueden tratar, agravadas por la falta de acceso a una medicación regular; y de enfermedades infecciosas, incluyendo la hepatitis A y B, así como de enfermedades parasitarias (Langlois et al. 2016).
 - Género: El tratamiento preferencial basado en el género puede resultar en prácticas divergentes de alimentación y de ingesta de alimentos. En Kenya, se observó que, como consecuencia de los fuertes prejuicios vinculados al género en la distribución intrafamiliar de alimentos, existían más niñas con malnutrición, retraso en el crecimiento, emaciación y enfermedades infecciosas (Ndiku et al. 2011). En general, si bien no existen mayores disparidades asociadas al género en las tasas de retraso en el crecimiento en los niños menores de 5 años (Shaheen et al. 2016), a medida que los niños y niñas crecen, las disparidades se hacen más visibles (Bhutta y Zlotkin 2014) —en algunos países, hasta la mitad de las adolescentes presentan retraso en el crecimiento (Black et al. 2013). Las mujeres son especialmente vulnerables a la malnutrición por su alto requerimiento en nutrientes durante el embarazo y la lactancia y por las desigualdades de género en la pobreza (Delisle 2008). En algunas zonas, las altas tasas de embarazo en las adolescentes y los matrimonios precoces pueden agravar aún más dichas disparidades.

propósito. Los autores del panel sostienen que la responsabilidad con los grupos marginados bajo los ODS debe de ser mucho más integral de lo que ha sido bajo los ODM. Los gobiernos tienen la responsabilidad humana de asegurarse que recolectan información suficientemente desglosada y transparente para saber qué grupos

podrían estar excluidos y de qué manera, con el fin de diseñar soluciones políticas y a través de programas que incluyan a todos los grupos sociales y económicos y logren poner fin a dicha marginalización en cualquier contexto.

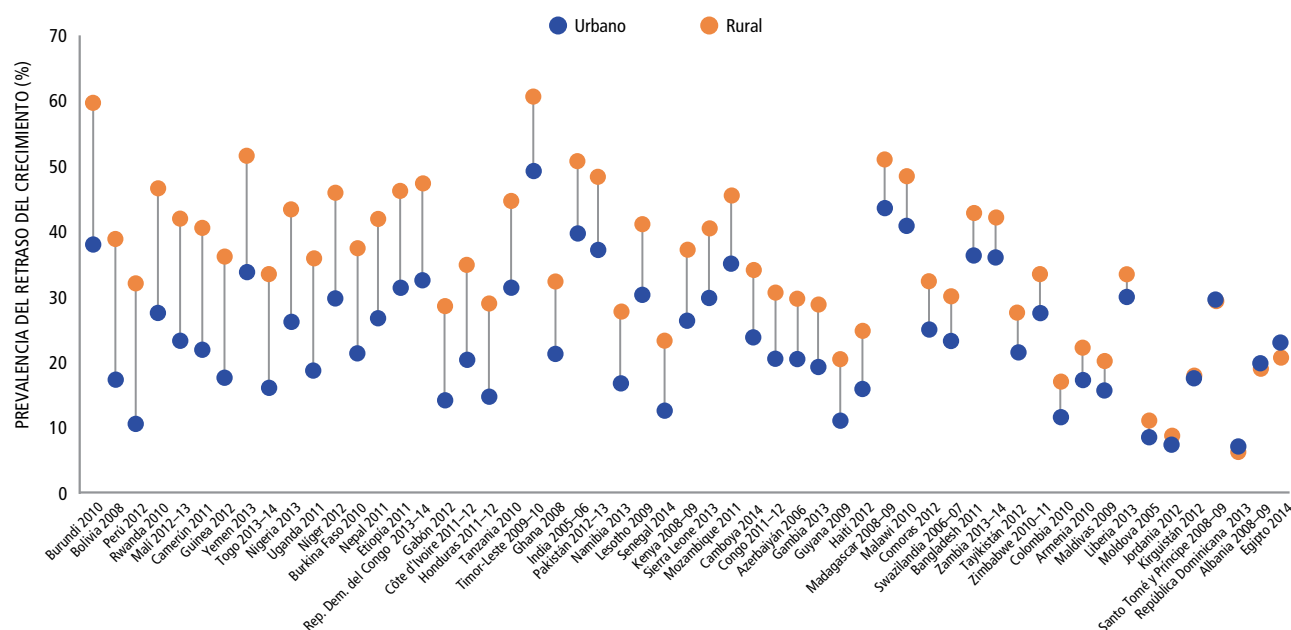
FIGURA 8.3 Prevalencia del retraso en el crecimiento en los niños menores de 5 años, según el quintil de riqueza



Fuente: Los autores, a partir de los datos y análisis de Monica Kothari, Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), 2005–2015.

Nota: Ciertas discrepancias pueden aparecer con respecto a los datos que figuran en los informes de las EDS debido a las posteriores transformaciones aportadas por el equipo EDS. Todas las categorías de prevalencia tienen un valor de $n > 50$.

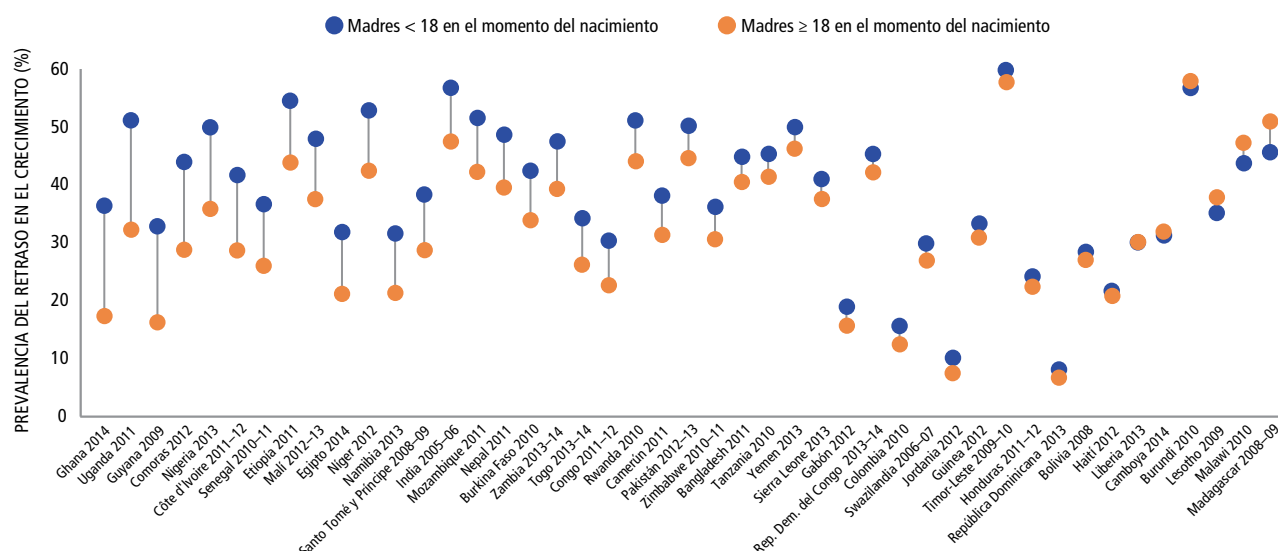
FIGURA 8.4 Prevalencia del retraso en el crecimiento en los niños menores de 5 años, en medio rural o urbano, por orden de diferencia



Fuente: a partir de los datos y análisis de Monica Kothari, Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), 2005–2014.

Nota: Ciertas discrepancias pueden aparecer con respecto a los datos que figuran en los informes de las EDS debido a las posteriores transformaciones aportadas por el equipo EDS. Todas las categorías de prevalencia tienen un valor de $n > 50$.

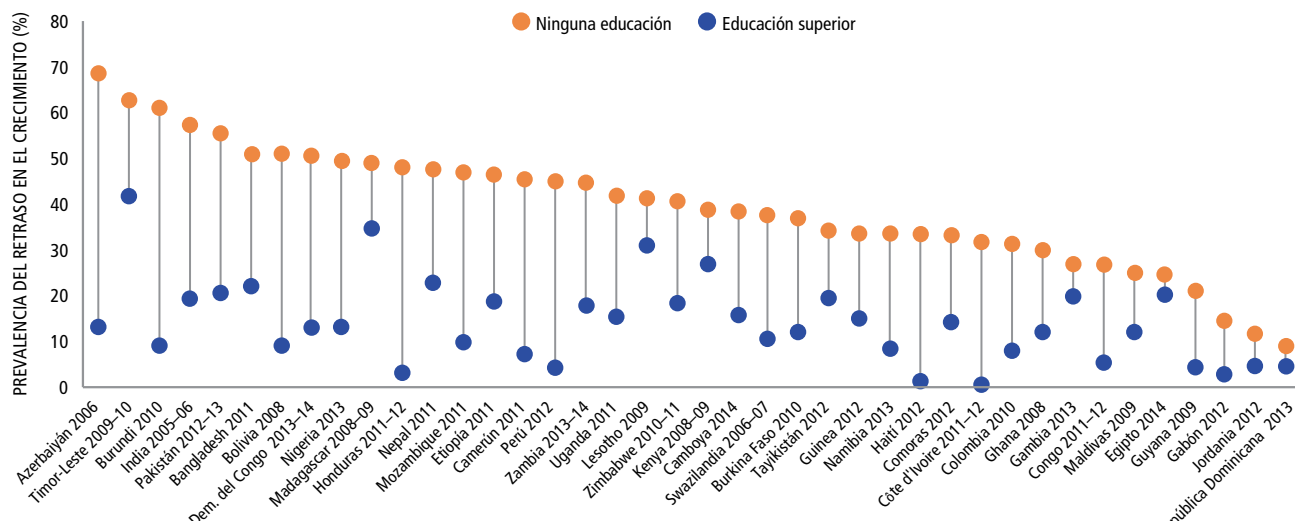
FIGURA 8.5 Prevalencia del retraso del crecimiento en los niños menores de 5 años, en función de la edad de la madre al dar a luz, por orden de diferencia



Fuente: a partir de los datos y análisis de Monica Kothari, Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), 2005–2014.

Nota: Ciertas discrepancias pueden aparecer con respecto a los datos que figuran en los informes de las EDS debido a las posteriores transformaciones aportadas por el equipo EDS. Todas las categorías de prevalencia tienen un valor de $n > 50$.

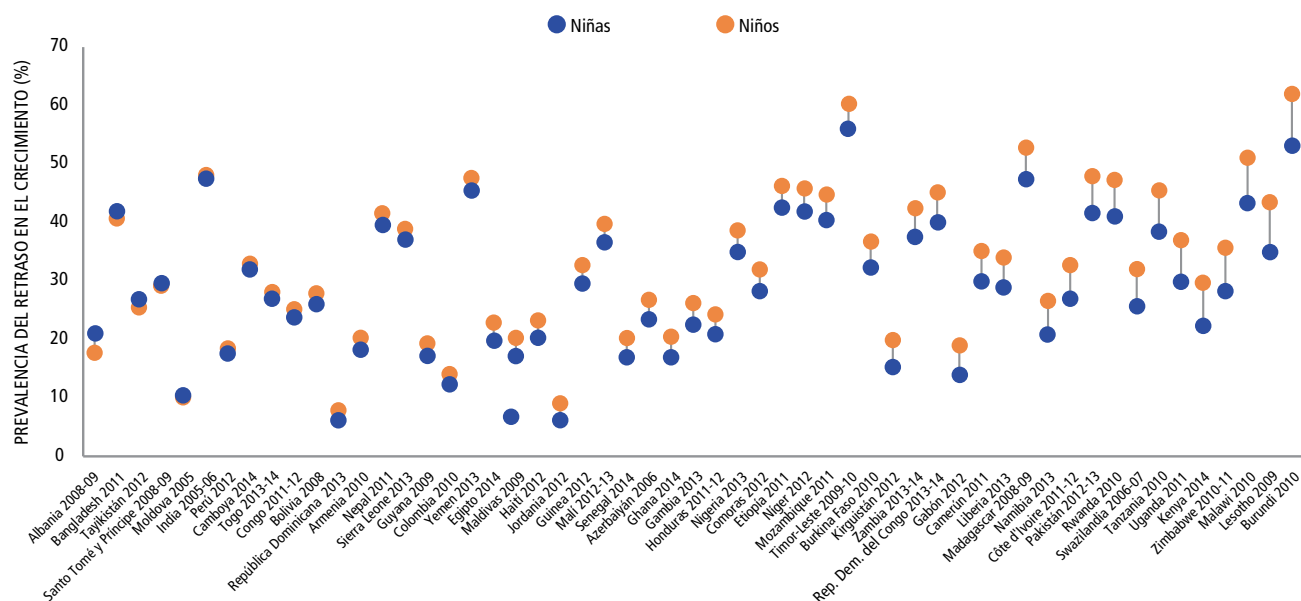
FIGURA 8.6 Prevalencia del retraso del crecimiento en los niños menores de 5 años, en función del nivel escolar de la madre, por orden de prevalencia en los niños cuya madre no ha recibido ninguna educación



Fuente: a partir de los datos y análisis de Monica Kothari, Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), 2005–2014.

Nota: Ciertas discrepancias pueden aparecer con respecto a los datos que figuran en los informes de las EDS debido a las posteriores transformaciones aportadas por el equipo EDS. Todas las categorías de prevalencia tienen un valor de $n > 50$. "Educación superior" significa un nivel superior a la escuela secundaria.

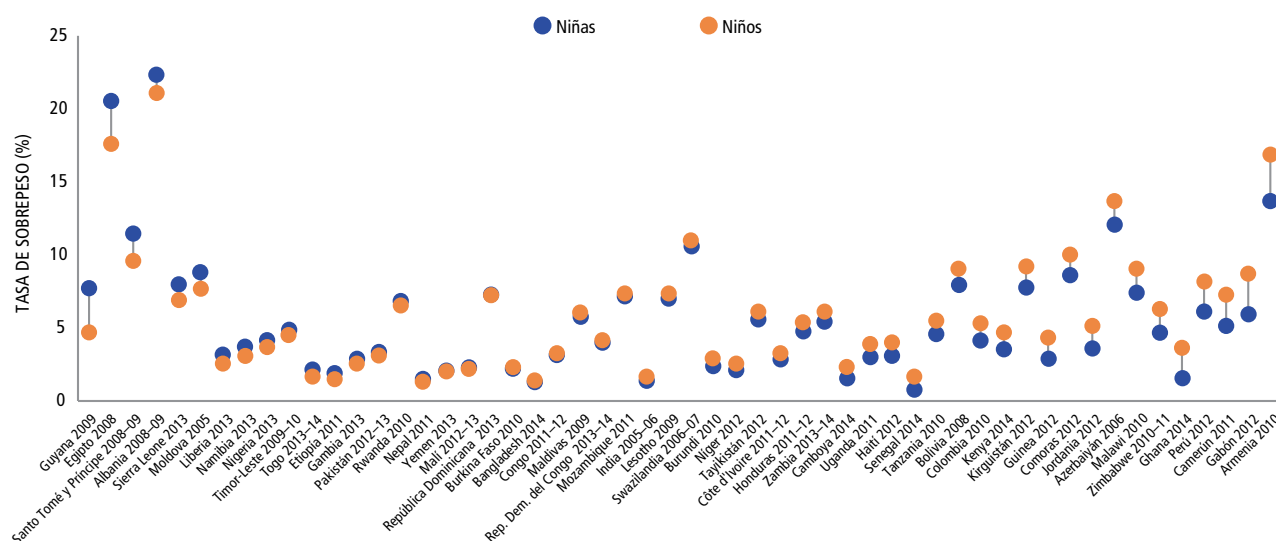
FIGURA 8.7 Prevalencia del retraso en el crecimiento en los niños menores de 5 años, en función del sexo, por orden de diferencia



Fuente: a partir de los datos y análisis de Monica Kothari, Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), 2005–2014.

Nota: Ciertas discrepancias pueden aparecer con respecto a los datos que figuran en los informes de las EDS debido a las posteriores transformaciones aportadas por el equipo EDS. Todas las categorías de prevalencia tienen un valor de $n > 50$.

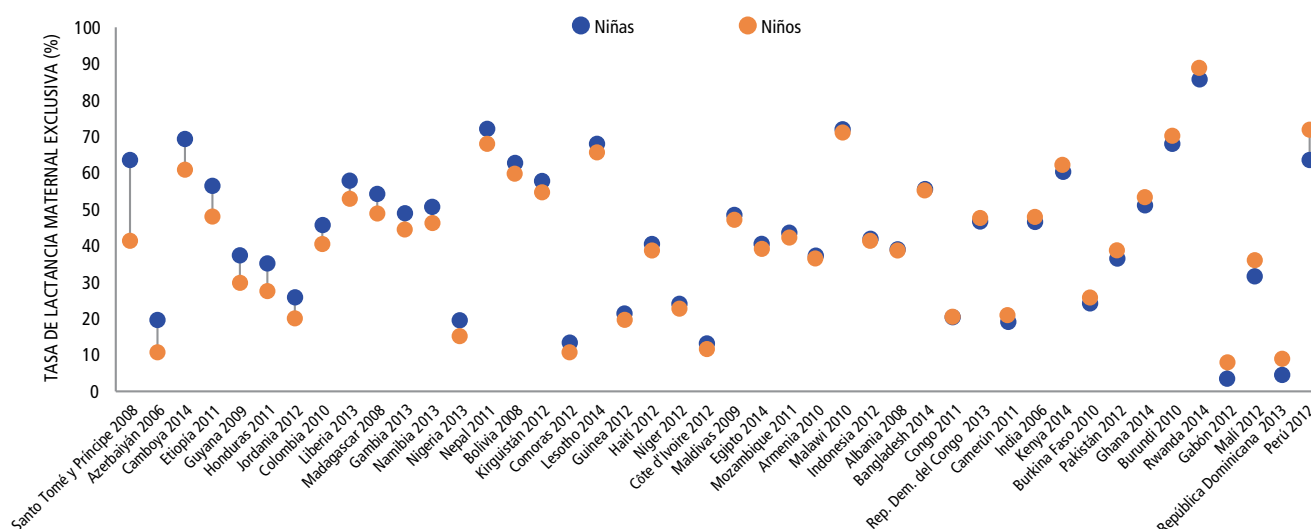
FIGURA 8.8 Sobrepeso en los niños menores de 5 años, en función del sexo, por orden de diferencia entre niños y niñas



Fuente: a partir de los datos y análisis de Monica Kothari, Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), 2005–2014.

Nota: Ciertas discrepancias pueden aparecer con respecto a los datos que figuran en los informes de las EDS debido a las posteriores transformaciones aportadas por el equipo EDS. Todas las categorías de prevalencia tienen un valor de $n > 50$.

FIGURA 8.9 Lactancia materna exclusiva, según el sexo, por orden de diferencia entre niños y niñas



Fuente: a partir de los datos y análisis de Monica Kothari, Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), 2005–2014.

Nota: Ciertas discrepancias pueden aparecer con respecto a los datos que figuran en los informes de las EDS debido a las posteriores transformaciones aportadas por el equipo EDS. Todas las categorías de prevalencia tienen un valor de $n > 50$.

PANEL 8.3 FACTORES QUE SE DEBEN TOMAR EN CUENTA PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS DESGLOSADOS GEOGRÁFICAMENTE

MONICA KOTHARI, FRED ARNOLD, BERNARD BARRERE, ANN WAY, ANNE CROSS, RUILIN REN, JOY FISHEL Y SRI POEDJASTOETI

Demanda

Si bien las partes interesadas a escala nacional podrían interesarse en los datos subnacionales, cabe preguntarse si las unidades subnacionales a partir de las cuales se colectarían estos datos están preparadas para utilizar y tratar la información. ¿Están tomando sus propias decisiones en cuanto al diseño de políticas y programas? De ser el caso, cabe preguntarse si las decisiones tomadas a partir de datos al nivel subnacional realmente serán diferentes de las decisiones de programa o políticas que se hubiesen tomado si solo se contara con datos regionales.

Capacidad

La decisión para obtener datos al nivel subnacional es específica de cada país. En países con una infraestructura estadística deficiente (por ejemplo, aquellos que no pueden tratar de manera independiente muestras normales de Encuestas Demográficas y de Salud [EDS], que son de por sí vastas), no sería fácil expandir las encuestas para obtener estimaciones por debajo del nivel regional. Los países de Asia, América Latina y el Caribe, que cuentan con agencias de implementación consolidadas, están en condiciones de realizar encuestas ampliadas. Sin embargo, aun en esos países cabe preguntarse si los beneficios valen los costos financieros y el

riesgo de comprometer la calidad de los datos de la encuesta. Incrementar el tamaño de la muestra implica un aumento de su costo, pero, sobre todo, un incremento del número de equipos y de personal que hay que capacitar para supervisar la encuesta. Con base en la experiencia adquirida en las EDS, se sabe que la calidad de la capacitación y de la recopilación de los datos puede disminuir cuando crece el tamaño de la encuesta.

Contexto

Para el caso de algunos indicadores, las tendencias en las estimaciones a niveles más bajos resultan a veces contradictorias por los amplios intervalos de confianza existentes alrededor de las estimaciones. Estos cambios inesperados en el tiempo pueden ser cuestionables e incluso tener repercusiones políticas considerables. Se recomienda explorar opciones alternativas de recopilación de datos para satisfacer las necesidades específicas de cada país en materia de datos. Las fuentes de datos como son los sistemas periódicos de información sobre gestión sanitaria podrían ayudar a colmar algunas lagunas de datos al proporcionar información sobre la cobertura de las intervenciones del sector público en materia de nutrición a intervalos regulares. Las encuestas a gran escala deberían

seguir proporcionando estimaciones sobre la prevalencia en nutrición y la cobertura en niveles más elevados para la población en general, comparables entre países y con el correr del tiempo.

Costos

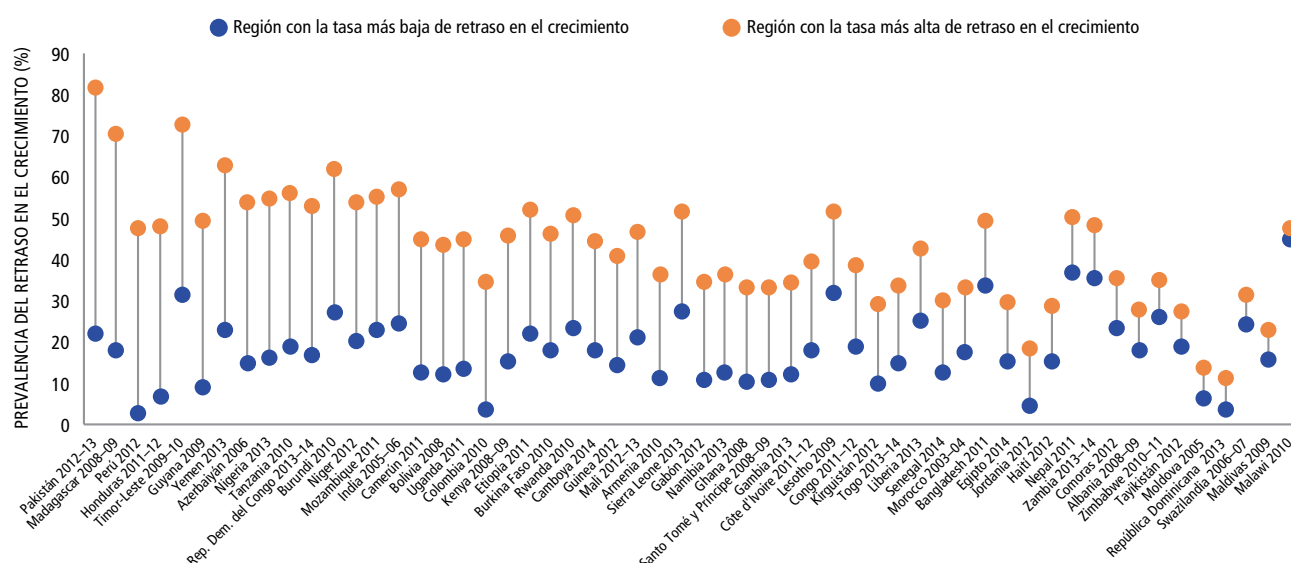
En el caso de las encuestas para los hogares a gran escala, los costos están sobre todo asociados al número de dominios de estudio para los cuales se requiere la información. El tamaño de muestra requerido para una encuesta representativa a nivel del dominio administrativo depende del número de dominios administrativos existentes en el país. Por regla general, para determinar el tamaño de una muestra para una encuesta a gran escala como la EDS, se necesita entrevistar entre 800 y 1000 mujeres en cada dominio de estudio para obtener estimaciones confiables de las tasas totales de fertilidad y de mortalidad infantil. En el caso de muchos indicadores para la nutrición incluidos en una EDS, generalmente se requieren tamaños menores de muestras para obtener estimaciones suficientemente precisas a nivel del dominio. Si se quiere duplicar el número de dominios, se tiene que duplicar también el tamaño de la muestra, lo que incrementa substancialmente el costo de la encuesta.

PONDERAR LOS COSTOS Y BENEFICIOS DE LOS DATOS DESGLOSADOS GEOGRÁFICAMENTE

Se observa un aumento de la demanda de datos nutricionales en función de la unidad administrativa subnacional. Los responsables de políticas los necesitan con el fin de orientar sus acciones al logro de niveles cero de malnutrición, los administradores subnacionales los necesitan a medida que se descentraliza la implementación de los programas sobre nutrición, las empresas los necesitan para identificar oportunidades, los donantes externos los necesitan para orientar sus intervenciones y la sociedad civil los necesita para fomentar la responsabilidad hacia los más vulnerables.

Esta demanda de datos mucho más detallados obedece a la hipótesis de que existen grandes variaciones en los estados nutricionales por región. Tal como se subraya en la Figura 8.10, esta hipótesis está bien fundada. Para muchos países, la figura ilustra las grandes diferencias entre regiones administrativas con las tasas más altas y más bajas de retraso en el crecimiento. Por ejemplo, el coeficiente medio entre las tasas más altas y las más bajas de retraso en el crecimiento es de 2,96, y el rango es de 1,06 a 17,59. Estas disparidades reflejan una amplia variedad de diferencias de oportunidades históricas, culturales, geográficas, económicas o políticas que resultarán difíciles de reducir rápidamente. Sin embargo, tener conciencia de estas grandes diferencias resulta esencial para los planes nacionales de acción y para la asignación eficaz de los recursos.

FIGURA 8.10 Prevalencia del retraso en el crecimiento en función de las regiones subnacionales con la tasa más baja y la más alta, por orden de diferencia



Fuente: a partir de los datos y análisis de Monica Kothari, Encuestas Demográficas y de Salud (EDS), 2005–2014.

Nota: Ciertas discrepancias pueden aparecer con respecto a los datos que figuran en los informes de las EDS debido a las posteriores transformaciones aportadas por el equipo EDS. Todas las categorías de prevalencia tienen un valor de $n > 50$.

Si bien existe una gran demanda de datos más desglosados, la disponibilidad de estos datos es bastante limitada. Por ejemplo, hasta ahora, el equipo de encuestas EDS sólo ha participado en dos encuestas nacionales que han recolectado datos al nivel administrativo más bajo: la encuesta de Kenya EDS de 2014 y la Encuesta Nacional sobre Salud Familiar en la India, de 2015-2016. En Kenya, anteriormente había encuestas EDS que proporcionaban datos para cada una de las ocho provincias (siete más Nairobi), ya que el siguiente nivel administrativo más bajo era el distrito, y había demasiados distritos —más de 80— para poder desglosar los datos de la encuesta por distrito. Sin embargo, en 2010 Kenya aprobó una nueva constitución que dividió al país en 47 condados. En la encuesta EDS más reciente, el muestreo se extendió para permitir realizar estimaciones al nivel de la unidad administrativa más baja, recientemente creada, es decir, a nivel del condado. En India, para la Encuesta Nacional sobre Salud Familiar de 2015-2016, el gobierno nacional estipuló que se requerían estimaciones por separado para cada uno de los 640 distritos de India en el momento del censo de 2011.

Basándonos en las experiencias del equipo de las encuestas EDS, sabemos que la disponibilidad de datos más desglosados se ve limitada por ciertos factores clave como la demanda, la capacidad, el contexto y los costos (Panel 8.3).

¿Existen opciones rentables para obtener datos subnacionales?

En el caso de algunos indicadores como la fertilidad, la mortalidad y la cobertura de vacunación, las encuestas EDS y otras similares proporcionan datos que podrían ser cubiertos alternativamente por sistemas de vigilancia periódicos, si dichos sistemas produjeran

datos completos, precisos y oportunos. Si los países contaran con sistemas de vigilancia de alta calidad que cubrieran una elevada proporción de casos, algunos de estos indicadores podrían ser retirados de las encuestas para los hogares, aunque los ahorros que se obtendrían serían mínimos.

Recientemente, Kenya utilizó dos cuestionarios diferentes así como diferentes submuestras para realizar la encuesta EDS. Los encuestadores midieron los indicadores prioritarios a nivel distrital y posteriormente midieron una gama más amplia de indicadores a nivel regional, más elevado. La encuesta de la India utiliza un proceso similar para medir algunos indicadores a nivel provincial y otros únicamente a nivel estatal. Ésta podría ser una manera rentable de obtener datos subnacionales, sin que se vea afectada la calidad de los mismos.

En Indonesia, la encuesta EDS compite con otras encuestas nacionales y subnacionales. La EDS es sólo una de muchas encuestas anuales para los hogares realizadas por la Oficina Central de Estadísticas. Las encuestas del Ministerio de la Salud son realizadas por cada provincia/regencia/municipio. Cada una de estas encuestas presenta datos a nivel de regencia/municipio. De esta manera, Indonesia ha creado una capacidad interna necesaria para realizar encuestas y, cada vez menos, necesita asistencia técnica.

El Programa Mundial de Alimentos y las encuestas EDS, entre otros, han explorado regularmente el potencial que encierran las técnicas de estimación en áreas pequeñas, que utilizan estimaciones de encuestas a un nivel más elevado (por ejemplo, a nivel de

PANEL 8.4 ¿POR QUÉ LOS MAPAS ALTAMENTE DESGLOSADOS SOBRE DESNUTRICIÓN SON VITALES EN LA ERA DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE?

KURT BURJA, STEPHEN HASLETT, SIEMON HOLLEMA, GEOFF JONES, KAYENAT KABIR Y CHRISTA RADER

Mientras que los mapas de estimación de la pobreza a pequeña escala son cada vez más comunes, son pocas las versiones más detalladas para la desnutrición. Sin embargo, necesitamos ese tipo de mapas para estimar la desnutrición. Por ejemplo, es posible que los mapas a pequeña escala de retraso en el crecimiento, insuficiencia ponderal y emaciación en niños menores de 5 años no correspondan exactamente a los de la pobreza porque existen diversos factores que influyen en los resultados nutricionales.

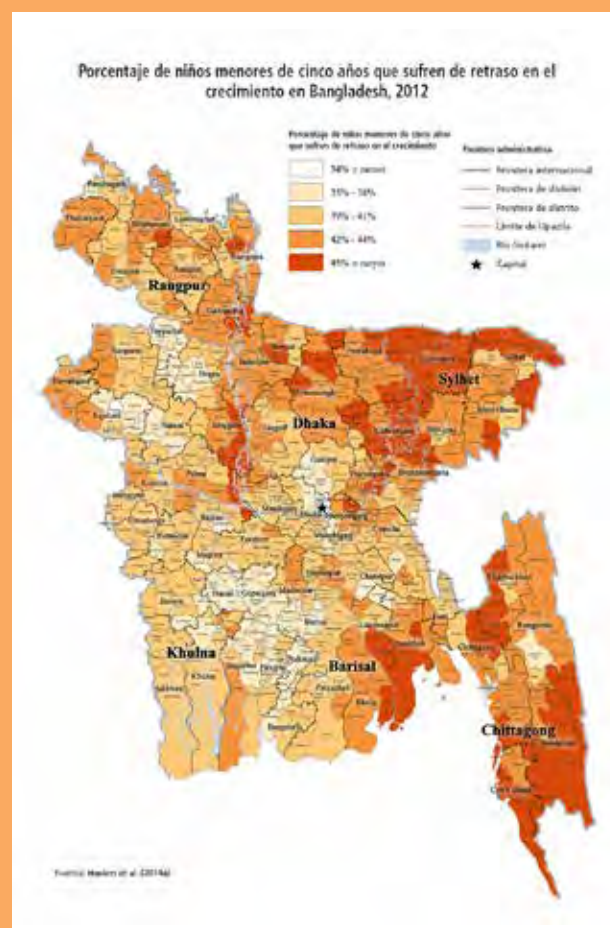
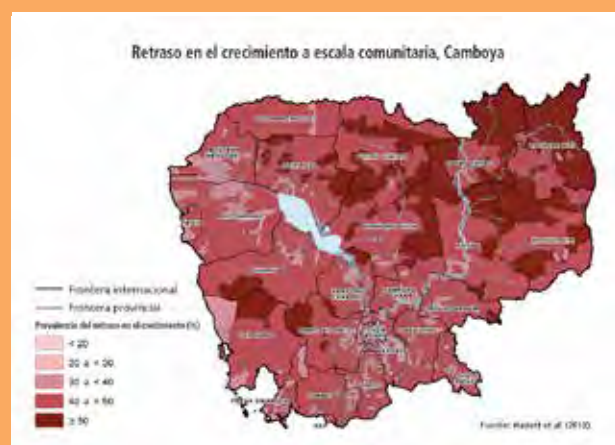
Las estimaciones a pequeña escala de la desnutrición requieren la combinación de varias encuestas sobre nutrición como las EDS y las MICS con un censo contemporáneo (que no registra los resultados en materia de nutrición). Las variables comunes como los recursos familiares, los materiales de construcción y el suministro de agua y saneamiento, así como las características personales como son la educación de la madre y la edad de los hijos, que están disponibles en ambas encuestas y censos, se utilizan para desarrollar una relación estadística con los resultados en materia de nutrición, disponibles únicamente

en las EDS/MICS. Esta relación se utiliza entonces para estimar la nutrición para grupos de 20.000 a 30.000 hogares contiguos basados en las predicciones de los censos. Generalmente se orientan a niños menores de 5 años. A pesar de que los conceptos fundamentales son simples, la elaboración de modelos lleva tiempo y requiere de mucha experiencia. Para encontrar el modelo adecuado, se tienen que probar varios de ellos. Otra dificultad es la calidad de la medición, especialmente la altura de los niños. Los mapas resultantes, basados en modelos que han sido probados y funcionan, tienden a coincidir con la opinión de los expertos en cuanto a la ubicación de las tasas altas y bajas de desnutrición¹.

Los mapas y las estimaciones a pequeña escala sobre el estado de la desnutrición son muy valiosos. Generalmente, ningún mapa por sí solo es suficiente, pero reunidos proporcionan una imagen detallada de las tasas de desnutrición y de la localización del mayor número de personas desnutridas. Dichos mapas ayudan a orientar las prioridades y la selectividad geográfica de los programas de asistencia, independientemente de

que estos últimos estén basados en tasas de desnutrición o en el número de personas desnutridas por área. Además, los mapas constituyen una herramienta común para lograr consenso entre las partes interesadas sobre las áreas geográficas que deben ser prioritarias, además de ser útiles para establecer planes de contingencia y evaluar las necesidades después de casos de desastres. Los mapas también pueden servir para el análisis y la planificación de políticas. Aquí se muestran ejemplos de estos mapas para los casos de Bangladesh (retraso en el crecimiento), Camboya (retraso en el crecimiento) y Nepal (ingesta de calorías).

Se necesitan muchos más de estos mapas. Los métodos son complejos, pero la experiencia existe. El reto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de acabar con la malnutrición requiere de información geográfica detallada sobre su prevalencia y gravedad a fin de combatir el problema de la manera más eficaz posible. Los mapas de estimación de la desnutrición a pequeña escala pueden ayudarnos a lograrlo.



provincia) y datos de censos desglosados por edad-sexo-educación-vida urbana-vida rural en áreas más pequeñas. El método atribuye básicamente el indicador de la provincia a cada uno de los distritos dentro de la provincia proporcionalmente a la edad-sexo-educación de los distritos. Basándose en la experiencia del Programa Mundial de Alimentos, el Panel 8.4 brinda una evaluación positiva del potencial de esos esquemas para destacar las variaciones subnacionales en el estado nutricional.

PROMOVER LA RESPONSABILIDAD EN CONTEXTOS DIFÍCILES DEL ESPACIO HUMANITARIO

Tal como lo indicaba el *Informe de la Nutrición Mundial 2015*, se prevé que la pobreza extrema va a concentrarse cada vez más en los Estados frágiles. Si bien la pobreza a nivel mundial ha disminuido drásticamente, ésta sigue presente en los 50 países que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ha designado como frágiles (Burt et al. 2014)⁸.

No contamos con suficientes datos de tendencia como para poder reproducir este análisis para el caso del retraso en el crecimiento o la emaciación. No obstante, la Figura 8.11 muestra que para las encuestas más recientes realizadas desde 2008, la prevalencia de retraso en el crecimiento y la emaciación es más alta en los Estados que la OCDE designa como frágiles.

Es más probable que las emergencias y la actividad humanitaria ocurran en estos contextos frágiles. Tal como lo subrayaba el *Informe de la Nutrición Mundial 2015* (Panel 9.8) en sus recomendaciones sobre responsabilidad presentadas en el marco de la Cumbre Humanitaria Mundial 2016, existen muchas brechas en materia de rendición de cuentas en el sistema humanitario.

Como parte de su proceso de reforma humanitaria, las Naciones Unidas pusieron en marcha el enfoque de gestión

por grupos en 2005 para mejorar la eficacia de la respuesta humanitaria a través de una mayor previsibilidad, rendición de cuentas, responsabilidad y colaboración.⁹ En 2011, el Comité Permanente entre Organismos estableció un marco para ayudar a las agencias de la ONU a monitorear la rendición de cuentas hacia las poblaciones afectadas por una crisis. Asimismo, en diciembre de 2014 fue creada la Norma Humanitaria Esencial, que establece Nueve Compromisos que las organizaciones y personas implicadas en la respuesta humanitaria pueden utilizar con el fin de mejorar la calidad y la eficacia de la asistencia que proporcionan.

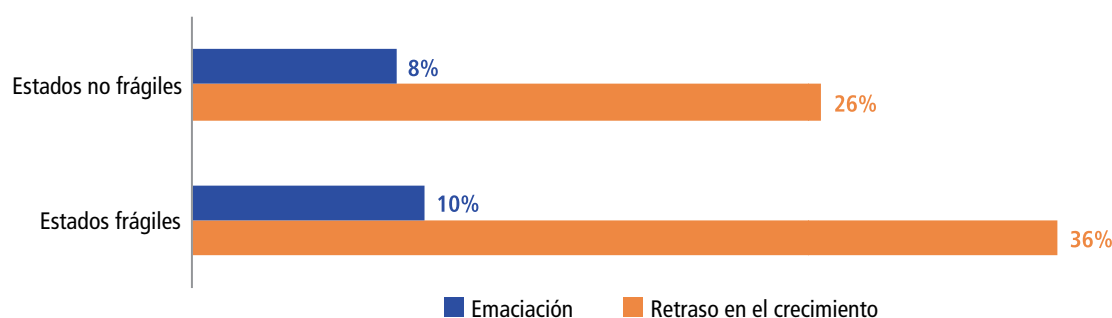
A pesar de que cada vez son más las agencias humanitarias que participan en iniciativas en favor de la responsabilidad, aún persiste una brecha a nivel de todo el sistema al aplicar y monitorear dichos mecanismos en contextos de emergencia, inclusive para el caso de la nutrición. En el Panel 8.5, el equipo del grupo Nutrición en el mundo (Global Nutrition Cluster) destaca algunos problemas y propone algunas soluciones¹⁰.

LA NUTRICIÓN EN LAS POBLACIONES DESPLAZADAS

El número de personas desplazadas por conflictos se ha incrementado significativamente en los últimos dos a tres años y, según las últimas estimaciones, ha alcanzado los 59,5 millones (Figura 8.12). La población refugiada también ha alcanzado la cifra sin precedentes de 19,6 millones, de los cuales la mitad son niños (Langlois et al. 2016).

Las poblaciones desplazadas tienen más probabilidades de encontrarse en situación de vulnerabilidad y marginalización durante su travesía y dentro de los campos de refugiados, además de haber vivido el estrés y el trauma del desplazamiento. Asimismo, presentan una alta carga de infecciones y enfermedades no transmisibles (Gornall 2015; Norredam et al. 2006). El Panel 8.6 pone de relieve las dificultades que implica proteger el estado nutricional de los desplazados y hace algunas recomendaciones para reforzar la rendición de cuentas con respecto a estas poblaciones, incluyendo la necesidad de perfeccionar algunos

FIGURA 8.11 Tasa de retraso en el crecimiento y de emaciación en los Estados frágiles y los no frágiles



Fuente: Los autores.

Nota: Retraso en el crecimiento, n = 104 de 133 países con ingresos bajos y medianos (41/48 frágiles, 63/85 no frágiles). Emaciación, n = 103 de 133 países con ingresos bajos y medianos (40/48 frágiles, 63/85 no frágiles). Los datos provienen de la última encuesta de 2008, y encuestas entre 2008 a 2015. El año promedio de las encuestas para los Estados frágiles y los Estados no frágiles es prácticamente idéntica (2012).

PANEL 8.5 MEJORAR LA RESPONSABILIDAD DE LAS ACCIONES EN MATERIA DE NUTRICIÓN EN CONTEXTOS DE EMERGENCIA

JOSEPHINE IPPE

Con base en la experiencia del grupo Nutrición en el mundo, establecido en 2006 como parte del proceso de la reforma humanitaria, ¿qué se necesita para mejorar la responsabilidad en materia de nutrición de los programas en contextos de emergencia?

1. Invertir en capacidad técnica para incrementar los programas de nutrición en situaciones de emergencia. El monitoreo sistemático del desempeño conforme a las normas mínimas Esfera (Proyecto Esfera 2016) y a otros paquetes de acciones como el Minimum Reporting Package (Emergency Nutrition Network 2011) ha mostrado invariablemente escasos avances en el logro de las metas en materia de alimentación de los lactantes y de los niños pequeños en situaciones de emergencia, principalmente por falta de capacidad y por la escasa importancia que otorgan los donantes a esta área del programa. En general, la capacidad para incrementar un programa de nutrición en contextos de emergencia sigue siendo un problema. Tiene que quedar claramente definido el papel del liderazgo, del apoyo al fortalecimiento de capacidades en áreas técnicas y de la investigación operacional en temas sobre nutrición, así como su responsabilidad dentro

del sistema de grupos temáticos.

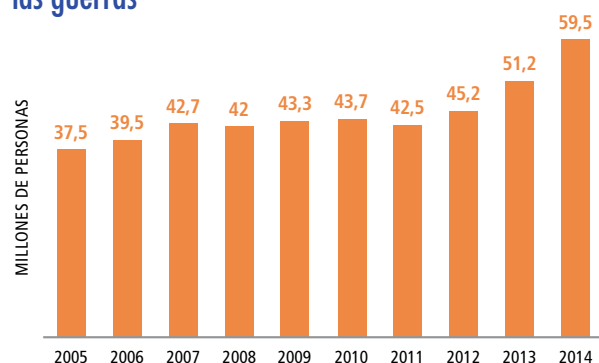
2. Proporcionar incentivos para recompensar a los socios que cumplan con las normas en materia de responsabilidad. A pesar de que el sistema de grupos temáticos articula claramente la responsabilidad entre la agencia líder del grupo temático y el coordinador humanitario, la responsabilidad de los socios no está definida sino que más bien está implícita en los documentos relativos a los principios de cooperación. El sistema de grupos temáticos no está preparado para remediar el problema de la falta de responsabilidad dentro de un grupo. Además, el enfoque de grupo estipula que cuando la financiación y el acceso lo permiten, la agencia líder del grupo sirve de proveedor de último recurso colmando las brechas, lo cual resulta irrealista en vista de la financiación y de la capacidad adicionales que se requieren. Por eso, un sistema de incentivos para recompensar a los socios que cumplan con las metas en materia de responsabilidad o con las normas humanitarias fundamentales, ya sea por medio de donantes individuales o a través de los esfuerzos del sistema humanitario en su conjunto, contribuiría a promover la responsabilidad.

3. Asegurarse de que los planes nacionales de acción a favor de la nutrición incorporen los planes de contingencia en caso de emergencia y que la capacidad para responder a las necesidades en materia de nutrición en caso de emergencia se incluya dentro de estos planes. Los recursos también tienen que estar disponibles a nivel nacional para promover la resiliencia y asegurar una adecuada transición entre la respuesta humanitaria y el desarrollo.

4. Incorporar las intervenciones enfocadas a la nutrición en contextos de emergencia. Se requiere una mayor vinculación entre las intervenciones de emergencia en materia de nutrición y otros sectores: agua, sanidad e higiene, salud y agricultura, seguridad alimentaria y medios de subsistencia.

5. Establecer una plataforma común de datos y de responsabilidad entre los socios. En 2015, el grupo Nutrición en el mundo desarrolló un marco operacional y de orientación sobre responsabilidad en nutrición con miras a establecer una plataforma común entre los socios. Gracias a la implementación de las directrices operacionales, los socios del grupo temático mejorarán la responsabilidad de una manera medible.

FIGURA 8.12 Número de personas desplazadas por las guerras



Fuente: HCR (2015).

mecanismos ya existentes, y encontrar nuevos, para orientar la ayuda alimentaria hacia los refugiados más vulnerables tanto nutricional como económicamente.

CONCLUSIONES

Los gobiernos, la sociedad civil, los donantes y los campeones en nutrición de todos horizontes miden el progreso, guían sus acciones, y refuerzan la responsabilidad mediante los compromisos SMART, respaldados por sistemas de datos que proporcionan información confiable, útil y oportuna. Los sistemas de datos necesitan enfocarse en los resultados en nutrición, pero se basan en información que proviene de una gran variedad de sectores y de mecanismos de colecta de datos. Necesitan concentrar su acción en los más vulnerables: aquellos que se encuentran en verdadero peligro de ser dejados atrás porque están excluidos del poder o no gozan de los derechos básicos. Esto requiere información

PANEL 8.6 PROTEGER EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS REFUGIADOS EN LA ERA DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

CAROLINE WILKINSON, VALERIE GATCHELL Y PAUL SPIEGEL

Dados los numerosos conflictos en Medio Oriente y África, el número de personas desplazadas por la fuerza siguió aumentando en 2015 y principios de 2016. Hacia fines de 2015, la población total atendida por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) alcanzó la cifra sin precedentes de 55 millones de personas, incluyendo 14,4 millones de refugiados, 1,8 millones de solicitantes de asilo, 32,3 millones de desplazados internos y 1,8 millones de repatriados.

Los refugiados son personas que se encuentran fuera de su país de origen por temor, persecuciones, conflictos o violencia generalizada. Los gobiernos de los países de acogida tienen la responsabilidad primordial de proteger a los refugiados. El ACNUR tiene el mandato de liderar y coordinar la acción internacional para proteger y aportar soluciones a los refugiados, solicitantes de asilo (individuos cuya condición de refugiado aún no ha sido determinada pero que podrían reunir los requisitos para obtenerla), apátridas (individuos sin nacionalidad) y repatriados (refugiados que han vuelto a sus países de origen). De los 12 millones de refugiados con información sobre su tipo de vivienda, 7,6 millones (el 63 %) residían en viviendas individuales en lugar de campamentos planeados/administrados o improvisados, centros colectivos o campamentos de recepción/tránsito, y se estimaba que la situación de cerca de 6,4 millones de refugiados (el 45 %) era prolongada.¹

El estado nutricional de los refugiados

En 2015, de los 93 sitios de refugiados del ACNUR en donde se midió la malnutrición aguda (los cuales representaban aproximadamente

336.000 niños de 6 a 59 meses de edad), 54 sitios (el 58 %) cumplían con las normas del ACNUR al presentar menos del 10 por ciento de malnutrición aguda global (GAM, por sus siglas en inglés),² mientras que 21 sitios (el 22,6 %) se situaban por arriba del umbral de emergencia con 15 % o más. El retraso en el crecimiento entre niños de 6 a 59 meses de edad respetaba la norma de menos del 20 % en 13 sitios (el 14 %), mientras que 65 sitios (el 69,9 %) registraban una prevalencia de retraso en el crecimiento por encima del nivel crítico del 30 % o más. La prevalencia de la anemia infantil respetaba la norma de menos del 20 % en sólo 6 de los 90 sitios (el 6,7 %)³ y 33 de los 90 sitios (el 36,7 %) se encontraban por debajo del nivel crítico de menos del 40 %. La mayoría de los sitios en donde existen datos disponibles para varios años muestra que la prevalencia de la malnutrición aguda global, el retraso en el crecimiento y la anemia se han mantenido relativamente estables (con 80,6 %, 66,7 % y 59,3 %, respectivamente). Se ha logrado reducir significativamente la malnutrición aguda global y la anemia en el 14,9 % y el 25,4 % de los sitios, respectivamente. En comparación con las estadísticas nacionales (UNICEF 2015), la prevalencia de la malnutrición aguda global y del retraso en el crecimiento dentro de los sitios de refugiados era más elevada en el 48,4 % y el 55,9 %, respectivamente, de los sitios evaluados. No existen datos relativos a la anemia a nivel nacional que permitan una comparación.

Vulnerabilidad frente a la seguridad alimentaria y nutricional

Los refugiados no son ciudadanos del país de asilo. Por esta razón, en la mayoría de los casos,

su misma condición legal los hace vulnerables. Los refugiados generalmente tienen un acceso limitado o negado a la tierra y sus derechos económicos y su libertad de movimiento son limitados. A menudo se les excluye de la seguridad social nacional o de los mecanismos de redes de protección y rara vez cuentan con acceso a los servicios nacionales de salud y nutrición, en caso de haberlos.

Muchas de las poblaciones de refugiados son muy dependientes de la ayuda alimentaria proporcionada por el Programa Alimentario Mundial (PAM) (más de 5 millones de refugiados en febrero de 2016). Sin embargo, de septiembre de 2015 a febrero de 2016, los recortes en la financiación del PAM produjeron una disminución en las raciones alimentarias para el 61 % de los refugiados (3,4 millones) en 20 países, y se teme que haya más recortes en los próximos meses. Entre los principales alimentos que serán racionados se encuentran los enriquecidos y ricos en nutrientes, por sus elevados costos.

Asimismo, uno de los principales retos que enfrentan el ACNUR y sus socios es el de evaluar y brindar apoyo a los servicios básicos y de nutrición en las poblaciones "fuera de los campamentos", en parte por las dificultades para establecer un contacto directo con las poblaciones de refugiados que se encuentran mezcladas con la población nacional. En estos casos, como sucede en Jordania, el ACNUR trabaja con las autoridades y sus socios para facilitar el acceso a los servicios nacionales de salud y nutrición. El ACNUR ha incrementado las mediciones del estado nutricional de estas poblaciones y el monitoreo del acceso a una atención médica adecuada.

Continúa

recolectada a niveles desglosados, es decir, por grupos o por regiones. La recolección de estos datos puede resultar costosa, por lo que habrá que encontrar maneras de utilizar datos ya existentes (por ejemplo, estimaciones para áreas pequeñas), así como maneras más económicas de recolectar información más detallada (por ejemplo, mediante teléfonos móviles). Se tiene que contar con la capacidad para analizar y actuar con esos datos desglosados y, en

la medida de lo posible, implicar a las mismas comunidades en el análisis y la toma de decisiones. El *Informe de la Nutrición Mundial 2014* (Panel 4.3) mostraba cómo el desglose de datos a nivel de distrito en la India podía utilizarse para propiciar el diálogo y generar debates entre la sociedad civil y los funcionarios distritales para responder, en la dimensión de las acciones en favor de la nutrición, "quién, qué, por qué, cuándo, dónde, cómo y cuánto".

PANEL 8.6 PROTEGER EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS REFUGIADOS EN LA ERA DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

CAROLINE WILKINSON, VALERIE GATCHELL Y PAUL SPIEGEL

Recomendaciones

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible se compromete a “no dejar a nadie atrás”, en su afán por acabar con la pobreza y promover sociedades pacíficas e inclusivas. La Agenda reconoce que los refugiados, las personas desplazadas internamente y las comunidades de acogida se encuentran entre los más vulnerables (UNOCHA et al. 2015). Para lograr avances en la Agenda 2030 con respecto a estas poblaciones, la comunidad internacional necesita trabajar en colaboración con los gobiernos con el fin de:

- continuar monitoreando regularmente la situación nutricional (malnutrición aguda global, retraso en el crecimiento y anemia) y la seguridad alimentaria de los refugiados, a fin de fomentar la responsabilidad;
- fortalecer los vínculos entre los gobiernos, otras agencias de las Naciones Unidas y socios del desarrollo para combatir

efectivamente el retraso en el crecimiento y la anemia en las poblaciones de refugiados cuya situación se ha prolongado;

- fortalecer la coordinación entre los gobiernos de acogida, el UNICEF y el ACNUR para garantizar la disponibilidad de servicios básicos de salud y nutrición, así como de agua, saneamiento e higiene (WASH) para los refugiados, desplazados internos y las comunidades de asilo, integrándolos a los sistemas nacionales y respaldando dichos sistemas siempre que sea posible;
- comprender mejor las razones por las cuales hay déficits en la financiación en favor de la ayuda alimentaria mundial e identificar la financiación previsible para garantizar raciones (en calidad y cantidad) o transferencias monetarias adecuadas, al tiempo de continuar monitoreando el impacto de los recortes y afinando los mecanismos para que

la ayuda se canalice a los refugiados más vulnerables nutricional y económicamente;

- apoyar y abogar por la definición de marcos jurídicos que concedan a los refugiados el derecho a trabajar, al acceso a la tierra y a la libertad de movimiento para mejorar su seguridad alimentaria y sus medios de subsistencia.

El año de 2016 presenta oportunidades únicas para crear conciencia sobre la nutrición y la inseguridad alimentaria de los refugiados y de otras poblaciones desplazadas, gracias a la Cumbre Mundial Humanitaria y a la Reunión Plenaria de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el abordaje de grandes movimientos de refugiados y migrantes. Ahora es cuando tenemos que defender y exigir colectivamente una acción coordinada en favor de una mejor nutrición y seguridad alimentaria de estas poblaciones.

LLAMADOS A LA ACCIÓN

1. Ir más allá del ODS 2 en el seguimiento de los progresos en nutrición: el ODS 2 es solo el principio de la responsabilidad en materia de nutrición, no el fin.

Los gobiernos nacionales deberán desarrollar mecanismos de presentación de informes anuales inclusivos tanto a nivel nacional como subnacional. Lo anterior, a fin de evaluar los progresos en los resultados y las acciones en materia de nutrición.

2. Alinear las encuestas demográficas y de salud (EDS) y las encuestas de indicadores múltiples (MICS) con los indicadores para los ODS relativos a la nutrición.

En los próximos 12 meses, los asociados en la financiación y la implementación de las encuestas EDS y MICS deberán trabajar coordinadamente para identificar qué indicadores para los ODS pueden incorporarse en las encuestas.

3. Incentivar la innovación en la recolección de datos sobre nutrición.

Se necesitan maneras más creativas para utilizar y recolectar datos subnacionales. Quienes financian la investigación deberán crear incentivos a través de premios para la innovación. Para fines de 2018, se tiene programado el lanzamiento de un programa de investigación plurianual y multinacional sobre el tema.

4. Medir las desigualdades y cumplir con el compromiso de los ODS para no dejar a nadie atrás.

Los gobiernos, los donantes, y la sociedad civil deberían de hacer mayores esfuerzos para identificar y luchar contra las desigualdades en los resultados en nutrición y en el acceso a los servicios de nutrición. Por lo menos, todos los nuevos informes sobre las encuestas EDS y MICS deberán proporcionar información sobre el conjunto de estratificadores abordados en el Capítulo 8.

5. Reforzar los mecanismos de responsabilidad para todos aquellos afectados por los conflictos y las situaciones de emergencia.

Las agencias de Naciones Unidas y los gobiernos deberían de realizar mayores esfuerzos para evaluar el estado nutricional de los desplazados y su acceso a la alimentación, los servicios de atención a la salud así como tratar de colmar las brechas existentes. Los países vulnerables frente a las situaciones de emergencia necesitan realizar mayores esfuerzos para incorporar planes de emergencia en sus planes nacionales de nutrición. Para fines de 2017, como parte del Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición, los gobiernos nacionales deberán considerar el revisar sus planes de preparación contra emergencias dentro de sus actuales planes nacionales de nutrición.



9 LLAMADOS A LA ACCIÓN

EVALUAR LOS PROGRESOS FRENTE A LAS METAS GLOBALES

- 1. ■ ■ ■ Destacar más casos de progreso en materia de nutrición.** Cada uno de los países constituye un ejemplo de éxito, fracaso o estancamiento en materia de nutrición que es necesario difundir. Los países bien encaminados para cumplir las metas globales pueden ser una fuente de orientación e inspiración acerca de cómo reducir la malnutrición, mientras que aquellos que no lo están requieren más comprensión y análisis. Los donantes deben instar a los investigadores a llevar a cabo las evaluaciones; las publicaciones deben presentar los informes; y los grandes medios de comunicación deben divulgar las conclusiones. La necesidad de apoyarse en historias creíbles se hace sentir especialmente cuando los indicadores revelan un estancamiento o empeoramiento de la situación. Habida cuenta de esta necesidad urgente de casos exitosos, para el año 2018 debe financiarse un gran programa de investigación multianual y multipaís centrado en conocer las causas del cambio o de su ausencia.
- 2. ■ ■ ■ Invertir en mayores y mejores datos para evaluar los progresos.** La disponibilidad de datos comparables a escala internacional sobre los resultados nutricionales sigue siendo deficiente, ya sea porque los datos de alta calidad no son recolectados a escala nacional, ya sea porque no se notifican a las Naciones Unidas; sin embargo, estos datos resultan esenciales para garantizar la responsabilidad.
 - Deben realizarse encuestas referidas a las tasas de retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso en niños menores de cinco años, y lactancia materna exclusiva, al menos cada tres a cinco años. Se precisan más encuestas para evaluar la anemia. Los organismos de financiación de las encuestas demográficas y sanitarias, encuestas a base de indicadores múltiples y otras encuestas similares deben prepararse para mejorar su coordinación y responder a la demanda gubernamental de encuestas cada tres años. Los países aquejados por altas cargas de malnutrición y con datos de más de cinco años de antigüedad deben ser una prioridad en la recopilación de información.
 - En 2020, los datos de todos los países de ingresos altos deberán ser compatibles con las bases de datos de las Naciones Unidas.
 - En los próximos 12 meses, los campeones de la nutrición dentro de las Naciones Unidas y los organismos multilaterales deben reforzar la presencia de la nutrición en el debate existente sobre la “revolución de datos” para evitar que esta materia quede rezagada. Este esfuerzo podría empezar por el Foro Mundial de Datos de Desarrollo Sostenible, que se llevará a cabo durante el segundo semestre de 2016.

3. ■ **Iniciar una evaluación anual del progreso nacional en materia de nutrición.** Los países deberán plantearse la preparación de informes nacionales anuales sobre nutrición y emplear esos datos para evaluar los progresos y constatar las prácticas de éxito, ajustar las tácticas y los presupuestos, modificar los planes nacionales de nutrición y rendir cuentas de los progresos.

ASUMIR COMPROMISOS SMART

1. ■ **Definir más objetivos SMART.** Todos los gobiernos nacionales deben establecer objetivos nacionales SMART sobre retraso en el crecimiento, emaciación, lactancia materna exclusiva, bajo peso al nacer, anemia, sobrepeso infantil, obesidad en adultos, diabetes y reducción del consumo de sal antes del final de 2017. Además de ser ambiciosos, estos objetivos deben ser alcanzables y estar alineados.
2. ■ **Establecer más objetivos subnacionales.** Los planes nacionales de nutrición deben desarrollar e incorporar los objetivos de aportes y resultados de nutrición correspondientes a las grandes regiones administrativas.
3. ■ **Las empresas fabricantes de alimentos y bebidas deben definir y comunicar un mayor número de objetivos SMART para mejorar la nutrición.** Los aspectos clave son el cumplimiento del Código Internacional para la Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, disminuciones significativas de la publicidad y la comercialización destinadas a los niños, y la reducción de los niveles de azúcar, sal y grasas en todas las líneas de productos. Asimismo, las empresas deben publicar de forma clara estos objetivos y su grado de cumplimiento. La próxima evaluación del Índice de Acceso a la Nutrición deberá revelar progresos sustanciales en estos ámbitos de las 22 principales empresas mundiales fabricantes de alimentos y bebidas evaluadas.
4. ■ ■ ■ ■ ■ **Lograr que todos los compromisos sean SMART.** Lograr que gobiernos, agencias, parlamentarios, organizaciones de la sociedad civil, donantes y empresas asuman compromisos en nutrición que sean específicos, medibles, alcanzables y limitados en el tiempo. Nuestra guía SMART les puede ser de gran ayuda.
5. ■ ■ ■ ■ ■ **Asumir compromisos que traten todas las formas de malnutrición.** Lograr que los Estados miembros y las agencias de las Naciones Unidas, los parlamentarios, las organizaciones de la sociedad civil, los donantes y las empresas garanticen que los futuros compromisos en nutrición luchen contra todas las formas (y combinaciones) de malnutrición de acuerdo con sus contextos nutricionales: retraso en el crecimiento, emaciación, deficiencias de micronutrientes, obesidad, sobrepeso y enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.
6. ■ ■ ■ ■ ■ **Aprovechar todas las nuevas oportunidades que se presenten para asumir compromisos SMART.** Lograr que los Estados miembros y las agencias de las Naciones Unidas, los parlamentarios, las organizaciones de la sociedad civil, los donantes utilicen los procesos del Decenio de las Naciones Unidas sobre la Nutrición, los Objetivos de Desarrollo Sos-

tenible (ODS) y los procesos de la Nutrición para el Crecimiento (N4G) como una oportunidad para aumentar sus niveles de ambición en materia de compromisos SMART sobre nutrición.

7. ■ ■ ■ ■ ■ **Acordar un mecanismo único de declaración mundial, sólido e independiente, para luchar contra la malnutrición en todas sus formas.** A finales de 2017, todas las partes interesadas en la nutrición deberán implicarse en un proceso, en el marco del Decenio de las Naciones Unidas sobre la Nutrición, con el fin de acordar por consenso un mecanismo independiente e inclusivo destinado a monitorear los progresos sobre los resultados, las acciones y los aportes relacionados con todas las formas de nutrición relativas a los ODS.

1. ■ ■ ■ ■ ■ **Informar sobre la evolución de los compromisos.** Los Estados miembros y las agencias de las Naciones Unidas, los parlamentarios, las organizaciones de la sociedad civil, los donantes y las empresas deberán asumir su responsabilidad a la hora de establecer informes anuales de sus progresos en materia de nutrición. El *Informe de la Nutrición Mundial 2017* deberá obtener un índice de respuesta superior al 90 %.

ACELERAR LA IMPLEMENTACIÓN

1. ■ ■ ■ **Fortalecer los grupos de trabajo interministeriales dedicados al combate contra la malnutrición en todas sus formas.** Para fines de 2018, todos los gobiernos nacionales deberán formar grupos especiales interministeriales para implementar políticas nutricionales, así como consejos o comisiones consultivas nacionales. Dichos mecanismos se encargarán de:

- establecer una línea de comunicación directa con el gabinete del Jefe de Estado;
- incluir una participación social y comunitaria (por ejemplo, a través de las OSC, los movimientos sociales y la comunidad académica);
- supervisar el desarrollo y/o la implementación de políticas y programas para combatir la malnutrición en todas sus formas.

Asimismo, para 2018 la comunidad de donadores aportará financiación a por lo menos 25 de esos mecanismos, con el fin de facilitar el desarrollo de capacidades y la garantía de un funcionamiento eficaz.

2. ■ **Incorporar las recomendaciones en la legislación.** Los gobiernos deberán implementar y monitorear las políticas y programas ampliamente recomendados que apoyen la lactancia materna. Específicamente, los gobiernos deberán asumir compromisos SMART para:
- cumplir con todas las disposiciones previstas en el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna antes de la celebración de la N4G, en 2020;
 - ratificar para 2020 el convenio de la Organización Internacional del trabajo a fin de brindar protección en materia de licencia de maternidad y otros apoyos en el lugar de trabajo, y monitorear e informar acerca de políticas en el lugar de trabajo que fomenten la lactancia continua y la atención infantil.

3. ■ Implementar políticas en apoyo de las

recomendaciones. Los gobiernos deberán implementar y monitorear políticas y programas ampliamente recomendados que promuevan dietas sanas, como las políticas de reducción del consumo de sal (incluyendo metas legisladas), las políticas que sustituyan las grasas saturadas y trans por grasas no saturadas; las restricciones en la publicidad dirigida a los niños de alimentos con alto contenido en grasas, azúcares y sal y los impuestos a las bebidas azucaradas. Hasta la fecha, solo el 10 % de los países ha registrado progresos en las tres principales políticas (implementación de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud sobre publicidad para los niños; reducción del consumo de sal y reducción del consumo de grasas trans y saturadas). Para 2030 todos los países deberán estar en posibilidades de reportar progresos significativos en estas tres políticas.

4. ■ ■ ■ ■ ■ Intensificar las 13 intervenciones específicas en nutrición que han demostrado su eficacia.

Los gobiernos y los actores internacionales deberán trabajar para intensificar la cobertura de las intervenciones específicas en nutrición que hayan demostrado su eficacia –tanto a nivel mundial como nacional–, enfocándose en la incorporación de acciones orientadas a la nutrición dentro de las plataformas de los sistemas de salud. La tasa promedio de cobertura de las 13 intervenciones que hemos estudiado varía del 1 al 79 %. Para 2030, la tasa promedio de cobertura para las 13 intervenciones deberá de ser del 90 %.

5. ■ Comprender mejor el alcance y la calidad de la implementación de todas las intervenciones en nutrición que hayan demostrado su eficacia.

Los investigadores deberán explorar, por un lado, cuáles son los facilitadores técnicos, políticos y económicos y, por otro, las barreras para la aceptación, la implementación y el fortalecimiento de las intervenciones en nutrición. Las siguientes áreas requieren mayor investigación:

- las lecciones aprendidas de los casos de éxito de grupos especiales y consejos consultivos;
- las razones por las cuales algunos países alcanzan una mejor cobertura que otros en una determinada intervención específica en nutrición, y por qué algunas intervenciones específicas en nutrición resultan más fáciles de ampliar que otras, incluso dentro del mismo país;
- de qué manera, al incorporar en los sistemas de salud las intervenciones específicas en nutrición que hayan demostrado su eficacia, los resultados nutricionales y los resultados más amplios en materia de salud pueden experimentar variaciones.

Para fines de 2018, quienes financian la investigación habrán anunciado por lo menos dos grandes programas de investigación con fondos plurinacionales sobre los facilitadores y las barreras para adoptar, implementar y fortalecer las políticas y los programas en nutrición.

ACELERAR LA CONTRIBUCIÓN DE LOS DETERMINANTES SUBYACENTES

1. ■ ■ ■ Establecer objetivos para los resultados de los determinantes subyacentes.

Durante la próxima revisión de sus planes nacionales de nutrición y enfermedades no transmisibles, los gobiernos y las organizaciones de la sociedad civil (OSC) deben identificar los principales determinantes subyacentes de sus contextos de nutrición y establecer objetivos para acelerar las mejoras.

2. ■ ■ ■ ■ ■ Establecer objetivos para las inversiones orientadas a la nutrición.

Los gobiernos, las agencias de la ONU, las OSC, los donantes y las empresas deben asumir compromisos más ambiciosos sobre los porcentajes de sus inversiones en sistemas alimentarios, agua, saneamiento e higiene (WASH), educación, igualdad de género y programas de protección social explícitamente diseñados para ayudar a tratar cualquier forma de malnutrición.

3. ■ ■ ■ ■ ■ Aumentar el conocimiento sobre los determinantes comunes de una mala nutrición.

Los investigadores deben crear un marco conceptual unificado para entender los determinantes subyacentes del sobrepeso/obesidad, la deficiencia de micronutrientes, el retraso en el crecimiento y la emaciación, así como para identificar los determinantes comunes de todas las formas de malnutrición. Ello ayudará a orientar los compromisos específicos de los gobiernos, los donantes, la ONU y las empresas a nivel subyacente. Sería conveniente publicar dichas investigaciones en una serie *The Lancet* dedicada a la nutrición y contar con el apoyo de donantes y gobiernos.

4. ■ ■ ■ ■ ■ Reforzar las acciones de nutrición para las personas afectadas por conflictos y emergencias.

Las principales partes interesadas en la ayuda humanitaria tanto a escala nacional como internacional deben asegurarse de que sus acciones estén más enfocadas a la nutrición, y deben mejorar su trabajo en los siguientes puntos:

- monitorear el acceso de los grupos vulnerables a las intervenciones de ayuda humanitaria para combatir la malnutrición y ocupar el espacio existente entre las intervenciones humanitarias y de desarrollo;
- cumplir las normas Esfera sobre la implementación de la respuesta humanitaria en materia de alimentación y nutrición para aumentar la responsabilidad con los grupos vulnerables;
- usar de forma sistemática la ciencia climática, los mecanismos de protección social y las nuevas tecnologías de datos para aumentar la capacidad de los determinantes subyacentes con la intención de mejorar la preparación y la respuesta ante los desastres.

Las partes interesadas deben asumir compromisos SMART en las áreas antes mencionadas como parte del proceso de N4G para 2016 y para el establecimiento de los ODS a escala nacional.

FINANCIAR LAS METAS GLOBALES

1. **■ ■ Aumentar las asignaciones presupuestarias para los programas específicos de la nutrición.** De acuerdo con los análisis evocados en el Capítulo 7, los gobiernos y los donantes deben triplicar sus asignaciones destinadas a las intervenciones de alto impacto en materia de retraso en el crecimiento, emaciación, anemia y lactancia materna exclusiva en el período 2016-2025, con el fin de cumplir con las metas mundiales.
2. **■ ■ Aumentar las asignaciones presupuestarias destinadas a la obesidad y a las enfermedades no transmisibles.** La financiación de las políticas e intervenciones en materia de obesidad y de enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición representa una fracción ínfima del gasto público y de la ayuda internacional. Los gobiernos deberán estimar su costo en los planes nacionales de control de las enfermedades no transmisibles a medida que las elaboran, mientras que los donantes deberán respaldar dichos planes.
3. **■ ■ ■ Ampliar la parte de los presupuestos sectoriales destinados a la mejora del estado nutricional.** Los gobiernos nacionales, la sociedad civil y las agencias de desarrollo deben aumentar sus esfuerzos para lograr que un alto porcentaje de su presupuesto destinado a la agricultura, la educación, el sistema alimentario, los sistemas de salud, la protección social y las actividades WASH dedique más recursos a la nutrición en todas sus formas. A pesar de la importancia de estos presupuestos, solo una pequeña fracción de sus recursos se centra explícitamente en la nutrición. Una primera etapa fundamental consiste en establecer una base de referencia y un compromiso de gastos SMART en cada sector. Los países que mostraron cómo presupuestar la nutrición podrían nuevamente mostrar el ejemplo comunicando sus resultados con respecto a sus metas en el *Informe de la Nutrición Mundial 2017*.
4. **■ ■ Todos los actores deben rastrear en forma coherente sus gastos totales en materia de nutrición.** Los donantes, debido a su función de catalizadores y a la importancia relativa de sus medios, deberán notificar sus compromisos y desembolsos con respecto a sus acciones de financiación específicas de la nutrición. Asimismo, deberán notificar cada año sus compromisos y desembolsos enfocados a la nutrición —a partir de los sectores sociales y de desarrollo más amplios que influencia la nutrición—, por medio de la misma metodología, a partir del *Informe de la Nutrición Mundial 2017*.
5. **■ ■ ■ Mejorar el funcionamiento de los códigos del Sistema de notificación CRS para una mejor responsabilidad en materia de nutrición.** Para la Cumbre N4G de 2020, la base de datos del Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE deberá desarrollar códigos para los gastos de ayuda al desarrollo en proyectos de lucha contra la desnutrición enfocados a la nutrición y los proyectos dedicados a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la nutrición.

MEDIR LOS PROGRESOS A NIVEL NACIONAL Y A NIVEL SUBNACIONAL

1. **■ Ir más allá del ODS 2 en el seguimiento de los progresos en nutrición: el ODS 2 es solo el principio de la responsabilidad en materia de nutrición, no el fin.** Los gobiernos nacionales deberán desarrollar mecanismos de presentación de informes anuales inclusivos tanto a nivel nacional como subnacional. Lo anterior, a fin de evaluar los progresos en los resultados y las acciones en materia de nutrición.
2. **■ ■ Alinear las encuestas demográficas y de salud (EDS) y las encuestas de indicadores múltiples (MICS) con los indicadores para los ODS relativos a la nutrición.** En los próximos 12 meses, los asociados en la financiación y la implementación de las encuestas EDS y MICS deberán trabajar coordinadamente para identificar qué indicadores para los ODS pueden incorporarse en las encuestas.
3. **■ Incentivar la innovación en la recolección de datos sobre nutrición.** Se necesitan maneras más creativas para utilizar y recolectar datos subnacionales. Quienes financian la investigación deberán crear incentivos a través de premios para la innovación. Para fines de 2018, se tiene programado el lanzamiento de un programa de investigación plurianual y multinacional sobre el tema.
4. **■ ■ ■ ■ Medir las desigualdades y cumplir con el compromiso de los ODS para no dejar a nadie atrás.** Los gobiernos, los donantes, y la sociedad civil deberán hacer mayores esfuerzos para identificar y luchar contra las desigualdades en los resultados en nutrición y en el acceso a los servicios de nutrición. Por lo menos, todos los nuevos informes sobre las encuestas EDS y MICS deberán proporcionar información sobre el conjunto de estratificadores abordados en el Capítulo 8.
5. **■ ■ ■ Reforzar los mecanismos de responsabilidad para todos aquellos que son afectados por los conflictos y las situaciones de emergencia.** Las agencias de Naciones Unidas y los gobiernos deberán realizar mayores esfuerzos para evaluar el estado nutricional de los desplazados y su acceso a la alimentación, los servicios de atención a la salud así como tratar de colmar las brechas existentes. Los países vulnerables frente a las situaciones de emergencia necesitan realizar mayores esfuerzos para incorporar planes de emergencia en sus planes nacionales de nutrición. Para fines de 2017, como parte del Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición, los gobiernos nacionales deberán pensar en llevar a cabo una revisión de sus planes de preparación contra emergencias dentro de sus actuales planes nacionales de nutrición.

ANEXO 1 PAÍSES CON VARIAS FORMAS DE MALNUTRICIÓN SUPERPUESTAS

CUADRO A1.1 Países donde se superponen el retraso en el crecimiento en los niños menores de cinco años, la anemia en las mujeres en edad reproductiva y el sobrepeso y la obesidad en los adultos

Superposición o grupo indicador	Número de países	Población total (en millones)	Países
Solo retraso en el crecimiento en los niños menores de cinco años	2	111	Etiopía, Rwanda
Solo anemia en las mujeres en edad reproductiva	5	258	Ghana, Japón, Senegal, Sri Lanka, Tailandia
Solo sobrepeso y obesidad (IMC \geq 25) en los adultos (mayores de 18 años)	14	919	Argentina, Australia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Alemania, México, Paraguay, Perú, Macedonia (Ex República Yugoslava de), Tonga, Estados Unidos de América, Uruguay
Solo retraso en el crecimiento en los niños menores de cinco años y anemia en las mujeres en edad reproductiva	48	2.910	Afganistán, Angola, Bangladesh, Benin, Bhután, Burkina Faso, Burundi, Camboya, Camerún, República Centroafricana, Chad, Comoras, República Democrática del Congo, Côte d'Ivoire, República Popular Democrática de Corea, República Democrática del Congo, Djibouti, Eritrea, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, India, Indonesia, Kenya, República Democrática Popular de Lao, Liberia, Madagascar, Malawi, Maldivas, Mali, Mauritania, Mozambique, Myanmar, Nepal, Níger, Nigeria, Pakistán, Filipinas, Santo Tomé y Príncipe, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Timor-Leste, Togo, Uganda, República Unida de Tanzania, Zambia, Zimbabwe
Solo retraso en el crecimiento en los niños menores de cinco años y sobrepeso y obesidad en los adultos	2	15	Honduras, Nicaragua
Solo anemia en las mujeres en edad reproductiva y sobrepeso y obesidad en el adulto	35	484	Argelia, Azerbaiyán, Barbados, Belarús, Belice, Bolivia, Bosnia y Herzegovina, Brunei Darussalam, República Dominicana, El Salvador, Gabón, Georgia, Guyana, Irán, Jamaica, Jordania, Kazajistán, Kuwait, Kirguistán, Malasia, Mongolia, Montenegro, Marruecos, Omán, Panamá, República de Moldova, Santa Lucía, Arabia Saudita, Serbia, Seychelles, Suriname, Túnez, Turquía, Uzbekistán, Venezuela
Retraso en el crecimiento en los niños menores de cinco años, anemia en las mujeres en edad reproductiva (MER) y sobrepeso y obesidad en el adulto	20	303	Albania, Armenia, Botswana, Ecuador, Egipto, Guinea Ecuatorial, Guatemala, Haití, Iraq, Lesotho, Libia, Namibia, Papua Nueva Guinea, Islas Salomón, Sudáfrica, Suazilandia, República Árabe Siria, Tayikistán, Vanuatu, Yemen
Valores inferiores al umbral de los tres indicadores	3	1.545	China, República de Corea, Viet Nam
Total con datos	129	6.544	
Datos faltantes para al menos uno de los indicadores	64		
Total	193		

Fuente: Los autores.

Fuente de datos: UNICEF, OMS y Banco Mundial (2015) (datos sobre retraso en el crecimiento durante el periodo 2005–2015); Stevens et al. (2013) (datos sobre anemia de 2011); OMS (2015a) (datos relativos al sobrepeso y la obesidad de 2014); Naciones Unidas (2013) (datos poblacionales de 2015).

Notas: MER = mujeres en edad reproductiva; IMC = índice de masa corporal. Los umbrales de clasificación de los países en cada categoría de indicador son los siguientes: retraso en el crecimiento en los niños menores de cinco años \geq 20 %, anemia en las mujeres en edad reproductiva \geq 20 % y sobrepeso y obesidad en el adulto \geq 35 %. Estos umbrales se han seleccionado porque la Organización Mundial de la Salud considera que presentan un determinado interés para la salud pública (OMS 2010a).

ANEXO 2 REGLAS PARA DETERMINAR SI LOS PAÍSES ESTÁN EN BUENA O MALA VÍA DE CUMPLIR LAS METAS MUNDIALES (EN EL INFORME MUNDIAL DE LA NUTRICIÓN 2015)

CUADRO A2.1 Reglas para determinar los progresos de los países con respecto a los indicadores de la nutrición materno-infantil de la Asamblea Mundial de la Salud

Indicador	En buena vía		En mala vía	
Emaciación (en niños menores de cinco años de edad)	Tasa actual < 5%		Tasa actual ≥ 5%	
Anemia (en mujeres en edad reproductiva)	TMAR actual ≥ 5,2%		TMAR actual < 5,2%	
	Buen progreso	En riesgo	Algún progreso	Ningún progreso
Retraso en el crecimiento (en niños menores de cinco años de edad)	Tasa actual ≤ 5% y TMAR actual ≥ 0 (tasa inferior o igual al 5% y sigue disminuyendo) O TMAR actual ≥ TMAR específico del país, independientemente de la prevalencia (tasa de disminución superior al rate necesario para alcanzar la meta mundial)	Tasa actual ≤ 5% y TMAR actual < 0 (tasa inferior o igual al 5%, pero en aumento)	Tasa actual > 5% y TMAR actual > 0, pero < TMAR específico del país para cumplir la meta global (tasa superior al 5% y disminuyendo, pero no lo suficientemente rápido para alcanzar la meta mundial)	Tasa actual > 5% y TMAR actual ≤ 0 (tasa superior al 5% y estacionaria y empeorando)
Sobrepeso (en niños menores de cinco años de edad)	Tasa actual < 7% y TMAR actual ≥ 0 (tasa inferior al umbral del 7% y decreciendo)	Tasa actual < 7% y TMAR actual < 0 (tasa inferior al 7%, pero en alza)	Tasa actual ≥ 7% y TMAR actual es > 0 (tasa igual o superior al umbral al 7% y decreciendo)	Tasa actual ≥ 7% y TMAR actual ≤ 0 (tasa igual o superior al umbral del 7% y en aumento)
	En buena vía	Algún progreso	Ningún progreso	Retroceso
Lactancia materna exclusiva (de niños menores de 6 meses)	AMAP ≥ meta AAPPI	AMAP ≥ 25% y < 100% de la meta AMAP	AMAP (positivo o negativo) < 25% de la AMAP objetivo, y ninguna disminución superior o igual al 10% del tipo de LME	Se ha observado una disminución superior al 10% de los tipos de LME en un periodo reciente indeterminado, para cualquier tipo inicial de LME

Fuente: Los autores.

Nota: En 2015, ni la Organización Mundial de la Salud ni UNICEF no habían propuesto ninguna regla para evaluar los progresos en materia del poco peso al nacer (niños nacidos vivos < 2.500 g). TMAR = tasa media anual de reducción; LME = lactancia materna exclusiva; AMAP = aumento medio anual en puntos porcentuales.

CUADRO A2.2 Reglas para determinar los progresos de los países con respecto a los indicadores de enfermedades no transmisibles

Obesidad y sobrepeso en adultos (IMC \geq 25)		Categoría de progreso	
	Variación de las tasas de prevalencia entre 2010 y 2014	Prevalencia de referencia del sobrepeso y la obesidad en el adulto < 35% (inferior al promedio)	Prevalencia de la referencia del sobrepeso y la obesidad en el adulto \geq 35% (superior al promedio)
En buena vía	Ni aumento ni tendencia decreciente	Bajo y estable / decreciente	Alto pero estable /decreciente
En mala vía	En aumento	Bajo, pero en aumento	Alto y en aumento
Obesidad y diabetes en adultos	En buena vía	En mala vía	
Obesidad en los adultos (IMC \geq 30)	Ningún aumento ni disminución del tipo de prevalencia entre 2010 y 2014	Aumento de los tipos de prevalencia entre 2010 y 2014	
Diabetes en los adultos	Ningún aumento ni disminución del tipo de prevalencia entre 2010 y 2014	Aumento de los tipos de prevalencia entre 2010 y 2014	

Fuente: Los autores.

Nota: Los adultos tienen 18 años de edad o más. El indicador de diabetes se mide de la siguiente manera: índice elevado de glicemia (nivel de glucosa en sangre en ayunas \geq 7,0 mmol/l [126 mg/dl], tratamiento para un nivel elevado de glicemia o antecedentes de casos de diagnóstico de diabetes). IMC = índice de masa corporal.

ANEXO 3 SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS PAÍSES Y PROGRESOS REALIZADOS

CUADRO A3.1 Países con nuevos puntos de datos desde la publicación del *Informe de la Nutrición Mundial 2015* y consiguientes cambios en la evaluación de sus progresos para alcanzar las metas de la AMS

Meta/país	Evaluación de 2015	Evaluación de 2016
Lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses		
Bhután	Datos insuficientes para efectuar la evaluación	En mala vía, algún progreso
Camerún	En mala vía, ningún progreso	En buena vía
Chad	Datos insuficientes para efectuar la evaluación	En mala vía, ningún progreso
Guatemala	Datos insuficientes para efectuar la evaluación	En mala vía, algún progreso
Macedonia, Ex República Yugoslava de	Datos insuficientes para efectuar la evaluación	En mala vía, algún progreso
Omán	Datos insuficientes para efectuar la evaluación	Datos insuficientes para efectuar la evaluación
Panamá	Datos insuficientes para efectuar la evaluación	Datos insuficientes para efectuar la evaluación
República Democrática del Congo	En mala vía, ningún progreso	En buena vía
República Popular de Corea	Datos insuficientes para efectuar la evaluación	Datos insuficientes para efectuar la evaluación
Santo Tomé y Príncipe	En mala vía, ningún progreso	En buena vía
Suazilandia	En buena vía	En buena vía
Timor-Leste	Datos insuficientes para efectuar la evaluación	En buena vía
Turkmenistán	Datos insuficientes para efectuar la evaluación	Datos insuficientes para efectuar la evaluación
Vanuatu	En buena vía	En buena vía
Retraso en el crecimiento en los niños menores de cinco años de edad		
El Salvador	En mala vía, algún progreso	En buena vía, buen progreso
India	En mala vía, algún progreso	En mala vía, algún progreso
Nepal	En buena vía, buen progreso	En mala vía, algún progreso
Yemen	En mala vía, algún progreso	En mala vía, algún progreso
Sobrepeso en los niños menores de 5 años		
El Salvador	En buena vía, buen progreso	En buena vía, en riesgo
Nepal	En buena vía, en riesgo	En buena vía, en riesgo
Yemen	En buena vía, buen progreso	En buena vía, en riesgo
Emaciación en los niños de menos de 5 años		
El Salvador	En buena vía	En buena vía
India	En mala vía	En mala vía
Nepal	En mala vía	En mala vía
Yemen	En mala vía	En mala vía

Fuente: Los autores. Los datos para la evaluación de 2016 se basan en la actualización de septiembre de 2015 de las estimaciones conjuntas sobre la malnutrición (UNICEF, OMS y Banco Mundial 2015), con excepción de la lactancia materna exclusiva de los recién nacidos menores de seis meses, actualizados en marzo de 2016 (UNICEF 2016b).

Nota: Ver Anexo 2 para conocer las reglas que permiten establecer si los países están en buena o mala vía de alcanzar las metas de la AMS en materia de nutrición materno-infantil para 2025.

CUADRO A3.2 Clasificación de los países por orden creciente de prevalencia del retraso del crecimiento

Puesto	País	Prevalencia del retraso del crecimiento (%)	Puesto	País	Prevalencia del retraso del crecimiento (%)	Puesto	País	Prevalencia del retraso del crecimiento (%)
1	Alemania	1,3	47	Malasia	17,2	93	Comoras	32,1
2	Chile	1,8	48	Gabón	17,5	93	Liberia	32,1
3	Australia	2,0	48	Perú	17,5	95	Camboya	32,4
4	Estados Unidos de América	2,1	50	Azerbaiyán	18,0	96	Camerún	32,6
5	República de Corea	2,5	51	Bolivia	18,1	97	Islas Salomón	32,8
5	Santa Lucía	2,5	52	Ghana	18,8	98	Burkina Faso	32,9
7	Belarús	4,5	53	Panamá	19,1	98	Nigeria	32,9
8	Macedonia, Ex República Yugoslava de	4,9	54	Belice	19,3	100	Lesotho	33,2
9	Costa Rica	5,6	55	Senegal	19,4	101	Djibouti	33,5
10	Jamaica	5,7	55	Viet Nam	19,4	102	Bhután	33,6
11	Kuwait	5,8	57	Uzbekistán	19,6	103	Benin	34,0
12	Serbia	6,0	58	Brunei Darussalam	19,7	104	Uganda	34,2
13	República de Moldova	6,4	59	Maldivas	20,3	105	República Unida de Tanzania	34,7
14	Irán	6,8	60	Armenia	20,8	106	Myanmar	35,1
15	Brasil	7,1	61	Libia	21,0	107	Bangladesh	36,1
15	República Dominicana	7,1	62	Haití	21,9	108	Indonesia	36,4
15	Japón	7,1	63	Mauritania	22,0	109	Nepal	37,4
18	Barbados	7,7	64	Egipto	22,3	110	Sierra Leona	37,9
19	Jordania	7,8	65	Iraq	22,6	110	Rwanda	37,9
20	Seychelles	7,9	66	Honduras	22,7	112	Sudán	38,2
21	Tonga	8,1	67	Nicaragua	23	113	Malí	38,5
22	Argentina	8,2	68	Albania	23,1	114	Chad	38,7
23	Suriname	8,8	68	Namibia	23,1	114	India	38,7
24	Bosnia y Herzegovina	8,9	70	Sudáfrica	23,9	116	Zambia	40,0
25	Arabia Saudita	9,3	71	Nauru	24,0	117	Etiopía	40,4
26	Montenegro	9,4	72	Gambia	24,5	118	República Centroafricana	40,7
26	China	9,4	73	República Democrática del Congo	25,0	119	Afganistán	40,9
28	Turquía	9,5	74	Ecuador	25,2	120	Malawi	42,4
29	Omán	9,8	75	Suazilandia	25,5	121	República Democrática del Congo	42,6
30	Tuvalu	10,0	76	Somalia	25,9	122	Níger	43,0
31	Túnez	10,1	77	Kenya	26,0	123	Mozambique	43,1
32	Uruguay	10,7	78	Guinea Ecuatorial	26,2	124	República Popular Democrática de Lao	43,8
33	Mongolia	10,8	79	Tayikistán	26,8	125	Pakistán	45,0
34	Paraguay	10,9	80	República Árabe Siria	27,5	126	Yemen	46,5
35	Georgia	11,3	80	Togo	27,5	127	Guatemala	48,0
36	Argelia	11,7	82	Zimbabwe	27,6	128	Madagascar	49,2
37	Guyana	12,0	82	Guinea-Bissau	27,6	129	Papua Nueva Guinea	49,5
38	Colombia	12,7	84	República Popular Democrática de Corea	27,9	130	Eritrea	50,3
39	Kirguistán	12,9	85	Vanuatu	28,5	131	Burundi	57,5
40	Kazajstán	13,1	86	Angola	29,2	132	Timor-Leste	57,7
41	Venezuela	13,4	87	Côte d'Ivoire	29,6			
42	México	13,6	88	Filipinas	30,3			
43	El Salvador	14,0	89	Sudán del Sur	31,1			
44	Sri Lanka	14,7	90	Guinea	31,3			
45	Marruecos	14,9	91	Botswana	31,4			
46	Tailandia	16,3	92	Santo Tomé y Príncipe	31,6			



Fuente: Los autores, datos suministrados por UNICEF, la OMS y el Banco Mundial (2015).

■ En buena vía, buen progreso
 ■ En mala vía, algún progreso
 ■ En mala vía, ningún progreso
 ■ Datos insuficientes para efectuar una evaluación

CUADRO A3.3 Clasificación de los países por orden creciente de la prevalencia de la emaciación

Puesto	País	Prevalencia de la emaciación (%)	Puesto	País	Prevalencia de la emaciación (%)	Puesto	País	Prevalencia de la emaciación (%)
1	Australia	0,0	45	Tuvalu	3,3	93	Myanmar	7,9
2	Chile	0,3	48	Gabón	3,4	93	Filipinas	7,9
3	Perú	0,4	49	Santa Lucía	3,7	93	Nigeria	7,9
4	Estados Unidos de América	0,5	50	República Unida de Tanzania	3,8	96	República Democrática del Congo	8,1
5	Colombia	0,9	50	Malawi	3,8	97	Angola	8,2
6	Costa Rica	1,0	52	Serbia	3,9	98	Etiopía	8,7
6	Nauru	1,0	53	Kenya	4,0	99	Albania	9,4
6	Alemania	1,0	53	Irán	4,0	99	Sierra Leona	9,4
6	Mongolia	1,0	53	República Popular Democrática de Corea	4,0	101	Afganistán	9,5
10	Guatemala	1,1	56	Argelia	4,1	101	Egipto	9,5
11	Argentina	1,2	56	Kazajistán	4,1	103	Camboya	9,6
11	Panamá	1,2	56	Venezuela	4,1	104	Guinea	9,9
11	República de Corea	1,2	59	Armenia	4,2	104	Tayikistán	9,9
14	Uruguay	1,3	60	Islas Salomón	4,3	106	Maldivas	10,2
15	Honduras	1,4	60	Seychelles	4,3	107	Pakistán	10,5
16	Nicaragua	1,5	60	Uganda	4,3	108	Burkina Faso	10,9
17	Bolivia	1,6	63	Vanuatu	4,4	109	Comoras	11,1
17	México	1,6	64	Uzbekistán	4,5	110	Santo Tomé y Príncipe	11,2
17	Brasil	1,6	64	Benin	4,5	111	Nepal	11,3
17	Georgia	1,6	66	Ghana	4,7	112	Gambia	11,5
21	Turquía	1,7	66	Sudáfrica	4,7	112	República Árabe Siria	11,5
22	Macedonia, Ex República Yugoslava de	1,8	68	Suriname	5,0	114	Mauritania	11,6
23	República de Moldova	1,9	69	Haití	5,2	115	Arabia Saudita	11,8
24	Suazilandia	2,0	69	Tonga	5,2	116	Indonesia	13,5
24	El Salvador	2,0	71	Liberia	5,6	117	Papua Nueva Guinea	14,3
26	Belarús	2,2	72	Viet Nam	5,7	117	Bangladesh	14,3
26	Rwanda	2,2	73	Senegal	5,8	119	Somalia	14,9
28	Bosnia y Herzegovina	2,3	73	Camerún	5,8	120	India	15,1
28	Marruecos	2,3	75	Bhután	5,9	121	Eritrea	15,3
28	Japón	2,3	75	República Democrática del Congo	5,9	121	Malí	15,3
28	Ecuador	2,3	77	Guinea-Bissau	6,0	123	Chad	15,7
28	China	2,3	78	Mozambique	6,1	124	Sudán	16,3
33	Jordania	2,4	78	Burundi	6,1	124	Yemen	16,3
33	Kuwait	2,4	80	Zambia	6,3	126	Níger	18,7
33	República Dominicana	2,4	81	República Democrática de Lao	6,4	127	Timor-Leste	18,9
36	Paraguay	2,6	81	Guyana	6,4	128	Sri Lanka	21,4
37	Túnez	2,8	83	Libia	6,5	129	Djibouti	21,5
37	Montenegro	2,8	84	Tailandia	6,7	130	Sudán del Sur	22,7
37	Lesotho	2,8	84	Togo	6,7			
37	Kirguistán	2,8	86	Barbados	6,8			
41	Brunei Darussalam	2,9	87	Omán	7,1			
42	Jamaica	3,0	87	Namibia	7,1			
43	Azerbaiyán	3,1	89	Botswana	7,2			
43	Guinea Ecuatorial	3,1	90	Iraq	7,4			
45	Zimbabwe	3,3	90	República Centroafricana	7,4			
45	Belize	3,3	92	Côte d'Ivoire	7,6			

Fuente: Los autores, datos suministrados por UNICEF, la OMS y el Banco Mundial (2015).

 En buena vía  En mala vía

CUADRO A3.4 Clasificación de los países por orden creciente de la prevalencia del sobrepeso en los niños menores de cinco años

Puesto	País	Prevalencia del sobrepeso (%)	Puesto	País	Prevalencia del sobrepeso (%)	Puesto	País	Prevalencia del sobrepeso (%)
1	República Popular Democrática de Corea	0,0	46	Colombia	4,8	92	Suazilandia	9,0
2	Sri Lanka	0,6	48	Guatemala	4,9	94	Chile	9,3
3	Mauritania	1,2	48	República de Moldova	4,9	95	Belarús	9,7
4	Senegal	1,3	50	Filipinas	5,0	95	Guinea Ecuatorial	9,7
5	Bangladesh	1,4	51	Malawi	5,1	97	Argentina	9,9
6	Japón	1,5	52	Honduras	5,2	98	Seychelles	10,2
7	Omán	1,7	52	República Unida de Tanzania	5,2	99	Mongolia	10,5
7	Benin	1,7	54	Guyana	5,3	100	Marruecos	10,7
9	República Centroafricana	1,8	55	Afganistán	5,4	101	Tailandia	10,9
9	Nigeria	1,8	56	Timor-Leste	5,8	101	Turquía	10,9
11	Eritrea	1,9	56	Uganda	5,8	101	Comoras	10,9
11	India	1,9	58	South Sudán	6,0	104	Botswana	11,2
13	Lao, República Popular Democrática	2,0	58	Estados Unidos de América	6,0	105	Indonesia	11,5
13	Togo	2,0	58	El Salvador	6,0	106	Santo Tomé y Príncipe	11,6
13	Camboya	2,0	61	Arabia Saudita	6,1	107	Paraguay	11,7
13	Yemen	2,0	62	Zambia	6,2	108	Iraq	11,8
17	Nepal	2,1	62	Nicaragua	6,2	109	Barbados	12,2
18	Guinea-Bissau	2,3	64	Santa Lucía	6,3	110	Argelia	12,4
19	Islas Salomón	2,5	64	Tuvalu	6,3	110	Macedonia (Ex República Yugoslava de)	12,4
20	Ghana	2,6	66	Venezuela	6,4	112	Uzbekistán	12,8
20	Etiopía	2,6	67	Camerún	6,5	113	Azerbaiyán	13,0
20	Myanmar	2,6	67	Maldivas	6,5	114	Kazajstán	13,3
23	Gambia	2,7	69	Tayikistán	6,6	115	Papua Nueva Guinea	13,8
24	Burkina Faso	2,8	69	China	6,6	116	Serbia	13,9
24	Chad	2,8	71	Kirguistán	7,0	117	Túnez	14,3
24	Nauru	2,8	72	Perú	7,2	118	Egipto	15,7
27	Somalia	2,9	72	Uruguay	7,2	119	Armenia	16,8
27	Burundi	2,9	74	Brasil	7,3	120	Tonga	17,3
29	Sudán	3,0	74	República de Corea	7,3	121	Bosnia y Herzegovina	17,4
29	Níger	3,0	76	Lesotho	7,4	122	República Árabe Siria	17,9
31	Liberia	3,2	77	Ecuador	7,5	123	Georgia	19,9
31	Côte d'Ivoire	3,2	78	República Dominicana	7,6	124	Montenegro	22,3
33	Alemania	3,5	78	Bhután	7,6	125	Libia	22,4
34	Zimbabwe	3,6	80	Gabón	7,7	126	Albania	23,4
34	República Democrática del Congo	3,6	80	Australia	7,7			
34	Haití	3,6	80	Rwanda	7,7			
37	Guinea	3,8	83	Jamaica	7,8			
38	Suriname	4,0	84	Mozambique	7,9			
39	Namibia	4,1	84	Belice	7,9			
39	Kenya	4,1	86	Djibouti	8,1			
41	Congo, República Democrática de	4,4	86	Costa Rica	8,1			
42	Viet Nam	4,6	88	Brunei Darussalam	8,3			
42	Vanuatu	4,6	89	Bolivia	8,7			
44	Malí	4,7	89	Kuwait	8,7			
44	Jordania	4,7	91	Sierra Leona	8,9			
46	Pakistán	4,8	92	México	9,0			

Fuente: Los autores, datos suministrados por UNICEF, la OMS y el Banco Mundial (2015).

En buena vía, buen progreso
 En buena vía, en riesgo
 En mala vía, algún progreso
 En mala vía, ningún progreso
 Datos insuficientes para efectuar una evaluación

CUADRO A3.5 Clasificación de los países por orden creciente de prevalencia de la anemia en las mujeres en edad reproductiva

Puesto	País	Prevalencia de la anemia (%)	Puesto	País	Prevalencia de la anemia (%)	Puesto	País	Prevalencia de la anemia (%)
1	Estados Unidos de América	11,9	47	Brunei Darussalam	20,4	93	Trinidad y Tobago	25,3
2	Chile	12,1	47	Grecia	20,4	93	Islas Salomón	25,3
3	Nicaragua	12,9	49	Malasia	20,7	93	San Vicente y las Granadinas	25,3
4	Viet Nam	14,1	50	Burundi	20,9	96	Filipinas	25,4
5	México	14,4	50	Kiribati	20,9	97	Dominica	25,5
6	Reino Unido	14,7	52	Seychelles	21,2	98	Sri Lanka	25,7
7	Nueva Zelanda	14,8	53	Federación de Rusia	21,4	98	Guatemala	25,7
8	Argentina	15,6	54	Albania	21,5	100	Granada	25,8
9	Canadá	16,5	55	Vanuatu	21,7	101	Armenia	25,9
10	Andorra	17,0	55	Belice	21,7	102	República Dominicana	26,0
10	Islandia	17,0	57	Singapur	22,0	102	República de Moldova	26,0
12	Malta	17,1	58	Japón	22,1	104	Emiratos Árabes Unidos	26,2
12	Israel	17,1	59	Kuwait	22,4	105	Santa Lucía	26,4
14	Irlanda	17,2	59	Belarús	22,4	106	Uganda	26,7
15	Noruega	17,3	61	Timor-Leste	22,5	107	Lesotho	26,8
16	Uruguay	17,4	61	Indonesia	22,5	107	Fiji	26,8
16	Rwanda	17,4	61	República Checa	22,5	109	Djibouti	27,1
18	Australia	17,5	61	Venezuela	22,5	110	Líbano	27,5
19	Luxemburgo	17,6	65	Ucrania	22,8	110	Georgia	27,5
20	Finlandia	17,7	66	Lituania	23,0	112	Sudáfrica	27,6
20	Samoa	17,7	67	Bahamas	23,1	113	Chipre	27,7
22	Suecia	17,8	67	Barbados	23,1	114	Suazilandia	27,8
23	Alemania	17,9	69	Polonia	23,3	115	Qatar	27,9
24	Dinamarca	18,0	69	República Eslovaca	23,3	115	Libia	27,9
24	Bélgica	18,0	71	Mauricio	23,4	117	Túnez	28,0
24	Honduras	18,0	71	Cuba	23,4	118	Irán	28,1
27	Países Bajos	18,1	73	El Salvador	23,5	119	Jordania	28,4
27	España	18,1	73	Letonia	23,5	119	Zimbabwe	28,4
29	Micronesia	18,3	73	Hungría	23,5	121	Botswana	28,5
30	Austria	18,5	76	Eslovenia	23,6	122	Turquía	28,8
30	Perú	18,5	77	Tailandia	23,8	122	Malawi	28,8
32	Tonga	18,6	78	Bulgaria	23,9	124	Zambia	29,2
33	Francia	18,9	79	Estonia	24,0	125	Papua Nueva Guinea	29,8
33	Portugal	18,9	80	Montenegro	24,1	125	Kazajstán	29,8
35	Costa Rica	19,0	81	Bosnia y Herzegovina	24,3	127	Myanmar	30,3
36	Suiza	19,1	81	Ecuador	24,3	128	Comoras	30,8
37	Etiopía	19,2	81	Rumania	24,3	129	República Árabe Siria	30,9
38	Paraguay	19,3	84	Jamaica	24,4	130	Lao	31,0
38	Macedonia, Ex República Yugoslava de	19,3	85	Croacia	24,5	131	Iraq	31,3
40	Italia	19,4	86	Tayikistán	24,6	132	Sudán	31,5
40	República de Corea	19,4	87	Panamá	24,8	133	Madagascar	31,8
42	China	19,5	88	Suriname	24,9	134	Turkmenistán	32,1
42	Colombia	19,5	88	Serbia	24,9	135	Bolivia	32,4
44	Brasil	19,6	88	Antigua y Barbuda	24,9	136	Kirguistán	32,5
45	Islas Marshall	20,0	91	Kenya	25,0	137	Argelia	32,7
46	Mongolia	20,2	91	República Popular Democrática de Corea	25,0	137	Namibia	32,7

Fuente: Los autores, datos suministrados por Stevens et al. (2013).



Continúa

En buena vía En mala vía

Cuadro A3.5 Continuación

Puesto	País	Prevalencia de la anemia (%)	Puesto	País	Prevalencia de la anemia (%)	Puesto	País	Prevalencia de la anemia (%)
137	Azerbaiyán	32,7	155	Camerún	41,5	171	Guinea	48,4
140	Eritrea	32,8	156	Somalia	42,6	172	Nigeria	48,5
141	Afganistán	33,0	157	Santo Tomé y Príncipe	42,7	173	Côte d'Ivoire	48,8
142	Marruecos	33,1	158	Bangladesh	43,5	174	República Democrática del Congo	49,0
143	Guyana	33,7	159	Bhután	43,7	175	Liberia	49,3
144	Egipto	34,5	160	Camboya	43,8	176	Burkina Faso	49,5
145	Omán	35,1	161	Mozambique	44,2	177	Benin	49,6
146	Nepal	36,1	162	Guinea-Bissau	44,6	178	Congo	50,7
147	Maldivas	36,6	163	Angola	44,8	179	Gabón	50,8
148	Haití	37,1	164	Sierra Leona	45,2	180	Pakistán	51,1
149	Yemen	37,5	165	Gambia	45,3	181	Uzbekistán	51,7
150	Bahreïn	37,6	166	Guinea Ecuatorial	45,4	182	Togo	52,7
151	Cabo Verde	37,9	167	República Centroafricana	46,0	183	Mali	56,2
152	Mauritania	39,0	168	Chad	46,6	184	Ghana	56,4
153	Rep. Unida de Tanzania	39,6	169	Níger	46,7	185	Senegal	57,5
154	Arabia Saudita	40,3	170	La India	48,1			

Fuente: Los autores, datos suministrados por Stevens et al. (2013).

 En buena vía
  En mala vía

CUADRO A3.6 Clasificación de los países por orden decreciente de la tasa de lactancia materna exclusiva (LME)

Puesto	País	LME (%)	Puesto	País	LME (%)	Puesto	País	LME (%)
1	Rwanda	87,0	48	India	46,4	95	China	27,6
2	Sri Lanka	75,8	49	South Sudán	45,1	96	Mauritania	26,9
3	Santo Tomé y Príncipe	73,8	50	Suazilandia	44,1	97	Uzbekistán	26,4
4	Islas Salomón	73,7	51	Colombia	42,9	98	Argelia	25,7
5	Vanuatu	72,6	52	República Árabe Siria	42,6	99	Paraguay	24,4
6	Zambia	72,5	53	Madagascar	41,9	100	Viet Nam	24,3
7	Malawi	70,2	54	Indonesia	41,5	101	Jamaica	23,8
8	Burundi	69,3	55	Benin	41,4	102	Myanmar	23,6
9	Kiribati	69,0	56	República Unida de Tanzania	41,1	103	Croacia	23,3
10	Corea, República Popular Democrática de	68,9	56	Kirguistán	41,1	103	Guyana	23,3
11	Eritrea	68,7	58	Zimbabwe	41,0	103	Níger	23,3
12	Perú	68,4	58	Mozambique	41,0	106	Macedonia, Ex República Yugoslava de	23,0
13	Nauru	67,2	60	Lao, República Democrática Popular	40,4	107	Jordania	22,7
14	Lesotho	66,9	61	Ecuador	40,0	108	Panamá	21,5
15	Camboya	65,0	62	Fiji	39,8	109	Mauricio	21,0
16	Bolivia	64,3	63	Haití	39,7	110	Guinea	20,5
17	Uganda	63,2	63	Egipto	39,7	111	Botswana	20,3
17	Chile	63,2	65	Granada	39,0	112	Barbados	19,7
19	Timor-Leste	62,3	66	Brasil	38,6	112	Ucrania	19,7
20	Kenya	61,4	66	Albania	38,6	114	Iraq	19,6
21	Estados Federados de Micronesia	60,0	68	Malí	37,8	115	Belarús	19,0
22	Cabo Verde	59,6	69	Pakistán	37,7	116	Bosnia y Herzegovina	18,5
23	Palau	59,0	70	República de Moldova	36,4	117	Nigeria	17,4
24	Togo	57,5	71	Tuvalu	34,7	118	Montenegro	16,8
25	Nepal	56,9	72	Armenia	34,6	119	Rumania	15,8
26	Papua Nueva Guinea	56,1	73	Tayikistán	34,3	120	Líbano	14,8
27	Saint Kitts y Nevis	55,6	74	Emiratos Árabes Unidos	34,0	121	Belice	14,7
28	Sudán	55,4	74	República Centroafricana	34,0	122	México	14,4
29	Bangladesh	55,3	74	Filipinas	34,0	123	Trinidad and Tobago	12,8
30	Liberia	55,2	77	Bahrain	33,8	123	Serbia	12,8
31	Georgia	54,8	78	Cuba	33,2	125	Tailandia	12,3
32	Uruguay	54,1	79	Senegal	33,0	126	Côte d'Ivoire	12,1
33	Guatemala	53,2	80	República Democrática del Congo	32,9	126	Azerbaiyán	12,1
34	Irán	53,1	81	Omán	32,8	126	Comoras	12,1
35	Guinea-Bissau	52,5	82	Argentina	32,7	129	Kuwait	11,9
36	Ghana	52,3	83	Costa Rica	32,5	130	Turkmenistán	10,9
37	Tonga	52,2	84	Sierra Leona	32,0	131	Yemen	10,3
38	Etiopía	52,0	85	Kazajstán	31,8	132	Túnez	8,5
39	Bhután	51,4	86	Nicaragua	31,7	133	Sudáfrica	8,3
40	Samoa	51,3	87	Islas Marshall	31,3	134	Guinea Ecuatorial	7,4
41	Burkina Faso	50,1	88	Honduras	31,2	135	Venezuela	7,1
42	Namibia	48,5	89	Arabia Saudita	31,0	136	Gabón	6,0
43	Maldivas	47,8	90	Turquía	30,1	137	Somalia	5,3
44	República Democrática del Congo	47,6	91	Qatar	29,3	138	República Dominicana	4,7
45	Mongolia	47,1	92	Malasia	29,0	139	Suriname	2,8
46	El Salvador	47,0	93	Camerún	28,2	140	Djibouti	1,3
47	Gambia	46,8	94	Marruecos	27,8	141	Chad	0,3

Fuente: Los autores, datos suministrados por UNICEF (2016b).


En buena vía
 En mala vía, algún progreso
 En mala vía, ningún progreso
 En mala vía, retroceso
 Datos insuficientes para efectuar una evaluación

CUADRO A3.7 Clasificación de los países por orden creciente de prevalencia del sobrepeso en adultos

Puesto	País	Prevalencia del sobrepeso en adultos (%)	Puesto	País	Prevalencia del sobrepeso en adultos (%)	Puesto	País	Prevalencia del sobrepeso en adultos (%)
1	Timor-Leste	14,5	46	Senegal	30,2	91	Ucrania	54,2
2	Burundi	15,5	47	Mauritania	30,3	92	Serbia	54,5
3	Afganistán	16,2	48	Côte d'Ivoire	30,6	93	Suiza	54,7
4	Myanmar	17,6	49	Zimbabwe	30,7	94	Alemania	54,8
4	Camboya	17,6	50	Angola	30,9	95	Georgia	55,2
6	Nepal	18,0	51	Djibouti	31,9	95	Turkmenistán	55,2
7	Bangladesh	18,1	52	Gambia	32,5	95	Finlandia	55,2
8	Etiopía	18,9	53	Singapur	32,8	95	Dinamarca	55,2
9	Eritrea	19,0	54	Nigeria	33,3	95	Macedonia, Ex República Yugoslava de	55,2
9	Lao	19,0	55	República de Corea	33,5	100	Seychelles	55,3
11	Niger	19,4	55	Camerún	33,5	101	Armenia	55,5
12	Rwanda	19,8	57	Ghana	33,6	102	Portugal	55,6
13	República Popular Democrática de Corea	20,4	57	República Democrática del Congo	33,6	103	Montenegro	55,8
14	Viet Nam	20,6	59	China	34,4	104	Países Bajos	55,9
14	República Democrática del Congo	20,6	60	Santo Tomé y Príncipe	34,8	104	Suecia	55,9
16	Somalia	20,7	61	Lesotho	35,4	106	República Dominicana	56,3
17	República Centroafricana	21,6	62	Cabo Verde	36,9	106	San Vicente y Granadinas	56,3
18	Mozambique	21,8	63	Haití	38,5	108	Marruecos	56,5
18	Uganda	21,8	63	Malasia	38,5	108	Colombia	56,5
20	Malawi	21,9	65	Suazilandia	41,4	110	Estonia	56,7
21	India	22,0	66	Guinea Ecuatorial	41,7	110	El Salvador	56,7
22	Madagascar	22,8	67	Namibia	42,9	112	Bélgica	56,9
23	Pakistán	23,0	68	Gabón	44,8	113	Santa Lucía	57,4
24	Filipinas	23,6	69	Tayikistán	44,9	114	Granada	57,5
24	Burkina Faso	23,6	70	Mauricio	45,1	115	Rumania	57,6
26	Japón	24,2	71	República de Moldova	46,6	116	Letonia	57,9
27	Indonesia	24,5	72	Yemen	46,8	116	Islandia	57,9
28	Comoras	24,6	73	Brunei Darussalam	47,0	116	Iraq	57,9
29	Liberia	25,0	74	Kirguistán	47,2	119	Belarús	58,0
30	Malí	25,1	75	Botswana	48,0	119	Luxemburgo	58,0
31	Sri Lanka	25,2	76	Paraguay	48,5	121	Azerbaiyán	58,1
32	Guinea	25,5	77	Uzbekistán	49,0	122	Perú	58,2
33	República Unida de Tanzania	25,6	78	Nicaragua	49,4	123	Dominica	58,4
34	Chad	25,8	79	Mongolia	50,4	124	República Árabe Siria	58,5
34	Sierra Leona	25,8	80	Honduras	51,5	124	Noruega	58,5
36	Togo	25,9	81	Bosnia & Herzegovina	51,8	124	Suriname	58,5
37	Guinea-Bissau	26,1	82	Guatemala	52,0	127	Cuba	58,6
38	Kenya	26,2	83	Bolivia	52,1	128	Federación de Rusia	58,7
39	Bhután	27,1	84	Albania	52,7	129	Italia	58,8
40	Sudán	27,8	85	Guyana	52,9	129	Kazajistán	58,8
40	Sudán del Sur	27,8	86	Austria	53,1	129	Croacia	58,8
42	Benin	28,9	87	Belice	53,8	132	Saint Kitts y Nevis	58,9
43	Zambia	29,2	88	Sudáfrica	53,9	133	Argelia	59,1
44	Maldivas	29,6	89	Ecuador	54,1	133	Bulgaria	59,1
45	Tailandia	29,7	89	Brasil	54,1	133	Jamaica	59,1

Fuentes: Los autores, datos suministrados por la OMS (2015a).


Continúa

 En mala vía

Cuadro A3.7 Continuación

Puesto	País	Prevalencia del sobrepeso en adultos (%)	Puesto	País	Prevalencia del sobrepeso en adultos (%)	Puesto	País	Prevalencia del sobrepeso en adultos (%)
136	Hungría	59,6	154	Panamá	62,2	173	Vanuatu	67,9
137	Lituania	60,1	155	Barbados	62,3	174	Libia	68,7
138	Islas Salomón	60,2	155	Venezuela	62,3	174	Libano	68,7
139	Irlanda	60,3	155	Irán	62,3	176	Micronesia	68,9
139	Chipre	60,3	158	Túnez	62,9	177	Bahamas	69,0
141	Costa Rica	60,4	159	Chile	63,1	178	Arabia Saudita	69,6
142	Grecia	60,5	160	Reino Unido	63,4	179	Fiji	71,2
143	Eslovenia	60,6	160	República Checa	63,4	180	Bahrain	71,7
144	Papua Nueva Guinea	60,7	162	Israel	63,5	181	Kiribati	73,1
144	Francia	60,7	163	Malta	64,0	182	Tuvalu	73,2
146	España	60,9	163	Nueva Zelandia	64,0	183	Emiratos Árabes Unidos	74,0
147	República Eslovaca	61,0	163	Australia	64,0	184	Samoa	74,3
148	Polonia	61,1	166	México	64,4	185	Tonga	74,8
149	Trinidad y Tobago	61,4	166	Canadá	64,4	186	Kuwait	75,4
150	Uruguay	61,7	168	Jordania	65,9	187	Islas Marshall	75,8
150	Argentina	61,7	169	Turquía	66,3	188	Nauru	77,8
152	Antigua y Barbuda	61,9	170	Andorra	66,9	189	Qatar	78,1
153	Egipto	62,0	171	Estados Unidos de América	67,3	190	Palau	79,3
154	Panamá	62,2	172	Omán	67,4			

Fuente: Los autores, datos suministrados por la OMS (2015a).


 En mala vía

CUADRO A3.8 Clasificación de los países por orden creciente de prevalencia de la obesidad en adultos

Puesto	País	Prevalencia de la obesidad en adultos (%)	Puesto	País	Prevalencia de la obesidad en adultos (%)	Puesto	País	Prevalencia de la obesidad en adultos (%)
1	Timor-Leste	2,2	46	Tailandia	8,5	91	Países Bajos	19,8
2	República Democrática de Corea	2,4	47	Zambia	8,9	92	Montenegro	20,0
3	Burundi	2,6	48	Côte d'Ivoire	9,2	92	Brasil	20,0
4	Afganistán	2,9	49	Benin	9,3	94	Turkmenistán	20,1
4	Myanmar	2,9	50	Djibouti	9,6	94	Ucrania	20,1
6	Camboya	3,2	51	Mauritania	9,7	94	Alemania	20,1
7	Japón	3,3	52	Senegal	9,8	94	Portugal	20,1
7	Nepal	3,3	53	Angola	10,2	98	Bélgica	20,2
9	República Popular Democrática de Lao	3,5	54	Zimbabwe	10,5	99	Suecia	20,5
10	Viet Nam	3,6	55	Gambia	10,9	100	Finlandia	20,6
10	Bangladesh	3,6	56	Nigeria	11,0	101	Georgia	20,8
12	Etiopía	4,0	56	República Democrática del Congo	11,0	102	Italia	21,0
12	Rwanda	4,0	58	Camerún	11,4	102	Colombia	21,0
14	Eritrea	4,1	59	Haití	11,9	104	Perú	21,1
15	Níger	4,3	60	Ghana	12,2	105	Rumania	21,7
16	República Democrática del Congo	4,4	61	Santo Tomé y Príncipe	12,3	106	El Salvador	21,8
17	Somalia	4,6	62	Cabo Verde	13,0	107	Marruecos	22,3
18	India	4,9	63	Malasia	13,3	108	Botswana	22,4
18	Uganda	4,9	64	Tayikistán	13,6	109	Belice	22,5
20	Filipinas	5,1	65	Lesotho	14,2	109	Azerbaiyán	22,5
20	República Centroafricana	5,1	66	Kirguistán	14,4	111	Estonia	22,6
22	Mozambique	5,3	67	República de Moldova	14,9	112	Islandia	22,8
22	Malawi	5,3	68	Uzbekistán	15,5	113	Grecia	22,9
24	Madagascar	5,4	69	Paraguay	16,3	113	Guyana	22,9
24	Pakistán	5,4	70	Mongolia	16,7	115	Noruega	23,1
26	Indonesia	5,7	71	Nicaragua	17,1	115	Luxemburgo	23,1
27	República de Corea	5,8	71	Bolivia	17,1	117	Bulgaria	23,2
28	Singapur	6,2	73	Yemen	17,2	118	Croacia	23,3
29	Burkina Faso	6,3	74	Guinea Ecuatorial	17,5	119	Belarús	23,4
30	Sri Lanka	6,5	75	Albania	17,6	119	Kazajstán	23,4
31	Liberia	6,6	75	Gabón	17,6	121	República Árabe Siria	23,5
31	Comoras	6,6	77	Suazilandia	17,7	122	España	23,7
33	Bhután	6,7	78	Mauritius	17,9	122	Letonia	23,7
34	Guinea	6,8	78	Bosnia y Herzegovina	17,9	124	Iraq	23,8
34	Malí	6,8	80	Brunei Darussalam	18,1	124	Chipre	23,8
36	China	6,9	81	Honduras	18,2	126	República Dominicana	23,9
37	Kenya	7,0	82	Austria	18,4	126	Francia	23,9
38	República Unida de Tanzania	7,1	83	Guatemala	18,6	128	Hungría	24,0
39	Guinea-Bissau	7,2	84	Ecuador	18,7	129	Federación de Rusia	24,1
40	Sudán	7,5	85	Namibia	18,9	130	Costa Rica	24,3
40	Sudán del Sur	7,5	86	Dinamarca	19,3	130	San Vicente y Granadinas	24,3
40	Togo	7,5	87	Suiza	19,4	132	Venezuela	24,8
43	Sierra Leona	7,6	88	Serbia	19,5	132	Argelia	24,8
44	Maldivas	7,9	88	Armenia	19,5	134	Eslovenia	25,1
45	Chad	8,1	90	Macedonia, Ex República Yugoslava de	19,6	135	Cuba	25,2

Fuente: Los autores, datos suministrados por la OMS (2015a).


Continúa

 En mala vía

Cuadro A3.8 Continuación

Puesto	País	Prevalencia de la obesidad en adultos (%)	Puesto	País	Prevalencia de la obesidad en adultos (%)	Puesto	País	Prevalencia de la obesidad en adultos (%)
135	Polonia	25,2	155	Islas Salomón	27,7	173	Libia	33,1
137	Israel	25,3	156	Chile	27,8	174	Estados Unidos de América	33,7
138	Irlanda	25,6	157	Papua Nueva Guinea	27,9	175	Arabia Saudita	34,7
139	República Eslovaca	25,7	158	Canadá	28,0	176	Bahrain	35,1
140	Dominica	25,8	159	México	28,1	177	Vanuatu	35,4
141	Lituania	25,9	159	Reino Unido	28,1	178	Bahamas	36,2
142	Irán	26,1	161	Saint Kitts y Nevis	28,3	179	Fiji	36,4
142	Suriname	26,1	162	Australia	28,6	180	Emiratos Árabes Unidos	37,2
144	Granada	26,2	163	Egipto	28,9	180	Micronesia	37,2
145	Seychelles	26,3	164	Nueva Zelandia	29,2	182	Kuwait	39,7
145	Argentina	26,3	165	Andorra	29,5	183	Tuvalu	40,3
147	Malta	26,6	165	Turquía	29,5	184	Kiribati	40,6
148	Uruguay	26,7	167	Jordania	30,5	185	Qatar	42,3
149	Sudáfrica	26,8	168	Antigua y Barbuda	30,9	186	Islas Marshall	42,8
149	República Checa	26,8	168	Omán	30,9	187	Tonga	43,3
149	Panamá	26,8	170	Trinidad y Tobago	31,1	188	Samoa	43,4
152	Santa Lucía	26,9	171	Barbados	31,3	189	Nauru	45,6
153	Túnez	27,1	172	Libano	31,9	190	Palau	47,6
154	Jamaica	27,2						

Fuente: Los autores, datos suministrados por la OMS (2015a).

 En mala vía

CUADRO A3.9 Clasificación de los países por orden creciente de prevalencia de la diabetes en adultos

Puesto	País	Prevalencia de la diabetes (%)	Puesto	País	Prevalencia de la diabetes (%)	Puesto	País	Prevalencia de la diabetes (%)
1	Bélgica	5,1	47	Reino Unido	7,8	88	Benin	9,0
1	Burundi	5,1	47	Liberia	7,8	94	Argentina	9,1
3	Dinamarca	5,2	47	Croacia	7,8	94	Comoras	9,1
4	Suiza	5,5	47	Brasil	7,8	94	Santo Tomé y Príncipe	9,1
5	República Popular Democrática de Corea	5,6	47	Mozambique	7,8	94	Senegal	9,1
5	Países Bajos	5,6	47	Serbia	7,8	98	Eslovenia	9,3
7	Austria	5,7	53	Nueva Zelanda	7,9	99	Lituania	9,4
8	Rwanda	6,1	53	Haití	7,9	99	Bangladesh	9,4
8	República Democrática del Congo	6,1	53	República de Corea	7,9	99	Nepal	9,4
10	Uganda	6,2	53	Nigeria	7,9	99	República de Moldova	9,4
10	Alemania	6,2	57	Irlanda	8,0	99	República Democrática del Congo	9,4
12	Francia	6,3	57	Guinea-Bissau	8,0	104	China	9,5
12	Israel	6,3	57	Albania	8,0	104	Honduras	9,5
14	Suecia	6,4	57	Sierra Leona	8,0	104	India	9,5
15	Viet Nam	6,5	57	Ucrania	8,0	107	Afganistán	9,6
16	Australia	6,6	57	Estonia	8,0	107	Bosnia y Herzegovina	9,6
16	Italia	6,6	57	Malawi	8,0	109	Mauritania	9,7
16	Islandia	6,6	57	Hungría	8,0	109	Sri Lanka	9,7
19	Finlandia	6,7	65	República Checa	8,1	109	Tailandia	9,7
19	Noruega	6,7	66	Chipre	8,2	112	Cabo Verde	9,8
19	Eritrea	6,7	66	Camboya	8,2	113	Chad	9,9
22	Somalia	6,8	66	Ecuador	8,2	113	Gambia	9,9
22	Madagascar	6,8	66	Burkina Faso	8,2	113	Dominica	9,9
24	Luxemburgo	6,9	66	Perú	8,2	116	Chile	10,0
24	Zimbabwe	6,9	71	Ghana	8,3	116	República Dominicana	10,0
26	Montenegro	7,0	71	Togo	8,3	116	Sudán del Sur	10,0
27	Grecia	7,1	71	Zambia	8,3	116	Nicaragua	10,0
27	Canadá	7,1	71	República Centroafricana	8,3	116	Sudán	10,0
27	Myanmar	7,1	75	Estados Unidos de América	8,4	121	Panamá	10,4
30	Portugal	7,2	75	Andorra	8,4	121	Namibia	10,4
31	Malta	7,3	75	Bulgaria	8,4	121	Maldivas	10,4
31	Filipinas	7,3	78	Colombia	8,5	124	El Salvador	10,5
31	Rumania	7,3	78	Singapur	8,5	124	Lesotho	10,5
34	Etiopía	7,4	80	Malí	8,6	124	Guatemala	10,5
34	Paraguay	7,4	80	República Democrática Popular de Lao	8,6	127	San Vicente y Granadinas	10,6
34	Timor-Leste	7,4	82	Indonesia	8,7	128	México	10,7
37	España	7,5	82	Djibouti	8,7	129	Pakistán	10,8
37	Japón	7,5	84	Belarús	8,8	130	Kirguistán	11,1
37	Guinea	7,5	84	Cuba	8,8	130	Malasia	11,1
37	Niger	7,5	86	Polonia	8,9	132	Mongolia	11,5
41	República Unida de Tanzania	7,6	86	República Eslovaca	8,9	132	Armenia	11,5
41	Letonia	7,6	88	Camerún	9,0	132	Jamaica	11,5
41	Bolivia	7,6	88	Venezuela	9,0	135	Brunei Darussalam	11,6
41	Kenya	7,6	88	Federación de Rusia	9,0	136	Guyana	11,8
45	Côte d'Ivoire	7,7	88	Costa Rica	9,0	137	Granada	11,9
45	Macedonia, Ex República Yugoslava de	7,7	88	Uruguay	9,0	137	Botswana	11,9

Fuente: Los autores, datos suministrados por la OMS (2015a).

En buena vía
 En mala vía



Continúa

Cuadro A3.9 Continuación

Puesto	País	Prevalencia de la diabetes (%)	Puesto	País	Prevalencia de la diabetes (%)	Puesto	País	Prevalencia de la diabetes (%)
137	Mauritius	11,9	157	República Árabe Siria	13,9	174	Libia	17,0
140	Uzbekistán	12,0	157	Georgia	13,9	175	Bahrain	17,3
140	Suriname	12,0	159	Argelia	14,2	176	Fiji	17,7
140	Gabón	12,0	160	Jordania	14,9	177	Arabia Saudita	18,3
143	Tayikistán	12,1	160	Seychelles	14,9	178	Emiratos Árabes Unidos	18,6
143	Angola	12,1	162	Barbados	15,0	179	Egipto	18,9
145	Irán	12,2	162	Azerbaiyán	15,0	180	Vanuatu	19,0
146	Bhután	12,4	164	Turkmenistán	15,1	181	Islas Marshall	19,9
146	Belice	12,4	165	Santa Lucía	15,2	182	Kuwait	20,1
148	Libano	12,6	166	Yemen	15,5	183	Tuvalu	20,5
149	Suazilandia	12,7	167	Guinea Ecuatorial	15,8	184	Kiribati	21,4
150	Bahamas	12,8	168	Saint Kitts y Nevis	15,9	185	Micronesia	22,5
151	Sudáfrica	12,9	168	Papua Nueva Guinea	15,9	186	Palau	23,0
152	Kazajistán	13,2	170	Omán	16,4	186	Qatar	23,0
153	Túnez	13,3	171	Islas Salomón	16,8	188	Nauru	24,5
154	Turquía	13,4	171	Trinidad and Tobago	16,8	189	Samoa	25,2
155	Marruecos	13,5	171	Iraq	16,8	190	Tonga	26,0
156	Antigua y Barbuda	13,7						

Fuente: Los autores, datos suministrados por la OMS (2015a).

Nota: La prevalencia de la diabetes se basa en un nivel elevado de glucosa en sangre.

 En buena vía
  En mala vía

ANEXO 4 METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE LOS OBJETIVOS SMART

CHIZURU NISHIDA Y KAIA ENGESVEEN, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

FUENTES DE LOS DATOS

Desde la Conferencia Internacional sobre la nutrición de 1992, la Organización Mundial de la Salud monitorea los progresos de los países en cuanto a la elaboración y la aplicación de políticas, estrategias y planes de acción nacionales en materia de nutrición. Este monitoreo de la elaboración de políticas y de la implementación de acciones por parte de los países se inició a partir de Sistema Mundial de Información sobre la Implementación de Acciones en Nutrición (GINA, por sus siglas en inglés) de la OMS, además de análisis periódicos a escala mundial y regional, incluyendo los análisis mundiales de políticas en materia de nutrición¹. El presente análisis se basa en un estudio de las políticas, estrategias y planes nacionales compilados por la OMS en el marco de estos procesos y publicados entre 2005 y 2015.

Los documentos consultados comprendían documentos exhaustivos sobre políticas de nutrición además de planes en el sector de la salud o de otros planes nacionales que incluyen objetivos en materia de nutrición. Además, otros documentos se obtuvieron de otras bases de datos de la OMS (por ejemplo, la Base de datos de ciclos de planificación nacionales [OMS 2016a] y la base de datos MiNDbank [OMS 2016r]) o de bases de datos de socios como FAOLEX (FAO 2016b). Un análisis más detallado se realizará, en el marco de la segunda revisión mundial de las políticas en materia de nutrición en 2016.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Hemos examinado las metas, los objetivos y las secciones de los marcos de monitoreo y evaluación en cada uno de los documentos políticos y estratégicos con el fin de establecer si las políticas nacionales incluyen las metas y los indicadores relacionados con la Asamblea Mundial de la Salud, en función de los siguientes criterios:

- **Retraso en el crecimiento:** incluye metas e indicadores del retraso en el crecimiento en los niños menores de cinco años y los subgrupos en este grupo de edad (por ejemplo, 6–59 meses, 0–2 años o 0–3 años).
- **Anemia:** incluye metas e indicadores de la anemia en las mujeres embarazadas o no. Se excluyen los indicadores asociados a la anemia falciforme.
- **Bajo peso al nacer:** Incluye las metas y los indicadores

relativos a los índices de bajo peso al nacer (menos de 2500 gramos). Se excluyen las metas relativas a la mortalidad o la morbilidad en los recién nacidos con bajo peso al nacer.

- **Sobrepeso infantil:** Incluye metas e indicadores relativos al sobrepeso en los niños menores de cinco años. Se excluyen las metas relativas a los niños en edad escolar o al conjunto de la población. Se excluyen también las metas relativas únicamente a la obesidad infantil.
- **Lactancia materna exclusiva:** Incluye las metas y los indicadores relativos a la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Se excluyen las metas relativas a la lactancia materna exclusiva durante periodos de lactancia más cortos (menos de 6 meses) y las metas relativas a la protección, la promoción o el acompañamiento de la lactancia materna.
- **Emaciación:** Incluye las metas y los indicadores relativos a la emaciación o la malnutrición aguda. Se excluyen las metas relativas a la detección o el tratamiento, además de la malnutrición aguda severa.

EVALUACIÓN DEL ENFOQUE SMART DE LAS METAS

Los siguientes criterios han sido utilizados para evaluar si las metas que figuran en los documentos políticos y estratégicos respondían a las exigencias de los principios SMART (es decir, específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo):

- **Específicos:** La especificidad de las metas se ha evaluado en función de su alineación con los indicadores de las metas mundiales que figuran en el Marco Mundial de Seguimiento y Evaluación de la OMS.
- **Medibles:** La posibilidad de efectuar una medición de las metas se ha evaluado en función de la presencia de un valor de referencia y de un valor final (incluso si a veces había que efectuar investigaciones más detalladas en las encuestas demográficas o de salud o de otras bases de datos para encontrar el valor de referencia). También vale destacar que se decidió que el año de referencia es el año de la encuesta, en lugar del año de entrada en vigor de la política. Cuando la encuesta de referencia se extendía en dos años, se utilizaba el año más reciente. El criterio de la presencia de un valor de referencia no se ha aplicado a la meta de la emaciación.

- **Alcanzables:** En este análisis no se utilizó la posibilidad de cumplimiento de las metas como criterio de inclusión. Es posible evaluar en parte esta característica comparando las metas de las políticas con la tasa media anual de reducción calculada por la herramienta de monitoreo de las metas mundiales de nutrición. Sin embargo, una verdadera evaluación de esta característica necesitaría tener en cuenta la disponibilidad de los recursos y las capacidades humanas y financieras para la nutrición en cada país, lo que supera el alcance del presente análisis.
- **Realistas:** Los objetivos de las políticas relacionadas con las metas mundiales se consideran realistas y pertinentes puesto que han sido fijadas por la Asamblea Mundial de la Salud y que, por lo tanto, todos los Estados miembros se han comprometido a cumplirlas.
- **Limitados en el tiempo:** El análisis ha evaluado si cada uno de los objetivos de las políticas incluidas indicaba claramente un calendario preciso.

ANEXO 5 CÓMO ADOPTAR COMPROMISOS SMART A FAVOR DE LA NUTRICIÓN: NOTA DE ORIENTACIÓN

JESSICA FANZO, CORINNA HAWKES Y KATHERINE ROSETTIE

CONTEXTO

Dada la creciente evidencia de que la malnutrición constituye un serio problema mundial con consecuencias devastadoras, los gobiernos, donantes y profesionales del desarrollo han incrementado la adopción de metas y objetivos destinados a mejorar el estado nutricional de la población.

- Gobiernos de todo el mundo han establecido metas nacionales de nutrición basadas en el plan de aplicación de las metas mundiales sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las seis metas mundiales para 2025 y las nueve metas mundiales sobre las enfermedades no transmisibles, ambas adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) en 2013.
- En noviembre de 2014, en la Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (ICN2), los gobiernos se comprometieron a acabar con el hambre y la malnutrición en todas sus formas.
- Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), adoptados en 2015, incluyen un objetivo para eliminar todas las formas de malnutrición en 2030.
- Los preparativos están en marcha para una Cumbre N4G en Río de Janeiro en 2016, con la formulación de una sólida propuesta en materia de nutrición.

Para cumplir con dichas metas, es necesario transformar los objetivos, tanto nacionales como mundiales, en claros compromisos y acciones con responsabilidades gubernamentales bien definidas. ¿Cuáles serán entonces los compromisos que cumplirán con esta norma?

El *Informe de la Nutrición Mundial*, un mecanismo independiente de responsabilidad para impulsar los avances y las acciones en materia de nutrición, hace un llamado a todos los actores para que adopten compromisos SMART a favor de la nutrición, es decir, compromisos que sean específicos, medibles, alcanzables, realistas y limitados en el tiempo.

En particular, instamos a todos los gobiernos a adoptar compromisos SMART con el fin de cumplir con los objetivos nacionales de nutrición e implementar sistemas de monitoreo que les permitan a ellos y demás agentes evaluar los progresos realizados. También instamos a todos los actores —gobiernos, agencias internacionales, agencias bilaterales, organizaciones de la sociedad civil y empresas— a revisar o ampliar los ambiciosos compromisos SMART como parte integrante del proceso de la Cumbre N4G de Río en 2016. Los actores en otros sectores deberán también especificar en forma SMART cómo los compromisos en sus propios

ámbitos pueden impulsar los avances en materia de nutrición.

Todos los compromisos deben contribuir a realizar las metas 2025 adoptadas por la OMS sobre nutrición y enfermedades no transmisibles. En conformidad con los ODS, es preciso que se enfoquen también en la erradicación de todas las formas de malnutrición en 2030. Los Compromisos para la Acción en Nutrición deben tener en cuenta las distintas formas de malnutrición y estar alineados con la Declaración de la Cumbre ICN2 de Roma sobre nutrición y su Marco para la Acción.

Los compromisos que son SMART facilitan el seguimiento de los progresos en los ámbitos nacional e internacional. Habida cuenta de las numerosas iniciativas que los países están asumiendo a distintos niveles, los compromisos SMART para la Acción pueden ayudar a prevenir los esfuerzos redundantes y favorecer la coherencia entre los distintos procesos (ODS, la cumbre ICN2 y la AMS). También hacen posible que se definan con mayor atención, claridad y consenso las acciones en torno a los temas clave en materia de nutrición.

¿Cómo se pueden desarrollar los compromisos SMART y qué forma adoptan en la práctica? Para responder a estas preguntas, el *Informe de la Nutrición Mundial* ha establecido las siguientes directrices.¹

¿QUÉ ES UN COMPROMISO SMART?

Un compromiso SMART² es:

- **S** = específico
- **M** = medible
- **A** = alcanzable
- **R** = realista
- **T** = limitado en el tiempo

Específico: Cada compromiso deberá identificar una acción e indicar quién es responsable de llevarla a cabo. Tales acciones deberán ser compatibles con las prioridades nacionales y tratar las necesidades en función del contexto del país.

Medible: Cada país debe establecer los indicadores que utilizará para medir los progresos en el cumplimiento de los compromisos, teniendo en cuenta los indicadores mundiales y basándose en ellos. Cada país también debe indicar cómo medirá la implementación, en particular su seguimiento a cargo de sistemas nacionales de información. Los países deben identificar los recursos necesarios para poder medir dichos indicadores. Los indicadores cuantificables siempre

son más sencillos de vigilar y deberían proporcionar una base de referencia siempre que sea posible y pertinente.

Alcanzable: Como mínimo, los compromisos deben basarse en el nivel de progreso alcanzado en el pasado. Deben ser lo más ambiciosos posible, pero teniendo en cuenta los límites de lo realizable en un plazo realista por la personas que participan en las acciones para la nutrición en el país.

Realista: Los compromisos debe reflejar la situación de la nutrición en un país y los obstáculos a los que se enfrenta. Dichos desafíos pueden incluir los cuellos de botella en determinados sectores, como la disponibilidad limitada de personal de atención sanitaria o la necesidad de coherencia con prioridades nacionales más amplias.

Limitado en el tiempo: Idealmente, los compromisos deben fijarse plazos realistas, siendo algunos de estos compromisos establecidos a largo plazo y otros a corto plazo. En todos los casos, los compromisos deben especificar las etapas principales que se deben alcanzar en un plazo realista.

¿CÓMO INICIAR LA FASE DE FORMULACIÓN DE LOS COMPROMISOS SMART³?

- **Reunir a las partes interesadas:** Reunir a numerosos actores para obtener distintas perspectivas sobre las prioridades del país y lograr un consenso sobre la manera en que dichas prioridades ayudarán a acabar con la malnutrición en todas sus formas. Siempre que sea posible, utilizar las plataformas multinivel de las partes interesadas en el país. El proceso de diálogo deberá ser liderado por el gobierno y reunir a una amplia gama de voces, incluyendo los profesionales del desarrollo, la sociedad civil y los representantes de otros sectores competentes, como la salud, la agricultura, el medio ambiente y la educación.
- **Analizar las barreras:** Identificar los progresos específicos del país, pasados y actuales, así como las barreras a los avances en materia de nutrición, analizando las evidencias sobre cómo se pueden abordar esas barreras. Inspirarse de lo realizado en otros contextos nacionales similares sobre la forma de alcanzar ciertos compromisos.

Reunir a numerosos actores para obtener distintas perspectivas sobre las prioridades del país y lograr un consenso sobre la manera en que dichas prioridades ayudarán a acabar con la malnutrición en todas sus formas.

- **Buscar un equilibrio entre las prioridades sectoriales y nacionales:** Identificar las actuales prioridades nacionales respecto a la malnutrición que pueden ser adoptadas por los sectores clave en el ámbito de la nutrición (como salud, agricultura y protección social), pero considerar también las nuevas prioridades emergentes y los objetivos ambiciosos. Por ejemplo, si las prioridades anteriores incluían el refuerzo de la capacidad institucional y el cuello de botella recientemente identificado es el desarrollo de recursos humanos para la nutrición, un buen compromiso consistiría en crear capacidades a largo plazo para la nutrición.
- **Vincularse con las iniciativas mundiales:** Utilizar los ODS y las metas de la AMS como una oportunidad para definir prioridades y vincular las actividades nacionales con las consultas sobre el programa de 2030. Armonizar los compromisos con el Marco para la Acción de la ICN2.
- **Alinearse con los procesos regionales:** Tomar en cuenta los procesos regionales para completar los compromisos que su país ha establecido, como el Programa general para el desarrollo de la agricultura en África (CAADP).
- **Formular compromisos iniciales:** Asegurarse de que los compromisos estén supervisados de una manera creíble y transparente, pero sin complicaciones. Inicialmente, establecer un número limitado de objetivos y, si es posible, ampliarlos gradualmente. Es mejor empezar con un objetivo limitado que no empezar nunca.

¿CUÁL ES LA FORMA ADECUADA DE DEFINIR UN COMPROMISO SMART?

Ejemplos y explicación de compromisos SMART

COMPROMISO #1: Reducir el retraso en el crecimiento en los niños menores de cinco años de un 35 % en 2015 a un 20 % en 2030; iniciativa a cargo de los ministerios de salud y agricultura.

Específico	Medible	Alcanzable	Realista	Limitado en el tiempo
Sí: Se identifica "la acción" y "quién" la realiza.	Sí: se establece el punto de referencia "el retraso en el crecimiento", que se puede seguir para observar su evolución en los siguientes 15 años.	Sí: la herramienta de seguimiento de la OMS muestra que, a ese ritmo, otros países han sido capaces de reducir el retraso en el crecimiento.	Sí: El retraso en el crecimiento es un problema importante para este país, que posee un 35 % de niños menores de cinco años que sufren de esta enfermedad.	Sí: Se incluyen plazos concretos.

Se trata de un compromiso SMART, puesto que indica quién será responsable del compromiso, qué actividades realizará y en qué plazos. También establece un punto de referencia y un objetivo final que se puede medir.

COMPROMISO #2: Aumentar el presupuesto del sector público en el ámbito distrital para los programas gubernamentales de lucha contra la malaria, para la suplementación con hierro y ácido fólico y los programas de refuerzo alimentario en los distritos Norte, Este y Sur, pasando de los 50.000 dólares actuales a 500.000 dólares entre enero de 2016 y diciembre de 2020.

Específico	Medible	Alcanzable	Realista	Limitado en el tiempo
Sí: Se identifica "la acción" y "quién" la realiza.	Sí: se define el punto de referencia y la financiación se puede seguir para observar si el presupuesto se multiplica por 10 en cuatro años.	Sí: Otros países han demostrado que es posible contar con una estrategia eficaz multifacética para tratar la anemia por deficiencia de hierro.	Sí: La anemia y la deficiencia de hierro son problemas significativos.	Sí: Se incluyen plazos concretos.

Se trata de un compromiso SMART porque establece quién es responsable del compromiso, qué acción realizará y en qué plazos. También establece un punto de referencia y un objetivo final que se pueden medir, se ajusta perfectamente a las necesidades del país y se basa en experiencias pasadas que han funcionado.

COMPROMISO #3: En diciembre de 2016, el ministerio de salud en colaboración con el ministerio de finanzas y el gobierno local elaborarán una estrategia de reducción del consumo de sal para 2020, aumentando de 0 % a 75 % el etiquetado del contenido de sal en las cadenas de restaurantes.

Específico	Medible	Alcanzable	Realista	Limitado en el tiempo
Sí: Se identifica "la acción" y "quién" la realiza.	Sí: El objetivo (porcentaje de sal indicado en los restaurantes) está claramente establecido y se puede medir.	Sí: Otros países o ciudades han demostrado que se pueden instaurar estrategias de reducción del consumo de sal, incluyendo el etiquetado.	Sí: El consumo de sal y su relación con la hipertensión están en aumento y constituyen un problema mayor de salud pública. El etiquetado es una vía posible para educar a la población.	Sí: Tanto la estrategia como el etiquetado tienen plazos bien definidos.

Este compromiso cumple con los cinco criterios para ser SMART. Se trata de un compromiso en el ámbito de la "sobrealimentación", un aspecto que los países deben tener presente a la hora de luchar contra las enfermedades no transmisibles.

COMPROMISO #4: Los ministerios de recursos hídricos y de salud reducirán la defecación al aire libre del 30 % actual al 0 % en 2020 y aumentarán la cobertura de los servicios mínimos de Agua, Saneamiento e Higiene (WASH) del actual 20 % de la población al 100 % en 2030.

Específico	Medible	Alcanzable	Realista	Limitado en el tiempo
Sí: Se identifica "la acción" y "quién" la realiza.	Sí: los niveles actuales de los resultados y de la cobertura se enumeran junto con el objetivo. Se supone que estos elementos son medidos regularmente.	Sí: El calendario y los plazos son medianamente realistas.	Sí: La defecación al aire libre es un determinante del retraso en el crecimiento y el programa WASH desempeña una importante función en la reducción de la malnutrición.	Sí: Los objetivos son limitados en el tiempo.

Este es un ejemplo de compromiso que favorece la nutrición y que cumple directamente con todos los criterios SMART. Vale destacar que se indican las bases de referencia actuales sobre la defecación a cielo abierto y la cobertura WASH, de tal manera que puedan ser medidas a lo largo del tiempo.

¿CUÁL ES LA FORMA INADECUADA DE DEFINIR UN COMPROMISO SMART?

COMPROMISO #1: Reducir el retraso en el crecimiento en los próximos diez años.

Específico	Medible	Alcanzable	Realista	Limitado en el tiempo
No: No se identifica "quién" llevará a cabo la acción ni tampoco "cómo".	Parcialmente: Suponiendo que exista un punto de referencia, toda reducción se puede medir, pero sería preferible indicar un objetivo específico.	Sí: Se ha demostrado que un país puede lograr una disminución en el retraso en el crecimiento.	Sí: Se supone que el retraso en el crecimiento es un problema significativo para este país.	No: Es necesario añadir una fecha, un plazo o un calendario.

Si bien este compromiso intenta atacar uno de los principales problemas de la nutrición que es el retraso en el crecimiento, no se identifica ninguna acción específica para tratar el problema, ni quién emprenderá la acción, ni en qué plazo, y tampoco se ofrece ningún indicador de medición.

COMPROMISO #2: Aumentar una alimentación más sana en los niños y la población más joven.

Específico	Medible	Alcanzable	Realista	Limitado en el tiempo
No: No se identifica "quién" llevará a cabo la acción ni tampoco se trata de una acción específica.	Parcialmente: Suponiendo que exista un punto de referencia, toda reducción se puede medir, pero sería preferible indicar objetivos específicos.	Parcialmente: Las intervenciones han demostrado que es posible aumentar o disminuir el consumo de determinados alimentos, pero no cambiar los regímenes alimenticios en sí al nivel nacional.	Sí: Las dietas malsanas constituyen un problema significativo cada país.	No: Se recomienda añadir una fecha, un plazo o un calendario.

Si bien este compromiso hace referencia a un problema pertinente, no se identifica ninguna acción específica para tratarlo, ni quién emprenderá la acción, ni en qué plazo, y tampoco se ofrece ningún indicador de medición.

COMPROMISO #3: El ministerio de agricultura organizará una plataforma de donantes sobre las innovaciones en el sector de la alimentación dirigida a todos los socios del sector.

Específico	Medible	Alcanzable	Realista	Limitado en el tiempo
No: Se identifica "quién" realizará la acción, pero el compromiso no especifica quiénes son los donantes y los socios del sector. La acción a seguir tampoco es clara puesto que no se da ninguna indicación sobre qué innovaciones en particular deben ser consideradas.	Parcialmente: No es clara la forma en que se mide la organización de la plataforma y cómo se definen los "socios del sector" con fines de medición.	En cierto modo: Otros países han establecido plataformas de donantes que reúnen a las partes interesadas para luchar contra los problemas en el sector de la alimentación.	No necesariamente: Si bien es un primer paso organizar una plataforma, resta saber para qué va a servir y cuál será su impacto. No está claro qué problemas la plataforma intenta abordar. El compromiso no especifica qué problema la plataforma se propone resolver.	No: Se recomienda añadir una fecha, un plazo o un calendario.

Este compromiso es importante porque reunirá a las partes interesadas para abordar la naturaleza multisectorial del sistema alimentario en relación con la nutrición, pero no es específico, ni medible, ni pertinente, ni tampoco limitado en el tiempo.

COMPROMISO #4: Aumentar la cobertura de vitamina A en los niños de 6 a 59 meses de edad en un 80 % en 2017 y 100 % en 2020, bajo el liderazgo del ministerio de salud.

Específico	Medible	Alcanzable	Realista	Limitado en el tiempo
Sí: Se identifica "la acción" y "quién" la realiza.	En cierto modo: Suponiendo que la cobertura de vitamina A se mide en el país, no queda claro qué punto de referencia se utiliza para establecer un incremento de la cobertura en 80 % y 100 % respectivamente. Si se tratara de incrementar a 80 % y 100 % dicha cobertura, el objetivo sería más fácil de medir.	En cierto modo: Algunos países han alcanzado una cobertura universal, pero es difícil medir lo realizable sin conocer el nivel actual de cobertura. ¿Se trata de una cobertura del 10 %, por ejemplo, o del 75 %?	Sí: La deficiencia de vitamina A es un problema importante.	Sí: Se incluyen los plazos o calendarios a largo y corto plazo.

Este compromiso responde casi en su totalidad a los criterios SMART, pero no completamente porque la posibilidad de medición no es clara. Sin una base de referencia, es difícil evaluar los objetivos del 80 % y 100 % a lo largo del tiempo. La posibilidad de realizar este compromiso no se puede evaluar sin conocer el nivel de referencia de la cobertura.

ANEXO 6 DETERMINANTES SUBYACENTES DE LA NUTRICIÓN

CUADRO A6.1 Umbrales de los determinantes subyacentes para alcanzar un índice de retraso en el crecimiento inferior al 15 %

País	Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	Total del aporte calórico en la alimentación (kcal por día y per cápita)	Calorías de los alimentos que no son básico (%)	Acceso al agua corriente (%)	Acceso a instalaciones sanitarias mejoradas (%)	Índice ^a de inscripción de las niñas en la escuela secundaria (%)	Ratio entre la esperanza de vida de las mujeres y los hombres
Albania	23,1	3.000	59	82	93	80,33	1,08
Argelia	11,7	3.430	42	77	88	99,55	1,05
Angola	29,2	2.250	40	15	52	24,80	1,06
Argentina	8,2	2.920	64	98	96	111,92	1,10
Armenia	20,8	2.930	56	99	89	104,09	1,09
Azerbaiyán	18,0	3.160	35	66	89	99,53	1,09
Bangladesh	36,1	2.470	19	12	61	57,19	1,02
Barbados	7,7	3.020	69	98	96	111,02	1,07
Belarús	4,5	3.510	62	91	94	103,83	1,16
Belice	19,3	2.770	60	81	91	88,73	1,09
Benin	34,0	2.890	29	18	20	42,93	1,05
Bolivia	18,1	2.310	48	84	50	80,10	1,07
Botswana	31,4	2.300	51	74	63	84,28	0,97
Brasil	7,1	3.260	66	94	83	110,64	1,10
Burkina Faso	32,9	2.630	34	8	20	25,98	1,02
Camboya	32,4	2.530	28	21	42	41,34	1,08
Camerún	32,6	2.550	46	17	46	46,44	1,04
Chad	38,7	2.330	33	6	12	14,28	1,03
Chile	1,8	2.960	56	99	99	90,59	1,07
China	9,4	3.040	48	73	76	89,98	1,03
Colombia	12,7	2.810	65	88	81	96,64	1,10
Congo, República Democrática del	25,0	2.170	39	25	15	49,84	1,05
Costa Rica	5,6	2.710	66	97	95	112,81	1,06
Côte d'Ivoire	29,6	2.670	33	43	22	31,53	1,03
Djibouti	33,5	2.510	45	53	47	42,69	1,05
Ecuador	25,2	2.350	67	85	85	105,75	1,08
Egipto	22,3	3.430	35	99	95	85,46	1,07
El Salvador	14,0	2.580	52	78	75	70,53	1,14
Estados Unidos de América	2,1	3.700	75	99	100	93,86	1,06
Etiopía	40,4	2.240	23	12	28	22,30	1,05
Filipinas	30,3	2.610	40	43	74	88,03	1,11
Gabón	17,5	2.760	49	65	42	45,27	1,03
Gambia	24,5	2.500	37	33	59	55,97	1,05
Ghana	18,8	3.220	35	19	15	64,94	1,03
Guatemala	48,0	2.240	53	85	64	62,51	1,10
Guinea	31,3	2.670	37	14	20	29,41	1,03

Continúa

Cuadro A6.1 Continuación

País	Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	Total del aporte calórico en la alimentación (kcal por día y per cápita)	Calorías de los alimentos que no son básico (%)	Acceso al agua corriente (%)	Acceso a instalaciones sanitarias mejoradas (%)	Índice ^a de inscripción de las niñas en la escuela secundaria (%)	Ratio entre la esperanza de vida de las mujeres y los hombres
Guinea-Bissau	27,6	2.700	35	6	21	12,64	1,06
Guyana	12,0	3.050	50	67	84	108,74	1,08
Honduras	22,7	2.890	54	90	83	78,02	1,07
India	38,7	2.390	40	28	40	66,29	1,05
Indonesia	36,4	2.820	30	22	61	83,89	1,06
Irán	6,8	3.230	47	92	90	83,44	1,05
Iraq	22,6	2.360	37	75	86	45,29	1,11
Islas Salomón	32,8	2.430	33	26	30	47,01	1,04
Jamaica	5,7	2.750	61	72	82	79,27	1,07
Japón	7,1	2.700	59	98	100	102,01	1,08
Jordania	7,8	3.040	51	91	99	89,05	1,05
Kazajstán	13,1	3.390	61	61	98	96,09	1,14
Kenya	26,0	2.180	44	22	30	64,50	1,06
Kirguistán	12,9	2.910	46	58	93	87,99	1,12
Lao, República Democrática Popular	43,8	2.400	27	28	71	47,54	1,04
Lesotho	33,2	2.440	19	22	30	62,26	1,01
Liberia	32,1	2.280	33	2	17	33,12	1,03
Macedonia (Ex República Yugoslava de)	4,9	2.960	63	92	91	82,43	1,06
Madagascar	49,2	2.160	21	7	12	37,65	1,05
Malasia	17,2	2.840	54	96	96	68,50	1,06
Malawi	42,4	2.380	29	8	41	34,86	1,00
Maldivas	20,3	2.870	59	46	98	76,73	1,03
Malí	38,5	2.750	33	16	25	39,84	1,00
Marruecos	14,9	3.270	38	64	77	63,44	1,05
Mauritania	22,0	2.870	49	33	40	28,56	1,05
México	13,6	3.220	56	92	85	89,03	1,06
Mongolia	10,8	2.540	53	24	60	94,82	1,12
Montenegro	9,4	3.040	64	84	96	91,21	1,06
Mozambique	43,1	2.180	27	9	21	24,85	1,03
Namibia	23,1	2.240	45	51	34	69,56	1,09
Nepal	37,4	2.530	29	24	46	69,08	1,03
Nicaragua	23,0	2.570	49	66	68	72,21	1,08
Níger	43,0	2.520	38	9	11	12,76	1,01
Nigeria	32,9	2.740	35	2	29	41,17	1,01
Pakistán	45,0	2.520	51	39	64	32,21	1,03
Panamá	19,1	2.740	55	92	75	75,44	1,08
Paraguay	10,9	2.460	56	83	89	71,39	1,06
Perú	17,5	2.670	43	78	76	92,90	1,07
República Centroafricana	40,7	2.240	45	2	22	12,09	1,08
República de Moldova	6,4	2.420	54	54	76	88,92	1,12
República Dominicana	7,1	2.510	68	72	84	80,25	1,09
República Unida de Tanzania	34,7	2.210	42	13	16	31,60	1,05
Rwanda	37,9	2.240	49	9	62	33,66	1,05
Santo Tomé y Príncipe	31,6	2.770	53	33	35	84,55	1,06
Senegal	19,4	2.320	40	53	48	39,11	1,05

Continúa

Cuadro A6.1 Continuación

País	Prevalencia del retraso en el crecimiento (%)	Total del aporte calórico en la alimentación (kcal por día y per cápita)	Calorías de los alimentos que no son básico (%)	Acceso al agua corriente (%)	Acceso a instalaciones sanitarias mejoradas (%)	Índice ^a de inscripción de las niñas en la escuela secundaria (%)	Ratio entre la esperanza de vida de las mujeres y los hombres
Serbia	6,0	2.890	61	94	96	95,73	1,07
Sierra Leona	37,9	2.260	37	5	13	41,66	1,01
Sri Lanka	14,7	2.520	42	34	95	102,34	1,09
Suazilandia	25,5	2.100	41	37	57	60,32	0,97
Sudáfrica	23,9	3.180	47	73	66	114,44	1,07
Suriname	8,8	2.670	56	66	79	85,90	1,09
Tailandia	16,3	3.010	50	57	93	89,40	1,09
Tayikistán	26,8	2.290	37	45	95	82,10	1,10
Timor-Leste	57,7	1.920	29	25	41	57,17	1,05
Togo	27,5	2.530	27	5	12	30,44	1,03
Túnez	10,1	3.290	48	82	92	93,31	1,06
Turquía	9,5	3.770	52	100	95	83,78	1,10
Uganda	34,2	2.290	55	5	19	25,00	1,04
Uruguay	10,7	2.720	54	99	96	96,26	1,09
Vanuatu	28,5	2.760	52	35	58	59,47	1,06
Venezuela	13,4	3.100	59	86	94	97,09	1,08
Zimbabwe	27,6	2.260	41	28	37	46,55	1,03

Fuente: Los autores; datos obtenidos de las siguientes fuentes: retraso en el crecimiento: UNICEF, OMS y Banco Mundial (2015); aporte calórico total en la alimentación y calorías proveniente de alimentos que no son básicos: FAO (2015c); acceso al agua corriente y a instalaciones sanitarias mejoradas: JMP (2015b); escolarización de las niñas: Instituto de Estadísticas de la UNESCO (2015); ratio entre la esperanza de vida entre las mujeres y los hombres: Banco Mundial (2016).

Nota: en verde = resultado superior al umbral asociado al alcance de un índice de retraso en el crecimiento inferior al 15 %; en rojo = resultado inferior al umbral asociado al alcance de un índice de retraso en el crecimiento inferior al 15 %.

^a El índice puede superar el 100 % debido a la inclusión de alumnos demasiado grandes y demasiado jóvenes debido a la inscripción en la escuela prematura o tardía o la repetición de grado.

RESUMEN EJECUTIVO

- 1 El término “metas de la nutrición” hace referencia a las metas adoptadas por la Asamblea Mundial de la Salud para la nutrición materno-infantil y de los niños más pequeños y los objetivos relacionados con la nutrición en el Marco Mundial de Vigilancia y Seguimiento de las ENT.

CAPÍTULO 1

- 1 La tasa de anemia global se estimó en el 33 % en 1995 y en el 29 % en 2011 (Stevens et al. 2013). Los datos procedentes de las estimaciones conjuntas sobre malnutrición infantil de 2015 sitúan las cifras de retraso en el crecimiento en 198 millones en 2000 y 159 millones en 2014 (UNICEF, OMS y Banco Mundial 2015).
- 2 Para una perspectiva más amplia sobre qué es y a qué debería aspirar la gobernanza global de la nutrición, ver Haddad (2016).

PANEL 1.2

- 1 Análisis disponible previa solicitud. La regresión es la siguiente: existencia de objetivo en materia de desnutrición específico $(0,1) = 0,95 + 13,11$ (crecimiento del PIB 2000–2010) $- 1,47$ (África) $+ 0,34$ (TMAR del retraso en el crecimiento). Valor P en la TMAR del retraso en el crecimiento $< 0,05$. $n = 41$ observaciones (países). TMAR = tasa media anual de reducción.

PANEL 1.4

- 1 En el *Presupuesto 2016* del Reino Unido se anunció la introducción de un “impuesto sectorial sobre las bebidas azucaradas” que entrará en vigor en septiembre de 2017 (Reino Unido 2016).

CAPÍTULO 2

- 1 Los datos relativos a la sexta meta, el bajo peso al nacer, están siendo remodelados para su publicación a principios de 2017 (véase el Panel 2.2).
- 2 Las brechas se miden como sigue: retraso en el crecimiento = tasa media anual de reducción (TMAR) efectiva – TMAR requerida; emaciación = distancia respecto del 5 % (lideran la clasificación los países que estén más por debajo del 5 %); sobrepeso en menores de 5 años = TMAR efectiva – TMAR requerida; anemia = TMAR efectiva – TMAR requerida; lactancia materna exclusiva = aumento medio anual en puntos porcentuales (AMAP) efectivo – AMAP requerido; sobrepeso/obesidad en adultos = diferencia en la variación absoluta 2010–2014 respecto de cero; obesidad en adultos = diferencia en la variación absoluta 2010–2014 respecto de cero; diabetes en adultos = diferencia en la variación absoluta 2010–2014 respecto de cero.
- 3 Utilizamos el conjunto de datos de la encuesta demográfica y de salud (EDS) (EDS 2005–2015) y el conjunto de datos de la encuesta de indicadores múltiples (MICS) del UNICEF (UNICEF 2016c). En aquellos casos en que se disponía de datos adecuados tanto de MICS como de EDS, se seleccionó para el análisis el conjunto de datos más reciente.

CAPÍTULO 3

- 1 El texto de esta sección se basa en el texto y el análisis proporcionados por Chizuru Nishida y Kaia Engesveen.
- 2 No se aplica ningún punto de referencia a la meta de emaciación.
- 3 Todas las metas se consideraron pertinentes en la medida en que las metas globales fueron adoptadas por la AMS; por consiguiente todos los Estados miembros tienen el compromiso de alcanzarlas. El hecho de que sean alcanzables no se utilizó como criterio de inclusión, ya que, para realizar una auténtica evaluación de esta característica, sería necesario tener en cuenta la disponibilidad de capacidades y recursos financieros y humanos para la nutrición en cada país, factores que escapan al alcance del análisis. En el Anexo 4 se incluye información detallada sobre la metodología utilizada.
- 4 Las herramientas están disponibles previa solicitud a la OMS (2016k).
- 5 Rachel Crossley, de la Access to Nutrition Foundation, ha contribuido a la redacción de gran parte del texto que compone esta sección.

CAPÍTULO 4

- 1 Estos resultados están desglosados por grupo de partes interesadas en las Figuras A7.5a y A7.5b del Anexo.

CAPÍTULO 5

- 1 En total, 25 países fueron evaluados a la baja, pues pasaron de tener “muchas disposiciones consagradas en la ley” a “pocas disposiciones consagradas en la ley”. Solo seis países habían sido evaluados al alza: dos de ellos pasaron de tener “pocas” a “muchas” disposiciones; un país pasó de “no tener datos” a “muchos” y tres, de “proyectos de ley, en espera de aprobación” a “muchos.”
- 2 Los siguientes párrafos fueron redactados por Chessa Lutta.
- 3 Estos datos se refieren a los progresos logrados al implementar los compromisos nacionales incluidos en informes a la Asamblea General de las Naciones Unidas (2011) y a las Naciones Unidas (2014a) (ver Capítulo 3).
- 4 Las cifras presentadas en el Cuadro 5.1 son medias y promedios no ponderados y por ende no están alineadas con las estimaciones mundiales de las Naciones Unidas. Las estimaciones no están ponderadas porque muchos de los indicadores no tienen suficiente cobertura de población para generar estimaciones ponderadas y muchas no figuran en las bases de datos de las Naciones Unidas.
- 5 Esta cobertura promedio no está ponderada en función del tamaño de la población. La estimación de cobertura de las Naciones Unidas de la suplementación con vitamina A, que es un promedio ponderado en función de la población, indicaba que solo dos tercios partes de los niños estaban totalmente protegidos.
- 6 La dieta mínima aceptable para los niños de 6 a 23 meses alimentados con leche materna se define como aquella en la que un niño tuvo por lo menos la diversidad mínima de la dieta y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior, y para

los niños de 6 a 23 meses no amamantados, se define como aquella en que los niños recibieron por lo menos dos tomas de leche y tuvieron por lo menos la diversidad mínima de la dieta y la frecuencia mínima de comidas durante el día anterior. La diversidad mínima de la dieta para los niños de 6 a 23 meses de edad se define como aquella en que los niños reciben alimentos de cuatro o más grupos (OMS 2008).

- 7 La frecuencia mínima de comidas se define como la proporción de niños amamantados y no amamantados de 6 a 23 meses de edad que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves (pero que también incluyeron leche para los niños no amamantados) el número mínimo de veces al día o más. El mínimo se define como dos veces para niños amamantados de 6 a 8 meses, tres veces para niños amamantados de 9 a 23 meses, y cuatro veces para niños no amamantados de 6 a 23 meses (OMS 2008).
- 8 Los datos pueden solicitarse al secretariado del *Informe de la Nutrición Mundial*.
- 9 Los 17 países son Afganistán (en 6 distritos), Burkina Faso (12), Chad (5), Côte d'Ivoire (2), Etiopía (3), India (1), Kenya (6), Mali (21), Níger (5), Nigeria (20), Pakistán (5), República Centroafricana (1), República Democrática del Congo (3), Senegal (1), Somalia (2), Sudán del Sur (6) y Uganda (3). Las estimaciones sobre las evaluaciones de cobertura se obtuvieron mediante la metodología de evaluación semicuantitativa de acceso y cobertura (SQUEAC) (referencia técnica en USAID 2012). Existen datos de cobertura SQUEAC para los siguientes 14 países: Afganistán (en 6 distritos), Burkina Faso (5), Chad (2), Etiopía (3), Kenya (4), Malí (8), Níger (2), Nigeria (14), Pakistán (3), República Centroafricana (1), República Democrática del Congo (3), Senegal (1), Somalia (2) y Sudán del Sur (4).

PANEL 5.1

- 1 Este panel está basado en la HCC (2014, 2015).

CAPÍTULO 6

- 1 Estos estudios tienen un alcance limitado porque nunca se dispone de un conjunto completo de determinantes subyacentes candidatos. Por ejemplo, el análisis de Smith y Haddad (2015) no incluye datos relativos al sistema de salud porque nadie los recopila de forma periódica, y los análisis de Headey y Hoddinott (2014) y Headey (próximamente) no incluyen datos relativos a la seguridad alimentaria porque las encuestas demográficas y de salud no los recaban.
- 2 Headey señala que “la mayor parte de estos modelos son relativamente eficaces para explicar la variación en el tiempo de la HAZ [puntuación Z de estatura para la edad]. La porción que representa la variación total estimada de la HAZ (a partir de todas las variables explicativas) sobre la variación efectiva de la HAZ oscila desde el 52 % en la India [hasta] el 65 % en Bangladesh y el 84 % en Nepal. En Pakistán, el modelo explica un 21 % más de variación de la HAZ de la que se observa efectivamente en la práctica, muy probablemente debido a la excepcional magnitud del coeficiente” (Headey próximamente, 8).
- 3 Es importante señalar que, aunque los umbrales representan la línea de ajuste óptimo, algunos países tendrán niveles de retraso en el crecimiento muy por encima o muy por debajo del 15 % respecto de los umbrales determinantes subyacentes proporcionados.
- 4 Más concretamente, los autores consideran que menos del 25 % de los documentos cubren estos temas.

CAPÍTULO 7

- 1 A menos que se indique lo contrario, las referencias a los dólares en el texto indican que se trata de dólares estadounidenses.
- 2 El equipo del Banco Mundial /R4D intentaron realizar una estimación de los costos que representa alcanzar la meta global en materia de emaciación, centrada en su tratamiento y prevención, pero les resultó imposible. Para más información, ver Shekar et al. (2016).
- 3 De los dos indicadores de malnutrición de la AMS restantes, indicamos en el Capítulo 2 (Panel 2.2) que se habían mejorado los datos de los modelos para estimar el bajo peso al nacer, lo que incita a esperar nuevos datos antes de ampliar este análisis al bajo peso al nacer. Este ejercicio no se trató en el caso del sobrepeso de menores de cinco años, puesto que, hasta la fecha, los autores del estudio no consideran lo suficientemente sólida la base de pruebas de la intervención.
- 4 Con el propósito de esta estimación, el subconjunto de intervenciones incluido en el “paquete de prioridades” incluye el suplemento de vitamina A para los niños, la promoción de las buenas prácticas de higiene para los lactantes y los niños más pequeños, la administración prenatal de micronutrientes, el tratamiento preventivo intermitente de la malaria para las mujeres embarazadas, el suplemento de hierro y ácido fólico para las adolescentes, la fortificación de los alimentos de base, las políticas sociales a favor de la lactancia materna, el uso de los medios de comunicación de masa para promocionar la lactancia materna exclusiva y el tratamiento de la malnutrición aguda severa.
- 5 Esta sección se inspira del informe *Analysis of Nutrition-Sensitive Budget Allocations* (Greener et al. 2016)
- 6 Los ocho países son Bangladesh, Gambia, Ghana, Pakistán, Filipinas, Sudán del Sur, Tayikistán y Yemen.
- 7 Treinta países iniciaron el ejercicio presupuestario sobre nutrición doméstica, pero seis países se excluyeron del análisis por varias razones (ver Greener et al. 2016); por lo tanto, restan 24 países con estimaciones de asignaciones presupuestarias a la nutrición.
- 8 La definición que los países miembros del Movimiento SUN utilizan para “específico de nutrición” comprende las siguientes categorías de intervenciones: (1) intervenciones de nutrición independientes y de alto impacto; (2) programas de nutrición independientes; (3) intervenciones en nutrición integrados en los programas sanitarios; y (4) intervenciones de nutrición integradas en programas que no están orientados a la salud.
- 9 A diferencia de la agricultura, la educación, la protección social y la salud, las asignaciones atribuidas a la iniciativa WASH no están disponibles en la base de datos SPEED del IFPRI.
- 10 Una razón posible es que Zambia haya iniciado su análisis incluyendo solo tres ministerios (ministerio del desarrollo comunitario, ministerio de salud y ministerio de agricultura y ganadería).
- 11 La mayoría de estos análisis fueron realizados por Jordania Beecher en Development Initiatives.
- 12 La fuente estándar para los datos sobre la ayuda oficial al desarrollo es el sistema de notificación de países acreedores a cargo del Comité de Ayuda al Desarrollo (DAC) de la OCDE. La metodología de la red de donantes del Movimiento SUN para los gastos específicos de nutrición figura en el código 12440 del CRS: nutrición de base. Este método combina los datos de todas las agencias gubernamentales en un determinado país.

- 13 Los cinco principales donantes del DACT de la OCDE se definen como aquellos que han gastado las mayores cantidades de dinero en el periodo 2010–2014.
- 14 Se refiere solo a los desembolsos imputables al país.
- 15 Como indicado anteriormente, la fuente estándar para los datos sobre la ayuda oficial al desarrollo de la OCDE es el sistema de notificación de países a cargo del Comité de Ayuda al Desarrollo (DAC).
- 16 Primero, el título y la descripción de los campos de cada registro en la base de datos CRS se buscaron para una o más palabras clave: dieta, dietas, obesidad, ENT, enfermedades no transmisibles, enfermedades crónicas, diabetes. De los 225 registros, 126 en el conjunto de datos CRS de 2014, 441 registros contenían una o más palabras clave. Segundo, estos datos se revisaron individualmente para descartar los proyectos irrelevantes. Los proyectos se consideraban irrelevantes cuando la información contenida en el título o las descripciones indicaban claramente que el proyecto no concernía las ENT. También hemos excluido los proyectos principalmente orientados a la agricultura o la desnutrición, así como también las intervenciones específicas de lucha contra el trabajo y las intervenciones basadas en el deporte.

PANEL 7.1

- 1 El Plan del Pacto Hambre Cero es un plan multisectorial implementado a través de una serie de programas a cargo de instituciones nacionales y financiado por el presupuesto nacional.
- 2 A partir de una presentación del punto focal de Perú del Movimiento SUN y el taller regional del Movimiento SUN sobre estimación de costos y seguimiento financiero, llevado a cabo del 28 al 30 de abril, en Guatemala.

PANEL 7.4

- 1 El gobierno de los EE. UU. designa el 100 % de las cuatro categorías DAC (suministro básico de agua potable y saneamiento básico; suministro básico de agua potable; saneamiento básico y ayuda alimentaria de emergencia) a la categoría enfocada a la nutrición y 25 % de las 17 categorías adicionales DAC para la categoría enfocada a la nutrición, incluyendo la atención sanitaria, las organizaciones de igualdad de género, y una amplia gama de categorías del sector de la agricultura. La metodología de la red de donantes del Movimiento SUN aplica el 100 % o el 25 % a los proyectos de categoría inferior de acuerdo con un conjunto de criterios que juntos indican la intención explícita de mejorar los resultados de la nutrición de las mujeres o las adolescentes o los niños. Ver la red de donantes del Movimiento SUN (2013).
Para los gastos orientados a la nutrición, la red de donantes del Movimiento SUN acordó un conjunto de 35 códigos del sistema de notificación CRS para los miembros para que los utilicen para identificar las actividades relacionadas con la nutrición. Sin embargo, un código (13022), no existe en toda la estructura de códigos de la DAC/OCDE. El gobierno de los EE. UU. revisó la definición de los códigos y desarrolló un subconjunto de 22 códigos CRS (18 a partir del 34 original, y 4 códigos adicionales) que principalmente refleja los programas orientados a la nutrición. Para los códigos orientados a la nutrición, el gobierno de los EE. UU. aplicó coeficientes del 25 % o del 100 % para cada uno de los 22 códigos. Un coeficiente del 25 % se aplica a los totales para los siguientes 18 códigos CRS: 12110, 12220, 12250, 12261, 12281, 13020, 15170, 31120, 31161, 31163, 31166, 31182, 31191, 31192,

31195, 31320, 31382, and 31391 (los códigos en negrita son códigos adicionales seleccionados por el gobierno de los EE. UU.). El suministro de agua potable y de saneamiento y la ayuda directa alimentaria en caso de emergencia están directamente asociados con los resultados orientados a la nutrición.

Por lo tanto, un coeficiente del 100 % se aplica a los siguientes códigos CRS: 14030 (suministro básico de agua potable y saneamiento), 14031 (suministro básico de agua potable), 14032 (suministro básico de saneamiento), y 72040 (ayuda alimenticia de emergencia). Vale aclarar que todos los fondos registrados en el código CRS 72040 orientado a la nutrición incluyen solo las inversiones no recolectadas en el marco de acción gubernamental 3.1.9 de EE. UU.

CAPÍTULO 8

- 1 Los detalles de este análisis se proporcionan en el Apéndice del Cuadro A8.2. Gracias a nuestros colegas del UNICEF sabemos que actualmente el UNICEF, en colaboración con instituciones nacionales, lleva a cabo análisis relacionados para la otra fuente principal de las encuestas en nutrición, la Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados (MICS). La Encuesta MICS conduce actualmente un trabajo metodológico sobre muchos de los indicadores en la columna dos del Apéndice del Cuadro A8.2, los cuales están siendo probados y validados antes de ser incluidos en la MICS6.
- 2 Análisis disponible bajo simple solicitud.
- 3 El texto de este apartado ha sido escrito por Monica Kothari, con contribuciones de Fred Arnold, Bernard Barrere, Ann Way, Annie Cross, Ruilin Ren, Joy Fishel y Sri Poedjastoeti del Programa EDS.
- 4 Los análisis de texto y de datos de esta sección fueron realizados por Monica Kothari y colegas de ICF International. Las cifras están basadas en los últimos datos desagregados disponibles de EDS.
- 5 Todos los puntos en las figuras representan subgrupos que contienen por lo menos 50 observaciones.
- 6 Sería interesante tratar de detectar un patrón para explicar por qué existen diferencias en algunos países más en que en otros, pero no es el objeto del presente informe.
- 7 Los siguientes tres párrafos fueron redactados por Monica Kothari, con contribuciones de Fred Arnold, Bernard Barrere, Ann Way, Annie Cross, Ruilin Ren, Joy Fishel y Sri Poedjastoeti del Programa EDS.
- 8 La lista de países encontrada en la OCDE (2015) se basa en el Banco Mundial (2015a) y Fund for Peace (2014).
- 9 La mayor parte del texto de esta sección proviene de Josephine Ippe.
- 10 El Grupo Temático Nutrición Mundial está integrado por 32 socios internacionales que trabajan sobre temas de nutrición en situaciones de emergencia (<http://nutritioncluster.net/gnc/partners/>).

PANEL 8.2

- 1 La Base de Datos de Desigualdades por Grupos (GRID por sus siglas en inglés), desarrollada por Save the Children y el Instituto de Desarrollo de Ultramar (ODI por sus siglas en inglés), está basada en el procesamiento directo de datos provenientes de Encuestas EDS y MICS.

PANEL 8.4

- 1 Para mayores detalles, ver Elbers et al. (2003); Haslett et al. (2013, 2014a, 2014b); Pratesi (2016) y Rao y Molina (2015).

PANEL 8.6

- 1 Para el ACNUR, una situación de presencia prolongada de refugiados es aquella en que 25.000 o más refugiados de la misma nacionalidad han estado en exilio por cinco años o más en un determinado país de asilo.
- 2 Existen datos de población disponibles para el 96,8 % de los sitios. Fuente de datos: el ACNUR (2014a, b). La malnutrición aguda global (GAM por sus siglas en inglés) es el término empleado para incluir a todos los niños con emaciación moderada (peso para la edad con una puntuación Z menor o igual a -2 pero mayor o igual a -3), emaciación severa (peso para la edad con una puntuación Z menor o igual a -3), edema o cualquier combinación de estas condiciones (SMART 2006).
- 3 De los 93 sitios en donde se realizaron encuestas de nutrición en 2015, en 90 de ellos (el 96,8 %) había anemia en niños de 6 a 59 meses de edad.

ANEXO 4

- 1 La primera revisión de las políticas de nutrición mundial fue realizada durante el periodo 2009-2010, y la segunda se está implementando en 2016.

ANEXO 5

- 1 Estas recomendaciones fueron revisadas por un grupo de asesoría externo formado por expertos de las Naciones Unidas, organizaciones de la sociedad civil, el Movimiento SUN y los donantes.
- 2 Esta definición de los compromisos SMART se adaptó a partir de Saneamiento y Agua para Todos (2014).
- 3 Estas etapas se adaptaron de Saneamiento y Agua para Todos (2014).

REFERENCIAS

- AbdAllah, A. M., S. S. A. El-Sherbeny y S. Khairy. 2007. "Nutritional Status of Mentally Disabled Children in Egipto." *Egiptoian Journal of Hospital Medicine* 29: 604–615.
- Ahmed, A. U., J. F. Hoddinott, S. Roy, E. Sraboni, W. R. Quabili y A. Margolies. 2016. *Which Kinds of Social Safety Net Transfers Work Best for the Ultra Poor in Bangladesh? Operation and Impacts of the Transfer Modality Research Initiative*. Informe del Gobierno de Bangladesh para el Programa Mundial de Alimentos y el Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.
- Ahuja, A., S. Baird, J. H. Hicks, M. Kremer, E. Miguel y S. Powers. 2015. "When Should Governments Subsidize Health? The Case of Mass Deworming." *World Bank Economic Review* 29 (supl. 1): S9–S24.
- Anand, S. S., C. Hawkes, R. J. De Souza, A. Mente, M. Dehghan, R. Nugent, et al. 2015. "Food Consumption and Its Impact on Cardiovascular Disease: Importance of Solutions Focused on the Globalized Food System: A Report from the Workshop Convened by the World Heart Federation." *Journal of the American College of Cardiology* 66 (14): 1590–1614.
- Arifeen, S. E., D. E. Hoque, T. Akter, M. Rahman, M. E. Hoque, K. Begum, E. K. Chowdhury, R. Khan, L. S. Blum, S. Ahmed y M. A. Hossain. 2009. "Effect of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy on Childhood Mortality and Nutrition in a Rural Area in Bangladesh: A Cluster Randomised Trial." *Lancet* 374 (9687): 393–403.
- Asamblea General de las Naciones Unidas. 2011. *Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. Nueva York.
- . 2014. *Outcome Document of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Comprehensive Review and Assessment of the Progress Achieved in the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. Resolución 68/300, 10 de julio de 2014. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/nmh/events/2014/a-res-68-300.pdf?ua=1.
- Avula, R., S. S. Kim, S. Chakrabarti, P. Tyagi, N. Kohli y P. Menon. 2015. *Delivering for Nutrition in Odisha: Insights from a Study on the State of Essential Nutrition Interventions*. POSHAN Report 7. Nueva Delhi: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias. <http://ebrary.ifpri.org/cdm/ref/collection/p15738coll2/id/129277> (en inglés).
- Bagriansky, J. 2014. *Situation Analysis and Proposed Communication Plan to Support of Government of Etiopia in Development of a Central Iodization Facility in Afar*. Informe de UNICEF.
- Banco Mundial. 2014. *Costed Plan for Scaling Up Nutrition: Nigeria*. Health, Nutrition, and Population (HNP) Documento de debate. Washington, DC.
- . 2015a. *Harmonized List of Fragile Situations FY14*. Washington, DC. <http://siteresources.worldbank.org/EXTLICUS/Resources/511777-1269623894864/HarmonizedlistoffragilestatesFY14.pdf> (en inglés).
- . 2015b. *Open Data for Sustainable Development*. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. <http://pubdocs.worldbank.org/pubdocs/publicdoc/2015/8/999161440616941994/Open-Data-for-Sustainable-Development.pdf> (en inglés).
- . 2016. *World Development Indicators*. Fecha de consulta: 1 de abril de 2016. <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> (en inglés).
- Banco Mundial y OMS (Organización Mundial de la Salud). 2014. *Global Civil Registration and Vital Statistics: Scaling Up Investment Plan 2015–2024*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Beer, H., S. Luna, L. Pompano, E. Przybyszewski, S. Udipi, P. Ghugre y B. Haas. 2014. "Consuming Iron-biofortified Pearl Millet Increased Hemoglobin Concentrations and Prevented a Decline in Energy Efficiency in Indian Girls." *FASEB Journal* 28 (1): Supplement 646.7. www.fasebj.org/content/28/1_Supplement/646.7 (en inglés).
- Bereuter, D. y D. Glickman. 2015. *Healthy Food for a Healthy World: Leveraging Agriculture and Food to Improve Global Nutrition*. Chicago Council on Global Affairs. Fecha de consulta: 19 de abril de 2015. www.thechicagocouncil.org/sites/default/files/GlobalAg-HealthyFood_FINAL.pdf (en inglés).
- Bhutta, Z. A. y S. Zlotkin. 2014. *Why Adolescent Health and Why Now?* Toronto: SickKids Centre for Global Child Health.
- Bhutta, Z. A., J. K. Das, A. Rizvi, M. F. Gaffey, N. Walker, S. Horton, P. Webb, A. Lartey y R. E. Black. 2013. "Evidence-Based Interventions for Improvement of Maternal and Child Nutrition: What Can Be Done and at What Cost?" *Lancet* 382 (9890): 452–477.
- Black, R. E., C. G. Victora, S. P. Walker, Z. A. Bhutta, P. Christian, M. de Onis, M. Ezzati, S. Grantham-McGregor, J. Katz, R. Martorell y R. Uauy. 2013. "Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries." *Lancet* 382 (9890): 427–451.
- Bougma, K., G. Marquis, F. Aboud, E. Frongillo, T. Lemma y A. Samuel. 2015. "Iodized Salt Improves Child's Iodine Status, Mental Development, and Physical Growth in a Cluster Randomized Trial in Etiopia." *FASEB Journal* 29 (1) Supplement 28.6.
- Bray, G. A. y B. M. Popkin. 2014. "Dietary Sugar and Body Weight: Have We Reached a Crisis in the Epidemic of Obesity and Diabetes? Health Be Damned! Pour on the Sugar." *Diabetes Care* 37 (4): 950–956.

- Brasil, Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2015. Decreto no. 8552. Fecha de consulta: marzo de 2016. www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Decreto/D8552.htm (en portugués).
- Bredenkamp, C., L. R. Buisman y E. Van De Poel. 2014. "Persistent Inequalities in Child Undernutrition: Evidence from 80 Countries, from 1990 to Today." *International Journal of Epidemiology* 43 (4): 1328–1335. doi: 10.1093/ije/dyu075.
- Breierova, L. y E. Duflo. 2004. *The Impact of Education on Fertility and Child Mortality: Do Fathers Really Matter Less Than Mothers?* NBER Working Paper 10513. Cambridge, MA, US: National Bureau of Economic Research.
- Brown, R., T. Khara y P. Brunet. 2015. *Maximising the Nutritional Impact of Humanitarian Food Assistance*. INSPIRE Consortium. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.cashlearning.org/downloads/hfanutrition-report-final-nov-2015.pdf (en inglés).
- Burlandy, L., C. Rocha y R. Maluf. 2014. "Integrating Nutrition into Agricultural and Rural Development Policies: The Brazilian Experience of Building an Innovative Food and Nutrition Security Approach." In *Improving Diets and Raising Levels of Nutrition: Food-Based Approaches (Proceedings—International Symposium on Food and Nutrition Security: Food-Based Approaches for Improving Diets and Raising Levels of Nutrition)*, editado por B. Thompson y L. Amoroso. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
- Burt, A., B. Hughes y G. Milante. 2014. *Eradicating Poverty in Fragile States: Prospects of Reaching the "High-Hanging" Fruit by 2030*. World Bank Policy Research Working Paper 7002. Washington, DC; Banco Mundial. <http://ssrn.com/abstract=2479667> (en inglés).
- CAISAN (Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional). 2013. *Balanco das Ações do plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: PLANSAN 2012–2015*. Brasília: MDS, Secretaria-Executiva da CAISAN. <http://www4.planalto.gov.br/consea/publicacoes/balanco-plansan> (en portugués).
- Carlson, G. J., K. Kordas y L. E. Murray-Kolb. 2015. "Associations between Women's Autonomy and Child Nutritional Status: A Review of the Literature." *Maternal and Child Nutrition* 11 (4): 452–482.
- CBGA (Centre for Budget and Governance Accountability). 2016a. *Budget Track* 11 (February). <http://www.cbgaindia.org/newsite/wp-content/uploads/2016/03/Budget-Track-on-Nutrition-Compressed.pdf>.
- . 2016b. *Connecting the Dots: An Analysis of Union Budget 2016–17*. New Delhi. Fecha de consulta: marzo de 2016. http://www.cbgaindia.org/new_publications.php?action=details&id=85.
- Centre for Social Protection (CSP), Institute of Development Studies (IDS), Family for Every Child y CH. 2014. *Researching the Linkages between Social Protection and Children's Care in Ghana: LEAP and Its Effects on Child Well-Being, Care, and Family Cohesion*. Brighton, Reino Unido: Centro para la Protección Social en el Instituto de Estudios de Desarrollo.
- Chmielewska, D. y D. Souza. 2011. *The Food Security Policy Context in Brazil*. Country Study. Brasília: International Policy Centre for Inclusive Growth. www.ipc-undp.org/pub/IPCCountryStudy22.pdf.
- Chopra, M., A. Sharkey, N. Dalmiya, D. Anthony y N. Binkin. 2012. "Strategies to Improve Health Coverage and Narrow the Equity Gap in Child Survival, Health, and Nutrition." *Lancet* 380 (9850): 1331–1340.
- Chuko, T., J. Bagriansky y A. T. Brown. 2015. "Etiopía's Long Road to USI." *Iodine Deficiency Disorder Newsletter*, May.
- Colchero, M. A., B. M. Popkin, J. A. Rivera y S. W. Ng. 2016. "Beverage Purchases from Stores in México under the Excise Tax on Sugar Sweetened Beverages: Observational Study." *BMJ* 352: h6704.
- CONSEA (Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional). 2009. *Building Up the National Policy and System for Food and Nutrition Security: The Brazilian Experience*. Brasília.
- . 2010. *Food and Nutritional Security and the Human Right to Adequate Food in Brazil*. Brasília.
- Consejo Económico y Social de la ONU. 2016. *Report of the Inter-Agency and Expert Group on Sustainable Development Goal Indicators*. E/CN.3/2016/2/Rev.1. Nueva York. <http://unstats.un.org/unsd/statcom/47th-session/documents/2016-2-IAEG-SDGs-Rev1-E.pdf>.
- Cunningham, K., M. Ruel, E. Ferguson y R. Uauy. 2015. "Women's Empowerment and Child Nutritional Status in South Asia: A Synthesis of the Literature." *Maternal and Child Nutrition* 11 (1): 1–9.
- Curtis, V., S. Cairncross y R. Yonli. 2000. "Domestic Hygiene and Diarrhoea—Pinpointing the Problem." *Tropical Medicine and International Health* 5 (1): 22–32. PubMed PMID: 10672202.
- Dain, K. 2015. "Sustainable Financing: The Achilles Heel of the Non-communicable Diseases Response." *Lancet Diabetes and Endocrinology* 3 (12): 923–925.
- Danaei, G., G. M. Singh, C. J. Paciorek, J. K. Lin, M. J. Cowan, M. M. Finucane, F. Farzadfar, G. A. Stevens, L. M. Riley, Y. Lu, M. Rao, M. Ezzati y C. H. Fall. 2013. "The Global Cardiovascular Risk Transition Associations of Four Metabolic Risk Factors with National Income, Urbanization, and Western Diet in 1980 and 2008." *Circulation* 127 (14): 1493–1502.
- Danysh, H. E., R. H. Gilman, J. C. Wells, W. K. Pan, B. Zaitchik, G. González, M. Álvarez y W. Checkley. 2014. "El Niño Adversely Affected Childhood Stature and Lean Mass in Northern Perú." *Climate Change Responses* 1 (1): 7.
- Das, J. K., R. A. Salam, R. Kumar y Z. A. Bhutta. 2013. "Micronutrient Fortification of Food and Its Impact on Woman and Child Health: A Systematic Review." *Systematic Reviews* 2: 67.

- Delisle, H. F. 2008. "Poverty: The Double Burden of Malnutrition in Mothers and the Intergenerational Impact." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1136: 172–184. doi: 10.1196/annals.1425.026.
- De Moura, F., A. Palmer, J. Finkelstein, J. Haas, L. Murray-Kolb, M. Wenger, E. Birol, E. Boy y J. P. Peña-Rosas. 2014. "Are Biofortified Staple Food Crops Improving Vitamin A and Iron Status in Women and Children? New Evidence from Efficacy Trials." *Advances in Nutrition* (5): 56–570. doi: 10.3945/an.114.006627Adv.
- de Onis, M., K. G. Dewey, E. Borghi, A. W. Onyango, M. Blossner, B. Daelmans, E. Piwoz y F. Branca. 2013. "The World Health Organization's Global Target for Reducing Childhood Stunting by 2025: Rationale and Proposed Actions." *Maternal and Child Nutrition* 9 (2): 6–26.
- De Schutter, O. 2014. *Report of the Special Rapporteur on the Right to Food, Olivier De Schutter. Final Report: The Transformative Potential of the Right to Food*. Presentado en el Consejo de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, Nueva York.
- Devereux, S. 2015. "Social Protection for Enhanced Food Security in Sub-Saharan Africa." *Food Policy*, Abril.
- DFID (Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido). 2015. "Preparing for El Niño." News story, October 16. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. www.gov.uk/government/news/preparing-for-el-nino (en inglés).
- DHS (Programa de Encuestas de Demografía y Salud). 2005–2015. El Programa DHS: datos. <http://dhsprogram.com/data> (sitio web disponible en español).
- Dieleman, J. L., C. M. Graves, T. Templin, E. Johnson, R. Baral, K. Leach-Kemon, A. M. Haakenstad y C. J. L. Murray. 2014. "Global Health Development Assistance Remained Steady in 2013 but Did Not Align with Recipients' Disease Burden." *Health Affairs* 10: 1377.
- Dolan, C., M. Mwangome y T. Khara. 2015. "Simultaneidad de la emaciación y el retraso en el crecimiento en los niños." Panel 2.1 en el *Informe de la Nutrición Mundial 2015: Acciones y responsabilidades para hacer progresar la nutrición y el desarrollo sostenible*. Washington, DC: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.
- Duflo, E., M. Greenstone, R. Guiteras y T. Clasen. 2015. *Toilets Can Work: Short and Medium Run Health Impacts of Addressing Complementarities and Externalities in Water and Sanitation*. Cambridge, MA, US: National Bureau of Economic Research.
- Dutta, P., R. Murgai, M. Ravallion y D. P. Van de Walle. 2012. *Does India's Employment Guarantee Scheme Guarantee Employment?* Policy Research Working Paper 6003. Washington, DC: Banco Mundial.
- EHNRI (Instituto Etíope de Investigación sobre Salud y Nutrición), FMOH (Ministerio Federal de Salud) y UNICEF. 2005. *Iodine Deficiency Disorders (IDD) National Survey in Etiopía*. Addis Ababa.
- Elbers, C., J. O. Lanjouw y P. Lanjouw. 2003. "Micro-level Estimation of Poverty and Inequality." *Econometrica* 71 (1): 355–364.
- Emergency Nutrition Network. 2011. *Development of a Minimum Reporting Package for Emergency Supplementary Feeding Programmes*. Informe de proyecto. Washington, DC: Red de Nutrición en Emergencias, Save the Children Reino Unido, y Agencia para el Desarrollo Internacional de EE. UU. <http://files.enonline.net/attachments/1611/mrp-report-final.pdf> (en inglés).
- . 2014. Minimum Reporting for Supplementary Feeding Programmes (SFPs). Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. www.enonline.net/ourwork/research/minimumreportingsfps.
- Fanzo, J., D. Hunter, T. Borelli y F. Mattei, eds. 2013. *Diversifying Food and Diets*. London and New York: Routledge.
- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura). 2002. *Programa de lucha contra el hambre: Enfoque de doble componente para la reducción del hambre: prioridades para la actuación a nivel nacional e internacional*. Roma.
- . 2013. *Sistemas alimentarios para una mejor nutrición*. Roma.
- . 2015a. *Recomendaciones fundamentales para mejorar la nutrición a través de la agricultura y los sistemas alimentarios*. Fecha de consulta: febrero de 2016. <http://www.fao.org/3/a-i4922s.pdf>.
- . 2015b. *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2015*. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.fao.org/hunger/es/.
- . 2015c. Seguridad alimentaria/Continuación de los indicadores de seguridad alimentaria. Fecha de consulta: 21 de abril de 2015. <http://faostat3.fao.org/download/D/FS/S>.
- . 2016a. 2015–2016 *El Niño: Early Action and Response for Agriculture, Food Security, and Nutrition (El Niño: acción y respuesta tempranas para la agricultura, la seguridad alimentaria y la nutrición)*. Borrador de trabajo (15 de marzo de 2016). Fecha de consulta: 19 de abril de 2016. www.fao.org/fileadmin/user_upload/emergencias/docs/FAOEI%20NinoReportMarch2016.pdf (en inglés).
- . 2016b. FAOLEX. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. <http://faolex.fao.org/>.
- . 2016c. FAOSTAT. <http://faostat.fao.org/>.
- FAO, FIDA (Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola) y WFP (Programa Mundial de Alimentos). 2015. *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2015: Cumpliendo con los objetivos internacionales para 2015 en relación con el hambre: balance de los desiguales progresos*. Roma: FAO.
- Ferreira, A. A., J. R. Welch, R. V. Santos, S. A. Gugelmin y C. E. A. Coimbra Jr. 2012. "Nutritional Status and Growth of Indigenous Xavante Children, Central Brasil." *Nutrition Journal* 11: 3.

- Fitzgibbon, C. 2016. "Shock-Responsive Social Protection in Practice: Kenya's Experience in Scaling Up Cash Transfers." Blog, February 23. Humanitarian Practice Network. <http://odihpn.org/blog/shock-responsive-social-protection-in-practice-kenyas-experience-in-scaling-up-cash-transfers/> (en inglés).
- Forouzanfar, M. H., L. Alexander, H. R. Anderson, V. F. Bachman, S. Biryukov, M. Brauer, R. Burnett, D. Casey, M. M. Coates, A. Cohen y K. Delwiche. 2015. "Global, Regional, and National Comparative Risk Assessment of 79 Behavioural, Environmental and Occupational, and Metabolic Risks or Clusters of Risks in 188 Countries, 1990–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013." *Lancet* 386 (10010): 2287–2323.
- Frenk, J. 2015. "Leading the Way towards Universal Health Coverage: A Call to Action." *Lancet* 385 (9975): 1352–1358.
- Fuller, J. A., J. Goldstick, J. Bartram y J. N. Eisenberg. 2016. "Tracking Progress towards Global Drinking Water and Sanitation Targets: A Within and Among Country Analysis." *Science of the Total Environment* 541: 857–864.
- Fund for Peace. 2014. *Fragile States Index 2014*. Washington, DC. <http://library.fundforpeace.org/library/cfsir1423-fragilestatesindex2014-06d.pdf> (en inglés).
- Garrett, G. S. y R. Przewlowsky. 2013. "Sustainable Supplies of Potassium Iodate for Africa." *Iodine Deficiency Disorder Newsletter*, Noviembre.
- Ghana, Ministerio de alimentación y agricultura. 2010. *Medium Term Agricultural Sector Investment Plan (METASIP): 2011–2015*. Accra, Ghana.
- Ghana, Ministerio de salud. 2007. *Under 5 Child Health Strategy: 2007–2015*. Accra, Ghana. <http://ghanamedicalassociation.org/Documents/Child%20Health%20Strategy.pdf> (en inglés).
- Global Nutrition Cluster. 2013. Who We Are. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. <http://nutritioncluster.net/gnc/partners/>.
- Gobierno de Madhya Pradesh, Departamento de desarrollo de la mujer y el niño. 2016. Información general. Fecha de consulta: 26 de abril. <http://www.mpwcd.nic.in/en/general-information> (en inglés).
- Godfray, H. C. J., J. R. Beddington, I. R. Crute, L. Haddad, D. Lawrence, J. F. Muir, J. Pretty, S. Robinson, S. M. Thomas, y C. Toulmin. 2010. "Food Security: The Challenge of Feeding 9 Billion People." *Science* 327 (5967): 812–818.
- Gornall, J. 2015. "Healthcare for Sirian Refugees." *BMJ* 351: h4150. doi: 10.1136/bmj.h4150.
- Goryakin, Y. y M. Suhrcke. 2014. "Economic Development, Urbanization, Technological Change, and Overweight: What Do We Learn from 244 Demographic and Health Surveys?" *Economics and Human Biology* 14: 109–127.
- Goryakin, Y., T. Lobstein, W. P. T. James y M. Suhrcke. 2015. "The Impact of Economic, Political, and Social Globalization on Overweight and Obesity in the 56 Low and Middle Income Countries." *Social Science and Medicine* 133: 67–76.
- Gradin, C. "Poverty and Ethnicity among Black Sudáfricans." 2015. *European Journal of Development Research* 27: 921–942.
- Green, R., J. Sutherland, A. D. Dangour, B. Shankar y P. Webb. 2016. "Global Dietary Quality, Undernutrition, and Non-communicable Disease: A Longitudinal Modelling Study." *BMJ Open* 6 (1): e009331.
- Greener, R., C. Picanyol, P. Fracassi, W. Knechtel, A. Mujica y S. Allan. 2016. *Analysis of Nutrition-Sensitive Budget Allocations: Experience from 30 Countries*. Informe para Scaling Up Nutrition (SUN). Oxford, Reino Unido: Oxford Policy Management.
- Groce, N., E. Challenger, M. Kerac y L. Cheshire. 2013. *Stronger Together: Nutrition-Disability Links and Synergies*. Nota informativa. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.unicef.org/disabilities/files/Stronger-Together_Nutrition_Disability_Groce_Challenger_Kerac.pdf (en inglés).
- GSO (Oficina General de Estadísticas de Viet Nam). 2011. *Viet Nam Multiple Indicator Cluster Survey 2011, Final Report*. Hanoi.
- GSS (Servicio de Estadísticas de Ghana). 2014. *Ghana Living Standards Round 6: Main Report*. Accra.
- GSS, GHS (Servicio de Salud de Ghana) y ICF International. 2015. *Demographic and Health Survey 2014*. Rockville, MD, US: GSS, GHS y ICF International.
- Guha-Sapir, D., R. Below y P. Hoyois. 2016. EM-DAT: The CRED/ OFDA International Disaster Database. Fecha de consulta: abril de 2016. www.emdat.be. Universidad Católica de Louvain, Bruselas, Bélgica.
- Gujarat, Departamento de salud y bienestar de la familia. Health and Family Welfare Department. 2012. "Setting Up of Gujarat Starte Nutrition Mission (GSNM)." https://nrhm.gujarat.gov.in/Portal/Document/1_11_1_gr_setting_up_of_gsnm.pdf (en inglés).
- Haddad, L. 2015. "Equity: Not Only for Idealists." *Development Policy Review* 33 (1): 5–13.
- . 2016. "The Global Governance of Nutrition: Why It Matters." Development Horizons blog, February 25. <http://www.developmenthorizons.com/2016/02/the-global-governance-of-nutrition-why.html> (en inglés).
- Hahn, Y., A. Islam, K. Nuzhat, R. Smyth y H.-S. Yang. 2015. "Education, Marriage, and Fertility: Long-Term Evidence from a Female Stipend Program in Bangladesh." Informe presentado a la reunión de la Population Association of America, 30 de abril – 2 de mayo, San Diego, CA, EE. UU.
- Harrington, D. W. y S. J. Elliott. 2009. "Weighing the Importance of Neighbourhood: A Multilevel Exploration of the Determinants of Overweight and Obesity." *Social Science and Medicine* 68 (4): 593–600.

- Haslett, S., G. Jones y A. Sefton. 2013. *Small-Area Estimation of Poverty and Malnutrition in Cambodia*. Instituto Nacional de Estadísticas de Camboya, Ministerio de planeación, Gobierno Real de Camboya y Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.wfp.org/content/Cambodia-small-area-estimation-poverty-and-malnutrition-april-2013.
- Haslett, S., G. Jones y M. Isidro. 2014a. *Small-Area Estimation of Child Undernutrition in Bangladesh*. Oficina de estadísticas de Bangladesh, Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas y Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.wfp.org/sites/default/files/Undernutrition%20Maps%20of%20Bangladesh%202012_Technical%20Report_Massey%20WFP%20BBS%20IFAD.pdf (en inglés).
- Haslett, S., G. Jones, M. Isidro y A. Sefton. 2014b. *Small-Area Estimation of Food Insecurity and Undernutrition in Nepal*. Central Bureau of Statistics, National Planning Commissions Secretariat, UN World Food Programme, UNICEF, and World Bank, Kathmandu, Nepal. Accessed February 2016. www.wfp.org/content/nepal-small-area-estimation-food-insecurity-and-undernutrition-december-2014.
- Hawkes, C. 2015. *Mejorar la coherencia entre la política comercial y las medidas nutricionales*. Documento de debate. Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas. Fecha de consulta: marzo de 2016. http://www.unscn.org/files/ICN2_TPM/UNSCN_ES_Trade_and_Nutrition_Jun_2016.pdf (en español).
- Hawkes, C. y M. Ruel. 2010. *Value Chains for Nutrition (Cadenas de valor para la nutrición)*. Washington, DC: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.ifpri.org/publication/value-chains-nutrition.
- HCC (Coalición Caribe Saludable). 2014. *A Civil Society Regional Status Report: Responses to NCDs in the Caribbean Community*. Fecha de consulta: marzo de 2016. https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/HCC%20NCDA%20RSR%20FINAL.pdf (en inglés).
- . 2015. *A Civil Society Report on National NCD Commissions in the Caribbean: Towards a More Effective Multisectoral Response to NCDs. Part I*. Fecha de consulta: marzo de 2016. www.healthycaribbean.org/meetings-june-2015/june-5/resources/A-Civil-Society-Report-on-National-NCD-Commissions-in-the-Caribbean-Towards-a-more-Effective-Multisectoral-Response-to-NCDs-Part-1.pdf (en inglés).
- Headey, D. Forthcoming. "Of Nutritional Change in Four South Asian Countries: A Dynamic Observational Analysis." *Maternal and Child Nutrition*.
- Headey, D. D. y J. F. Hoddinott. 2014. *Understanding the Rapid Reduction of Undernutrition in Nepal, 2001–2011*. Documento de debate 1384. Washington, DC: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias. Fecha de consulta: marzo de 2016. <http://ebrary.ifpri.org/cdm/ref/collection/p15738coll2/id/128471> (en inglés).
- Health Data Collaborative. 2016. 100 Core Health Indicators. Fecha de consulta: 4 de mayo de 2016. www.healthdatacollaborative.org/resources/100-core-health-indicators/ (en inglés).
- Heymann, J., A. Raub y A. Earle. 2013. "Breastfeeding Policy: A Globally Comparative Analysis." *Boletín de la Organización de la Salud* 91: 398–406.
- Hoddinott, J., R. Rosegrant y M. Torero. 2012. "Investments to Reduce Hunger and Undernutrition." Challenge Paper, Copenhagen Consensus 2012. <http://www.copenhagenconsensus.com/sites/default/files/hungerandmalnutrition.pdf> (en inglés).
- Horton, R. 2015. "Offline: Chronic Diseases—The Social Justice Issue of Our Time." Comment. *Lancet* 386 (10011): 2378. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)01178-2.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)01178-2.pdf) (en inglés).
- Horton, S. y R. H. Steckel. 2013. "Malnutrition: Global Economic Losses Attributable to Malnutrition 1900–2000 and Projections to 2050." In *How Much Have Global Problems Cost the World? A Scorecard from 1900 to 2050*, edited by B. Lomborg, 247–272. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hotz, C., C. Loechl, A. Lubowa, J. K. Tumwine, G. Ndeezi, A. N. Masawi, R. Baingana, A. Carriquiry, A. de Brauw, J. V. Meenakshi y D. O. Gilligan. 2012. "Introduction of β -carotene-rich Orange Sweet Potato in Rural Uganda Resulted in Increased Vitamin A Intakes among Children and Women and Improved Vitamin A Status among Children." *Journal of Nutrition* 142 (10): 1871–1880.
- Howe-Heyman, A. y M. Lutenbacher. 2016. "The Baby-Friendly Hospital Initiative as an Intervention to Improve Breastfeeding Rates: A Review of the Literature." *Journal of Midwifery and Women's Health* 61 (1): 77–102.
- Humphrey, J. H. 2009. "Child Undernutrition, Tropical Enteropathy, Toilets, and Handwashing." *Lancet* 374 (9694): 1032–1035. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60950-8.
- IDEC (Instituto Brasileño de Defensa al Consumidor). 2016. "Mais Rigor, por Favor." *Revista del IDEC*, enero - febrero.
- IFPRI (Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias). 2014. *Informe de la Nutrición Mundial 2014: Acciones y responsabilidades para hacer progresar la nutrición y el desarrollo sostenible*. Washington, DC.
- . 2015a. *Informe de la Nutrición Mundial 2015: Acciones y responsabilidades necesarias para acelerar los progresos en materia de nutrición en el mundo*. Washington, DC.
- . 2015b. Base de datos SPEED 2015. Fecha de consulta: febrero de 2016.
- . 2015c. "Informe de la Nutrición Mundial, Perfil nutricional de país 2015: Brasil." Washington, DC. Fecha de consulta: febrero de 2016. <http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/129817/filename/130028.pdf>.

- IHME (Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud). 2015. "Financing Global Health." Universidad de Washington. Fecha de consulta: febrero de 2016. <http://vizhub.healthdata.org/fgh/>.
- . 2016. Global Health Data Exchange. Accessed April 14, 2016. <http://ghdx.healthdata.org>.
- India, Ministerio de Finanzas. 2016. "Mother and Child (Madre e hijo)." Fecha de consulta: marzo de 2016. <http://indiabudget.nic.in/es2015-16/echapvol1-05.pdf> (en inglés).
- IPCC (Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático). 2007. *Fourth Assessment Report: Climate Change 2007*. Fecha de consulta: marzo de 2016. https://www.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar4/syr/ar4_syr_sp.pdf (en español).
- IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada [Institute for Applied Economic Research]). 1993. "O mapa da fome: subsídios à formulação de uma política de segurança alimentar." Documento de Política no. 14. Brasília. Mimeo.
- . 2014. *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio—Relatório Nacional de Acompanhamento*. Brasília.
- Jaacks, L. M., M. M. Slining y B. M. Popkin. 2015. "Recent Underweight and Overweight Trends by Rural-Urban Residence among Women in Low- and Middle-Income Countries." *Journal of Nutrition* 145 (2): 352–357.
- Jaspers, L., V. Colpani, L. Chaker, S. J. van der Lee, T. Muka, D. Imo, S. Mendis, R. Chowdhury, W. M. Bramer, A. Falla, y R. Pazoki. 2015. "The Global Impact of Non-communicable Diseases on Households and Impoverishment: A Systematic Review." *European Journal of Epidemiology* 30 (3): 163–188.
- JMP (Programa Conjunto de Monitoreo para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento OMS/UNICEF). 2015a. "Key Facts from JMP 2015 Report." Fecha de consulta: marzo de 2016. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/jmp-report/es/> (en español).
- . 2015b. Data and Estimates/Tables (Datos, cuadros y estimaciones). Fecha de consulta: 30 de junio de 2015. www.wssinfo.org/data-estimates/tables/.
- Karnataka Comprehensive Nutrition Mission. 2016. Karnataka Comprehensive Nutrition Mission. Fecha de consulta: abril de 26. <http://www.karnutmission.org/>.
- Kenya, Ministerio de Salud, División de Nutrición. 2013. *Maternal, Infant, and Young Child Nutrition: National Operational Guidelines for Health Workers*. Nairobi. pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00JTGD.pdf (en inglés).
- Kenya, Ministerio de Salud Pública y Saneamiento. 2012. *National Nutrition Action Plan 2012–2017 (Plan nacional de acción por la nutrición 2012–2017)*. Fecha de consulta: febrero de 2016. <http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/10/Kenya-National-Nutrition-Action-Plan-2012-2017-final.pdf> (en inglés).
- Kim, S., D. Ali, A. L. Kennedy, R. Tesfaye, A. Worku, T. Hailu, R. Rawat y P. Menon. 2015. "Assessing Implementation Fidelity of a Community-Based Infant and Young Child Feeding Intervention in Etiopía Identifies Delivery Challenges That Limit Reach to Communities." *BMC Public Health* 15 (1): 316.
- Kothari, M. 2016. "Global Nutrition Report 2016 Supplementary Dataset: Demographic and Health Survey Intervention Coverage Data: Percentage of Children and Pregnant Women Who Received Various Essential Nutrition Interventions as Reported in the DHS Surveys Conducted between 2005–2015." Washington, DC, 4 de febrero.
- Kozuki, N., A. C. C. Lee, M. F. Silveira, A. Sania, J. P. Vogel, L. Adair, F. Barros, L. E. Caulfield, P. Christian, W. Fawzi, J. Humphrey, L. Huybregts, A. Mongkolchat, R. Ntozini, D. Osrin, D. Roberfroid, J. Tielsch, A. Vaidya, R. E. Black y J. Katz. 2013. "The Associations of Parity and Maternal Age with Small-for-Gestational-Age, Preterm, and Neonatal and Infant Mortality: A Meta-analysis." *BMC Public Health* 13 (suppl 3): S2.
- Kristjansson, B., M. Petticrew, B. MacDonald, J. Krasevec, L. Janzen, T. Greenhalgh, G. A. Wells, J. MacGowan, A. P. Farmer, B. Shea, A. Mayhew, P. Tugwell y V. Welch. 2007. "School Feeding for Improving the Physical and Psychosocial Health of Disadvantaged Students (Provisión escolar de comidas para mejorar la salud física y psicosocial de niños en escuelas primarias en estado de pobreza)." *Cochrane Database of Systematic Reviews*, primera edición, artículo CD004676. <http://www.cochrane.org/es/CD004676/provision-escolar-de-comidas-para-mejorar-la-salud-fisica-y-psicosocial-de-ninos-de-escuelas> (español).
- Kroll, M., R. K. Phalkey y F. Kraas. 2015. "Challenges to the Surveillance of Non-communicable Diseases: A Review of Selected Approaches." *BMC Public Health* 15 (1): 1.
- Kuper, H., A. Monteath-van Dok, K. Wing, L. Danquah, J. Evans, M. Zuurmond y J. Gallinetti. 2014. "The Impact of Disability on the Lives of Children: Cross-Sectional Data Including 8,900 Children with Disabilities and 898,834 Children without Disabilities across 30 Countries." *PLOS ONE* 9 (9): e107300.
- Laar, A., R. Aryeetey, R. Akparibo, F. Zotor y Plataforma académica SUN de Ghana. 2015. "Nutrition Sensitivity of the 2014 Budget Statement of Republic of Ghana." *Proceedings of the Nutrition Society* 74 (4): 526–532.
- Labbok, M. 2012. "Global Baby-Friendly Hospital Initiative Monitoring Data: Update and Discussion." *Breastfeeding Medicine* 7: 210–222.
- Langlois, E. V., A. Haines, G. Tomson y A. Ghaffar. 2016. "Refugees: Towards Better Access to Health Care Services." *Lancet* 387 (10016): 319–321.
- Liu, X. y C. Zhu. 2014. "Will Knowing Diabetes Affect Labor Income? Evidence from a Natural Experiment." *Economics Letters* 124 (1): 74–78.
- Lobstein, T., R. Jackson-Leach, M. L. Moodie, K. D. Hall, S. L. Gortmaker, B. A. Swinburn, W. P. T. James, Y. Wang y K. McPherson. 2015. "Child and Adolescent Obesity: Part of a Bigger Picture." *Lancet* 385 (9986): 2510–2520.
- Luo, R., Y. Shi, L. Zhang, C. Liu, S. Rozelle, B. Sharbono, A. Yue, Q. Zhao y R. Martorell. 2012. "Nutrition and Educational Performance in Rural China's Elementary Schools: Results of a Randomized Control Trial in Shaanxi Province." *Economic Development and Cultural Change* 60 (4): 735–772.

- Luthringer, C. L., L. A. Rowe, M. Vossenaar y G. S. Garrett. 2015. "Regulatory Monitoring of Fortified Foods: Identifying Barriers and Good Practices." *Global Health: Science and Practice* 3 (3): 446–461.
- Maharashtra, Misión de Nutrición y Salud. 2016. Fecha de consulta: 26 de abril. <http://nutritionmissionmah.gov.in/Site/Home/Index.aspx>.
- Malta, D. C., S. C. Andrade, R. M. Claro, R. T. I. Bernal y C. A. Monteiro. 2014. "Trends in Prevalence of Overweight and Obesity in Adults in 26 Brazilian State Capitals and the Federal District from 2006 to 2012." *Revista Brasileira de Epidemiologia* 17 (Suplemento 1): 267–276.
- Mamun, A. y J. Finlay. 2015. "Shifting of Undernutrition to Overnutrition and Its Determinants among Women of Reproductive Ages in the 36 Low to Medium Income Countries." *Obesity Research and Clinical Practice* 9 (1): 75–86.
- Mbuya, M. N. N., N. V. Tavengwa, R. J. Stoltzfus, V. Curtis, G. H. Peltó, R. Ntozini, R. A. Kambarami, D. Fundira, T. R. Malaba, D. Maunze, P. Morgan, G. Mangwady y J. H. Humphrey. 2015. "Design of an Intervention to Minimize Ingestion of Fecal Microbes by Young Children in Rural Zimbabwe." *Clinical Infectious Diseases* 61 (suppl 7): S703–S709. doi: 10.1093/cid/civ845.
- Mejía Acosta, A. y L. Haddad. 2014. "The Politics of Success in the Fight against Malnutrition in Perú." *Food Policy* 44 (2014): 26–35.
- Menon, P., C. M. McDonald y S. Chakrabarti. 2015. *Estimating the Cost of Delivering Direct Nutrition Interventions at Scale: National and Subnational-Level Insights from India*. POSHAN Report 9. Nueva Delhi: Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias.
- Miljkovic, D., S. Shaik, S. Miranda, N. Barabanov y A. Liogier. 2015. "Globalisation and Obesity." *World Economy* 38 (8): 1278–1294.
- Miller, G., R. Luo, L. Zhang, S. Sylvia, Y. Shi, P. Foo, Q. Zhao, R. Martorell, A. Medina y S. Rozelle. 2012. "Effectiveness of Provider Incentives for Anaemia Reduction in Rural China: A Cluster Randomised Trial." *BMJ* 345: e4809. doi: 10.1136/bmj.e4809.
- Movimiento de Fomento para la Nutrición (Movimiento SUN). 2015. *Sun Movement Annual Progress Report*. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. <http://scalingupnutrition.org/es/news/lanzamiento-del-informe-de-progreso-anual-del-movimiento-sun-2015#.V3kcp7iLTIU> (en español).
- MQSUN (Maximizar la Calidad de los programas para el Fomento de la Nutrición). 2016. *Addressing Overweight and Obesity in Low- and Middle-Income Countries 2016*. Seattle, WA, US: PATH.
- Naciones Unidas Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. 2014. "Goal 2. End Hunger, Achieve Food Security and Improved Nutrition, and Promote Sustainable Agriculture." Sustainable Development Knowledge Platform. Fecha de consulta: febrero de 2016. <https://sustainabledevelopment.un.org/?page=view&nr=164&type=230&menu=2059> (en inglés).
- Naciones Unidas. 2013. *World Population Prospects: The 2012 Revision*. Nueva York: Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Sociales y Económicos, División Población. Fecha de consulta: junio de 2015. <http://esa.un.org/unpd/wpp/Excel-Data/population.htm>.
- . 2014a. "High-Level Meetings and the General Debate of the Sixty-eighth Session of the General Assembly." Agenda Item 118, Follow-Up to the Outcome of the Millennium Summit. Fecha de consulta: marzo de 2016. <https://papersmart.unmeetings.org/ga/68th-session/plenary-meetings/agenda/i/118/>.
- . 2014b. *A World That Counts*. Nueva York. <http://www.undatarevolution.org/wp-content/uploads/2014/11/A-World-That-Counts.pdf>.
- . 2015. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.
- Ndiku, H., M. Ndiku, K. Jaceldo-Siegl, P. Singh y J. Sabaté. 2011. "Gender Inequality in Food Intake and Nutritional Status of Children under 5 Years Old in Rural Eastern Kenya." *European Journal of Clinical Nutrition* 65 (1): 26–31.
- Neuman, M., I. Kawachi, S. Gortmaker y S. V. Subramanian. 2014. "National Economic Development and Disparities in Body Mass Index: A Cross-Sectional Study of Data from 38 Countries." *PloS One* 9 (6): e99327.
- Ngure, F. M., J. H. Humphrey, M. N. Mbuya, F. Majo, K. Mutasa, M. Govha, E. Mazarura, B. Chasekwa, A. J. Prendergast, V. Curtis, K. J. Boor y R. J. Stoltzfus. 2013. "Formative Research on Hygiene Behaviors and Geophagy among Infants and Young Children and Implications of Exposure to Fecal Bacteria." *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 89 (4): 709–716. doi: 10.4269/ajtmh.12-0568.
- Ngure, F. M., B. M. Reid, J. H. Humphrey, M. N. Mbuya, G. Peltó y R. J. Stoltzfus. 2014. "Water, Sanitation, and Hygiene (WASH), Environmental Enteropathy, Nutrition, and Early Child Development: Making the Links." *Annals of the New York Academy of Sciences* 1308 (1): 118–128.
- Nguyen, P. H., S. S. Kim, S. Keithly, N. Hajeebhoy, L. M. Tran, M. T. Ruel, R. Rawat y P. Menon. 2014. "Incorporating Elements of Social Franchising in Government Health Services Improves the Quality of Infant and Young Child Feeding Counseling Services at Commune Health Centers in Vietnam." *Health Policy and Planning* 29 (8): 1008–1020. doi: 10.1093/heapol/czt083.
- Norredam, M., A. Mygind y A. Krasnik. 2006. "Access to Health Care for Asylum Seekers in the European Union: A Comparative Study of Country Policies." *European Journal of Public Health* 16 (3): 285–289.
- Nugent, R. 2011. *Bringing Agriculture to the Table*. Chicago: Chicago Council on Global Affairs.

- Nugent, R. y A. B. Feigl. 2010. *Where Have All the Donors Gone? Scarce Donor Funding for Non-communicable Diseases*. Documento de debate. Fecha de consulta: febrero de 2016. <http://www.cgdev.org/publication/where-have-all-donors-gone-scarce-donor-funding-non-communicable-diseases-working-paper> (en inglés).
- Nutrición para el crecimiento. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. <http://nutrition4growth.org>.
- OCHA (Oficina de la ONU para la Coordinación de Asuntos Humanitarios). 2016. "El Niño: Overview of Impact and Projected Humanitarian Needs and Response as of 29 January 2016." Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. <http://reliefweb.int/report/world/el-ni-o-overview-impact-and-projected-humanitarian-needs-and-response-29-january-2016>.
- OCHA, PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo), UNHCR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados), UNICEF, WFP (Programa Mundial de Alimentos) y Banco Mundial. 2015. *Addressing Protracted Displacement: A Framework for Development-Humanitarian Cooperation*. Nueva York: Centro de Cooperación Internacional.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). 2015. List of Fragile States and Economies Used for Preparing the 2015 OECD Report on States of Fragility. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. <http://www.oecd.org/dac/governance-peace/conflictandfragility/docs/List%20of%20fragile%20states.pdf> (en inglés).
- . 2016a. Creditor Reporting System. Estadísticas OCDE. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=CRS1> (en inglés).
- . 2016b. Datos. Fecha de consulta: febrero de 2016. <https://data.oecd.org> (en inglés).
- . 2016c. "Development Aid Stable in 2014 but Flows to Poorest Countries Still Falling." Comunicado de prensa, 8 de abril. Fecha de consulta: 14 de abril de 2016. www.oecd.org/dac/stats/development-aid-stable-in-2014-but-flows-to-poorest-countries-still-falling.htm (en inglés).
- ODI (Instituto de Desarrollo de Ultramar). 2016. *Women's Work: Mothers, Children, and the Global Childcare Crisis (El trabajo de la mujer: madres, hijos y la crisis global del cuidado de los niños)*. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. <http://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/10333.pdf> (en inglés).
- Odisha, Women and Child Development Department. 2016. Nutrition Operation Plan. Fecha de consulta: 26 de abril. <http://wcdodisha.gov.in/node/42> (en inglés).
- Ofei-Aboagye, E. 2013. *Advancing Social Accountability in Social Protection and Socio-Economic Interventions: The Ghana School Feeding Programme*. Accra: Institute of Local Government Studies.
- OIT (Organización Internacional del Trabajo). 2014. *La maternidad y la paternidad en el trabajo: Legislación y práctica en el mundo*. Ginebra.
- Olney, D. K., A. Pedehombga, M. T. Ruel y A. Dillon. 2015. "A 2-Year Integrated Agriculture and Nutrition and Health Behavior Change Communication Program Targeted to Women in Burkina Faso Reduces Anemia, Wasting, and Diarrhea in Children 3–12.9 Months of Age at Baseline: A Cluster-Randomized Controlled Trial." *Journal of Nutrition* 145 (6): 1317–1324.
- OMS (Organización Mundial de la Salud). 1981. *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Ginebra.
- . 2003. *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño*. Ginebra.
- . 2007. *Preventing and Controlling Micronutrient Deficiencies in Population Affected by an Emergency: Multiple Vitamin and Mineral Supplements for Pregnant and Lactating Women, and for Children Aged 6 to 59 Months (Prevención y control de las deficiencias de micronutrientes en poblaciones afectadas por una emergencia: suplementos de vitaminas y minerales para las mujeres embarazadas y lactantes y para los niños de 6 a 59 meses)*. www.who.int/nutrition/publications/WHO_WFP_UNICEFstatement.pdf (en inglés). Ginebra.
- . 2008. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Conclusions of a Consensus Meeting Held 6–8 November 2007 in Washington D.C., EE. UU.* Fecha de consulta: febrero de 2016. www.unicef.org/nutrition/files/IYCF_updated_indicators_2008_part_1_definitions.pdf.
- . 2009. *Guidelines on Food Fortification with Micronutrients (Guía sobre la fortificación de los alimentos con micronutrientes)*. Ginebra. <http://www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/9241594012/en/> (en inglés).
- . 2010a. *Nutrition Landscape Information System (NLIS) Country Profile Indicators: Interpretation Guide*. Ginebra.
- . 2010b. *Set of Recommendations on the Marketing of Foods and Non-Alcoholic Beverages to Children*. Ginebra.
- . 2012a. *Assessing National Capacity for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases: Report of the 2010 Global Survey*. Fecha de consulta: 14 de abril de 2016. www.who.int/cancer/publications/national_capacity_prevention_ncds.pdf?ua=1 (en inglés).
- . 2012b. "Maternal, Infant, and Young Child Nutrition: Draft Comprehensive Implementation Plan." Ginebra. Fecha de consulta: 19 de marzo de 2016. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_11-en.pdf and http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA65/A65_11Corr1-en.pdf (en inglés).
- . 2013a. *Essential Nutrition Actions: Improving Maternal, Newborn, Infant, and Young Child Health and Nutrition*. Ginebra. Fecha de consulta: marzo de 2016. www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/essential_nutrition_actions/en/ (en inglés).
- . 2013b. *Global Nutrition Policy Review: What Does It Take to Scale Up Action?* Ginebra.

- . 2014a. "Global Nutrition Targets 2025: Low Birth Weight Policy Brief." Ginebra. http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_lbwn/en/ (en inglés).
- . 2014b. *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Fecha de consulta: febrero de 2016. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>.
- . 2014c. *WHO Global Health Expenditure Atlas 2014*. Fecha de consulta: febrero de 2016. <http://www.who.int/health-accounts/atlas2014.pdf> (en inglés).
- . 2014d. *Global Nutrition Targets 2025: Policy Brief Series*. Fecha de consulta: 23 de marzo de 2016. http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_overview/en/ (en inglés).
- . 2015a. Global Health Observatory Data Repository. Fecha de consulta: junio de 2015. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.A897A?lang=en> (en inglés).
- . 2015b. National Health Account Tracking, 2015. Fecha de consulta: abril de 2016. http://apps.who.int/nha/database/Country_Profile/Index/en (en inglés).
- . 2015c. *Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2015*. Fecha de consulta: marzo de 2016. www.who.int/nmh/publications/ncd-progress-monitor-2015/en/ (en inglés).
- . 2016a. Country Planning Cycle Database. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. <http://www.nationalplanningcycles.org/> (en inglés).
- . 2016b. *Developing Country Scale-up Plans*. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/nutrition/EB128_18_backgroundpaper3_developingcountryscaleupplans.pdf (en inglés).
- . 2016c. "Diabetes." Fecha de consulta: febrero de 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/> (en español).
- . 2016d. eLENA (Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales). Fecha de consulta: febrero de 2016. <http://www.who.int/elena/es/> (en español).
- . 2016e. Base de datos mundial sobre la ejecución de medidas nutricionales (GINA). Fecha de acceso: febrero de 2016. www.who.int/nutrition/gina/en/ (en inglés).
- . 2016f. Global Targets Tracking Tool. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/nutrition/trackingtool/en/ (en inglés).
- . 2016g. *The Healthy Growth Project*. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/nutrition/healthygrowthproj/en/index1.html (en inglés).
- . 2016h. Landscape Analysis Country Assessments. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/nutrition/landscape_analysis/country_assessments/en/ (en inglés).
- . 2016i. Nutrition Landscape Information System (NLIS). Fecha de consulta: febrero de 2016. <http://apps.who.int/nutrition/landscape/report.aspx> (en inglés).
- . 2016j. "Obesidad y sobrepeso." Fecha de consulta: febrero de 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/> (en español).
- . 2016k. Objective 6 of the Global NCD Action Plan. Fecha de consulta: 6 de abril de 2016. <http://www.who.int/nmh/ncd-tools/objective6/en/> (en inglés).
- . 2016l. *Planning and Costing Nutrition Actions: The OneHealth Tool*. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/nutrition/publications/onehealth_tool/en/ (en inglés).
- . 2016m. *Prioritizing Areas for Action in the Field of Population-Based Prevention of Childhood Obesity*. Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/tools/en/ (en inglés).
- . 2016n. "Progress on Sanitation and Drinking-Water: Fast Facts." Fecha de consulta: marzo de 2016. http://www.who.int/water_sanitation_health/monitoring/jmp_fast_facts/en/ (en inglés).
- . 2016o. *Report of the Commission on Ending Childhood Obesity*. Fecha de consulta: marzo de 2016. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204176/1/9789241510066_eng.pdf (en inglés).
- . 2016p. Set of 9 Voluntary NCD Targets for 2025. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. http://www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/gmf1_large.jpg?ua=1 (en inglés).
- . 2016q. "UN, Kenyan Government Take Broad-Based Approach to Fighting NCDs." Fecha de consulta: febrero de 2016. www.who.int/nmh/events/2014/kenya-ncd-prevention/en/ (en inglés).
- . 2016r. WHO MiNDbank: More Inclusiveness Needed in Disability and Development. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. <https://www.mindbank.info/> (en inglés).
- . 2016s. "Noncommunicable Diseases and Mental Health." Fecha de consulta: 1 de febrero de 2016. <http://www.who.int/nmh/ncd-tools/definition-targets/en/> (en inglés).
- . 2016t. "Nutrición: Metas globales 2025: Póster." Fecha de acceso: 1 de febrero de 2016. http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/es/ (en español).
- . 2016u. Cost Effectiveness and Strategic Planning (WHO-CHOICE): OneHealth Tool. Accessed April 25. <http://www.who.int/choice/onehealthtool/en/>.
- . 2016v. Health Accounts Production Tool (HAPT). Fecha de consulta: 25 de abril. <http://www.who.int/health-accounts/tools/HAPT/en/> (en inglés).
- . 2016w. Global Health Expenditure Database. Documentation Centre. <http://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en> (en inglés).

- OMS, UNICEF e IBFAN (International Baby Food Action Network). 2016. *Comercialización de sucedáneos de la leche materna: Aplicación del Código Internacional. Informe de situación 2016*. Ginebra: OMS.
- OMS, UNICEF y USAID (Agencia de Estados Unidos de América para el desarrollo internacional). 2015. *Improving Nutrition Outcomes with Better Water, Sanitation, and Hygiene: Practical Solutions for Policies and Programmes*. Ginebra: OMS.
- OPS (Organización Panamericana de la Salud). 2015a. *Baby Friendly Hospital Initiative in Latin America and the Caribbean: Current Status, Challenges, and Opportunities*. Washington, DC.
- . 2015b. *Ultra-processed Food and Drink Products in Latin America: Trends, Impact on Obesity, Policy Implications*. Washington, DC.
- PAA Africa. 2016. "Purchase from Africans for Africa (Comprar a los africanos para África)." Fecha de consulta: marzo de 2016. <http://paa-africa.org> (en inglés).
- Panel Global sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición. *How Can Agriculture and Food System Policies Improve Nutrition?* Nota técnica informativa. Londres.
- . 2015. *Improved Metrics and Data Are Needed for Effective Food System Policies in the Post-2015 Era*. Nota técnica informativa. Londres: Panel Global sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición.
- . 2016. "AfDB President Adesina Addresses the Issues of Malnutrition during Global Panel Annual Meeting." Fecha de consulta: 17 de abril de 2016. www.glopan.org/news/afdb-president-adesina-addresses-issues-malnutrition-during-global-panel-annual-meeting (en inglés).
- Pérez-Escamilla, R., J. L. Martínez y S. Segura-Pérez. 2016. "Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Breastfeeding and Child Health Outcomes: A Systematic Review." *Maternal and Child Nutrition*. doi: 10.1111/mcn.12294.
- Pettigrew, L. M., J. De Maeseneer, M. I. P. Anderson, A. Essuman, M. R. Kidd y A. Haines. 2015. "Primary Health Care and the Sustainable Development Goals." *Lancet* 386 (10009): 2119–2121.
- Pickering, A. J. y J. Davis. 2012. "Freshwater Availability and Water Fetching Distance Affect Child Health in Sub-Saharan Africa." *Environmental Science and Technology* 46 (4): 2391–2397. doi: 10.1021/es203177v.
- Popkin, B. M., S. Kim, E. R. Rusev, S. Du y C. Zizza. 2006. "Measuring the Full Economic Costs of Diet, Physical Activity and Obesity-related Chronic Diseases." *Obesity Reviews* 7 (3): 271–293.
- Pratesi, M., ed. 2016. *Analysis of Poverty Data by Small Area Estimation*. Chichester, UK: Wiley.
- Rao, J. N. K. y I. Molina. 2015. *Small Area Estimation*. 2nd ed. Hoboken, NJ, US: Wiley.
- Red de donantes del Movimiento SUN (SUN Donor Network). 2013. "Methodology and Guidance Note to Track Global Investments in Nutrition." Geneva. http://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2013/12/RESOURCE_TRACKING_METHODODOLOGY_SUN_DONOR_NETWORK.pdf (en inglés).
- Reddy, K. S. 2015. "India's Aspirations for Universal Health Coverage." *New England Journal of Medicine* 373 (1): 1–5.
- Reino Unido. 2013a. *Global Nutrition for Growth Compact*. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/248760/Endorserscompact_update7_10_2013.pdf.
- . 2013b. *Nutrition for Growth Commitments: Executive Summary*. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/207274/nutrition-for-growth-commitments.pdf.
- . 2016. *Budget 2016*. Documento de debate. Fecha de consulta: 17 de abril de 2016. www.gov.uk/government/publications/budget-2016-documents/budget-2016.
- Rocha, C. 2016. "Work in Progress: Addressing Food Insecurity in Brasil." In *Food Poverty and Insecurity: International Food Inequalities*, edited by M. Caraher and J. Coveney, 105–115. Cham, Suiza: Springer International.
- Roelen, K., H. K. Chettri y E. Delap. 2015. "Little Cash to Large Households: Cash Transfers and Children's Care in Disadvantaged Families in Ghana." *International Social Security Review* 68 (2): 63–83.
- Rollins, N. C., N. Bhandari, N. Hajeerbhoy, S. Horton, C. K. Lutter, J. C. Martines, E. G. Piwoz, L. M. Richter y C. G. Victora. 2016. "Why Invest, and What It Will Take to Improve Breastfeeding Practices?" *Lancet* 387 (10017): 491–504.
- Ruel, M. T. y H. Alderman. 2013. "Nutrition-Sensitive Interventions and Programmes: How Can They Help to Accelerate Progress in Improving Maternal and Child Nutrition?" *Lancet* 382 (9891): 536–551.
- Rutstein, S. O. y A. Way. 2014. *The Perú Continuous DHS Experience*. DHS Occasional Paper 8. Rockville, MD, US: ICF International.
- Saha, K.K., M. Billah, P. Menon, S. El Arifeen y N. V. N. Mbuya. 2015. *Bangladesh National Nutrition Services: Assessment of Implementation Status*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Saleh, K. 2013. *The Health Sector in Ghana: A Comprehensive Assessment*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Saneamiento y agua para todos (Sanitation and Water for All). 2014. *Developing SMART Commitments for the 2014 High Level Meeting (HLM): Guidance for Governments and SWA Partners in Country*. New York. <http://sanitationandwaterforall.org/partner-workspace/high-level-commitments-dialogue/> (en inglés).
- Savedoff, W. D., D. de Ferranti, A. L. Smith y V. Fan. 2012. "Political and Economic Aspects of the Transition to Universal Health Coverage." *Lancet* 380 (9845): 924–932.
- SDSN (Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible para las Naciones Unidas). 2015. *Data for Development: An Action Plan to Finance the Data Revolution for Sustainable Development*. Fecha de consulta: 8 de abril de 2016. <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2015/04/>

- Data-For-Development-An-Action-Plan-July-2015.pdf (en inglés).
- Shaheen, F., J. Glennie, A. Lenhardt y J. M. Roche. 2016. *Every Last Child*. London: Save the Children.
- Shekar, M., et al. 2015a. *Scaling Up Nutrition in the DRC: What Will It Cost?* Health, Nutrition, and Population (HNP) Documento de debate. Washington, DC: Banco Mundial.
- Shekar, M., M. Mattern, M. W. Eozenou, P. Hoang-Vu, J. Dayton Eberwein, J. K. Akuoku, J. Kweku, E. Di Gropello y R. W. Emanuela. 2015b. *Scaling Up Nutrition for a More Resilient Mali: Nutrition Diagnostics and Costed Plan for Scaling Up*. Health, Nutrition, and Population (HNP) Documento de debate. Washington, DC: Banco Mundial.
- Shekar, M. et al. 2015c. *Costed Plan for Scaling Up Nutrition: Togo*. Health, Nutrition, and Population (HNP) Documento de debate. Washington, DC: Banco Mundial.
- Shekar, M., J. Kakietek, M. D'Alimonte, D. Walters, H. Rogers, J. Dayton Eberwein, S. Soe-Lin y R. Hecht. 2016. *Investing in Nutrition: The Foundation for Development: An Investment Framework to Reach the Global Nutrition Targets*. Washington, DC: Banco Mundial, Results for Development, Bill & Melinda Gates Foundation, Children's Investment Fund Foundation y 1 000 Días. Disponible en: <http://www.worldbank.org/en/topic/nutrition/publication/investing-in-nutrition-the-foundation-for-development> and <http://thousanddays.org/resource/investing-in-nutrition/>.
- Slow Food. 2015. Our Philosophy. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. <http://www.slowfood.com/about-us/our-philosophy/> (en inglés).
- SMART (Standardized Monitoring and Assessment of Relief and Transitions). 2006. *Measuring Mortality, Nutritional Status, and Food Security in Crisis Situations: SMART Methodology Version 1*. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadi428.pdf.
- Smith, L. C. y L. Haddad. 2015. "Reducing Child Undernutrition: Past Drivers and Priorities for the Post-MDG Era." *World Development* 68: 180–204.
- Sphere Project. 2015. *Sphere Handbook (Carta humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria)*. Fecha de consulta: 19 de enero de 2016. <http://www.spherehandbook.org/es/> (en español).
- Spohrer, R. y G. S. Garrett. 2013. "Engaging Small-Scale Salt Producers." *Iodine Deficiency Disorder Newsletter*, Noviembre.
- Stevens, G. A., M. M. Finucane, L. M. De-Regil, C. J. Paciorek, S. R. Flaxman, F. Branca, J. Pablo Peña-Rosas, Z. A. Bhutta en M. Ezzati. 2013. "Global, Regional, and National Trends in Haemoglobin Concentration and Prevalence of Total and Severe Anaemia in Children and Pregnant and Non-pregnant Women for 1995–2011: A Systematic Analysis of Population-Representative Data." *Lancet Global Health* 2013 (1): e16–e25.
- Stufkens, J. 2014. "Summary of the 2014 Country Reports." Presentation made at the Eighth Meeting of BFHI Coordinators: Industrialized Countries, Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States (CEE/CIS), 6–8 de junio, Vilnius, Lituania. www.bfiontario.ca/wp-content/uploads/2015/04/WHO-BFI-Global-perspective-handout-Marianne-Brophy.pdf.
- Su, W., J. Huang, F. Chen, W. Iacobucci, M. Mocarski, T. M. Dall y L. Perreault. 2015. "Modeling the Clinical and Economic Implications of Obesity Using Microsimulation." *Journal of Medical Economics* 18 (11): 886–897.
- Sudáfrica, Departamento de Salud. 2015. *Strategy for the Prevention and Control of Obesity in Sudáfrica, 2015–2020*. Pretoria. <https://www.health-e.org.za/wp-content/uploads/2015/12/National-Strategy-for-prevention-and-Control-of-Obesity-4-August-latest.pdf> (en inglés).
- Sunguya, B., K. Ong, S. Dhakal, L. Mlunde, A. Shibamura, J. Yasuoka y M. Jimba. 2014. "Strong Nutrition Governance Is Key to Addressing Nutrition Transition in Low and Middle-Income Countries: Review of Countries' Nutrition Policies." *Nutrition Journal* 13 (1): 65.
- Tang, K. C., D. Nutbeam, C. Aldinger, L. St Leger, D. Bundy, A. M. Hoffmann, E. Yankah, D. McCall, G. Buijs, S. Arnaout y S. Morales. 2009. "Schools for Health, Education, and Development: A Call for Action." *Health Promotion International* 24 (1): 68–67.
- Trieu, K., B. Neal, C. Hawkes, E. Dunford, N. Campbell, R. Rodriguez-Fernandez, et al. 2015. "Salt Reduction Initiatives around the World—A Systematic Review of Progress towards the Global Target." *PLoS ONE* 10 (7): e0130247. doi: 10.1371/journal.pone.0130247.
- Tüzün, E. H., D. K. Güven, L. Eker, B. Elbasan y S. F. Bülbül. 2013. "Nutritional Status of Children with Cerebral Palsy in Turquía." *Disability and Rehabilitation* 35 (5): 413–417.
- Tzioumis, E., and L. Adair. 2014. "Global Trends in the Childhood Dual Burden of Malnutrition." *FASEB Journal* 28 (1) Supplement: 621–622.
- Tzioumis, E., M. C. Kay, M. E. Bentley y L. S. Adair. 2016. "Prevalence and Trends in the Childhood Dual Burden of Malnutrition in Low- and Middle-Income Countries, 1990–2012." *Public Health Nutrition*: 1–14 [Publicación en Línea previa a la impresión].
- UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) Instituto de estadísticas. 2015. Centro de datos. Fecha de consulta: 21 de abril de 2015. www.unesco.org/DataCentre/Pages/BrowseEducation.aspx.
- UNHCR (Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados ACNUR). 2014a. "Malnutrition a Serious Threat as Food Shortages Impact Maban Refugee Camps." Fecha de acceso: 15 de enero de 2016. <http://www.unhcr.org/5370cfbb6.html> (en inglés).
- . 2014b. *World at War: UNHCR Global Trends: Forced Displacement in 2014*. Fecha de consulta: 15 de enero de 2016. http://unhcr.org/556725e69.html#_ga=1.183170982.1419369449.1434622495 (en inglés).

- . 2015. "Worldwide Displacement Hits All-Time High as War and Persecution Increase." Fecha de consulta: febrero de 2016. <http://www.unhcr.org/558193896.html> (en inglés).
- . 2016a. Population Statistics. <http://popstats.unhcr.org/en/overview>.
- . 2016b. Standardised Expanded Nutrition Survey database. <http://sens.unhcr.org/>.
- UNICEF. 2014. "Nutridash 2014." Nueva York. Sin publicar.
- . 2015. *State of the World's Children 2015*. Nueva York.
- . 2016a. "Malnutrition Mounts as El Niño Takes Hold." Comunicado de prensa, 17 de febrero. http://www.unicef.org/media/media_90252.html.
- . 2016b. Base de datos mundial de UNICEF. "Nutrition: Infant and Young Child Feeding." Accessed April 2016. www.data.unicef.org/nutrition/iyfc.
- . 2016c. MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys). <http://mics.unicef.org/surveys>.
- . 2016d. Base de datos mundial de UNICEF. Fecha de consulta: abril de 2016. www.data.unicef.org.
- UNICEF y OMS. 2015. *Progress on Sanitation and Drinking Water: 2015 Update and MDG Assessment*. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/JMP-Update-report-2015_English.pdf.
- UNICEF, OMS (Organización Mundial de la Salud) y Banco Mundial. 2015. 2014 Joint Child Malnutrition Estimates: Levels and Trends (September 2015 update). Fecha de consulta: 17 de abril de 2016. <http://data.worldbank.org/child-malnutrition>.
- UNSCN (Comité Permanente de Nutrición de las Naciones Unidas). 2014. *The Nutrition Sensitivity of Agriculture and Food Policies: A Synthesis of Eight Country Case Studies*. Fecha de consulta: marzo de 2016. http://www.unscn.org/en/publications/country_case_studies/the_nutrition_sensitivity.php.
- USAID (Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional). 2012. Semi-Quantitative Evaluation of Access and Coverage (SQUEAC)/Simplified Lot Quality Assurance Sampling Evaluation of Access and Coverage (SLEAC) Technical Reference. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. http://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/SQUEAC-SLEAC-Technical-Reference-Oct2012_0.pdf.
- Uttar Pradesh, State Nutrition Mission. 2014. *Vision Document, 2014–2024*. http://www.snmup.in/MediaGallery/vision_eng.pdf.
- van Jaarsveld, P., M. Faber, S. Tanumihardjo, P. Nestel, C. Lombard y A. Spinnler Benadé. 2005. "B-Carotene-Rich Orange-Fleshed Sweet Potato Improves the Vitamin A Status of Primary School Children Assessed with the Modified-Relative-Dose-Response Test." *American Journal of Clinical Nutrition* 81 (5): 1080–1087.
- Victora, C. G. y J. A. Rivera. 2014. "Optimal Child Growth and the Double Burden of Malnutrition: Research and Programmatic Implications." *American Journal of Clinical Nutrition* 100 (6): 1611S–1612S.
- Victora, C. G., R. Bahl, A. J. D. Barros, G. V. A. França, S. Horton, J. Krasevec, S. Murch, M. J. Sankar, N. Walker y N. C. Rollins. 2016. "Breastfeeding in the 21st Century: Epidemiology, Mechanisms, and Lifelong Effect." *Lancet* 387 (10017): 475–490.
- von Grebmer, K., J. Bernstein, A. de Waal, N. Prasai, S. Yin y Y. Yohannes. 2015. *Global Hunger Index: Armed Conflict and the Challenge of Hunger*. Bonn, Alemania; Washington, DC; Dublin, Irlanda: Welthungerhilfe; Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI) y Concern Worldwide.
- Waters, E., A. de Silva-Sanigorski, B. J. Hall, T. Brown, K. J. Campbell, Y. Gao, R. Armstrong, L. Prosser y C. D. Summerbell. 2011. "Interventions for Preventing Obesity in Children." *Cochrane Database of Systematic Reviews* 12 (CD001871).
- WBTi (Iniciativa Mundial sobre Tendencias de la Lactancia Materna). 2016. WBTi Tracking, Assessing, and Monitoring Systems. Fecha de consulta: febrero de 2016. <http://worldbreastfeedingtrends.org/>.
- WCRF International (Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer). 2016. "NOURISHING Framework." Fecha de consulta: marzo de 2016. www.wcrf.org/int/policy/nourishing-framework (en inglés).
- WCRF International (Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer) y Alianza Internacional para las Enfermedades No Transmisibles (NCD Alliance). 2016. "Ambitious, SMART Commitments to Address NCDs, Overweight, and Obesity: Make the UN Decade for Action on Nutrition Count for All Forms of Malnutrition." Londres.
- WFP (Programa Mundial de Alimentos). 2016. *WFP El Niño: Preparedness and Response*. ISituation Report 3, 4 March 2016. Fecha de consulta: 9 de abril de 2016. <http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/ep/wfp282093.pdf>.
- World Economics. 2016. *Global Growth Tracker*. Fecha de consulta: marzo de 2016. www.worldeconomics.com/papers/Global%20Growth%20Monitor_7c66ffca-ff86-4e4c-979d-7c5d7a22ef21.paper (en inglés).

SOCIOS DEL INFORME DE LA NUTRICIÓN MUNDIAL 2016



Ethiopia



SESAN

Guatemala (SESAN)



Indonesia



Malawi



Nigeria



Pakistan



Cellule de Lutte contre la Malnutrition

Senegal (CLM)



Food and Agriculture
Organization of the
United Nations



World Health
Organization



UNSCN

United Nations System Standing Committee on Nutrition



BILL & MELINDA
GATES foundation



Government
of Canada

Gouvernement
du Canada



CHILDREN'S
INVESTMENT FUND
FOUNDATION



Irish Aid
Rialtas na hÉireann
Government of Ireland



Government of the Netherlands



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



THE AGA KHAN UNIVERSITY



INSTITUTE FOR GLOBAL HEALTH



THE UNIVERSITY OF
AUCKLAND
Te Whare Wānanga o Tāmaki Makaurau
NEW ZEALAND



ENGAGE • INSPIRE • INVEST



Countdown to 2015
Maternal, Newborn & Child Survival



CITY UNIVERSITY
LONDON



Development
Initiatives



RTI
INTERNATIONAL



University of Abomey-Calavi



gain
Global Alliance for
Improved Nutrition



economic evaluation for health

Disease
Control
Priorities



JOHNS HOPKINS
BLOOMBERG SCHOOL
of PUBLIC HEALTH

JOHNS HOPKINS
BERMAN INSTITUTE
of BIOETHICS



University of Indonesia



Institut de recherche
pour le développement



MAHIDOL
UNIVERSITY
Wisdom of the Land



INTERNATIONAL
FOOD POLICY
RESEARCH
INSTITUTE
IFPRI



Micronutrient
Initiative



Centre for
Global Child Health