2020

Informe de la Nutrición Mundial

Medidas en materia de equidad para poner fin a la malnutrición

APOYOS

Dr. Lawrence Haddad, Director Ejecutivo de la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición

La crisis de la COVID-19 ha puesto aún más de manifiesto que la inequidad es un factor y un indicador de la malnutrición. La crisis perjudica el estado nutricional de los más vulnerables antes y con más fuerza; a su vez, las personas malnutridas son más susceptibles al virus. En este informe se explica cómo impulsar la equidad y, de ese modo, mejores resultados de la nutrición.

Gerda Verburg, Subsecretaria General de las Naciones Unidas y Coordinadora del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN)

El *Informe de la Nutrición Mundial 2020* se publica en plena crisis de la COVID-19. No solo se trata de una crisis sanitaria a la que sigue una crisis económica; en muchos países en desarrollo, es una crisis de salud y nutrición a la que acompaña una crisis socioeconómica. El confinamiento menoscaba los ingresos de la población y su capacidad para obtener alimentos y seguridad nutricional. El cierre de las escuelas conlleva la interrupción de los programas de alimentación escolar que facilitaban comidas nutritivas a los niños. Los pequeños agricultores y productores de alimentos —con frecuencia, mujeres con pocos derechos y una escasa capacidad de decisión— se verán especialmente afectados. En la nueva normalidad tras la crisis, la nutrición deberá considerarse y reconocerse como un elemento indispensable para el desarrollo en los ámbitos de la salud, la alimentación, la educación y la economía. Ha de prestarse una atención particular a la equidad —tema al que se dedica el informe de este año— y velar así por que todos los cambios sistémicos, normativos y prácticos respalden a los más pobres y vulnerables a fin de no dejar a nadie atrás.

Henrietta H. Fore, Directora Ejecutiva del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Como se subraya en el *Informe de la Nutrición Mundial 2020*, hoy es más necesario que nunca fortalecer nuestras iniciativas colectivas para que los niños más vulnerables disfruten de una alimentación saludable y prácticas y servicios de nutrición adecuados. En concreto, precisamos sistemas y entornos alimentarios que ofrezcan una alimentación nutritiva, inocua, asequible y sostenible a todos los niños, donde quiera que vivan.

En el inicio del último decenio de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, tenemos la oportunidad de acelerar los progresos conducentes a este objetivo mediante una recopilación, un análisis y una aplicación más rigurosos de datos de buena calidad para diseñar programas capaces de acercarnos al fin de todas las formas de malnutrición. UNICEF se enorgullece de formar parte de esta importante labor.

Shinichi Kitaoka, Presidente de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)

En la antesala de la Cumbre Nutrición para el Crecimiento, el *Informe de la Nutrición Mundial 2020* es una lectura imprescindible. El mundo está inmerso en una guerra contra la amenaza inédita de la COVID-19. El esfuerzo por hacer frente a todas las formas de malnutrición, además de la intervención médica, constituye un elemento esencial para combatir este tipo de enfermedades infecciosas. Una alimentación equilibrada y nutritiva resulta clave para mejorar la inmunidad fundamental. En este sentido, hemos de destacar la importancia de mejorar el estado nutricional como medida de prevención crucial con miras a crear una sociedad resiliente. Dado que una nutrición adecuada para todos es también un aspecto importante de la seguridad humana, actuar con rapidez en este ámbito ayudará a proteger vidas y la dignidad de las personas. Con este planteamiento, la JICA combatirá sin descanso la malnutrición.

Dr. Qu Dongyu, Director General de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)

El llamamiento a transformar los sistemas alimentarios —para poner al alcance de la población dietas saludables, accesibles, atractivas e inocuas— nunca ha resultado tan pertinente. La aparición de la COVID-19 ha puesto de manifiesto la fragilidad de los sistemas alimentarios. Debemos aprovechar esta crisis para reconstruir y reconfigurar dichos sistemas en aras de la resiliencia, la igualdad y la sostenibilidad. Para ello se requiere una acción concertada en todos los frentes que ponga fin a las desigualdades en los sistemas alimentarios que impiden que toda la población tenga acceso a una nutrición asequible. No podemos conformarnos con un mundo en el que más de 800 millones de personas se acuestan con hambre y donde más de 2.000 millones no tienen acceso a una alimentación de calidad. La FAO está dispuesta a colaborar con todas las partes interesadas para llevar a la práctica esta transformación de los sistemas alimentarios y asegurarse de que nadie se quede atrás.

David M. Beasley, Director Ejecutivo del Programa Mundial de Alimentos

El *Informe de la Nutrición Mundial* de este año sirve de nuevo como espejo en el que el mundo puede comprobar la medida en que está cumpliendo su promesa de poner fin a la malnutrición. Si bien se observan avances alentadores, la situación actual, marcada por el conflicto a escala mundial y la COVID-19 y sus consecuencias, nos coloca en una situación delicada cuyos efectos sufrirán especialmente, como siempre, los más vulnerables. El informe de este año debería servirnos para examinar, reflexionar y recomponer con ánimo de crear un mundo del que sentirnos orgullosos.

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud

Las desigualdades en materia de salud basadas en aspectos sociales como la situación laboral, el nivel de ingresos, el género y la etnia acarrean costes sociales y económicos significativos tanto para las personas como para las sociedades. Las desigualdades son el origen de muchos de los mayores problemas de salud pública del mundo. El énfasis del *Informe de la Nutrición Mundial 2020* en las "Medidas en materia de equidad para poner fin a la malnutrición" pone de manifiesto las enormes desigualdades que existen en la carga del retraso del crecimiento, la emaciación, la obesidad, las carencias de micronutrientes y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. En el informe se exponen sin ambages los elementos de nuestros sistemas sanitarios y alimentarios que restringen la capacidad de los grupos de población vulnerables a la hora de recibir la alimentación y la atención que precisan para llevar una vida saludable y productiva. Ha llegado el momento de que tomemos medidas drásticas y nos comprometamos a eliminar las desigualdades y poner así fin a la malnutrición.

Anne-Marie Trevelyan, parlamentaria y Secretaria de Estado para el Desarrollo Internacional del Reino Unido

El *Informe de la Nutrición Mundial 2020* representa un toque de atención para que no olvidemos que el mundo ha de trabajar unido para combatir la malnutrición, que tanto afecta a la vida de las personas. Estos hallazgos deben servirnos para impulsar nuevos avances. La publicación del presente informe en pleno brote de COVID-19 nos recuerda que las personas malnutridas, entre ellas las niñas y las mujeres, son especialmente vulnerables a la enfermedad; y que es probable que la COVID-19 exacerbe la malnutrición en los países de ingreso bajo y mediano. El Reino Unido sigue comprometido con un enfoque humano y responsable para prevenir y tratar la malnutrición. Este se inscribe en nuestro propósito de poner fin a las muertes evitables de recién nacidos, niños y madres para 2030. Asimismo, prevenir la malnutrición puede contribuir a las iniciativas que impulsan la resiliencia y la productividad económica de los países de ingreso bajo y mediano con vistas a reducir el impacto del cambio climático. El Reino Unido respalda en especial los llamamientos contenidos en el informe para poner fin a las desigualdades en materia de malnutrición, convertir la nutrición en un elemento fundamental de la provisión de atención de salud y apoyar un cambio encaminado a una alimentación más saludable, equitativa y sostenible. Invertir y actuar en el ámbito de la nutrición nunca ha sido tan importante.

Amir M. Abdulla, Presidente del Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas

El tema del informe de este año es oportuno e importante: medidas en materia de equidad para poner fin a la malnutrición. Esta edición del *Informe de la Nutrición Mundial* se centra en las desigualdades en los servicios sociales básicos y los resultados de la malnutrición. En informes anteriores, entre ellos las ediciones previas del *Informe de la Nutrición Mundial*, ya se había señalado que la desigualdad es un factor determinante de la malnutrición. Tal como se señala en el editorial del número 43 de *UNSCN News* (2018, "Advancing equity, equality and non-discrimination in food systems: Pathways to reform"), "hay que replantear el problema del hambre y la malnutrición como un problema de justicia social a fin de abordar la estructura de poder en las cadenas alimentarias, reducir la brecha en los planes de protección social y fortalecer la rendición de cuentas de los gobiernos".

La pandemia de COVID-19 hace patente la interdependencia de los sistemas que determinan los resultados de la nutrición: los sistemas alimentario, sanitario y socioeconómico. También demuestra que el funcionamiento actual de estos sistemas hace que los más ricos y poderosos sufran en menor medida las consecuencias de la pandemia. Sumemos fuerzas y apliquemos las lecciones del *Informe de la Nutrición Mundial* de este año para superar las desigualdades del sistema y poner fin a todas las formas de malnutrición sin dejar a nadie atrás.

La elaboración de este informe ha corrido a cargo del Grupo de expertos independientes, con el respaldo del Grupo de partes interesadas del Informe de la Nutrición Mundial y la secretaría de Development Initiatives. Su redacción, dirigida por los copresidentes M. G. Venkatesh Mannar y la Dra. Renata Micha, recibió apoyo de los miembros del grupo y aportaciones de otros analistas y colaboradores.

Miembros del Grupo de expertos independientes: **M. G. Venkatesh Mannar** (copresidente), Universidad de Toronto y Universidad de Cornell (Canadá y Estados Unidos de América [EE. UU.]); **Dra. Renata Micha** (copresidenta), Universidad de Tufts (EE. UU.); **Lorena Allemandi**, Fundación InterAmericana del Corazón (Argentina); **Ashkan Afshin**, Universidad de Washington (EE. UU.); **Philip Baker**, Universidad Deakin (Australia); **Jane Battersby**, Universidad de Ciudad del Cabo (Sudáfrica); **Zulfiqar Bhutta**, Centro para la Salud Infantil Mundial, Hospital para niños enfermos de Toronto (Canadá) y Centro de Excelencia para la Salud de las Mujeres y los Niños, Universidad Aga Khan (Pakistán); **Camila Corvalán**, Universidad de Chile (Chile); **Mariachiara Di Cesare**, Universidad de Middlesex e Imperial College de Londres (Reino Unido); **Kevin Chen**, China Academy for Rural Development de la Universidad de Zhejiang (China) e Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (China); **Carmel Dolan**, Red de Nutrición en Situaciones de Emergencia (Reino Unido); **Chika Hayashi**, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (EE. UU.); **Jorge Fonseca**, Laboratorio de Calidad Alimentaria del Servicio de Investigación Agrícola del Departamento de Agricultura (EE. UU.); **Laurence Grummer-Strawn**, Organización Mundial de la Salud (OMS) (Suiza); **Anushree Rao**, Concern Worldwide (licencia de maternidad); **Cynthia Rosenzweig**, Instituto Goddard de Estudios Espaciales de la NASA (EE. UU.); **Dominic Schofield**, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición (Canadá).

Otros autores: **Jody Harris**, Institute of Development Studies (Reino Unido) y **Nicholas Nisbett**, Institute of Development Studies (Reino Unido), contribuyeron al capítulo 1; **Jordan Beecher**, Development Initiatives, contribuyó al capítulo 2; **Luz María De-Regil**, consultora independiente (Canadá), contribuyó al capítulo 3; **Jessica Fanzo** (excopresidenta del Grupo independiente), de la Universidad Johns Hopkins (EE. UU.), contribuyó al capítulo 4 en su primera fase de elaboración; **Mary D'Alimonte** y **Jack Clift**, Results for Development (R4D) (EE. UU.), contribuyeron al capítulo 5; **Daniel Coppard** y **Richard Watts**, Development Initiatives (Reino Unido); **Sam Ashby**, **Jordan Beecher** y **Dean Breed**, Development Initiatives (Reino Unido), hicieron aportaciones a lo largo del informe.

La edición del contenido del proyecto de informe corrió a cargo de **Rebecca Brown**, **Jane Keylock** y **Tamsin Walters**, de NutritionWorks (Reino Unido). **Sharon Friel**, de la Universidad Nacional Australiana (Australia), completó un examen adicional para ayudar a los autores.

Jordan Beecher dirigió el análisis de los datos del informe, con la ayuda de **Sam Ashby**, **Dean Breed**, **Georgia Colston**, **Adam Hughes**, **Alex Miller** y **Richard Watts**, de Development Initiatives (Reino Unido).

Las siguientes personas aportaron datos, asesoramiento y apoyo a la investigación: **Mary D'Alimonte**, **Kyle Borces, Jack Clift** y **Augustin Flory**, R4D (EE. UU.); **Ashkan Afshin**, **Amelia Apfel**, **Michael J. Assmus**, **Julia Devin**, **Lucas Earl**, **Simon I. Hay**, **Damaris Kinyoki**, **Aubrey Levine**, **Erin Mullany**, **Dean Owen** y **Megan Schipp**, Institute for Health Metrics and Evaluation (EE. UU.); **Phillip Baker**, Universidad Deakin (Australia); **Yarlini Balarajan**, **Chika Hayashi**, **Julia Krasevec**, **Richard Kumapley**, **Roland Kupka** y **Vrinda Mehra**, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (EE. UU.); **James Bentham**, Universidad de Kent (Reino Unido); **Elaine Borghi**, **Laurence Grummer-Strawn** y **Lisa Rogers**, Organización Mundial de la Salud (OMS) (Suiza); **Mariachiara Di Cesare**, Universidad de Middlesex en Londres (Reino Unido); **Emilio Colonnelli** y **Évariste Nicolétis**, Comité de Seguridad Alimentaria Mundial de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO); **Carmel Dolan**, Red de Nutrición en Situaciones de Emergencia (Reino Unido); **Kaia Engesveen**, OMS (Suiza), con la colaboración de **Ellen C. Andresen**, **Dana Hawwash**, **Diva Fanian**, **Elisa V. García**, **Ana E. Pineda**, **Veronika Polozkova**, **Camilla Warren**, **Laeticia Toe** y **Marisa Tsai**; **Jessica Fanzo**, Universidad Johns Hopkins (EE. UU.); **Oliver Fiala**, **Katherine Richards** y **Christopher Twiss**, Save the Children (Reino Unido); **Patrizia Fracassi**, **William Knechtel** y **Jean Sebastien Kouassi**, Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN) (Suiza); **Chika Hayashi** y **Vrinda R. Mehra**, UNICEF (EE. UU.); **Arja Huestis**, **Monica Kothari** y **Jolene Wun**, PATH (MQSUN+) (EE. UU.); **Bin Zhou**, Imperial College de Londres (Reino Unido).

Autores de los "casos destacados": **Jordan Beecher**, Development Initiatives (Reino Unido), escribió el caso destacado 2.1; **Damaris K. Kinyoki**, **Amelia Apfel**, **Megan F. Schipp**, **Lucas Earl**, **Julia Devin** y **Simon I. Hay**, Institute for Health Metrics and Evaluation (EE. UU.), elaboraron el caso destacado 2.2; **Alok Kumar**, NITI Aayog, Gobierno de la India (India), **Rajan Sankar**, Tata Trust (India), y **Basanta Kumar Kar**, consultor independiente (India), contribuyeron con el caso destacado 3.1; **Prabhu Pingali**, Tata-Cornell Institute (India), escribió el caso destacado 4.1; **Derek Headey**, Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI) (Myanmar), elaboró el caso destacado 4.2; **Phillip Baker**, **Priscila Machado**, **Kate Sievert**, **Kathryn Backholer**, **Colin Bell** y **Mark Lawrence**, Universidad Deakin (Australia), contribuyeron con el caso destacado 4.3; **Kathrin M. Demmler**, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición (Reino Unido), y **Matin Qaim**, Universidad de Gotinga (Alemania), escribieron el caso destacado 4.4; **Camila Corvalán**, Universidad de Chile (Chile), y **Fernanda Mediano**, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (EE. UU.) y Universidad de Chile (Chile), elaboraron el caso destacado 4.5; **Zulfiqar A. Bhutta,** Centro para la Salud Infantil Mundial, Hospital para niños enfermos de Toronto (Canadá) y Centro de Excelencia para la Salud de las Mujeres y los Niños, Universidad Aga Khan (Pakistán), **Bianca Carducci** y **Christina Oh**, Universidad de Toronto (Canadá), contribuyeron con el caso destacado 4.6; **Richard Watts**, Development Initiatives (Reino Unido), escribió el caso destacado 5.1; **J. S. Kouassi**, SUN (Suiza), **Mary D'Alimonte**, R4D (EE. UU.), y **Kedar Mankad**, Fundación Bill y Melinda Gates (EE. UU.), elaboraron el caso destacado 5.2; **Carol Levin**, Universidad de Washington (EE. UU.), **Dale Davis**, Helen Keller International (EE. UU.), **Aulo Gelli**, IFPRI (EE. UU.), **Mary D'Alimonte** y **Augustin Flory**, R4D (EE. UU.), escribieron el caso destacado 5.3; **Meera Shekar**, Banco Mundial (EE. UU.), **Jonathan Kweku Akuoku** y **Jean Sebastien Kouassi**, SUN (Suiza), contribuyeron con el caso destacado 5.4; **Leslie Elder**, Servicio Mundial de Financiamiento (EE. UU.), elaboró el caso destacado 5.5; **Greg S. Garrett**, exmiembro de la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición (Suiza), contribuyó con el caso destacado 5.6.

AGRADECIMIENTOS

El Grupo de expertos independientes, bajo el liderazgo de los copresidentes **M. G. Venkatesh Mannar** y la **Dra. Renata Micha**, desea expresar su sincero agradecimiento a todas las personas y organizaciones que apoyaron la elaboración del *Informe de la Nutrición Mundial 2020*.

El equipo central para el *Informe de la Nutrición Mundial* de Development Initiatives trabajó en estrecha colaboración con **M. G. Venkatesh Mannar** y la **Dra. Renata Micha**, y en apoyo del Grupo de expertos independientes más amplio, para hacer posible este informe. El proyecto fue gestionado por **Hannah Sweeney** y **Nathalie Willmott**. **Jordan Beecher** dirigió el análisis de los datos del informe, y **Sam Ashby**, **Dean Breed**, **Georgia Colston** y **Adam Hughes** realizaron una extensa labor de análisis e investigación en todo el informe. **Harpinder Collacott** y **Charlotte Martineau** contribuyeron a la elaboración del informe y proporcionaron orientación editorial. La gestión de las comunicaciones estuvo a cargo de **Telche Hanley-Moyle**, con la ayuda de **James Harle** y **Anna Hope**. **Amy Cox** dirigió las tareas de divulgación y contacto. **Simon Murphy** gestionó la producción del informe, con la ayuda de **Alice McAndrew** y **Georgina Carver**. **Dan Coppard**, **Tony German** y **Judith Randel** examinaron la calidad del informe. **Portland Communications** proporcionó asesoramiento adicional en materia de comunicaciones y diseño. **Nina Behrman** se encargó de la edición, y **Definite.design** y **Soapbox**, del diseño.

Agradecemos también a los revisores de *Global Food Security* el haber llevado a cabo, este año, la revisión por pares externa del informe: **Namukolo Covic**, **Mario Herrero**, **Thorne Lynam**, **John McDermott** y **Boyd Swinburne**.

El Grupo de expertos independientes está guiado por el Grupo de partes interesadas del *Informe de la Nutrición Mundial*, el cual aportó comentarios sobre los planes de diseño, redacción y divulgación del informe: **Dr. Mohamed Abdi Farah**, SUN, Oficina del Primer Ministro de la República Federal de Somalia (Somalia); **Victor Aguayo**, UNICEF (EE. UU.); **Francesco Branca**, OMS (Suiza); **John Cordaro**, Mars, Incorporated (EE. UU.); **Juliane Friedrich**, Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (Italia); **Lawrence Haddad**, Alianza Mundial para mejorar la Nutrición (Reino Unido); **Martin Hoppe**, Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo (Alemania); **Kate Houston**, Cargill (EE. UU.); **Lauren Landis**, Programa Mundial de Alimentos (Italia); **Anna Lartey**, FAO (Italia); **Dr. Ferew Lemma**, Ministerio de Salud (Etiopía); **Dra. Cornelia Loechl**, Organismo Internacional de Energía Atómica (Austria); **Erin Milner**, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) (EE. UU.); **Katherine Richards**, Save the Children (Reino Unido); **Tadashi Sato**, Agencia de Cooperación Internacional (Japón); **Ben Siddle**, Ayuda Irlandesa (Irlanda); **Carla da Silva Sorneta**, Comisión Europea (Bélgica); **Rachel Toku-Appiah**, Fondo Graça Machel; **Gerda Verburg**, Naciones Unidas y Movimiento SUN; **Frits van der Wal**, Ministerio de Asuntos Exteriores (Países Bajos); **Neil Watkins**, Fundación Bill y Melinda Gates (EE. UU.).

Queremos expresar nuestro especial agradecimiento a las copresidentas del Grupo de partes interesadas: **Abigail Perry**, Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido), y **Lucy Sullivan**, Feed the Truth (EE. UU.).

También hemos recibido contribuciones por escrito que no han podido incluirse en el informe de este año, pero que no obstante han inspirado nuestras reflexiones: **Lawrence Haddad**, Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición (Reino Unido); **Luc Laviolette**, Servicio Mundial de Financiamiento (EE. UU.); **Donald Mavundese**, **Azita Shamsolahi** y **Paul Stuart**, Send a Cow (Reino Unido); **Will Nicholson**, Food Foundation (Reino Unido); **James Ronicle**, Ecorys (Reino Unido); **Meera Shekar**, Banco Mundial (EE. UU.); y los miembros del Grupo de expertos independientes.

El *Informe de la Nutrición Mundial 2020* ha sido posible gracias a la financiación de la Fundación Bill y Melinda Gates, la Comisión Europea, el Gobierno del Canadá, el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo de Alemania, Ayuda Irlandesa, el Departamento de Desarrollo Internacional del Gobierno del Reino Unido y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Las opiniones y los puntos de vista manifestados en el presente informe corresponden a sus autores y no reflejan necesariamente las opiniones y los puntos de vista de los donantes.

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

Todos los derechos reservados, 2020: Development Initiatives Poverty Research Ltd.

Formato sugerido de referencia bibliográfica: *Informe de la Nutrición Mundial 2020*. "Medidas en materia de equidad para poner fin a la malnutrición". Bristol (Reino Unido): Development Initiatives.

Descargo de responsabilidad: Las opiniones expresadas en este documento corresponden a sus autores y no reflejan necesariamente el punto de vista ni la aprobación de Development Initiatives Poverty Research Ltd ni la de ninguna de las organizaciones asociadas que han colaborado en el *Informe de la Nutrición Mundial 2020*. No todos los miembros del Grupo de expertos independientes están necesariamente de acuerdo con la totalidad del informe. Las fronteras y los nombres utilizados no implican el reconocimiento ni la aceptación oficiales por parte de Development Initiatives Poverty Research Ltd.

Development Initiatives Poverty Research Ltd

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

ISBN: 978-1-9164452-8-4

Edición: Nina Behrman

Diseño y maquetación: Definite.design y Soapbox

ÍNDICE

Prólogo 10

Resumen 12

Capítulo 1: Introducción: Hacia la equidad nutricional en el mundo 20

Capítulo 2: Desigualdades en la carga mundial de malnutrición 32

Capítulo 3: Integración de la nutrición en la cobertura sanitaria universal 58

Capítulo 4: Sistemas alimentarios y equidad nutricional 78

Capítulo 5: Financiación equitativa para la nutrición 96

Capítulo 6: Garantizar la equidad en la nutrición, una responsabilidad colectiva 122

Apéndice 1: Indicadores de la nutrición 128

Apéndice 2: Evaluación de los progresos en la consecución de las metas mundiales de nutrición 130

Apéndice 3: Países en condiciones de alcanzar las metas mundiales de nutrición 2025 132

Notas 136

Siglas y abreviaturas 160

Glosario 161

Materiales suplementarios en línea 167

Casos destacados 168

Recuadros 169

Figuras 169

Tablas 171

EL *INFORME DE LA NUTRICIÓN MUNDIAL 2020* EN EL CONTEXTO DE LA COVID-19

El *Informe de la Nutrición Mundial*, principal informe internacional sobre la situación de la nutrición en el mundo, arroja luz sobre los ámbitos en los que se han efectuado avances y aquellos donde todavía persisten las dificultades. Los nuevos análisis muestran que los patrones mundiales y nacionales esconden desigualdades significativas en los países y las poblaciones, siendo los grupos más vulnerables los más afectados. Así pues, en el *Informe de la Nutrición Mundial 2020* se analiza la función esencial consistente en combatir la inequidad para poner fin a todas las formas de malnutrición. La inequidad es una de las causas de la malnutrición —desnutrición, sobrepeso, obesidad y otras patologías crónicas relacionadas con la alimentación—. Las inequidades en los sistemas alimentarios y de salud exacerban las desigualdades en los resultados de la nutrición, que a su vez generan más inequidades, con lo que se perpetúa un círculo vicioso.

Pese a que el *Informe de la Nutrición Mundial 2020* se redactó antes de la actual pandemia de COVID-19, su énfasis en el bienestar nutricional de todos, en especial de los más vulnerables, adquiere una mayor relevancia ante esta nueva amenaza mundial. Nunca ha sido tan apremiante la necesidad de contar con sistemas alimentarios y de salud más equitativos, resilientes y sostenibles.

La COVID-19 no nos trata a todos del mismo modo. Las personas subalimentadas tienen sistemas inmunitarios más débiles, por lo que están más expuestas a desarrollar una enfermedad grave a causa del virus. Al mismo tiempo, los problemas de salud metabólica —por ejemplo, la obesidad y la diabetes— se asocian en gran medida a peores consecuencias de la COVID-19, incluido el riesgo de hospitalización y fallecimiento.

Las personas que ya sufren por culpa de las desigualdades —entre ellas los pobres, las mujeres y los niños, quienes viven en Estados frágiles o afectados por conflictos, las minorías, los refugiados y las personas sin cobijo— padecen particularmente el virus y las consecuencias de las medidas de confinamiento. Es fundamental proteger a estas personas, sobre todo cuando se aplican medidas de respuesta.

Una nutrición adecuada es un aspecto esencial en la defensa individual frente a la COVID-19. La resiliencia nutricional representa un elemento clave de la preparación de la sociedad para luchar contra la amenaza. Centrarse en el bienestar nutricional ofrece oportunidades para crear sinergias entre la salud pública y la equidad, en consonancia con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

La COVID-19 pone de manifiesto la vulnerabilidad y las debilidades de nuestros sistemas alimentarios, ya de por sí frágiles. La pandemia ha puesto a prueba estos sistemas alimentarios, que ya soportaban la presión de los cada vez más frecuentes fenómenos climáticos extremos. La lucha para contener el virus ha provocado escasez de alimentos y carencias nutricionales, y ha propiciado que los gobiernos reduzcan servicios sociales como los programas de alimentación en la escuela, de los que dependen los grupos más marginados. En un contexto de escasez de alimentos y carencias nutricionales, resulta todavía más complicado adquirir alimentos saludables de producción sostenible y acceder a ellos. El acceso a los alimentos básicos y los mercados locales está en peligro. En regiones del mundo que antes gozaban de seguridad alimentaria, millones de hogares se enfrentan hoy a una inseguridad alimentaria grave. Los índices de hambre y malnutrición podrían duplicarse en apenas unas semanas.

En un momento en el que se aprueban medidas en todo el mundo para frenar la propagación de la COVID-19, debemos velar por la disponibilidad de suficientes alimentos nutritivos que se distribuyan de forma justa para cubrir las necesidades nutricionales básicas de la población, en especial de los más vulnerables. Es muy sencillo, como se señala en el *Informe de la Nutrición Mundial 2020*: es preciso que los sistemas alimentarios sean más equitativos, nutritivos, eficientes e inclusivos en todas partes.

La COVID-19 saca a la luz disparidades letales en la atención de salud. Los sistemas de salud han de transformarse, fortalecerse y hacer hincapié en prestar servicios preventivos de nutrición y salud, así como prepararse para responder a las crisis. También deben mejorarse con vistas a hacer frente a las dificultades de determinados grupos de población, en particular las personas de edad y aquellas con

patologías previas, por ejemplo las inmunodeprimidas o con problemas de salud metabólica. Deben prestar una atención específica a las mujeres y los niños, especialmente a su bienestar nutricional y su atención de salud. En cualquier caso, incluso los sistemas sanitarios más robustos se están topando con elevados costes de atención de salud y falta de personal, instalaciones y equipos médicos.

El *Informe de la Nutrición Mundial 2020* pone de relieve la necesidad de integrar la nutrición en la cobertura sanitaria universal como requisito previo indispensable para mejorar la alimentación, salvar vidas, reducir el gasto sanitario y, a la vez, garantizar que nadie se quede atrás. Corregir la epidemia de obesidad también reduciría la carga sobre nuestros sistemas de atención de salud, pues la obesidad no es solo uno de los problemas de salud más costosos, sino también un factor de riesgo importante en la hospitalización y las complicaciones por la COVID-19.

El camino a seguir: más coordinación, armonización, financiación y rendición de cuentas. Apenas comenzamos a apreciar el conjunto de perturbaciones que el virus está causando en la prestación de servicios de salud, las cadenas de suministro de alimentos, las economías y los medios de vida. La propagación de la COVID-19 en países de ingreso bajo de todo el mundo está poniendo a prueba los sistemas sanitarios, alimentarios, educativos y de protección social. Para superar estos retos diversos se requieren aportaciones de todos los sectores de la sociedad. Los gobiernos nacionales encabezan la respuesta, ofrecen orientación estratégica y garantizan la coordinación y armonización de los programas, mientras que las organizaciones de la sociedad civil también son fundamentales. No obstante, harán falta otros recursos para combatir el virus en distintos niveles de estos sistemas esenciales, pero para obtenerlos no deben sacrificarse medidas indispensables en el ámbito de la salud pública y la nutrición. En este sentido, debe hacerse especial énfasis en ayudar a las mujeres, que desempeñan una función primordial en la preparación de todas las sociedades frente a la COVID-19.

Existe un riesgo real de que, en la lucha de las naciones por controlar el virus, se echen por tierra los avances efectuados en la reducción del hambre y la malnutrición. Hay que proteger estos avances a través de una mayor asistencia oficial para el desarrollo, dirigida correctamente, y una asignación de recursos nacionales que se centren en el bienestar nutricional. Debemos prevenir activamente las principales causas de la malnutrición mediante sistemas más equitativos, resilientes y sostenibles en aras de la seguridad alimentaria y sanitaria, respaldados por mecanismos de protección social con capacidad de respuesta.

Sabemos que para combatir la malnutrición se requieren un compromiso político y medidas simultáneas en diversos sectores, así como inversiones notables en sistemas de datos para la ejecución de los programas y el seguimiento de los progresos. En la nueva realidad surgida a raíz de la COVID-19, es importante que durante la gestión de una amenaza novedosa y constante no se desplacen de manera sistemática los avances logrados. Al margen de la presente emergencia provocada por la pandemia, se necesitan estrategias de salud pública preventiva que funcionen, se financien y coordinen correctamente, y presten atención a los alimentos, la nutrición, la salud y la protección social. Debemos aprender de los retos que nos plantea la COVID-19 y convertirlos en oportunidades para acelerar las acciones necesarias para superar las desigualdades en todas las formas de malnutrición, como se reclama en el *Informe de la Nutrición Mundial 2020*.

Grupo de expertos independientes del *Informe de la Nutrición Mundial*

Copresidencia
Renata Micha
Venkatesh Mannar

Ashkan Afshin
Lorena Allemandi
Philip Baker
Jane Battersby
Zulfiqar Bhutta
Kevin Chen
Camila Corvalán
Mariachiara Di Cesare
Carmel Dolan
Jorge Fonseca
Chika Hayashi
Cynthia Rosenzweig
Dominic Schofield
Larry Grummer-Strawn

Enviado Especial del Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la COVID-19, Codirector del Imperial College Institute of Global Health Innovation del Imperial College de Londres y Director Estratégico de 4SD

Dr. David Nabarro

Resumen

2015. Guyarat (India).
Padma, representante de un sindicato en favor de las mujeres pobres y autoempleadas que trabajan en el sector informal, dirige un programa de nutrición para madres. Fotografía: Paula Bronstein/Getty Images/Images of Empowerment

MEDIDAS EN MATERIA DE EQUIDAD PARA PONER FIN A LA MALNUTRICIÓN

El *Informe de la Nutrición Mundial* insta a los gobiernos, las empresas y la sociedad civil a redoblar sus esfuerzos para hacer frente a la malnutrición en todas sus formas y atajar las injusticias presentes en los sistemas alimentarios y de salud.

Todas las personas merecen tener acceso a alimentos saludables y asequibles y a servicios de nutrición de calidad. Este acceso se ve obstaculizado por desigualdades arraigadas que se derivan de sistemas y procesos injustos que determinan las condiciones de vida cotidianas. En el *Informe de la Nutrición Mundial* de este año, se emplea el concepto de "equidad nutricional" para dilucidar dichas desigualdades y demostrar cómo estas determinan las oportunidades y los obstáculos a la hora de alcanzar una alimentación y una vida saludables, lo cual desemboca en resultados de la nutrición dispares. Examinamos la carga mundial de malnutrición desde la perspectiva de la equidad, con el propósito de obtener una comprensión más amplia de las desigualdades relacionadas con la nutrición. De este modo, identificamos las medidas clave y determinamos su prioridad con el fin de expandir nuestras iniciativas e impulsar el progreso hacia la erradicación de todas las formas de malnutrición.

El *Informe de la Nutrición Mundial* aboga por una agenda en favor de la equidad que integre la nutrición en los sistemas alimentarios y de salud, respaldada por una financiación y una rendición de cuentas sólidas. Tan solo disponemos de cinco años más para alcanzar las metas mundiales de nutrición en 2025; nos estamos quedando sin tiempo. Debemos centrar nuestra atención allí donde la necesidad sea más aguda para conseguir la mayor repercusión posible.

La carga mundial de malnutrición

En la actualidad, 1 de cada 9 personas en el mundo pasa hambre, y 1 de cada 3 padece sobrepeso u obesidad. En cada vez más países se observa la doble carga de la malnutrición; la desnutrición coexiste con el sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación.

La tendencia es clara: el progreso es demasiado lento como para alcanzar las metas mundiales. Ningún país está bien encaminado hacia el logro de las diez metas mundiales de nutrición 2025 y solo 8 de 194 países están en vías de alcanzar cuatro metas. Casi una cuarta parte de los niños menores de cinco años sufren retraso del crecimiento. Al mismo tiempo, el sobrepeso y la obesidad están aumentando rápidamente en casi todos los países del mundo, y no parece que dicha tendencia vaya a detenerse.

Los avances relativos a la malnutrición no son solo demasiado lentos, sino también extremadamente injustos. Los nuevos análisis muestran que los patrones mundiales y nacionales esconden desigualdades significativas en los países y las poblaciones, siendo los grupos más vulnerables los más afectados. Los resultados de la nutrición también varían considerablemente entre paises. El peso inferior al normal constituye un problema persistente en los países más pobres, y se da hasta diez veces más que en los países más ricos. El sobrepeso y la obesidad prevalecen en países más ricos y alcanzan cifras hasta cinco veces mayores que en los países más pobres.

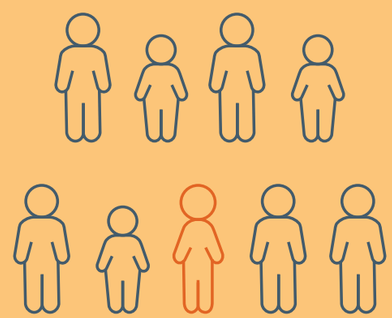
En todos los países del mundo hemos observado desigualdades desmesuradas en función de la ubicación, la edad, el sexo, el nivel educativo y la riqueza; asimismo, los conflictos y otros tipos de fragilidad agravan el problema. El presente informe concluye que existe una división evidente entre las zonas urbanas y rurales, y diferencias aún más importantes entre comunidades. En los niños menores de cinco años, la emaciación puede ser hasta nueve veces mayor en ciertas comunidades en un mismo país, el retraso del crecimiento hasta cuatro veces mayor, y el sobrepeso y la obesidad hasta tres veces mayor.

Existe una relación clara entre las prácticas de alimentación de los lactantes y los niños pequeños y las características de los hogares. La lactancia materna continuada hasta el primer o segundo año de edad es menos frecuente en el caso de los niños provenientes de hogares con más recursos económicos, de zonas urbanas o cuyas madres poseen un nivel educativo más alto. Por el contrario, las tasas de introducción de alimentos sólidos y de diversidad mínima de la dieta son sustancialmente inferiores entre los niños procedentes de los hogares más pobres, de zonas rurales o con madres que poseen un nivel educativo más bajo. Si bien se requieren más datos sobre la nutrición con mayor detalle y calidad, disponemos de suficientes para actuar.

Los gobiernos, las empresas y la sociedad civil deben redoblar sus esfuerzos para hacer frente a la malnutrición en todas sus formas al atajar las injusticias presentes en los sistemas alimentarios y de salud

En la actualidad, existen obstáculos importantes que impiden que millones de personas lleven una alimentación y una vida saludables

A escala mundial, 1 de cada 9 personas pasa hambre o está subalimentada



1 de cada 3 personas padece sobrepeso u obesidad

Los nuevos análisis muestran que los patrones mundiales y nacionales esconden desigualdades en los países y las comunidades, siendo los grupos vulnerables los más afectados

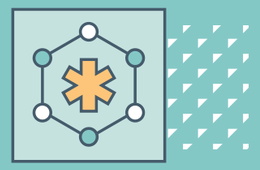
El peso inferior al normal persiste en los países más pobres, con tasas hasta diez veces mayores que en los países más ricos. Por el contrario, la tasa de prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los países más ricos es hasta cinco veces superior.

Las tasas de introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos; y de diversidad mínima de la dieta son sustancialmente inferiores entre niños procedentes de los hogares más pobres, de zonas rurales o con madres que poseen un nivel educativo más bajo.

La mala alimentación y la malnutrición consecuente no son una cuestión de mera elección personal. La mayoría de las personas no tienen acceso a una alimentación saludable o a servicios de nutrición de calidad, o no pueden permitírselos

Es necesario transformar los sistemas alimentarios y de salud

Debemos abordar las desigualdades en los sistemas alimentarios y hacer que los alimentos saludables y sostenibles sean la opción más accesible y asequible para todos.



Debemos integrar completamente la nutrición en los sistemas de salud y facilitar el acceso universal a los servicios de nutrición, tanto preventivos como curativos.

Debemos actuar de forma inmediata. Las partes interesadas deben colaborar a fin de superar los obstáculos que dificultan el progreso para poner fin a la malnutrición

Construir sistemas alimentarios y de salud equitativos, resilientes y sostenibles

Invertir en nutrición, especialmente en las comunidades más afectadas

Centrarnos en iniciativas colectivas; los desafíos mundiales ponen de manifiesto cuán fundamental resulta

Aprovechar los momentos clave para renovar y ampliar los compromisos de nutrición y fortalecer la rendición de cuentas

Para las fuentes y las notas completas relativas a los datos nacionales y regionales, véase: *Informe de la Nutrición Mundial 2020*, figuras 2.6 y 2.13. Datos mundiales extraídos de: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), 2019. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo*. Ng M., Fleming T., Robinson M. *et al.*, 2014. "Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013". *The Lancet*, 384:9945, red NCD Risk Factor Collaboration, 2019.

La lucha contra las injusticias en los sistemas alimentarios y de salud

Una mala alimentación y la malnutrición consecuente forman parte de los desafíos sociales actuales más importantes, pues conllevan enormes cargas en términos sanitarios, económicos y ambientales. A fin de solucionar la crisis mundial de nutrición de forma equitativa, debemos modificar nuestro enfoque drásticamente de dos maneras: debemos centrarnos en la alimentación y la salud.

En primer lugar, debemos afrontar las desigualdades de los sistemas alimentarios, desde la producción hasta el consumo. Los sistemas alimentarios actuales no permiten que las personas elijan alimentos sanos. La gran mayoría simplemente no tiene acceso a una alimentación saludable o no puede permitírsela; los motivos detrás de esto son complejos. Los sistemas agrícolas existentes se centran principalmente en una sobreabundancia de cereales básicos —como el arroz, el trigo o el maíz—, en lugar de producir una gran variedad de alimentos más diversos y saludables —como frutas, frutos secos y verduras—. Al mismo tiempo, los alimentos altamente procesados se encuentran disponibles, son baratos y se comercializan ampliamente; sus ventas siguen siendo elevadas en países de ingreso alto y están aumentando con rapidez en países de ingreso mediano alto y mediano bajo.

La emergencia climática hace que reconsiderar los sistemas alimentarios sea fundamental, lo cual brinda la oportunidad de adoptar nuevos enfoques que garanticen que los alimentos saludables y producidos de forma sostenible sean la opción más accesible, asequible y adecuada para todos. Dichos enfoques deben amplificar las voces de los grupos marginados y abordar el verdadero coste de los alimentos para el medio ambiente y la salud humana. Del mismo modo, han de funcionar tanto en contextos específicos como en el conjunto de sectores con el fin de abarcar todos los elementos de los sistemas alimentarios.

En segundo lugar, debemos abordar las desigualdades relativas a la nutrición que se observan en los sistemas de salud. La malnutrición en todas sus formas se ha convertido en la principal causa de mala salud y mortalidad, y el rápido aumento de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación está sobrecargando los sistemas de salud de manera intolerable. No obstante, la mayoría de las personas no tienen acceso a servicios de nutrición de prevención o tratamiento, o no se los pueden permitir. A escala mundial, solo una cuarta parte, aproximadamente, de los 16,6 millones de niños menores de cinco años con malnutrición aguda grave recibieron tratamiento en 2017, lo cual pone de manifiesto la necesidad urgente de abordar esta carga inaceptable. Si bien las medidas relacionadas con la nutrición representan una mínima parte de los presupuestos nacionales de salud, pueden resultar muy eficaces económicamente y reducir los gastos en salud a largo plazo. Por lo general, estas labores se centran en la desnutrición y las personas que las llevan a cabo no suelen ser profesionales capacitados en materia de nutrición. Al mismo tiempo, no se han optimizado los registros y los reconocimientos médicos para examinar, dar seguimiento y tratar la malnutrición; por ejemplo, mediante evaluaciones de la calidad de la alimentación y la seguridad alimentaria.

El compromiso mundial de brindar una cobertura sanitaria universal representa una oportunidad para integrar, de forma plena, los servicios de nutrición en los sistemas de salud. Todas las personas deberían disponer de acceso universal a los servicios esenciales de nutrición —tanto preventivos como curativos—, prestando especial atención a aquellos que más los necesiten. Una gobernanza y una coordinación sólidas en todos los sectores son fundamentales para desarrollar sistemas de salud funcionales y resilientes. Integrar y ampliar los servicios de nutrición en los sistemas sanitarios podría salvar vidas y reducir el considerable gasto destinado a la atención sanitaria.

Solo podremos conseguir los cambios necesarios para poner fin a las diversas formas de malnutrición si luchamos contra las desigualdades de los sistemas alimentarios y de salud.

Inversiones para mejorar los resultados de la nutrición

El impulso reforzado necesario para alcanzar las metas mundiales y terminar con la malnutrición es responsabilidad colectiva de todos los sectores y países. La financiación nacional aportada por los gobiernos de los países resulta esencial para asegurar mejoras continuas. Del mismo modo, la comunidad internacional de donantes tiene el deber de subsanar las carencias de recursos que impidan a los gobiernos responder de forma eficaz.

Hasta ahora, las inversiones se han centrado en hacer frente a la desnutrición, las cuales han tenido cierto éxito pues las tasas de retraso del crecimiento se han reducido gradualmente a lo largo del tiempo. Sin embargo, el sobrepeso y la obesidad están aumentando con rapidez. Asimismo, el déficit

de financiación a la hora de encarar el sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación está aumentando. Los países deben contar con los medios para luchar contra ambas caras de la malnutrición al mismo tiempo.

Debemos examinar las inversiones en nutrición desde la perspectiva de la equidad. Las inversiones han de responder a las necesidades, y el volumen de financiación debe ser proporcional a la carga. Debemos desarrollar de forma proactiva nuevos mecanismos de financiación que complementen las fuentes existentes. Las desigualdades en materia de nutrición están presentes en los países y dentro de las comunidades. Por lo tanto, las decisiones relativas a la asignación de recursos por necesidad deben fundamentarse en datos precisos en el plano subnacional mediante soluciones eficaces en función del coste que cuenten con base empírica. A la hora de priorizar las inversiones equitativas en materia de nutrición, la coordinación resulta esencial. Dirigir los recursos y programas hacia las comunidades y personas más afectadas permitiría progresar de forma más rápida y equitativa hacia el fin de la malnutrición.

Medidas fundamentales para lograr la equidad nutricional

La alimentación constituye una cuestión mundial primordial, pues es esencial para la salud, la equidad, la sostenibilidad, las economías y los medios de vida. Un mayor reconocimiento a escala mundial de que los gobiernos, las empresas y la sociedad civil son responsables de ofrecer sistemas alimentarios y de salud más saludables y equitativos nos brinda la oportunidad de invertir en la nutrición para preservar el futuro. Durante los próximos dos años, se presentan oportunidades clave para dar prioridad a la nutrición en las agendas normativas y replantearnos nuestros sistemas alimentarios y de salud, principalmente: la Cumbre Nutrición para el Crecimiento en Tokio, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático de 2020 (que tendrá lugar en 2021) y la Cumbre sobre los Sistemas Alimentarios de 2021.

Instamos a los líderes a priorizar las medidas encaminadas a garantizar que todos, en particular los más afectados por la malnutrición, tengan acceso sin impedimentos a alimentos saludables y asequibles, y a servicios de nutrición de calidad. Los gobiernos deben cooperar con las partes interesadas de todos los sectores para sobreponerse a las desigualdades que dificultan el progreso para poner fin a la malnutrición. Para impulsar los cambios transformadores requeridos para alcanzar la equidad nutricional y erradicar la malnutrición en todas sus formas, debemos centrarnos en tres ámbitos clave: los sistemas alimentarios, los sistemas de salud y la financiación. En concreto, el *Informe de la Nutrición Mundial* propone las siguientes medidas.

Sistemas alimentarios

Con el fin de velar por que los alimentos saludables y producidos de manera sostenible sean la opción más accesible, asequible y adecuada para todos, los sectores deben colaborar con el propósito de integrar la nutrición en todos los elementos del sistema alimentario al:

- Aplicar marcos regulatorios y normativos sólidos a fin de fomentar una alimentación más saludable para todos en el plano nacional y comunitario, así como en los sectores, desde la producción hasta el consumo.
- Optimizar las subvenciones agrícolas y aumentar la inversión pública con el objetivo de producir una amplia gama de alimentos más diversos y saludables.
- Brindar apoyo a los programas de transporte público y a las cadenas de suministro más cortas para la entrega de alimentos frescos, en particular a los grupos de más difícil acceso o más desfavorecidos en materia de nutrición.
- Aplicar, dar seguimiento y evaluar las políticas alimentarias con base empírica con miras a respaldar una alimentación más saludable, sostenible y equitativa —por ejemplo, mediante políticas fiscales, de reformulación, educativas, laborales, de etiquetado y comercialización—.
- Hacer que la industria alimentaria se responsabilice de producir y comercializar productos alimentarios más saludables y sostenibles a través de mecanismos fortalecidos.
- Fortalecer e incrementar el gasto destinado a la investigación con el objetivo de dar respuesta a las principales preguntas en materia de nutrición, identificar soluciones eficaces en función del coste y promover la innovación.

Sistemas de salud

A fin de salvar vidas y disminuir los costos de la atención sanitaria, los sectores deben colaborar para incorporar la nutrición como un servicio de salud básico, aprovechar la infraestructura existente e introducir nuevas tecnologías como:

- Poner en marcha servicios de nutrición en los servicios de salud mediante el desarrollo de planes de nutrición presupuestados que deberán ampliarse y mantenerse a fin de abarcar las diversas formas de malnutrición, como el sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación.
- Invertir en recursos humanos con el propósito de incrementar el número de profesionales cualificados en materia de nutrición y equilibrar el acceso a servicios de nutrición de calidad.
- Hacer uso de diversos profesionales y trabajadores de salud para remediar las desigualdades de acceso y mejorar su desempeño a través de oportunidades educativas y de desarrollo.
- Incluir productos sanitarios relacionados con la nutrición —como alimentos terapéuticos— y soluciones tecnológicas innovadoras —como asesoramiento digital en materia de nutrición— según proceda, en especial cuando se trabaje con comunidades más remotas y de más difícil acceso.
- Optimizar los registros y los reconocimientos médicos en el contexto de los servicios de nutrición para prestar dichos servicios preventivos y curativos e identificar a las personas que más los necesiten.
- Comprometerse a recopilar, de forma periódica y sistemática, datos en materia de nutrición que tengan en cuenta la equidad en el plano comunitario, desglosados por características de las poblaciones clave con vistas a fortalecer la base empírica y fundamentar el establecimiento de prioridades específicas.

Coordinación, financiación y rendición de cuentas en materia de nutrición

Los sectores deben asociarse a fin de desarrollar mecanismos para obtener financiación complementaria y asegurar la rendición de cuentas, centrados en dirigir los recursos y los programas hacia las comunidades y personas más afectadas por la malnutrición como:

- Aumentar la financiación nacional destinada a satisfacer las necesidades de las comunidades más perjudicadas por la malnutrición, incluida la desnutrición, así como el sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación.
- Invertir en sistemas de gestión de datos para fortalecer la información relativa a los flujos financieros, lo cual facilitará la armonización con las prioridades nacionales de nutrición.
- Incrementar la financiación y coordinación internacionales en materia de nutrición de manera que se asigne la ayuda a las personas que más la necesiten, en especial en países frágiles y afectados por conflictos y en aquellos que dispongan de posibilidades limitadas de movilizar recursos nacionales.
- Establecer un sistema internacional de gobernanza y rendición de cuentas para encarar los desequilibrios de poder en los sistemas alimentarios y de salud, y responsabilizar a aquellos que crean las desigualdades en dichos sistemas.
- Establecer espacios auxiliares que faciliten el diálogo sobre las medidas coordinadas destinadas a lograr la equidad nutricional y al sensibilizar desde un punto de vista normativo promoviendo los intereses de la participación comunitaria, desde la etapa de diseño hasta la de evaluación.
- Realizar evaluaciones de la situación para identificar los cuellos de botella relativos a la alimentación, la salud, la educación y la protección social y, de este modo, eliminar los obstáculos que impiden la mejora de los resultados de la nutrición.

Debemos actuar de inmediato; hemos de contar con los recursos necesarios, coordinarnos de forma eficaz y rendir cuentas. Lograr las metas mundiales de nutrición permitirá que todas las personas disfruten de vidas más saludables y felices. Con un impulso adicional durante la Cumbre Nutrición para el Crecimiento, podemos conseguirlo.

01

Introducción: Hacia la equidad nutricional en el mundo

2014. Rwanda.
Un voluntario imparte una clase de educación nutricional.
Fotografía: Global Communities/Juozas Cernius.

Desigualdades en todas las formas de malnutrición

Una alimentación inadecuada es la principal causa de mortalidad y morbilidad en el mundo, la cual supera las cargas atribuibles a otros muchos problemas de salud importantes a escala internacional[1]. La consiguiente crisis mundial de malnutrición abarca el hambre y la desnutrición —fundamentalmente retraso del crecimiento, emaciación, peso inferior al normal y carencias de micronutrientes— y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación —principalmente sobrepeso, obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer—. Esta doble carga de la malnutrición (dos caras de una misma crisis) acarrea enormes consecuencias sanitarias, económicas y ambientales que afectan, de uno u otro modo, a todos los países del mundo. No obstante, existen diferencias acusadas en los resultados en materia de nutrición —o las desigualdades conexas— en función de características sociodemográficas clave como la ubicación geográfica, la edad, el género, la etnia, la educación y la riqueza. El *Informe de la Nutrición Mundial 2020* recoge datos de gran calidad y análisis exhaustivos que arrojan luz sobre la carga mundial de malnutrición. Nuestro propósito es ayudar a esclarecer los patrones y las causas de las desigualdades en materia de nutrición para impulsar la acción y garantizar que nadie se quede atrás.

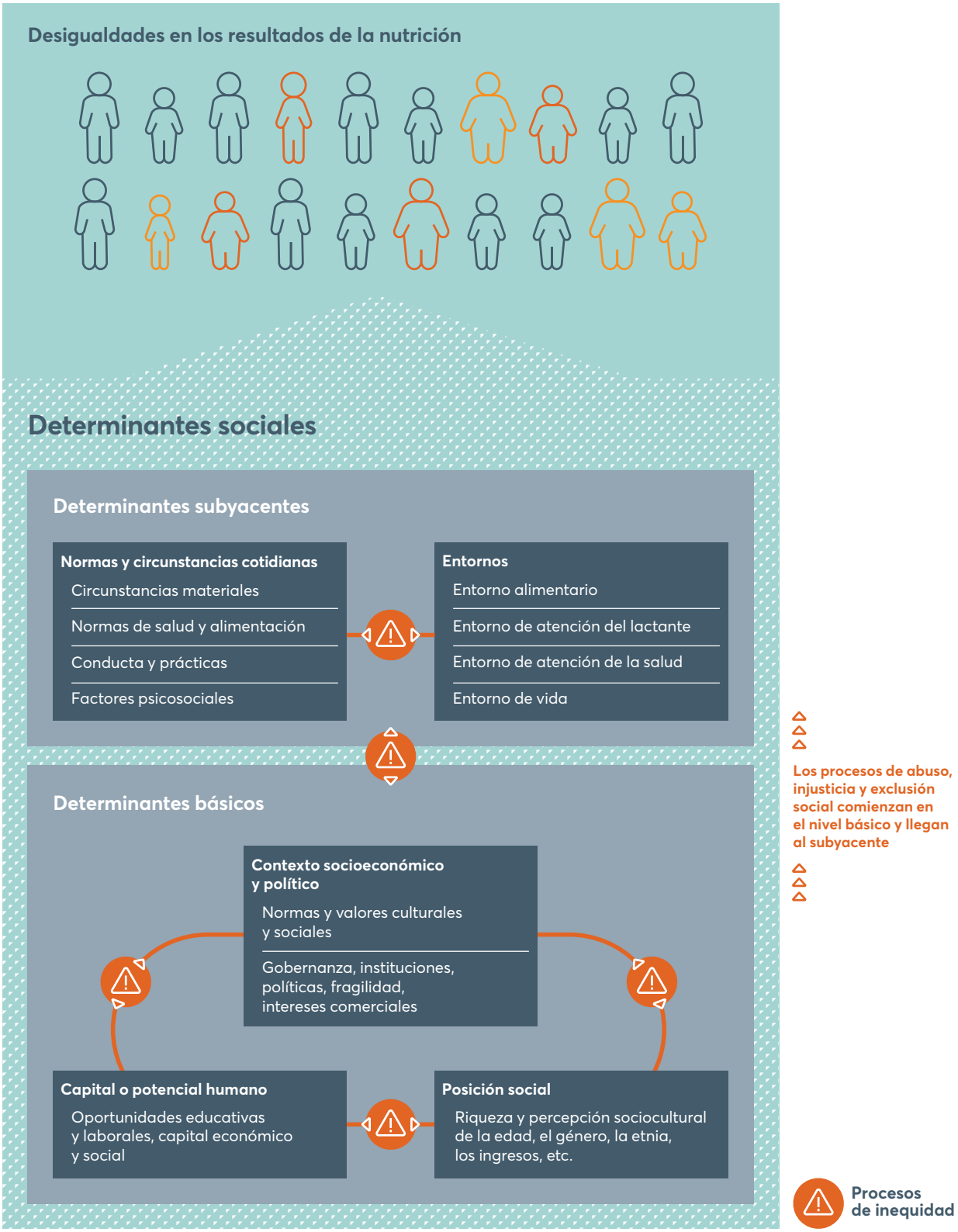
En este momento, 1 de cada 9 personas —820 millones en todo el mundo— pasa hambre o está desnutrida, y la cifra crece desde 2015, sobre todo en África, Asia Occidental y América Latina[2]. Alrededor de 113 millones de personas de 53 países sufren hambre aguda a causa del conflicto y la inseguridad alimentaria, las perturbaciones climáticas y la inestabilidad económica[3]. Al mismo tiempo, más de una tercera parte de la población adulta del mundo tiene sobrepeso u obesidad, una tendencia al alza en los dos últimos decenios[4].

Los últimos datos revelan ciertos avances de cara al logro de determinadas metas mundiales de nutrición 2025, por ejemplo las metas sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño[5] y las metas relativas a enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación[6]. A escala mundial, el retraso del crecimiento en la infancia se ha reducido de 165,8 millones de casos en 2012 a 149 millones en 2018, lo que representa una disminución relativa del 10%. Ningún país ha conseguido invertir la tendencia al alza del sobrepeso y la obesidad. En términos generales, los progresos hacia el cumplimiento de las metas mundiales de nutrición son demasiado lentos o inexistentes (véase el capítulo 2)[7]. La malnutrición se mantiene en niveles inaceptablemente elevados, con disparidades notables entre países, dentro de ellos y en función de las características demográficas.

Los dirigentes mundiales proclamaron el ideal de un mundo que "no deje a nadie atrás" al comprometerse con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)[8]. Dicho ideal incluye poner fin a todas las formas de malnutrición[9]. Inmediatamente después de la aprobación de los ODS, en el marco del Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición 2016-2025[10] se formuló el objetivo de eliminar todas las formas de malnutrición para 2025, sustentado por el principio de universalidad y la consecución de la seguridad alimentaria y nutricional para todos[11]. El principio de universalidad se refiere a un enfoque inclusivo que vela por que todos tengan acceso a los recursos y servicios que necesitan para gozar de una salud nutricional óptima. La equidad añade una dimensión ética más centrada en las oportunidades que en los resultados. La disparidad en los resultados nutricionales se origina en inequidades arraigadas que se derivan de sistemas y procesos injustos que determinan las condiciones de vida cotidianas. Estos sistemas y procesos conforman las oportunidades y los obstáculos para la consecución de una alimentación saludable, entornos saludables, una atención de salud adecuada y vidas saludables. Se han registrado progresos considerables en la medición de las desigualdades en materia de nutrición, aunque no hemos tenido tanta claridad a la hora de comprender y combatir las inequidades. En vista de este déficit, el *Informe de la Nutrición Mundial* de este año pone el énfasis en la equidad nutricional.

La inequidad afecta a personas de todos los escalafones sociales y se basa en la marginación, la estigmatización o el desempoderamiento conexo de determinados individuos o grupos. Dado que no se escuchan o ignoran las opiniones e ideas de las personas marginadas, sus necesidades en materia de salud y nutrición quedan desatendidas. Mientras que el énfasis en la *desigualdad* busca entender las diferencias en los resultados nutricionales, por ejemplo los patrones de alimentación y enfermedad, de distintos grupos de población, al analizar la *inequidad* la atención se dirige a los sistemas y procesos subyacentes que generan una distribución desigual de los resultados[12]. Si las desigualdades en los resultados de la nutrición pueden evitarse mediante la intervención humana, como sugieren las pruebas, entonces esas desigualdades no son, por definición, equitativas[13]. Se requiere una agenda de políticas en favor de la equidad que fundamente el establecimiento de prioridades, asigne

FIGURA 1.1
Marco de equidad nutricional



Fuente: Adaptado de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS)[14] y conforme, en términos generales, con el marco del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)[15].

los recursos en función de las necesidades y garantice que no se deja a nadie atrás. Para alcanzar los ODS y las metas mundiales de nutrición conexas para todos, es indispensable explicar los motivos de las desigualdades en los resultados en materia de nutrición, para lo cual hay que entender las inequidades nutricionales y los factores que las determinan.

Las inequidades nutricionales y sus factores determinantes

En el presente *Informe de la Nutrición Mundial* se propone un marco conceptual (figura 1.1) que ayuda a entender y abordar las inequidades nutricionales a través de sus factores determinantes. El marco, adaptado a partir de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud[16], se ajusta en gran medida al marco del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)[17]. Los resultados desiguales y evitables se producen por procesos inequitativos, en los que se centra el análisis de la equidad. Este marco de equidad nutricional profundiza en los determinantes básicos y subyacentes (en consonancia con los niveles estructural e intermedio de la OMS, que se relacionan de manera aproximada con niveles semejantes de UNICEF, los cuales amplían).

En el plano subyacente, la inequidad nutricional es consecuencia de la interacción de las circunstancias sociales, psicológicas/conductuales y materiales cotidianas de las personas con su entorno más amplio. El entorno comprende, por ejemplo, el acceso a alimentos de calidad apropiados, la provisión de servicios de puericultura, los ambientes de atención de salud y los entornos de vida más generales (incluidos el saneamiento y las oportunidades para la actividad física). En este nivel pueden producirse múltiples interacciones. Por ejemplo, una familia que cuida de un niño debilitado por una alimentación inadecuada y la malnutrición, en parte debido a una situación de saneamiento e inmunización deficiente, quizá no pueda pagar o acceder a servicios de salud apropiados, entre otros los de asesoramiento y apoyo a la prevención. A la larga, esta situación puede hacer que se deterioren todavía más las circunstancias materiales o psicosociales, por ejemplo a causa de la pérdida de oportunidades de generar ingresos y del desvío de los recursos para el cuidado familiar.

Las circunstancias cotidianas y el acceso a los alimentos, la atención de salud y los entornos de vida vienen determinados en última instancia por factores que se describen en el nivel básico y que pueden generar una exposición o un acceso desiguales a los factores determinantes subyacentes. El nivel básico del marco de equidad nutricional localiza el origen de la inequidad nutricional en las desigualdades en cuanto a la posición social, el potencial y el capital humano, que se configuran y varían en función de los contextos socioeconómico y político. Estos contextos tienen una estabilidad variable, sobre todo en los países o regiones afectados por conflictos u otras formas de fragilidad (por ejemplo, económicas, ambientales, políticas, de seguridad y sociales, como se indica en el Marco de Fragilidad de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE][18]).

El nivel básico del marco resulta especialmente útil para destacar el modo en que la posición social de una persona repercute significativamente en su potencial y capital humano. En la posición social influyen no solo la riqueza, sino también percepciones socioculturales relacionadas con la edad, el género, la etnia, la educación o la situación de discapacidad. El potencial o el capital humano comprende las oportunidades de formación y empleo y el acceso a las redes sociales, que repercuten en las circunstancias y los entornos cotidianos. Por ejemplo, las personas más pobres disponen de menos dinero para acceder a los alimentos, servicios de salud o educación; asimismo, estas y otras personas (incluidas las más acaudaladas) pueden ver restringido el acceso por otras formas de discriminación social.

Los procesos de abuso, injusticia y exclusión social (recuadro 1.1) comienzan en el nivel básico y llegan al subyacente. Por ejemplo, hay determinados grupos a los que se excluye de los procesos políticos o se los estigmatiza, de modo que tienen menos oportunidades para construir su capital humano. Los sistemas alimentarios se ven afectados por un conjunto de poderosos determinantes comerciales como la mercadotecnia, la publicidad y el peso de las empresas en las políticas gubernamentales (entre otros, mediante el cabildeo), que a su vez inciden en las conductas de la población y su entorno alimentario inmediato[19]. Tanto los factores básicos como los subyacentes abarcan determinantes sociales, políticos y comerciales. A partir de este momento, nos referiremos a ellos de forma colectiva con el término "determinantes sociales" (adaptando la terminología de la OMS referida a los determinantes sociales de la salud).

RECUADRO 1.1
Causas de la inequidad

Injusticia: La injusticia social surge de la discriminación de particulares o grupos a causa de determinadas normas sociales y valores culturales por los que se los trata de forma desigual, se los considera indeseables o se los estigmatiza. A menudo, estas formas de discriminación se cruzan entre sí[20], y no reconocer esta discriminación en las políticas solo sirve para perpetuar las inequidades[21]. La posición social resultante —"un niño discapacitado", "una mujer de una casta inferior"— da origen a abusos constantes a lo largo de la vida que se transmiten de generación a generación y dificultan el acceso a la educación, la salud y la nutrición[22].

Abuso: Numerosos abusos durante el curso de vida se originan en injusticias sociales básicas. El acceso insuficiente a oportunidades vitales (como la educación)[23] da pie a deficiencias en los conocimientos, los servicios y los entornos físicos[24]. Ciertos grupos sociales sufren además la discriminación de otros grupos, por ejemplo del personal sanitario[25]. El "niño discapacitado" o la "mujer de una casta inferior" quizá no reciban una atención de salud adecuada porque al diseñar los servicios no se tuvieron presentes sus necesidades, porque estos no se ofrezcan en sus comunidades o porque no sepan dónde solicitar ayuda. Otros factores semejantes pueden impedir que accedan a los mercados de alimentos o servicios de saneamiento apropiados, lo que contribuye en su conjunto a peores resultados en materia de nutrición.

Exclusión política y desequilibrios de poder: Las personas en una posición de marginación social tienen menos posibilidades de contar con representación en las instituciones que asignan las oportunidades educativas o económicas[26] y diseñan las políticas y los programas para combatir las causas subyacentes a las inequidades nutricionales. Esta falta de poder incide en diversos planos, desde las premisas que imponen la forma de actuar en el seno familiar (por ejemplo, si una niña acude a la escuela o no) hasta los obstáculos para establecer normas de salud pública[27], el peso relativo de cada país en los acuerdos comerciales u otros acuerdos internacionales[28] o la presión que los grandes productores de alimentos ejercen en secreto contra las medidas de salud pública o la investigación científica[29].

Las causas de la inequidad son complejas, impulsadas por los diversos modos en que los determinantes sociales interactúan en los niveles básico y subyacente, e influyen colectivamente en los contextos sociales, institucionales, normativos y comerciales en los que viven las personas. Las circunstancias cotidianas, el entorno, la posición social, el capital humano y el contexto social determinan conjuntamente la probabilidad de que una persona sufra la malnutrición. Los entornos alimentarios deficientes, que afectan a todos, surgen en ocasiones a raíz de malas decisiones sobre políticas, una gobernanza inadecuada, la fragilidad estatal o el conflicto. Pero incluso estos efectos en el conjunto de la sociedad son diferenciadores y suelen afectar desproporcionadamente a los grupos más pobres, vulnerables o excluidos[30]. No es mera casualidad, por tanto, que muchas formas de malnutrición afecten en mayor medida a grupos carentes de poder social y político —las mujeres, los niños, las minorías étnicas, las personas con menos formación o quienes viven en situación de pobreza—. La exposición a estos determinantes de la inequidad y su incidencia en el bienestar de las personas suelen darse a largo plazo y de manera acumulada, no episódica.

La equidad nutricional mediante la acción sobre los determinantes sociales

Los dirigentes mundiales reafirmaron su compromiso de incorporar la justicia, la igualdad y los derechos humanos en las iniciativas encaminadas a superar los problemas mundiales mediante los Objetivos de Desarrollo Sostenible, aprobados en 2015. El ODS 10 (recuadro 1.2) guarda una relación directa con la lucha contra la epidemia mundial de malnutrición y reconoce la importancia de actuar sobre los determinantes sociales en los que se originan las inequidades nutricionales.

Agenda de políticas en favor de la equidad para ejecutar acciones en el ámbito de la nutrición

Las acciones en materia de nutrición deben tener más en cuenta la equidad para abordar la malnutrición de manera integral. Para ello hay que vincularlas más estrechamente al ideal general de los ODS consistente en "no dejar a nadie atrás". En el seno de la comunidad de desarrollo internacional, las partes interesadas han comenzado a aceptar el planteamiento de "llegar primero a los más rezagados"[31]. Con un énfasis renovado en los datos que ayuda a localizar las desigualdades en materia de nutrición, es indispensable plasmar este ideal general en políticas de nutrición prácticas que tengan en cuenta la equidad.

Los gobiernos y los encargados de la formulación de políticas deben considerar cómo las políticas sociales más amplias relacionadas con la vivienda, el trabajo, el urbanismo, el género, la educación y la protección social repercuten en los resultados de la nutrición, e integrar esas políticas en las estrategias sobre nutrición. Este tipo de acciones más amplias en favor de la equidad se están incorporando cada vez con mayor frecuencia a las estrategias alimentarias municipales, al considerar los vínculos en materia de alimentación y salud desde una perspectiva equitativa y sistémica[32]. Por ejemplo, la Brighton and Hove Food Partnership (Reino Unido), una alianza entre las autoridades sanitarias locales y municipales y organizaciones de la sociedad civil, ha propiciado un plan de acción estratégica sobre alimentación en el que se enumeran "los beneficios laborales y sociales y los costes de alojamiento y combustible" en el marco de su "enfoque preventivo contra la pobreza alimentaria"[33].

En una agenda de políticas nutricionales en favor de la equidad también han de considerarse los posibles vínculos ambientales y consecuencias. Es cada vez más necesario y urgente mejorar nuestra comprensión de la relación entre nuestra alimentación y el planeta, más allá de la producción de desechos y la contaminación de las aguas. Nuestra alimentación afecta al clima, y este a la alimentación. Debemos optimizar la alimentación de toda la población y hallar un sistema alimentario sostenible en todo el mundo. Una comisión reciente de la revista *Lancet* reconoce la importancia de estos vínculos y recomienda conectar "los compartimentos estancos de la reflexión y la acción en los ámbitos de la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad y el cambio climático para colaborar de forma activa en los factores sistémicos comunes" de los sistemas de la alimentación y la agricultura, el transporte, el trazado urbano y el uso de la tierra[34]. Ha llegado el momento de que los alimentos saludables de producción sostenible sean la opción más accesible, atractiva, asequible y práctica para todos.

RECUADRO 1.2
La equidad y el énfasis en la justicia, la vulnerabilidad y la no discriminación

Objetivo de Desarrollo Sostenible 10: Reducir la desigualdad en los países y entre ellos

En el Objetivo 10 se reconoce que la igualdad y la búsqueda de la equidad son indisociables en el imperativo de "no dejar a nadie atrás":

"Aspiramos a un mundo en el que sea universal el respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas, el estado de derecho, la justicia, la igualdad y la no discriminación; donde se respeten las razas, el origen étnico y la diversidad cultural y en el que exista igualdad de oportunidades para que pueda realizarse plenamente el potencial humano y para contribuir a una prosperidad compartida; un mundo que invierta en su infancia y donde todos los niños crezcan libres de la violencia y la explotación; un mundo en el que todas las mujeres y niñas gocen de la plena igualdad entre los géneros y donde se hayan eliminado todos los obstáculos jurídicos, sociales y económicos que impiden su empoderamiento; un mundo justo, equitativo, tolerante, abierto y socialmente inclusivo en el que se atiendan las necesidades de los más vulnerables"[35].

Fuente: "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible"[36].

La gobernanza para superar las inequidades nutricionales

Mejorar la gobernanza, la coordinación, el compromiso político y la rendición de cuentas es esencial para superar las inequidades nutricionales, como subraya la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS:

Para combatir la inequidad sanitaria y las disparidades en las condiciones de vida, hay que atajar las desigualdades, por ejemplo entre hombres y mujeres, en el modo en que está organizada la sociedad [...], para lo que no solo hay que fortalecer las instancias gubernamentales, sino también la gobernanza: hay que dar legitimidad, cabida y apoyo a la sociedad civil, a un sector privado responsable y a los miembros de toda la sociedad, con el fin de definir el interés común y reinvertir en la acción colectiva[37].

En los planos internacional y nacional, será necesario priorizar las políticas y la financiación con vistas a hacer frente a los determinantes sociales más amplios de las inequidades nutricionales. La capacidad de diferentes grupos y particulares para disfrutar de una alimentación saludable y nutritiva depende en última instancia de "la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos" que destaca la Comisión de la OMS[38]. Es necesario combatir estas inequidades mediante un mayor compromiso político, liderazgo y gobernanza, así como actividades de desarrollo de la capacidad, capacitación y recursos financieros y humanos reservados para fines específicos, a fin de lograr la igualdad en los resultados de la nutrición. Se requiere, por tanto, la acción de las principales partes interesadas, entre otras los gobiernos nacionales, el sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones de la sociedad civil y las empresas. También se ha de actuar a escala subnacional para corregir las inequidades en cada país.

Para ello, hace falta un énfasis renovado en la gobernanza inclusiva, los derechos humanos y la rendición de cuentas. Este planteamiento de "pensar y actuar políticamente" está siendo adoptado por los agentes de desarrollo internacionales[39] y ha dado pie a varios estudios sobre la gobernanza nutricional[40]. En anteriores versiones del *Informe de la Nutrición Mundial* se han destacado iniciativas encaminadas a construir y sostener el compromiso político con la nutrición gracias a un énfasis renovado en la gobernanza y la rendición de cuentas. Por ejemplo, a través de formas de responsabilidad social en las que una parte de la población participa en las decisiones y servicios que más les afectan y los auditan[41]. Hallamos ejemplos del enfoque sobre la nutrición basado en derechos en relación con los programas, las leyes y las garantías constitucionales nacionales en el movimiento sobre el derecho a la alimentación del Brasil[42] y la iniciativa de transformación de distritos aspiracionales en la India[43] (véase el caso destacado 3.1 del capítulo 3).

Mejorar la estructura y coordinación gubernamentales repercute de manera directa en la mitigación de las desigualdades en materia de nutrición. Un estudio sobre 116 países en un período de 15 años comparó la evolución del retraso del crecimiento en la infancia en función de una serie de atributos de gobernanza básicos (eficacia de la burocracia, orden público, estabilidad política, contención de la corrupción y rendición de cuentas democrática) y concluyó que "una mayor calidad de la gobernanza en los países contribuye a reducir la desnutrición infantil con independencia de los ingresos"[44].

La inestabilidad política y económica u otras formas de fragilidad a menudo ponen en peligro la gobernanza, con lo que se agravan las inequidades nutricionales y las consiguientes desigualdades en materia de nutrición. La fragilidad y el conflicto pueden menoscabar los servicios e infraestructuras básicos, disparar el precio de los alimentos, devaluar la moneda y dar pie a mecanismos de afrontamiento perjudiciales (como saltarse comidas o retirar a los niños de la escuela) con posibles consecuencias a largo plazo. Se requieren, por tanto, medidas concretas que ayuden a superar la división entre la labor humanitaria y el desarrollo y hagan frente a los diversos factores y manifestaciones de las inequidades nutricionales en los Estados frágiles.

Medir y entender los datos nutricionales desde la perspectiva de la equidad

Rendir cuentas sobre la nutrición a escala mundial es necesario para identificar y comprender qué factores impulsan los resultados desiguales de la nutrición y facilitar una acción correcta que tenga repercusión. Los mecanismos de rendición de cuentas vigentes —entre ellos, el *Informe de la Nutrición Mundial*— deben tener más presente la equidad en el enfoque de sus evaluaciones, análisis e informes. El informe de este año revela pruebas sólidas de la presencia de inequidades nutricionales en los sistemas de salud, los sistemas alimentarios y la financiación, así como desigualdades en todas las formas de malnutrición. También señala las significativas lagunas de información que hay que subsanar con "el desglose simultáneo de los datos por distintas dimensiones como ingresos, sexo, edad, raza, etnia, situación migratoria, situación de discapacidad, ubicación geográfica y otras características pertinentes en cada contexto nacional" y "una labor cualitativa para entender las causas fundamentales"[45]. Esta última dimensión se antoja fundamental para que se escuche a los más afectados por la malnutrición y a quienes desempeñan una labor primordial en la provisión de alimentos y atención[46].

Puesto que las inequidades son generalizadas en todos los ámbitos de la sociedad, las medidas en favor de la equidad no pueden aplicarse de forma aislada ni restringirse a un único sector. En el recuadro 1.3 se indica cómo puede aplicarse una perspectiva equitativa en la acción en materia de nutrición respondiendo a un conjunto de preguntas sencillas al diseñar o implementar una nueva política o un nuevo programa de nutrición. Quizá no resulte viable o aceptable realizar un seguimiento de todos estos indicadores en todas las situaciones; también hay que considerar en todo momento el contexto local y el uso correcto de los datos. La tabla 1.1 resume las acciones prioritarias acordes con el énfasis en la equidad en relación con los datos, los entornos y la gobernanza dirigidas a obtener resultados equitativos en materia de nutrición.

RECUADRO 1.3
Diseñar acciones en favor de una nutrición equitativa

Las preguntas siguientes pueden plantearse en la mayorías de los ámbitos de análisis y acción relacionados con la nutrición.

Análisis de la situación

- ¿Se distribuyen los resultados en materia de nutrición de forma justa? ¿En qué se diferencian al desglosarlos por posibles formas de discriminación social y marginación —no solo en función de la riqueza (p. ej., los ingresos), sino también por género, etnia, sexualidad, situación de discapacidad, situación migratoria, ubicación y otros factores determinantes más amplios de la posición social como las prerrogativas y el capital social y cultural—?
- ¿Se está ampliando la cobertura de los programas con capacidad para influir en los resultados de la nutrición —en especial en los relacionados con la salud, la alimentación y los entornos de vida— a las personas que se han considerado más necesitadas (a partir del análisis de datos desglosados)?
- ¿Qué aspectos de la vida cotidiana —por ejemplo, vivienda, saneamiento e ingresos básicos— pueden estar contribuyendo a las disparidades en la exposición a estos entornos diferentes?
- ¿Alguna premisa concreta sobre las formas de identidad social (p. ej., género, etnia o situación de discapacidad) está contribuyendo a la marginación de determinados grupos de las estructuras de adopción de decisiones?

RECUADRO 1.3 (CONTINUACIÓN)
Diseñar acciones en favor de una nutrición equitativa

Diseñar una acción

- ¿Qué tipo de acciones en la esfera de las disposiciones de gobernanza, las políticas y los programas combatirían los factores básicos y sistémicos de las inequidades que padecen las personas en mayor riesgo de exclusión, marginación o discriminación?
- ¿Cabe esperar que, al aplicar una perspectiva equitativa más específica, mejore la eficacia de la prevención de los resultados desiguales en materia de nutrición?
- ¿En qué medida sucede lo mismo con políticas a nivel macro como las políticas comerciales o laborales, las subvenciones agrícolas o la protección social?
- ¿Cómo se otorga más poder a las personas en mayor riesgo de exclusión, marginación o discriminación?
- ¿Cuál es el mejor modo de aprovechar y mejorar los sistemas democráticos, de gobernanza y rendición de cuentas, y los enfoques basados en derechos, con miras a lograr los objetivos nutricionales?

FIGURA 1.2
Cómo pueden las partes interesadas combatir las inequidades nutricionales

Fuente: OMS-UE. 2014. *Obesity and inequities.*

TABLA 1.1
Acciones prioritarias en favor de la equidad nutricional

PRIORIDADES DE UNA AGENDA EN FAVOR DE LA EQUIDAD	ACCIONES EN MATERIA DE NUTRICIÓN QUE TIENEN EN CUENTA LA EQUIDAD
DATOS Medir e interpretar los datos sobre nutrición desde la perspectiva de la equidad	• Potenciar y analizar los datos sobre nutrición disponibles con una mayor perspectiva de equidad. • Mejorar la recopilación de nuevos datos desglosados de salud y nutrición, por ejemplo incorporando determinantes como la edad, el sexo, la etnia, la educación, la riqueza, la situación de discapacidad, la situación migratoria o la ubicación geográfica en las encuestas demográficas, sobre salud o nutrición. • Recopilar y analizar descripciones cualitativas de las inequidades en el plano comunitario para comprender mejor sus causas fundamentales.
ENTORNOS	
SECTOR DE LA NUTRICIÓN Abordar universalmente los determinantes sociales más amplios de la nutrición	• Garantizar el acceso y la cobertura universales de los servicios de nutrición, tales como el apoyo comunitario a la alimentación del lactante y del niño pequeño, el tratamiento de la malnutrición aguda y los servicios de salud materna[47]. • Garantizar el acceso universal a servicios relacionados con los determinantes sociales de la nutrición; por ejemplo, a la atención primaria de salud, la inmunización, los medios de divulgación agrícola, la educación nutricional, el saneamiento y el agua potable[48]. • Dotar de más financiación y recursos a las personas más desfavorecidas en el plano nutricional —a saber, los niños pequeños, las embarazadas y mujeres lactantes, los adolescentes y las personas mayores— en consonancia con los compromisos sobre la cobertura sanitaria universal. • Ofrecer recursos financieros y de otro tipo a las organizaciones de la sociedad civil y los grupos comunitarios que llegan e incluyen a las comunidades vulnerables a nivel nutricional. • Invertir en personal de salud y nutrición, al concienciar y proporcionar conocimientos en materia de nutrición y equidad en todos los sectores, y trazar procesos claros encaminados a evitar que determinados grupos sufran exclusión o discriminación en el punto de prestación de servicios[49].
TRANSVERSAL Abordar universalmente los determinantes sociales más amplios de la nutrición	• Combatir las inequidades en la distribución de recursos, por ejemplo mediante sistemas de protección social, apoyo al empleo estable y la reforma agraria[50]. • Adoptar enfoques gubernamentales para abordar de forma simultánea, por medio de políticas y regulaciones, diversos factores de la inequidad nutricional, por ejemplo en relación con la vivienda, la educación, la planificación, los sistemas alimentarios, el transporte y la financiación.
GOBERNANZA Aprovechar el ODS 10 sobre la desigualdad para abordar los determinantes sociales más amplios de la nutrición	• Incorporar consideraciones relativas a la equidad en la nutrición en las decisiones sobre políticas macroeconómicas en la esfera del comercio, la inversión, la deuda o financiación y la tributación. • Corregir los desequilibrios de poder en los sistemas alimentarios fortaleciendo el sistema de rendición de cuentas y gobernanza a escala internacional, los enfoques basados en derechos para el desarrollo de políticas y la programación sobre alimentación y nutrición, los modelos empresariales responsables y la acción de la sociedad civil[51]. • En este marco, establecer e impulsar nuevos espacios de diálogo, participación y acción coordinada, tanto a nivel internacional (p. ej., el Comité de Seguridad Alimentaria Mundial de las Naciones Unidas[52] o el Movimiento SUN para el Fomento de la Nutrición[53]) como en los foros sobre el cambio climático (Conferencia de las Partes[54]) o a escala nacional (p. ej., las redes de SUN[55] o los consejos de política alimentaria). • Dar cabida a puntos de vista alternativos en la reflexión y la acción para sensibilizar los espacios y sistemas normativos que repercuten en la nutrición; sobre todo, velar por que la comunidad participe en el diseño, la provisión, el seguimiento, la evaluación y la auditoría de los servicios. • Superar la división entre la labor humanitaria y el desarrollo para hacer frente a los diversos factores y manifestaciones de las inequidades nutricionales en los Estados frágiles.

El *Informe de la Nutrición Mundial 2020*

El *Informe de la Nutrición Mundial* facilita desde 2014 datos de gran calidad, integrales y fidedignos para vigilar los progresos, orientar la acción, fomentar el compromiso y movilizar financiación con vistas a poner fin a todas las formas de malnutrición. Se trata de un mecanismo clave para que todas las partes interesadas (públicas y privadas de todos los sectores pertinentes) rindan cuentas de los compromisos asumidos por los dirigentes mundiales.

El *Informe de la Nutrición Mundial 2020* presenta los datos y pruebas más recientes sobre la situación de la nutrición en el mundo[56]. Hoy el mundo es más consciente de que una mala alimentación y la malnutrición resultante son uno de los problemas sanitarios y sociales más importantes de nuestro tiempo. En el informe de este año se aplica una perspectiva equitativa al analizar e interpretar los datos de la nutrición mundial, dilucidar cómo integrar la nutrición en el sistema de salud, entender la función de los sistemas alimentarios a la hora de conformar dietas y entornos más saludables, y señalar las necesidades de financiación y la rendición de cuentas en este ámbito. La presencia de inequidades nutricionales en los sistemas de salud, los sistemas alimentarios y la financiación, así como desigualdades en todas las formas de malnutrición, pone de manifiesto la necesidad de una acción polifacética en aras de la nutrición equitativa. Esto es fundamental para cumplir las metas mundiales de nutrición 2025.

En el capítulo 2 se presentan y analizan los últimos datos disponibles acerca de la carga mundial de malnutrición y los avances en la consecución de las metas mundiales de nutrición 2025 (sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño; y las enfermedades no transmisibles). Profundiza en la descripción de las desigualdades en los indicadores de la nutrición entre los países y dentro de estos, con un énfasis en la ubicación y las características clave de la población —como la edad, el sexo, la riqueza y el nivel educativo—. Se destacan los principales déficits de datos y la exigencia de obtener datos nutricionales minuciosos recopilados sistemáticamente para fundamentar la priorización y la asignación de los recursos en función de las necesidades.

En el capítulo 3 se reconoce que la nutrición es primordial para llevar una vida saludable y se hace hincapié en la necesidad de integrar y generalizar la nutrición en nuestros sistemas de salud. Se determinan inequidades y dificultades en este tipo de integración y se proponen medidas en cada uno de los seis elementos constitutivos del sistema de salud identificados por la OMS para garantizar el acceso universal, equitativo, eficaz y sostenido a una atención nutricional de gran calidad. Aplicar acciones eficaces y económicas en el ámbito de la nutrición mejoraría la alimentación, salvaría vidas y reduciría el gasto sanitario.

El capítulo 4 analiza el papel decisivo que los sistemas alimentarios pueden desempeñar para fomentar una alimentación más saludable, equitativa y sostenible. Combatir las inequidades en los sistemas alimentarios (desde la producción hasta el consumo) con políticas alimentarias que tengan en cuenta la equidad —por ejemplo, políticas de agricultura, etiquetado, fiscales, reformulación, adquisiciones escolares y comercialización— podría lograr que los alimentos saludables de producción sostenible sean la opción más accesible, atractiva, asequible y práctica para todos. Todos hemos de contribuir a la solución y se requieren mecanismos adecuados para realizar un seguimiento de la eficacia, la financiación y la rendición de cuentas.

En el capítulo 5 se expone y analiza la situación actual de la financiación internacional de la nutrición, que principalmente proviene de recursos nacionales y aportados por donantes. El análisis revela que la financiación de la nutrición sigue siendo especialmente baja, con disparidades entre sectores, formas de malnutrición y grupos de población cubiertos; asimismo, se precisan datos más minuciosos para priorizar los recursos de manera equitativa. Es indispensable renovar e intensificar el énfasis en la financiación equitativa de la nutrición, aprovechando los mecanismos de financiación disponibles y otros innovadores, para alcanzar en todo el mundo las metas mundiales de nutrición 2025.

El capítulo 6 subraya que la nutrición equitativa constituye una responsabilidad colectiva que exige el compromiso y la actuación de todas las partes interesadas. Este año se alcanza el punto medio del Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición, y la próxima Cumbre Nutrición para el Crecimiento de Tokio representará una oportunidad única para que los dirigentes mundiales asuman compromisos audaces en materia nutricional que respalden una agenda en favor de la equidad que haga posible que todas las personas sobrevivan y prosperen.

02

Desigualdades en la carga mundial de malnutrición

2013. Columbia Británica (Canadá).
Lanzamiento de una iniciativa para fomentar estilos de vida saludables y activos.
Fotografía: Provincia de la Columbia Británica.

PUNTOS CLAVE

1. A escala mundial, los niveles de malnutrición siguen siendo inaceptablemente altos. A pesar de algunas mejoras en determinados indicadores de la nutrición, los avances son insuficientes para cumplir con las metas mundiales de nutrición de 2025. Entre los niños menores de 5 años, 149 millones presentan retraso del crecimiento, 49,5 millones sufren de emaciación y 40,1 millones tienen sobrepeso. Hay 677,6 millones de adultos obesos.

2. El progreso varía de un país a otro y en función de la forma de malnutrición. Los datos más recientes muestran que ningún país está "bien encaminado" para cumplir las ocho metas mundiales de nutrición monitoreadas y tan solo ocho países están en vías de lograr cuatro. Ningún país está en condiciones de cumplir las metas relativas a la anemia o la obesidad en adultos.

3. Los países pueden verse aquejados por múltiples formas de malnutrición, en particular cuando padecen de conflictos u otras formas de fragilidad. Para abordar las causas y las consecuencias de la fragilidad, es necesario disponer de más y mejores datos para basar el diseño de intervenciones equitativas.

4. Los patrones mundiales, regionales y nacionales enmascaran las desigualdades nutricionales dentro de los países y en función de las características sociodemográficas, como la ubicación subnacional, la edad, el sexo, la riqueza y el nivel educativo.

5. Las brechas de datos son mayores para ciertos indicadores de la nutrición, en algunas circunscripciones subnacionales y con respecto a determinadas características clave de la población, como la etnia y las discapacidades. Esta falta de datos impide una mejor comprensión de las desigualdades nutricionales y una priorización fundamentada.

El estado de la nutrición en el mundo

Desde 2014, en el *Informe de la Nutrición Mundial* se proporcionan datos de alta calidad, completos y creíbles para evaluar el estado de la nutrición en el mundo; estos se complementan con los perfiles nutricionales por países, disponibles en línea[1]. En el *Informe de la Nutrición Mundial 2020* se sigue arrojando luz sobre el estado mundial de la nutrición y los avances hacia las metas mundiales de nutrición 2025. A partir de informes anteriores, se utilizan datos nuevos y más pormenorizados para profundizar y comprender quién se ve afectado por cada forma de malnutrición y en qué lugar.

En este capítulo se presentan los últimos datos sobre las metas mundiales de nutrición 2025, que, en su conjunto, hacen referencia a las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño y a las metas sobre enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Se incluyen metas para seis indicadores sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño: el peso bajo al nacer, el retraso del crecimiento en niños menores de 5 años, la emaciación en niños menores de 5 años, el sobrepeso en niños menores de 5 años, la anemia en mujeres en edad reproductiva y la lactancia materna exclusiva. También se incluyen indicadores sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación de los adultos: la ingesta de sal, la hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad. Habida cuenta de la necesidad de valorar otros indicadores clave de la nutrición y de evaluar exhaustivamente el estado de la nutrición mundial a lo largo de la vida, también se hace un seguimiento y se presentan datos relativos a múltiples indicadores sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, indicadores antropométricos de niños y adolescentes (peso inferior al normal, sobrepeso y obesidad) e indicadores antropométricos de adultos (peso inferior al normal y sobrepeso, además de obesidad). Las definiciones de todos los indicadores se encuentran en el apéndice 1.

En este capítulo se presenta una descripción general de las desigualdades en estos indicadores de la nutrición entre los países y dentro de estos, por ubicación y características clave de la población —como la edad, el sexo, la riqueza y el nivel educativo—. En el sitio web del *Informe de la Nutrición Mundial* figuran datos más detallados a escala mundial, regional y nacional, desglosados al máximo nivel disponible[2]. Esos datos y conclusiones son un requisito indispensable para establecer prioridades con conocimiento de causa, centradas en las intersecciones entre la alimentación y las enfermedades y en garantizar que nadie se quede atrás.

Progresos hacia el cumplimiento de las metas mundiales de nutrición 2025

Progresos mundiales

En la figura 2.1 se presentan los valores de referencia y los datos más recientes relativos a las metas mundiales de nutrición 2025 Se utilizaron varias fuentes para recopilar estos datos mundiales, y los avances a escala internacional hacia el cumplimiento de las metas se clasifican como "bien encaminado", "mal encaminado" o "ciertos progresos" (en el apéndice 2 se incluyen detalles sobre los datos y los métodos utilizados).

En cuanto a las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, el mundo está "mal encaminado" para cumplir con la meta relativa a la anemia, que afecta a 613,2 millones de niñas adolescentes y mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años (32,8% de prevalencia). La prevalencia de la anemia es significativamente mayor en las mujeres y adolescentes embarazadas (35,3 millones, el 40,1%) que en las que no lo están (577,9 millones, el 32,5%). Se han logrado algunos avances hacia el logro de la meta de lactancia materna exclusiva y el 42,2% de los lactantes menores de 6 meses son alimentados exclusivamente por lactancia materna; no obstante, sería necesario acelerar las mejoras para alcanzar la meta fijada para 2025. A escala mundial, 20,5 millones de recién nacidos (el 14,6%) tienen un peso bajo al nacer y los avances son mucho más lentos de lo que sería necesario para alcanzar la meta para 2025. En la actualidad, 149 millones de niños menores de 5 años (el 21,9%) siguen sufriendo retraso del crecimiento, y la emaciación afecta a 49,5 millones de niños de la misma edad (el 7,3%); los progresos son demasiado lentos para alcanzar ninguna de estas metas. En particular, en Asia se concentra más de la mitad de los niños con retraso del crecimiento del mundo (81,7 millones, el 54,8%)[3]. También estamos mal encaminados para cumplir la meta de sobrepeso en la infancia, ya que 40,1 millones de niños menores de 5 años (el 5,9%) tienen sobrepeso.

FIGURA 2.1
Progresos mundiales hacia el cumplimiento de las metas mundiales de nutrición 2025

Metas en materia de nutrición materna, del lactante y del niño pequeño

Anemia

MAL ENCAMINADO

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

Valores de referencia (2012)	30,3%
Datos de 2016	32,8%
MUJERES NO EMBARAZADAS	32,5%
MUJERES EMBARAZADAS	40,1%
Meta (2025)	15%

En 2016, la anemia afectó a 613,2 millones de mujeres en edad reproductiva, de las cuales 35,3 millones estaban embarazadas.

En 2017 se revisó el porcentaje de referencia de 2012, y se estableció en el 30,3%. La prevalencia actual refleja el aumento registrado desde entonces.

Lactancia materna exclusiva

CIERTOS PROGRESOS

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

Valores de referencia (2005–2012)	37%
Datos de 2018	42,2%
Meta (2025)	50% o más

En 2018, el 42,2% de los lactantes de 0 a 5 meses se alimentaron exclusivamente con lactancia materna.

Un aumento de 5 puntos porcentuales en 6 años refleja un avance muy escaso. La estimación para 2018 era del 40,7%.

DATOS ACTUALIZADOS

Peso bajo al nacer

CIERTOS PROGRESOS

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

Valores de referencia (2012)	15%
Datos de 2015	14,6%
Meta (2025)	10,5%

Según las últimas estimaciones, alrededor de 20,5 millones de niños presentan peso bajo al nacer.

Para lograr entre 2012 y 2025 la tasa media anual de reducción (TMAR) del 2,74% requerida para cumplir la meta mundial en materia de nutrición, será necesario que los progresos sean más del doble. Esto implicará tanto mejorar la medición como invertir en programas que hagan frente a las causas del peso bajo al nacer.

DATOS ACTUALIZADOS

Retraso del crecimiento en la infancia

MAL ENCAMINADO

META Una reducción del 40% en el número de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento.

Valores de referencia (2012)	165,8 millones
Datos de 2018	149 millones
Meta (2025)	Alrededor de 100 millones

En 2018, 149 millones de niños padecían retraso del crecimiento.

La TMAR actual (2,2%) se sitúa por debajo de la requerida (4%). Si la tendencia actual se mantiene, la meta actual de 100 millones de niños con retraso del crecimiento para 2025 se superará en 30 millones de niños. Se ha actualizado el valor de referencia de 165,2 millones de niños establecido en el *Informe de la Nutrición Mundial 2018*, que se ha fijado en 165,8 millones.

DATOS ACTUALIZADOS

Emaciación en la infancia

MAL ENCAMINADO

META Reducir la emaciación en la infancia y mantenerla en menos del 5%.

Valores de referencia (2012)	7,9%
Datos de 2018	7,3%
Meta (2025)	Menos del 5%

En 2018, el 7,3% de los niños (49,5 millones) sufrían de emaciación.

En 2018 la prevalencia mundial era del 7,3%, frente al 7,9% en 2012, lo que demuestra un progreso insignificante hacia el objetivo del 5% para 2025. Será necesario un aumento sustancial de los esfuerzos para romper la situación de inercia mundial en materia de emaciación y reducir la tasa a fin de lograr la meta del 5% para 2025.

DATOS ACTUALIZADOS

Sobrepeso en la infancia

MAL ENCAMINADO

META El sobrepeso infantil no aumenta.

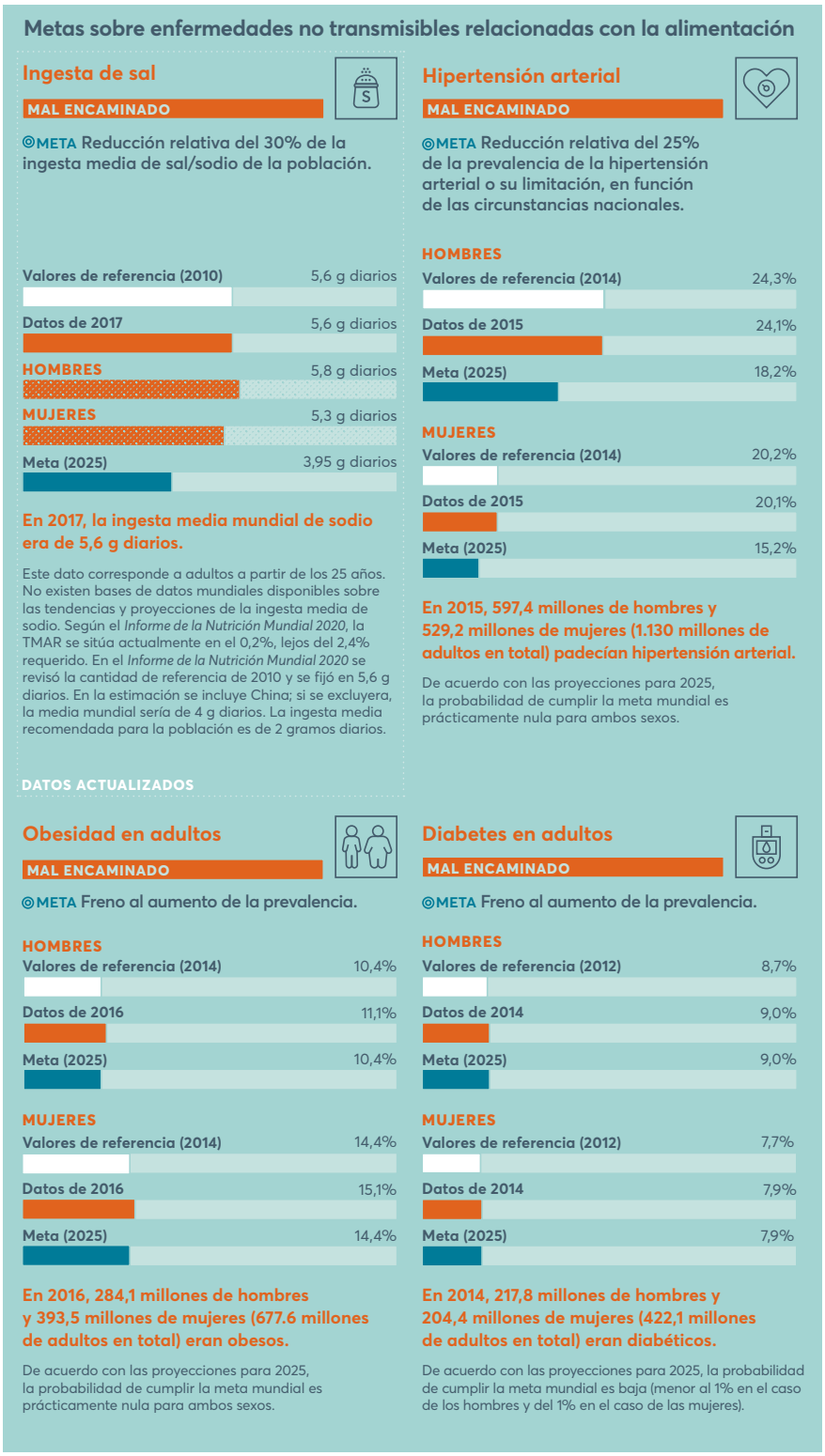
Valores de referencia (2012)	5,5%
Datos de 2018	5,9%
Meta (2025)	5,5% o menos

En 2018, el 5,9% de los niños (40,1 millones) tenían sobrepeso.

Se ha actualizado el valor de referencia del 5,4% establecido en el *Informe de la Nutrición Mundial 2018*, que se ha fijado en el 5,5%.

DATOS ACTUALIZADOS

FIGURA 2.1 (continuación)
Progresos mundiales hacia el cumplimiento de las metas mundiales de nutrición 2025

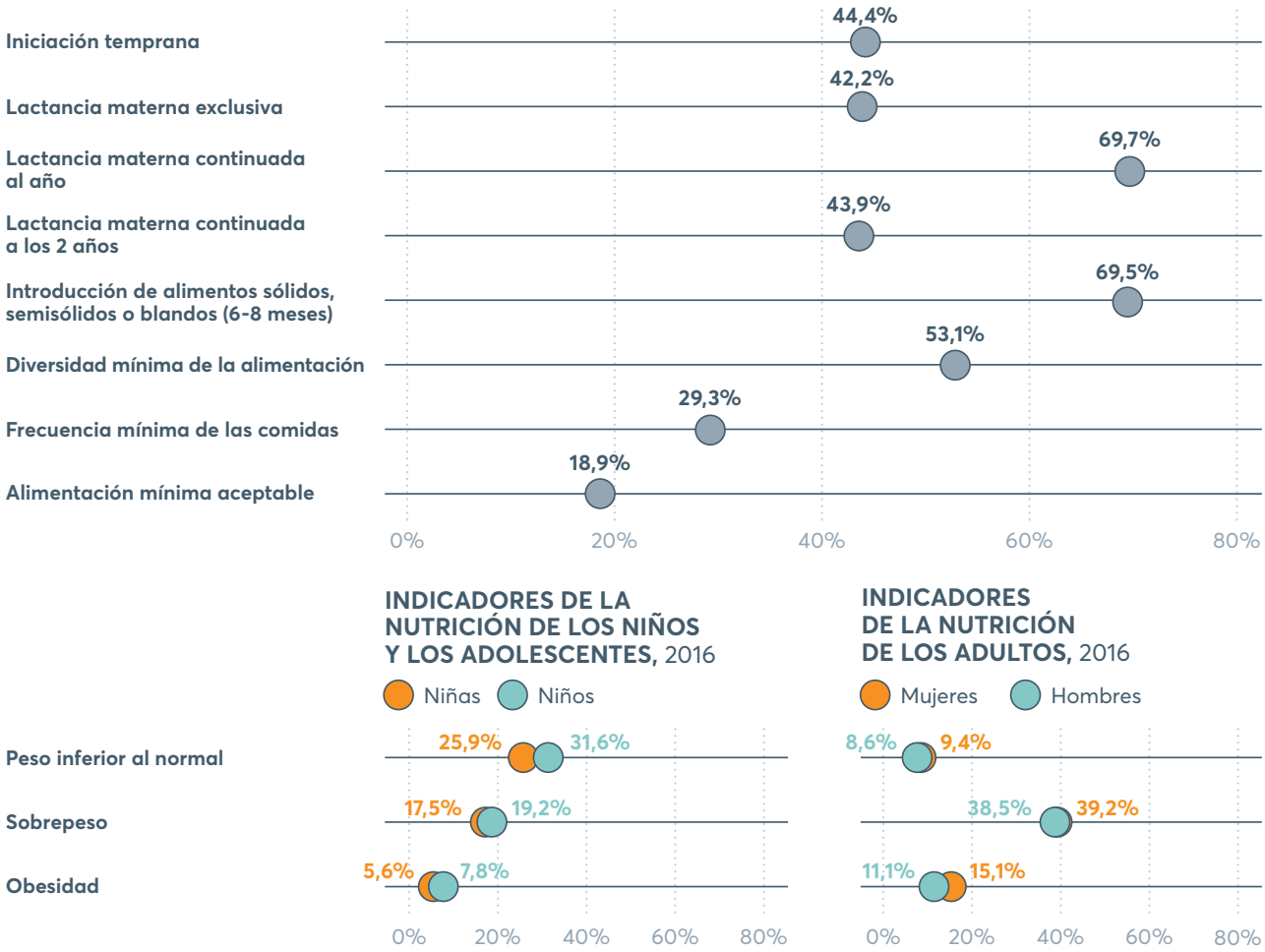


Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, 2019; Base de datos ampliada de estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial: Retraso del crecimiento, emaciación y sobrepeso (marzo de 2019, Nueva York); red NCD Risk Factor Collaboration; Observatorio Mundial de la Salud de la OMS; "Global Burden of Disease" (Carga Mundial de Morbilidad), Institute for Health Metrics and Evaluation; y "UNICEF-WHO Low birthweight estimates: Levels and trends 2000-2015", 2019.
Nota: El año de referencia es el más cercano posible al año en que se adoptó cada meta (suele ser 2012 para las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, y 2014 para las metas de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación). Para la diabetes, dada la falta de datos mundiales posteriores a 2014, se utilizan como valores de referencia los datos de 2012. El último año se refiere al año más reciente para el que se incluyen datos. Se entiende que la infancia abarca a los niños menores de 5 años; la ingesta de sal atañe a los adultos de 25 años o más; el resto de las metas relativas a los adultos hacen referencia a personas de 18 años o más. Los datos sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (todos menos los referentes a la sal) están normalizados por edades según los grupos de población de la OMS. Las metodologías de seguimiento del progreso difieren de una meta a otra. Las definiciones de los indicadores se incluyen en el apéndice 1. Los detalles de los datos y los métodos utilizados para evaluar el progreso hacia el cumplimiento de las metas mundiales de nutrición se incluyen en el apéndice 2.

Ninguna de las metas sobre enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación está remotamente bien encaminada a escala mundial, y las estimaciones apuntan a que la probabilidad de que se logre alguna es casi nula. La ingesta media mundial de sodio en adultos (mayores de 25 años) se estima en 5,6 g/día, ligeramente más alta en los hombres (5,8 g/día) que en las mujeres (5,3 g/día). A escala mundial, 1.130 millones de adultos (18 años o más) (el 22,1%) sufre de hipertensión arterial; la situación es peor en el caso de los hombres (597,4 millones, el 24,1%) que en el de las mujeres (529,2 millones, el 20,1%). En el mundo, la cifra de adultos (18 años o más) obesos es asombrosa: 677,6 millones (el 13,1%). Además, hay más mujeres obesas (393,5 millones, el 15,1%) que hombres (284,1 millones, el 11,1%). La diabetes afecta a 422,1 millones de adultos (18 años o más) (el 8,5%), y es ligeramente más prevalente en hombres (217,8 millones, el 9%) que en mujeres (204,4 millones, el 7,9%).

En general, a escala mundial los niveles de malnutrición siguen siendo inaceptablemente altos. A pesar de algunas mejoras en la lactancia materna exclusiva, los progresos generales son demasiado lentos para cumplir las metas mundiales de nutrición 2025. Es necesario intensificar los esfuerzos y las medidas para lograr las metas.

FIGURA 2.2
Indicadores de la prevalencia mundial de la alimentación del lactante y del niño pequeño, indicadores de la nutrición de los niños y los adolescentes y los adultos



Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño de 2019; red NCD Risk Factor Collaboration, 2019; Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, 2019; "Global Burden of Disease" (Carga Mundial de Morbilidad), Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019; y "UNICEF-WHO Low birthweight estimates: Levels and trends 2000-2015", 2019.
Nota: Las edades utilizadas en los indicadores para los adultos (18 años o más) y en los indicadores para los niños y adolescentes (de 5 a 19 años) son las edades normalizadas para estos grupos de población según la OMS. Las metodologías de seguimiento del progreso difieren de una meta a otra. Las definiciones de los indicadores se incluyen en el apéndice 1. Los detalles de los datos y los métodos utilizados para evaluar los progresos hacia el cumplimiento de las metas mundiales de nutrición figuran en el apéndice 2.

Más allá de estos indicadores de la nutrición con metas mundiales, en el *Informe de la Nutrición Mundial* también se realiza un seguimiento de varios indicadores de la alimentación del lactante y del niño pequeño, de los adolescentes y los adultos (figura 2.2). Las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño siguen siendo deficientes. Se amamanta a menos de la mitad de los recién nacidos (el 44,4%) en la primera hora después del parto (lo que se conoce como iniciación temprana) y solo el 42,2% de los lactantes menores de 6 meses se alimentan exclusivamente de leche materna. Alrededor de dos tercios de los niños de 12 a 15 meses (el 69,7%) y menos de la mitad de los niños de 20 a 23 meses (el 43,9%) son amamantados. En lo que a alimentos sólidos respecta, solo el 69,5% de los lactantes de 6 a 8 meses consume algún tipo de alimento sólido. Poco más de la mitad (el 53,1%) de los niños de entre 6 y 23 meses reciben el número de comidas mínimo recomendado y menos de 1 de cada 3 niños (el 29,3%) recibe una alimentación con niveles de diversidad mínima; esto significa que menos de 1 de cada 5 (el 18,9%) presenta una alimentación mínimamente aceptable. Los datos mundiales más recientes desglosados por sexo sobre la antropometría de los niños y adolescentes (de 5 a 19 años) y los adultos (18 años o más) muestran que los niños y los adolescentes con un peso inferior al normal son mucho más numerosos que los que sufren de sobrepeso u obesidad en todo el mundo, mientras que el número de adultos con sobrepeso u obesidad es muy superior al de adultos con un peso inferior al normal (esta cuestión se analiza con más detalle en este capítulo, en el apartado "Desigualdades en la malnutrición").

Progresos nacionales

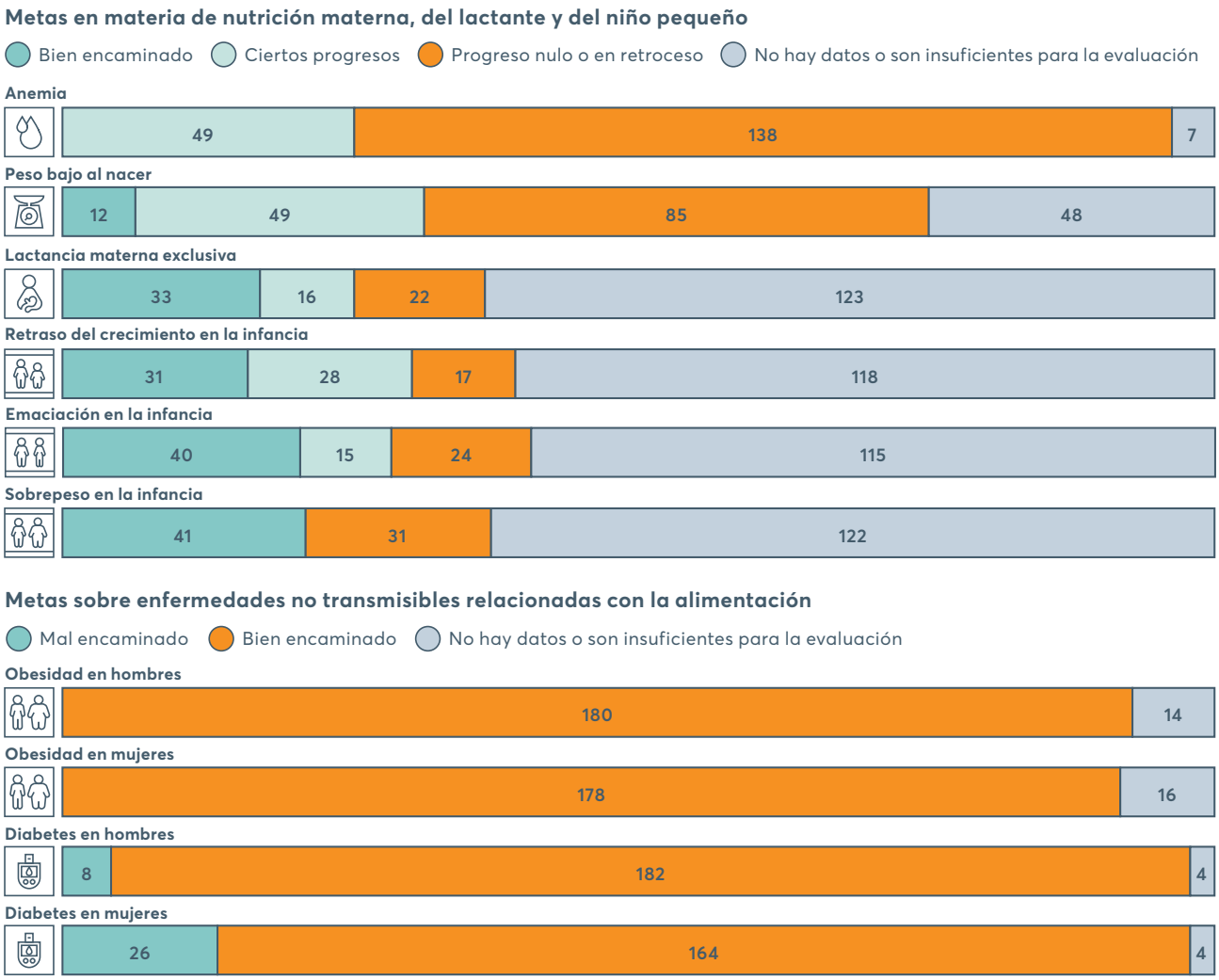
En el *Informe de la Nutrición Mundial* también se informa sobre los progresos en cada país hacia el logro de las metas mundiales de nutrición 2025 (figura 2.3). Los progresos nacionales se clasifican como "bien encaminado", "ciertos progresos" o "progreso nulo o en retroceso" para las metas en materia de nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, y "bien encaminado" o "mal encaminado" para las metas sobre enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (véase el apéndice 2 para obtener más información sobre las fuentes de datos y los métodos utilizados). De las diez metas mundiales de nutrición 2025, no se evaluaron los progresos realizados en el plano nacional en lo referente a la ingesta de sal ni la hipertensión arterial debido a la falta de proyecciones comparables.

La disponibilidad y la calidad de los datos difieren de un indicador a otro, dado que se utilizan metodologías y enfoques de modelado distintos. Por lo tanto, es posible que algunos países hayan avanzado hacia las metas sin que se refleje en estos análisis. Por ejemplo, los datos de los indicadores sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, con la excepción de la anemia y el peso bajo al nacer, se basan en encuestas realizadas principalmente en países de ingreso bajo y mediano bajo, por lo que no hay una visión de conjunto. Se dispone de datos de todos los países sobre las metas relativas a la anemia, el peso bajo al nacer y las enfermedades no transmisibles pero, según las estimaciones modelizadas, es posible que no representen con precisión la situación real en los países.

La evaluación de los progresos en los países revela que muy pocos países están "bien encaminados" para alcanzar alguna de las metas mundiales (figura 2.3). Los últimos datos disponibles muestran que 41 países están "bien encaminados" para alcanzar la meta sobre el sobrepeso en la infancia, 40 la de emaciación y 31 la de retraso del crecimiento; 33 países están "bien encaminados" para lograr la meta de lactancia materna exclusiva y solo 12 la meta relativa al peso bajo al nacer. Lo que es peor: ningún país está "bien encaminado" para alcanzar la meta de anemia ni para detener el aumento de la obesidad en adultos. Del mismo modo, solo una pequeña proporción de los países está bien encaminada para cumplir con la meta referente a la diabetes.

En cuanto a las metas, 106 países con datos disponibles están bien encaminados para cumplir al menos una meta mundial de nutrición y otros 28 muestran "ciertos progresos" en al menos una meta. De estos 106 países, 56 están bien encaminados para alcanzar al menos 2 metas; 21 países, para cumplir al menos 3; y solo 8 países, para cumplir 4 metas, que es el número máximo de metas que algún país está en camino de cumplir.

FIGURA 2.3
Progresos nacionales hacia el cumplimiento de las metas mundiales de nutrición 2025



Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño, 2019; Base de datos ampliada de estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial: Retraso del crecimiento, emaciación y sobrepeso, (marzo de 2019, Nueva York); red NCD Risk Factor Collaboration, 2019; Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, 2019; y "UNICEF-WHO Low birthweight estimates: Levels and trends 2000-2015", 2019.
Notas: Evaluación basada en 194 países. Se entiende que la infancia abarca a los niños menores de 5 años; las metas relativas a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación se evalúan en los adultos de 18 años o más. Las metodologías de seguimiento del progreso difieren de una meta a otra. Las definiciones de los indicadores se incluyen en el apéndice 1. Los detalles de los datos y los métodos utilizados para evaluar los progresos hacia el cumplimiento de las metas mundiales de nutrición se incluyen en el apéndice 2.

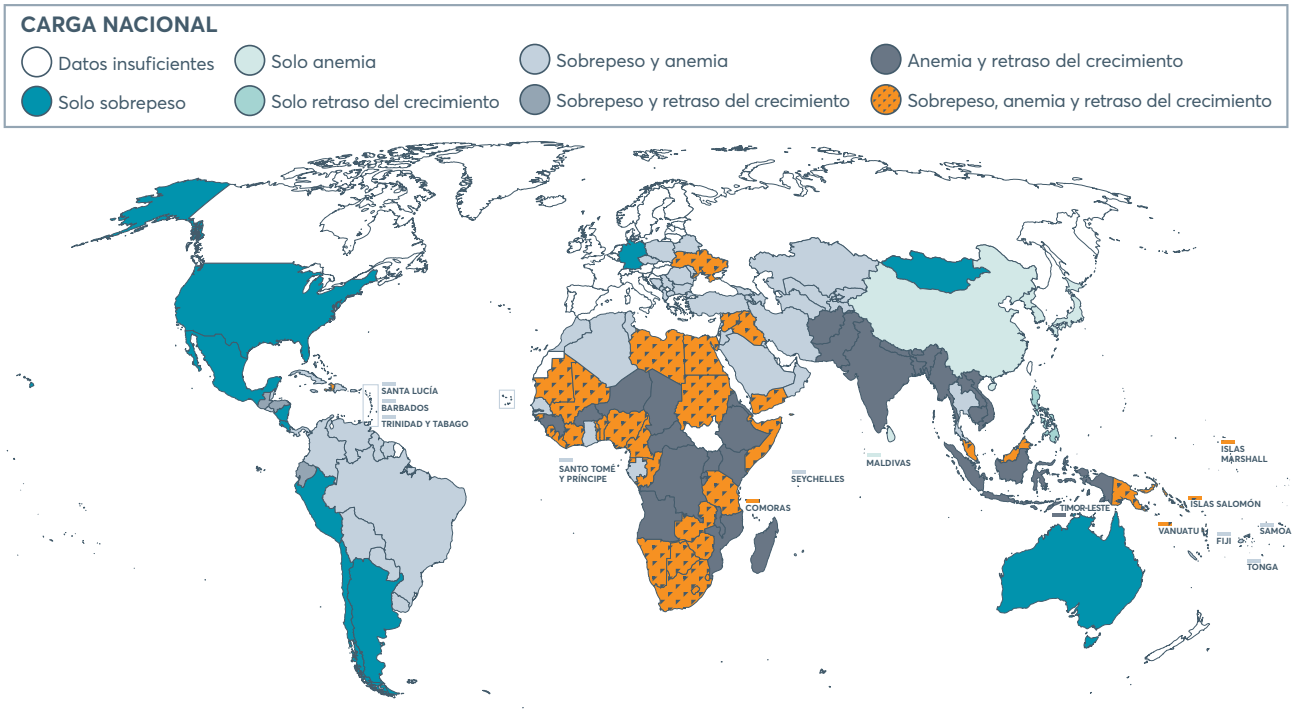
La doble carga de la malnutrición

La crisis de malnutrición mundial a la que nos enfrentamos tiene dos caras: los principales impactos mundiales de la inseguridad alimentaria y la desnutrición, que se tienen presentes desde hace mucho tiempo; y las tremendas consecuencias de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, que han aparecido más recientemente. La doble carga de la malnutrición se caracteriza por la coexistencia de la desnutrición junto con el sobrepeso o la obesidad (un importante factor causante de otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares). La doble carga puede darse en cualquier nivel demográfico: en el plano nacional, municipal, comunitario, familiar e individual[4].

A partir de los análisis previos del *Informe de la Nutrición Mundial* y con los últimos datos disponibles, se evaluó la coexistencia de tres formas diferentes de malnutrición por país (figura 2.4): el retraso del crecimiento en niños menores de 5 años, la anemia en las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años) y el sobrepeso (incluida la obesidad) en mujeres adultas (18 años o más). De los 194 países evaluados, 143 disponen de datos comparables para los tres indicadores. Los 143 países presentan niveles altos en al menos una forma de malnutrición, según los tres indicadores y sus respectivos umbrales. De los 51 países no representados en este análisis, la mayoría (40, el 78,4%) son de ingreso alto. De los 143 países, 124 presentan altos niveles de al menos dos formas de malnutrición (56 países, anemia y sobrepeso; 28 países, anemia y retraso del crecimiento; 3 países, sobrepeso y retraso del crecimiento). De los 124 países, 37, principalmente en África, sufren altos niveles de las tres formas de malnutrición. Solo 19 países presentan altos niveles de una sola forma de malnutrición (1, retraso del crecimiento; 7, anemia; 11, sobrepeso). Si bien la disponibilidad y la calidad de los datos varían según los países y los indicadores —y también cambian con el paso del tiempo—, es evidente que la mayoría de los países del mundo están afectados por una o más formas de malnutrición.

En el plano nacional, es posible constatar algunos cambios significativos durante los últimos dos decenios, sobre todo en Guatemala y el Perú. En 2000, Guatemala presentaba altos niveles de las tres formas de malnutrición: sobrepeso, retraso del crecimiento y anemia, pero desde entonces la anemia ha caído por debajo del umbral (ha pasado del 26,1% al 16,4% entre 2000 y 2016). El Perú adolecía de una carga similar de las tres formas de malnutrición en 2000, pero ha reducido la prevalencia por debajo del umbral superior tanto para el retraso del crecimiento (del 31,3% al 12,9% entre 2000 y 2017) como para la anemia (del 32,4% al 18,5% entre 2000 y 2016).

FIGURA 2.4
Mapa de países donde coexiste el retraso del crecimiento en niños menores de 5 años, la anemia en mujeres en edad reproductiva y el sobrepeso en mujeres adultas

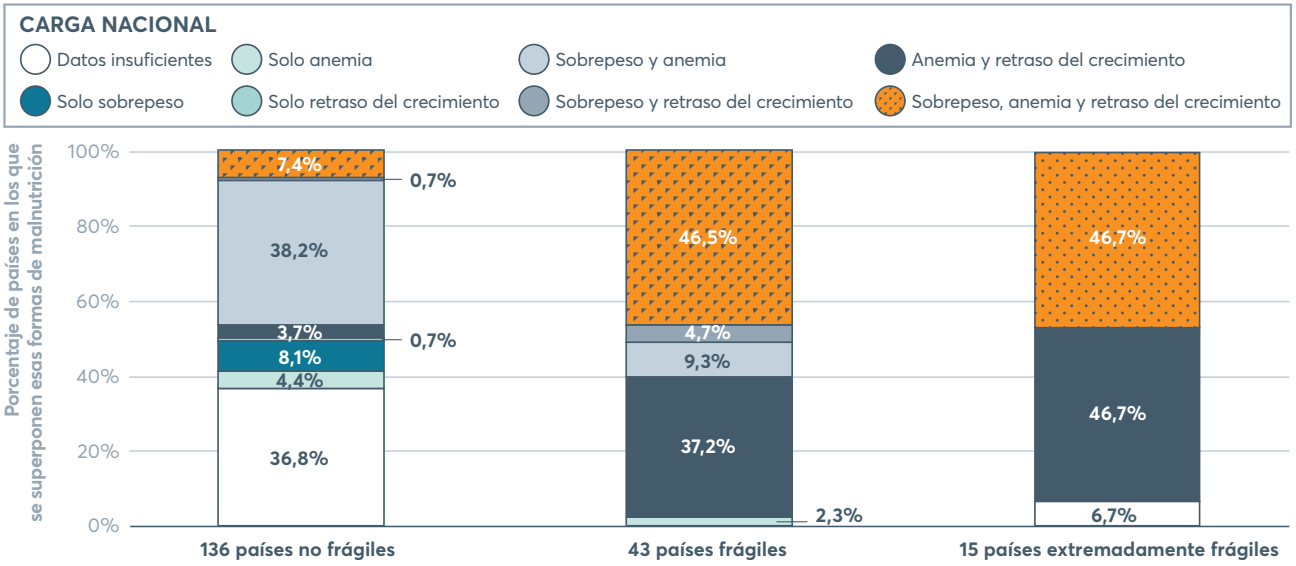


Fuente: Base de datos ampliada de estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial: Retraso del crecimiento, emaciación y sobrepeso (marzo de 2019, Nueva York); red NCD Risk Factor Collaboration, 2019; Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, 2019.
Notas: Umbrales de prevalencia (%) utilizados para determinar si un país sufre una alta prevalencia de una determinada forma de malnutrición: retraso del crecimiento en niños menores de 5 años: ≥20%; anemia en mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años): ≥20%; sobrepeso (incluida la obesidad) en mujeres adultas de 18 años o más: índice de masa corporal de ≥25 kg/m² ≥35%. Se basa en los datos más recientes disponibles de 143 países.

Los países afectados por conflictos u otras formas de fragilidad (como se vio en el capítulo 1) tienen un mayor riesgo de malnutrición. En 2016, 1.800 millones de personas (el 24% de la población mundial) vivían en países frágiles o extremadamente frágiles[5]. Se prevé que esa cifra aumente hasta los 2.300 millones de personas para 2030 y alcance los 3.300 millones para 2050. En tales entornos, puede utilizarse la prevalencia de la emaciación[6] en los niños menores de 5 años, una forma aguda de malnutrición, para evaluar el estado nutricional reciente de estos niños pequeños, así como la situación alimentaria y nutricional de la población en general[7]. Una prevalencia de la emaciación del 15% o más se considera muy alta y motivo de intervención[8]. La Universidad de Tufts realizó un estudio en cuatro países: en Bangladesh y el Níger (ambos frágiles, según la clasificación de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos)[9], y el Chad y Sudán del Sur (ambos extremadamente frágiles, según esa misma clasificación). En ese estudio se constató que, durante el último decenio, la prevalencia de la malnutrición aguda[10] ha descendido puntualmente por debajo del 15% pero, por lo general, se ha mantenido por encima de este umbral a pesar de los intensos esfuerzos humanitarios realizados.

Un nuevo análisis del *Informe de la Nutrición Mundial* demuestra que los países frágiles (20 de 43, el 46,5%) y extremadamente frágiles (7 de 15, el 46,7%) presentan niveles altos y desproporcionados de las tres formas de malnutrición en comparación con los países no considerados frágiles (10 de 136, el 7,4%) (figura 2.5). Asimismo, una mayor proporción de países frágiles (42 de 43, el 97,7%) y extremadamente frágiles (14 de 15, el 93,3%) presentan altos niveles en al menos dos formas de malnutrición en comparación con los países que no son frágiles (68 de 136, el 50%). Cabe destacar que existen variaciones en las formas de malnutrición más prevalentes en los entornos frágiles, extremadamente frágiles y no frágiles. La principal carga de los países no considerados como frágiles suele ser los altos niveles de sobrepeso (solo sobrepeso o junto con otras formas de malnutrición; en 74 de 136 países, el 54,4%), mientras que los países frágiles experimentan altos niveles de anemia (41 de 43, el 95,3%) y los extremadamente frágiles tienen altos niveles de anemia y retraso del crecimiento (14 de 15, el 93,3%). Estos hallazgos ponen de manifiesto la necesidad de comprender y mitigar los factores que causan la fragilidad en sí, y la forma en que dan pie a resultados de la nutrición desiguales.

FIGURA 2.5
Coexistencia del retraso del crecimiento en niños menores de 5 años, anemia en niñas adolescentes y mujeres, y sobrepeso en mujeres adultas, por fragilidad



Fuente: Base de datos ampliada de estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial: Retraso del crecimiento, emaciación y sobrepeso (marzo de 2019, Nueva York); red NCD Risk Factor Collaboration, 2019; Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, 2019; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), 2018.
Notas: Umbrales de prevalencia (%) utilizados para determinar si un país sufre una alta prevalencia de una determinada forma de malnutrición: retraso del crecimiento en niños menores de 5 años: ≥20%; anemia en niñas adolescentes y mujeres de 15 a 49 años: ≥20%; sobrepeso (incluida la obesidad) en mujeres adultas de 18 años o más: índice de masa corporal de ≥25 kg/m² ≥35%. La figura se basa en los datos más recientes de 194 países. Las cifras y los porcentajes que se muestran en las columnas corresponden a cada grupo de países, clasificados por estado de fragilidad como no frágiles, frágiles y extremadamente frágiles. La clasificación se basa en el marco del informe de la OCDE sobre los estados de fragilidad de 2018 (*States of Fragility 2018*), donde se evalúan cinco dimensiones fundamentales: política, social, económica, ambiental y de seguridad[11].

Como se estudió en el informe anterior, las múltiples formas de malnutrición también pueden coexistir en el plano individual[12]. En el *Informe de la Nutrición Mundial 2018* se destacó la coexistencia del retraso del crecimiento y la emaciación a nivel individual; es decir, un mismo niño puede sufrir retraso del crecimiento y emaciación a la vez, lo que lo expone a un mayor riesgo de carencias nutricionales perjudiciales, una merma del desarrollo cognitivo e incluso la muerte. De los 111 países que disponen de datos, 10 tienen una prevalencia superior al 5% en lo relativo a la coexistencia de retraso del crecimiento y emaciación en el plano individual; estos se encuentran principalmente en África (7) y Asia (3). De ellos, el Yemen, Sudán del Sur y el Sudán tienen la prevalencia más alta, todos con un 6,7%.

Un mismo niño también puede presentar retraso del crecimiento y sobrepeso simultáneamente. De los 111 países que disponen de datos, 10 naciones de África (5) y Asia Occidental (5) tienen una prevalencia de al menos un 5% en lo referente a la coexistencia de retraso del crecimiento y sobrepeso en la infancia a nivel individual. Siria es el único país en el que esta prevalencia supera el 10% (11,1%); le siguen Guinea Ecuatorial (8,6%) y Egipto (8,1%). Es fundamental comprender cómo coexisten las diferentes formas de malnutrición en el plano individual, familiar y nacional, así como a lo largo de la vida; para ello, se requiere una recopilación más sistemática y detallada de datos.

Desigualdades en la malnutrición

Tras los patrones mundiales, regionales y nacionales pueden ocultarse desigualdades en los indicadores de la nutrición dentro de los países y por características sociodemográficas. Es fundamental esclarecer las desigualdades en los indicadores de la nutrición para poder establecer prioridades de forma fundamentada, guiar la distribución equitativa de los recursos y estructurar las intervenciones en función de las necesidades. En este capítulo se presentan datos desglosados referentes a una serie de indicadores de la nutrición —bien indicadores con una meta mundial, bien indicadores de interés previamente presentados— por lugar, edad, sexo, riqueza y nivel educativo.

La disponibilidad, la cobertura y el grado de detalle de los datos pueden variar según el conjunto de datos y el indicador de la nutrición; en este capítulo se utilizan y presentan algunos de los datos disponibles más recientes (en el apéndice 1 se incluyen detalles sobre las fuentes de los datos). Así, los indicadores de la nutrición se han agrupado y presentado conjuntamente según la disponibilidad de datos (y en función de cómo se suelen evaluar) y el nivel de desglose disponible, y abarcan todo el ciclo de la vida cronológicamente. Para todos los indicadores, hay claramente menos datos mundiales disponibles por origen étnico o discapacidad, lo que impide realizar evaluaciones similares.

Desigualdades en los indicadores de alimentación del lactante y del niño pequeño

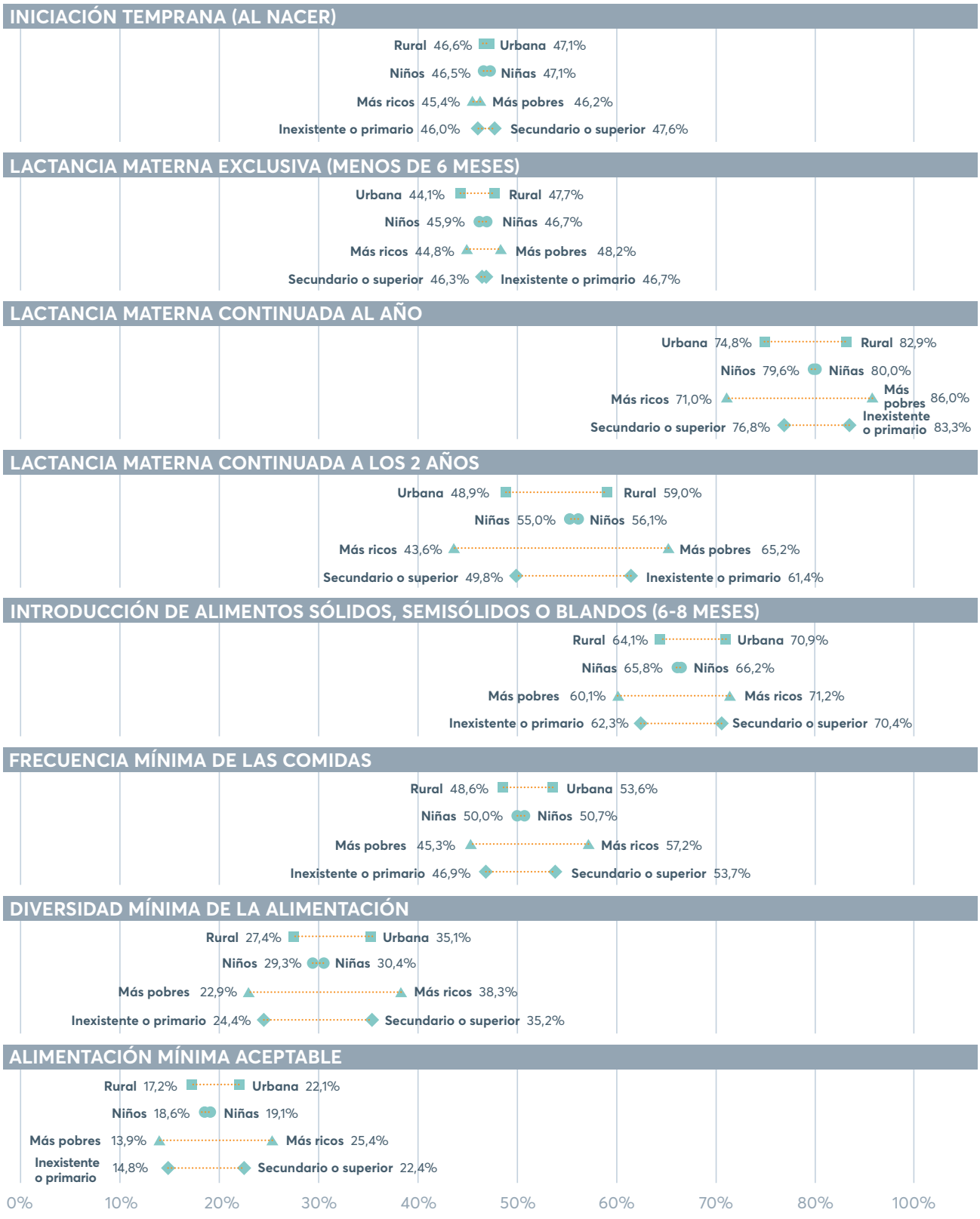
En la figura 2.6 se muestran las desigualdades sociodemográficas en la prevalencia de los indicadores relativos a la alimentación del lactante y del niño pequeño por ubicación (urbana o rural), sexo, riqueza y nivel educativo. La disponibilidad de datos varía según el indicador y oscila entre 70 y 85 países, en su mayoría países de ingreso bajo y mediano bajo. La magnitud y dirección de las desigualdades observadas difiere en función de la característica sociodemográfica y el indicador evaluados. La prevalencia suele ser similar entre los sexos.

Si bien no se observan diferencias notables entre los grupos de población en cuanto a la iniciación temprana y la lactancia materna exclusiva, existen grandes desigualdades evidentes en cuanto a la lactancia materna continuada hasta el primer y segundo año. La prevalencia de la lactancia materna continuada es menor en las zonas urbanas que en las rurales, en sintonía con las pruebas que apuntan a una relación inversa entre la urbanidad y la lactancia materna[13], incluso en entornos de ingreso bajo y mediano. En cuanto a la lactancia materna continuada hasta el segundo año, las brechas por razón de riqueza y nivel educativo se amplían, con una menor prevalencia de la lactancia materna continuada entre los niños de los hogares más ricos o con una madre con un mayor nivel educativo[14].

Existen desigualdades radicales en la introducción de alimentos sólidos, la frecuencia de las comidas, la diversidad de la dieta y la alimentación mínima aceptable. Los niños de los hogares más ricos obtienen mejores resultados, al igual que los que viven en zonas urbanas y aquellos que tienen una madre con un nivel educativo más alto. En cuanto a la alimentación mínima aceptable específicamente (la medida compuesta de la frecuencia de las comidas y la diversidad de la dieta), la brecha en términos de riqueza es del 11,5%, en función de la ubicación del 4,9%, y la brecha educativa es del 7,7%.

FIGURA 2.6

Desigualdades en los indicadores sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño por ubicación (urbana o rural), sexo, riqueza y nivel educativo de la madre



Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, 2019.
Notas: Las estimaciones de prevalencia (%) se basan en las medias ponderadas de la población de entre 70 y 85 países, a partir de los últimos datos disponibles para todos los grupos demográficos por indicador (el número de países varía según el indicador debido a las diferencias en las encuestas disponibles). Las inferencias pueden verse afectadas por la variación en el número de países incluidos. La ubicación se clasifica como "urbana" y "rural" (según la definición de la encuesta). Según la riqueza, los hogares se clasifican como "pobres" (quintil de riqueza más bajo) y "ricos" (quintil de riqueza más alto) en función de los activos de los que disponen. El nivel educativo se clasifica como "inexistente o primario" y "secundario o superior" y se refiere a la educación de la madre. Las definiciones de todos los indicadores se incluyen en el apéndice 1.

Desigualdades en el retraso del crecimiento, la emaciación y el sobrepeso en niños menores de 5 años

En la figura 2.7 se presenta la prevalencia del retraso del crecimiento, la emaciación y el sobrepeso (incluida la obesidad) en niños menores de 5 años por ubicación (zona urbana o rural), sexo, riqueza y nivel educativo, a partir de la media ponderada de la población de 98 países para los cuales hay datos disponibles en todos los grupos demográficos. Del mismo modo que con los indicadores de la alimentación del lactante y del niño pequeño, en su mayoría son países de ingreso bajo y mediano bajo. Estos datos apuntan a que las desigualdades en términos absolutos son más profundas en el caso del retraso del crecimiento que de la emaciación y el sobrepeso. En ninguno de los tres indicadores se observan diferencias importantes por sexo, mientras que las mayores desigualdades se constatan en función de la riqueza: el retraso del crecimiento y la emaciación son más frecuentes entre los más pobres, mientras que el sobrepeso lo es en el caso de los más ricos.

En función de la ubicación y el nivel educativo se observan desigualdades opuestas para el retraso del crecimiento y la emaciación, por un lado, y el sobrepeso, por otro lado. La prevalencia en el retraso del crecimiento y la emaciación es mayor en los niños de las zonas rurales y con madres que han cursado menos estudios, mientras que lo contrario se constata en el caso del sobrepeso, que es más prevalente en los niños de las zonas urbanas y con madres que presentan un mayor nivel educativo. Tales brechas por riqueza, ubicación y nivel educativo son evidentes incluso en entornos de, por lo general, ingreso bajo y mediano bajo. Esto perpetúa la vulnerabilidad y crea obstáculos que impiden escapar de la pobreza, lo que plantea graves dificultades para la comunidad internacional y su compromiso de no dejar a nadie atrás y alcanzar la meta de hambre cero.

Retraso del crecimiento

Para cuantificar las brechas en función de factores sociodemográficos, se evaluaron todos los países que disponían de datos para un grupo de población determinado y no solo aquellos que disponían de información sobre todos los grupos. Las mayores desigualdades se observan en función de la riqueza, seguidas de las relativas al nivel educativo y la ubicación, mientras que el retraso del crecimiento es solo ligeramente mayor en los niños (el 33,5%) que las niñas (el 31,2%). Se estima que las tasas medias de retraso del crecimiento son más del doble entre los niños que viven en los hogares más pobres (el 43,6%) en comparación con los de los más ricos (el 18,6%).

La magnitud de esta brecha según la riqueza varía en los 92 países con datos disponibles sobre el retraso del crecimiento en función de dicha riqueza; de hecho, la diferencia en la prevalencia en términos absolutos se sitúa en un 5% o más en 79 países y un 10% o más en 62 países. Las mayores diferencias en función de la riqueza se dan en Guatemala (un 66,4% entre los más pobres, un 17,5% entre los más ricos; la diferencia es del 49%), Nigeria (62,8% entre los más pobres, 18,3% entre los más ricos; la diferencia es del 44,5%) y en la República Democrática Popular Lao (60,6% entre los más pobres, 19,7% entre los más ricos; la diferencia es del 40,9%)[15].

El retraso del crecimiento también es mayor entre los niños con madres que tienen un menor nivel educativo (el 39,2%) que en el caso de aquellos con madres con más estudios (el 24%). De los 82 países con datos relativos al retraso del crecimiento disponibles en función del nivel educativo de la madre, la brecha educativa es del 5% o superior en 62 países y del 10% o superior en 40 países. Las mayores brechas se observan en Guatemala (25,9% entre los niños con madres con un mayor nivel educativo, 55,4% entre los niños con madres con un menor nivel educativo; la diferencia es del 29,5%), Burundi (31,3% entre los niños con madres con un mayor nivel educativo, 58,6% entre los niños con madres con un menor nivel educativo; la diferencia es del 27,3%) y Eritrea (19,4% entre los niños con madres con un mayor nivel educativo, 46,2% entre los niños con madres con un menor nivel educativo; la diferencia es del 26,8%).

De los 110 países que disponen de datos sobre el retraso del crecimiento según la ubicación, los niños que viven en zonas rurales tienen tasas de retraso del crecimiento más elevadas (el 35,6%) que los que viven en zonas urbanas (el 25,6%). La brecha en función de la ubicación es de al menos el 5% en 70 países, y de al menos el 10% en 41. Las mayores brechas se registran en Burundi (el 58,8% en el entorno rural, el 27,8% en el entorno urbano; la diferencia es del 30,9%) y la República Democrática Popular Lao (el 48,6% en el entorno rural, el 27,4% en el entorno urbano; la diferencia es del 21,2%). El Perú es un país con grandes desigualdades por ubicación y riqueza. En el caso destacado 2.1 se muestran los vínculos existentes entre la ubicación (urbana o rural) y la riqueza y los efectos que tienen en el retraso del crecimiento en el Perú.

Emaciación

Las desigualdades en cuanto a la prevalencia de la emaciación en función de la riqueza no son significativas; solo se observan pequeñas diferencias por sexo, ubicación y nivel educativo. Las tasas son ligeramente más elevadas en el caso de los niños (el 12,8%) que entre las niñas (el 11,5%), en los niños y niñas que viven en zonas

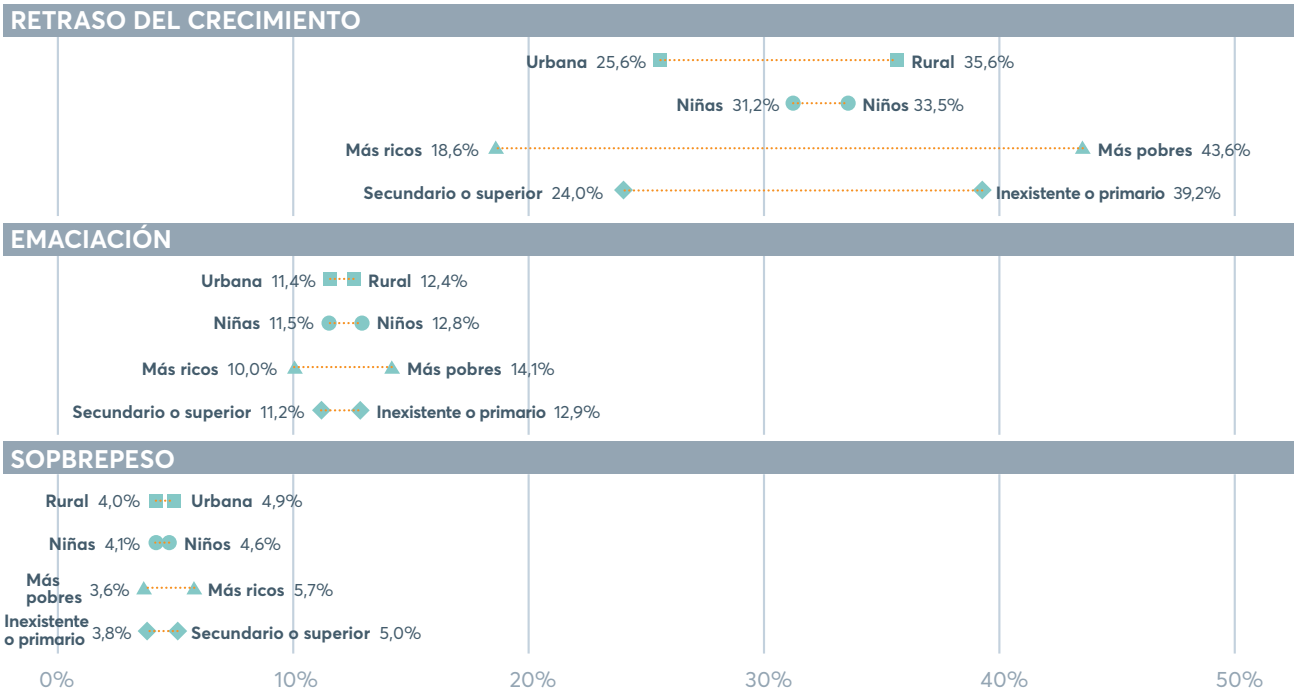
rurales (el 12,4%) frente a los que viven en entornos urbanos (el 11,4%), y en los hijos de madres con un nivel educativo más bajo (el 12,9%) frente a los de madres con un nivel educativo más alto (el 11,2%). En cuanto a la emaciación, la brecha es mayor entre los niños que viven en los hogares más pobres (el 14,1%) en comparación con los que residen en los hogares más ricos (el 10%). De los 107 países con datos disponibles sobre la emaciación, la brecha en función de la riqueza es del 5% o superior en 15 países. Las mayores brechas se registran en Djibouti (el 28,3% entre los más pobres, el 12,8% entre los más ricos; la diferencia es del 15,5%), Sudán del Sur (el 30,1% entre los más pobres, el 17,4% entre los más ricos; la diferencia es del 12,8%) y Eritrea (el 20,3% entre los más pobres, el 7,8% entre los más ricos; la diferencia es del 12,5%).

Sobrepeso

Las desigualdades en el sobrepeso infantil están menos ligadas a las características sociodemográficas. Las tasas medias son mínimamente superiores en los niños (el 4,6%) que en las niñas (el 4,1%). A pesar de que la prevalencia es relativamente similar independientemente de la ubicación, la riqueza y el nivel educativo, en parte debido a que los países representados son en su mayoría de ingreso mediano bajo y bajo, sí hay algunos patrones interesantes. El sobrepeso es mayor en los niños de los hogares más ricos (el 5,7%) que en los niños de los hogares más pobres (el 3,6%), en la ciudad (el 4,9%) que en las zonas rurales (el 4%), y entre los niños con madres con un nivel educativo mayor (el 5%) que en el caso de los niños con madres con menos estudios (el 3,8%). Se observan patrones similares a nivel nacional; la mayor brecha en función de la riqueza se da en el Perú (el 14,8% en el caso de los más ricos, el 2,8% entre los más pobres; la diferencia es del 12%), seguido de Eswatini (el 17,5% en el caso de los más ricos, el 5,8% entre los más pobres; la diferencia es del 11,7%).

Pueden utilizarse marcos analíticos geoespaciales para evaluar la malnutrición en el plano subnacional, así como para comprender las desigualdades dentro de un mismo país (caso destacado 2.2). Profundizando hasta el nivel subnacional, del análisis se desprende una heterogeneidad en los niveles y la probabilidad de cumplir con las metas mundiales de nutrición 2025 relativas a la emaciación, el retraso del crecimiento y el sobrepeso en la infancia. Pueden utilizarse dichos análisis para detectar los lugares que se ven afectados de forma desproporcionada, así como para fundamentar el establecimiento de prioridades y la asignación de recursos específicos en el plano comunitario.

FIGURA 2.7
Desigualdades en el retraso del crecimiento, la emaciación y el sobrepeso en niños menores de 5 años, por ubicación (urbana o rural), sexo, riqueza y nivel educativo



Fuente: Base de datos ampliada de estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial: Retraso del crecimiento, emaciación y sobrepeso (marzo de 2019, Nueva York).
Notas: Se entiende que la infancia abarca a los niños de 0 a 59 meses. Las estimaciones se basan en las medias ponderadas de la población de los 98 países para los que hay datos disponibles para todos los grupos demográficos por indicador, a partir de las estimaciones más recientes disponibles para cada país entre los años 2000 y 2018. "Inexistente o primario" y "secundario o superior" se refieren al nivel educativo de la madre. Los quintiles de riqueza se calculan midiendo la riqueza de los hogares a partir de los activos de los que disponen; los más ricos se incluyen en el quintil de riqueza más alto y los más pobres en el quintil de riqueza más bajo. Las definiciones de todos los indicadores se incluyen en el apéndice 1.

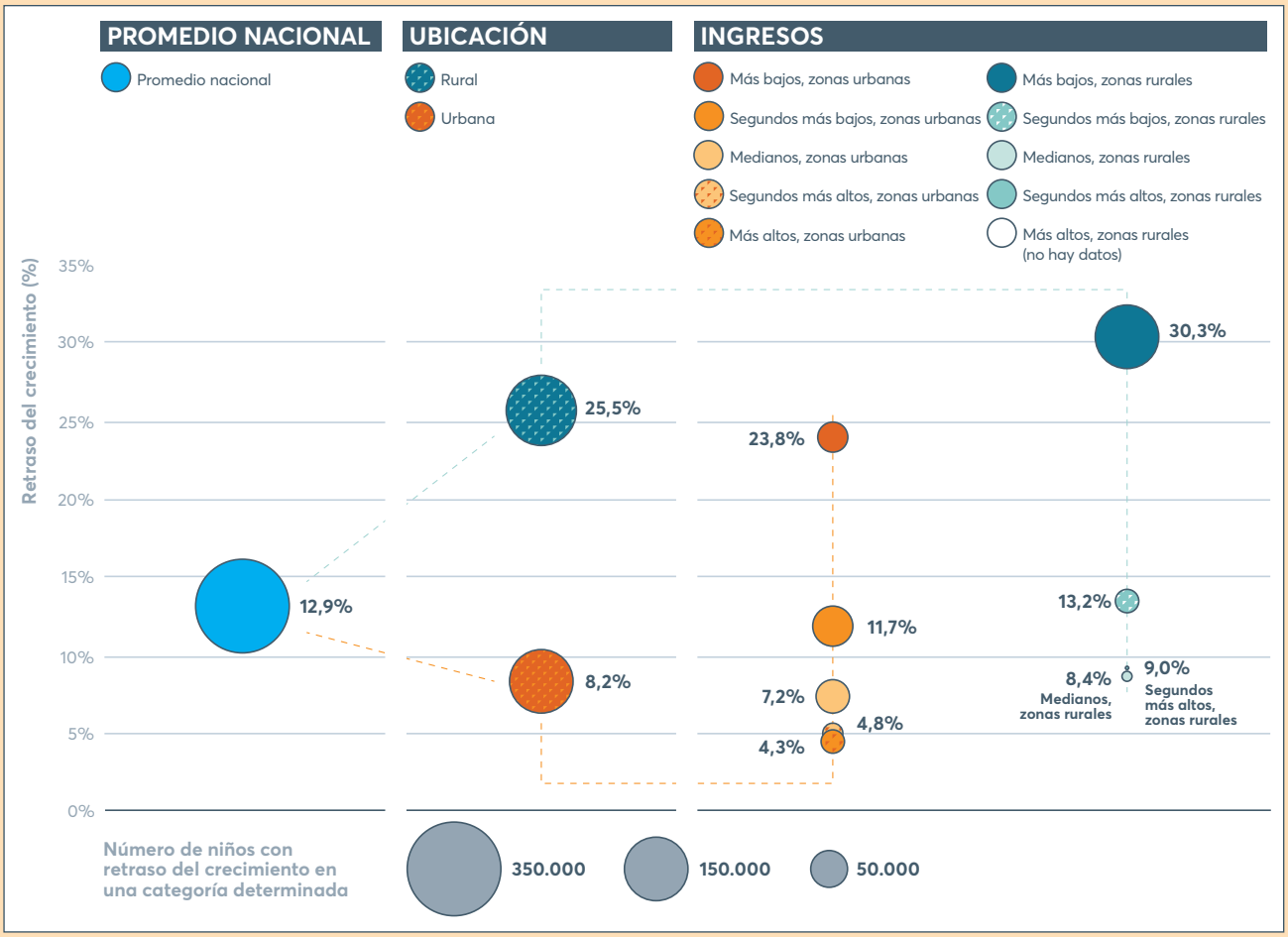
CASO DESTACADO 2.1

La brecha entre el entorno rural y urbano en el Perú

Jordan Beecher

En el Perú se han logrado avances en la reducción del retraso del crecimiento gracias al compromiso político de todos los partidos con la política de nutrición[16]. No obstante, la prevalencia actual se sitúa en el 12,9%. Las desigualdades en el retraso del crecimiento en función de la ubicación (entorno urbano o rural) son evidentes: el retraso del crecimiento afecta al 25,5% de los niños en las zonas rurales y al 8,2% en las zonas urbanas. El nivel de riqueza también interactúa con la ubicación (urbanas o rural) (figura 2.8): mientras que los hogares más ricos se suelen encontrar en entornos urbanos y los más pobres en rurales, los pobres de las zonas urbanas registran tasas de retraso del crecimiento casi tan altas como el promedio en las zonas rurales; además, estas tasas en los hogares ricos rurales son las mismas que el promedio urbano. Este solapamiento de desigualdades se basa probablemente en inequidades como, por ejemplo, que los grupos étnicos marginados residen predominantemente en las zonas rurales; que los residentes de las zonas rurales y los pobres de todos los entornos se topan con un acceso deficiente a los servicios; y que las poblaciones pobres y rurales presentan una menor participación en la toma de decisiones políticas o sociales[17]. Sería necesario disponer de más información sobre estos factores más profundos de la desnutrición en el Perú para comprender y abordar las causas de la desigualdad en los resultados de la nutrición.

FIGURA 2.8
Desigualdades en el retraso del crecimiento en niños menores de 5 años en función de la ubicación (urbana o rural) y la riqueza en el Perú, 2017



Fuente: Base de datos ampliada de estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial: Retraso del crecimiento, emaciación y sobrepeso (marzo de 2019, Nueva York). Adaptado de la herramienta de datos GRID de Save the Children (https://campaigns.savethechildren.net/grid).
Notas: Las estimaciones de la prevalencia se basan en la encuesta demográfica y de salud (EDS) más reciente realizada en 2017 en el Perú. La riqueza se calcula a partir de los activos de los que disponen los hogares y se clasifica en quintiles. El tamaño de los círculos representa el número de niños con retraso del crecimiento en una categoría determinada.

CASO DESTACADO 2.2

Uso de marcos analíticos geoestadísticos para estimar la carga de retraso del crecimiento, emaciación y sobrepeso en niños menores de 5 años en el plano subnacional

Damaris K. Kinyoki, Amelia Apfel, Megan F. Schipp, Lucas Earl, Julia Devin y Simon I. Hay

Las grandes desigualdades dentro de los países en cuanto a la malnutrición infantil han motivado el cálculo de estimaciones locales más detalladas para fundamentar intervenciones y políticas adecuadas en el plano subnacional. Además, el aumento del sobrepeso y la obesidad en la infancia están dando pie a un enfoque más holístico que engloba tanto la desnutrición como el sobrepeso. Las estimaciones geoespaciales recientes del Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME)[18] revelan que las cifras nacionales pueden ocultar desigualdades en la prevalencia y los niveles de progreso en los países y las regiones. Los resultados detallados por país se encuentran disponibles en línea a través de una herramienta de visualización interactiva[19] y los datos pueden descargarse del sitio web del IHME[20].

Del análisis de las estimaciones modelizadas de 105 países de ingreso bajo y mediano en 2017, se extrajo la ubicación de las poblaciones con mayor prevalencia, incluso en las regiones y los países con un alto desempeño (figura 2.9). Los detalles sobre los datos y los métodos utilizados figuran en otras publicaciones[21]. Por ejemplo, en gran parte de América Latina, el Caribe y Asia Oriental, la prevalencia nacional del retraso del crecimiento en niños menores de 5 años es baja. No obstante, a escala subnacional, esta puede alcanzar más del 40% en las comunidades del sur de México y el centro del Ecuador, e incluso acercarse a los niveles observados en África Subsahariana y Asia Meridional. La prevalencia de la emaciación era apremiante (≥15%) en 2017 en toda la región del Sahel, que se extiende desde Mauritania hasta el Sudán, así como en ciertas zonas de Asia Meridional. Si bien los patrones presentaban grandes variaciones de un país a otro, se encontraron grandes zonas contiguas con un sobrepeso infantil del 15% o superior en la mayor parte de América Latina, el Caribe, los países de África Septentrional y Meridional, y Asia Oriental y Central.

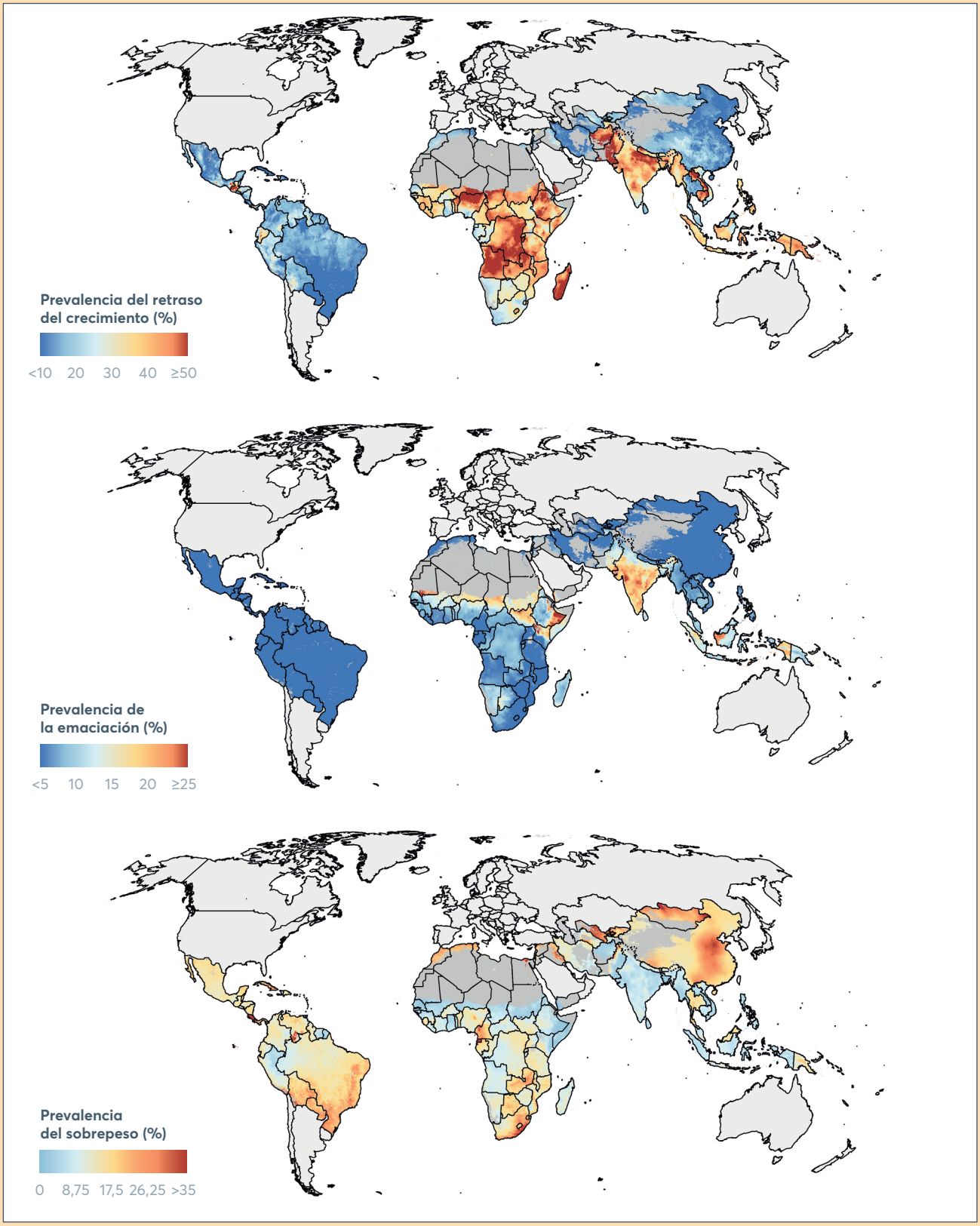
Junto con otros análisis de datos de los países, estos resultados pueden servir para detectar lugares con niveles persistentemente altos de malnutrición. En 2017, las regiones con mayor prevalencia del retraso del crecimiento se encontraban principalmente en gran parte de África Subsahariana, Asia Meridional y Oceanía. Había comunidades con niveles estimados del 40% y más en el Estado de Jigawa (Nigeria), la Provincia de Karuzi (Burundi), el Estado de Uttar Pradesh (la India) y la Provincia de Houaphan (República Democrática Popular Lao). En algunas zonas de Somalia, el noreste de Kenya y las regiones de Afar y Somalí (Etiopía), se registraron tasas alarmantes de emaciación (≥15%); al mismo tiempo, estos territorios afrontaban condiciones climáticas erráticas, la competencia por los recursos y la inestabilidad civil. El sobrepeso superaba el 15% en los estados del este del Brasil (p. ej., Rio Grande del Sur y Minas Gerais) y las ciudades costeras de Tacna, Ilo, Islay y Callao, en el Perú. En África, las zonas con una prevalencia estimada de sobrepeso superior al 15% se concentraban en el norte del continente, en Marruecos, Argelia, Túnez, Egipto y partes de Libia, así como a lo largo de la costa meridional de Sudáfrica y en algunas zonas de Botswana y Zambia. En grandes zonas del este y el norte de China y en toda Mongolia también se estimaba una prevalencia del sobrepeso por encima del 15%.

En este análisis también se destacan los países con las mayores desigualdades internas en las tasas de malnutrición. Las mayores disparidades en el retraso del crecimiento se observaron en Nigeria, Indonesia y la India, donde algunas comunidades presentaban tasas de retraso del crecimiento cuatro veces mayores que otras. Se estimó que los mayores niveles de disparidad en la emaciación se encontraban en Indonesia, Etiopía, Nigeria y Kenya, con algunas comunidades presentando niveles de emaciación hasta nueve veces superiores que otras. Las diferencias internas más altas en términos de sobrepeso infantil se daban en Sudáfrica, el Perú y China, con tasas hasta tres veces superiores en algunas comunidades. Tales desigualdades en el seno de un mismo país indican que hay zonas que están muy rezagadas y requieren una atención específica.

Las estimaciones modelizadas también confirmaron que se registraron mejoras en ubicaciones ejemplares. Por ejemplo, se ha elogiado el Presupuesto por Resultados del Perú, una estrategia transversal a nivel comunitario, por contribuir a reducir a la mitad los niveles de retraso del crecimiento en menos de un decenio[22]. En Argelia, Uzbekistán y Egipto se ha logrado un progreso notable en la reducción de las disparidades en la prevalencia de la malnutrición durante el período estudiado[23].

Estos datos pueden utilizarse para fundamentar el establecimiento de prioridades y dirigir los recursos a las zonas donde más se necesitan, en particular cuando no se dispone de datos representativos basados en encuestas. Este tipo de análisis geoespacial puede utilizarse para informar a los responsables de la toma de decisiones, ya que permite detectar los lugares que sufren de malnutrición de forma desproporcionada, además de destacar las desigualdades nacionales.

FIGURA 2.9
Prevalencia del retraso del crecimiento, la emaciación y el sobrepeso en niños menores de 5 años por célula de grilla de 5×5 km, 2017

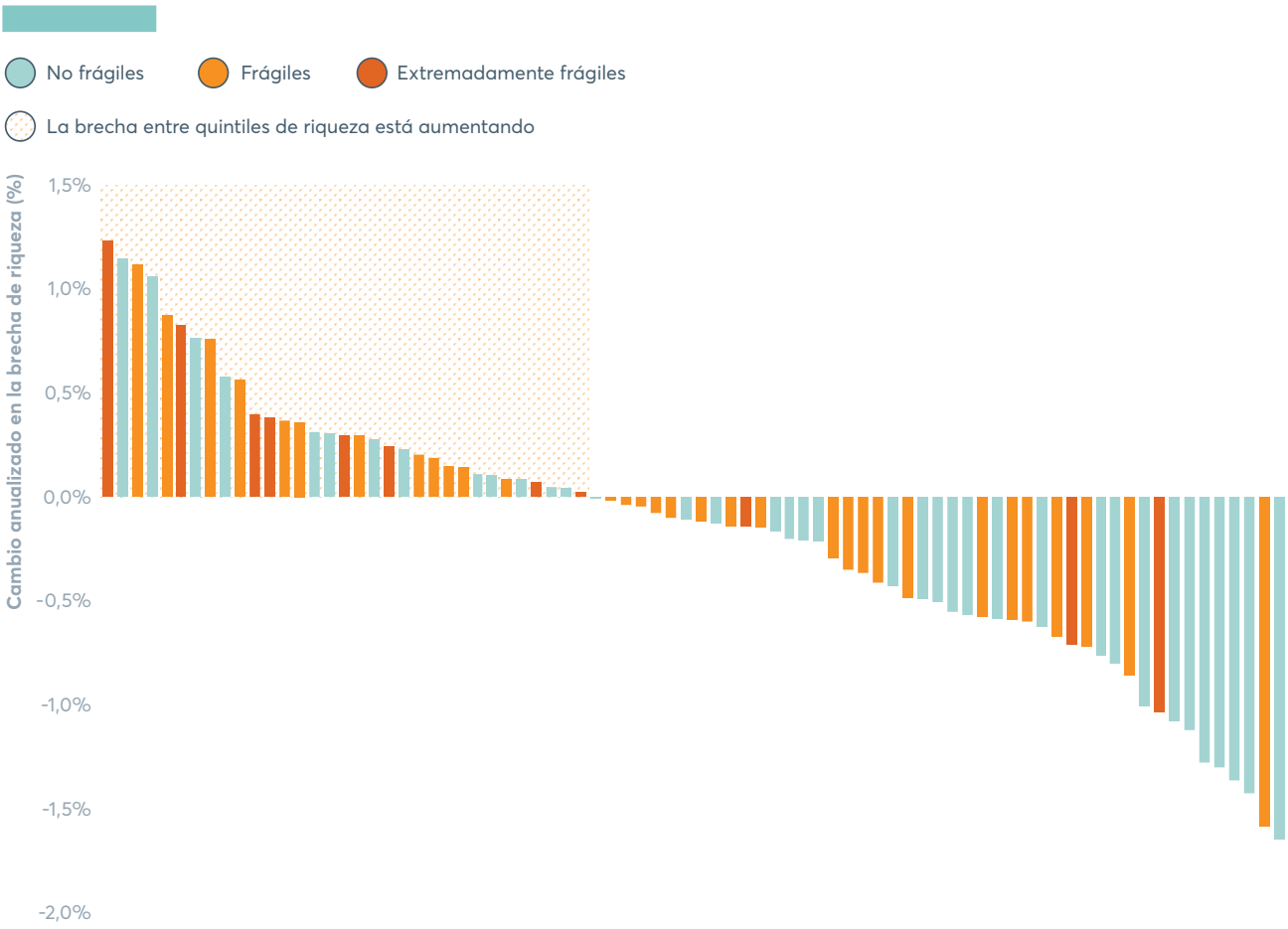


Fuente: Mapas del retraso del crecimiento y la emaciación: Kinyoki D. K. *et al.*, 2020. "Mapping child growth failure across low- and middle-income countries". *Nature*, 577, págs. 231 a 234, doi:10.1038/s41586-019-1878-8. Mapa del sobrepeso: doi:10.1038/s41591-020-0807-6
Notas: A partir de los datos de 105 países de ingreso bajo y mediano en 2017, por célula de grilla de 5×5 km. En gris claro se representa a los países de ingreso alto que se excluyeron del modelo, mientras que en gris oscuro se indican las zonas donde la densidad de población total era inferior a diez individuos por célula de grilla de 1×1 km.

Si bien los últimos datos disponibles proporcionan una instantánea de las desigualdades existentes, los datos sucesivos muestran la evolución temporal de dichas diferencias. Las tasas de retraso del crecimiento han ido disminuyendo lenta pero constantemente, con una reducción de la prevalencia mundial del 32,5% en el año 2000 al 21,9% en 2018. La prevalencia de la emaciación (medida en un momento dado) no suele analizarse a lo largo del tiempo, ya que la emaciación puede fluctuar rápidamente en el transcurso de un año. Por el contrario, la prevalencia del sobrepeso en niños menores de 5 años se situó en el 5,9% en 2018, sin que se registraran grandes diferencias desde 2000 (el 4,9%). Las mayores desigualdades en los indicadores de la nutrición para los niños menores de 5 años se daban en el retraso del crecimiento, como se muestra en la figura 2.7, particularmente en función de la renta. Por lo tanto, el estudio de la evolución temporal de esta brecha de riqueza en el retraso del crecimiento puede proporcionar nuevos conocimientos sobre las desigualdades nutricionales.

El análisis a nivel nacional de los 80 países con datos de encuestas disponibles, en su mayoría países de ingreso mediano bajo o bajo, revela que la disminución mediana anualizada de la prevalencia del retraso del crecimiento es mayor en el grupo más pobre (el 0,8%) que en el grupo más rico (el 0,5%). De hecho, la desigualdad entre los hogares más pobres y los más ricos en términos de retraso del crecimiento (brecha de riqueza) está disminuyendo en 47 países, pero está aumentando en 33 (figura 2.10). En los 47 países en

FIGURA 2.10
Cambio anualizado de la desigualdad por razón de riqueza en la prevalencia del retraso del crecimiento en niños menores de 5 años en 80 países, por fragilidad, 2000-2018

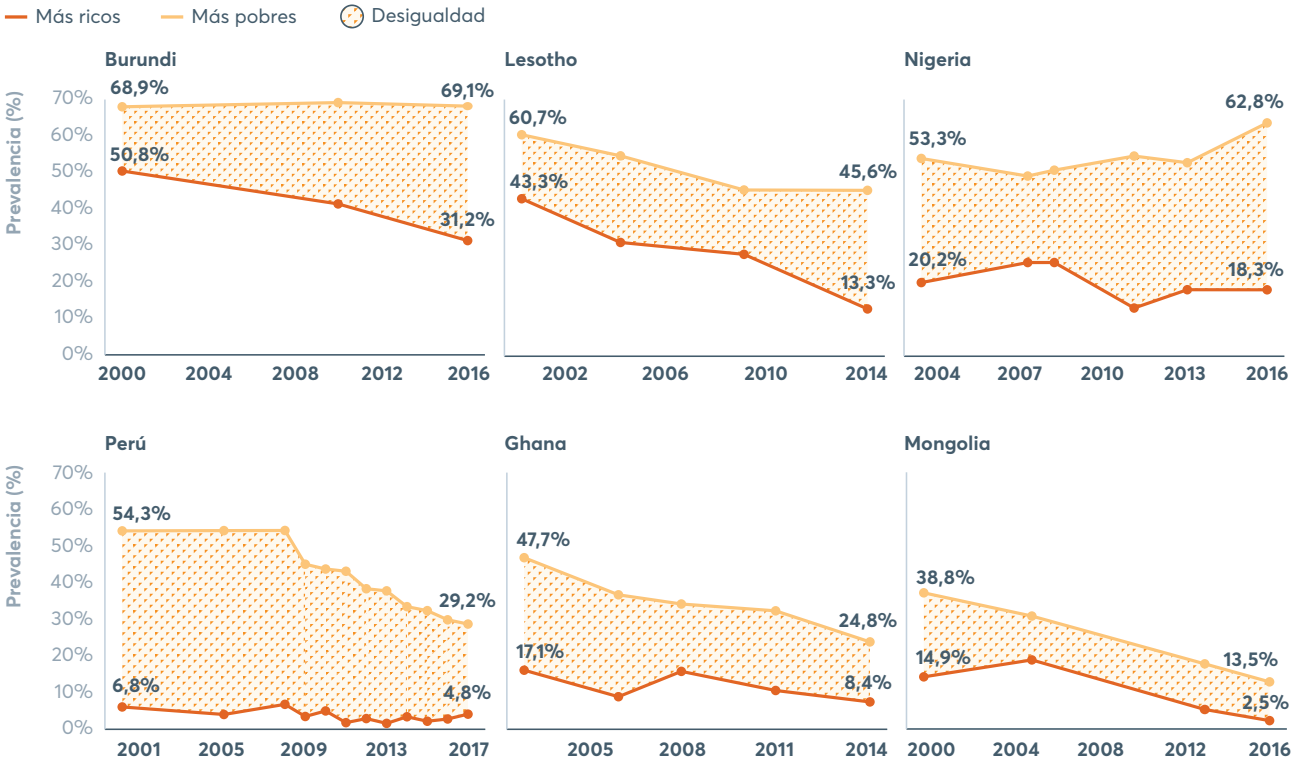


Fuente: Base de datos ampliada de estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial: Retraso del crecimiento, emaciación y sobrepeso (marzo de 2019, Nueva York); y OCDE, 2018.
Notas: El cambio anualizado se refiere a la diferencia en la prevalencia del retraso del crecimiento entre el quintil de riqueza más bajo y el más alto observados en cada país (barra) entre los años 2000 y 2018. Los valores positivos indican que la diferencia en la prevalencia del retraso del crecimiento entre el quintil de riqueza más bajo (más pobre) y más alto (más rico) está aumentando (la brecha de riqueza aumenta), mientras que los valores negativos indican que dicha brecha se está cerrando. La fragilidad se determina según el marco del informe de la OCDE sobre los estados de fragilidad de 2018 (*States of Fragility 2018*) y se basa en cinco dimensiones fundamentales: política, social, económica, ambiental y de seguridad. Los quintiles de riqueza se calculan midiendo la riqueza de las familias a partir de los activos de los que disponen; los más ricos se incluyen en el quintil de riqueza más alto y los más pobres en el quintil de riqueza más bajo. En todos los países menos en cuatro (Madagascar, Trinidad y Tabago, Montenegro, y Bosnia y Herzegovina), el grupo más pobre presenta una mayor prevalencia que el más rico de forma sistemática. En dichas cuatro naciones se ha reducido la brecha en función de la riqueza, con una disminución mediana anualizada del 0,6%.

los que la brecha de riqueza está disminuyendo, la disminución mediana anualizada es del 0,5%, debido principalmente a una mayor disminución de la prevalencia en el grupo más pobre. En los 33 países donde la brecha por razón de riqueza está ampliándose, el aumento mediano anualizado es del 0,3%, debido principalmente a mayores disminuciones en el grupo más rico. En aproximadamente la mitad de los países frágiles o extremadamente frágiles, la brecha de riqueza está aumentando; en el resto, está disminuyendo, lo que merecería un estudio más detallado.

A pesar de estas tendencias generales a la baja, se aprecian diferencias notables en los patrones de cambio en los países. Un caso destacable es Lesotho, donde el retraso del crecimiento disminuyó en 30 puntos porcentuales en el grupo más rico (del 43,3% en el año 2000 al 13,3% en 2014; la diferencia es del 30%) y solo a la mitad en el grupo más pobre (del 60,7% en el año 2000 al 45,6% en 2014; la diferencia es del 15,1%) (figura 2.11). En 5 de los 10 países con mayores desigualdades en función de la riqueza en el retraso del crecimiento, la brecha se agranda porque disminuye la prevalencia en el grupo más rico y aumenta o se estanca en el grupo más pobre. Es el caso de Benin, Sudáfrica y tres países frágiles o extremadamente frágiles: Burundi, la República Democrática Popular Lao y Nigeria. Burundi y Nigeria aparecen en la figura 2.11. Es preciso velar por que se tengan en cuenta estos patrones diferenciales de la brecha de riqueza en el diseño y la aplicación de medidas relacionadas con la alimentación, en particular cuando los grupos más pobres son los que se quedan más rezagados. Sin embargo, existen casos en los que se registran reducciones comparativamente mayores en los grupos más pobres, como en el Perú, Ghana y Mongolia (figura 2.11). A pesar de estas mejoras, la brecha de riqueza sigue presente, lo que supone una carga desproporcionada para los más pobres; así, es necesario subsanarla.

FIGURA 2.11
Prevalencia del retraso del crecimiento en niños menores de 5 años en función de la riqueza en países seleccionados, 2000-2017



Fuente: Base de datos ampliada de estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial: Retraso del crecimiento, emaciación y sobrepeso (marzo de 2019, Nueva York).
Notas: Los países con mayores aumentos y disminuciones en la brecha entre el quintil de riqueza más alto y el más bajo para el retraso del crecimiento se seleccionan utilizando los datos de referencia más antiguos y los más recientes posteriores al año 2000 y calculando el cambio en la brecha en términos absolutos. Los quintiles de riqueza se calculan midiendo la riqueza de las familias a partir de los activos de los que disponen; los más ricos se incluyen en el quintil de riqueza más alto y los más pobres en el quintil de riqueza más bajo.

Desigualdades en peso inferior al normal, sobrepeso y obesidad en la infancia y la adolescencia

En comparación, los datos disponibles sobre niños y adolescentes de 5 a 19 años son menos detallados. Muchos más niños y niñas tienen un peso inferior al normal que sobrepeso u obesidad en todo el mundo (figura 2.12). La insuficiencia ponderal en niños y adolescentes ha disminuido a escala mundial; del 37% en el año 2000 al 31,6% en 2016 en el caso de los niños, y del 29,6% en el año 2000 al 25,9% en 2016 en el de las niñas. Durante este mismo período, el sobrepeso ha aumentado del 10,3% al 19,2% entre los niños y del 10,3% al 17,5% entre las niñas, al igual que la obesidad; del 3,3% al 7,8% entre los niños y del 2,5% al 5,6% entre las niñas.

Por sexo, la prevalencia de todos esos indicadores es ligeramente mayor en el caso de los niños que en el de las niñas. Esta ligera brecha entre los sexos se mantiene relativamente estable con el tiempo, si bien hay indicios de un aumento en el caso del sobrepeso y la obesidad. Se observan patrones similares a escala nacional; sin embargo, esta brecha entre los sexos también puede aumentar o invertirse (con una mayor prevalencia en las niñas que en los niños). Los datos más recientes apuntan a que Lesotho tiene la mayor brecha por sexo en cuanto al peso inferior al normal durante la infancia y la adolescencia (el 32,5% en los niños, el 14,1% en las niñas; la diferencia es del 18,4%), seguido de Zimbabwe (el 32,5% en los niños, el 15% en las niñas; la diferencia es del 17,5%) y la República Democrática del Congo (el 37,8% en los niños, el 21,9% en las niñas; la diferencia es del 15,9%). En el caso del sobrepeso, la mayor brecha por razón de sexo se constató en los países del África Meridional y Oriental, en particular en Lesotho (el 6,2% en los niños, el 24,7% en las niñas; la diferencia es del 18,5%), Eswatini (el 8,3% en los niños, el 25% en las niñas; la diferencia es del 16,7%) y Zimbabwe (el 6,7% en los niños, el 22,3% en las niñas; la diferencia es del 15,8%). Las mayores brechas en las que la prevalencia del sobrepeso en los niños supera a la de las niñas se dan en las naciones de Asia Oriental, en particular en China (el 35% en los niños, el 20,8% en las niñas; la diferencia es del 14,2%) y Corea del Sur (el 33,7% en los niños, el 21,1% en las niñas; la diferencia es del 12,6%). Las mayores brechas en el caso de la obesidad se observan en las naciones de Asia Sudoriental y Oriental, como Brunei (el 18,3% en los niños, el 9,9% en las niñas; la diferencia es del 8,4%), China (el 15,4% en los niños, el 7,1% en las niñas; la diferencia es del 8,3%) y Corea del Sur (el 12,9% en los niños, el 4,7% en las niñas; la diferencia es del 8,3%).

Si se examinan más a fondo las posibles desigualdades en función de los ingresos de los países (figura 2.13), la prevalencia del peso inferior al normal durante la infancia y la adolescencia es, en promedio, hasta tres veces mayor en los países de ingreso bajo y mediano bajo en comparación con los países de ingreso mediano alto y alto. Lo contrario sucede con el sobrepeso en la infancia y la adolescencia, donde la prevalencia es hasta cuatro veces mayor en los países de ingreso mediano alto y alto que en los de ingreso bajo y mediano bajo. Del mismo modo, en el caso de la obesidad, las tasas pueden ser hasta cuatro veces superiores en los países de ingreso mediano alto y alto, frente a los países de ingreso bajo y mediano bajo. Estos datos, junto con la creciente prevalencia del sobrepeso y la obesidad en los niños y los adolescentes, sugieren que los países de ingreso mediano alto y alto tienen una prevalencia desproporcionadamente elevada.

Desigualdades en los indicadores de la nutrición de los adultos

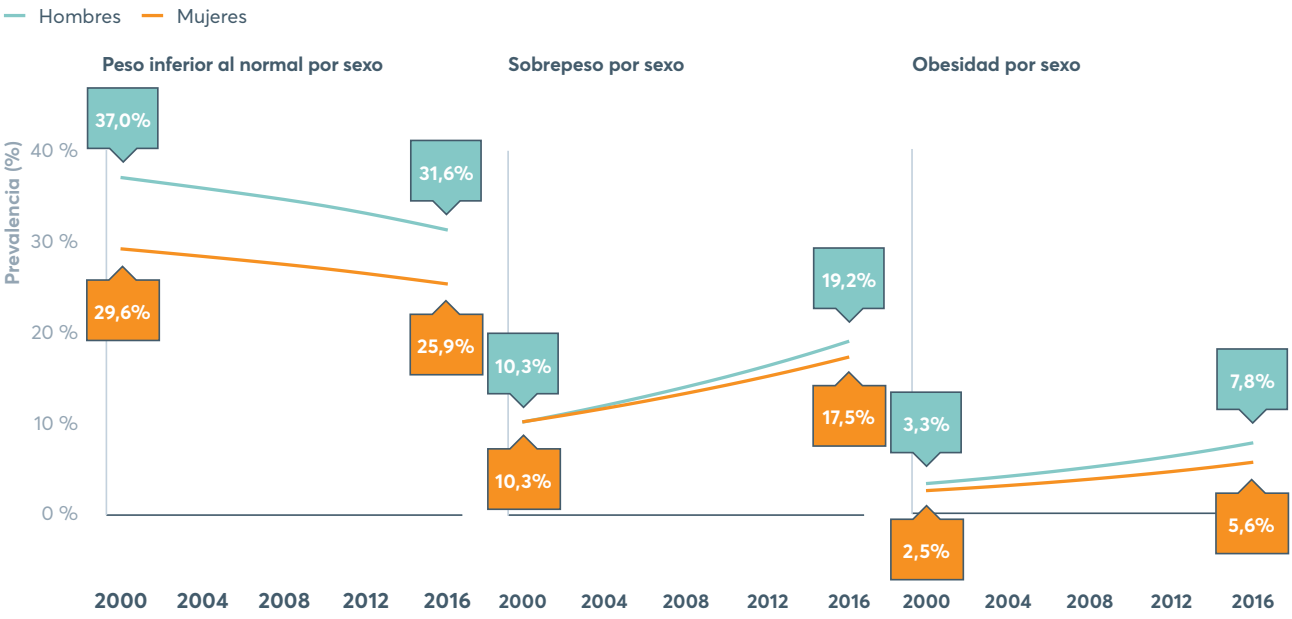
Peso inferior al normal, sobrepeso y obesidad

En los últimos cuatro decenios, nuestro mundo ha vivido un cambio significativo[24], ya que se ha pasado de una época en la que la prevalencia de la insuficiencia ponderal en adultos era más del doble que la de la obesidad a otra en la que hay más adultos obesos que con un peso inferior al normal, tanto a escala mundial como en todas las regiones, con la excepción de algunas partes de África Subsahariana y Asia. No se puede hacer caso omiso de la cada vez mayor carga mundial de sobrepeso y obesidad, tanto en adultos como en niños y adolescentes. Es necesario tomar medidas y realizar esfuerzos más concentrados para ralentizar y detener el aumento mundial de la obesidad. En el siglo XXI, los gobiernos, los encargados de la formulación de políticas, el personal médico clínico, el sistema alimentario, el sistema de salud y las alianzas público-privadas deben tener como máxima prioridad la adopción de enfoques eficaces y rentables dirigidos a combatir la alimentación deficiente a fin de revertir la epidemia mundial de obesidad.

Hay muchos más hombres y mujeres con sobrepeso u obesidad que con peso inferior al normal; además, suele afectar más a las mujeres que a los hombres (figura 2.14). Si se examinan las tendencias desde el año 2000, el peso inferior al normal en los hombres ha disminuido del 11,1% en dicho año al 8,6% en 2016; en ese mismo período, se redujo su incidencia en las mujeres del 11,5% al 9,4%. Por el contrario, el sobrepeso (incluida la obesidad) ha aumentado del 31,7% (609,8 millones) al 39,2% (1.020 millones) en las mujeres; en el caso de los hombres, del 29,7% (560 millones) al 38,5% (984,6 millones). La obesidad en los hombres ha aumentado del 6,7% (124,7 millones) al 11,1% (284,1 millones); en el caso de las mujeres, del 10,6% (201,8 millones) al 15,1% (393,5 millones). Esta evolución cronológica coincide con las observaciones extraídas también en el caso de los adolescentes (figura 2.12).

Se constatan diferencias similares en función del sexo en el plano nacional, aunque esta brecha puede agrandarse aún más o invertirse (con porcentajes más altos para los hombres que para las mujeres). En el caso del peso inferior al normal, la prevalencia suele ser mayor en las mujeres que en los hombres; no obstante, a nivel de país, se constata en ocasiones lo contrario y las diferencias llegan a alcanzar el 7,4% en Lesotho (el 4,5% en las mujeres, el 11,9% en los hombres), el 6,5% en Guinea Ecuatorial (el 10,1% en las mujeres, el 16,6% en los hombres) y el 6,2% en Zimbabwe (el 4,9% en las mujeres, el 11,1% en los hombres). La mayor brecha por razón de sexo donde las mujeres presentan una mayor prevalencia que los hombres se registra en el Japón (el 6,8% en las mujeres, el 3,9% en los hombres). Para el sobrepeso, las mayores diferencias por razón de sexo se observan en los países de África Meridional y Oriental: el 32,5% en Lesotho (el 53,7% en las mujeres, el 21,1% en los hombres), el 30,6% en Zimbabwe (el 52,8% en las mujeres, el 22,2% en los hombres) y el 30,4% en Eswatini (el 52,6% en las mujeres, el 22,2% en los hombres). En la obesidad, las grandes brechas por razón de sexo se dan en países de las mismas regiones, en particular en Sudáfrica (el 39,6% en las mujeres, el 15,4% en los hombres; la diferencia es del 24,2%), Lesotho (el 26,7% en las mujeres, el 4,6% en los hombres; la diferencia es del 22%), Botswana (el 29,3% en las mujeres, el 8,1% en los

FIGURA 2.12
Prevalencia mundial del peso inferior al normal, el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes de 5 a 19 años, por sexo, 2000-2016

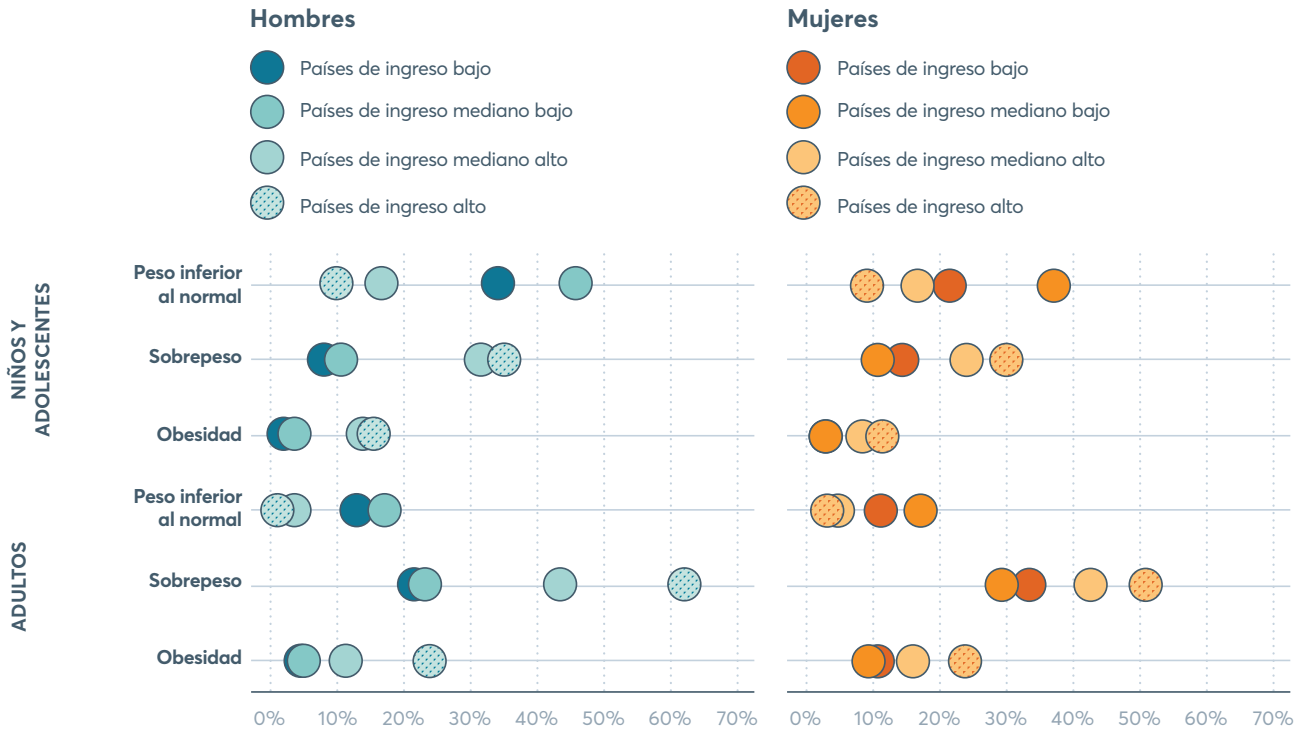


Fuente: Red NCD Risk Factor Collaboration, 2019.
Notas: Todos los indicadores hasta 2016 se basan en estimaciones mundiales normalizadas por edad y modelizadas utilizando las edades normalizadas de la OMS para dividir los grupos de población. El peso inferior al normal se define como una desviación estándar (DE) por debajo de la mediana de los patrones de crecimiento de la OMS, el sobrepeso (incluida la obesidad) como una desviación estándar por encima y la obesidad como dos desviaciones estándar por encima.

hombres; la diferencia es del 21,2%), Eswatini (el 26,2% en las mujeres, el 5,4% en los hombres; la diferencia es del 20,8%) y Zimbabwe (el 25,3% en las mujeres, el 4,7% en los hombres; la diferencia es del 20,5%).

El peso inferior al normal sigue siendo frecuente en las regiones más pobres del mundo, especialmente en Asia Meridional[25]. La mayor prevalencia del peso inferior al normal se observa en los países de ingreso bajo y mediano bajo, donde es hasta diez veces más prevalente que en los países de ingreso alto y mediano alto (figura 2.13). En cuanto a los adolescentes, se observa lo contrario en el caso del sobrepeso entre adultos; la prevalencia puede ser hasta tres veces mayor en los países de ingreso mediano alto y alto que en los países de ingreso mediano bajo y bajo. La prevalencia de la obesidad en adultos puede ser hasta cinco veces mayor en los países de ingreso mediano alto y alto que en los países de ingreso mediano bajo y bajo.

FIGURA 2.13
Prevalencia mundial del peso inferior al normal, el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes de 5 a 19 años y adultos, por ingresos del país, 2016



Fuente: Red NCD Risk Factor Collaboration, 2019.
Notas: Todos los indicadores de niños y adolescentes se basan en estimaciones modelizadas y normalizadas por edad para niños y adolescentes de 5 a 19 años y todos los indicadores de adultos se basan en estimaciones modelizadas y normalizadas por edad para adultos de 18 años o más (edades normalizadas de la OMS para dividir los grupos de población). Todas las estimaciones modelizadas se basan en 187 países a partir de 2016. El peso inferior al normal en la infancia y la adolescencia (de los 5 a los 19 años) se establece en una desviación estándar por debajo (<-1 DE) de la mediana del índice de masa corporal (IMC) por edad a partir de los patrones de crecimiento de la OMS, el sobrepeso (incluida la obesidad) se entiende como una desviación estándar por encima (>+1 DE) y la obesidad como al menos dos desviaciones estándar por encima (>+2 DE). Se considera que un adulto tiene un peso inferior al normal cuando su índice de masa corporal se sitúa por debajo de los 18,5 kg/m², sobrepeso (incluida la obesidad) cuando tiene un IMC igual o superior a 25 kg/m² y obesidad si presenta un IMC igual o superior a 30 kg/m². Los países se clasifican, en función de su ingreso nacional bruto per cápita, en grupos de ingreso alto (56 países, el 30%), mediano alto (54 países, el 29%), mediano bajo (47 países, el 25%) y bajo (30 países, el 16%)[26].

Del análisis de la situación nacional de 190 países se desprende que el aumento mediano anualizado de la prevalencia del sobrepeso es igual en ambos sexos (el 0,07%). No obstante, la brecha por razón de sexo está agrandándose en 120 países y cerrándose en 70 (figura 2.15). De los 120 países donde la brecha está creciendo, el aumento mediano anualizado es del 0,16%, debido principalmente a los grandes incrementos entre las mujeres. De los 70 países donde la brecha por sexo se está cerrando, la disminución mediana anualizada se sitúa en un 0,10%, lo cual se debe en gran medida a un mayor aumento entre los hombres. Esta desigualdad se está ampliando más rápidamente en la mayoría de los países actualmente frágiles y extremadamente frágiles que en los países no frágiles, con algunas excepciones (el Iraq, Corea del Norte, Libia, Territorio Palestino Ocupado y la República Bolivariana de Venezuela). De los 120 países donde la brecha por razón de sexo está aumentando, 39 (el 32,5%) están considerados países frágiles y 13 (el 10,8%), extremadamente frágiles, con un aumento mediano anualizado del 0,20% y el 0,18% respectivamente. En cambio, de los 70 países que están reduciendo la brecha, solo 4 (el 5,7%) son frágiles y 1 (el 1,4%), extremadamente frágil. Esto parece indicar que los entornos frágiles y extremadamente frágiles se ven más gravemente afectados por esta brecha por razón de sexo en términos de obesidad.

Ingesta de sal

La alta ingesta de sal (sodio) aumenta la tensión arterial sistólica, un factor de riesgo importante para las enfermedades cardiovasculares y las enfermedades renales crónicas; además, es el principal factor de riesgo de muerte y enfermedad vinculado a la alimentación en todo el mundo[27]. Dada la importancia de los factores sociales y ambientales en los hábitos alimentarios, los enfoques basados en la población deben ser un componente crucial de los esfuerzos dirigidos a moderar la ingesta de sal. Es posible diseñar y llevar a la práctica estrategias eficaces a nivel local (p. ej., en escuelas, lugares de trabajo y entornos comunitarios), así como a nivel regional, estatal y nacional, adaptadas según las necesidades. Un análisis representativo realizado a escala nacional en los Estados Unidos ha mostrado que la elevada ingesta de sal es el principal factor de riesgo relacionado con la alimentación de los derrames cerebrales y las enfermedades cardiovasculares; asimismo, afecta de forma desproporcionada a los hombres, a la población no blanca y a las personas con un menor nivel educativo[28]. Los datos mundiales sobre la ingesta de sal, o cualquier otro factor alimentario, todavía no están disponibles desglosados por características sociodemográficas clave. No obstante, dicha información mundial desglosada sobre al menos 55 factores alimentarios se publicará en la Base Mundial de Datos sobre Alimentación en 2020[29].

Es necesario disponer de datos detallados a nivel mundial sobre lo que la gente consume realmente para investigar los factores que impulsan la ingesta de alimentos y la modificación de la alimentación a lo largo del tiempo, además de para fundamentar el diseño y la aplicación de políticas específicas destinadas a reducir la carga y las desigualdades en materia de salud relacionadas con la alimentación en distintos países.

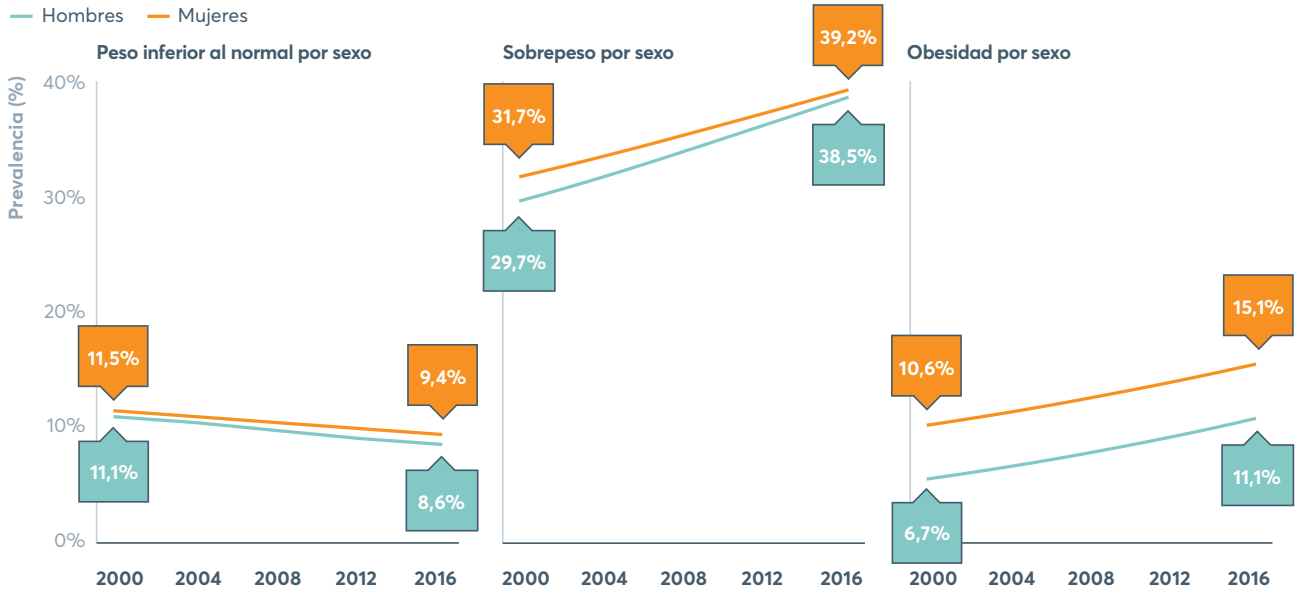
A escala mundial, la ingesta media de sodio en adultos (de 25 años o más) no ha cambiado prácticamente desde 2010. En términos mundiales, los hombres presentan una ingesta ligeramente mayor (5,8 g/día) que las mujeres (5,3 g/día), con diferencias relativamente mayores en el plano nacional. La diferencia es mayor en los países del sur y del este de Europa, como Hungría (5,7 g/día en hombres, 3,9 g/día en mujeres; la diferencia es de 1,8 g/día), Chequia (5,6 g/día en hombres, 3,9 g/día en mujeres; la diferencia es de 1,7 g/día) y Eslovenia (5,5 g/día en hombres, 3,9 g/día en mujeres; la diferencia es de 1,6 g/día).

Hipertensión arterial

En los últimos cuatro decenios, ha aumentado el número de personas con hipertensión arterial en el mundo[30]. Aunque esta enfermedad solía concentrarse en los países de ingreso alto, la mayor parte del aumento observado se debe a un incremento en los países de ingreso mediano y bajo, y está impulsado en gran medida por el aumento y el envejecimiento de la población. La mayor prevalencia se registra ahora en países de ingreso bajo de Asia Meridional y África Subsahariana, si bien sigue siendo un problema de salud persistente en Europa Central y Oriental[31].

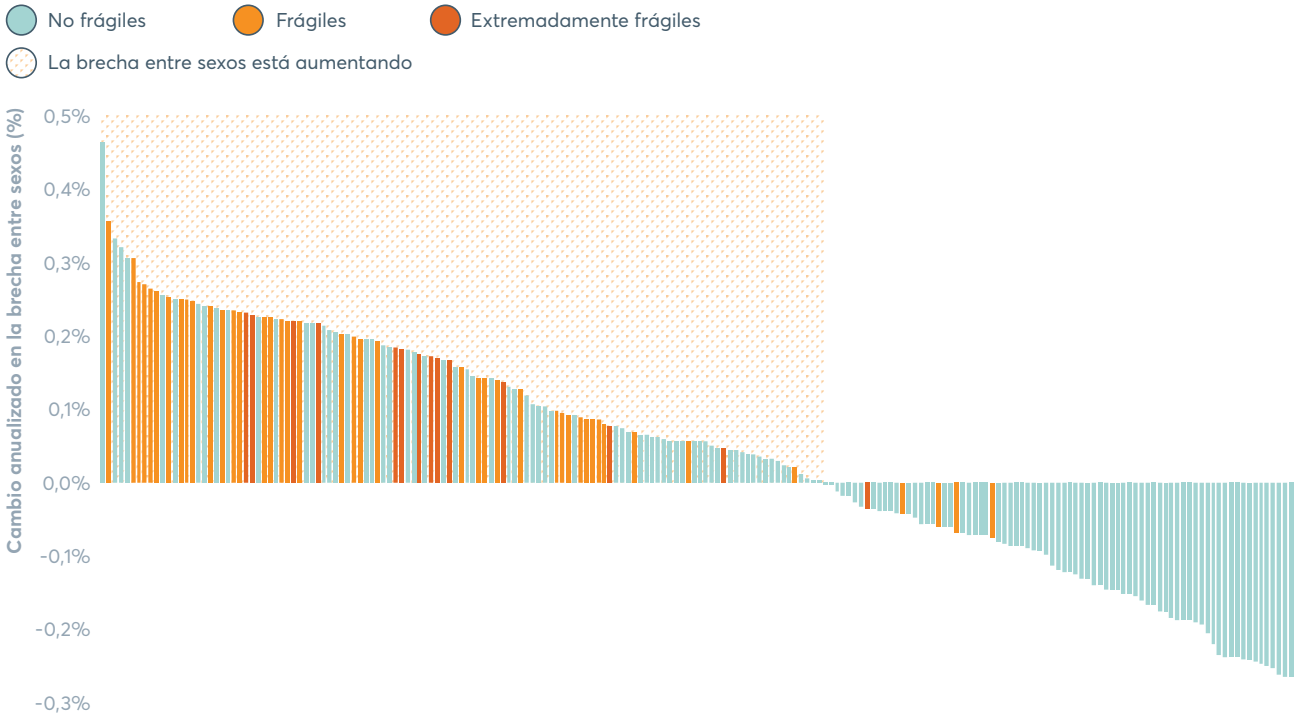
A pesar de que la hipertensión arterial afecta a un mayor número de personas, la prevalencia mundial se ha mantenido relativamente sin cambios; tan solo se observaron ligeras disminuciones entre el año 2000 y 2015 (figura 2.16). A escala mundial, los hombres presentan una mayor prevalencia (el 24,1%) que las mujeres (el 20,1%) y las mayores brechas por razón de sexo en el plano nacional se dan en Europa Septentrional, especialmente en Letonia (el 36,4% en los hombres, el 22,9% en las mujeres; la diferencia es del 13,5%), Estonia (el 34,3% en los hombres, el 20,9% en las mujeres; la diferencia es del 13,4%) e Islandia (el 26,2% en los hombres, el 13% en las mujeres; la diferencia es del 13,2%).

FIGURA 2.14
Prevalencia mundial del peso inferior al normal, el sobrepeso y la obesidad en adultos, por sexo, 2000-2016



Fuente: Red NCD Risk Factor Collaboration, 2019.
Notas: Todos los indicadores hasta 2016 se basan en estimaciones mundiales normalizadas por edad y modelizadas utilizando las edades normalizadas de la OMS para los adultos a partir de 18 años. Se considera que un adulto tiene un peso inferior al normal cuando su índice de masa corporal se sitúa por debajo de los 18,5 kg/m², sobrepeso (incluida la obesidad) cuando tiene un IMC igual o superior a 25 kg/m² y obesidad si presenta un IMC igual o superior a 30 kg/m².

FIGURA 2.15
Cambio mundial anualizado en la desigualdad por razón de sexo en la obesidad en adultos, por fragilidad, 2000 y 2016



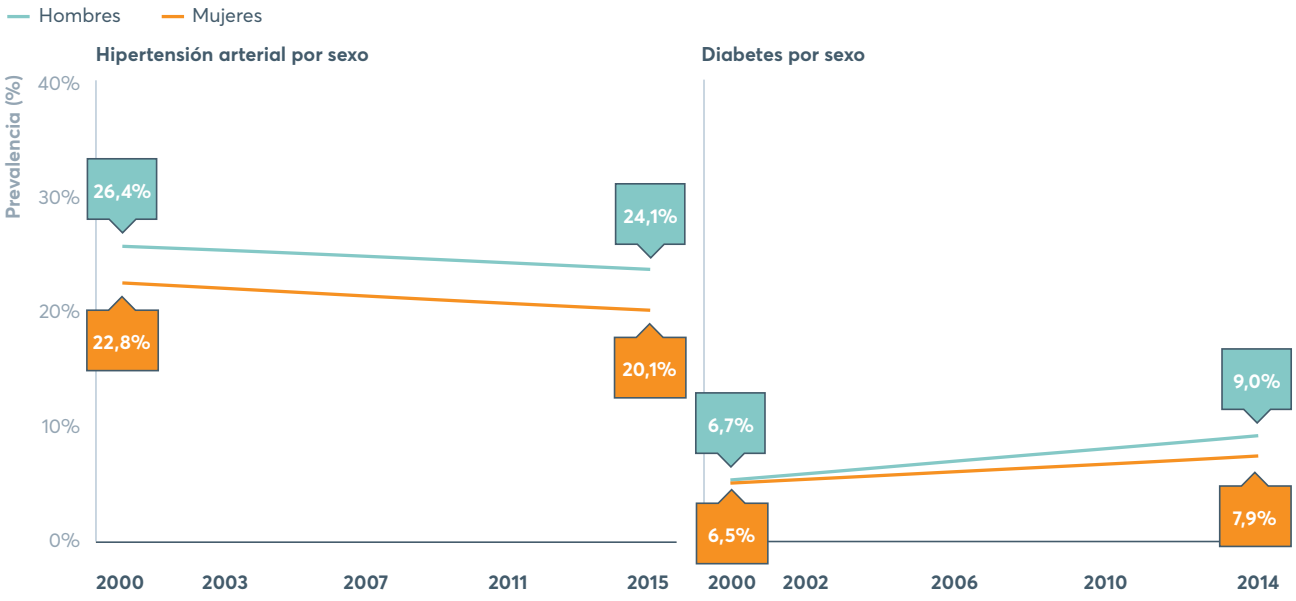
Fuente: Red NCD Risk Factor Collaboration, 2019; y OCDE, 2018.
Notas: El cambio anualizado se refiere a la diferencia en la prevalencia de la obesidad (IMC ≥30 kg/m²) entre hombres y mujeres (18 años o más) en cada uno de los 190 países (barras) entre los años 2000 y 2016. Los valores positivos indican que la diferencia (la brecha) entre los sexos está aumentando, mientras que los valores negativos indican que la brecha se está cerrando. La fragilidad se determina según el marco del informe de la OCDE sobre los estados de fragilidad de 2018 (*States of Fragility 2018*) y se basa en cinco dimensiones fundamentales: política, social, económica, ambiental y de seguridad[32]. En la mayoría de los países, la prevalencia era mayor en las mujeres que los hombres en el año 2000, y esta brecha aumentó (o disminuyó) en la misma dirección con el tiempo. Seis países europeos (Suiza, Dinamarca, Suecia, Austria, Alemania e Islandia) presentaban una prevalencia mayor en los hombres que en las mujeres en el año 2000 y esa brecha aumentó en la misma dirección hasta 2016. Otros 19 países tenían una mayor prevalencia en las mujeres en el año 2000, pero pasaron a tener una mayor prevalencia entre los hombres en 2016; si se hace caso omiso de este cambio en la dirección de la desigualdad, la brecha se ha agrandado en 6 países y en 13 se ha reducido.

Diabetes

El sobrepeso y la obesidad acarrean enormes riesgos para la salud. Los costes médicos anuales resultantes del tratamiento de las consecuencias de la obesidad son vertiginosos y se prevé que asciendan a 1,2 billones de dólares estadounidenses al año en 2025; los Estados Unidos de América serían el país que tendría que sufragar la mayor cantidad[33]. La diabetes es una de estas consecuencias: se calcula que, hoy por hoy, muere una persona cada ocho segundos a causa de la diabetes o de sus complicaciones, y se espera que esta cifra aumente con el tiempo[34]. De todo el gasto sanitario mundial, el 10% se destina a la diabetes (760.000 millones de dólares)[35]. Algunas estadísticas alarmantes de la Federación Internacional de Diabetes revelan que 1 de cada 2 adultos con diabetes no está diagnosticado, 2 de cada 3 personas con diabetes viven en zonas urbanas y 3 de cada 4 personas con diabetes residen en países de ingreso bajo o mediano[36].

A lo largo de los cuatro últimos decenios, la prevalencia de la diabetes en adultos ha aumentado o, en el mejor de los casos, se ha mantenido sin cambios en el conjunto de los países. Este aumento se ha producido de manera más rápida en los países de ingreso bajo y mediano que en los países de ingreso alto[37]. La situación no ha sufrido cambios significativos en los últimos dos decenios (figura 2.16). A escala mundial, el número de hombres con diabetes es ligeramente mayor (el 9%) al de mujeres (el 7,9%) y se observan pequeñas diferencias similares en el plano nacional.

FIGURA 2.16
Prevalencia mundial de la hipertensión arterial y la diabetes en adultos, por sexo, 2000-2015



Fuente: Red NCD Risk Factor Collaboration, 2019.
Notas: A partir de estimaciones mundiales modelizadas en adultos de al menos 18 años del año 2000 a 2015 para la hipertensión tensión, y de 2000 a 2014 para la diabetes. Los datos están normalizados por edades siguiendo las edades normalizadas de la OMS para dividir los grupos de población.

MEDIDAS RECOMENDADAS

- **Es necesario intensificar los esfuerzos y las medidas para atajar los persistentes e inaceptablemente elevados niveles de malnutrición.**

- **Las intervenciones, las políticas y las iniciativas de prevención deben tener presente la equidad y estar diseñadas para abordar múltiples factores que generan inequidades alimentarias simultáneamente, sobre todo en zonas o grupos de población que sufren la malnutrición de forma desproporcionada.**

- **Es urgentemente necesario de disponer de datos nutricionales desglosados de alta calidad, recopilados de forma sistemática —por ejemplo, sobre los tipos de alimentación, la antropometría, los niveles de micronutrientes y los resultados de salud conexos— para investigar los factores que generan las desigualdades y las transiciones nutricionales a lo largo del tiempo, y para establecer las prioridades en función de las necesidades.**

- **Los países deben comprometerse a recopilar sistemáticamente datos nutricionales que tengan en cuenta la equidad y a invertir en ellos. Dichos datos deben ser detallados y estar desglosados en el plano local y por características demográficas clave, como la edad, el sexo, la etnia, el nivel educativo y la riqueza.**

03

Integración de la nutrición en la cobertura sanitaria universal

2012. Washington D. C., EE. UU.
Un nutricionista clínico enseña a un paciente a gestionar su peso y presión arterial a través de una mejor alimentación.
Fotografía: Departamento de Agricultura de EE. UU./Stephen Ausmus.

PUNTOS CLAVE

1. Una mala alimentación y la malnutrición consecuente forman parte de los desafíos sociales más importantes de nuestro tiempo, porque conllevan enormes cargas en términos sanitarios, económicos y ambientales.

2. El compromiso mundial con la cobertura sanitaria universal constituye una oportunidad única para hacer frente a la malnutrición en todas sus formas. La integración de la nutrición en los sistemas de salud reportaría beneficios sustanciales en materia de salud y resultaría muy eficaz en función del coste.

3. Los seis elementos constitutivos de los sistemas de salud determinados por la OMS proporcionan un marco útil para incorporar la nutrición de manera integral en los sistemas sanitarios.

4. La cobertura y la calidad de las medidas nutricionales en la atención primaria de salud son limitadas y, por lo general, se centran en la desnutrición.

5. Solo una minúscula parte de los presupuestos nacionales de salud se destina a intervenciones en materia de nutrición y estas no suelen correr a cargo de profesionales de la nutrición cualificados.

6. La incorporación de la nutrición en la cobertura sanitaria universal requiere un esfuerzo conjunto de los gobiernos y las principales partes interesadas para construir sistemas de salud funcionales y resilientes, respaldados por una gobernanza y una coordinación más sólidas.

Argumentos a favor de la nutrición como elemento clave de la atención primaria de salud

La Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en 2019 se centró por primera vez en la cobertura sanitaria universal o CSU (también denominada atención universal de salud). La Asamblea General reafirmó que "la salud es un requisito, a la vez que un resultado y un indicador, de las dimensiones social, económica y ambiental del desarrollo sostenible" y adoptó el firme compromiso de "lograr la cobertura sanitaria universal para 2030, con miras a ampliar las iniciativas emprendidas a nivel mundial para construir un mundo más saludable para todos"[1]. El llamamiento a la consecución de la cobertura sanitaria universal, tal como se enuncia en la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, se expresa alto y claro: todos los países del mundo deben adoptar medidas para que todas las personas puedan tener acceso a un conjunto mínimo de intervenciones sanitarias de calidad sin necesidad de enfrentarse a dificultades financieras. Gozar de una salud y un bienestar óptimos es un derecho humano, no un privilegio exclusivo de quienes pueden permitírselos.

En la declaración de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal se reconoce que la atención primaria de salud constituye el enfoque más inclusivo, eficaz y eficiente de toda la sociedad para garantizar la salud física y mental de las personas y el bienestar social. En la declaración se destaca aún más el papel fundamental de la alimentación saludable y de los sistemas alimentarios saludables, equitativos y sostenibles —junto con la educación de calidad, la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, el acceso al agua potable y al saneamiento, y los mecanismos de protección social— en la construcción de sociedades más sanas.

Los argumentos a favor de la inclusión de la nutrición como un componente integral de la atención primaria de salud son convincentes:

- Durante decenios, los sistemas de salud y el personal médico clínico se han centrado en un modelo médico basado en el tratamiento de las enfermedades mediante medicamentos, que pasa por alto las causas fundamentales, como la alimentación y el estilo de vida. La estrechez de este punto de vista tiene consecuencias evidentes: una epidemia mundial de malnutrición que está arrasando el mundo.
- La mala alimentación constituye uno de los principales desafíos sociales y sanitarios del siglo XXI, pues conduce a la discapacidad y la muerte, el aumento de las desigualdades y el incremento de los costes sanitarios, además de tener consecuencias ambientales.
- Los gobiernos y los encargados de la adopción de políticas reconocen cada vez más la profundidad y la amplitud de la carga que supone la malnutrición y, por tanto, se ven obligados a actuar. La integración en los sistemas de salud de medidas nutricionales que promuevan una alimentación saludable y prevengan y traten la desnutrición y las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación podría reportar considerables beneficios para la salud y resultar muy eficaz en función del coste[2].

Cada vez se reconoce más que las principales partes interesadas, incluidos los gobiernos y el sector privado, tienen la responsabilidad de proporcionar sistemas alimentarios y sanitarios más saludables y equitativos. Este cambio evidencia que se ha dejado de atribuir a las personas toda la responsabilidad de tomar decisiones más saludables —y la culpa si no lo hacen—, lo que se ha traducido en un aumento mundial de las intervenciones nutricionales basadas en la población. Las intervenciones basadas en la población pueden llegar a segmentos más amplios de la sociedad, requerir menos esfuerzo individual y ser menos costosas en comparación con los enfoques individuales. Estas estrategias "ascendentes" deben beneficiar a todas las personas, en particular las menos privilegiadas y de menor estatus socioeconómico, en especial si se las integra en un sistema de cobertura sanitaria universal. Aunque desde hace decenios se crean políticas y programas dirigidos a hacer frente al hambre y la inseguridad alimentaria, en el pasado se sabía mucho menos acerca de cómo mejorar la calidad de la alimentación y combatir las enfermedades no transmisibles relacionadas con ella. Los recientes avances e iniciativas en materia de políticas de nutrición para prevenir las enfermedades no transmisibles pueden contribuir a determinar cuáles son las esferas prioritarias en la actualidad y a elaborar un plan de cobertura sanitaria universal que haga frente a las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.

El acceso equitativo a intervenciones de nutrición eficaces integradas en los sistemas de salud puede desempeñar un papel fundamental en la mejora de la alimentación, la prevención y el tratamiento de las enfermedades, la reducción de los costes sanitarios y, por tanto, contribuir a la salud de todos. No obstante, estos argumentos aún no se han acompañado de un enfoque sólido que aúne

la nutrición y la atención de la salud a través de financiación, seguimiento, evaluación y políticas que tengan en cuenta la equidad. La nutrición con frecuencia no se prioriza como se debería en los debates nacionales sobre las políticas sanitarias y la financiación de la atención de la salud. El actual *Informe de la Nutrición Mundial* pone de relieve la necesidad de integrar la nutrición en la cobertura sanitaria universal[3] como requisito previo indispensable para mejorar la alimentación, salvar vidas y reducir el gasto sanitario, a la vez que se garantiza que nadie se quede atrás.

Este capítulo se centra en los principales desafíos y oportunidades para la inclusión integral de la nutrición en la atención de salud, de modo que todas las personas puedan acceder a los servicios de nutrición que necesitan, cuando y donde la necesiten, y sin dificultades financieras.

Integración de la nutrición en la cobertura sanitaria universal

El ideal de la OMS y UNICEF en favor de una cobertura universal de la atención primaria de salud en el siglo XXI se caracteriza por:

un enfoque de la salud centrado en las personas, dirigido a maximizar equitativamente el nivel y la distribución de la salud y el bienestar mediante la atención a las necesidades y las preferencias de las personas (tanto las personas individuales como las comunidades) tan pronto como sea posible a lo largo del continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y lo más cerca posible de su entorno cotidiano[4].

La atención primaria es esencial para el logro de la cobertura sanitaria universal y reporta una amplia serie de beneficios económicos y sanitarios[5]. Por tanto, es el principal medio por el que se debe incorporar y prestar los servicios de nutrición en el plano comunitario, garantizando una cobertura y prestación óptimas de servicios de calidad.

Sin embargo, los servicios de nutrición deben introducirse en múltiples niveles de la atención de la salud, incluidas la atención secundaria y terciaria. La falta de intervenciones nutricionales adecuadamente integradas en la atención primaria posiblemente implique que no todas las personas puedan acceder a servicios de nutrición de calidad. A menudo, son las personas más vulnerables y desfavorecidas las que tienen menos acceso a los servicios. Cuando se prestan servicios de nutrición a través de otros mecanismos, existe el riesgo de que la calidad o la cobertura no siempre sean óptimas, y de que no cuenten con un seguimiento y una evaluación sistemáticos.

Para integrar la nutrición en la atención primaria de salud de modo que se adapte a diferentes contextos y necesidades, se requiere una serie de instrumentos operacionales y de gobernanza, entre ellos marcos normativos, una asignación equitativa de los recursos, una colaboración con las partes interesadas de la comunidad y el sector privado, el personal sanitario apropiado e infraestructuras físicas[6]. La naturaleza de los servicios de atención primaria de salud disponibles —y, por lo tanto, la cantidad y el tipo de intervenciones nutricionales que pueden y deben integrarse— varía de un país a otro, según las necesidades del contexto, la estructura de gobierno, la coordinación y la financiación. Por ejemplo, en los Estados frágiles los sistemas de atención primaria están diseñados para hacer frente a mayores niveles de retraso del crecimiento, emaciación y carencias de micronutrientes, al tiempo que se enfrentan a muchos otros retos sociales, como el limitado acceso de la población, la interrupción de los sistemas, las rupturas en la cadena de suministro y el elevado movimiento de personal. Fundamentalmente, los sistemas de atención primaria de salud han de ser sensibles y responder a diferentes necesidades de la población y determinantes sociales —por ejemplo, aquellos que dependen de la ubicación, la edad, el género, la riqueza, la etnia, la situación migratoria y la discapacidad— a fin de orientar y adaptar las intervenciones según se requiera. Sorprendentemente, a escala mundial, de los 16,6 millones de niños menores de 5 años con malnutrición aguda grave, solo 4,4 millones reciben tratamiento, lo cual pone de manifiesto la necesidad urgente de aliviar esta carga inaceptable[7].

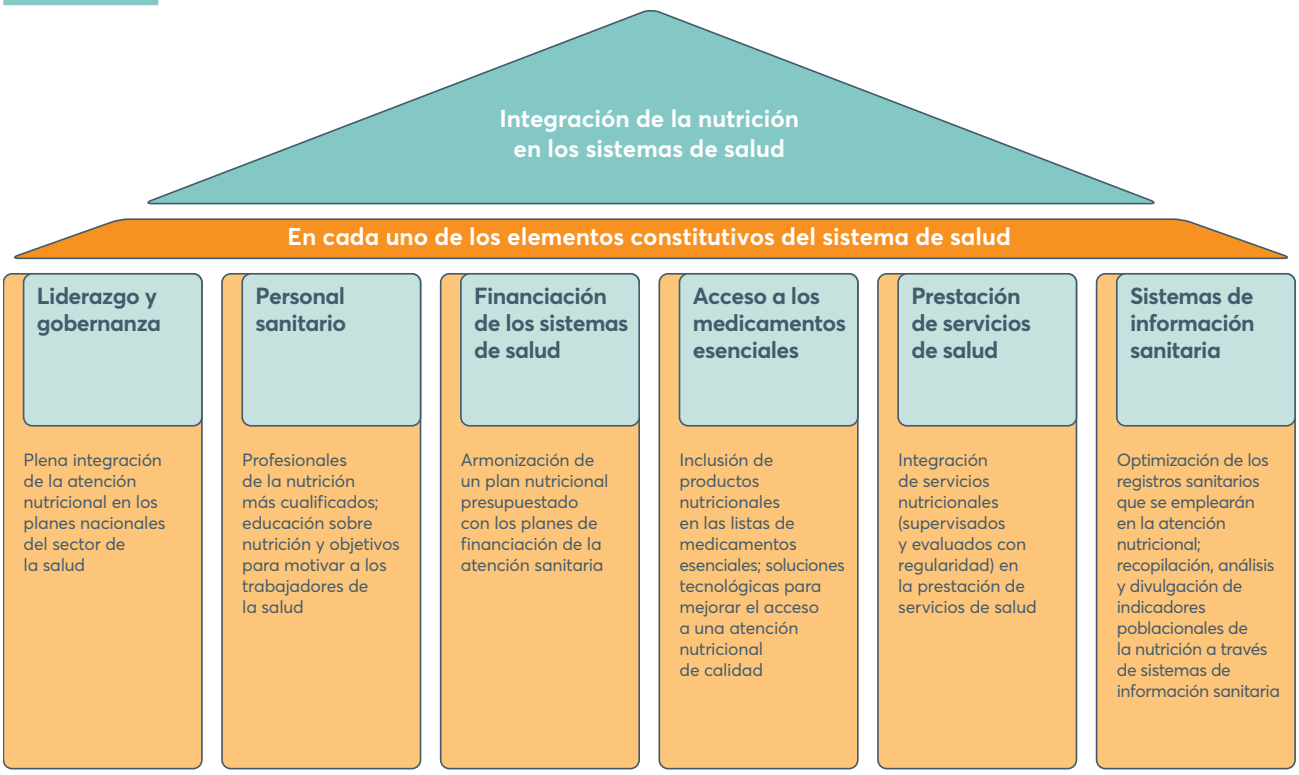
Hace ya tiempo que se reconocen las grandes consecuencias mundiales de la inseguridad alimentaria y la desnutrición, lo que ha dado lugar a un enfoque tradicional centrado en la desnutrición. Si no se reconoce y ataca el problema de la gran carga de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación —que puede coexistir con la desnutrición— a través de nuestros

sistemas de salud, se agravarán las desigualdades nutricionales y las cargas de malnutrición. Las medidas esenciales para la nutrición propuestas por la OMS destacan un conjunto mínimo de intervenciones nutricionales centradas principalmente en la desnutrición que deberían ser accesibles para todas las personas durante el curso de sus vidas[8]. Entre las intervenciones nutricionales fundamentales en la atención primaria se cuentan la suplementación con micronutrientes (por ejemplo, hierro, vitamina A o yodo), el tratamiento de la malnutrición aguda, la promoción de la alimentación adecuada de los lactantes y de los niños pequeños y el apoyo a esta. Sin embargo, de las 30 medidas esenciales para la nutrición propuestas, solo una se ocupa de la alimentación en general y las enfermedades no transmisibles relacionadas con ella; propone la creación de un entorno más amplio que promueva hábitos de alimentación saludables y se centra principalmente en las frutas y verduras, las grasas totales, las grasas saturadas y las grasas trans. Además, este se extiende a la atención primaria de salud. Las intervenciones en otras esferas del sector de la salud (por ejemplo, el control de las enfermedades infecciosas y la salud reproductiva) también pueden mejorar de forma colectiva el estado nutricional.

En los últimos años se han identificado otros objetivos y estrategias nutricionales importantes a fin de combatir de forma universal la desnutrición y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación y cuya integración en la cobertura sanitaria universal podría considerarse[9]; por ejemplo, recetas médicas para obtener alimentos saludables gratuitos o con descuento[10], la integración de las evaluaciones clínicas normalizadas de la calidad de la alimentación y la inseguridad alimentaria en los registros sanitarios electrónicos[11] y dietas terapéuticas adaptadas a pacientes de alto riesgo con dolencias crónicas complejas y en situación de inseguridad alimentaria[12]. Para hacer frente a la malnutrición de manera integral y rigurosa, es esencial que los sistemas de salud amplíen sus servicios de modo que se ocupen de la alimentación y de las enfermedades no transmisibles relacionadas con ella.

La incorporación de la nutrición en la cobertura sanitaria universal requerirá un esfuerzo conjunto de los gobiernos y las principales partes interesadas para construir sistemas de salud funcionales y resilientes, respaldados por una gobernanza y una coordinación más sólidas. La prestación de servicios de salud de calidad

FIGURA 3.1
Marco para la integración equitativa de la nutrición en los sistemas de salud



Fuente: Adaptado de OMS, 2007[15].
Nota: La atención nutricional cubre todos los servicios que prevendrían y tratarían la malnutrición en todas sus formas de manera integral.

y eficaces, así como atención nutricional, depende de la disponibilidad de personal sanitario, suministros y financiación, y es vital para lograr la cobertura sanitaria universal. Para evaluar cómo podría incorporarse la nutrición de manera integral en los sistemas de salud, utilizamos el marco de sistemas sanitarios de la OMS, que consta de seis elementos constitutivos[13]. Para garantizar el acceso equitativo, eficaz y sostenido a una atención nutricional de calidad, es necesario considerar la manera en que cada uno de estos seis componentes esenciales —o elementos constitutivos— de los sistemas de salud pueden integrar la nutrición. Los seis componentes son: liderazgo y gobernanza, personal sanitario, financiación, acceso a los medicamentos esenciales, prestación de servicios y sistemas de información (figura 3.1)[14]. En los apartados siguientes se examina la manera de integrar e incorporar la nutrición en cada uno de ellos, y se señalan los principales desafíos y oportunidades, con un enfoque en la equidad.

Liderazgo y gobernanza

El liderazgo y la gobernanza constituyen el núcleo de un sistema de salud sólido y son fundamentales para hacer frente a las inequidades nutricionales en los sistemas de salud a través del fortalecimiento de los marcos normativos, la supervisión y la rendición de cuentas[16]. Debido a la naturaleza multisectorial de la nutrición, la administración de los programas nutricionales se reparte entre múltiples ministerios y departamentos gubernamentales, y son pocos los países que cuentan con un departamento o ministerio específicamente designado para coordinar la información sobre nutrición[17]. Por tanto, un liderazgo eficaz fomentará sinergias tanto en el sector de la salud como con otros sectores pertinentes. También promoverá y garantizará el acceso de los más vulnerables a los servicios, incluidos los grupos de población marginados o tradicionalmente descuidados. Esto es fundamental para cumplir las metas mundiales de nutrición 2025.

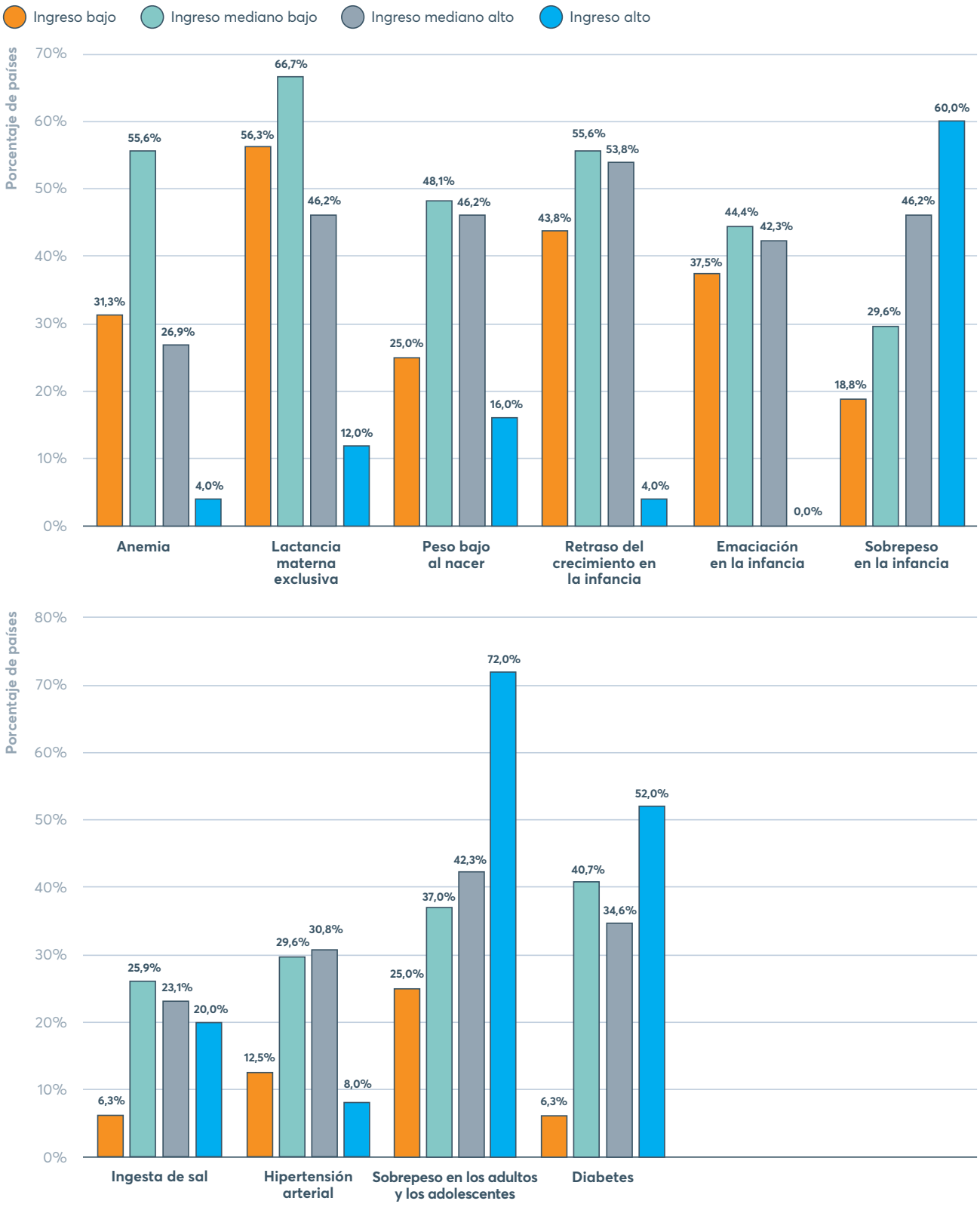
La nutrición debe estar plenamente integrada en la planificación sanitaria nacional. Según la segunda edición del *Global Nutrition Policy Review* [Examen Mundial de Políticas de Nutrición][18], de los 167 países que contaban con políticas, estrategias y planes de nutrición, solo 95 disponían de planes del sector de la salud que integraran objetivos nutricionales. Entre ellos, existen considerables diferencias en cuanto a la forma de ajustar sus objetivos, indicadores o metas nacionales a las metas mundiales de nutrición. Como se muestra en la figura 3.2, la integración de las metas mundiales de nutrición es más completa en los países de ingreso mediano bajo y mediano alto. Los planes de los países de ingreso mediano bajo se centran principalmente en la lucha contra la desnutrición, en especial mediante la promoción de la lactancia materna exclusiva y la reducción del retraso del crecimiento y la emaciación. Los países de ingreso alto prestan mayor atención al sobrepeso, la obesidad y la diabetes. Es importante que los países de ingreso bajo no pasen por alto el sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, y que dispongan de instrumentos normativos adecuados para hacer frente a las dos caras de la malnutrición, sobre todo cuando coexisten. También es importante que los países de ingreso alto reconozcan la persistencia de la anemia y el peso bajo al nacer que aún se registra en subgrupos de población vulnerables. La escasa atención prestada a la lactancia materna en los países de ingreso alto resulta preocupante si se tiene en cuenta su "doble finalidad", ya que previene tanto la desnutrición como la obesidad[19].

Las intervenciones nutricionales integradas en los sistemas de salud deben considerar detenidamente la equidad nutricional, tanto en relación con la desnutrición como con las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, a fin de que sean inclusivas y de que nadie se quede atrás. Esas estrategias basadas en la población deben contar con base empírica y reconocer que la sociedad puede verse afectada de manera desigual y simultánea por diferentes formas de malnutrición, con objeto de hacer frente a las inequidades y seleccionar a las poblaciones destinatarias de acuerdo con las necesidades.

Los gobiernos tampoco deben descuidar la lucha contra la corrupción (o el fraude sanitario), pues representa una amenaza importante para la cobertura sanitaria universal, ya que genera desigualdades en el acceso a la atención sanitaria y resultados sanitarios y económicos perjudiciales[20]. Se estima que cada año se pierden en el mundo más de 500.000 millones de dólares estadounidenses en recursos sanitarios debido a la corrupción existente, lo que supera los 371.000 millones de dólares anuales necesarios para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionadas con la salud[21]. En el sector de la salud, la corrupción puede adoptar diversas formas y afectar de alguna manera a todos los países, lo que compromete la prestación de los servicios sanitarios esenciales y el acceso a ellos[22]. Para que el acceso a la atención sanitaria sea equitativo, es necesario considerar detenidamente la aplicación de normas adecuadas contra la corrupción, integrarlas y controlar su cumplimiento.

FIGURA 3.2

Inclusión de los objetivos, las metas y los indicadores relacionados con las metas mundiales de nutrición en los planes del sector de la salud de 94 países, por ingresos de los países, 2016 y 2017



Fuente: Análisis ulterior de la segunda edición del *Global Nutrition Policy Review*[23].

Notas: Las barras corresponden al porcentaje (%) de países dentro de un grupo de ingresos dado que han incluido objetivos nutricionales relacionados con las metas mundiales de nutrición en sus planes del sector de la salud. De los 167 países que informaron contar con políticas nutricionales en 2016-2017, 95 disponían de planes del sector de la salud con objetivos nutricionales integrales. De estos, 94 (todos menos Niue) se clasificaron, de acuerdo con el ingreso nacional bruto per cápita, de la siguiente manera: 25 en el grupo de ingreso alto (el 26,6%), 26 en el grupo de ingreso mediano alto (el 27,7%), 27 en el grupo de ingreso mediano bajo (el 28,7%) y 16 en el grupo de ingreso bajo (el 17%)[24]. Las generalizaciones pueden verse afectadas por la falta de representatividad dentro de cada grupo nacional de ingresos y entre ellos.

Personal sanitario

El personal sanitario desempeña un papel fundamental en los sistemas de salud. Está integrado principalmente por profesionales de la salud, entre ellos facultativos (médicos), profesionales de la nutrición (dietistas o nutricionistas), enfermeras y matronas, y trabajadores administrativos y de apoyo. Incluye tanto a los profesionales cualificados como a los trabajadores de la salud no profesionales, al personal remunerado y al no remunerado, y al personal del sector público y del sector privado[25].

La cobertura sanitaria universal no puede lograrse si no se aumenta la capacidad del personal sanitario. En términos generales, esta capacidad tiene relación con la disponibilidad (la cantidad y la oferta), la distribución (la contratación, la asignación y la retención) y el desempeño (la productividad y la calidad de los servicios prestados)[26]. En los países de ingreso bajo y mediano se registra un gran déficit de trabajadores de la salud cualificados y su distribución es poco equitativa, lo que constituye un gran obstáculo para la prestación de los servicios de salud esenciales[27], y las previsiones indican que la situación empeorará[28].

En el caso de la nutrición, la desigualdad de la distribución es aún más marcada. Se considera que la densidad de profesionales de la nutrición capacitados[29] (por cada 100.000 habitantes) es una medida adecuada de la capacidad[30]. Si bien aún no se han elaborado normas que establezcan un nivel aceptable de este indicador, por ahora las cifras son demasiado bajas. De los 194 países encuestados, 159 respondieron y 126 de ellos proporcionaron información lo bastante detallada para permitir la evaluación. La mediana del número de profesionales de la nutrición capacitados se sitúa en solo 2,3[31] por cada 100.000 habitantes[32]. Solo 23 países presentan densidades de 10 o más profesionales de la nutrición por cada 100.000 habitantes, según se informa en la segunda edición del *Global Nutrition Policy Review*[33]. El mismo informe también pone de relieve que las regiones de la OMS de las Américas y del Pacífico Occidental registran las mayores densidades de profesionales de la nutrición (mediana de 3,7 y 4,2 por cada 100.000 habitantes, respectivamente), mientras que la región de África presenta la más baja (mediana de 0,9 por cada 100.000 habitantes); además, según la información obtenida, seis países no cuentan con ningún profesional de la nutrición[34]. Para garantizar la calidad de los servicios de nutrición prestados, también es esencial aplicar normas de calidad sobre la educación nutricional, por medio de exámenes nacionales de cualificación y de certificaciones de los colegios pertinentes, así como a través de requisitos en materia de educación continua. Cabe destacar que un gran número de países de ingreso mediano y bajo carecen de sistemas nacionales de cualificación y certificación para dietistas y nutricionistas[35].

La utilización de una variedad de profesionales de la salud para prestar intervenciones nutricionales facilitaría la integración de la nutrición en las plataformas sanitarias y contribuiría a aliviar las desigualdades en el acceso. Como parte del fortalecimiento de la prestación de servicios de nutrición dentro del sistema de salud, debe aumentarse el número de profesionales cualificados en nutrición. Dependiendo del tipo de intervención y el contexto del país, otros profesionales de la salud pueden y deben desempeñar un papel importante. Sin dejar de reconocer el papel central de los médicos en la prestación de atención sanitaria, es necesario establecer referencias que sirvan para regular las competencias y los conocimientos nutricionales mínimos exigidos a los facultativos; por ejemplo, a través de la educación nutricional obligatoria y la formación continua. Sin embargo, en la actualidad los médicos no necesariamente están en condiciones de ofrecer una atención nutricional eficaz y de calidad[36]. Deben establecerse puntos de referencia similares en materia de educación nutricional para todos los demás proveedores clave de atención sanitaria conexos, como las enfermeras y matronas, a fin de garantizar la capacitación rigurosa y sistemática de los profesionales de la salud involucrados en la prestación de servicios de nutrición.

También es importante reconocer el papel fundamental de los trabajadores de primera línea, como los trabajadores de la salud comunitarios, a la hora de cubrir la creciente demanda de servicios de nutrición esenciales a un coste menor, en especial cuando escasea el personal principal (lo cual puede agravarse aún más en situaciones de emergencia humanitaria). Es imperativo que estos trabajadores reciban una formación adecuada en materia de nutrición y estén debidamente capacitados para proporcionar una atención nutricional de calidad. Sin embargo, los cursos de capacitación en nutrición previos al servicio dirigidos a los trabajadores de la salud por lo general duran menos de 20 horas y la capacidad de los formadores es limitada[37].

Las soluciones tecnológicas innovadoras, como las aplicaciones móviles, son una herramienta prometedora para aplicar tratamientos y protocolos normalizados y mejorar la prestación de la atención[38]. Los incentivos financieros y no financieros —como la capacitación y las oportunidades de promoción profesional, el reconocimiento de la comunidad, la tutoría y la supervisión para potenciar el crecimiento profesional (y el cumplimiento del protocolo)— pueden mejorar considerablemente la satisfacción y el desempeño laborales de los trabajadores sanitarios de primera línea[39]. A la inversa, la falta de incentivos —como el aumento del volumen de trabajo y las horas trabajadas, así como los retrasos en el pago— pueden reducir la motivación, empeorar el desempeño e incluso ocasionar la interrupción del servicio[40]. Es necesario considerar detenidamente el número, la naturaleza y la función de los trabajadores de primera línea e integrarlos apropiadamente en la prestación de los servicios de nutrición, de acuerdo con el contexto y las necesidades de cada país.

Es necesario institucionalizar programas educativos y de capacitación para todos los trabajadores, y adaptarlos al carácter evolutivo de la prestación de servicios de nutrición, de modo que cubran todo el espectro de la mala alimentación y la desnutrición, con miras a que todos los miembros del personal sanitario puedan realizar la máxima contribución posible. Los sistemas nacionales de salud con una atención nutricional totalmente integrada deben estudiar detenidamente el número apropiado de trabajadores de la salud que dispensan atención nutricional, su distribución y el conjunto de competencias que deben poseer, así como mejorar su desempeño por medio de oportunidades para desarrollarse. Esto es fundamental para lograr una atención primaria de calidad y garantizar que todas las personas puedan acceder a servicios de nutrición de calidad.

Financiación de los sistemas de salud

La financiación adecuada de los servicios de nutrición plenamente integrados en los sistemas de salud es fundamental para lograr la cobertura sanitaria universal y el acceso equitativo a los servicios de nutrición. Recientemente, al tratar el tema de la cobertura sanitaria universal la Asamblea General de las Naciones Unidas reconoció "la importancia fundamental de la equidad, la justicia social y los mecanismos de protección social, así como de eliminarlas causas fundamentales de la discriminación y la estigmatización en los entornos de atención sanitaria, para garantizar el acceso universal y equitativo de todas las personas a servicios sanitarios de calidad sin crearles dificultades económicas, en particular a las personas que son vulnerables o se encuentran en situaciones de vulnerabilidad"[41]. El sistema de pago por servicio prestado limita el acceso y excluye a las poblaciones vulnerables; la gratuidad de los servicios en el punto de prestación y su adaptación a las necesidades específicas de la población dará como resultado un acceso justo y equitativo para todos.

Dada la naturaleza oculta de algunas formas de malnutrición y la variable autopercepción de la cantidad y la calidad de la ingesta, lo más probable es que las personas más necesitadas de atención nutricional no la soliciten si han de pagar por ella. Esto constituye un importante problema de equidad, ya que el hecho de tener que sufragar gastos por cuenta propia para recibir una atención sanitaria y nutricional que no se considera urgente podría conducir a la exclusión de las personas con escasos recursos y exponerlas a un mayor riesgo para su salud. La financiación de la nutrición es, por tanto, fundamental para lograr y mantener una atención nutricional de calidad y equitativa para todos, sobre todo para los más necesitados.

Aunque la financiación destinada a intervenciones nutricionales ha aumentado en los últimos años, menos de la mitad de los países que cuentan con políticas de nutrición disponen de un plan operacional de nutrición presupuestado (58 de 149 países)[42]. Esos planes se estructuran en torno a medidas específicas y enfocadas a la nutrición, mientras que los planes de financiación de la asistencia sanitaria se elaboran por separado y se centran en las inversiones que necesita el sistema de salud, de las cuales la nutrición debería formar parte integral (por ejemplo, en lo relativo a los sistemas de información sanitaria, el personal, las infraestructuras y la preparación para emergencias). Esta desconexión plantea un problema a la hora de integrar y presupuestar la nutrición en los planes de financiación de la asistencia sanitaria, a menos que esos planes se ajusten adecuadamente a otros planes multisectoriales de nutrición.

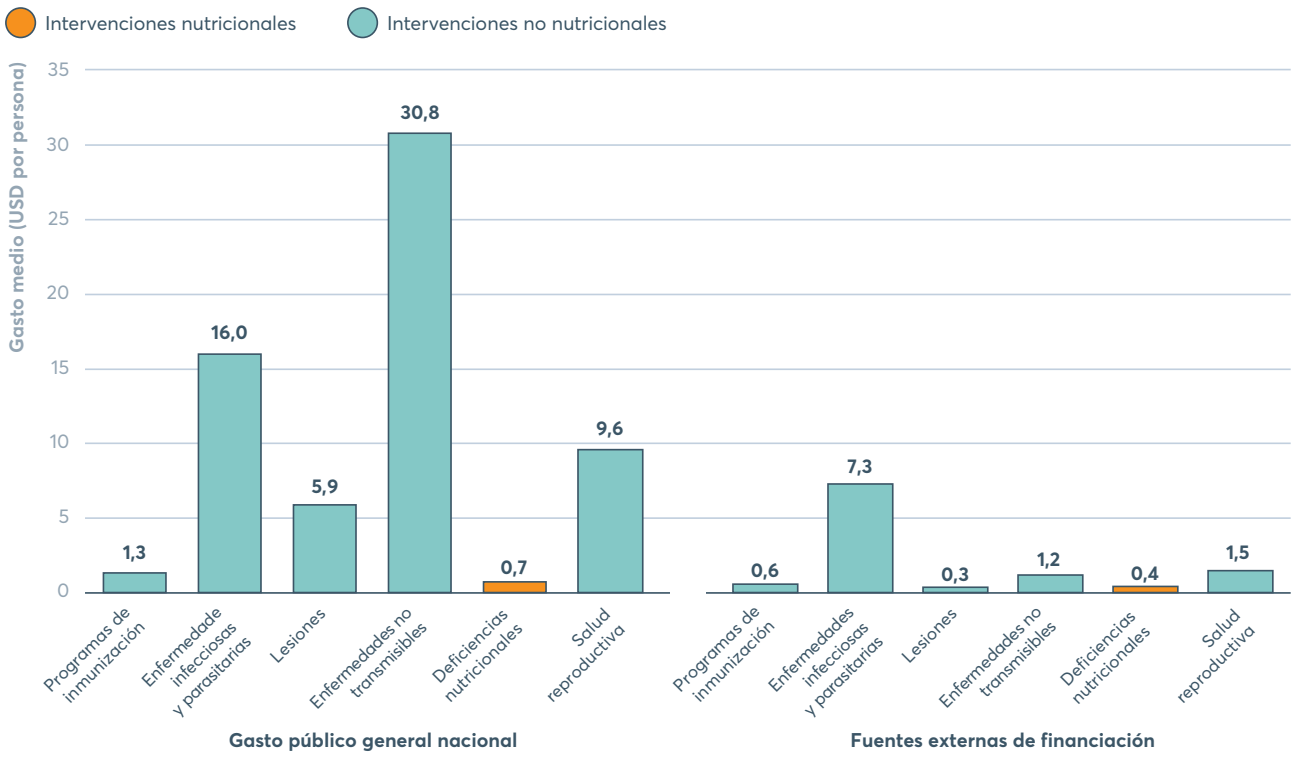
Un modelo de proyección de las necesidades de recursos en 67 países de ingreso bajo y mediano determinó que se necesitarían 371.000 millones de dólares estadounidenses anuales adicionales para alcanzar las metas de los ODS relacionadas con la salud, tres cuartas partes de los cuales deberían destinarse al fortalecimiento de los sistemas de salud. Esto brinda la oportunidad de presupuestar e integrar la nutrición en los sistemas de salud como parte del fortalecimiento de la infraestructura. De la cuarta parte restante, destinada a cubrir la prevención y el control de enfermedades y otros costes programáticos específicos, la nutrición representaría tan solo el 5%[43].

Los datos disponibles de 48 países —en su mayoría de ingreso bajo— que forman parte del sistema de cuentas de salud indican que el gasto público medio en "carencias nutricionales"[44] es de 1,87 dólares por persona —el gasto público más bajo de todas las categorías de enfermedades evaluadas (figura 3.3)—. Los fondos de fuentes externas de financiación asignados a la misma categoría son aún más reducidos (1,11 dólares por persona). Fundamentalmente, el gasto en nutrición no es proporcional a la carga de malnutrición.

En casi todos los países, el gasto sanitario sigue aumentando enormemente, y una parte importante de él se debe a las enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación[45]. Ante el aumento de las cargas de enfermedad y económicas causadas por la mala alimentación, los gobiernos y los encargados de la formulación de políticas deberían reconocer el papel determinante que puede desempeñar la nutrición en la mejora de nuestra salud y la reducción de los abrumadores gastos sanitarios. La identificación de intervenciones nutricionales económicas —o que incluso ahorren costes— que puedan integrarse en el sistema de salud permitiría salvar vidas y reducir el gasto sanitario.

Dado que en los Estados Unidos se registra una elevada carga de enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación[46], las recientes iniciativas llevadas a cabo allí para integrar la nutrición en la atención de la salud pueden proporcionar un punto de partida para considerar esta posibilidad en otros contextos. La adopción de estrategias sanitarias innovadoras en favor de una alimentación más saludable, como la implementación de recetas médicas de alimentos saludables en los grandes programas gubernamentales de atención de la salud, podría reportar beneficios sustanciales en términos sanitarios[47]. Estos programas pueden ser muy eficaces en función del coste en grandes grupos de población (por ejemplo, por edad, etnia, nivel educativo, nivel de ingresos o discapacidad), y eliminar las disparidades[48]. Desde la perspectiva de la atención de la salud, dichas intervenciones nutricionales pueden ser igual de económicas o incluso más que muchas de las intervenciones médicas cubiertas actualmente, como las estatinas para la prevención primaria o el tratamiento de la hipertensión con medicamentos[49].

FIGURA 3.3
Gasto anual por categoría de enfermedad en 48 países, 2016



Fuente: Base de datos de la OMS sobre el gasto sanitario mundial[50].
Notas: Los datos corresponden a los únicos 48 países que comunicaron su gasto anual en al menos una categoría de enfermedad. El número de países que disponen de datos sobre una determinada categoría de enfermedad es variable; oscila entre 39 y 42.

Otros ejemplos de estrategias nutricionales prometedoras en el ámbito sanitario son la incorporación de evaluaciones clínicas normalizadas (entre ellas herramientas de evaluación nutricional) de la calidad de la alimentación y la inseguridad alimentaria en los registros sanitarios electrónicos, como parte de la atención ordinaria[51]; y dietas terapéuticas adaptadas a pacientes de alto riesgo con dolencias crónicas complejas y en situación de inseguridad alimentaria[52]. Dependiendo del contexto del país y de las necesidades de la población, puede considerarse la posibilidad de adaptar y ampliar dichas intervenciones a fin de captar todo el espectro y las consecuencias de la mala alimentación. Las alianzas público-privadas también podrían contribuir a respaldar estrategias de nutrición a través del sistema de salud, tal como se consideran y aplican actualmente en los Estados Unidos[53].

Un grupo de expertos dirigido por el Banco Mundial investigó múltiples intervenciones sanitarias en países de ingreso bajo en función de su coste, eficacia, viabilidad de la aplicación y capacidad de reportar resultados significativos[54]. En 2017, propusieron a los países dos conjuntos de intervenciones que podrían considerar a la hora de definir sus paquetes nacionales de salud: el paquete esencial, que comprendía 218 intervenciones, y un paquete de alta prioridad, que incluía un subconjunto de 97 intervenciones del esencial, seleccionadas con criterios más estrictos. La mayoría de las estrategias incluidas en el paquete esencial son altamente eficaces en función del coste y equitativas (tabla 3.1).

Para mejorar la cobertura de los servicios de nutrición, es fundamental que las medidas esenciales para la nutrición constituyan un componente básico de los paquetes nacionales de cobertura sanitaria universal, que se dote a las intervenciones nutricionales con los recursos adecuados y que estas se integren más eficazmente en las diversas plataformas de prestación de servicios de salud. La asignación equitativa de los fondos que permite integrar de manera sostenible la nutrición en los sistemas de salud es fundamental para lograr que la cobertura sanitaria universal sea más eficaz y equitativa. Esto puede lograrse a través de la elaboración de un plan presupuestado que justifique la eficacia y la rentabilidad de las intervenciones nutricionales; utilice análisis de la eficiencia de las asignaciones en las intervenciones y las zonas geográficas clave; considere la posibilidad de compartir costes con otras intervenciones y alianzas público-privadas; y vigile continuamente el gasto relacionado con el seguimiento y la evaluación del desempeño.

TABLA 3.1
Intervenciones nutricionales incluidas en el paquete esencial de cobertura sanitaria universal elaborado por el Banco Mundial en 2017

NOMBRE REVISADO DE LA INTERVENCIÓN (PARA LAS QUE APARECEN EN MÚLTIPLES PAQUETES O QUE REQUIEREN ACLARACIÓN)	INCLUIDA EN PAQUETES SANITARIOS PRIORITARIOS	CALIFICACIÓN DE LA EFICACIA EN FUNCIÓN DEL COSTE	CALIFICACIÓN DE LA EQUIDAD
Asesoramiento a las madres sobre los cuidados térmicos de los recién nacidos prematuros (postergación del baño y contacto corporal)	Sí	Alta	Moderada
Detección y gestión de la malnutrición aguda grave y remisión si surgen complicaciones	Sí	Alta	Óptima
Promoción de la lactancia materna o la alimentación complementaria a través de trabajadores de la salud no profesionales	Sí	Moderada	Óptima
Suministro de suplementación con hierro y ácido fólico a las embarazadas, y de alimentos o suplementación calórica a las embarazadas pertenecientes a hogares en situación de inseguridad alimentaria	Sí	Moderada	Óptima
Suplementación con vitamina A y zinc a los niños de acuerdo con las directrices de la OMS, y suplementación con alimentos a las mujeres y los niños pertenecientes a hogares en situación de inseguridad alimentaria	Sí	Alta	Óptima
Educación escolar en materia de salud sexual, nutrición y estilo de vida saludable	No	Baja	No aplicable
Administración masiva de medicamentos para la filariasis linfática, la oncocercosis, la esquistosomiasis, la helmintiasis y el tracoma transmitidos por el suelo y las infecciones por trematodos transmitidas por los alimentos	Sí	Alta	Óptima

Fuente: Watkins *et al.*, 2017[55].
Notas: Adaptado de la fuente; calificación de la eficacia en función del coste: No hay datos = no se dispone de datos de evaluaciones económicas; ineficaz según el coste = ratio coste/eficacia incremental superior a 4.100 USD por AVAD (año de vida ajustado en función de la discapacidad) evitado; baja = ratio coste/eficacia incremental entre 1.301 USD y 4.100 USD por AVAD evitado; moderada = ratio coste/eficacia incremental entre 251 USD y 1.300 USD por AVAD evitado; alta = ratio coste/eficacia incremental por lo general inferior a 250 USD por AVAD evitado. Puntuación de la equidad: óptima = edad al morir ajustada en función del estado de salud superior a 50 años (mayor potencial para ayudar a los más desfavorecidos); moderada = edad al morir ajustada en función del estado de salud entre 40 y 49 años; deficiente = edad al morir ajustada en función del estado de salud inferior a 40 años.

Acceso a los medicamentos esenciales

La capacidad de prestar una atención nutricional equitativa y adaptada a las necesidades depende fundamentalmente del acceso a los productos y tecnologías esenciales relacionados con la nutrición, así como de la provisión de estos. Los productos nutricionales esenciales, al igual que los medicamentos esenciales, "deben estar disponibles en un sistema sanitario que funcione en todo momento, en la cantidad adecuada, en la dosificación apropiada, con una calidad asegurada y a un precio asequible para las personas y las comunidades"[56]. El seguimiento de la disponibilidad y el uso de los productos nutricionales esenciales y la mejora de los procesos de producción locales, la gestión de la cadena de suministro, el seguimiento de las existencias y los modelos de distribución podrían contribuir a que los productos y las tecnologías nutricionales estén disponibles cuando y donde se los necesite, y para aquellos que más lo necesitan.

La inclusión de productos nutricionales en las listas nacionales de medicamentos esenciales puede facilitar su integración en las cadenas de suministro nacionales y mejorar el acceso a la financiación para el desarrollo y a las deducciones fiscales en apoyo de la producción local. La Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS sirve como guía para la elaboración de listas nacionales e institucionales de medicamentos esenciales y se revisa cada dos años[57]. La edición más reciente incluye varios productos relacionados con la nutrición, como el hierro, el ácido fólico, el zinc (solo para la diarrea), los polvos de micronutrientes, la vitamina C, el calcio, la vitamina D, el yodo, algunas vitaminas del grupo B y la vitamina A[58].

La mayoría de los 137 países que en 2017 contaban con una lista nacional de medicamentos esenciales incluyen en ella todos los productos nutricionales mencionados, a excepción de los micronutrientes en polvo, que se añadieron por primera vez en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de 2019[59]. No obstante, algunos productos nutricionales importantes, como los alimentos terapéuticos listos para el consumo empleados para la desnutrición aguda grave en niños aún no forman parte de la Lista Modelo de la OMS[60]. Teniendo en cuenta la importancia de las listas de medicamentos esenciales en la promoción de la atención primaria, la inclusión de dichos productos nutricionales podría contribuir al tratamiento de la malnutrición aguda grave y otros problemas de salud relacionados con la alimentación.

Además de garantizar el acceso a los productos nutricionales esenciales, debemos acelerar el desarrollo de soluciones tecnológicas de bajo coste y adaptadas al contexto para evaluar el estado nutricional y asegurar la prestación oportuna de apoyo nutricional, así como el seguimiento activo para controlar el cumplimiento y evaluar los progresos. Entre los ejemplos de soluciones tecnológicas se cuentan las herramientas o dispositivos antropométricos para medir el peso al nacer o la detección de problemas de salud como la malnutrición aguda grave, el sobrepeso o la obesidad[61] y las técnicas no invasivas —entre ellas las aplicaciones móviles— para medir carencias de micronutrientes[62] u otros biomarcadores de la ingesta de alimentos[63]. Estas tecnologías podrían complementar las evaluaciones clínicas y las herramientas de detección tradicionales, facilitar la detección y el diagnóstico de enfermedades relacionadas con la nutrición en el punto de atención, e integrarse colectivamente en la práctica ordinaria. Algunos de estos dispositivos ya están disponibles, mientras que otros se encuentran en diversas etapas de desarrollo.

Otra prometedora posibilidad de bajo coste para mejorar el acceso a servicios de nutrición de calidad es la prestación de asesoramiento a distancia (por teléfono o en línea). Estas intervenciones digitales, como se las denomina, se han utilizado para el control del peso y las enfermedades no transmisibles, y como apoyo nutricional durante el embarazo y la lactancia, entre otras cosas[64]. Presentan múltiples ventajas, entre ellas la posibilidad de extender los servicios de nutrición más allá de los centros de salud y así llegar a comunidades de lugares más remotos o a las que resulta difícil acceder, y de llegar a personas que tradicionalmente no acuden a los centros de salud y a las que no se detecta durante las actividades ordinarias de supervisión. Además, ofrecen a los países con pocos recursos la posibilidad de adoptar medidas nutricionales integradas, en particular para hacer frente al sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Las tecnologías nuevas o simplificadas que permiten un mayor alcance, cobertura y velocidad de la evaluación o la prestación ofrecen vías para mejorar la equidad y la calidad de las intervenciones.

Prestación de servicios de salud

Existen numerosas pruebas que sugieren que la integración de servicios de nutrición en los sistemas de salud constituye un enfoque eficaz, equitativo y económico. No obstante, no se conoce bien el grado en que deben integrase, y tampoco se sabe en qué consiste una integración adecuada. Además, en muchos países en desarrollo la cobertura es baja[65]. La reciente iniciativa aplicada en la India para transformar distritos aspiracionales constituye un ejemplo exitoso de integración y prestación de servicios de nutrición equitativos como parte de un esfuerzo más amplio para transformar la atención de la salud (caso destacado 3.1).

CASO DESTACADO 3.1

Fomento de la equidad y la justicia social: la iniciativa para transformar los distritos aspiracionales de la India

Alok Kumar, Rajan Sankar y Basanta Kumar Kar

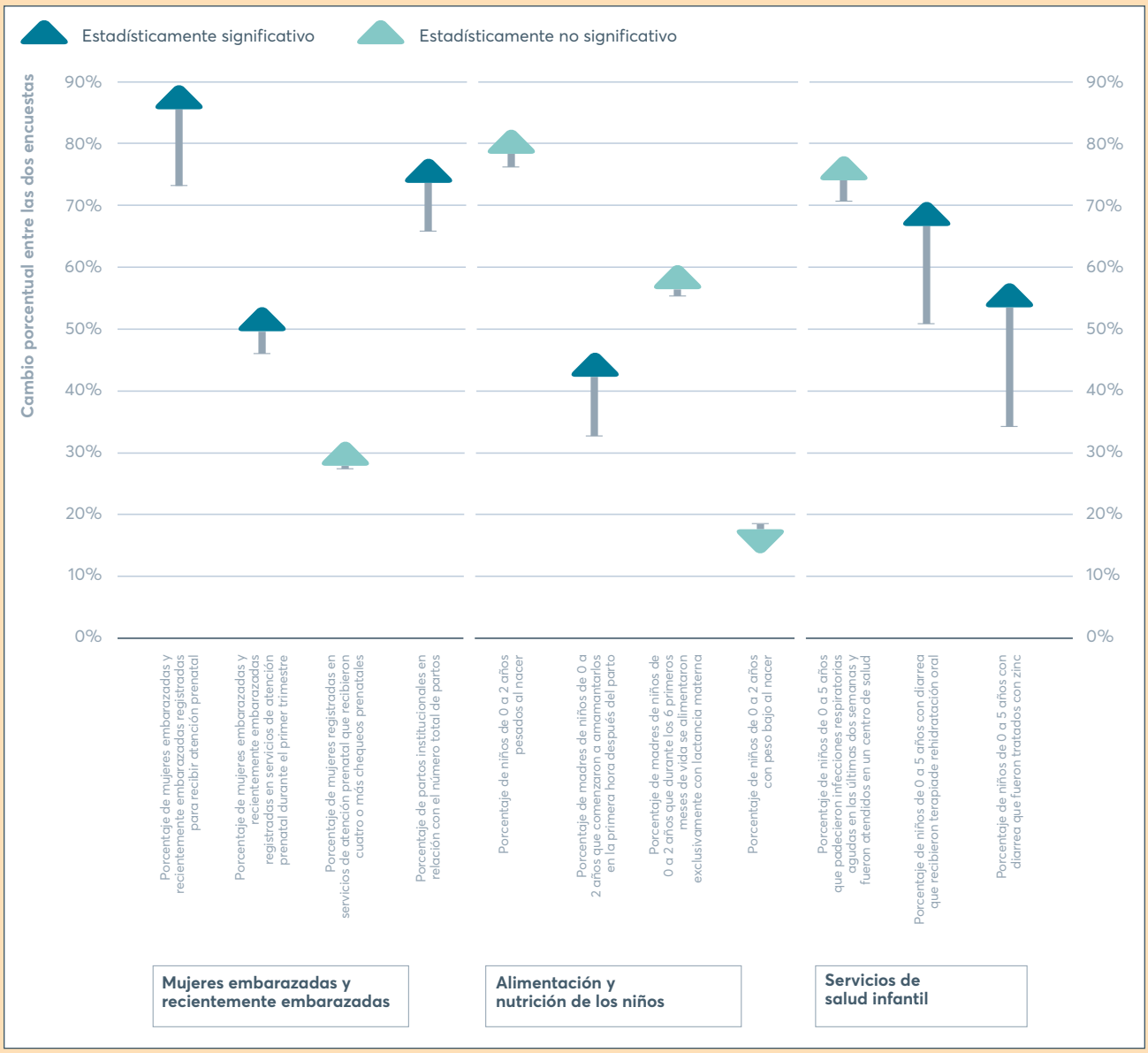
En la India, una de cada dos mujeres en edad reproductiva es anémica, uno de cada tres niños menores de 5 años padece retraso del crecimiento y uno de cada cinco sufre emaciación. Las desigualdades son evidentes en el caso del retraso del crecimiento, cuya prevalencia en las zonas rurales es un 10,1% mayor que en las zonas urbanas. Las tasas de sobrepeso u obesidad de las mujeres adultas ascienden al 20,7%, y al 18,9% en el caso de los hombres. Esta coexistencia de la desnutrición con el sobrepeso y la obesidad implica que la India se enfrenta a la doble carga de la malnutrición[66].

Ante el reconocimiento de que la calidad de vida del conjunto de sus ciudadanos no refleja el importante crecimiento económico que la India ha vivido en los últimos diez años y de que existen grandes diferencias entre los estados en los indicadores de desarrollo social y económico, la India puso en marcha en enero de 2018 un programa encaminado a transformar distritos aspiracionales. Se trata de un programa de carácter único que centra la atención normativa en la lucha contra la inequidad, la injusticia social y la exclusión en 115 "distritos aspiracionales" de 28 estados, mediante un esfuerzo concertado para mejorar el desempeño de los servicios —incluidos los servicios de salud, nutrición y educativos, las infraestructuras, la agricultura y los recursos hídricos— en distritos con focos de subdesarrollo. El programa se propone eliminar la heterogeneidad de los niveles de vida en la India y mejorar la capacidad de todas las personas para participar plenamente en la economía a través de la transformación rápida y eficaz de los distritos seleccionados.

Uno de sus objetivos es aumentar el número de mujeres y niños atendidos durante los 1.000 días vitales para la nutrición. Los activistas sociales de salud acreditados y los trabajadores de los centros de atención *anganwadi*[67] de estos distritos identifican a los destinatarios de un conjunto de intervenciones en las que convergen la salud y la nutrición. Entre ellas se incluyen las visitas de atención prenatal, la suplementación con hierro durante el embarazo, el tratamiento de la anemia, el aumento del número de partos institucionales y en el hogar atendidos por un profesional de partería capacitado, la iniciación temprana de la lactancia materna, el asesoramiento sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño, la medición del peso al nacer, el seguimiento del crecimiento del niño y el tratamiento de la diarrea con sales de rehidratación orales y zinc.

Una innovación importante de este programa fue la introducción de encuestas semestrales a los hogares para valorar la cobertura y la calidad de las intervenciones. Los resultados indican que se han logrado avances alentadores en los resultados sanitarios y nutricionales (figura 3.4). Este progreso se puede atribuir a la adopción de un enfoque inclusivo con un firme reconocimiento de las realidades sobre el terreno, lo que garantiza que el distrito se mantenga en el foco del desarrollo inclusivo.

FIGURA 3.4
Ejecución de las intervenciones de la Poshan Abhiyaan (Misión Nutricional Nacional) en los distritos aspiracionales: resultados de dos rondas de encuestas de hogares



Fuente: "National Family Health Survey (NFHS-4)" [Encuesta Nacional de Salud Familiar], Champions of Change, Aspirational District, NITI Aayog, Poshan Abhiyaan (Misión Nutricional Nacional), Ministerio de Desarrollo de la Mujer y el Niño, Gobierno de la India.
Nota: La longitud de la línea indica la magnitud del cambio (delta) entre las dos rondas de encuestas; una flecha hacia arriba denota un cambio positivo y una hacia abajo representa un cambio negativo.

La competencia estimula la mejora de la implementación de los programas, a partir de los resultados y de los esfuerzos sostenidos y dirigidos a objetivos específicos de los gobiernos estatales y locales. A los equipos de implementación de distrito también se les proporcionan estimaciones sobre zonas pequeñas derivadas de un sofisticado análisis estadístico de los datos de los hogares, lo que aporta "información inteligente para el desarrollo" a fin de dirigir la acción directa sobre el terreno.

En las notas se detallan las fuentes de este caso destacado[68].

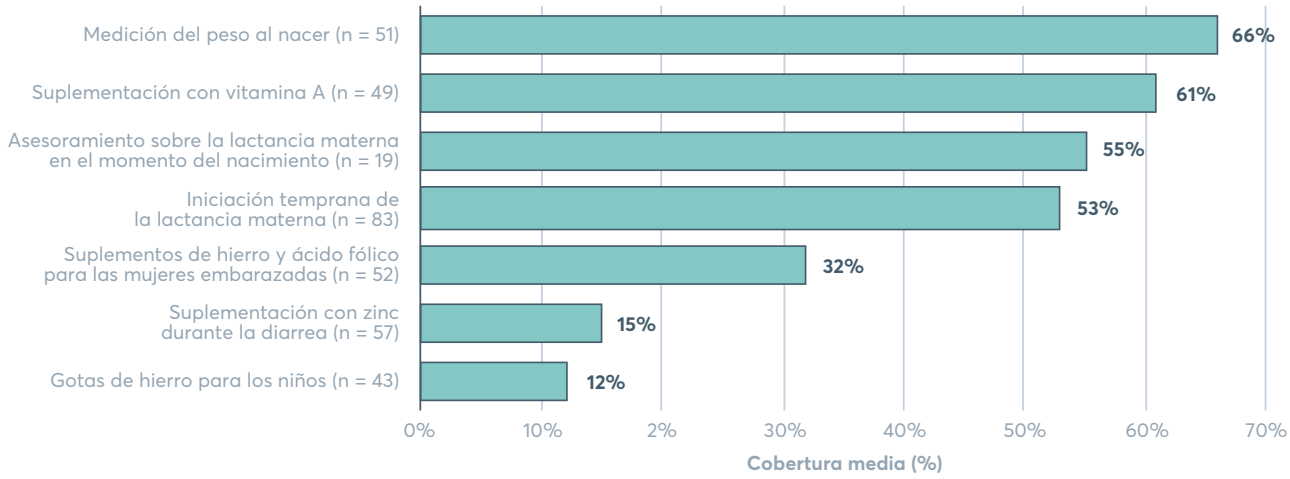
Para que todas las personas tengan acceso a la atención que necesitan, los servicios de salud disponibles deben cumplir unas normas mínimas de calidad. Aunque la estructura, la coordinación y el tipo de servicios de salud disponibles difiere de un país a otro, es posible identificar los elementos esenciales de una "buena prestación de servicios" con respecto a la cual puedan evaluarse los progresos, a saber: la exhaustividad, la accesibilidad, la cobertura, la continuidad, la calidad, en enfoque en las personas, la coordinación, la rendición de cuentas y la eficiencia[69]. Cada vez se reconoce más que una nutrición óptima constituye los cimientos para lograr una vida sana y que esta debe formar parte integral de la prestación de servicios de salud. No obstante, no existen muchos datos que permitan conocer el tipo de desigualdades que existen en la prestación de servicios de nutrición y su alcance.

La segunda edición del *Global Nutrition Policy Review* indicó que en 2016 y 2017 los sistemas de salud de la mayoría de los países incluían intervenciones nutricionales para lactantes y niños pequeños (120 de 122 países), actividades de promoción de una alimentación saludable (76 de 119 países) y el suministro de suplementos de vitaminas y minerales (96 de 131 países)[70]. Los análisis de las encuestas demográficas y de salud (EDS) y de las encuestas de indicadores múltiples por conglomerados realizados entre 2012 y 2018 revelaron, usando la cobertura como medida de la prestación de servicios, que la mediana de la cobertura de las intervenciones en materia de alimentación materna, del lactante y del niño pequeño es escasa en los países de ingreso bajo y mediano bajo (figura 3.5). Las medianas de los porcentajes de administración de suplementos de hierro en la infancia, suplementación con zinc en la infancia, y suplementación con hierro y ácido fólico durante el embarazo son de solo el 12%, el 15% y el 32%, respectivamente.

Las intervenciones más integradas en la atención perinatal o aplicadas junto con vacunas presentan una mayor cobertura de las poblaciones destinatarias: la mayor es la correspondiente a la medición del peso al nacer (el 66%), seguida por la suplementación con vitamina A para los niños menores de 5 años (el 61%), el asesoramiento sobre la lactancia materna en el momento del nacimiento (el 55%) y la iniciación temprana de la lactancia materna (el 53%).

La cobertura poblacional fue mayor en los grupos más ricos que en los más pobres, con la excepción de la iniciación temprana de la lactancia materna (figura 3.6). Las mayores diferencias de riqueza en términos absolutos se observaron en el caso de la medición del peso al nacer (el 33,2%), el asesoramiento sobre la lactancia materna en el momento del nacimiento (el 22,3%) y la suplementación con hierro y ácido fólico para embarazadas (el 17,4%). Estas conclusiones sugieren posibles desigualdades en la prestación de servicios de nutrición prenatal y posnatal, principalmente en los países de ingreso bajo y mediano bajo, lo que puede conducir a un empeoramiento de los resultados sanitarios y pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la prestación de atención nutricional.

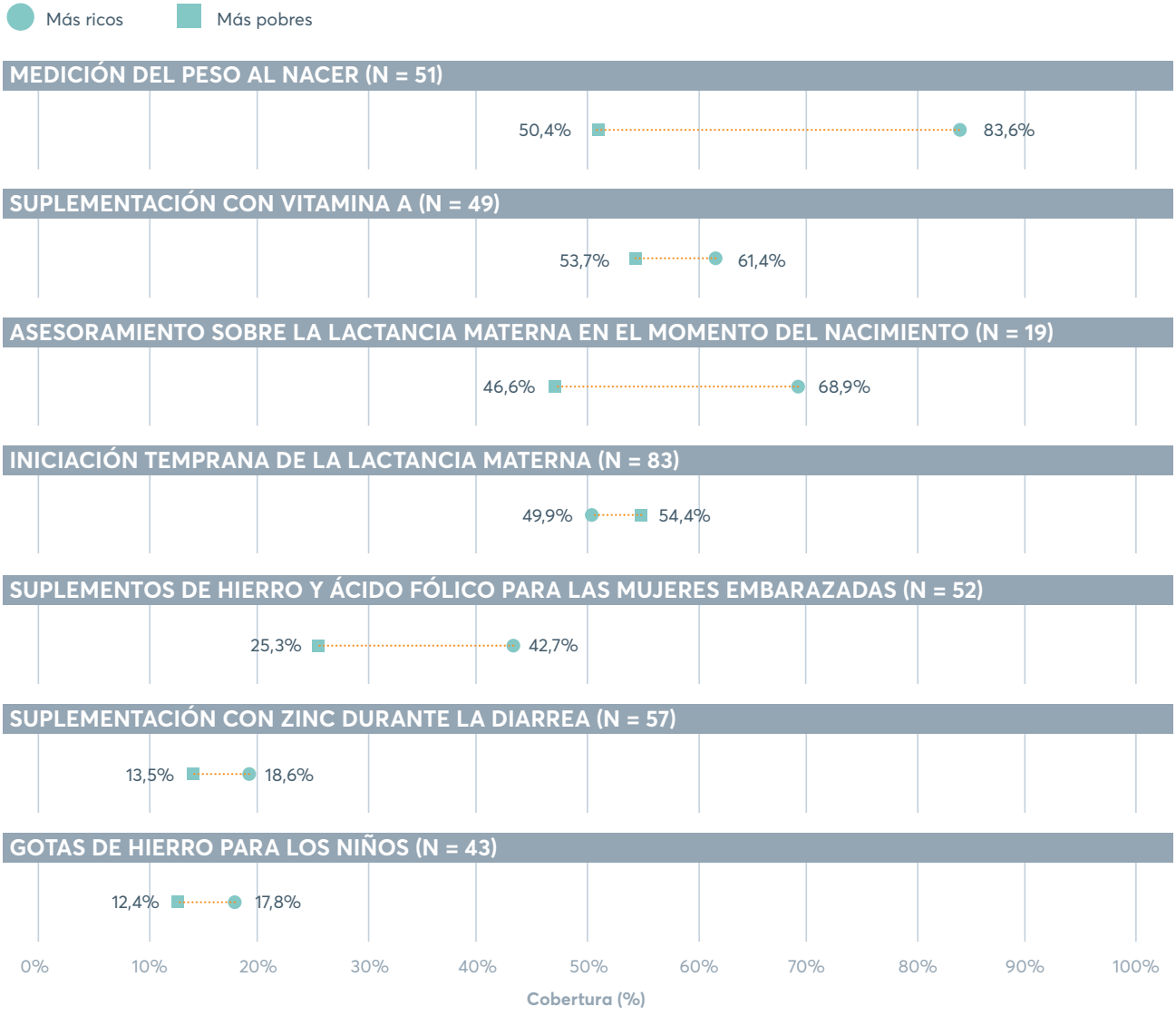
FIGURA 3.5
Cobertura demográfica de las intervenciones seleccionadas en materia de nutrición materna, del lactante y del niño pequeño prestadas en centros de salud



Fuente: Encuestas demográficas y de salud y encuestas de indicadores múltiples por conglomerados publicadas entre 2012 y 2018; se utilizaron los últimos datos disponibles sobre cada país.
Notas: Se entiende por "cobertura" la proporción de personas que reciben una determinada intervención o tratamiento. Los números entre paréntesis corresponden al número total de países que disponen de datos sobre la intervención nutricional específica.

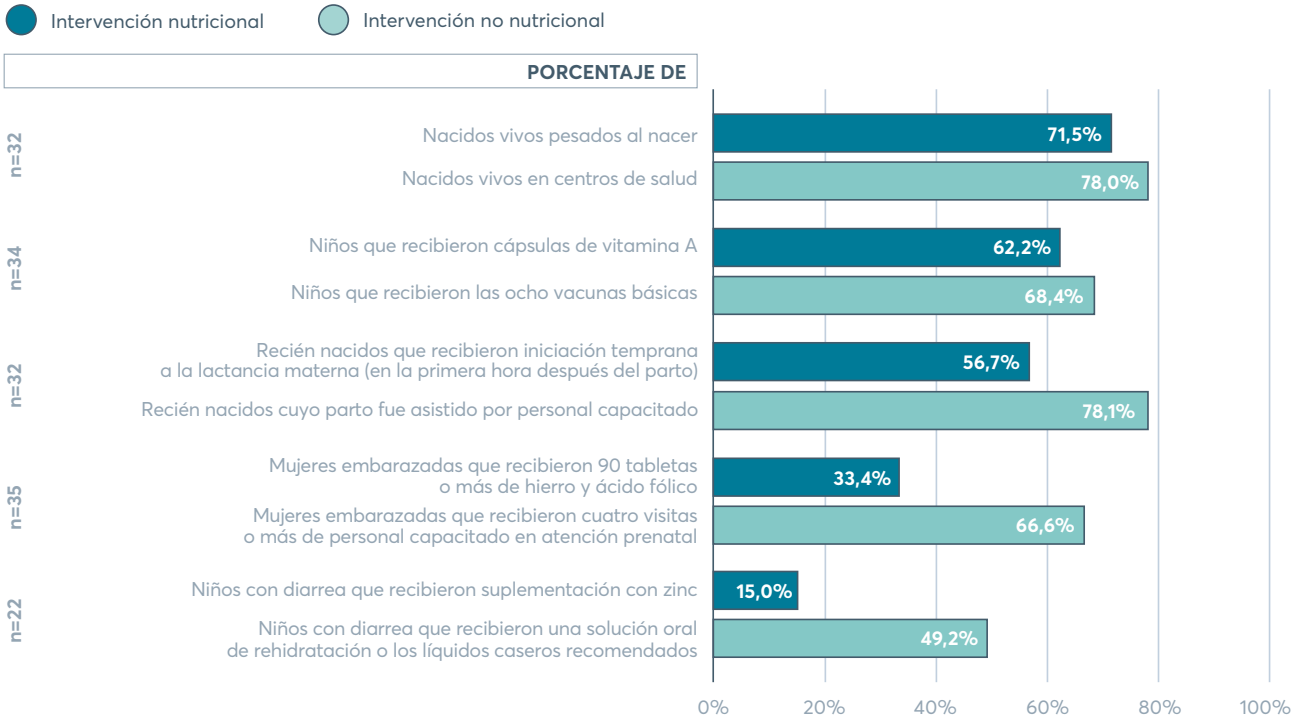
La cobertura de las intervenciones nutricionales en la atención de la salud se sitúa, en general, muy por detrás de la cobertura de los servicios de salud tradicionales (no relacionados con la nutrición). Por ejemplo, en un análisis de 35 países de ingreso bajo en los que se realizan EDS (figura 3.7), la mediana de la cobertura de la suplementación con hierro y ácido fólico durante el embarazo (el 33,4%) fue solo la mitad de la correspondiente a la realización de al menos cuatro visitas de atención prenatal (el 66,6%). Es importante ampliar dichos análisis a otras intervenciones nutricionales y comprender los motivos que podrían estar alimentando las desigualdades en materia de cobertura, ya que en última instancia conducirán a resultados de salud deficientes. La mejora de la observancia y el cumplimiento de las intervenciones nutricionales por parte de los profesionales especializados en nutrición, por ejemplo a través del asesoramiento específico sobre los posibles efectos adversos y su gestión, es esencial para mejorar la prestación de servicios de nutrición.

FIGURA 3.6
Cobertura demográfica de las intervenciones seleccionadas en materia de nutrición materna, del lactante y del niño pequeño prestadas en centros de salud, en función de la riqueza de la población



Fuente: Encuestas demográficas y de salud y encuestas de indicadores múltiples por conglomerados publicadas entre 2012 y 2018; se utilizaron los últimos datos disponibles sobre cada país.
Notas: Se entiende por "cobertura" la proporción de personas que reciben una determinada intervención o tratamiento. Las intervenciones se clasifican según los porcentajes (%) medianos de cobertura de toda la población, como se muestra en la figura 3.5. Según la riqueza, los hogares se clasifican como "pobres" (quintil de riqueza más bajo) y "ricos" (quintil de riqueza más alto) en función de los activos de los que disponen.

FIGURA 3.7
Cobertura demográfica de las intervenciones maternoinfantiles "nutricionales" en comparación con la de las intervenciones "no nutricionales" en 35 países



Fuente: Encuestas demográficas y de salud publicadas entre 2012 y 2018; se utilizaron los últimos datos disponibles sobre cada país.
Nota: Se entiende por "cobertura demográfica" la proporción de personas que reciben una determinada intervención o tratamiento.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, para garantizar la mejora de la alimentación y de los resultados en materia de salud relacionados con esta, la nutrición debe constituir una parte integral de los servicios de salud, en particular para aquellos a quienes esta medida reportaría más beneficios. Las intervenciones de múltiples componentes centradas colectivamente en la nutrición, así como las metas no relacionadas con la nutrición, pueden ser aún más equitativas, eficaces y económicas[71]. Existe la necesidad de una "buena prestación de servicios de nutrición", supervisada y evaluada constantemente en todas las esferas conexas y con un enfoque en la equidad, a fin de que las personas alcancen y mantengan su máximo potencial en materia de salud.

Sistemas de información sanitaria

El acceso a una información nutricional fiable y actualizada es esencial para una variedad de partes interesadas, incluidos los gobiernos, los encargados de la formulación de políticas, los profesionales de la salud y los científicos. Por tanto, es imperativo que la recopilación ordinaria de información (datos) nutricional de calidad se convierta en parte integral de los sistemas gubernamentales de información sanitaria y que se realice un seguimiento de la misma. Los sistemas de información sanitaria dan servicio a múltiples usuarios y presentan diversos propósitos; asimismo, están diseñados para fundamentar la planificación, la gestión y la adopción de decisiones en el sistema de salud, tanto de forma ordinaria como en situaciones de emergencia[72].

Un buen sistema de información sanitaria garantiza la recopilación, el análisis, la difusión y el uso de información sanitaria fiable y oportuna a través de tres funciones fundamentales: la generación de datos individuales en los planos demográfico y de los centros de salud; la capacidad de detectar, investigar, comunicar y contener, en un plazo razonable, riesgos que suponen una amenaza para la salud pública; y la capacidad de compilar, difundir y promover la aplicación de estos conocimientos[73].

La integración de la nutrición en estas funciones es esencial para recopilar y utilizar datos nutricionales de calidad con objeto de evaluar el estado o las necesidades nutricionales individuales o de la población; proporcionar una atención nutricional individual sólida; y diseñar, hacer un seguimiento y evaluar las políticas e intervenciones nutricionales específicas[74]. Es cierto que existen varias lagunas y problemas que obstaculizan el logro de este objetivo, pero también oportunidades.

Los sistemas de información sanitaria utilizan diferentes tipos o fuentes de datos, cada uno de ellos con una finalidad distinta[75], a saber: los datos individuales sobre el perfil del paciente, sus necesidades y su tratamiento (es decir, los registros sanitarios), que constituyen la base de una atención de la salud individualizada y sólida; los datos de los centros de salud (públicos y privados) que documentan o sirven para gestionar las operaciones diarias, como los recursos humanos, los horarios, los equipos o suministros, la facturación o las finanzas, y la cobertura y el desempeño de los servicios y programas; los datos demográficos, empleados para fundamentar la adopción de decisiones en materia de salud pública, y obtenidos sobre todo a través de las encuestas demográficas y de salud nacionales; y la información comunitaria y de las instalaciones de vigilancia de la nutrición, usada principalmente para cubrir servicios urgentes, como enfermedades epidémicas o socorro de emergencia.

La optimización de los registros sanitarios (electrónicos) que se emplearán en la atención nutricional debe ser el primer paso para la prestación de servicios de nutrición de calidad, desde la detección, la evaluación, el diagnóstico, la intervención y el seguimiento hasta la planificación del alta[76]. Los dos principales elementos para lograr esto son el uso de un marco y un lenguaje sistemáticos que faciliten la documentación de la prestación de atención nutricional, como el Proceso de Atención Nutricional[77], y la incorporación de los componentes de este marco en los registros sanitarios de los pacientes. En el último decenio, el Proceso de Atención Nutricional se ha aplicado cada vez más en todo el mundo[78] Sin embargo, las evaluaciones clínicas de la calidad de la alimentación y de la inseguridad alimentaria, así como las herramientas de detección pertinentes, no suelen estar integradas o normalizadas de forma plena en los registros sanitarios[79]. Asimismo, los datos de los centros de salud raras veces están optimizados para documentar la cobertura y el desempeño de los programas de nutrición preventivos o curativos, y no necesariamente son representativos de los servicios disponibles para la población general[80]. Esta situación está limitando la capacidad de prestar una atención nutricional personalizada —en particular a quienes más la necesitan[81]— y restando eficiencia a la gestión del tiempo de los profesionales de la salud[82]. La incorporación de dichas evaluaciones en los registros sanitarios ordinarios (idealmente electrónicos) y en la atención habitual agilizaría la integración de la nutrición en la atención de la salud y podría reducir las cargas sanitarias y económicas[83].

Los datos nutricionales de la población son fundamentales para el diagnóstico del problema, la supervisión, la planificación, la evaluación y el seguimiento en el plano demográfico. Una importante fuente de estos datos son las encuestas de salud y nutrición a gran escala y nacionalmente representativas que evalúan de manera colectiva el estado nutricional y de salud de la población. Lo ideal sería que los datos se recopilasen en el plano individual, mediante herramientas y métodos de evaluación normalizados, y de manera sistemática, coherente y comparable[84]. Además, dichos datos deben prestarse al desglose y el análisis en función de las principales características demográficas, como el sexo, la edad, la etnia, la riqueza, la situación migratoria, la discapacidad, la ubicación geográfica y otras características pertinentes para el contexto nacional. Para detectar las desigualdades en el estado nutricional de diferentes grupos de población y fundamentar el diseño y la aplicación de intervenciones equitativas en materia de nutrición, es esencial contar con datos detallados. Entre los ejemplos de estas encuestas de salud y nutrición a gran escala se cuentan la Encuesta Nacional de Examen de la Salud y la Nutrición (Estados Unidos)[85] y la Encuesta Nacional sobre Alimentación y Nutrición (Reino Unido)[86], las cuales, aunque exhaustivas y detalladas, posiblemente no resulten factibles en países de ingreso bajo debido a una serie de problemas, como su coste[87].

Los países de ingreso bajo o bien disponen de pocos datos en materia de nutrición o bien carecen de ellos. En estos entornos, los datos poblacionales sobre nutrición proceden principalmente de encuestas nacionales sobre el consumo y gasto de los hogares, que no recogen la ingesta de alimentos individual, lo que impide la evaluación de las diferencias sociodemográficas; encuestas demográficas y de salud[88] o encuestas de indicadores múltiples por conglomerados[89], relativamente poco frecuentes (se llevan a cabo aproximadamente cada tres años)[90]; encuestas esporádicas a pequeña escala en submuestras de población, las cuales son poco generalizables; y datos nutricionales procedentes de las comunidades o los centros de salud y empleados para acometer cuestiones importantes de salud pública (como la carencia de micronutrientes y la suplementación con ellos, las prácticas de alimentación de los lactantes y los niños pequeños, y los indicadores antropométricos o del crecimiento)[91] o fundamentar la toma de decisiones en situaciones de emergencia[92].

Estas fuentes no suelen recopilar datos sobre otros indicadores importantes de la nutrición, como la ingesta de alimentos individual, los biomarcadores, muchos otros indicadores antropométricos, los resultados relacionados en materia de salud, la suplementación con nutrientes durante el embarazo, el acceso al agua potable, las prácticas de saneamiento e higiene u otros indicadores empleados para dar seguimiento a la cobertura y la calidad de las medidas nutricionales preventivas o curativas[93]. Un reciente mapeo de los componentes de la nutrición incluidos en los sistemas de información sanitaria de 57 países del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN) mostró que los sistemas por lo general examinan la suplementación con vitamina A (48), seguida del asesoramiento sobre la lactancia materna en la atención prenatal (33) y la gestión de la malnutrición aguda (32)[94]. Solo 18 países de datos recopilan sistemáticamente datos sobre la suplementación con hierro y ácido fólico durante el embarazo.

Necesitamos mecanismos para agilizar y mejorar la recopilación, el uso y la integración ordinarios de datos sobre nutrición de calidad en entornos de ingreso bajo. Es importante aprovechar las infraestructuras y los recursos existentes para aumentar la capacidad y mejorar la metodología y las herramientas de evaluación de la nutrición. Esto también presenta una oportunidad para la innovación, dado el rápido aumento de la disponibilidad y la aplicación de plataformas móviles y otras tecnologías en los países de ingreso alto[95]. El proyecto de expansión de datos sobre alimentación internacionales (INDDEX) tiene el objetivo de hacer frente a los impedimentos que obstaculizan la recopilación de datos de calidad sobre la alimentación y ampliar la capacidad en la materia en los países de ingreso bajo mediante el desarrollo y la validación de tecnologías normalizadas e integradas de recopilación y procesamiento de datos sobre la alimentación individual[96]. La iniciativa de Plataformas Nacionales de Información sobre Nutrición (NIPN) ayuda a los países de ingreso bajo a fortalecer sus sistemas de información nutricional y mejorar el análisis de datos a fin de prevenir la malnutrición de manera más eficiente[97]. La iniciativa de transformación de los datos para fundamentar las decisiones de ampliar la nutrición (DataDENT) tiene por objeto transformar la disponibilidad y el uso de los datos sobre nutrición mediante la eliminación de las lagunas que existen en las evaluaciones de la nutrición y la promoción de sistemas de datos sobre nutrición más sólidos[98].

La optimización de la recopilación, la calidad, la disponibilidad y la accesibilidad de los datos sobre la nutrición de la población en todo el mundo y la integración de estos en los sistemas de información sanitaria constituirían un importante avance y un activo de incalculable valor para la salud pública. El Perú y Guatemala son dos ejemplos de países de ingreso mediano que han logrado crear sistemas de información sanitaria que integran información sobre la nutrición; además, los actualizan anualmente[99]. Actualmente, varios países de ingreso bajo están creando sus propios sistemas de información sobre la nutrición[100].

Ahora es más importante que nunca invertir en la integración exhaustiva de la nutrición en los sistemas de información sanitaria. Esto garantizará la solidez de la prestación de atención nutricional específica, la identificación oportuna de las personas más expuestas a riesgos nutricionales, la respuesta más rápida posible en situaciones de emergencias, una mayor rendición de cuentas, la fundamentación del diseño de las políticas y las iniciativas de prevención, y la gestión eficiente y eficaz de los recursos financieros, humanos y de otros tipos. El establecimiento de sistemas integrales de información sanitaria y nutricional es una empresa compleja, pero factible. Si se logra, estos sistemas reportarán múltiples beneficios a la salud pública.

MEDIDAS RECOMENDADAS

- **La atención nutricional, tanto preventiva como curativa, debe integrarse plenamente en los planes nacionales del sector de la salud, con el apoyo de un enfoque multisectorial más sólido. Los servicios de nutrición esenciales deben formar parte del paquete estándar de servicios sanitarios disponibles, y el acceso a ellos debe ser universal.**

- **Es necesario aumentar el número de profesionales de la nutrición cualificados para fomentar la atención nutricional de calidad. Los trabajadores de primera línea que participan en la prestación de servicios de nutrición deben contar con capacitación previa al servicio y durante este, así como los medios y la motivación requeridos para ejercer la posición que se les ha asignado.**

- **Es necesario elaborar planes nutricionales presupuestados y en consonancia con los planes de financiación de la atención sanitaria. Se debe ampliar y mantener la financiación de la atención nutricional para que todos puedan desarrollar y mantener una alimentación y un estilo de vida lo más saludables posible.**

- **Los productos nutricionales, como los alimentos terapéuticos listos para el consumo, deben ser asequibles y fáciles de obtener. Las soluciones tecnológicas innovadoras, como el asesoramiento remoto y las aplicaciones web, pueden facilitar el acceso a servicios de nutrición de calidad, sobre todo para aquellos a los que es más difícil llegar.**

- **Los servicios de nutrición integrados en los sistemas de salud deben controlarse y evaluarse periódicamente para evitar las desigualdades en su prestación, cobertura y acceso.**

- **La optimización de los registros sanitarios empleados en la atención nutricional es fundamental para lograr unos servicios nutricionales sólidos e identificar a las personas que más los necesitan. Los sistemas públicos de información sanitaria deben incorporar la recopilación, el análisis y la difusión de datos desglosados de calidad sobre la nutrición, para fundamentar el diseño y la aplicación de intervenciones nutricionales equitativas.**

04

Sistemas alimentarios y equidad nutricional

2009. Kokoda, Papua Nueva Guinea.
Una enfermera cuelga un cartel en una aldea cercana a Kokoda.
Fotografía: Roger Wheatley, AusAID.

PUNTOS CLAVE

1. Entre los principales factores que impulsan las desigualdades en materia de alimentación y nutrición se incluyen los desequilibrios en los sistemas alimentarios; estos pueden restringir el acceso a una alimentación saludable o promover dietas de baja calidad.

2. Los sistemas alimentarios deben trascender su estrecho enfoque en la ingesta de energía; reducir el predominio de la producción de cereales (maíz, arroz y trigo); y aumentar la disponibilidad de alimentos saludables, como frutas y verduras, frutos secos y granos integrales.

3. Los consumidores toman decisiones alimentarias en un entorno que para muchos no es equitativo, teniendo en cuenta el acceso físico, la asequibilidad, los destinatarios de la publicidad, y la comercialización y la calidad de los alimentos.

4. Las causas detrás de las desigualdades en los sistemas alimentarios están interconectadas, lo cual requiere una respuesta integrada a escala mundial, nacional y local que aúna las capacidades de múltiples sectores.

5. Un enfoque sensible a la equidad de los sistemas alimentarios que suministre una alimentación saludable procuraría reducir las inequidades y se ocuparía directamente de las cuestiones de la disponibilidad, la accesibilidad y el precio de los alimentos en los entornos alimentarios locales.

6. La lucha contra las desigualdades en los sistemas alimentarios consiste, en última instancia, en combatir los desequilibrios de poder: amplificar la voz de los excluidos y exigir a los poderosos que rindan cuentas.

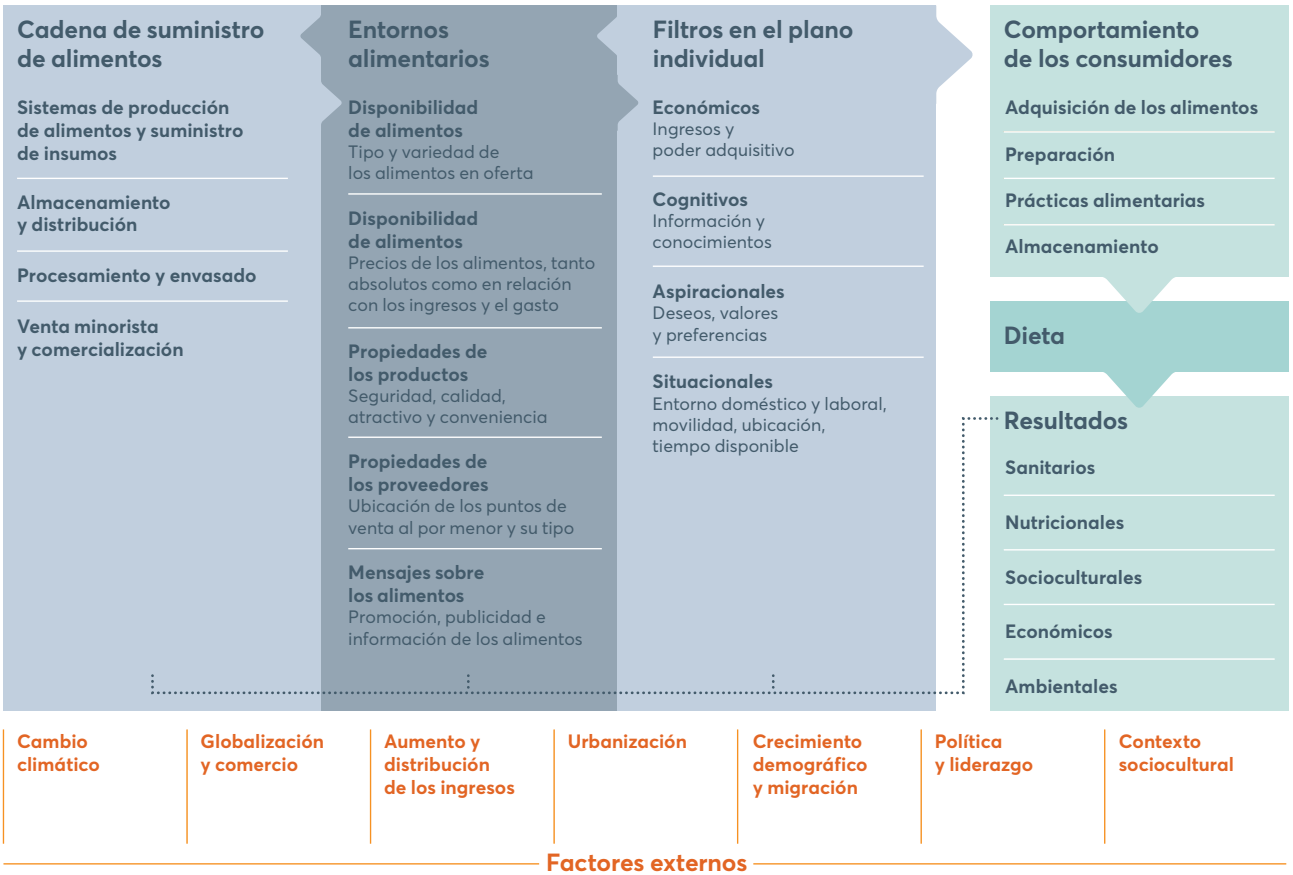
Introducción

Un sistema alimentario reúne todos los elementos (el entorno, las personas, los insumos, los procesos, las infraestructuras, las instituciones, etc.) y actividades relativos a la producción, el procesamiento, la distribución, la preparación y el consumo de alimentos, así como los productos de estas actividades, incluidos los resultados socioeconómicos y ambientales[1].

Entre los componentes del sistema alimentario se cuentan las cadenas de suministro de alimentos, los, entornos alimentarios, el comportamiento de los consumidores y factores externos (figura 4.1). Estos elementos son interdependientes e influyen colectivamente en la dieta y en resultados más amplios, como la nutrición y la salud.

Debido a la urbanización, la globalización y la liberalización del comercio, los sistemas alimentarios están cambiando rápidamente. Los entornos alimentarios están conectados a escala mundial, y las cadenas de suministro son más largas y complejas. Estos cambios tienen enormes consecuencias en el estado nutricional de las poblaciones. La forma en que las personas acceden a los alimentos, el tipo de alimentos que compran, los hábitos de consumo y el simbolismo cultural de la comida y la alimentación también conforman los sistemas alimentarios.

FIGURE 4.1
Marco de los sistemas alimentarios



Fuente: Adaptado de Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición (2017), "Nutrition and food systems. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security", Roma.

El término "entornos alimentarios" se refiere a los contextos físicos, económicos, políticos y socioculturales en los que los consumidores interactúan con el sistema alimentario para tomar sus decisiones sobre la adquisición, la preparación y el consumo de alimentos. Dichos entornos constituyen el nexo entre los sistemas de oferta y los de demanda; asimismo, influyen en las cadenas de suministro de alimentos y sus funciones, y en la variedad y calidad de la alimentación individual a través de diversos factores. Determinan los tipos de alimentos disponibles en un momento dado, el acceso físico a ellos por parte del consumidor, la asequibilidad, la promoción de los alimentos, la publicidad y la información en la materia, la calidad de los alimentos y la seguridad alimentaria.

La desigualdad en los procesos influye en cada componente del sistema alimentario y, por tanto, genera resultados desiguales que van desde la escasa disponibilidad y asequibilidad hasta una sobreabundancia de alimentos de baja calidad nutricional y la falta de acceso a alimentos saludables. Las desigualdades en los entornos alimentarios pueden, por sí solas, resultar determinantes para las poblaciones, debido al papel fundamental que desempeñan dichos entornos en los resultados de la nutrición como determinantes subyacentes (figura 4.1). La lucha contra las desigualdades en el entorno alimentario podría mitigar el impacto en los resultados nutricionales de los sistemas alimentarios. Las desigualdades que existen en estos limitan el acceso de algunas personas a una alimentación saludable, lo que da lugar a resultados de la nutrición desiguales y a la malnutrición en todas sus formas. El entorno alimentario merece, por tanto, que se le preste una atención especial. En este capítulo se propone un enfoque en las desigualdades de los entornos alimentarios a fin de poner de relieve las soluciones que se perfilan y proponer medidas concretas.

Las desigualdades de los sistemas alimentarios

Disponibilidad de alimentos

El término "disponibilidad de alimentos" se refiere al tipo de alimentos que se ofrecen y su diversidad, lo cual depende de los sistemas de producción de alimentos[2]. Para que la producción de alimentos permita una alimentación de calidad, diversa, segura y saludable es necesario tener en cuenta cuestiones como el acceso al agua y la tierra, las pérdidas de alimentos en las explotaciones agrícolas, la pérdida de la biodiversidad de especies y variedades de alimentos, y los alimentos tradicionales o autóctonos marginados[3]. La agricultura mundial se ha centrado en gran medida en los cereales básicos y los aceites de semillas, lo cual no se ajusta a la mayoría de las directrices dietéticas nacionales sobre los alimentos[4]. Esta priorización crea desigualdades en la producción de alimentos que no son básicos y, por lo tanto, un desequilibrio en la disponibilidad.

El caso destacado 4.1 muestra que prácticamente todo el aumento de la energía de los alimentos (calorías) registrado entre 1970 y 2010 se explica por los cultivos no considerados básicos, que, en términos relativos, son más ricos en nutrientes. La proporción de calorías procedentes de azúcares y edulcorantes ha disminuido desde 1970. Esta tendencia positiva pone de manifiesto la necesidad de adoptar un enfoque de políticas y de investigación y desarrollo más equilibrado en lo relativo a los cultivos no básicos, a fin de ayudar a los productores a diversificarlos. Esto, a su vez, podría aumentar la diversidad de los cultivos que contribuyen a componer una dieta equilibrada y saludable.

Los recursos naturales, los ecosistemas y el cambio climático influyen asimismo en la producción de alimentos y, a su vez, en la cantidad y la calidad de los alimentos disponibles para los consumidores. Al mismo tiempo, las decisiones y la demanda de los consumidores influyen en el tipo de alimentos que se producen y, por tanto, pueden aumentar la presión sobre los ecosistemas y contribuir al cambio climático.

La figura 4.3 muestra que los alimentos de origen animal tienen un impacto considerable en los gases de efecto invernadero. La producción de cereales básicos (el 60% de los cuales se utilizan como forraje para animales)[5], frutas y verduras también genera tensión ambiental, al igual que el uso intensivo de las tierras de cultivo y el agua dulce. Además, la aplicación de fertilizantes de nitrógeno y fósforo puede perjudicar la calidad de los alimentos. Las prácticas de producción y consumo afectan a numerosas personas que viven en países de ingreso bajo, no disponen de recursos para adaptarse con suficiente rapidez a los cambios ambientales y cuyas posibilidades de acceder a alimentos saludables son limitadas[6]. Entre la demanda y la oferta, un entorno alimentario bien regulado —con particular atención al impacto ambiental, la gestión de los ecosistemas y el efecto sobre el cambio climático— brinda la oportunidad de lograr que la disponibilidad y la accesibilidad de los alimentos sean más equitativas para todos, así como de reducir la desigualdad de los resultados de la nutrición.

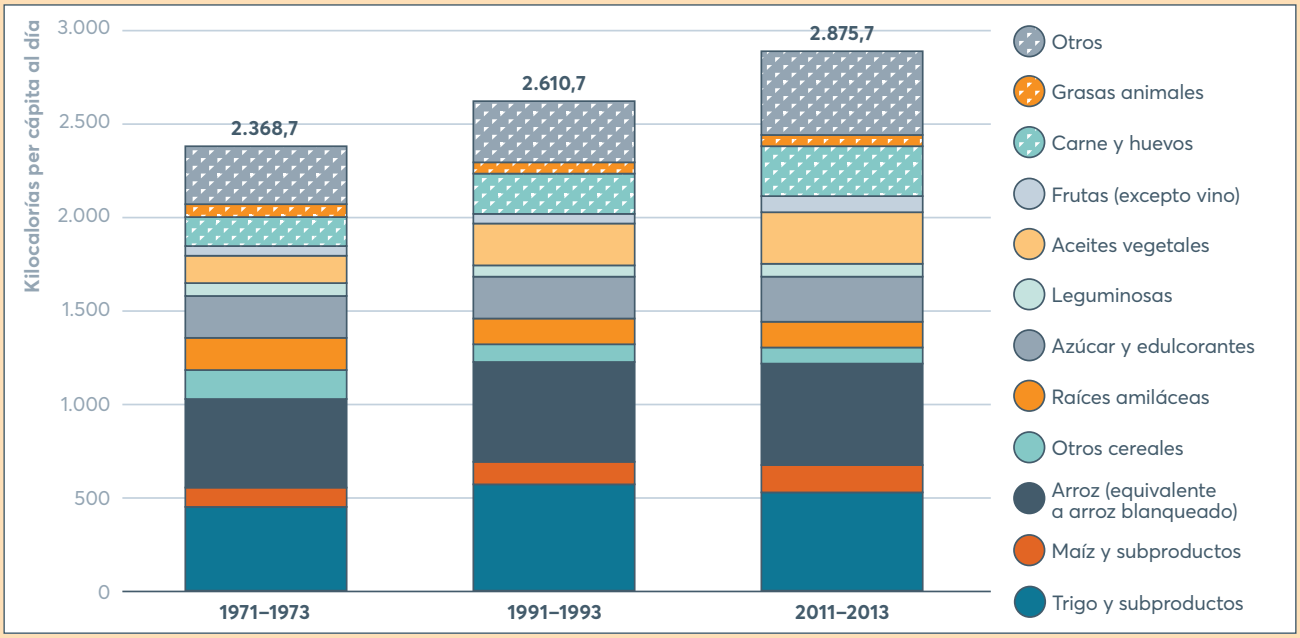
CASO DESTACADO 4.1

Hacia un sistema agroalimentario más diversificado, más allá de los cereales básicos

Prabhu Pingali

Existe una desconexión entre la política agrícola y los retos nutricionales contemporáneos. La política agrícola ha respondido de forma lenta a los persistentes problemas de la insuficiencia de micronutrientes y el retraso del crecimiento en la infancia, así como a los nuevos desafíos que plantean el sobrepeso y la obesidad[7]. La política agrícola está muy sesgada, ya que se centra en mejorar la productividad de cereales básicos, especialmente los principales —arroz, trigo y maíz—, y no considera adecuadamente las necesidades en materia de diversidad alimentaria. La figura 4.2 muestra que el consumo total de calorías por persona y día ha aumentado con el tiempo, pero la proporción de calorías procedentes de cereales básicos ha disminuido en relación con el consumo calórico total. También pone de manifiesto que la cantidad absoluta de calorías procedentes de cereales básicos ha disminuido desde la década de 1990.

FIGURA 4.2
Promedio de la ingesta mundial de energía por grupo de alimentos, 1971-2013

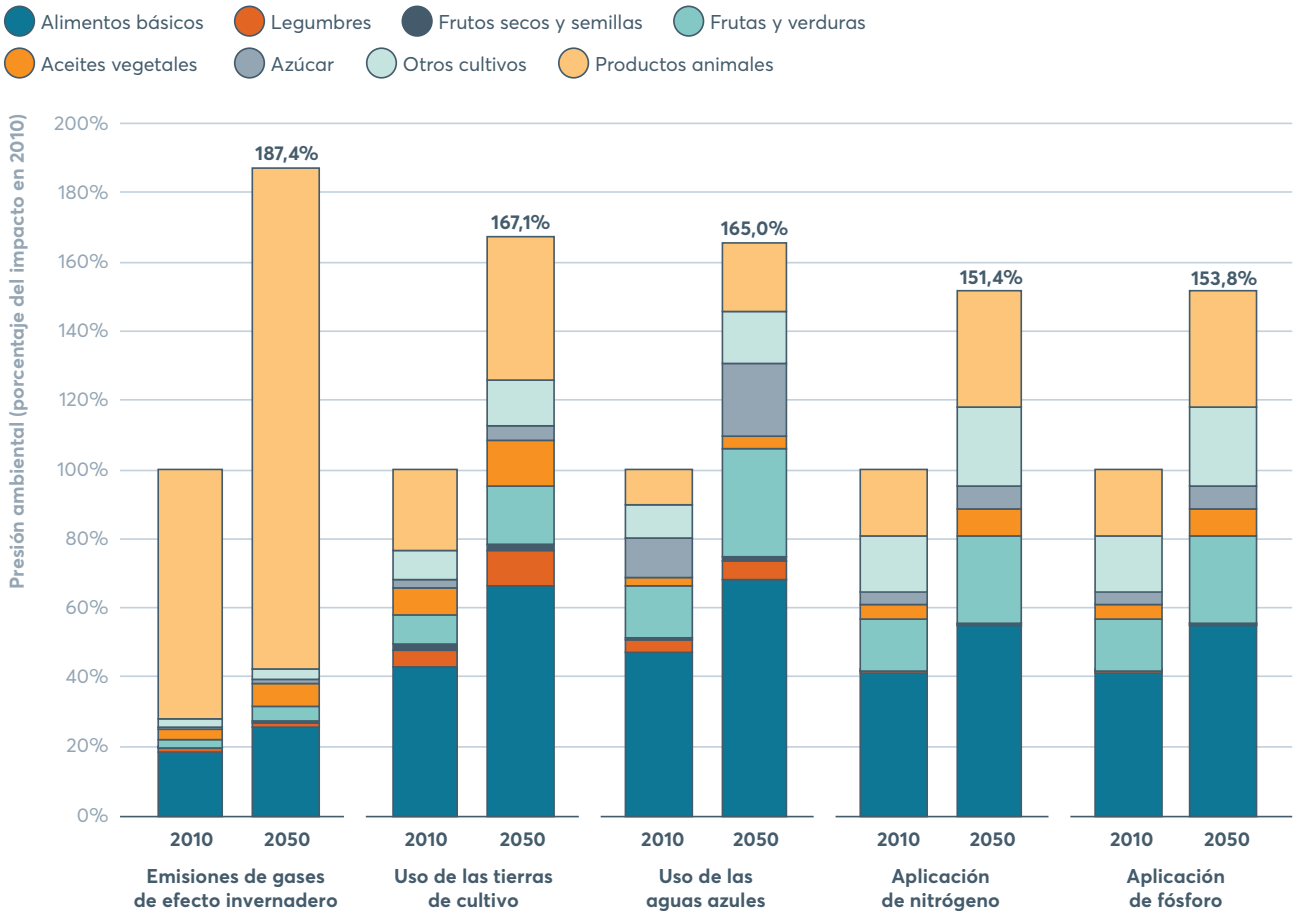


Fuente: Prabhu Pingali, 2015. "Agricultural policy and nutrition outcomes – getting beyond the preoccupation with staple grains". *Food Security*, 7, págs. 583 a 591.

La financiación destinada por los donantes a la investigación y el desarrollo ha dado prioridad a los principales alimentos básicos a costa de cultivos más nutritivos y el ganado. El Consorcio de Centros Internacionales de Investigación Agrícola[8], por ejemplo, ha asignado tradicionalmente la mayor parte de su presupuesto de investigación en materia de productos básicos a los principales alimentos básicos, y lo aumentó tras la crisis de los precios de los alimentos de 2008[9]. El resto de la financiación ha de compartirse entre quince cultivos, el ganado, la pesca y los árboles. Las inversiones en investigación y desarrollo deben dar prioridad a alimentos básicos relegados, como el sorgo, el mijo y los tubérculos tropicales. Estas inversiones podrían proporcionar nuevas oportunidades de crecimiento en lugares en los que las condiciones agrícolas no son las ideales. Estas oportunidades harían que la producción de alimentos saludables resultara más atractiva para los productores y, por tanto, mejorarían la disponibilidad de alimentos más nutritivos, especialmente para la población rural pobre[10].

El escaso desarrollo de la infraestructura de mercado y el gran número de pequeños productores generan elevados costes de transacción (derivados de la negociación, la gestión, el control y la intermediación) en lo referente a su integración en las cadenas de valor de alimentos frescos y ganado. Esta situación ha desalentado a los pequeños productores a la hora de diversificar sus sistemas de producción y, dada la relación demostrada entre la producción de alimentos y la variedad de la alimentación, afecta a la composición de la dieta[11]. Las inversiones en sistemas de transporte, cadenas de refrigeración (instalaciones de almacenamiento y transporte a temperatura controlada) y la mejora de la conectividad permiten un mejor funcionamiento de los mercados de productos perecederos. Las intervenciones institucionales, como las organizaciones de productores (organizaciones rurales formales cuyos miembros se organizan con el objetivo de aumentar sus ingresos mediante la mejora de la producción, la comercialización y las actividades locales de procesamiento), contribuyen a reducir los costes de transacción y establecen vínculos de mercado para los pequeños productores. Una perspectiva holística de la política agrícola requeriría que los gobiernos dirigieran la mirada más allá de los principales alimentos básicos, a fin de garantizar la disponibilidad y el acceso a una canasta de productos alimentarios más amplia y saludable.

FIGURA 4.3
Impacto de los diferentes grupos de alimentos en el entorno



Fuente: Springmann *et al.*, 2018[12].
Nota: Aguas azules = agua dulce de los arroyos, ríos, lagos y acuíferos.

El acceso físico de las personas a diversos tipos de alimentos en un entorno alimentario determinado depende de cuatro tipos de fuentes de alimentos: el derecho derivado de la producción (el cultivo de alimentos); el derecho al producto del comercio (la compra de alimentos); el derecho al producto del trabajo propio (el trabajo a cambio de alimentos); y los derechos sucesorios y de propiedad (recibir alimentos de otros).

Las condiciones geográficas y la falta de infraestructuras adecuadas pueden limitar la disponibilidad y la distribución de los alimentos, sobre todo en el caso de alimentos perecederos, en contextos de ingreso bajo y zonas rurales en las que las condiciones de las viviendas a menudo son inadecuadas para garantizar la salubridad y la seguridad de los alimentos. Entre los principales factores que influyen en el acceso se cuentan la movilidad (la distancia a los puntos de entrada de los alimentos y los medios de transporte disponibles); la salud; el poder adquisitivo y los precios relativos de los alimentos; el acceso a tierras de un tamaño y una calidad adecuados; los insumos, las tecnologías y los servicios agrícolas; el tiempo, las instalaciones y los equipos disponibles para la preparación de alimentos; los conocimientos y competencias. Las desigualdades en el acceso a los alimentos para la población rural, pobre y geográficamente aislada limitan el acceso a cantidades suficientes de alimentos saludables[13].

El suministro desigual de infraestructuras básicas como la vivienda, el saneamiento, la energía y el transporte aumenta la vulnerabilidad de la población a la malnutrición. Cuando las infraestructuras se encuentran en situaciones de total peligro, como en el caso de los conflictos, puede producirse una interrupción en la disponibilidad de alimentos y en el acceso a ellos. En estos contextos, resulta extremadamente difícil no solo acceder a alimentos variados y saludables, sino incluso a la cantidad suficiente para satisfacer la ingesta de calorías recomendada.

Asequibilidad de los alimentos

Para que los consumidores puedan comprar y consumir alimentos saludables que estén disponibles en su entorno alimentario, estos deben ser asequibles. Los alimentos ricos en nutrientes —por ejemplo, los de origen animal, las frutas y las verduras— no son asequibles para los grupos de población más vulnerables. Tanto los precios como su volatilidad afectan al poder adquisitivo, el bienestar, la seguridad alimentaria y la nutrición de los hogares[14].

Una dieta saludable incluye alimentos frescos, los cuales son más perecederos y por consiguiente requieren cadenas de refrigeración o cadenas de suministro de menor distancia, tal y como se expone en el caso destacado 4.2. Gran parte de los alimentos de bajo precio disponibles son altamente procesados y poco saludables[15]. Para garantizar un entorno alimentario justo para todos, es esencial que los alimentos saludables sean asequibles. Una posible vía para aumentar la asequibilidad y el acceso a los alimentos saludables es aumentar la producción y el consumo locales de alimentos frescos a través de programas específicos de apoyo a los ingresos, asistencia nutricional y desarrollo agrícola, lo que fomenta que los agricultores diversifiquen los cultivos que producen y los alimentos que consumen.

CASO DESTACADO 4.2

El elevado precio de los alimentos nutritivos en los países más pobres

Derek Headey

La alimentación inadecuada durante el embarazo y la primera infancia son una de las principales causas de desnutrición en los primeros años de vida, la cual se manifiesta en el compromiso del crecimiento físico y el desarrollo cerebral. Pero, ¿por qué son las dietas —incluidas las de los lactantes y los niños pequeños— tan inadecuadas en los países menos desarrollados?

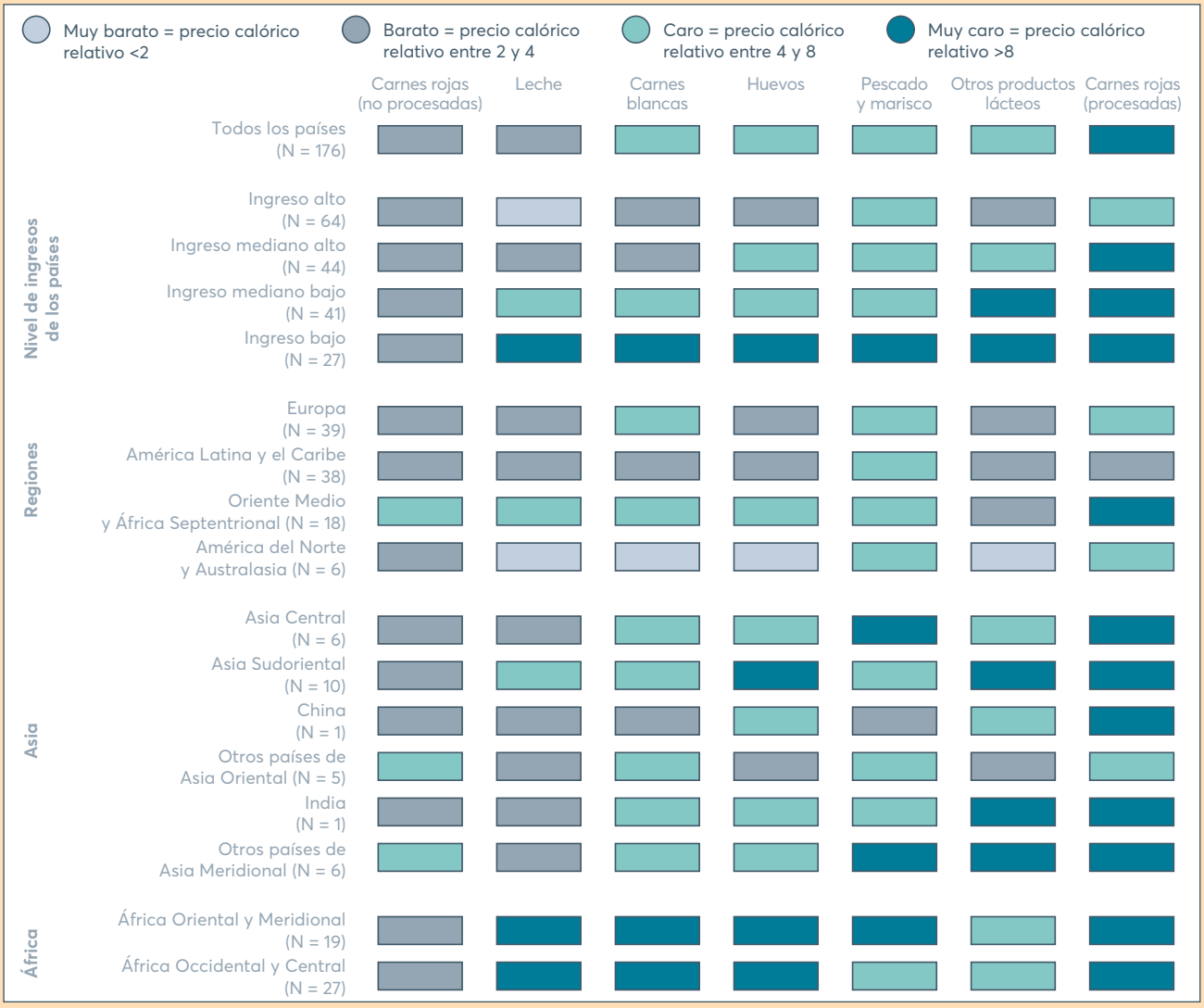
Un estudio reciente sugiere que la falta de asequibilidad de los alimentos nutritivos posiblemente represente una limitación más grave de lo que se suele pensar. El estudio calculó el "precio calórico relativo" —que mide el coste de una caloría de un alimento dado (por ejemplo, las calorías del huevo) en relación con el de una caloría de un alimento básico (por ejemplo, el arroz)— de 657 alimentos en 176 países. Conceptualmente, los precios calóricos relativos reflejan el coste de diversificar la alimentación y reemplazar los alimentos básicos amiláceos de los que los pobres dependen. También tienen la ventaja de ser independientes de la moneda, lo que permite hacer comparaciones internacionales de forma relativamente sencilla.

Los autores concluyeron que los alimentos ricos en nutrientes suelen ser fuentes muy caras de calorías en comparación con los alimentos básicos (figura 4.4). En Burkina Faso, por ejemplo, las calorías del huevo son alrededor de 15 veces más caras que las procedentes de alimentos básicos amiláceos, como el maíz, el arroz y el sorgo, mientras que en los Estados Unidos son solo 1,9 veces más caras que las de los principales alimentos básicos[16]. En África Subsahariana, el precio de los huevos, la leche fresca y los cereales infantiles fortificados es prohibitivo para los pobres, aunque el pescado es relativamente asequible en África Occidental y Central. Los lácteos son bastante baratos en la India, y el pescado es relativamente asequible en Asia Sudoriental.

Un análisis similar centrado en las frutas y verduras frescas muestra que la situación de estos alimentos presenta más matices. Las verduras de hoja verde no son densas en calorías y, por tanto, son caras (dado el gran volumen que ha de consumirse para obtener suficientes calorías) en casi todas partes. Las frutas y verduras ricas en vitamina A suelen ser bastante caras, pero otras tienen un precio moderado, y las legumbres constituyen una fuente de calorías relativamente económica en la mayoría de las regiones[17].

El elevado coste de muchos alimentos ricos en nutrientes en las poblaciones con mayor riesgo de desnutrición constituye un obstáculo importante a la hora de erradicar este problema y exige que las políticas le presten atención urgentemente. Uno de los principales objetivos de las políticas alimentarias favorables a la equidad y enfocadas a la nutrición debería ser mejorar la asequibilidad de los alimentos ricos en nutrientes, tanto en el conjunto de la economía como para los hogares más pobres. En el plano de la economía en general, esto puede lograrse si se reducen los precios a través de la mejora de las políticas agrícolas y comerciales. En el caso de los hogares más pobres, la asequibilidad podría incrementarse mediante programas específicos de apoyo a los ingresos, asistencia nutricional y desarrollo agrícola que fomenten la diversificación y el consumo de los alimentos producidos en el hogar. La importancia fundamental de proporcionar alimentos ricos en nutrientes a los lactantes, los niños pequeños y las mujeres embarazadas y lactantes también justifica los esfuerzos para mejorar los conocimientos nutricionales de los cuidadores del presente y el futuro.

FIGURA 4.4
Matriz cromática de los precios calóricos relativos de los alimentos de origen animal en 176 países, 2011



Fuente: Estimaciones obtenidas a partir de los datos descritos en Headey y Alderman, 2019[18].
Nota: Las estadísticas presentadas representan medias ponderadas de la población de los precios calóricos relativos para cada grupo de ingresos o regional, agrupados por niveles de ingresos y regiones principales del Banco Mundial; estas se presentan coloreadas de acuerdo con las categorías descritas en la leyenda.

Propiedades de los productos y los proveedores

El término "propiedades de los productos" se refiere a la seguridad, la calidad y el atractivo de los alimentos disponibles en el entorno alimentario. El término "propiedades de los proveedores" alude al tipo de punto de venta al por menor y su ubicación. La forma en que las personas acceden a los alimentos, los preparan y los consumen está cambiando rápidamente, y depende de los alimentos a disposición de los consumidores. Los alimentos envasados y procesados constituyen ahora una parte importante de la alimentación de muchas personas de todo el mundo, y la mayoría de ellos no se ajustan a la definición de "alimentación saludable" de la Organización Mundial de la Salud (OMS)[19]. Como se señaló en el anterior *Informe de la Nutrición Mundial*, Europa, América del Norte y Oceanía adquieren los mayores volúmenes de alimentos envasados, aunque el aumento de las ventas se ha estancado o está en declive. Por el contrario, en Asia y África se está registrando un incremento considerable en las ventas de alimentos envasados. El caso destacado 4.3 muestra las ventas de alimentos procesados y bebidas azucaradas en función de las categorías de países según sus ingresos. El crecimiento en las ventas de estos alimentos y bebidas es importante en los países de ingreso mediano y bajo.

CASO DESTACADO 4.3

Tendencias y patrones mundiales en las ventas de alimentos y bebidas procesados

Phillip Baker, Priscila Machado, Kate Sievert, Kathryn Backholer, Colin Bell y Mark Lawrence

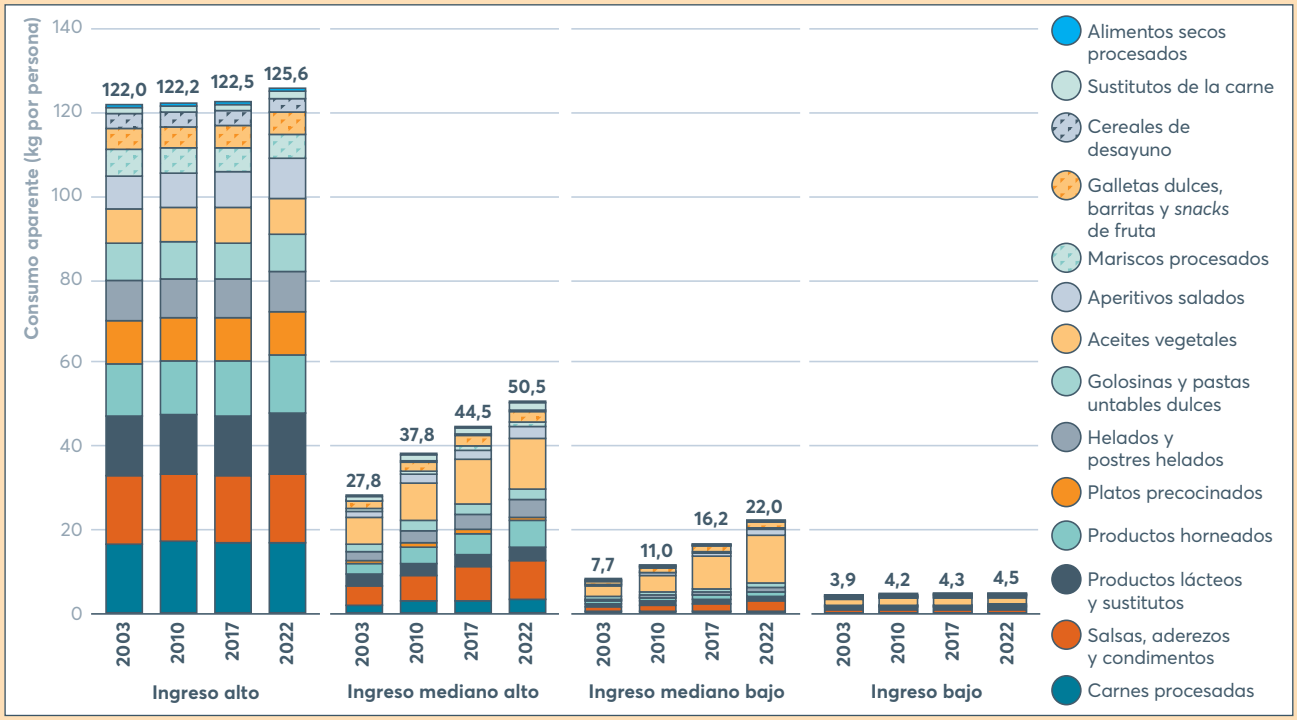
Los alimentos procesados, y especialmente los "ultraprocesados" —por ejemplo, aperitivos salados, carnes procesadas, bebidas azucaradas, dulces, postres helados, cereales para el desayuno y productos lácteos— constituyen ahora una parte importante de la alimentación en todo el mundo. Son fáciles de conseguir, baratos y ampliamente publicitados. Con frecuencia tienen un elevado contenido de azúcares añadidos, grasas trans y sal, además de un bajo contenido de fibra y poca densidad nutricional. Son la fuente principal de energía procedente de la alimentación en numerosos países de ingreso alto, y desempeñan un papel cada vez más importante en la transición nutricional que está teniendo lugar en los países que experimentan un proceso de cambio económico y social rápido.

Sin embargo, aún existen relativamente pocos datos sobre el papel de los alimentos procesados y las bebidas azucaradas en la alimentación, sobre todo en los países de ingreso mediano y bajo, a menudo debido a la ausencia de estas categorías en las encuestas alimentarias y de salud. En su lugar, con frecuencia se utilizan los datos sobre las ventas de la industria para arrojar luz sobre la forma en que la adquisición de estos productos está cambiando en todo el mundo. Los datos sobre las ventas aportados por Euromonitor International revelan los patrones de compra en todo el mundo y las diferencias entre países en diferentes etapas de transición económica y social. Las ventas están aumentando ligeramente o disminuyendo en muchos países de ingreso alto, pero creciendo rápidamente en los países de ingreso mediano alto y mediano bajo.

Existen diferencias notables en los tipos de alimentos y bebidas que se adquieren en los distintos países. En los países de ingreso alto, se compra una mayor diversidad de tipos de alimentos procesados en comparación con otras regiones. No obstante, se registra un gran aumento en las compras de alimentos procesados y precocinados, como aperitivos salados, galletas dulces, *snacks* de fruta, productos horneados, carnes procesadas y sustitutos de la carne. En los países de ingreso mediano alto, las categorías de "ingrediente culinario alimentario" (aceites vegetales, salsas, aderezos y condimentos) representan una proporción de las compras mucho mayor que en los países de ingreso alto (figura 4.5).

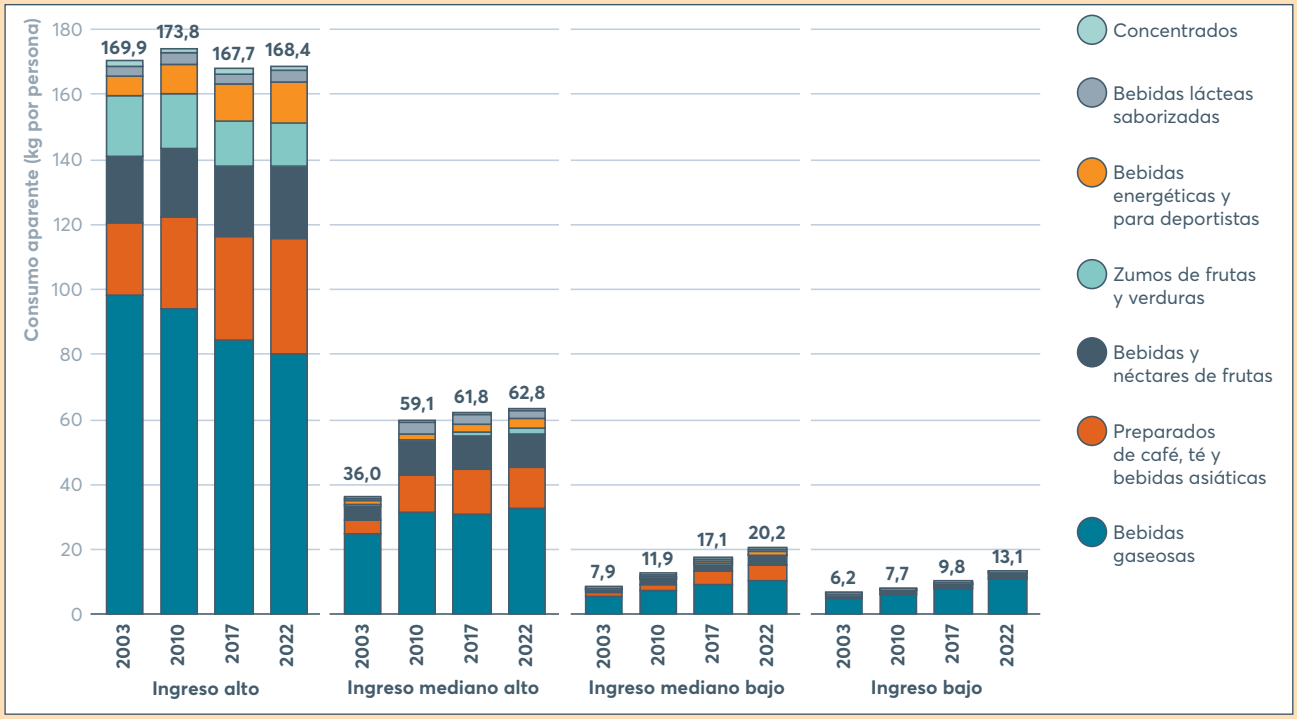
Las bebidas gaseosas constituyen la categoría de bebidas más consumida en todo el mundo. Aunque en numerosos países de ingreso alto y mediano alto las ventas de productos incluidos en esta categoría están disminuyendo drásticamente o se han estancado, en los países de ingreso mediano bajo y bajo las ventas están pasando de un nivel relativamente bajo a registrar un notable aumento. No obstante, en los países de ingreso alto la disminución en la categoría de bebidas con gas se ha visto compensada por un incremento considerable en las categorías de bebidas sin gas —por ejemplo, las bebidas energéticas y para deportistas, y los preparados de café y té (figura 4.6)—.

FIGURA 4.5
Ventas de alimentos procesados por nivel de ingresos de los países, 2003-2017 con proyecciones para 2022



Fuente: Base de datos de información de mercados de Euromonitor International[20].
Nota: Datos de la base de datos de información de mercados de Euromonitor Passport sobre 73 países de ingreso alto, 55 países de ingreso mediano alto, 43 países de ingreso mediano bajo y 34 países de ingreso bajo.

FIGURA 4.6
Ventas de bebidas no alcohólicas por nivel de ingresos de los países, 2003-2017 con proyecciones para 2022



Fuente: Base de datos de información de mercados de Euromonitor International[21].
Nota: Datos de la base de datos de información de mercados de Euromonitor Passport sobre 73 países de ingreso alto, 55 países de ingreso mediano alto, 43 países de ingreso mediano bajo y 34 países de ingreso bajo.

En las notas se detallan las fuentes de este caso destacado[22].

CASO DESTACADO 4.4

Los supermercados y el aumento de la obesidad en África

Kathrin M. Demmler y Matin Qaim

Un estudio reciente tenía por objetivo responder a la pregunta de si la proliferación de supermercados contribuye al aumento del sobrepeso y la obesidad empleando datos de Kenya[23], uno de los países de África con las mayores tasas de crecimiento del número de supermercados. El estudio se centró en los consumidores de ciudades de tamaño medio. Se seleccionaron de forma aleatoria alrededor de 500 hogares y se recopilaron datos socioeconómicos y nutricionales de sus miembros adultos, hombres y mujeres, primero en 2012 y nuevamente en 2015. En 2015 también se recopilaron datos médicos más detallados.

Se observó que el índice de masa corporal (IMC) medio y la proporción de adultos obesos o con sobrepeso era superior entre quienes adquirían parte o la totalidad de sus alimentos en supermercados en comparación con los que solo lo hacían a través de comercios minoristas tradicionales (figura 4.7). No obstante, esta sencilla comparación no permite una interpretación causal, ya que los usuarios de los supermercados también pueden diferir de los no usuarios debido a otros factores. El análisis de la relación entre las compras en supermercados y la obesidad concluyó que la adquisición de alimentos en supermercados en lugar de en mercados tradicionales se asocia con un aumento medio del índice de masa corporal de 0,64 kg/m^2. Las estimaciones también sugieren que el uso de supermercados se asocia con una probabilidad un 7% mayor de padecer sobrepeso u obesidad (figura 4.7)[24].

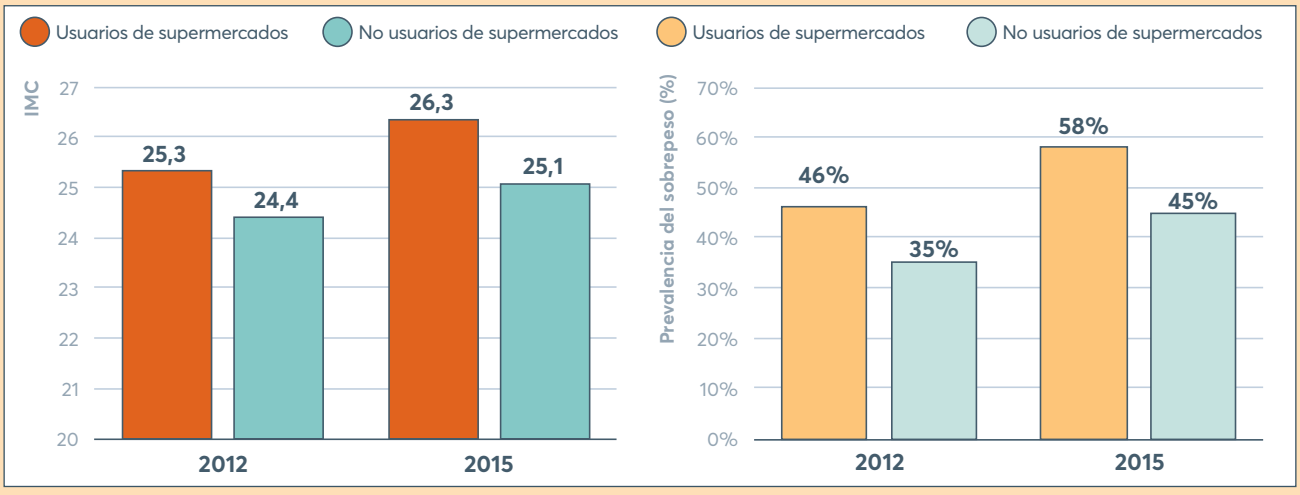
Se sabe que el aumento de las tasas de obesidad contribuye a incrementar las tasas de varias enfermedades no transmisibles. La evaluación de datos médicos recopilados en 2015 revela que la adquisición de alimentos en supermercados aumenta la probabilidad de padecer prediabetes (un 16%) y síndrome metabólico (un 7%)[25].

Estos efectos negativos de los supermercados en la nutrición y la salud de los adultos pueden atribuirse al hecho de que en los supermercados el precio medio por caloría de alimento es menor que en los comercios minoristas tradicionales. "Las calorías más baratas contribuyen a un mayor consumo de calorías, lo que puede mejorar la seguridad alimentaria de los hogares que padecen un déficit de calorías"[26]. Sin embargo, en las zonas urbanas de Kenya, la prevalencia del sobrepeso en adultos es mayor que la del peso inferior al normal. Asimismo, los usuarios de los supermercados suelen consumir más alimentos procesados.

Los resultados del estudio sugieren que los supermercados pueden influir en gran medida en los hábitos alimentarios. No obstante, si se gestionaran adecuadamente también podrían reportar beneficios; por ejemplo, que los alimentos nutritivos sean más accesibles para los consumidores pobres a precios asequibles.

FIGURA 4.7

Usuarios y no usuarios de los supermercados en Kenya: índice de masa corporal y sobrepeso, 2012 y 2015



Fuente: Demmler *et al.*, 2018.
Notas: IMC = índice de masa corporal medido en kg/m^2; sobrepeso u obesidad = IMC > 25 kg/m^2.

En las notas se detallan las fuentes de este caso destacado[27].

La rápida difusión de los supermercados y cadenas de comida rápida más formales influye en los patrones de comportamiento de los consumidores y en el consumo de alimentos[28]. Esta expansión, si bien ofrece a los consumidores una variedad más amplia de productos, también entraña cambios organizativos importantes en toda la cadena de suministro de alimentos. Existen cada vez más pruebas de que este cambio en el comercio minorista de alimentos se traduce en un mayor consumo de alimentos poco saludables. No obstante, el sector informal sigue operando en paralelo en la cadena de suministro de alimentos de varios países y aún constituye un mecanismo importante para satisfacer las necesidades de alimentación y nutrición. Por ejemplo, en África Subsahariana los comerciantes informales satisfacen las necesidades alimentarias de muchos hogares urbanos pobres. No obstante, el crecimiento de las cadenas de supermercados está reduciendo el papel de este sector[29]. El caso destacado 4.4 muestra el impacto de los supermercados en la obesidad en África y confirma que el entorno minorista influye en la elección de alimentos y la nutrición de las personas[30]. Esto es motivo de preocupación, y exige respuestas normativas y de planificación que promuevan resultados nutricionales deseables.

La revolución de los supermercados también afecta a las relaciones de poder en el seno de las cadenas de suministro de alimentos[31]. Los procesos de adquisición de los supermercados y las grandes empresas de procesamiento están cambiando las reglas del juego para los productores y procesadores de las primeras etapas de la cadena[32]. Para los pequeños agricultores, en particular, constituye todo un desafío cumplir los requisitos y normas en materia de volumen, coste, seguridad, calidad y homogeneidad impuestos por las cadenas de supermercados, sus sistemas de adquisición centralizada y los agroprocesadores a gran escala. Para hacer frente a las desigualdades, los sistemas alimentarios exigen ahora el empleo de mecanismos de gobernanza complejos y a múltiples escalas, que deberían involucrar a una serie de agentes de los sectores público y privado, así como a la sociedad civil[33].

Comercialización y etiquetado de los alimentos

La información proporcionada sobre los alimentos y la forma en que se promocionan y anuncian influyen en las preferencias de los consumidores, el comportamiento de compra y los patrones de consumo, de forma tanto negativa como positiva[34]. La promoción de los alimentos, por ejemplo, tiene una influencia directa en las preferencias de los niños, los adolescentes y los adultos y en sus conocimientos nutricionales, alimentación y salud. Los anuncios de alimentos ultraprocesados presentan una mayor prevalencia en los barrios de ingreso bajo, y la publicidad está aumentando en estas comunidades[35]. El caso destacado 4.5 pone de manifiesto las desigualdades en la publicidad de alimentos dirigida a los niños por grupos de ingresos y étnicos.

CASO DESTACADO 4.5

Desigualdades en la comercialización de alimentos infantiles

Camila Corvalán y Fernanda Mediano

Se sabe que la malnutrición y la alimentación poco saludable se distribuyen de manera desigual según el nivel de ingresos y el grupo étnico[36]. Se cree que la comercialización de alimentos y bebidas con alto contenido en grasas, azúcares y sal promueve hábitos alimentarios deficientes, sobre todo entre los niños[37], lo que les ocasiona enfermedades relacionadas con la alimentación cuando pasan a ser adultos.

Las pruebas recientes muestran que la comercialización de alimentos poco saludables está dirigida a grupos específicos en función de sus ingresos y etnia, lo que contribuye a aumentar las disparidades en materia de salud. Los datos procedentes de los Estados Unidos indican que los afroamericanos y los latinos están expuestos de forma desproporcionada a anuncios al aire libre de alimentos y bebidas de elevado contenido calórico y escasa densidad nutricional, así como a opciones de ocio y transporte sedentarias, mientras que se encuentran relativamente poco expuestos a la publicidad de alimentos y bebidas nutritivos y bienes y servicios que promuevan la actividad física[38]. Recientemente se han comunicado resultados similares en relación con la comercialización de alimentos en la televisión estadounidense[39].

También existen algunas pruebas de que las estrategias de mercadotecnia de las empresas varían en función de la situación económica del país. Por ejemplo, los análisis de los sitios web de las tres mayores empresas de comida rápida y bebidas del mundo indicaron que estas promueven dietas o productos más saludables con mayor frecuencia en los países más ricos que en los de ingreso bajo, mientras que la publicidad de sus actividades filantrópicas era más frecuente en los países de ingreso bajo[40].

Existen pruebas de que en países de ingreso mediano y bajo de Asia y África se promueven y anuncian sustitutos de la leche materna en contravención con las normativas, como el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna[41], lo que menoscaba el cumplimiento de las prácticas de lactancia materna recomendadas[42].

En conjunto, estas pruebas indican que las estrategias empresariales de comercialización pueden aumentar la carga de malnutrición en los países en cuestión. Para restringir la promoción desproporcionada de alimentos poco saludables y garantizar entornos alimentarios más saludables que no empeoran aún más las disparidades en materia de salud en los países y entre ellos, es necesario que se intensifiquen las medidas regulatorias gubernamentales, ya que los resultados de las campañas en favor de la autorregulación han sido limitados[43].

"La mayor parte de los anuncios de alimentos y bebidas proceden de un pequeño número de empresas transnacionales; y [...] no parece que los entornos creados por los mecanismos nacionales de regulación para la publicidad de alimentos por televisión sean más favorables o saludables que los de los países que no cuentan con ese tipo de políticas"[44]. Es necesario regular la comercialización y publicidad de alimentos y bebidas en el sector privado y equilibrarlas con medidas públicas que incluyan campañas que proporcionen al consumidor información completa y sin sesgos. Las campañas públicas de información en los medios de comunicación de masas han demostrado sistemáticamente que obtienen mejores resultados en lo que respecta a mejorar los conocimientos y actitudes entre las mujeres y los grupos con un mayor nivel educativo y socioeconómico[45]; sin embargo, no siempre han sido tan eficaces en lo relativo a mejorar la alimentación y los resultados en materia de salud. Cabe señalar que esto podría profundizar las desigualdades existentes; por tanto, es necesario redoblar los esfuerzos para que la difusión de información llegue a todos los grupos de manera más equitativa[46].

El etiquetado de los alimentos y la inclusión de declaraciones en los envases son herramientas importantes para informar a los consumidores, conformar sus preferencias e influir en el comportamiento de la industria mediante el fomento de la reformulación de los productos. También son útiles para aplicar enfoques más orientados al consumidor y controlar su cumplimiento, como el etiquetado en la parte frontal de los envases, la restricción de la publicidad, los impuestos y subsidios, y las políticas de alimentación escolar. Sin embargo, "el uso y la comprensión de la norma predominante en el etiquetado nutricional —los paneles de información nutricional— son considerablemente menores entre los grupos de ingreso bajo, los grupos con un menor nivel educativo y los grupos étnicos minoritarios"[47]. Además de la declaración nutricional obligatoria, se recomienda un etiquetado en la parte frontal de los envases interpretativo (es decir, información nutricional con recomendaciones o juicios de valor en lugar de datos específicos), ya que puede ser comprendido por consumidores con diferentes niveles educativos.

El etiquetado en la parte frontal de los envases puede regirse tanto por un sistema de nutrientes específicos (como la etiqueta negra de Chile) como por un sistema de indicadores sintéticos (como los "semáforos" del Reino Unido), pero debe advertir sobre la insalubridad de los alimentos a fin de orientar las decisiones de los consumidores hacia opciones más nutritivas[48].

No obstante, si bien presenta ventajas, el etiquetado obligatorio puede impedir que los pequeños productores y procesadores entren o permanezcan en los mercados.

Carencias de datos

Para poder elaborar políticas de alimentación y nutrición —incluidas directrices alimentarias—, además de recopilar más y mejores datos sobre el entorno alimentario debemos conocer lo que la población está comiendo y en qué basa sus decisiones alimentarias. Por tanto, es necesario disponer de información completa sobre la alimentación, el suministro de alimentos y los costes, pero ha sido difícil obtenerla. Ahora existe una mayor disponibilidad de datos y se hace un mejor uso de los parámetros de medición y las encuestas que alimentan las bases de datos más grandes. Los estudios de caso también están aportando una información importante. A pesar de estas mejoras, en el plano nacional todavía existen grandes lagunas en la información, sobre todo en entornos de ingreso bajo.

La mayor parte de la investigación sobre los entornos alimentarios proviene de países de ingreso alto y se centra en la obesidad y las enfermedades no transmisibles. Aunque, como se menciona en el *Informe de la Nutrición Mundial 2018*, en algunos países de ingreso mediano bajo se emplean iniciativas como INFORMAS[49], la información disponible es muy escasa, no solo sobre estos países, sino también la relativa a entornos alimentarios rurales o situaciones de crisis prolongadas o conflictos. Las dificultades para la recolección y el análisis de datos no solo de deben a las desigualdades sociales, sino que se presentan también en el marco de investigación, comenzando por la falta de consenso con respecto a la definición de "entorno alimentario" y las herramientas y los parámetros de medición normalizados, como se expone en el caso destacado 4.6.

Entornos alimentarios en los países de ingreso mediano bajo: identificar y satisfacer las necesidades de información

Bianca Carducci, Christina Oh y Zulfiqar A. Bhutta

La bibliografía mundial sobre la relación entre el entorno alimentario y la salud pública es cada vez más abundante, en particular acerca de la prevención eficaz de las enfermedades no transmisibles y las estrategias de prevención y gestión relativas al entorno alimentario, incluida la política alimentaria y la promoción y la comercialización de los alimentos. No obstante, faltan pruebas que fundamenten el desarrollo de intervenciones apropiadas, especialmente en los países de ingreso bajo y mediano bajo. Además, se requiere un consenso sobre la definición, el propósito y la profundidad del "entorno alimentario" a fin de agilizar la investigación futura.

También existe una considerable diversidad de opiniones sobre las herramientas y los parámetros de medición normalizados para evaluar el entorno alimentario. A diferencia de los países de ingreso alto, donde los canales formales para adquirir alimentos permiten una medición conveniente, en los países de ingreso mediano bajo los entornos de venta al por menor de alimentos son dinámicos, no están regulados e incluyen una gran proporción de proveedores alimentarios informales. Esto se traduce en una enorme variedad de parámetros de medición en lo que atañe a los puntos de referencia (es decir, la accesibilidad de los alimentos), la cobertura de los medios de comunicación (la promoción de los alimentos) y el grado de aplicación (las políticas). Además, en los países de ingreso mediano bajo las herramientas para medir el entorno alimentario se limitan a procesos de recopilación de datos intensivos en mano de obra, a diferencia de los países más ricos, donde se utilizan sistemas de posicionamiento global, sistemas de información geográfica, teleobservación e imágenes satelitales. Del mismo modo, en los países de ingreso mediano bajo suele resultar difícil medir otras dimensiones del entorno alimentario, como la seguridad alimentaria y la calidad de los alimentos, debido a la escasa regulación gubernamental, la falta de cumplimiento y la inestabilidad.

El entorno alimentario de los hogares es un espacio fundamental para las decisiones de compra y la preparación de alimentos y, en última instancia, el desarrollo de actitudes, conocimientos, preferencias y comportamientos alimentarios. Sin embargo, poco se sabe acerca de las medidas más apropiadas y eficaces en este ámbito. Para poder evaluar el impacto en los resultados de salud, urge llegar a un consenso sobre las herramientas y los parámetros de medición válidos y fiables en los países de ingreso mediano bajo.

Por lo que respecta a la bibliografía sobre los entornos alimentarios, es necesario aumentar la representación de los países de ingreso bajo y mediano bajo y de los entornos rurales para poder discernir sus necesidades demográficas específicas en materia de salud. Por último, existen varias lagunas empíricas en la investigación relacionada con el análisis de datos, incluido el ajuste de las variables que puedan suscitar confusiones y el desglose inadecuado de los datos; por ejemplo, por nivel de ingresos, género y edad.

En resumen, para hacer frente a la cambiante transición nutricional y al aumento de la doble carga de la malnutrición en los países de ingreso mediano bajo, es necesario invertir en la investigación sobre el entorno alimentario, teniendo en cuenta las principales lagunas en los conocimientos[50]. A esto se suma la promoción de repositorios de datos públicos, con inclusión de macrodatos y bases de datos comerciales.

Hacer frente a las desigualdades

Aunque las desigualdades sociales en los sistemas alimentarios son numerosas, existe un conjunto de factores común a todos ellos: los relacionados con los desequilibrios de poder. Estos se derivan de la influencia de los agronegocios, las industrias de alimentos y bebidas, los responsables de la formulación de políticas para el desarrollo internacional y los donantes. Estos grupos repercuten en la manera en que los gobiernos estructuran sus sistemas y entornos alimentarios, y también perjudican a los consumidores más pobres y marginados, a los que se excluye de este proceso. Todos estos factores determinan los tipos de alimentos a los que la población puede acceder a diario. Existe una "tensión implícita entre las medidas gubernamentales dirigidas a promover la seguridad alimentaria y el crecimiento económico a través del fomento de la inversión, y las orientadas a reducir el consumo de alimentos altamente procesados para prevenir las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación"[51].

Los enfoques que exigen un menor nivel de iniciativa personal son más eficaces y, a la vez, más equitativos para todos[55]. Más allá de centrarse en unas pocas intervenciones que ajusten pequeños elementos específicos de los sistemas alimentarios, es necesario aumentar los esfuerzos para cambiar los factores que impulsan la mala nutrición en todo el sistema sugeridos en informes recientes, como el de la Comisión EAT-*Lancet* sobre alimentos, el planeta y la salud[56], el informe de la Comisión de *The Lancet* sobre la sindemia mundial de obesidad, desnutrición y cambio climático[57] y la serie de *The Lancet* sobre la doble carga de la malnutrición[58].

Un enfoque de los sistemas alimentarios centrado en la equidad y que favorezca una alimentación saludable consideraría, por tanto, medidas encaminadas a reducir las inequidades en las condiciones inmediatas en las que las personas nacen, viven, trabajan y juegan. Asimismo, se ocuparía de la disponibilidad, la accesibilidad y el precio de los alimentos directamente en los entornos alimentarios locales[59].

"En el contexto de un enfoque basado en los derechos, los más afectados por la falta de equidad y la disfuncionalidad de los sistemas alimentarios y por los entornos alimentarios poco saludables son los consumidores de ingreso bajo, los pobres de las zonas rurales y urbanas, los pequeños productores y los agricultores de subsistencia, [...] las poblaciones indígenas"[52] y los minoristas, procesadores y distribuidores a pequeña escala.

Hacer frente a las desigualdades en la alimentación y la nutrición consiste en distribuir mejor las *oportunidades* de vivir una vida sana y plena. Los gobiernos y otros agentes del sistema alimentario favorecen, en general, las intervenciones centradas en la iniciativa individual[53]. Si bien la acción directa puede ser de ayuda, también es importante tener en cuenta la subyacente distribución desigual de los factores que brindan la oportunidad de comer alimentos saludables[54] (véase la figura 1.1). Si no se corrige esta desatención, las desigualdades en la alimentación y la nutrición persistirán y posiblemente aumentarán. La elección de los alimentos no es solo una decisión personal: viene determinada por el contexto e impulsada por factores sistémicos y sociales profundos y a menudo invisibles. Para hacer frente a la desigualdad de la dinámica de poder, se requieren nuevos mecanismos de adopción de decisiones y rendición de cuentas.

"Los encargados de la formulación de políticas deben crear marcos regulatorios y fiscales sólidos [sin conflictos de intereses] que proporcionen orientación a quienes producen los alimentos de nuestros sistemas alimentarios"[60].

"Las políticas comerciales y de subvenciones deben estar más de acuerdo con quienes promueven una alimentación saludable"[61]. Las iniciativas voluntarias de autorregulación del sector empresarial son desiguales e insuficientes: si bien algunos miembros de la industria de los alimentos y bebidas actúan en beneficio de la salud pública, sus esfuerzos, por sí solos, no son suficientes. En el recuadro 4.1 se describen algunas de las medidas y colaboraciones positivas en aras de la salud y la nutrición en el sector de los alimentos y bebidas. Los movimientos sociales y las organizaciones de la sociedad civil pueden actuar para reequilibrar los poderes en el conjunto del sistema alimentario y orientarlos hacia sistemas saludables en aras del interés público de aquellos cuyas opiniones no se tienen en cuenta.

RECUADRO 4.1
Esferas en las que el sector privado puede contribuir a mejorar la nutrición

De acuerdo con los principios en materia de derechos humanos, el sector privado de los alimentos y bebidas tiene la responsabilidad de promover una alimentación saludable y prevenir las dietas insalubres. El sector debe actuar de conformidad con los códigos de conducta establecidos, y los gobiernos y la sociedad civil deben exigir a las distintas organizaciones que rindan cuentas de sus compromisos. Los objetivos comerciales también pueden contribuir al bien común de diversas formas. Uno de los ejemplos es la red de empresas del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN)[62], creada en 2015 como el brazo empresarial del Movimiento SUN. En Indonesia, dicha red de empresas ha identificado cinco esferas clave a través de las cuales el sector privado puede contribuir a mejorar la nutrición:

1. La agricultura y la nutrición, mediante la inversión en innovaciones tecnológicas.
2. El enriquecimiento de los alimentos a gran escala, al añadir vitaminas esenciales a los alimentos básicos y los condimentos.
3. El aumento de la disponibilidad de alimentos compuestos especiales para grupos específicos.
4. Los programas de nutrición para los trabajadores, con objeto de educar a los empleados acerca de la importancia de los alimentos nutritivos.
5. El apoyo a las intervenciones enfocadas a la nutrición, con miras a fortalecer los sistemas de salud subyacentes[63].

A través de estos enfoques, las empresas alimentarias pueden contribuir a que los alimentos nutritivos sean más accesibles para los consumidores, lo que a su vez puede mejorar considerablemente la alimentación y la salud. Las medidas deben abarcar el etiquetado transparente; la reducción del contenido de azúcares, sal y grasas en sus productos; y el enriquecimiento de dichos productos con nutrientes esenciales[64]. Los gobiernos también están imponiendo normas para obligar a las empresas a esforzarse más. Dinamarca, por ejemplo, ha prohibido los productos que contienen grasas trans, mientras que Sudáfrica se ha convertido en el primer país en legislar los niveles máximos de sal en los alimentos[65]. Las empresas alimentarias también pueden trabajar con la comunidad de expertos en nutrición para mejorar la calidad nutricional de sus productos.

Algunas de las soluciones emergentes

- La optimización de las subvenciones agrícolas y el aumento de la inversión pública en favor de una producción agrícola y alimentaria más saludable. Una de las posibilidades es, por ejemplo, aumentar el gasto en la investigación de cultivos y ganado enriquecidos biológicamente; otra opción sería reducir las subvenciones a los alimentos básicos pero aumentar las ayudas para los alimentos más saludables, como las verduras, las frutas, los frutos secos y el pescado.
- El apoyo a sistemas de transporte público y cadenas de suministro más cortas para su uso en programas de distribución de alimentos frescos, con objeto de mejorar el acceso a una alimentación saludable entre los grupos desfavorecidos y reducir las desigualdades en la alimentación.
- La elaboración de políticas que estimulen los puntos de venta de alimentos saludables y mejoren el acceso físico a los alimentos, especialmente en los países de ingreso mediano y bajo que se están urbanizando. Dichas políticas deben incluir a los agentes del sector alimentario informal.
- Las transferencias en efectivo a fin de aumentar la asequibilidad de los alimentos e impulsar la transformación del sistema alimentario. No obstante, estas deben promoverse mediante medidas normativas complementarias, un conjunto bien definido de objetivos normativos y una evaluación rigurosa[66].
- El uso de instrumentos fiscales (como los impuestos sobre las bebidas azucaradas y los alimentos poco saludables) y mecanismos de regulación (por ejemplo, prohibiciones) a fin de apoyar una alimentación más saludable y obligar al sector alimentario a rendir cuentas. Según el tipo de sistema alimentario y el contexto nacional y local, los impuestos y subvenciones pueden influir en la elección y la ingesta de alimentos.
- La limitación de la publicidad de los alimentos ultraprocesados, la elaboración de directrices dietéticas basadas en los alimentos, la mejora del etiquetado y la regulación de las declaraciones de propiedades saludables en los alimentos envasados, con objeto de crear un entorno alimentario equitativo en el que los consumidores puedan tomar decisiones fundamentadas sin recibir información engañosa.
- La elaboración de políticas y la realización de inversiones dirigidas a diversificar la producción de alimentos, alejarla de los cereales básicos, orientarla hacia cultivos no básicos y mejorar las cadenas de valor a fin de aumentar los ingresos de los pequeños productores.

MEDIDAS RECOMENDADAS

Para lograr una alimentación más saludable, ambientalmente sostenible y equitativa para todos, es necesario aplicar una diversidad de estrategias e intervenciones, las cuales deben abarcar tanto intervenciones centradas en los entornos alimentarios como enfoques agrícolas y del suministro de alimentos. Conseguir esto requerirá la coordinación de medidas mundiales, nacionales y locales en múltiples sectores como la agricultura, la salud y el transporte. Todas las partes interesadas deben actuar —los gobiernos, la industria, los consumidores y la sociedad civil—, cada una en el punto del sistema alimentario que le corresponda.

- **Los gobiernos deben crear marcos regulatorios y normativos sólidos, así como instrumentos fiscales, que favorezcan la alimentación saludable. También deben establecer sistemas de seguimiento y rendición de cuentas adecuados para garantizar su cumplimiento.**

- **La industria de los alimentos y bebidas debe cumplir con códigos de conducta internacionales y nacionales, incluidos los relativos a los beneficios para la salud y la nutrición de la sociedad, así como la protección y la mejora ambientales.**

- **La sociedad civil debe identificar, definir y recomendar activamente políticas con base empírica que promuevan sistemas alimentarios saludables, sostenibles y equitativos, y exigir al gobierno y la industria alimentaria que rindan cuentas de sus acciones.**

- **Los organismos internacionales, en colaboración con todas las partes interesadas (incluidos los donantes), deben promover, observar y supervisar los progresos realizados en la consecución de sistemas alimentarios saludables, sostenibles y equitativos en todo el mundo.**

05

Financiación equitativa para la nutrición

2018. Tucurú, Guatemala.
El mercado municipal de Tucurú.
Fotografía: ONU Mujeres/Ryan Brown.

PUNTOS CLAVE

1. Con la Cumbre Nutrición para el Crecimiento de 2013 se abrieron las puertas a una inversión de mayor envergadura y constancia en la asistencia internacional para la nutrición. El aumento de los recursos nacionales destinados a la nutrición ha sido heterogéneo y marginal en el mejor de los casos.

2. Los niveles actuales de financiación de la nutrición ya no aumentan y están muy por debajo de los niveles necesarios para cumplir las metas mundiales.

3. Las inversiones nacionales son fundamentales para que, por un lado, los países asuman los programas como propios y, por otro, para fomentar la sostenibilidad a largo plazo de dichos programas. Es necesario un liderazgo fuerte y unas medidas coordinadas a fin de priorizar las inversiones en nutrición y lograr así una mayor equidad y repercusión para los más necesitados.

4. Los datos sobre dónde y cómo se realizan las inversiones en nutrición siguen siendo inadecuados. Es necesario disponer de sistemas de información en los que se proporcionen datos desglosados que fundamenten la toma de decisiones en el plano subnacional.

5. El déficit de financiación para tratar la malnutrición relacionada con el sobrepeso y las enfermedades no transmisibles en los países más pobres es cada vez mayor.

6. Si se dispusiera de pruebas más sólidas sobre los costes y los beneficios de las medidas multisectoriales en materia de nutrición, estas podrían utilizarse como base para realizar inversiones nutricionales más inteligentes y sistemáticas en todos los sectores.

7. Debemos elaborar nuevos mecanismos de financiación que puedan complementar las fuentes existentes. La Cumbre Nutrición para el Crecimiento que se celebrará en el Japón es una oportunidad para renovar y ampliar los compromisos financieros para la nutrición, así como para fortalecer la rendición de cuentas.

Introducción

Un enfoque centrado en la equidad para la financiación de la nutrición ofrece la posibilidad de hacer que los gastos en nutrición existentes sean más eficientes y se destinen a objetivos más específicos, de modo que las intervenciones adecuadas lleguen a las personas que más las necesitan y se logre un mayor rendimiento de las inversiones[1]. En este capítulo se presenta el estado actual de la financiación de la nutrición en lo que respecta a la movilización de recursos nacionales y de los donantes, las tendencias de la ayuda específica para la nutrición y orientada a la nutrición, y los déficits de financiación. A continuación, se examina de qué manera deben adaptarse las inversiones y los mecanismos nacionales y externos de financiación en materia de nutrición para que sean más equitativos. Se proponen enfoques que recurren a agentes y recursos que se encuentran fuera de los canales de financiación convencionales y se hace hincapié en las inversiones en sistemas de información eficaces para generar datos desglosados a nivel subnacional, a fin de atender las necesidades de los grupos más vulnerables y marginados.

El estado actual de la financiación de la nutrición

Meta mundial

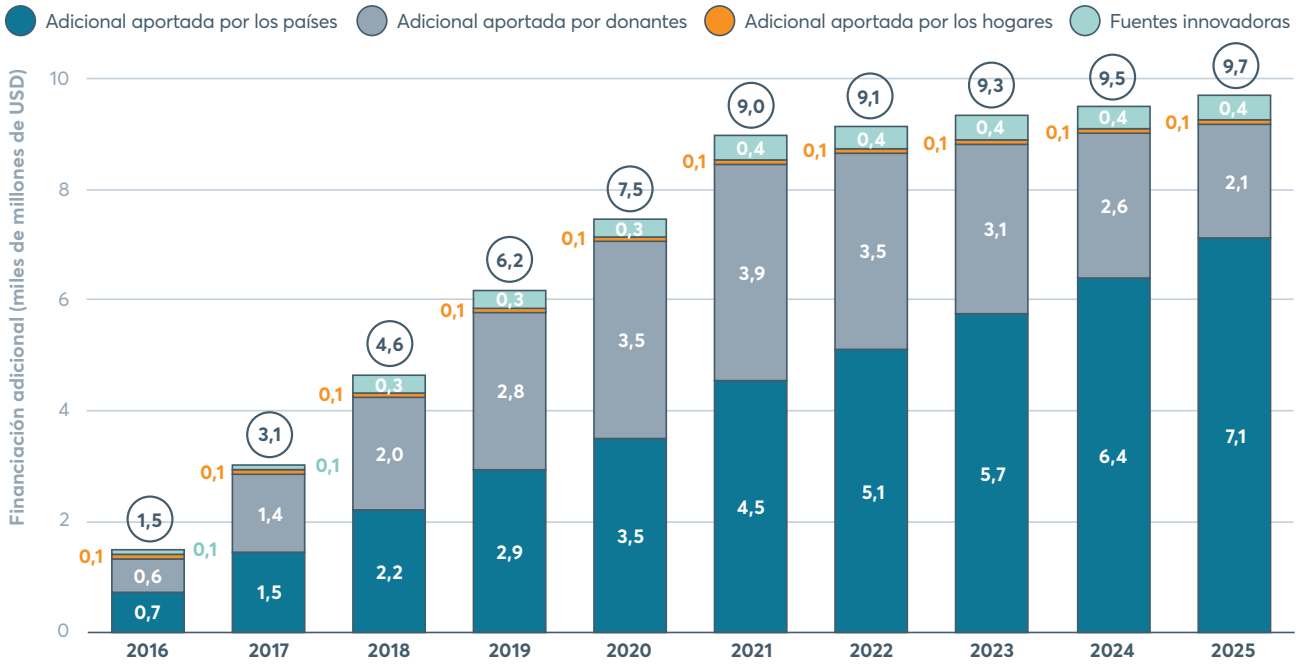
En el Marco de Inversión en la Nutrición de 2017[2] se estimó el coste y las necesidades financieras para alcanzar las metas de nutrición establecidas en la Asamblea Mundial de la Salud en materia de retraso del crecimiento, anemia y lactancia materna exclusiva, así como para ampliar el tratamiento de la emaciación grave para 2025. En el marco se estimó que, al año, sería necesario invertir de media unos 7.000 millones de dólares de los Estados Unidos más que ahora durante diez años para financiar la ampliación de las intervenciones con base empírica que haría falta para lograr esas metas. Según las previsiones, esta ampliación, junto con las mejoras en los determinantes subyacentes de la desnutrición, contribuiría, para 2025, a salvar la vida de 3,7 millones de niños, a reducir los casos de retraso del crecimiento en 65 millones, disminuir el número de mujeres con anemia en un 43% aproximadamente, alcanzar la meta de la lactancia materna exclusiva y tratar 91 millones de casos de malnutrición aguda grave. Se calculó que, en este marco un paquete prioritario de intervenciones listas para ser ampliadas costaría, de media, 2.300 millones de dólares al año[3].

Desde el Marco de Inversión en la Nutrición se hace un llamamiento a los donantes, los países, los mecanismos de financiación innovadora, las empresas e incluso a los propios consumidores para que actúen en "solidaridad mundial" a fin de "movilizar los recursos necesarios para acelerar el progreso contra la malnutrición"[4]. En la figura 5.1 se muestra el escenario de financiación de Solidaridad Mundial incluido en el Marco, en el que se presenta un modelo de las necesidades de financiación de diferentes fuentes. El nivel de financiación adicional necesario para este paquete de intervenciones requiere un fuerte compromiso tanto de los países como de los donantes. También exige buscar más fuentes de inversión alternativas, más allá de la combinación tradicional de financiación, que puedan captarse directamente con el objetivo de mejorar el acceso a una buena alimentación, así como para impulsar la financiación en todos los sectores que afectan a la nutrición.

En las dos secciones siguientes se revisan las pruebas más recientes sobre el gasto de los gobiernos y los donantes en la financiación específica de la nutrición necesaria para alcanzar las metas en la materia fijadas en la Asamblea Mundial de la Salud. Cabe destacar que las metas de la Asamblea son un subconjunto de todos los resultados deseados en materia de nutrición. El Marco de Inversión en la Nutrición se centra en las actividades e inversiones necesarias para alcanzar únicamente estas metas y no presupuesta el logro de objetivos más amplios. Aun así, sigue siendo un mecanismo fundamental para hacer un seguimiento de los avances.

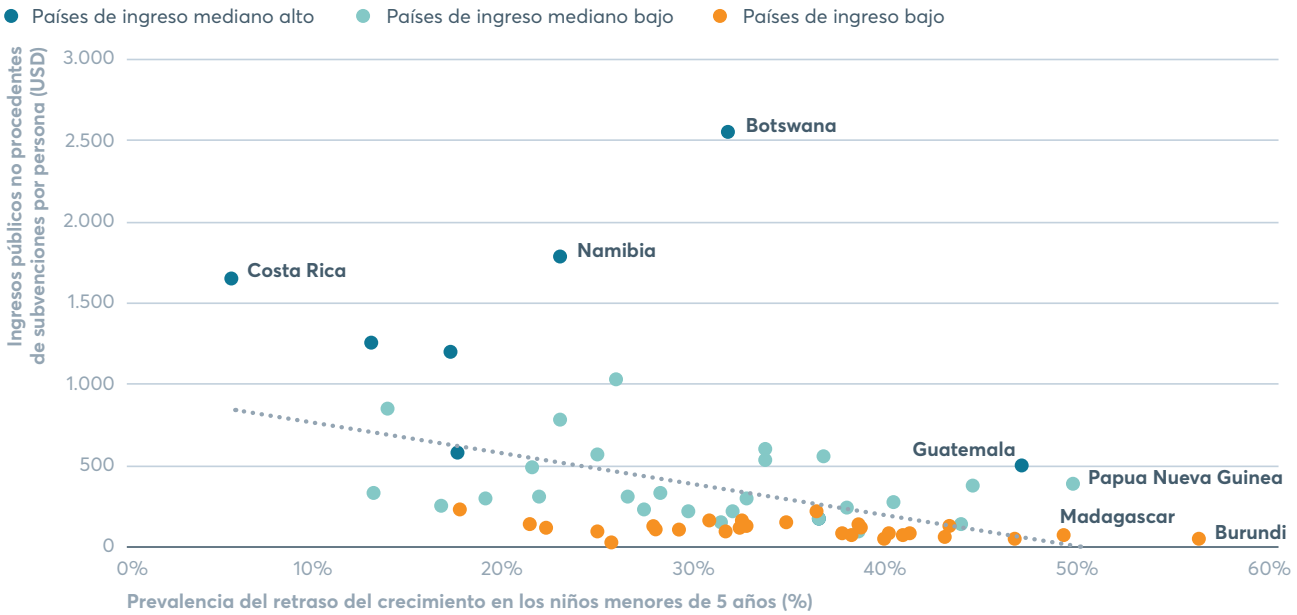
Si bien en los informes se detalla si las inversiones nacionales e internacionales relativas a la nutrición son específicas o tienen en cuenta los resultados de la nutrición, no se desglosan de manera que pueda realizarse un seguimiento directo en relación con los objetivos del marco. El subsiguiente análisis financiero, por lo tanto, parte de la hipótesis de que las tendencias en la financiación de la nutrición reflejan, por lo general, los progresos en relación con el marco. Se han registrado ciertos avances en el seguimiento de las inversiones en medidas enfocadas a la nutrición y en respuesta a las enfermedades no transmisibles[5], pero no se tratan en detalle debido a la escasez de datos.

FIGURA 5.1
El escenario de financiación de Solidaridad Mundial: la financiación adicional necesaria para alcanzar las metas de nutrición de la Asamblea Mundial de la Salud



Fuente: Adaptado del Marco de Inversión en la Nutrición[6].
Notas: En el escenario de financiación de Solidaridad Mundial se proyecta qué sería necesario para movilizar los costes totales a diez años —70.000 millones de dólares— que se requieren para alcanzar las metas de la Asamblea Mundial de la Salud, a partir de un conjunto de principios de financiación basados en la capacidad de pago de los países y la estimación del nivel de gasto de referencia en 2015 por grupo de ingresos. En este modelo, los países de ingreso mediano alto pagan el 100% de los costes de ampliación; para 2025, los países de ingreso mediano bajo pagarán el 70% de dichos costes y los países de ingreso bajo, el 50%. Los donantes aumentan las inversiones en los primeros seis años y comienzan a reducirlas en 2021, cuando la financiación nacional cubre la mayor parte de los costes de ampliación. En este escenario de financiación no se incluyen los costes del tratamiento preventivo intermitente de la malaria en el embarazo (coste total = 416 millones de dólares), ya que en la actualidad está financiado por otras fuentes; entre ellas, la Iniciativa del Presidente de los Estados Unidos sobre el paludismo; el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria; y, en cierta medida, los gobiernos de los países.

FIGURA 5.2
Ingresos gubernamentales y prevalencia del retraso del crecimiento en 61 países



Fuente: UNICEF, OMS y Grupo Banco Mundial: Estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil, Sistema de Notificación de los Países Acreedores del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE, Banco Mundial, 2019.
Notas: En los ingresos gubernamentales que no son subvenciones se incluyen los ingresos tributarios y no tributarios, pero no las subvenciones. Montos de 2017, divididos por los datos demográficos de 2017. Grupos de ingresos definidos según los grupos de países y préstamos del Banco Mundial, junio de 2019.

CASO DESTACADO 5.1

La baja movilización de ingresos nacionales en Somalia está obstaculizando la inversión pública en nutrición

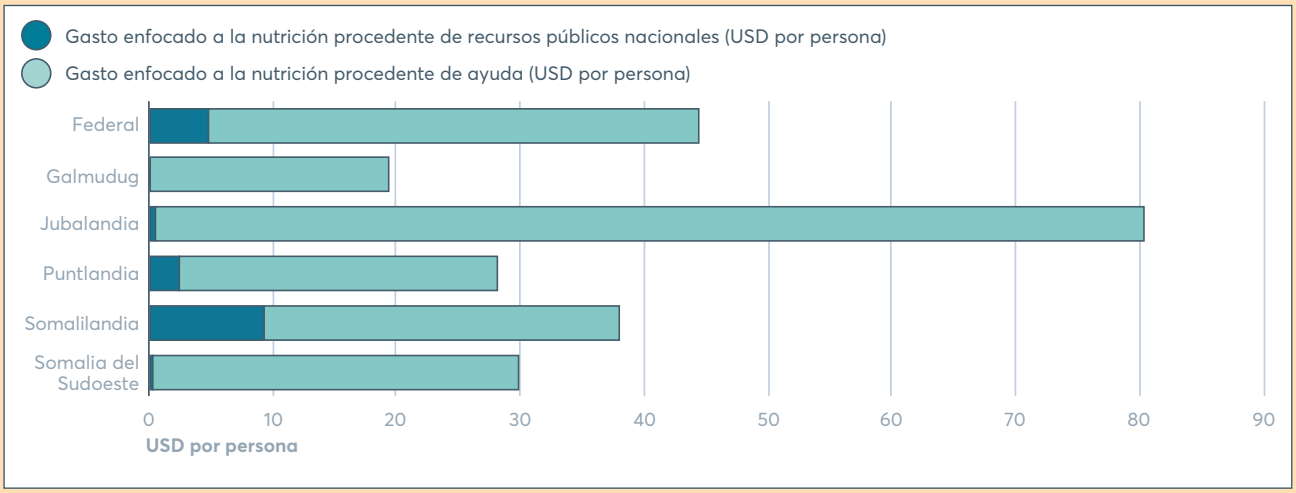
Richard Watts

En 2018, el Gobierno Federal de Somalia llevó a cabo un análisis del porcentaje que se destinaba a la nutrición en su propio presupuesto y en los presupuestos de las administraciones de cinco de sus estados[7]. En ese estudio se detalló tanto el gasto enfocado a la nutrición financiado por los recursos públicos nacionales como todo el gasto de la ayuda que se notificó a las administraciones (figura 5.3). Se extrajeron varias conclusiones clave que se presentan a continuación.

La ayuda desempeñó un papel crucial en la financiación de la nutrición: el componente de la ayuda enfocada a las esferas de nutrición en 2017 (490 millones de dólares) fue casi diez veces mayor que la proporción de recursos públicos nacionales dedicados a ese fin (55 millones de dólares). En ese año, la ayuda se centró principalmente en la respuesta a las sequías, que dejaron a unos 3,2 millones de personas en una situación de grave inseguridad alimentaria y crearon una crisis que los gobiernos no podían resolver por sí solos.

La inversión pública nacional en nutrición fue significativamente inferior en los estados de formación reciente: en comparación con los estados más consolidados en Somalia, la inversión de las administraciones subnacionales en la nutrición fue sustancialmente menor en Galmudug (0,05 dólares/persona), Jubalandia (0,6 dólares/persona) y Somalia del Sudoeste (0,2 dólares/persona).

FIGURA 5.3
Ayuda enfocada a la nutrición y financiación proveniente de los recursos públicos nacionales en Somalia



Fuente: Documentos presupuestarios de 2017 del Gobierno Federal y de las administraciones subnacionales de Galmudug, Jubalandia, Puntlandia, Somalilandia y Somalia del Sudoeste; "Aid Flows in Somalia: Analysis of Aid Flow Data", marzo de 2018. Ministerio de Planificación, Inversión y Desarrollo Económico, Gobierno Federal de Somalia.

Las importantes diferencias en la proporción de fondos destinados a la nutrición provenientes de la ayuda y los procedentes de los recursos públicos nacionales en Somalia se deben principalmente a la escasa movilización de ingresos nacionales. En la actualidad, la base de ingresos es muy estrecha y el Gobierno Federal y las administraciones de Somalilandia y de Puntlandia dependen en gran medida de los derechos portuarios (puertos de Mogadiscio, Berbera y Bosaso, respectivamente). Otras administraciones subnacionales de nueva creación y sin grandes puertos consagrados se enfrentan a dificultades aún mayores para aumentar los ingresos, como se refleja en las menores inversiones en nutrición de los estados de Galmudug, Jubalandia y Somalia del Sudoeste.

En la actualidad, el grueso del gasto del gobierno está destinado a la administración y la seguridad, por lo que será esencial intensificar los esfuerzos por aumentar los ingresos nacionales con miras a ampliar el margen de maniobra fiscal, de manera que permita una mayor inversión en la nutrición. Ha habido ciertos progresos a este respecto, ya que el Gobierno Federal ha comunicado un aumento del 30% en los ingresos no procedentes de subvenciones en 2018 en comparación con 2017 y tiene planes de desarrollar estructuras de federalismo fiscal mediante un marco de participación en los ingresos procedentes de la pesca y el petróleo[8]. No obstante, dada la fragilidad del contexto somalí, es probable que, a mediano plazo, siga siendo fundamental el apoyo externo para financiar la nutrición.

En las notas se detallan las fuentes de este caso destacado[9].

Movilización de recursos nacionales

La cuantiosa financiación adicional necesaria para alcanzar las metas de la Asamblea Mundial de la Salud en materia de nutrición para 2025, según las estimaciones del Marco de Inversión en la Nutrición, debe lograrse mediante una combinación de asignaciones nacionales de los gobiernos nacionales, la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) y otros mecanismos de financiación[10]. En esta combinación, es fundamental que los países asuman la iniciativa como propia a fin de garantizar el liderazgo político e institucional necesario para que las medidas y los resultados sean duraderos, así como el uso de inversiones y mecanismos adecuados. Por lo tanto, la implicación de los países y las inversiones nacionales mediante la movilización de recursos internos son indispensables[11].

Los países se enfrentan a distintas dificultades nutricionales en distintos grados y con distintas capacidades para cubrir los costes. Cabe destacar que, si bien puede que no sea sorprendente, los países que se enfrentan a la mayor carga de malnutrición son a menudo aquellos con menor capacidad para financiar acciones que permitan atajarla (figura 5.2).

Estas disparidades son igualmente frecuentes en el plano subnacional. En un estudio de caso de datos financieros desglosados a nivel subnacional en Somalia (caso destacado 5.1) se muestra que el gasto no se asigna en función de las necesidades; además, la administración subnacional no tiene capacidad para aumentar los ingresos ni margen fiscal para realizar inversiones en materia de nutrición.

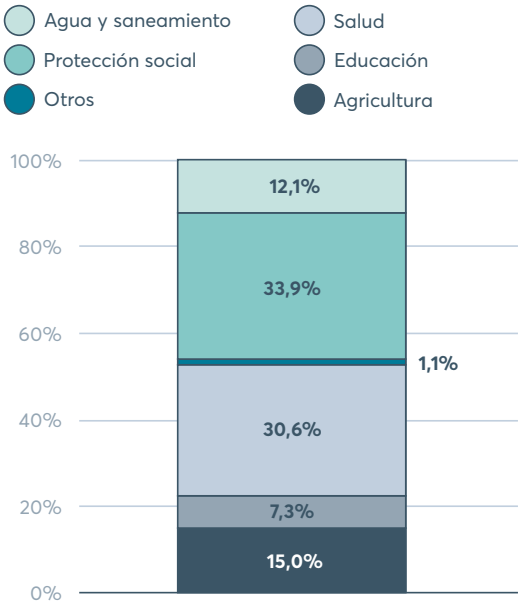
Si bien es fundamental disponer de fuentes nacionales de financiación de la nutrición para ampliar las medidas y garantizar su sostenibilidad, sobre todo en los países de ingreso bajo y mediano bajo, una constatación clave de este informe es que la escasez de datos hace casi imposible realizar un seguimiento preciso de los progresos en las inversiones en materia de nutrición. Los datos son dispares, están incompletos o no pueden compararse. Por consiguiente, este capítulo se basa en un conjunto limitado de evaluaciones realizadas en subconjuntos de países y sectores, a partir de las cuales se concluye que las pruebas que apuntan a que los gobiernos están ampliando los recursos son mínimas. Los aumentos son nominales en el mejor de los casos y algunos países incluso avanzan en la dirección equivocada.

La base de datos de la OMS sobre el gasto sanitario mundial —que abarca 38 países y detalla el gasto en salud por enfermedad, incluidas las carencias nutricionales, de 2015 a 2017— recoge un leve aumento (el 5,6%) del gasto total en salud; no obstante, el gasto en carencias nutricionales disminuyó en un 5,6% de 2015 a 2017, por lo que la proporción del gasto sanitario en deficiencias nutricionales cayó del 1,6% al 1,4%. El panorama en los países de ingreso bajo era más positivo, con un aumento del 23,9% en el gasto sanitario y un aumento del 20,1% en el gasto en carencias nutricionales[12]. En otro examen del gasto en 32 países entre 2015 y 2016 se observó que el gasto en intervenciones específicas de nutrición aumentó ligeramente en 12 países, pero disminuyó en 20[13].

A partir de los datos mundiales disponibles, puede concluirse que la proporción de gastos destinados a la nutrición sigue siendo baja en muchos países. Incluso hay algunas pruebas que indican una reducción de las inversiones en nutrición en ciertos países. Por ejemplo, en Guatemala, donde la política de nutrición se considera progresista, se ha registrado una gran caída de la inversión pública nacional en seguridad alimentaria y nutricional desde 2014[14].

Es posible acceder a los datos sobre las inversiones nacionales en materia de nutrición en otros sectores mediante el ejercicio de seguimiento presupuestario del Movimiento para el Fomento de la Nutrición (SUN). Los últimos datos disponibles de 45 países muestran que el 69,4% del gasto en nutrición (tanto para intervenciones específicas como enfocadas a la nutrición) no proviene del sector de la salud y los fondos provenientes de la protección social representan menos de la mitad de esta cifra (figura 5.4).

FIGURA 5.4
Inversión pública nacional en nutrición, por sectores



Fuente: Ejercicio de análisis presupuestario, 2019, Secretaría del Movimiento SUN.
Nota: Basado en 45 países con datos de referencia desde 2015 hasta 2019.

La escasez de datos impide realizar una evaluación del gasto nutricional a lo largo del tiempo en estos sectores. No obstante, el insuficiente gasto público en muchos sectores, como la agricultura y la educación —que son fuentes importantes de gasto enfocado a la nutrición—, es motivo de preocupación por su efecto en las inversiones indirectas en nutrición[15].

- En la agricultura, hay pocos progresos en la financiación pública, con la excepción de Asia Oriental, el Pacífico, Oriente Medio y África Septentrional[16].
- El gasto en educación en 29 países miembros de SUN aumentó solo un 6,6% en términos reales de 2015 a 2017; además, 12 países registraron un crecimiento inferior al 1% o un descenso en términos absolutos[17].
- El sector del agua, el saneamiento y la higiene es una excepción, con tendencias dispares. En los 24 países con datos disponibles, la financiación total en términos reales aumentó entre 2017 y 2019 en un 11,1% anual, aunque en 9 países se registraron disminuciones[18]. Sin embargo, a pesar de los aumentos, persiste una brecha de financiación significativa, lo que repercute de forma indirecta en la nutrición. Según el reciente informe GLAAS [Análisis y evaluación mundiales del saneamiento y el agua potable][19], la mayoría de los países que respondieron al cuestionario afirmaron poseer menos del 50% de los recursos financieros necesarios para llevar a cabo sus planes de agua, saneamiento e higiene, y la situación es peor en las zonas rurales, lo que exige una asignación más equitativa de los recursos.

En resumen, si bien los datos disponibles son insuficientes para cuantificar la brecha de financiación nacional, las limitadas pruebas disponibles sugieren que el gasto interno en intervenciones nutricionales de gran repercusión no alcanza en el nivel requerido en el Marco de Inversión. La proporción de los presupuestos sectoriales —como el de la salud— atribuida a los resultados de la nutrición es pequeña. El aumento del gasto en nutrición es marginal en el mejor de los casos y está disminuyendo en muchos países. Es necesario renovar los esfuerzos para movilizar los recursos nacionales fundamentales para lograr un impacto sostenible.

Movilización de recursos de los donantes

Los "recursos de los donantes" se refieren al apoyo externo encaminado a ampliar los programas de nutrición a nivel nacional de los donantes nacionales, multilaterales (incluidos la Unión Europea, los bancos de desarrollo y las instituciones de las Naciones Unidas) y privados[20]. La escasez de datos limita los esfuerzos para asignar estos recursos con precisión. Al margen de los donantes que notifican sus contribuciones a través del proceso Nutrición para el Crecimiento (tabla 5.1), el seguimiento de la AOD enfocada a la nutrición dista mucho de ser satisfactorio. La información sobre los gastos y actividades de los donantes que no pertenecen al Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE y los donantes Sur-Sur es limitada. Es fundamental obtener una mayor claridad sobre estos datos para mejorar los resultados nutricionales y los esfuerzos de coordinación. Existen varios mecanismos e iniciativas para realizar un seguimiento de los recursos de los donantes para la ayuda destinada específicamente a la nutrición, así como nuevas herramientas, que están permitiendo un mejor seguimiento y análisis de la ayuda nutricional más allá del código de propósito sobre la nutrición básica[21] (caso destacado 5.2).

CASO DESTACADO 5.2

Mejoras en el seguimiento mundial de los desembolsos de los donantes

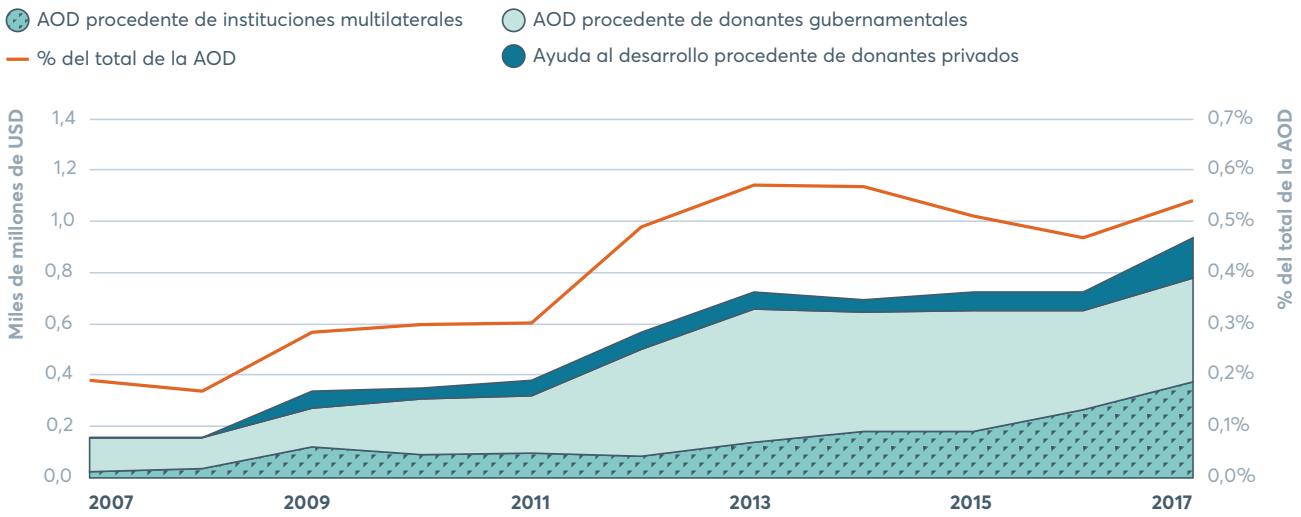
J. S. Kouassi, Mary D'Alimonte y Kedar Mankad

El seguimiento de la ayuda destinada a la nutrición es fundamental para el seguimiento y la rendición de cuentas. La Red de Donantes del Movimiento SUN ha estado utilizando datos del Sistema de Notificación de los Países Acreedores (CRS) del DAC de la OCDE para supervisar el gasto en comparación con los compromisos asumidos en la primera Cumbre Nutrición para el Crecimiento, celebrada en 2013. Antes, el CRS disponía de una capacidad limitada para realizar un seguimiento de la ayuda para la nutrición, pero recientemente se ha mejorado de las siguientes maneras:

- Se ha modificado el código de propósito para la nutrición básica, de modo que ya no incluye la alimentación en las escuelas y coincide con la definición internacional de "específico de nutrición". Asimismo, el CRS ha añadido nuevos códigos de propósito para las enfermedades no transmisibles, lo que facilitará el seguimiento de los proyectos de ayuda, incluidas las inversiones para reducir la exposición a dietas no saludables que generan obesidad.
- De forma voluntaria, se ha adoptado un marcador de políticas de nutrición para mejorar el seguimiento de la ayuda nutricional en todos los sectores. Este se elaboró en colaboración con la Red de Donantes del Movimiento SUN y otros asociados del Movimiento SUN, incluida Acción contra el Hambre. La Red de Donantes del Movimiento SUN, la Secretaría del Movimiento y la Secretaría de la OCDE están elaborando actualmente orientaciones para apoyar a los organismos miembros del CAD a adoptar y aplicar el marcador de políticas de nutrición.
- Nuevos donantes filantrópicos privados, como la Children's Investment Fund Foundation (CIFF), han comenzado a presentar informes a la OCDE. Esto permite al CRS recoger información adicional sobre la financiación de los donantes.

Todas estas mejoras llegan en el momento oportuno. Un mejor sistema de seguimiento de la ayuda a la nutrición permitirá comprender mejor las tendencias y los déficits de financiación, y podría dar arrojar luz sobre si se está llegando a las poblaciones vulnerables y marginadas con intervenciones adecuadas. Esto contribuirá a un seguimiento más preciso y comparable de los avances en general y de los compromisos financieros que se anticipaba que los donantes anunciarían en la Cumbre Nutrición para el Crecimiento de Tokio.

FIGURA 5.5
Desembolsos de AOD para nutrición básica, 2007-2017



Fuente: Iniciativas de desarrollo basadas en el Sistema de Notificación de los Países Acreedores (CRS) del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE. Datos descargados el 29 de enero de 2020.
Notas: Los montos de la AOD se basan en los desembolsos brutos de AOD e incluyen las subvenciones y los préstamos de la AOD, pero excluyen otros flujos oficiales notificados al CRS del CAD de la OCDE. Entre los gobiernos donantes figuran los países miembros del CAD y otros donantes gubernamentales (los Emiratos Árabes Unidos y Kuwait). En las instituciones multilaterales se incluyen todas las organizaciones multilaterales que presentan informes sobre la AOD al CRS del CAD de la OCDE. Los montos provenientes de donantes privados se basan en la asistencia privada para el desarrollo comunicada al CAD de la OCDE. En esa asistencia se incluyen todos los flujos de recursos internacionales en condiciones favorables transferidos voluntariamente de fuentes privadas para el desarrollo internacional. Estos flujos son los fondos privados que se canalizan a través de organizaciones no gubernamentales (ONG), fundaciones y actividades filantrópicas empresariales. Todos los importes son precios constantes de 2017.

Tendencias en la ayuda específica para la nutrición

Los desembolsos que los donantes notificaron en virtud del código del Sistema de Notificación de los Países Acreedores (CRS) para la nutrición básica (un indicador de la ayuda específica para la nutrición) y en el marco de la ayuda privada al desarrollo alcanzaron los 1.250 millones de dólares estadounidenses en 2017, lo que representa un aumento anual medio del 11,3% en términos reales desde 2012 (figura 5.5). La AOD en materia de nutrición procedente de donantes privados, como las organizaciones filantrópicas, contribuyó a ese aumento, aunque también puede atribuirse, al menos en parte, a una mejor presentación de informes. Las tendencias en la proporción de AOD asignada a la nutrición básica han sido menos constantes. Tras un aumento sostenido durante cinco años, entre 2008 y 2013, los porcentajes cayeron año tras año hasta 2017, cuando se incrementó el gasto en nutrición básica hasta el 0,54% de la AOD, frente al 0,47% de 2016, si bien todavía por debajo de los niveles de 2013.

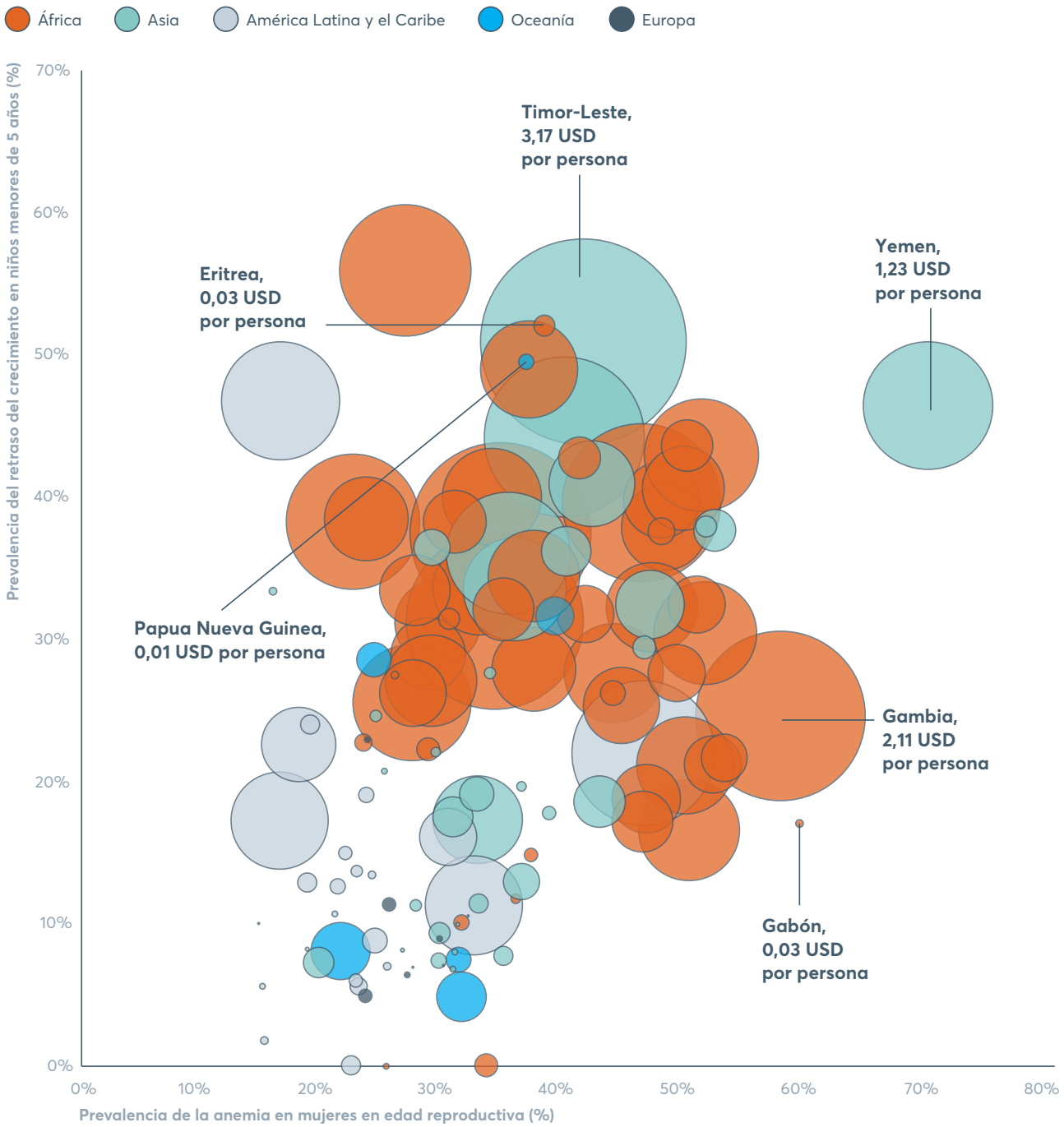
Desde la perspectiva de la equidad, la asignación de ayuda nutricional basada en los determinantes sociales reviste tanta importancia como las cantidades totales. La AOD debe destinarse a los lugares con mayores necesidades y donde la capacidad nacional para cubrirlas es menor. Una evaluación exploratoria de la asistencia oficial para el desarrollo per cápita en materia de nutrición básica (la asistencia de este tipo para la nutrición que se ha planificado y programado) en relación con los indicadores de la malnutrición sugiere que la ayuda suele destinarse a los países con tasas de malnutrición más elevadas (figura 5.6)[22]. Las tasas de anemia en mujeres en edad reproductiva y de retraso del crecimiento en la infancia guardan una correlación positiva y estadísticamente significativa con la AOD per cápita destinada a la nutrición básica[23]. Además, cuando se examinan conjuntamente, el retraso del crecimiento permite predecir dónde se asigna esa ayuda con mucha mayor precisión que la anemia.

No obstante, todavía hay mucho margen de mejora. Varios países con grandes necesidades reciben volúmenes relativamente pequeños de asistencia en materia de nutrición. Por ejemplo, el Gabón presenta la segunda prevalencia más alta de anemia en mujeres en edad reproductiva, con el 59,1%, pero la AOD per cápita para la nutrición básica que recibe es de las más bajas, con un promedio de menos de medio centavo por persona en el período comprendido entre 2015 y 2017. Del mismo modo, Eritrea recibió un promedio de 0,03 dólares estadounidenses por persona durante los últimos tres años a pesar de que tiene una prevalencia del retraso del crecimiento del 52% y Papua Nueva Guinea recibió un promedio de 0,01 dólares por persona con una prevalencia del retraso del crecimiento del 49,5%.

Múltiples factores determinan dónde y cómo los donantes asignan su ayuda, y es necesario investigar más para comprenderlos mejor, como primer paso para mejorar la selección de destinatarios. Sin embargo, muchas de las naciones que se enfrentan a niveles extremadamente altos de retraso del crecimiento y anemia y que, además, reciben volúmenes muy bajos de ayuda nutricional básica por persona son países frágiles. De los 124 países evaluados, 57 son frágiles o extremadamente frágiles (el 46%). Sin embargo, 6 de los 8 países que recibieron un promedio de menos de un dólar por persona entre 2015 y 2017 y que también presentan una prevalencia de la anemia en mujeres en edad reproductiva superior al 50% (es decir, países con baja ayuda nutricional básica y alta malnutrición) encajan en estas categorías. De manera análoga, al observar los países que reciben esta baja asignación, se constata que los 12 con mayor prevalencia del retraso del crecimiento se encuentran en uno de estos grupos de fragilidad.

Asimismo, debe tenerse en cuenta la manera en que se brinda la asistencia nutricional. La ayuda nutricional también puede proporcionase, por ejemplo, a través de la asistencia humanitaria; lo normal sería esperar que esta modalidad tuviera una mayor presencia en los contextos frágiles. De hecho, durante el período comprendido entre 2015 y 2017, 9 de los 15 países extremadamente frágiles recibieron más ayuda nutricional a través de asistencia humanitaria internacional como promedio que como AOD para la nutrición básica. Por el contrario, 54 de los 67 países no frágiles no recibieron ningún tipo de asistencia nutricional humanitaria. La ayuda nutricional proporcionada mediante cada modalidad puede responder a necesidades distintas, con objetivos variados y puede estar sujeta a la supervisión de diferentes grupos de agentes. Por lo tanto, es necesario comprender mejor los tipos de asistencia nutricional que se brindan en diferentes contextos y el modo en que cada uno de ellos contribuye a los compromisos globales.

FIGURA 5.6
Asignación de la AOD para la nutrición básica en 2017, por carga de malnutrición



Fuente: UNICEF, OMS y Grupo Banco Mundial: Estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil; Observatorio Mundial de la Salud de la OMS; Sistema de Notificación de los Países Acreedores del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE; Banco Mundial, 2019.
Nota: El tamaño de los círculos representa el promedio de ayuda para la nutrición básica recibida en 2015, 2016 y 2017, dividida entre la población de 2017 para mostrar los montos per cápita.

La financiación de la AOD para el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación en los países de ingreso mediano bajo y bajo

La financiación de la AOD para mejorar la alimentación debe englobar la malnutrición en todas sus formas, lo que incluye el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Las tasas estimadas de sobrepeso y obesidad en adultos, por ejemplo, han aumentado entre 2012 y 2016 en todos los países —incluidos los más pobres— y los costes económicos de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación son elevados. A escala mundial, el 27,3% de las muertes causadas por enfermedades no transmisibles en 2017[24] se atribuyeron a factores de riesgo alimentario[25]. Hasta la fecha, la inversión en muchos países de ingreso mediano bajo y bajo se ha centrado en la desnutrición. No obstante, existe un creciente déficit de financiación para tratar la malnutrición relacionada con el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles. Estas enfermedades han sido tradicionalmente problemas de los países de ingreso alto donde se asignan importantes recursos nacionales. Sin embargo, durante el último decenio, se ha registrado un rápido aumento en las tasas de sobrepeso y obesidad en los países de ingreso mediano bajo, a los que en gran medida se ha hecho caso omiso en las asignaciones de ayuda nutricional.

Algunos todavía consideran que las tasas crecientes de sobrepeso y obesidad son un indicador del éxito obtenido en la guerra contra la inseguridad alimentaria, junto con la percepción de que se puede esperar hasta que los países alcancen sus objetivos de desarrollo económico y reducción del hambre antes de centrarse en este fenómeno al alza. Tal enfoque puede tener efectos devastadores para la salud y la economía de los países de ingreso mediano y bajo. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación son afecciones que, a menudo, requieren tratamientos y cuidados costosos y de por vida que estos países no están, por el momento, equipados para proporcionar[26]. Como se destaca en la serie de *The Lancet* sobre la doble carga de la malnutrición:

La nueva realidad que se perfila es que la desnutrición y la hipernutrición están interconectadas y, por lo tanto, para que las soluciones normativas sean eficaces, deben aplicarse medidas de doble función que aborden simultáneamente más de una dimensión[27].

El CRS de la OCDE ha añadido nuevos códigos de propósito específicos para las enfermedades no transmisibles (caso destacado 5.2). Las mejoras en el seguimiento mundial de los desembolsos de los donantes servirán para proporcionar una idea más completa de las asignaciones de ayuda para la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles. En el *Informe de la Nutrición Mundial* se aplica una metodología propia para rastrear el gasto en las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación y se llega a la conclusión de que los desembolsos en la materia alcanzaron los 39,8 millones de dólares en 2017, 7,3 millones más que en 2016 (figura 5.7). Los compromisos financieros para las enfermedades no transmisibles también han aumentado hasta llegar a los 57,5 millones de dólares en 2017, con respecto a los 51,2 millones de 2016. Los desembolsos para estas enfermedades aumentaron un 22,6% entre 2016 y 2017. Al mismo tiempo, durante ese período, los desembolsos para el sector de la nutrición básica aumentaron en un 21,2%, mientras que los de la ayuda enfocada a los sectores en su conjunto crecieron solo un 5,4%. De hecho, los desembolsos para las enfermedades no transmisibles aumentaron marginalmente en proporción del total de la AOD y pasaron del 0,018% en 2016 al 0,020% en 2017.

Dado el elevado número de países que se enfrentan a múltiples cargas de malnutrición, es fundamental que los sistemas de financiación externos e internos se adapten sin demora para ampliar la inversión tanto en las medidas que tienen un efecto demostrado sobre el sobrepeso y la obesidad como en las que se centran en la desnutrición. En el informe de políticas de la OMS *"Double-duty actions" [Medidas de doble función]*[28], se destaca cómo la inversión fundamentada puede solucionar la doble carga de la malnutrición (las dos caras de una misma crisis) aprovechando las sinergias en las medidas para garantizar una buena nutrición en general. La mejora de la disponibilidad de datos de calidad sobre el coste del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación en todos los contextos contribuirá a facilitar la toma de decisiones adecuadas, incluido el establecimiento de metas mundiales y nacionales para la reducción del sobrepeso y la obesidad en los adultos.

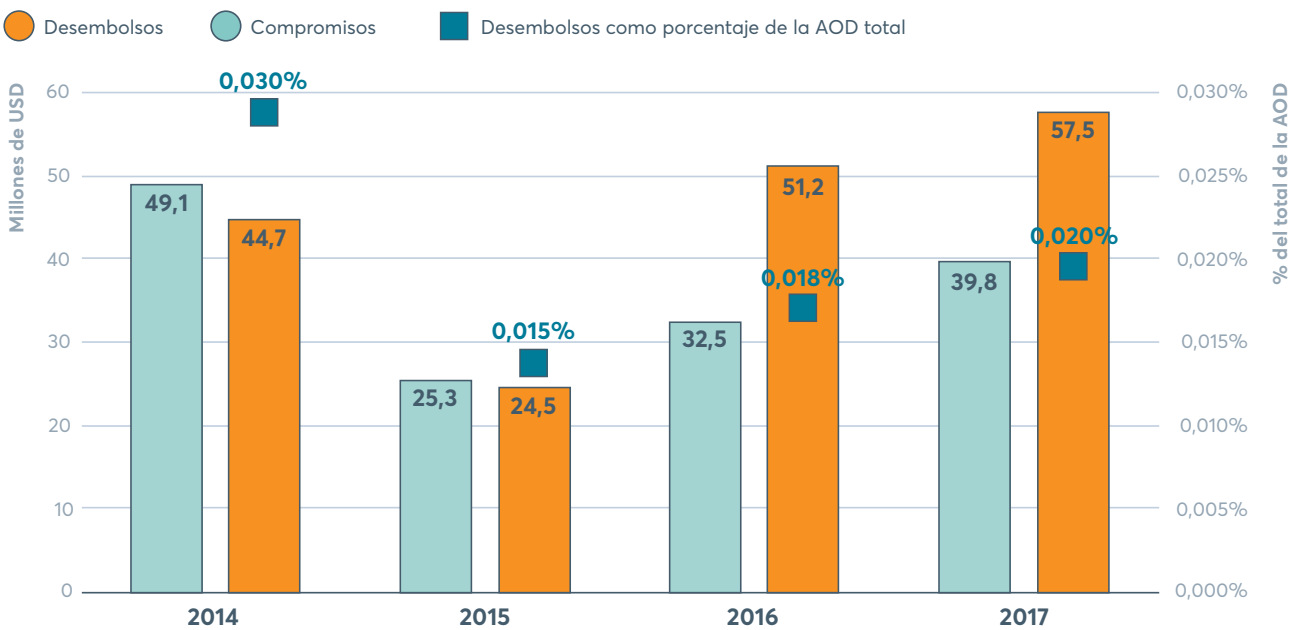
Seguimiento de la ayuda con respecto a las metas de nutrición de la Asamblea Mundial de la Salud

En consulta con la Red de Donantes del Movimiento SUN, los investigadores han estado realizando un seguimiento de la ayuda de los donantes destinada a apoyar el paquete prioritario de intervenciones del Marco de Inversión en la Nutrición para evaluar si se han alcanzado los objetivos financieros de los donantes[29]. Del análisis de los datos del CRS de la OCDE, que incluyen la ayuda tanto dentro como fuera del código de nutrición básica, se desprende que los donantes han hecho progresos positivos en la movilización de fondos para las metas de la Asamblea Mundial de la Salud. Entre 2015 y 2017, la ayuda del paquete prioritario aumentó un 11% (anualizado), de 1.100 millones de dólares a 1.400 millones[30]. La correlación de estos desembolsos con los valores de referencia del escenario de financiación del paquete prioritario del Marco sugiere que, en general, los donantes movilizaron el 93% de su propuesta de participación en los costes del paquete prioritario para 2017. Si bien este dato es positivo, no es suficiente: en 2017 todavía existía un déficit de 100 millones de dólares en concepto de apoyo de los donantes externos para cubrir las intervenciones prioritarias de ese año. Es más, la brecha en el apoyo al paquete completo del Marco de Inversión en la Nutrición, que asciende a 7.000 millones de dólares al año, como se muestra en la figura 5.1, será sustancialmente más importante, aunque aún no se ha cuantificado. Tal y como se ilustra en la figura 5.8, no todas las metas han recibido los mismos aumentos de financiación.

Seguimiento de los compromisos financieros de los donantes contraídos en la Cumbre Nutrición para el Crecimiento

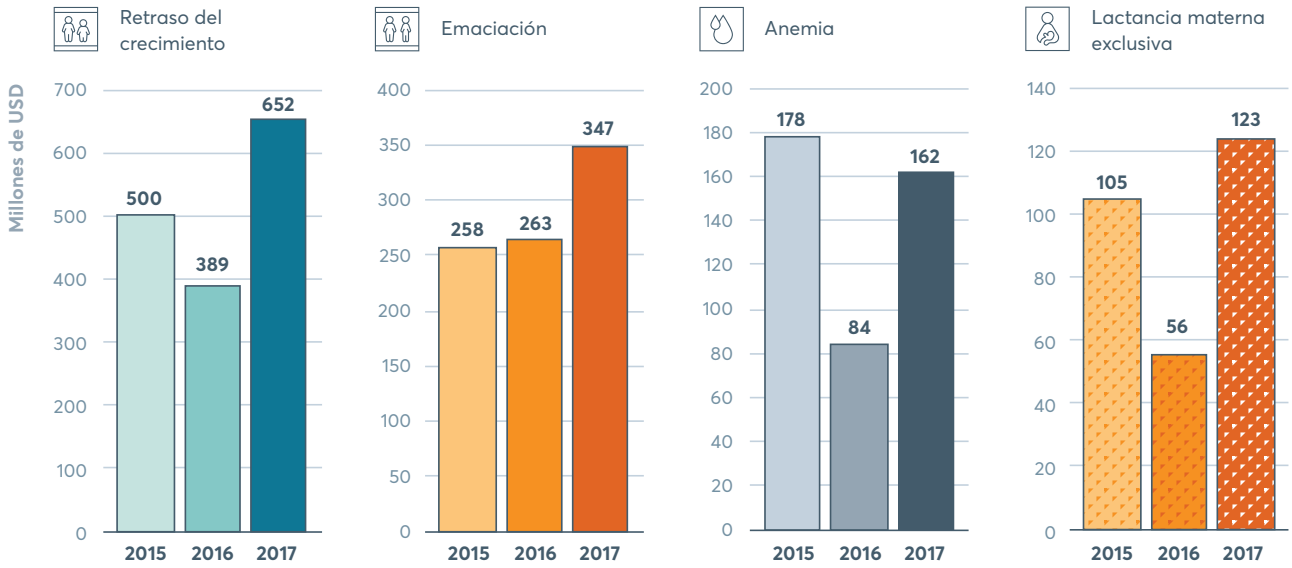
La iniciativa Nutrición para el Crecimiento se estableció a través de una asociación entre los Gobiernos del Reino Unido, el Brasil y el Japón, abanderada por importantes fundaciones filantrópicas y organizaciones de la sociedad civil. Su objetivo consiste en asegurar nuevos compromisos financieros y políticos por parte de los gobiernos, los donantes, la sociedad civil, las Naciones Unidas y las empresas, para ayudar a poner fin a la malnutrición en todas sus formas para 2030. Todos los años, en el *Informe de la Nutrición Mundial* se hace un seguimiento de los compromisos adquiridos por las partes interesadas a través del proceso Nutrición para el Crecimiento. En la tabla 5.1 se muestran los últimos desembolsos comunicados por los donantes para medidas específicas y enfocadas a la nutrición entre 2010 y 2017.

FIGURA 5.7
Gasto de los donantes en enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación



Fuente: Iniciativas de desarrollo basadas en el Sistema de Notificación de los Países Acreedores (CRS) del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE. Datos descargados el 11 de julio de 2019.
Nota: En el gráfico se presentan los gastos de los donantes cifrados mediante los códigos de propósito para las enfermedades no transmisibles. Sin embargo, es probable que el gasto real de los donantes en las enfermedades no transmisibles sea muy diferente, ya que muchas de las inversiones con otros códigos de propósito también tendrán un efecto en este ámbito.

FIGURA 5.8
Desembolsos de los donantes en determinadas metas de nutrición de la Asamblea Mundial de la Salud



Fuente: Results for Development, 2019. "Tracking aid for the WHA nutrition targets: Progress towards the global nutrition goals between 2015-2017". Washington, D. C.: Results for Development.
Notas: No es posible sumar los desembolsos para cumplir las metas de la Asamblea Mundial de la Salud debido al solapamiento de las intervenciones. Los detalles sobre las acciones y las metas del paquete se incluyen en las notas finales[31].

TABLA 5.1
Desembolsos destinados a la nutrición comunicados por los donantes a los *Informes de la Nutrición Mundial*

EN MILES DE DÓLARES	ESPECÍFICO DE NUTRICIÓN						
	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ALEMANIA	2.987	2.719	35.666	50.572	51.399	18.047	19.621
AUSTRALIA	6.672	16.516	n. a.	20.857	n. a.	15.639	n. a.
CANADÁ	98.846	205.463	169.350	159.300	108.600	97.628	93.099
ESTADOS UNIDOS	82.613	229.353	288.649	263.241	382.891	296.974	195.921
FRANCIA	2.895	3.852	2.606	6.005	4.660	8.572	4.339
IRLANDA	7.691	7.565	10.776	19.154	13.079	12.391	18.238
PAÍSES BAJOS	2.661	4.007	20.216	25.025	31.604	46.331	32.837
REINO UNIDO	39.860	63.127	105.000	87.000	92.400	156.000	188.294
SUIZA	0	0	0	0	0	0	0
UNIÓN EUROPEA	50.889	8	54.352	44.680	48.270	29.721	57.097
FUNDACIÓN GATES	50.060	80.610	83.534	61.700	96.500	96.616	144.532
CIFF	980	5.481	37.482	26.750	53.607	32.784	63.180
BANCO MUNDIAL	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.

EN MILES DE DÓLARES	ENFOCADO A LA NUTRICIÓN						
	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ALEMANIA	18.856	29.139	20.642	51.547	84.174	186.780	142.809
AUSTRALIA	49.903	114.553	n. a.	87.598	n. a.	128.706	n. a.
CANADÁ	80.179	90.171	n. a.	998.674	1.271.986	1.309.732	1.102.545
ESTADOS UNIDOS	2.005.880	1.968.759	2.449.706	2.656.269	2.555.332	3.038.180	3.548.197
FRANCIA	23.003	27.141	33.599	s. r.	23.781	16.446	25.991
IRLANDA	34.806	45.412	48.326	56.154	54.217	54.248	56.843
PAÍSES BAJOS	2.484	20.160	21.616	18.274	28.422	56.510	53.917
REINO UNIDO	302.215	412.737	734.700	780.500	928.300	693.000	706.334
SUIZA	21.099	28.800	29.160	26.501	43.656	42.190	59.971
UNIÓN EUROPEA	392.563	309.209	315.419	570.890	423.704	496.672	538.637
FUNDACIÓN GATES	12.320	34.860	43.500	29.200	42.000	62.619	37.289
CIFF	0	0	854	154	20.725	21.595	38.538
BANCO MUNDIAL	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.

EN MILES DE DÓLARES	TOTAL						
	2010	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ALEMANIA	21.843	31.858	56.308	102.119	135.573	204.827	162.430
AUSTRALIA	56.575	131.069	n. a.	108.455	n. a.	144.345	n. a.
CANADÁ	179.025	295.634	n. a.	1.157.974	1.380.586	1.407.360	1.195.645
ESTADOS UNIDOS	2.088.493	2.198.112	2.738.356	2.919.510	2.938.223	3.335.154	3.744.118
FRANCIA	25.898	30.993	36.205	n. a.	28.441	25.018	30.330
IRLANDA	42.497	52.977	59.102	75.308	67.295	66.640	75.081
PAÍSES BAJOS	5.145	24.167	41.832	43.299	60.027	102.841	86.754
REINO UNIDO	342.075	475.864	839.700	867.500	1.020.700	849.000	894.628
SUIZA	21.099	28.800	29.160	26.501	43.656	42.190	59.971
UNIÓN EUROPEA	443.452	309.217	369.771	615.570	471.974	526.393	595.734
FUNDACIÓN GATES	62.380	115.470	127.034	90.900	138.500	159.235	181.822
CIFF	980	5.481	38.336	26.904	74.332	54.379	101.718
BANCO MUNDIAL	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.

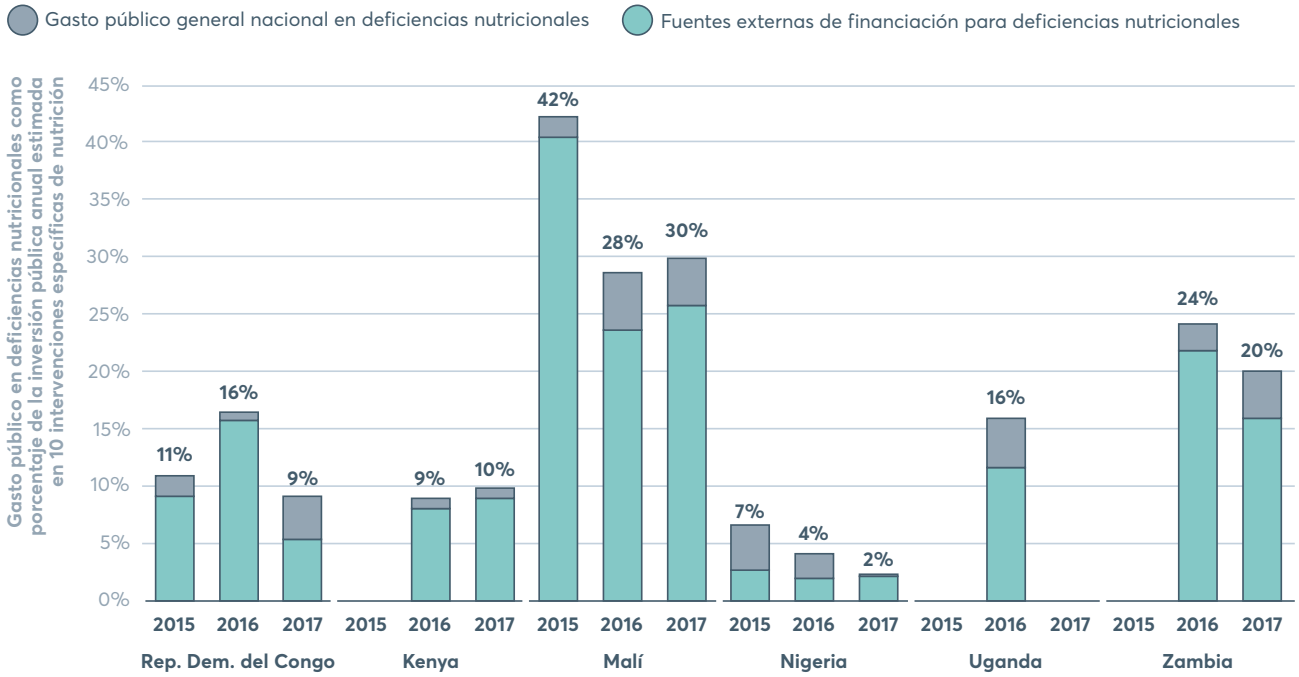
Fuente: A partir de los datos proporcionados por los donantes.
Notas: Los datos reflejan los precios actuales. La mayoría de los donantes informan en dólares de los Estados Unidos; cuando no lo hacen, se aplica el promedio anual del tipo de cambio de la OCDE o del Servicio de Impuestos Internos de los Estados Unidos. CIFF: Children's Investment Fund Foundation; Fundación Gates: Fundación Bill y Melinda Gates; s. r.: sin respuesta a nuestra petición de datos; n. a.: no aplicable (no es posible calcular cifras totales significativas debido a la falta de datos o a que estos se obtuvieron con una metodología distinta de la utilizada por la Red de Donantes del Movimiento SUN). Los cálculos y las notificaciones a menudo difieren según el país y el donante, como se indica con los símbolos (* y +) y se explica en las notas[32].

Demostración del déficit de financiación para la nutrición en la actualidad

No hay suficientes datos disponibles para cuantificar el déficit de financiación nacional a escala mundial de manera que se combinen las necesidades presupuestadas con las inversiones públicas nacionales e internacionales. La evaluación a nivel nacional es igualmente difícil de realizar. Una evaluación realizada por el Banco Mundial demuestra que las tendencias en los déficits de financiación nacionales pueden calcularse si se dispone de información relacionada con las necesidades y las inversiones del país. En la evaluación de la comparación de los planes presupuestados para diez intervenciones específicas de nutrición con la financiación anual del sector de la salud en seis países africanos, puede constatarse una importante diferencia entre las necesidades estimadas y los recursos existentes, tanto nacionales como de los donantes (figura 5.9). También se detecta un aumento mínimo en el trienio de 2015 a 2017, y algunos países, como Nigeria, registraron caídas interanuales en el gasto[33].

Si se suman las pruebas anteriormente mencionadas, puede deducirse que el gasto nacional en intervenciones nutricionales de gran repercusión no está bien encaminado para alcanzar en el nivel requerido en el Marco de Inversión. Por lo tanto, es necesario renovar los esfuerzos para movilizar recursos nacionales e internacionales. El déficit de financiación no puede cuantificarse en estos momentos, pero el gasto nacional sigue siendo bajo; de hecho, en algunos países el gasto aumenta mínimamente mientras que otros se mueven en la dirección opuesta. Los donantes han aumentado el gasto dentro del paquete prioritario del Marco de Inversión en la Nutrición. No obstante, los países aún se enfrentan a un déficit que se ampliará a menos que aumenten sustancialmente la financiación nacional.

FIGURA 5.9
Financiación pública específica de nutrición como porcentaje de la inversión necesaria dentro del sector de la salud en seis países africanos



Fuente: Base de datos de la OMS sobre el gasto sanitario mundial; *Scaling Up Nutrition: What Will it Cost?*, seis estudios de casos realizados por el Banco Mundial.
Nota: Si bien el gasto sanitario en deficiencias nutricionales abarca la mayoría de las intervenciones específicas de nutrición dentro del marco de nutrición, es posible que ciertos elementos se incluyan en otros sectores (por ejemplo, la alimentación infantil). Por lo tanto, el déficit de financiación debe tratarse como una estimación y no como una comparación directa de los avances.

Estrategias para financiar la nutrición

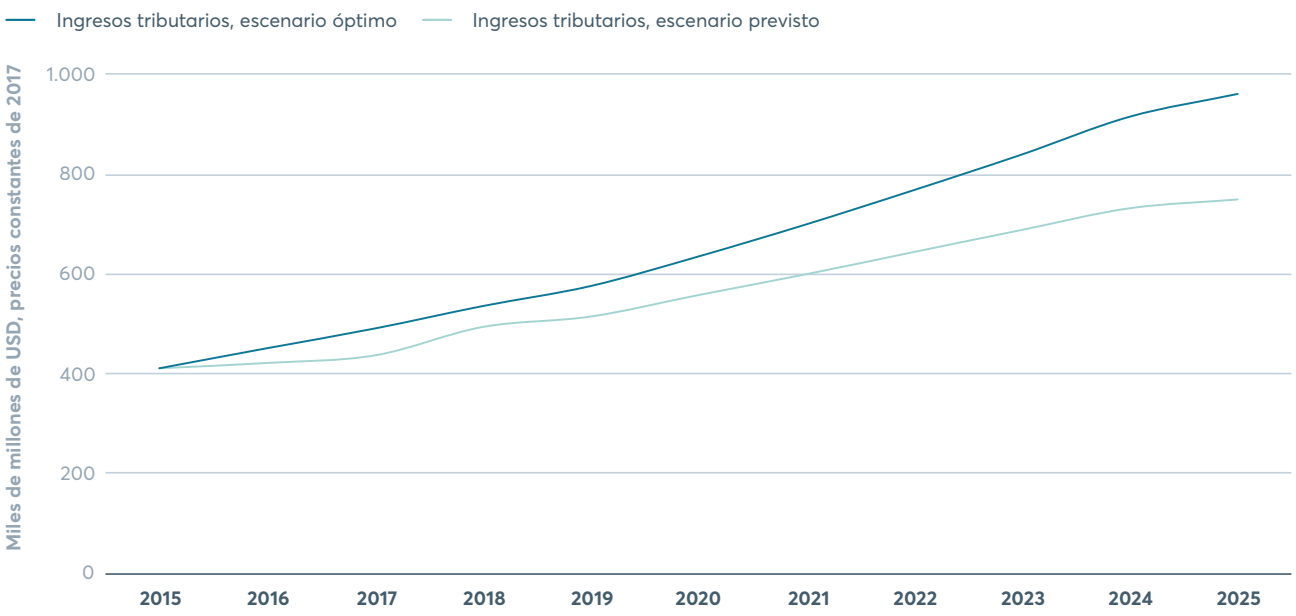
Es bien sabido que los actuales incrementos en la financiación no están a la altura de las metas. Al mismo tiempo, los datos para evaluar las necesidades de financiación y realizar un seguimiento de las inversiones distan mucho de ser adecuados, lo que socava los esfuerzos para dirigir los recursos donde más se necesitan. Para hacer frente al desafío mundial de la nutrición y a la inequitativa distribución de los resultados de la nutrición, en particular, es necesario:

- Ampliar la financiación de fuentes nacionales y externas.
- Apoyar las inversiones en nutrición y las medidas enfocadas a la nutrición en todos los sectores.
- Utilizar la perspectiva de la equidad para asignar mejor los recursos existentes a los más necesitados.
- Dar prioridad a las intervenciones pertinentes en función del contexto, con base empírica y basadas en datos más precisos.
- Desarrollar opciones de financiación innovadora.

Ampliar la financiación de fuentes nacionales y externas

A partir de las tendencias de crecimiento pasadas, se prevé un aumento de los ingresos tributarios en términos reales de 2015 a 2025 en la mayoría de los 61 países miembros del Movimiento SUN. Si los ingresos tributarios crecen al ritmo que se proyecta en las estimaciones actuales, habrá 337.300 millones de dólares más a disposición de los gobiernos para 2025 (figura 5.10). No obstante, si los gobiernos hicieran esfuerzos adicionales para maximizar los ingresos tributarios, esta cifra podría ser aún mayor y alcanzar los 551.800 millones de dólares.

FIGURA 5.10
Escenarios previsto y óptimo para los ingresos tributarios en los países del Movimiento SUN hasta 2025



Fuente: Informes del personal conforme al artículo IV del Fondo Monetario Internacional (FMI).
Nota: Estimaciones para 61 países del Movimiento SUN.

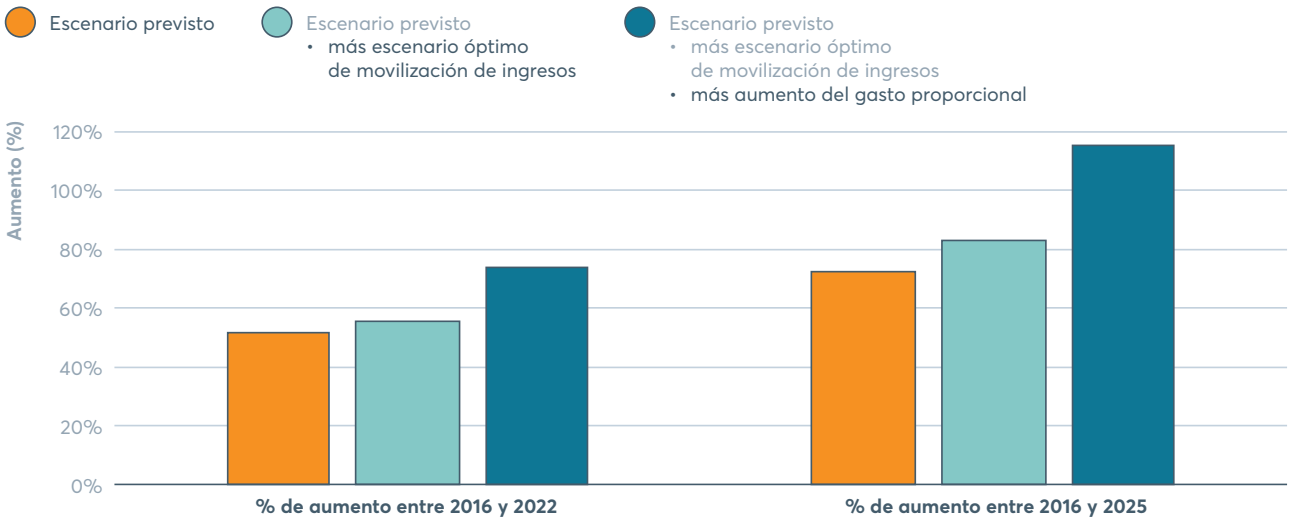
En los 33 países miembros del Movimiento SUN con datos disponibles, la asignación de este incremento de los ingresos tributarios hasta 2025 al gasto sanitario nacional destinado a paliar las carencias nutricionales muestra aumentos significativos. De mantenerse el porcentaje actual de recursos asignados a las carencias nutricionales, se produciría un aumento del 72,5% en el decenio comprendido entre 2016 y 2025 si no cambia nada, y del 83% si se optimiza el potencial de recaudación de ingresos (figura 5.11)[34]. Además, de estos 33 países, si aquellas naciones que dedican a las carencias nutricionales un porcentaje del gasto público nacional inferior a la mediana en relación con el gasto total en salud pasaran a alcanzar la mediana para 2025, sin poner en peligro otras esferas de la salud, se lograría un aumento adicional del 32,4%, o un incremento total del 115,4%. Esto demuestra que tanto el aumento de los recursos públicos nacionales como una mayor priorización de los fondos destinados a la nutrición podrían generar una cantidad significativa de financiación adicional.

Sin embargo, es importante tener en cuenta las consecuencias potenciales que la movilización de ingresos nacionales puede tener para los más pobres y vulnerables. Los gobiernos deben estudiar la naturaleza de la recaudación de las contribuciones para garantizar que los regímenes fiscales y las tarifas de los usuarios no tengan efectos desproporcionados o adversos en los ingresos de los ciudadanos más pobres y vulnerables ni los excluyan del acceso a los servicios.

Asimismo, en el análisis anteriormente expuesto del Banco Mundial de seis países miembros del Movimiento SUN (figura 5.9) se demuestra que, en algunos países, si bien sería posible aumentar los recursos para la nutrición mediante mayores ingresos, ese aumento seguiría siendo insuficiente. En tales casos, será necesario que los gobiernos aumenten la proporción de recursos disponibles que se destinan a las acciones específicas y enfocadas a la nutrición para cumplir con las metas de financiación.

La capacidad para aumentar los ingresos nacionales no es igual en todos los países. En algunos países no está previsto un crecimiento significativo en los ingresos debido a otros factores restrictivos. Por tanto, en el caso de estos países es necesario dar prioridad a los recursos externos, a fin de garantizar una asignación equitativa de los recursos nutricionales mundiales y una mejora en la movilización de recursos nacionales, de modo que las personas marginadas y de difícil acceso no se queden atrás.

FIGURA 5.11
Gasto sanitario gubernamental previsto para paliar las carencias nutricionales basado en tres escenarios (2016-2025)



Fuente: Informes del personal conforme al artículo IV del FMI; Base de datos de la OMS sobre el gasto sanitario mundial.
Notas: Estimaciones para 33 países del Movimiento SUN. Valores medianos de la proporción de fondos sanitarios destinados a carencias nutricionales, calculados por grupos de ingresos.

Inversión en medidas enfocadas a la nutrición en todos los sectores

Dado que los determinantes de la malnutrición son complejos y las metas de financiación relativas a las intervenciones específicas de nutrición están mal encaminadas, cada vez es más importante tratar la nutrición mediante enfoques multisectoriales más amplios. Para tal fin, se requieren esfuerzos coordinados en todos los sectores, respaldados por una fuerte voluntad política y una financiación adecuada que permita ampliar las inversiones productivas.

El liderazgo nacional en materia de nutrición debe ejercerse en los niveles más altos del gobierno para implicar a los diferentes ministerios competentes y facilitar un acuerdo conjunto en torno a un plan multisectorial y a prioridades de financiación para acabar con la malnutrición. En la segunda edición del *Global Nutrition Policy Review* (2016-2017)[35] se informa de un aumento en el número de países en los que el órgano de coordinación de la nutrición está ubicado en la oficina del presidente o del primer ministro, del 17% de 90 países (en la primera edición del *Global Nutrition Policy Review*, realizada en 2009 y 2010) al 30% de 105 países (en la segunda edición del *Global Nutrition Policy Review*, realizada en 2016 y 2017). Se trata de un logro significativo, ya que se ha demostrado que el liderazgo político de alto nivel facilita la coordinación y la cooperación entre los múltiples sectores y niveles que participan en el sistema de nutrición y mejora la capacidad, lo que a su vez puede dar lugar a una mayor inversión en enfoques enfocados a la nutrición. Según la segunda edición del *Global Nutrition Policy Review*, los países africanos han logrado progresos significativos en esta esfera, pero casi todos los países de América o del Mediterráneo Oriental carecen de esos mecanismos de gobernanza de alto nivel en materia de nutrición y deben acelerar los esfuerzos para asegurar un compromiso de alto nivel.

A pesar de algunos progresos recientes en la mejora del seguimiento de los recursos para los programas enfocados a la nutrición (como se describe en caso destacado 5.2), todavía persisten importantes carencias de datos en sectores fundamentales para transformar la nutrición, como la salud; la agricultura; la protección social; el agua, el saneamiento y la higiene; y la educación. Esto se debe principalmente a la falta de consenso mundial sobre el paquete prioritario de inversiones enfocadas a la nutrición para los gobiernos y los asociados.

Llegar a un acuerdo al respecto no es sencillo, ya que las pruebas sobre las repercusiones de las medidas enfocadas a la nutrición en los resultados en materia de nutrición y en los resultados intermedios de mejora de la alimentación son limitadas. Además, es probable que el paquete de medidas enfocadas a la nutrición sea específico para cada contexto y no sea igual en los entornos rurales y urbanos. Los datos sobre los costes de las intervenciones, la eficacia en función del coste y el rendimiento de las inversiones también son limitados. En el caso destacado 5.3 se describen algunos de los esfuerzos que se están realizando actualmente para ampliar la base empírica, pero otras evaluaciones también podrían ser de ayuda para decidir qué medidas adoptar en cada sector. Por ejemplo: en la agricultura, ¿qué medidas enfocadas a la nutrición han demostrado ser eficaces? ¿Cuánto costará ampliar estas intervenciones para lograr las metas de los ODS? ¿Quién lo pagará? Es decir, ¿qué deben aportar los gobiernos nacionales, las empresas y los asociados externos? Por último, ¿cuáles son los efectos previstos y los fundamentos económicos de esta inversión?

Las respuestas a estas preguntas pueden ayudar a guiar a los gobiernos, los asociados y los financiadores hacia el objetivo común de hacer que todos los sectores estén más enfocados a la nutrición mediante el fortalecimiento de las actividades de promoción, las políticas y la movilización de recursos. Diversos agentes pueden ayudar a subsanar el déficit de información apoyando análisis económicos en materia de nutrición en todos los sectores. Por ejemplo, los financiadores pueden aportar fondos para realizar evaluaciones económicas de los programas a los que brindan apoyo (p. ej., añadiendo módulos de cálculo de costes a la evaluación de la eficacia de los programas) y los que se ocupan de la ejecución o la investigación pueden utilizar un enfoque común para garantizar que los productos sean comparables.

CASO DESTACADO 5.3

Obtención de pruebas para sentar las bases de la programación multisectorial en materia de nutrición

Carol Levin, Dale Davis, Aulo Gelli, Mary D'Alimonte y Augustin Flory

Las pruebas sobre los costes y los beneficios de las medidas multisectoriales para la nutrición son limitadas. Esto limita la capacidad de los responsables de presupuestos para tomar decisiones fundamentadas sobre qué intervenciones priorizar en entornos con recursos limitados. Sin embargo, la red Agriculture, Nutrition and Health Academy ha elaborado un marco para medir los costes y los beneficios de los programas multisectoriales de nutrición[36]. Esto abre las puertas a otras evaluaciones centradas en los aspectos económicos de los programas enfocados a la nutrición y, lo que es más importante, a evaluaciones que siguen los mismos principios generales, lo que permite normalizar y comparar los resultados.

El Departamento de Salud Mundial de la Universidad de Washington está a la cabeza de una nueva iniciativa llamada Strengthening Economic Evaluation for Multisectoral Strategies for Nutrition (SEEMS-Nutrition) [Fortalecimiento de la Evaluación Económica de las Estrategias Multisectoriales para la Nutrición]. Bajo esta iniciativa, se está llevando a cabo la evaluación económica de seis programas que abarcan intervenciones de agricultura y sistemas alimentarios enfocados a la nutrición, estrategias de mercado para mejorar el acceso a alimentos nutritivos y otras acciones multisectoriales relacionadas con la alimentación. Las pruebas extraídas de estos casos supondrán un paso adelante hacia la documentación de los fundamentos económicos que justifican la ampliación de las intervenciones en materia de nutrición en estos sectores. En SEEMS-Nutrition también se elaborará un documento de orientación adaptado a los programas que aspiran a mejorar la nutrición desde los diferentes sectores. La orientación sobre los métodos se centrará en los principios y las mejores prácticas para el cálculo de costes, el diseño de estudios y la medición de cantidades de recursos y productos, así como la valoración de los costes y beneficios y la notificación de las estimaciones de dichos costes y beneficios. Se alienta a los miembros de la comunidad de la nutrición a que aporten pruebas adicionales más allá de estos seis casos, lo que podría sentar las bases de un marco de inversión para financiar la nutrición de forma más inteligente y sistemática en todos los sectores.

Financiación de la nutrición centrada en la equidad: al servicio de los más necesitados

Como se describe en el capítulo 1, existen desigualdades en materia de nutrición motivadas por una serie de factores políticos, económicos, geográficos y sociales que determinan el abanico de oportunidades disponibles. La solución de estas desigualdades no tiene por qué limitarse a la financiación, pero quién tiene acceso a qué recursos sí es un factor importante. Para garantizar la equidad nutricional, los recursos deben dirigirse preferentemente a quienes más los necesitan: las personas más pobres y más malnutridas[37].

Si bien centrarse en los más pobres no siempre tiene que costar más, el logro de resultados equitativos en contextos difíciles o remotos implicará un aumento de la inversión y, en algunos casos, costes per cápita más elevados. Esto es algo que los gobiernos deben aceptar si pretenden cerrar la brecha de manera equitativa.

Sin embargo, las pruebas de los estudios de casos demuestran que centrarse en los más pobres puede ser una inversión eficaz en función del coste, mientras que otras evaluaciones sugieren ahora que el logro de resultados en contextos difíciles, como los Estados frágiles, puede que sea más eficaz de lo que se pensaba antes[38]. Por ejemplo, en un estudio reciente se demuestra que una estrategia centrada en la equidad que dé prioridad a la atención de la salud y la nutrición de buena calidad para las personas más pobres y desfavorecidas puede salvar casi el doble de vidas que las inversiones equivalentes en grupos no pobres (véase a continuación el caso destacado 5.4). En otro estudio reciente de modelización realizado en 24 países se demuestra que, con el mismo nivel de inversión, un enfoque centrado en la equidad es más eficaz en función del coste y da lugar a una disminución más pronunciada de la mortalidad infantil[39].

No hay mucha bibliografía sobre las características de las estrategias de inversión centradas en la nutrición. No obstante, si se aplican las lecciones extraídas de la financiación de la cobertura sanitaria universal[40], las estrategias de inversión equitativa en nutrición deberían: prestar apoyo a todo el que lo necesite; dar acceso a todos, teniendo en cuenta el lugar y el momento en que se prestan los servicios; y eliminar el requisito de pagar por el derecho a utilizar los servicios (esto es especialmente pertinente en el caso de los servicios de nutrición que precisan pagos por cuenta propia). Las definiciones de "apoyo" y "necesidades" en materia de nutrición pueden variar de un sector a otro, pero el concepto puede aplicarse a la financiación de toda la gama de actividades de nutrición.

Es necesario mejorar la forma en que se asigna la ayuda a escala mundial, nacional y subnacional. En el mundo, los análisis exploratorios en los que se analiza el total de la ayuda específica de nutrición en consonancia con el Marco de Inversión en la Nutrición sugieren que esa asistencia se dirige actualmente a los países de ingreso bajo. Sin embargo, hay pocos objetivos adicionales basados en la carga de malnutrición y, sistemáticamente, algunos países reciben muy poco apoyo en relación con sus necesidades[41]. Lo ideal sería que un patrón equitativo de financiación de la nutrición aportara más financiación, de toda índole, al desarrollo de los países con una mayor carga de malnutrición y a los que tienen menor capacidad para movilizar recursos nacionales para los programas. Este apoyo podría incrementarse de forma indirecta si se ampliara la inversión internacional en la movilización de recursos nacionales, en particular en los países que presentan estrategias de desarrollo que dan prioridad a los más pobres.

La lucha contra las desigualdades reviste una importancia aún mayor en el plano subnacional. A pesar de la notable escasez de datos financieros a este nivel, los estudios en materia de financiación pública —tanto las asignaciones subnacionales de AOD como las transferencias de los gobiernos nacionales dentro de los países— apuntan a que la financiación de los servicios sociales, como la salud y la educación, no se orienta activamente hacia las regiones más empobrecidas[42]. Es más, en muchos casos, las regiones más pobres reciben menores cantidades de financiación per cápita. Un examen de la financiación del Banco Mundial y el Banco Africano de Desarrollo para el capital humano en 27 países entre 2005 y 2011 reveló que las regiones con mayores tasas de mortalidad de niños menores de 5 años no recibían más financiación para los proyectos[43].

Si bien es difícil evaluar la equidad subnacional específicamente en materia de nutrición, cada vez hay más datos disponibles. En un examen del gasto público en la República Unida de Tanzanía, por ejemplo, se comprobó que el gasto relacionado con la nutrición por niño en las zonas administradas por el gobierno local aumentaba con la prevalencia del retraso del crecimiento. Sin embargo, con grandes variaciones, la asignación de la mayoría de las transferencias gubernamentales a las zonas de gobierno local no se realizó siguiendo ninguna evaluación que tuviera en cuenta la equidad[44]. Mediante los ejercicios presupuestarios del Movimiento SUN, algunos países también están empezando a inspeccionar las asignaciones subnacionales para la nutrición, lo que aporta datos útiles sobre la equidad.

En toda estrategia de inversión equitativa en nutrición debería concederse prioridad a la financiación de las poblaciones más necesitadas. Para ello es necesario contar con sistemas de información capaces de identificar a los grupos y comunidades más desfavorecidos y marginados: ¿dónde se concentra la mayor carga de malnutrición, quiénes son los más afectados y por qué? También es preciso disponer de información sobre el grado de cobertura de las intervenciones existentes, así como sobre la naturaleza y la escala de las inversiones que se destinan a cada región.

Sin embargo, a menudo no se dispone de datos sobre lo que se gasta en la actualidad en programas de nutrición, ni de fuentes nacionales ni externas. Además, hoy por hoy, tampoco existen análisis de la equidad en la financiación de la nutrición por grupos destinatarios, como la financiación desglosada en función del sexo. Por consiguiente, hay una necesidad considerable de adoptar más medidas para desarrollar mejores sistemas de datos e información mejores en los que se desglosen adecuadamente los datos en el plano subnacional.

Una vez que los datos estén disponibles, es fundamental que las decisiones financieras para la nutrición también se tomen a nivel subnacional. Precisamente en este plano es donde mejor se entienden las prioridades y necesidades de los grupos más vulnerables y marginados, y también donde se toman las decisiones finales en torno al gasto a nivel local. Existen varias herramientas de modelización para la promoción, la toma de decisiones y el cálculo de costes a disposición de los responsables de la toma de decisiones[45]. La herramienta Optima Nutrition tiene por objetivo ayudar a orientar las inversiones en nutrición de múltiples intervenciones hacia el logro de un mayor impacto con una dotación presupuestaria determinada (caso destacado 5.4)[46]. Paralelamente a la elaboración de sistemas de datos desglosados, la comunidad de la nutrición también puede aprovechar los esfuerzos sectoriales pertinentes en favor de la equidad, como las medidas para mejorar la igualdad de género en la financiación de la salud, que tiene un efecto significativo en la nutrición.

CASO DESTACADO 5.4

La herramienta Optima Nutrition reducirá el retraso del crecimiento en la infancia mediante una mejor selección de las intervenciones

Meera Shekar, Jonathan Kweku Akuoku y Jean Sebastien Kouassi

Antecedentes y contexto

En el Marco Mundial de Inversión en la Nutrición (2017) se estimó que serían necesarios 7.000 millones de dólares más al año entre 2016 y 2025 para alcanzar cuatro metas mundiales de nutrición. Para lograr este objetivo es imperativo mejorar la eficiencia del gasto mediante mejores estimaciones de los costes de nutrición, análisis de la eficacia en función del coste y evaluaciones de la relación coste-beneficio. No obstante, todavía quedan muchas preguntas por responder:

- ¿Cuál es la asignación óptima de recursos en las distintas intervenciones, dado el presupuesto gubernamental para la nutrición?
- ¿De qué manera pueden utilizarse estos análisis para generar un mayor compromiso político nacional en materia de nutrición?
- ¿De qué manera pueden utilizarse estos análisis para fundamentar una asignación financiera subnacional sensata e informada en sintonía con las prioridades de nutrición local y que tenga en cuenta a los más necesitados?

Optima Nutrition, una herramienta de eficiencia distributiva para reducir la malnutrición

Optima Nutrition es una herramienta creada en 2017 para realizar análisis económicos y de impacto en materia de nutrición. Optima Nutrition facilita, en función de los diferentes niveles de financiación, la estimación de los recursos que deben asignarse a una combinación de intervenciones en materia de nutrición, así como el posible efecto asociado. Por ejemplo, teniendo en cuenta el presupuesto general de salud pública disponible para la nutrición, Optima Nutrition puede proporcionar a los responsables de la formulación de políticas la combinación de inversiones adecuada para lograr los resultados óptimos. Optima Nutrition puede utilizarse para fundamentar:

- los documentos normativos clave, como los planes nacionales de nutrición de los países del Movimiento SUN;
- las nuevas inversiones en nutrición; y
- las asignaciones presupuestarias en el marco de los programas o proyectos de nutrición existentes a nivel nacional y subnacional.

¿Qué utilidad puede tener Optima Nutrition para los países del Movimiento SUN?

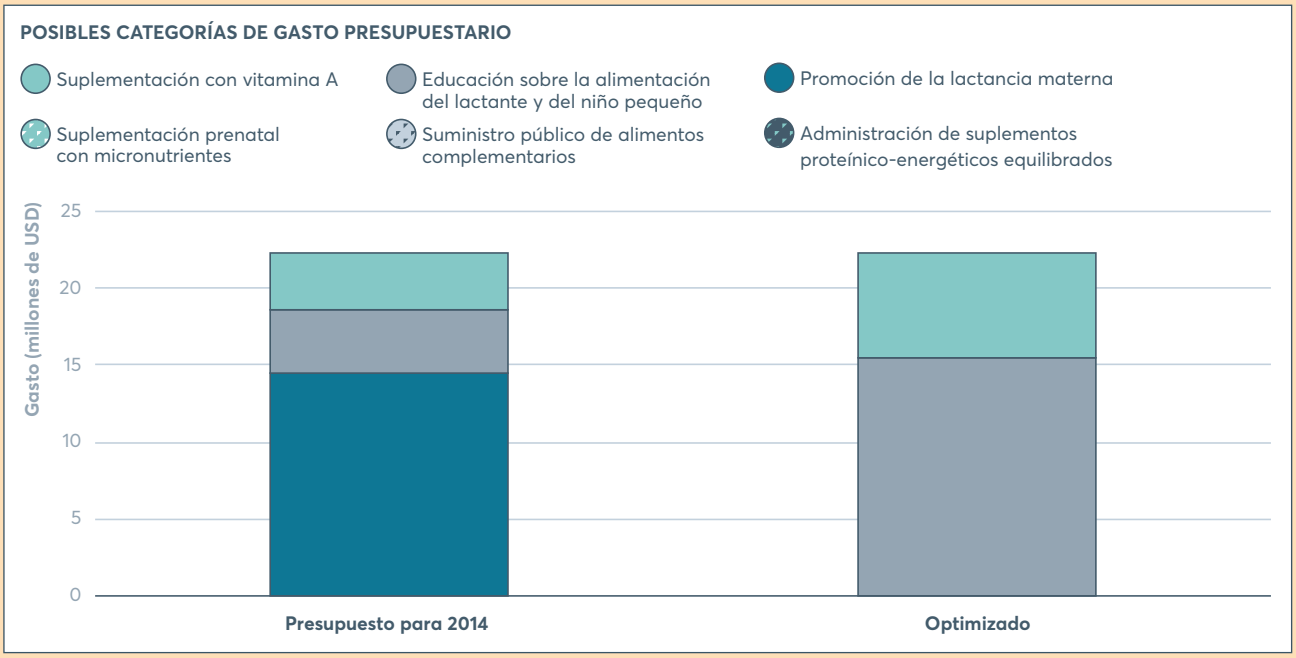
Todos los países del Movimiento SUN pueden utilizar esta herramienta de modelización para evaluar el impacto de sus intervenciones en múltiples condiciones de malnutrición: retraso del crecimiento, emaciación, anemia infantil y en mujeres en edad reproductiva, y mortalidad materna y en la niñez. En preparación para la próxima Cumbre Nutrición para el Crecimiento, Optima Nutrition puede ayudar a los países del Movimiento SUN a:

- distribuir mejor un presupuesto fijo entre las intervenciones para reducir la malnutrición al mínimo;
- priorizar de manera eficiente las intervenciones y las regiones geográficas si se dispone de financiación adicional;
- estimar los posibles logros si la asignación o el volumen actuales de financiación se reasignan de manera óptima; y
- estimar la financiación mínima requerida y su asignación óptima para cumplir las metas de nutrición.

La herramienta Optima Nutrition se utilizó para decidir el mejor uso de los recursos disponibles en siete distritos de Bangladesh mediante una mejor selección de las intervenciones más eficaces en función del coste (figura 5.12), a fin de aumentar el número de niños de 5 años o más sin retraso del crecimiento en 1,4 millones para 2030 (lo que representa un aumento del 5% con el mismo presupuesto). El objetivo de reducción del retraso del crecimiento podría maximizarse si los recursos disponibles se asignaran a una combinación de tan solo dos intervenciones: la promoción de la alimentación del lactante y del niño pequeño (de 6 a 23 meses) y suplementación con vitamina A. Desde la perspectiva de la equidad, el análisis también permitió a los responsables de la toma de decisiones identificar los distritos en los que se podría lograr el máximo impacto con la selección de dichas intervenciones. Esta herramienta es cada vez más solicitada: se han completado dos evaluaciones (en la República Democrática del Congo y el Pakistán), siete están en curso (en Benin, Burkina Faso, Burundi, Rwanda, Sierra Leona, la provincia de Sindh en el Pakistán y Tayikistán) y se han solicitado cuatro más (en Indonesia, Nigeria, la República Unida de Tanzanía y el Togo). Esto demuestra la necesidad de obtener más orientación con base empírica y mejores metodologías para la selección de las intervenciones que se centren en los más necesitados.

Por el momento, Optima Nutrition incluye principalmente intervenciones específicas de nutrición, debido a la limitada disponibilidad de datos sobre los costes y el impacto de muchas intervenciones enfocadas a la nutrición. La inclusión en un futuro de acciones enfocadas a la nutrición en herramientas como Optima Nutrition requerirá una base empírica más sólida sobre dichas intervenciones.

FIGURA 5.12
Optima Nutrition en Bangladesh: comparación del presupuesto previsto y el presupuesto optimizado



Fuente: http://documents.worldbank.org/curated/en/859891555500406318/pdf/Optima-Nutrition-An-Allocative-Efficiency-Tool-to-Reduce-Childhood-Stunting-by-Better-Targeting-of-Nutrition-Related-Interventions.pdf.
Notas: Asignación estimada para 2014 y asignación anual óptima para todas las intervenciones específicas de nutrición, con un presupuesto fijado en los niveles de 2014. La optimización consiste en maximizar el número de niños que no presentan retraso del crecimiento a los 5 años, a lo largo del período de 15 años comprendido entre 2016 y 2030.

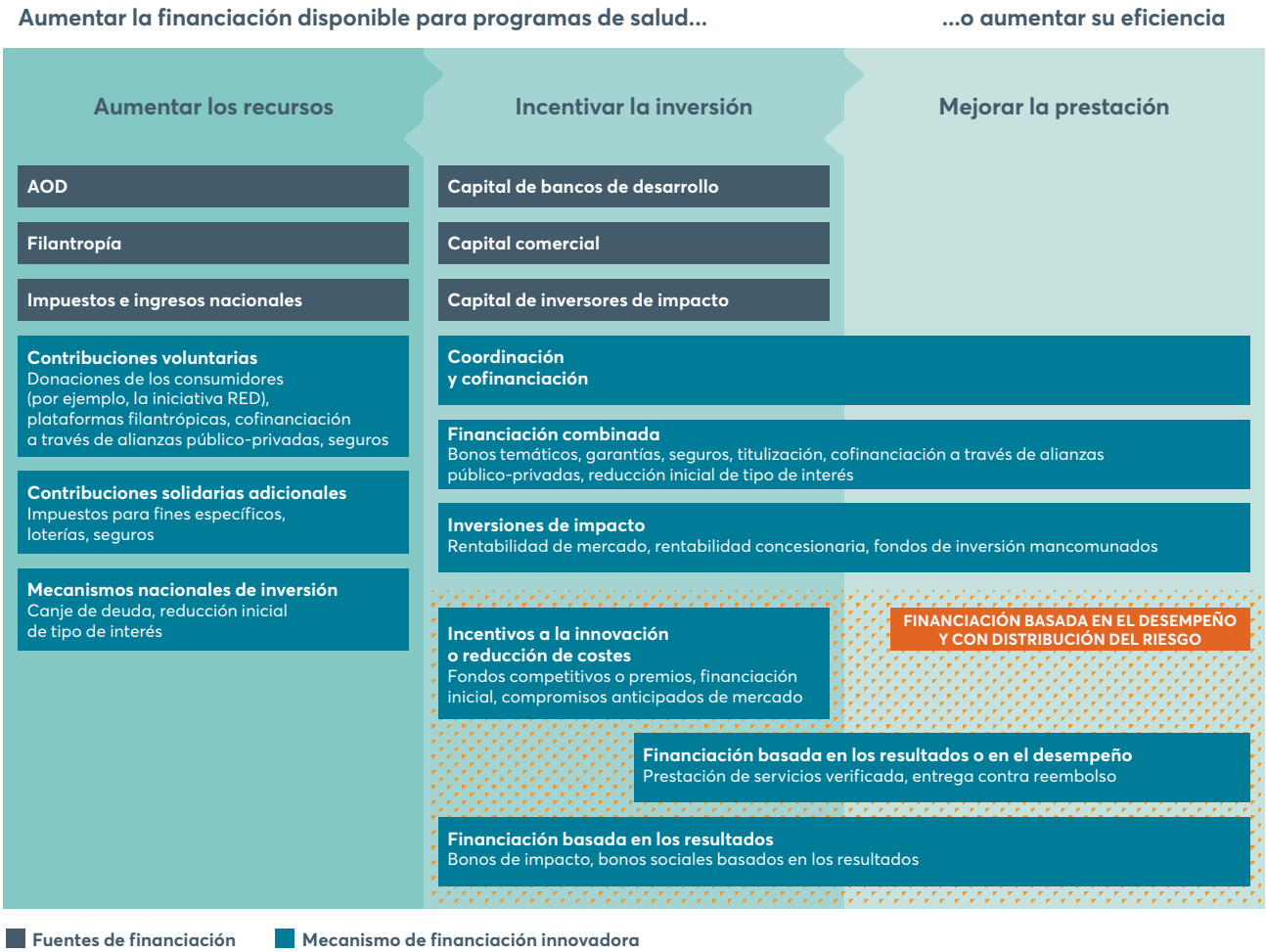
En las notas se detallan las fuentes de este caso destacado[47].

Opciones de financiación innovadora

Se estima que la mayor parte de los nuevos fondos movilizados para ampliar las acciones en materia de nutrición en todos los sectores provendrá de fuentes nacionales, de donantes y de fondos privados. En esta combinación, la financiación innovadora puede ayudar a aumentar los recursos disponibles, catalizar las inversiones privadas e incentivar la utilización eficiente de los recursos para el desarrollo al servicio de la nutrición. En la figura 5.13 se presenta una descripción general de los principales tipos de mecanismos de financiación innovadora.

Durante más de un decenio se han estudiado numerosos tipos de mecanismos innovadores para aumentar los recursos destinados a la nutrición, pero hasta ahora solo dos han alcanzado una escala significativa: la iniciativa The Power of Nutrition (descrito en el caso destacado 5.4 del *Informe de la Nutrición Mundial 2018*), que ha movilizado más de 430 millones de dólares estadounidenses para programas de nutrición desde 2015[48], y el Servicio Mundial de Financiamiento (caso destacado 5.5).

FIGURA 5.13
Descripción general de los mecanismos de financiación innovadora



Fuente: Fondo Mundial, 2018. "Update on innovative financing", pág. 31. Disponible en: www.theglobalfund.org/media/7435/bm39_25-innovativefinance_update_en.pdf
Notas: Existen numerosas definiciones y tipologías de instrumentos de financiación innovadora para el desarrollo y la salud mundial. Esta tipología funcional se ha extraído de una descripción simplificada de los instrumentos de financiación innovadora del Fondo Mundial.

Otros ejemplos de mecanismos de financiación innovadora que se están utilizando o elaborando para apoyar la nutrición incluyen las contribuciones voluntarias, las contribuciones adicionales solidarias, la financiación basada en resultados y la financiación combinada.

Contribuciones voluntarias

En los últimos años, se han movilizado recursos privados para apoyar los programas de nutrición. Unitlife es un fondo común, mancomunado y ampliable, lanzado en 2015, mediante el cual se había previsto en un principio invertir los ingresos de las industrias extractivas en la lucha contra la desnutrición. Después de atravesar ciertas dificultades en sus primeros años, se ha previsto relanzar Unitlife en 2020 con un nuevo enfoque programático tanto en la malnutrición como en el cierre de la brecha de género en la agricultura climáticamente inteligente. El nuevo modelo de generación de ingresos se basa en microdonaciones voluntarias para las transacciones de pago, aprovechando eventos deportivos y el poder de movilización de los famosos para impulsar las donaciones sociales, así como planes creativos de emparejamiento de las donaciones y de participación en los ingresos con asociados privados[50].

Contribuciones solidarias adicionales

En un número de países que crece con rapidez se están imponiendo impuestos sobre las bebidas azucaradas[51] y están aumentando los llamamientos para que una parte de esos ingresos se invierta en el fortalecimiento de los sistemas de salud, así como en la ampliación de los programas de fomento de una alimentación sana[52]. Estos impuestos siguen el ejemplo de los gravámenes sobre el tabaco, que han conseguido con gran éxito reducir el tabaquismo y mejorar la salud pública.

Financiación basada en resultados

Los primeros bonos de impacto en el desarrollo[53] con una dimensión de nutrición se están poniendo a prueba en el Camerún y hay otros en estudio[54]. Prefinanciado por Grand Challenges Canada, en febrero de 2019 se puso en marcha el programa Kangaroo Mother Care en diez hospitales del Camerún. El bono de dos años por valor de 2,8 millones de dólares tiene como objetivo reducir el número de muertes y mejorar la salud y la nutrición de los lactantes prematuros y de peso bajo al nacer. Si el programa obtiene los resultados esperados, el Ministerio de Salud Pública del Camerún (a partir de los fondos del Servicio Mundial de Financiamiento) y Nutrition International devolverán el desembolso inicial a Grand Challenges Canada con un pequeño margen de dividendos[55].

CASO DESTACADO 5.5

Servicio Mundial de Financiamiento en Apoyo de la Iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños

Leslie Elder

Lanzado en 2015, el Servicio Mundial de Financiamiento es un mecanismo de financiación auspiciado por el Banco Mundial para ayudar a los gobiernos de los países de ingreso bajo y mediano bajo a financiar sus programas prioritarios de salud y nutrición. El Servicio Mundial de Financiamiento optimiza los recursos existentes mediante el apalancamiento de los recursos gubernamentales nacionales, la financiación de los bancos de desarrollo —la Asociación Internacional de Fomento (AIF) y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF)—, la financiación externa acorde con los planes de los gobiernos y los recursos del sector privado[49]. Hasta julio de 2019, este mecanismo ya había consignado 574 millones de dólares de su Fondo Fiduciario, vinculados a 5.000 millones de dólares de la AIF y el BIRF en 27 países que reciben apoyo de este Servicio Mundial de Financiamiento. Para 2023, el objetivo de la alianza del Servicio Mundial de Financiamiento es extender su apoyo a un total de 50 países.

El análisis de la equidad es un aspecto fundamental del proceso de priorización del Servicio Mundial de Financiamiento para permitir que las personas más vulnerables puedan utilizar los servicios de salud y nutrición. Al centrarse en enfoques comunitarios, también facilita a los países el acceso a los grupos de población más vulnerables. Además, el Servicio Mundial de Financiamiento utiliza una perspectiva de equidad de género para analizar los determinantes de la salud y apoyar el establecimiento de prioridades. Este mecanismo también facilita otros enfoques innovadores para catalizar recursos nacionales adicionales para la nutrición y la salud. Por ejemplo, en Guatemala, una subvención del Servicio Mundial de Financiamiento de 9 millones de dólares está permitiendo al Gobierno acceder a fondos del BIRF a tasas de interés más bajas. El Gobierno está reinvirtiendo el dinero ahorrado del pago de los intereses en un programa de transferencias monetarias condicionadas, cuyo objetivo es contribuir a mejorar los resultados de la nutrición.

CASO DESTACADO 5.6

Financiación combinada para una mejor alimentación

Greg S. Garrett

La financiación combinada se refiere al uso de la financiación del desarrollo proveniente del sector público o de instituciones filantrópicas, a tasas de mercado o en condiciones favorables, para movilizar inversiones adicionales del sector privado en apoyo de proyectos que arrojen beneficios sociales y de desarrollo. Este mecanismo de financiación se está convirtiendo en una forma prometedora de ayudar a colmar las lagunas de financiación en materia de nutrición.

Los mecanismos de financiación combinada a partir de los recursos del sector público han ayudado a fomentar inversiones comerciales en las cadenas de valor de los alimentos nutritivos. Algunos de ellos están impulsados por la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición y sus asociados, como en los siguientes ejemplos.

- El mecanismo Premix de la Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición es un fondo rotatorio que ofrece créditos para comprar vitaminas y minerales. Este mecanismo ya ha proporcionado casi 80 millones de dólares en créditos ampliados a empresas del sector de la alimentación en África y Asia, con un interés de penalización del 1%. Ha llevado alimentos enriquecidos a aproximadamente 150 millones de personas al año desde 2009. Los donantes financian los costes básicos de los servicios, mientras que el sector privado cubre los costes de las vitaminas y los minerales, así como las transacciones.
- La financiación de las subvenciones a través de la Alianza Mundial ha contribuido a lograr dos acuerdos de financiación de la deuda con empresas que producen y distribuyen alimentos nutritivos en el plano local en Haití y Kenya.
- El Nutritious Foods Financing Facility [Mecanismo de Financiación de Alimentos Nutritivos] es un nuevo fondo de financiación combinada. Este mecanismo se concibió en 2018-2019 como un fondo de deuda directa de 60 millones de dólares para las empresas agroalimentarias de África Subsahariana. El fondo se encuentra actualmente en una fase incipiente y se está recaudando el capital de inversión. La Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición ha encargado una evaluación de las empresas de las cadenas de valor de alimentos nutritivos en Kenya y la República Unida de Tanzanía y está apoyando la elaboración de parámetros de medición de inversión en materia de nutrición. Se prevé que el Nutritious Foods Financing Facility pueda servir de ejemplo en el sector y se replique una y otra vez.

Fuente: Elmer y West, 2018[56].

Financiación combinada

La financiación combinada es la combinación de fondos públicos y filantrópicos con fondos del sector privado, así como la combinación de subvenciones y préstamos para mejorar la concesionalidad. Los préstamos o la absorción de los créditos son mecanismos de financiación combinada promovidos por el Banco Mundial y otros donantes o instituciones internacionales clave en los que se utiliza el dinero de las concesiones proporcionadas por las fundaciones o los organismos de ayuda bilateral para reducir los intereses y, en ocasiones, el capital de los préstamos o créditos: 1) al lograr resultados específicos; 2) para aumentar la concesionalidad de los préstamos (caso destacado 5.6); o 3) para liberar capacidad de endeudamiento para nuevos programas de nutrición en los países de ingreso bajo y mediano. La financiación combinada para la nutrición sigue siendo relativamente nueva, pero podría ayudar a cerrar la brecha de financiación en la materia, como se describe en el caso destacado 5.6.

MEDIDAS RECOMENDADAS

- **Los gobiernos deben aumentar la financiación nacional y comprender los flujos de financiación directa para la nutrición en función de las necesidades de su población y a partir de datos demográficos desglosados y representativos de calidad sobre los resultados en materia de nutrición.**

- **Los donantes han de incrementar la financiación y la coordinación en la esfera de la nutrición, centrándose en la equidad y dirigiéndose a los países y grupos de población más necesitados, incluidos los que son frágiles o tienen opciones limitadas para movilizar eficazmente la financiación nacional para la nutrición.**

- **Es necesario apoyar a los gobiernos y otras partes interesadas con evaluaciones de la situación, a fin de comprender cuáles son los obstáculos que dificultan la adopción de dietas más saludables en los sistemas de alimentación, salud, educación y protección social. Esas evaluaciones permitirían establecer paquetes específicos para cada contexto con el objetivo común de que todos los sectores estén más enfocados a la nutrición.**

- **Es necesario financiar los sistemas de información para consolidar los datos sobre los flujos financieros, mejorar la coordinación, reducir la fragmentación, y fomentar el establecimiento de prioridades nacionales en materia de nutrición y la correspondiente armonización con estas.**

- **Existe un interés considerable por encontrar innovaciones que permitan obtener más fondos para la nutrición o reforzar la programación en materia de nutrición de manera que se optimicen los resultados a un coste menor. Para ello, es preciso contar con pruebas sistemáticas, así como con un mayor intercambio de conocimientos sobre los mecanismos y las oportunidades, para apoyar a los encargados de la toma de decisiones.**

- **La Cumbre Nutrición para el Crecimiento del Japón es una oportunidad clave para que los responsables de la planificación y de la formulación de políticas defiendan firmemente la renovación y ampliación de los compromisos financieros en materia de nutrición mediante enfoques equitativos para maximizar el impacto nutricional.**

06

Garantizar la equidad en la nutrición, una responsabilidad colectiva

2014. Cheshire (Reino Unido).
Servicio de comedor escolar.
Fotografía: Cheshire East Council.

Debemos hacer frente de forma integral a la persistente carga de malnutrición

El seguimiento sistemático llevado a cabo en los seis últimos años en el *Informe de la Nutrición Mundial* arroja mejoras en resultados clave de la nutrición, pero los avances son todavía demasiado lentos para alcanzar las metas mundiales de nutrición 2025. Aproximadamente 149 millones de niños menores de 5 años sufren retraso del crecimiento; 49,5 millones, emaciación; y 40,1 millones, sobrepeso. Además, 677,6 millones de adultos son obesos. El mundo ha cambiado de forma sustancial en los cuatro últimos decenios: hoy, salvo en algunos lugares de África Subsahariana y Asia, mucha más gente padece sobrepeso u obesidad que un peso inferior al normal. La carga de malnutrición, inaceptablemente alta, puede atribuirse principalmente a un despliegue de recursos muy insuficiente; a la aplicación incorrecta de políticas, programas e intervenciones; y a la falta de coherencia y coordinación entre sectores. Las malas cosechas, la merma de la producción de alimentos y los fenómenos meteorológicos extremos causantes de las sequías e inundaciones exacerban la inseguridad alimentaria y la desnutrición crecientes entre las poblaciones vulnerables.

En una nota más positiva, cada vez hay una mayor conciencia de que la malnutrición debe resolverse de manera integral, más allá del énfasis tradicional en la desnutrición. Varios informes recientes destacan medidas encaminadas a superar los retos relacionados con la nutrición, los alimentos y la salud. El informe de la Comisión EAT-*Lancet* sobre dietas saludables a partir de sistemas alimentarios sostenibles relaciona las metas de la nutrición con la sostenibilidad ambiental, el cambio climático y un giro marcado hacia patrones de alimentación saludable. En él se recomienda una acción generalizada en varios sectores y niveles[1]. El informe *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019* subraya la necesidad imperiosa de políticas multisectoriales centradas en combatir las desigualdades en todos los niveles[2]. Las cuestiones relacionadas con la alimentación y la nutrición que afectan a los niños (en una coyuntura de cambio trepidante y la necesidad de que los sistemas alimentarios posibiliten dietas nutritivas, inocuas, asequibles y sostenibles) constituyen el tema principal del informe de UNICEF *"El Estado mundial de la infancia 2019"*[3]. El Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición también publicará, en la antesala de la Cumbre Nutrición para el Crecimiento de Tokio, un informe que vincula la alimentación saludable a la sostenibilidad ambiental[4]. No hace mucho, *The Lancet* publicó una serie de artículos sobre la doble carga de la malnutrición, en la que analiza la coexistencia de todas las formas de malnutrición[5]. El *Informe de la Nutrición Mundial* apoya estas iniciativas y se propone aportar perspectivas que amplíen el discurso al vincular el potencial humano, el crecimiento económico y la sostenibilidad ambiental con la nutrición y la salud equitativas.

Necesitamos una agenda en favor de la equidad para ejecutar acciones en el ámbito de la nutrición

En el presente informe se analizan datos desglosados en función de características sociodemográficas fundamentales y pruebas adicionales a los promedios nacionales; así, se pone de manifiesto que los avances de los últimos decenios no solo han sido lentos, sino también dispares, con lo que han generado resultados muy diferentes. Entre los numerosos factores que contribuyen a estas desigualdades se encuentran la ubicación, cuestiones demográficas, el sexo, la edad, la riqueza y la etnia. Existen variaciones entre los países y dentro de ellos, entre grupos socioeconómicos y dentro de los hogares. Así pues, el reconocimiento y la promoción de la equidad deben ser componentes fundamentales en el diseño, la aplicación, el seguimiento y la evaluación de las políticas en materia de nutrición.

El *Informe de la Nutrición Mundial 2020* demanda una agenda en favor de la equidad para diseñar y ejecutar acciones en el ámbito de la nutrición por medio del sistema de salud, a fin de generar entornos alimentarios que apoyen y faciliten dietas saludables, aumentar y dirigir la financiación, y priorizar la recopilación sistemática y continua de datos desglosados que fundamenten el establecimiento de políticas. A partir de los hallazgos de otros informes recientes, esta publicación destaca la necesidad de corregir las inequidades enraizadas en la ejecución de las intervenciones sobre nutrición y señala un conjunto de acciones demostrables y con base empírica que pueden servir para abordar dichas inequidades. Hace hincapié en que es preciso integrar las medidas en materia de nutrición en los sistemas sanitario y alimentario, además de en otros sectores. Estas acciones deben sustentarse en entornos y métodos de gobernanza que tengan en cuenta la equidad, así como en una asignación de recursos dirigida a quienes suele dejarse al margen.

Es necesario garantizar una alimentación equitativa en diversos frentes

El mundo solo podrá alcanzar las metas mundiales de nutrición 2025 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con un planteamiento integral y polifacético que aplique una perspectiva de equidad a las intervenciones para que estas lleguen a los más necesitados. Tal enfoque debe abarcar múltiples sectores y contar con más recursos y una asignación más eficaz que se base en los siguientes principios rectores.

Un enfoque multisectorial y equitativo en materia de alimentación

La nutrición es fundamental para los ODS: 12 de los 17 objetivos contienen indicadores relacionados con ella. Poner fin a todas las formas de malnutrición propiciará mejores resultados y efectos multiplicadores intensos en todos los ODS. Del mismo modo, progresar en los ODS es fundamental para hacer frente a las causas y consecuencias de la malnutrición. Al considerar e incluir de manera proactiva acciones, objetivos e indicadores de nutrición en los ODS, la alimentación se convierte en una prioridad transversal de la agenda internacional en favor del desarrollo y se promueve la colaboración a todos los niveles. Además de enormes consecuencias sanitarias y económicas, la carga mundial de malnutrición tiene efectos ambientales en todo el planeta. El cambio climático y los sistemas alimentarios están conectados entre sí; por eso, debemos conocer las consecuencias de una mala alimentación en el medio ambiente, así como los efectos del cambio climático en la agricultura. En futuras recomendaciones sobre políticas en favor de una nutrición óptima deben incluirse consideraciones de equidad en el contexto de los posibles efectos ambientales, a fin de abordar ambas cuestiones de manera simultánea. Para ello hace falta una estructura de gobernanza de la nutrición más sólida; por ejemplo, dotada de mecanismos de coordinación central y gobernanza subnacional de alto nivel. Con ellos se impulsará la participación y la rendición de cuentas de todos los sectores clave, tales como la salud, la educación, el agua y el saneamiento, así como la alimentación, la economía, la financiación y la planificación.

La atención nutricional ha de ser un elemento fundamental de la cobertura sanitaria universal para afrontar con garantías las inequidades en materia de nutrición

En la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2019, los dirigentes mundiales firmaron una declaración emblemática sobre la cobertura sanitaria universal, en la que reconocen que "la seguridad alimentaria y la inocuidad de los alimentos, la nutrición adecuada y los sistemas de alimentación sostenibles, resilientes, diversos y centrados en la nutrición son elementos importantes para tener poblaciones más sanas"[6]. Asimismo, subrayaron la necesidad de una buena gobernanza, un liderazgo y un compromiso político sostenido, así como del desarrollo de la capacidad, para incorporar la nutrición en el sistema de salud y facilitar la coordinación y cooperación entre múltiples sectores y niveles con el fin de llegar a los más necesitados.

Incorporar la nutrición en la cobertura sanitaria universal también favorecerá el acceso equitativo a un paquete normalizado de servicios de nutrición universales que mejoren la alimentación y reduzcan las enfermedades, con el que se obtendrán mejores resultados de salud para todos. Entre las intervenciones específicas se encontrarían la optimización de los registros sanitarios electrónicos para la vigilancia y evaluación de la nutrición, la suplementación con micronutrientes, la promoción de la alimentación del lactante y del niño pequeño, y el asesoramiento o tratamiento de la malnutrición aguda cuando la prevención no dé resultado.

Aplicar un enfoque que tenga en cuenta la equidad con respecto a los sistemas alimentarios es indispensable para garantizar una alimentación saludable, accesible y asequible para todos

Con un enfoque que tenga en cuenta la equidad en relación con los sistemas alimentarios se trataría de reducir la inequidad en la producción y entrega de alimentos saludables por medio de políticas alimentarias —que abarcarían desde la agricultura hasta la asistencia alimentaria y las políticas fiscales— que ayuden a que los alimentos saludables de producción sostenible sean la opción más accesible, asequible y práctica para todos. Las intervenciones basadas en la población, que llegan a segmentos más amplios de la sociedad y demandan menos esfuerzo individual, deben beneficiar a todos, en especial a los estratos socioeconómicos más bajos. Da la impresión de que este tipo de estrategias "ascendentes" son más eficaces para reducir las desigualdades; se observa una repercusión más significativa en las intervenciones de múltiples componentes.

Los gobiernos pueden y deben regular para evitar inequidades en la ejecución de las intervenciones nutricionales. También pueden ofrecer incentivos financieros y de otro tipo al sector privado para que la población tenga acceso a alimentos saludables e información y formación suficientes para fundamentar sus decisiones. Por ejemplo, en las políticas fiscales pueden tener cabida impuestos a las bebidas azucaradas y los alimentos ultraprocesados; también pueden subvencionarse los alimentos saludables y ponerse en marcha programas de asistencia alimentaria, etiquetado en la parte frontal de los envases con información nutricional, campañas en los medios de comunicación, restricciones en la comercialización y reformulación de alimentos en aras de una alimentación más saludable y la rendición de cuentas de la industria alimentaria.

Es necesario ampliar los recursos y destinarlos preferentemente a quienes más los necesitan

En este momento, la financiación de intervenciones nutricionales de gran repercusión es muy inferior a la que se precisa para alcanzar las metas mundiales de nutrición. Además, el déficit de financiación para tratar la malnutrición relacionada con el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles es cada vez mayor. Es esencial aumentar de manera significativa las inversiones en nutrición, combinando las asignaciones de los gobiernos nacionales con la asistencia oficial para el desarrollo y otros mecanismos de financiación, con especial atención a la equidad, para lo que se dirigirán a los países y poblaciones más necesitados. Los gobiernos han de abordar las prioridades y necesidades de los grupos más vulnerables y marginados invirtiendo en sistemas de información que proporcionen datos desglosados a escala subnacional y dirigiendo los flujos de financiación en ese nivel en función de las necesidades.

En 2020, el Gobierno del Japón debía albergar en Tokio la Cumbre Nutrición para el Crecimiento[7], en la que se destacaría el papel imprescindible de la nutrición como impulsora del desarrollo sostenible, mientras que los gobiernos, los donantes, el sector privado y otros organismos asumirían compromisos en el plano normativo y financiero para combatir todas las formas de malnutrición. La Cumbre se ha pospuesto por el brote de COVID-19, pero, cuando se celebre, representará una oportunidad inconmensurable para actuar contra la inequidad y movilizar nuevas inversiones y compromisos encaminados a superar la malnutrición. Cuando se fijen los compromisos en la Cumbre de Tokio, será imprescindible asegurar un énfasis en la equidad centrando la atención en los países que presentan una mayor carga de malnutrición y en aquellos con menos capacidad para movilizar recursos nacionales para los programas. Entre ellos se encuentran los Estados frágiles, donde movilizar ingresos nacionales significativos resulta muy complicado, cuando no imposible. Para optimizar la repercusión de los programas con los recursos de los que disponen, los países pueden priorizar las intervenciones eficaces en función del coste y dirigirlas a las poblaciones más necesitadas.

Es fundamental invertir en sistemas de datos e información desglosados

Descubrir qué factores favorecen las desigualdades en la alimentación y los resultados de salud conexos con mayores inversiones en sistemas de datos e información desglosados se antoja indispensable para fundamentar el establecimiento de prioridades y el diseño de políticas. Han de ponerse en marcha sistemas de seguimiento y vigilancia de la salud pública en relación con la nutrición que evalúen de forma continua y sistemática una serie de indicadores de la nutrición pormenorizados en los que se sustenten las políticas y las iniciativas de prevención.

Se debe involucrar y movilizar a todos los sectores

Debido a que las distintas formas de malnutrición se entrecruzan a lo largo del ciclo de vida y entre generaciones, no es posible que un solo sistema resuelva los niveles elevados persistentes de desnutrición y el auge mundial de la obesidad y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Para combatir todas las formas de malnutrición se requiere la colaboración activa entre un conjunto de sectores y sistemas y en el seno de estos que propicie mejores resultados a todos los niveles e impulse al mismo tiempo el logro de los objetivos sectoriales.

Salud: El sistema sanitario puede emplearse como plataforma para llevar a cabo acciones en el ámbito de la nutrición que promuevan una alimentación más saludable y prevengan y traten la malnutrición —desde los resultados de salud maternoinfantil hasta las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación—. Incorporar servicios de nutrición de gran calidad en el paquete normalizado de servicios de salud universales puede resultar eficaz en la lucha contra las inequidades nutricionales. En ese sentido, aumentar la capacidad del personal especializado en nutrición es fundamental para brindar una atención equitativa y de calidad en este ámbito. Aplicar acciones eficaces y económicas en el ámbito de la nutrición en el marco de los sistemas de salud mejoraría la alimentación, salvaría vidas y reduciría el gasto sanitario.

Alimentación: Un enfoque sensible a la equidad de los sistemas alimentarios que suministre una alimentación saludable procuraría reducir las inequidades y se ocuparía directamente de las cuestiones de la disponibilidad, la accesibilidad y el precio de los alimentos en los entornos alimentarios locales. Para lograr una alimentación más saludable, ambientalmente sostenible y equitativa para todos, es necesario aplicar una diversidad de estrategias e intervenciones; estas deben abarcar tanto intervenciones centradas en los entornos alimentarios como enfoques agrícolas y del suministro de alimentos. Asimismo, las partes interesadas —los gobiernos, la industria, los consumidores y la sociedad civil— pueden actuar, cada una en el punto del sistema alimentario que le corresponda.

Educación e información: La mejora de la nutrición favorece en enorme medida la capacidad cognitiva y el desempeño físico de los niños; por tanto, aumenta su capacidad para tener un buen rendimiento escolar. Los programas mejorados de alimentación en la escuela pueden reducir la desnutrición, asegurar que los niños no están indebidamente expuestos a alimentos que aumentan el riesgo de obesidad, alentarlos a permanecer en la escuela y estimular su aprendizaje, y proporcionar ingresos a los agricultores. Asimismo, en las escuelas se puede explicar a los niños la importancia de la alimentación saludable, la actividad física y la mejora de las prácticas de higiene para que lleven una vida más saludable. Mejorar el acceso a la formación continua también repercute a largo plazo en el estado nutricional de las generaciones futuras. Otras iniciativas como las campañas en los medios de comunicación y las restricciones en la comercialización pueden ser importantes para informar y educar a las comunidades.

El sector privado: Puesto que ninguna acción puede resolver por sí sola las complejidades del sistema alimentario, todas las partes interesadas han de coordinarse y aplicar enfoques complementarios y sinérgicos para que se produzcan alimentos saludables y nutritivos. No cabe duda de que la industria alimentaria, gestionada en su mayor parte por el sector privado, es un actor esencial de la cadena de suministro de alimentos. Por un lado, en ocasiones el sector privado se ha opuesto a determinadas políticas en favor de los alimentos saludables. Dada su escala y peso político, esta oposición puede resultar muy perjudicial, por lo que hay que contenerla. Por otra parte, la fortaleza del sector en innovación, solución de problemas y comercialización puede aprovecharse para desarrollar, producir y comercializar alimentos saludables de forma sostenible y equitativa. El impulso para ello debe surgir de la demanda de este tipo de alimentos por parte de los consumidores y de una estricta regulación pública. Es preciso que los gobiernos, además de obligar a la industria alimentaria a rendir cuentas mediante mecanismos y marcos regulatorios reforzados y ajenos a conflictos de intereses, apoyen prácticas de alimentación saludable y nutritiva con mensajes y campañas públicas y la promoción de enfoques alimentarios más saludables.

Los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil deben cooperar y reconocer los vínculos entre los ODS que favorecen la repercusión de las inversiones, los compromisos y las acciones de cada sector. Se requiere más legitimidad, espacio y apoyo para la sociedad civil; un sector privado responsable; más transparencia en los procesos políticos de los gobiernos encaminados a generar entornos alimentarios más saludables; y que los miembros de la sociedad busquen el interés público y reinviertan en la acción colectiva.

Necesitamos compromisos SMART que garanticen la rendición de cuentas

La Cumbre Nutrición para el Crecimiento de Tokio representa una oportunidad para agilizar la rendición de cuentas en materia de nutrición y agrupar los recursos de las iniciativas en curso en pos de un producto conjunto, con la participación de los gobiernos, las organizaciones de la sociedad civil y el sector privado. Debe hacer hincapié en las tendencias y obstáculos de financiación de la nutrición y velar por que los compromisos se dirijan con sensatez y mantengan su pertinencia en las zonas y poblaciones más necesitadas. Antes de la Cumbre debe trazarse una estrategia de rendición de cuentas que asegure que las partes interesadas del ámbito de la nutrición asumen compromisos ambiciosos y SMART (específicos, medibles, viables, pertinentes y oportunos)[8] al respecto y rinden cuentas sobre ellos.

Debemos actuar de inmediato

En 2020 alcanzamos el punto medio del Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición para erradicar el hambre y prevenir todas las formas de malnutrición en el mundo. Solo quedan cinco años para alcanzar las metas mundiales de nutrición, y solo un decenio para cumplir la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Para acelerar los progresos hacia el cumplimiento de las metas mundiales de nutrición 2025 habrá que:

- obtener datos más minuciosos mediante un esfuerzo conjunto para determinar y abordar inequidades concretas en contextos con una alta carga de malnutrición;
- mejorar la gobernanza mundial en materia de nutrición y la integración entre los agentes;
- integrar de manera holística la nutrición en la cobertura sanitaria universal; y
- reformar los sistemas alimentarios.

Todas estas medidas han de sustentarse en una ampliación de la financiación.

Los dirigentes mundiales deben asumir compromisos audaces en el ámbito de la nutrición para que todas las personas sobrevivan y prosperen. La mejor forma de cumplir estos compromisos es actuar en los cuatro componentes clave para no dejar a nadie atrás: recopilación, análisis y comunicación de datos sobre la nutrición que tengan en cuenta la equidad; pruebas más amplias sobre la equidad; habilitación de entornos, servicios e intervenciones que hagan frente a los determinantes sociales de la malnutrición y tengan en cuenta la equidad; y gobernanza y financiación que tengan en cuenta la equidad. La malnutrición es problema de todos: afecta a todos los países de una u otra forma. Es uno de los retos mundiales más importantes a los que nos enfrentamos, pero, con la ayuda de todos, es un reto que podemos superar.

APÉNDICE 1: INDICADORES DE LA NUTRICIÓN

En el *Informe de la Nutrición Mundial* se emplean los siguientes indicadores para seguir los progresos contra la malnutrición.

Alimentación mínima aceptable	Niños de 6 a 23 meses que recibieron una alimentación mínima aceptable (aparte de la leche materna) el día anterior.
Anemia en mujeres	Mujeres embarazadas con un nivel de hemoglobina inferior a 110 gramos por litro a nivel del mar. Mujeres no embarazadas con un nivel de hemoglobina inferior a 120 gramos por litro a nivel del mar.
Diabetes en adultos	Se considera que un adulto mayor de 18 años padece diabetes si su nivel de glucemia en ayunas es de ≥7,0 mmol/L, si sigue un tratamiento para reducir la concentración de glucosa en sangre o se le ha diagnosticado diabetes anteriormente.
Diversidad mínima de la alimentación	Niños de 6 a 23 meses cuya alimentación tuvo una diversidad mínima el día anterior.
Emaciación en la infancia	Niños de 0 a 59 meses cuyas puntuaciones de peso para la estatura se sitúan más de dos desviaciones estándar (moderada y grave) por debajo de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.
Frecuencia mínima de las comidas	Niños de 6 a 23 meses cuyas comidas tuvieron una frecuencia mínima el día anterior.
Hipertensión arterial	Adultos mayores de 18 años con hipertensión arterial: presión arterial sistólica o diastólica igual o mayor que 140/90 mmHg.
Iniciación temprana a la lactancia materna	Niños nacidos en los últimos 24 meses a los que se amamantó en la primera hora después del parto.
Introducción de alimentos sólidos, semisólidos o blandos	Lactantes de 6 a 8 meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o blandos el día anterior.
Lactancia materna continuada hasta el primer año	Niños de 12 a 15 meses que se alimentan con leche materna.

Lactancia materna continuada hasta el segundo año	Niños de 20 a 23 meses que se alimentan con leche materna.
Lactancia materna exclusiva	Lactantes de 0 a 5 meses que se alimentaron exclusivamente de leche materna el día anterior.
Obesidad en adolescentes	Niños y adolescentes de 5 a 19 años cuyo IMC se sitúa más de dos desviaciones estándar por encima de la mediana por edad de los patrones de crecimiento de la OMS para los niños y adolescentes en edad escolar.
Obesidad en adultos	Adulto mayor de 18 años con un IMC de 30 kg/m^2 o superior.
Peso bajo al nacer	Nacidos vivos con un peso inferior a 2.500 gramos.
Peso inferior al normal en adolescentes	Niños y adolescentes de 5 a 19 años cuyo IMC se sitúa más de una desviación estándar por debajo de la mediana por edad de los patrones de crecimiento de la OMS para los niños y adolescentes en edad escolar.
Peso inferior al normal en adultos	Adulto mayor de 18 años con un IMC de 18,5 kg/m^2 o inferior.
Retraso del crecimiento en la infancia	Niños de 0 a 59 meses cuyas puntuaciones de peso para la estatura se sitúan más de dos desviaciones estándar (moderado y grave) por debajo de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.
Sal	Ingesta media de sal/sodio de los adultos mayores de 25 años, expresada en gramos por día.
Sobrepeso en adolescentes	Niños y adolescentes de 5 a 19 años cuyo IMC se sitúa más de una desviación estándar por encima de la mediana por edad de los patrones de crecimiento de la OMS para los niños y adolescentes en edad escolar.
Sobrepeso en adultos	Adulto mayor de 18 años con un IMC de 25 kg/m^2 o superior.
Sobrepeso en la infancia	Niños de 0 a 59 meses cuyas puntuaciones de peso para la estatura se sitúan más de dos desviaciones estándar (moderado y grave) por encima de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS.

APÉNDICE 2: EVALUACIÓN DE LOS PROGRESOS EN LA CONSECUCIÓN DE LAS METAS MUNDIALES DE NUTRICIÓN

El *Informe de la Nutrición Mundial* realiza un seguimiento de los progresos mundiales y nacionales en la consecución de las metas mundiales de nutrición, mediante el empleo de los datos disponibles más recientes.

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

Las estimaciones sobre la prevalencia y otros datos referentes a las tasas de cambio sirven para evaluar si un país está bien o mal encaminado para alcanzar cada una de las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño en los casos en que la meta mundial se aplica en el ámbito nacional y presuponiendo una misma reducción relativa en todos los países[1].

Las estimaciones modelizadas sobre la anemia son elaboradas por la OMS[2]; las estimaciones del peso bajo al nacer, por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS[3]; y las referentes a la lactancia materna exclusiva, por UNICEF[4]. Las estimaciones de la prevalencia nacional de la malnutrición infantil se comunican en las estimaciones anuales conjuntas sobre la malnutrición infantil de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial[5].

Las reglas que determinan si los países están bien o mal encaminados se establecen con amplias aportaciones técnicas de la OMS y UNICEF. El *Informe de la Nutrición Mundial* emplea las reglas de seguimiento y la clasificación de los progresos hacia la consecución de las seis metas de nutrición propuestas por el Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición (TEAM). En 2017, la OMS y UNICEF revisaron la metodología y las reglas de seguimiento de las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, con miras a mejorar la calidad del seguimiento de las metas de nutrición[6].

En el plano nacional, así como en el internacional, el cambio porcentual relativo medio en la prevalencia de un indicador se calcula con un parámetro denominado tasa media anual de reducción (TMAR). Se calculan dos TMAR: la TMAR requerida representa el valor que un país necesita para alcanzar la meta mundial entre el año de referencia y 2025; y la TMAR actual refleja el logro actual del país según los datos disponibles entre el año de referencia y el último año. La TMAR requerida, la TMAR actual y la prevalencia actual sirven para determinar si el país objeto de la evaluación está bien o mal encaminado en relación con cada indicador (tabla A2).

Además de los criterios enumerados en la tabla A2, en las evaluaciones se emplean otros criterios y consideraciones.

- Retraso del crecimiento, emaciación, sobrepeso y lactancia materna exclusiva: a fin de evaluar los avances recientes, los países deben contar con al menos dos datos de referencia obtenidos en encuestas nacionales representativas desde 2008, y una de estas debe ser posterior a 2012, de modo que se refleje la situación posterior a los valores de referencia.
- Si los países no disponen de datos posteriores a la situación de referencia (2012), la evaluación se pospone hasta que se disponga de estimaciones para el período posterior a la base de referencia.
- La disponibilidad de estimaciones nacionales representativas aproximadamente cada tres años facilita el seguimiento eficaz de los progresos y favorece una evaluación fiable.

TABLA A2
Metodología de monitoreo de los progresos nacionales en el logro de las metas de nutrición

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

Fuente: OMS y UNICEF para el Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición. "Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025: Technical report". Ginebra: OMS, UNICEF: Nueva York, 2017.
Notas: *TMAR requerida basada en la variación de la prevalencia del retraso del crecimiento correspondiente a una reducción del 40% en el número de niños que sufren retraso del crecimiento entre 2012 y 2025, teniendo en cuenta el crecimiento demográfico estimado (basado en las perspectivas de población de las Naciones Unidas). **TMAR requerida basada en una reducción del 50% en la prevalencia de la anemia en las mujeres en edad reproductiva entre 2012 y 2025. ⁺TMAR requerida basada en una reducción del 30% en la prevalencia del peso bajo al nacer entre 2012 y 2025. ⁺⁺TMAR requerida basada en una reducción del 30% en el índice de niños que no reciben lactancia materna exclusiva entre 2012 y 2025.

Metas sobre enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

El marco mundial de vigilancia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles de la OMS fue aprobado en 2013 por la Asamblea Mundial de la Salud con el propósito de implementar de manera eficaz el Plan de Acción Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles y dar seguimiento a los avances en la prevención y el control de esas enfermedades en todo el mundo. El marco incluye nueve metas voluntarias cuyo seguimiento se efectúa a través de 25 indicadores de resultados y factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. El objetivo general es reducir en un 25% la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2025. El *Informe de la Nutrición Mundial 2016* hace un seguimiento de la **meta 7**: "detener el aumento de la diabetes y la obesidad". En el *Informe de la Nutrición Mundial 2018* se vigilaron otras metas relativas a la reducción en un 30% de la ingesta de sal/sodio de la población (**meta 4**) y a la reducción en un 25% de la prevalencia de la hipertensión (**meta 6**).

Los progresos de los países de cara a las metas sobre la hipertensión arterial, diabetes y obesidad provienen de estimaciones modelizadas y probabilidades elaboradas por la red de colaboración sobre los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles (red NCD Risk Factor Collaboration)[7]. Se considera que los países están "bien encaminados" cuando sus probabilidades de alcanzar la meta correspondiente en 2025 son como mínimo de 0,50; si son inferiores, se considera que están "mal encaminados"; la categoría de "ciertos progresos" no se incluye en la evaluación de las metas sobre enfermedades no transmisibles. Los avances mundiales se evalúan del mismo modo; se especifica la probabilidad de alcanzar la meta.

Los progresos en la reducción de la ingesta de sal no se evalúan a escala nacional. No obstante, a partir de las estimaciones de la carga mundial de morbilidad[8], en el *Informe de la Nutrición Mundial 2020* se calcula que la TMAR actual se sitúa en el 0,2%. Se trata de una cifra notablemente inferior a la TMAR requerida (del 2,4%) para alcanzar la meta mundial de reducción de la ingesta de sal para 2025.

APÉNDICE 3: PAÍSES EN CONDICIONES DE ALCANZAR LAS METAS MUNDIALES DE NUTRICIÓN 2025

El *Informe de la Nutrición Mundial 2020* recoge los progresos de los países hacia el cumplimiento de 8 de las 10 metas mundiales de nutrición 2025: anemia, peso bajo al nacer, lactancia materna exclusiva, retraso del crecimiento en la infancia, emaciación en la infancia, sobrepeso en la infancia (incluida la obesidad), obesidad en adultos (hombres, mujeres) y diabetes en adultos (hombres, mujeres). No se evaluaron los progresos realizados en el plano nacional en lo referente a la ingesta de sal ni la hipertensión arterial debido a la falta de proyecciones comparables.

Nuestra evaluación incluye los mejores datos disponibles sobre 194 países, procedentes de varias fuentes (en el apéndice 2 se ofrece información detallada sobre las fuentes y los métodos utilizados para evaluar los progresos en la consecución de las distintas metas).

En la tabla A3 se indica qué países están en condiciones (es decir, bien encaminados) de cumplir al menos una, dos, tres o cuatro metas, o bien no están en condiciones de cumplir ninguna; cuatro es el máximo de metas que los países están en condiciones de alcanzar. Hay que señalar que la disponibilidad y la calidad de los datos difieren de un indicador a otro, dado que se utilizan metodologías y enfoques de modelado distintos. Por lo tanto, es posible que algunos países hayan avanzado hacia las metas sin que se refleje en estos análisis. Por ejemplo, los datos de los indicadores sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, con la excepción de la anemia y el peso bajo al nacer, se basan en encuestas realizadas principalmente en países de ingreso bajo y mediano bajo, por lo que no hay una visión de conjunto. Se dispone de datos de todos los países sobre las metas relativas a la anemia, el peso bajo al nacer y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación pero, según las estimaciones modelizadas, es posible que no representen con precisión la situación real en los países.

TABLA A3
Países en condiciones de alcanzar las metas mundiales de nutrición

0 METAS	1 META	2 METAS	3 METAS	4 METAS
88	50	35	13	8
Afganistán	Alemania	Australia	Chile	Albania
Antigua y Barbuda	Andorra	Bangladesh	El Salvador	Armenia
Arabia Saudita	Angola	Bélgica	Estado de Palestina	Belice
Argelia	Austria	Bolivia (Estado Plurinacional de)	Finlandia	Eswatini
Argentina	Azerbaiyán	Burkina Faso	Ghana	Kenya
Bahamas	Bosnia y Herzegovina	Burundi	Islandia	México
Bahrein	Brunei Darussalam	China	Kazajstán	República Popular Democrática de Corea
Barbados	Camerún	Côte d'Ivoire	Kuwait	Santo Tomé y Príncipe
Belarús	Canadá	Dinamarca	Lesotho	
Benin	Chad	Egipto	Perú	
Bhután	Congo	Estados Unidos de América	Rwanda	
Botswana	Ecuador	Guatemala	Serbia	
Brasil	España	Guinea-Bissau	Suecia	

TABLA A3 CONTINUACIÓN

0 METAS	1 META	2 METAS	3 METAS	4 METAS
88	50	35	13	8
Bulgaria	Estonia	Guyana		
Cabo Verde	Francia	Haití		
Camboya	Gambia	Kirguistán		
Chequia	Guinea	Malawi		
Chipre	Indonesia	Mongolia		
Colombia	Islas Salomón	Myanmar		
Comoras	Israel	Nauru		
Costa Rica	Italia	Noruega		
Croacia	Jamaica	Pakistán		
Cuba	Japón	Paraguay		
Djibouti	Letonia	República Democrática del Congo		
Dominica	Liberia	República Unida de Tanzanía		
Emiratos Árabes Unidos	Lituania	Sierra Leona		
Eritrea	Luxemburgo	Singapur		
Eslovaquia	Malasia	Sudáfrica		
Eslovenia	Malí	Tailandia		
Etiopía	Malta	Tayikistán		
Ex República Yugoslava de Macedonia	Mauritania	Turkmenistán		
Federación de Rusia	Montenegro	Turquía		
Fiji	Nepal	Uganda		
Filipinas	Níger	Vanuatu		
Gabón	Nigeria	Zimbabwe		
Georgia	Países Bajos			
Granada	Polonia			
Grecia	Portugal			
Guinea Ecuatorial	República de Corea			
Honduras	República Dominicana			
Hungría	Samoa			
India	San Marino			
Irán (República Islámica del)	Senegal			
Iraq	Sri Lanka			
Irlanda	Sudán			
Islas Marshall	Suiza			
Jordania	Timor-Leste			
Kiribati	Togo			
Líbano	Viet Nam			
Libia	Zambia			
Liechtenstein				
Madagascar				
Maldivas				
Marruecos				
Mauricio				
Micronesia (Estados Federados de)				
Mónaco				
Mozambique				
Namibia				

TABLA A3 CONTINUACIÓN

0 METAS	1 META	2 METAS	3 METAS	4 METAS
88	50	35	13	8
Nicaragua				
Nueva Zelandia				
Omán				
Palau				
Panamá				
Papua Nueva Guinea				
Qatar				
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte				
República Árabe Siria				
República Centroafricana				
República de Moldova				
República Democrática Popular Lao				
Rumania				
Saint Kitts y Nevis				
San Vicente y las Granadinas				
Santa Lucía				
Seychelles				
Somalia				
Sudán del Sur				
Suriname				
Tonga				
Trinidad y Tabago				
Túnez				
Tuvalu				
Ucrania				
Uruguay				
Uzbekistán				
Venezuela (República Bolivariana de)				
Yemen				

Fuente: Bases de datos mundiales de UNICEF sobre la alimentación del lactante y el niño pequeño, 2019; Base de datos ampliada de estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil de UNICEF, la OMS y el Banco Mundial: Retraso del crecimiento, emaciación y sobrepeso, (marzo de 2019, Nueva York); red NCD Risk Factor Collaboration, 2019; Observatorio Mundial de la Salud de la OMS, 2019; y "UNICEF-WHO Low birthweight estimates: Levels and trends 2000-2015", 2019.
Notas: Evaluación de 194 países. Se entiende que la infancia abarca a los niños menores de 5 años; las metas relativas a las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación se evalúan en los adultos de 18 años o más. Las metodologías de seguimiento del progreso difieren de una meta a otra. Las definiciones de los indicadores se incluyen en el apéndice 1. Los detalles de los datos y los métodos utilizados para evaluar los progresos hacia el cumplimiento de las metas mundiales de nutrición se incluyen en el apéndice 2.

NOTAS

Capítulo 1

1 Afshin *et al.*, 2019. "Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017". *The Lancet*, 393(10184), págs. 1.958 a 1.972.

2 FAO, 2019. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo*. Disponible en: http://www.fao.org/3/I9553ES/i9553es.pdf.

3 Red de Información sobre Seguridad Alimentaria, 2019. "Global report on food crisis". Disponible en: https://reliefweb.int/report/world/global-report-food-crises-2019.

4 Ng M., Fleming T., Robinson M. *et al.*, 2014. "Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013". *The Lancet*, 384(9945), disponible en: www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60460-8/fulltext.

5 "Metas Globales 2025: Para mejorar la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño". Disponible en: www.who.int/nutrition/global-target-2025/es/.

6 Metas mundiales voluntarias sobre cuatro de las principales enfermedades no transmisibles. Disponible en: www.who.int/beat-ncds/take-action/targets/en/.

7 "Global Nutrition Report: Country Nutrition Profiles". Disponible en: https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/.

8 Comité de Políticas de Desarrollo de las Naciones Unidas, "Leaving no one behind", 2018. Disponible en: https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/2754713_July_PM_2._Leaving_no_one_behind_Summary_from_UN_Committee_for_Development_Policy.pdf.

9 Resolución de las Naciones Unidas adoptada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. 70/1. "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible".

10 Decenio de las Naciones Unidas de Acción sobre la Nutrición. Véase: https://www.un.org/nutrition/es.

11 Development Initiatives, 2017. *Informe de la Nutrición Mundial 2017: Alimentar los ODS*. Disponible en: www.globalnutritionreport.org.

12 Norheim O. F. y Asada Y., 2009. "The ideal of equal health revisited: definitions and measures of inequity in health should be better integrated with theories of distributive justice". *International Journal for Equity in Health*, 8:40, disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19922612; Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas, 2018. "Advancing equity, equality and non-discrimination in food systems: pathways to reform". *UNSCN News 43*, disponible en: www.unscn.org/en/Unscn-news?idnews=1838.

13 Comisión de la Organización Mundial de la Salud, 2008. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/

14 Comisión de la Organización Mundial de la Salud, 2008. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/.

15 Para consultar una versión actualizada, véase: "El Estado Mundial de la Infancia", 2019. Nueva York: UNICEF, pág. 97.

16 Comisión de la Organización Mundial de la Salud, 2008. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzarla equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/.

17 Para consultar una versión actualizada, véase: "El Estado Mundial de la Infancia", 2019. Nueva York: UNICEF, pág. 97.

18 "La OCDE define la fragilidad como una combinación de exposición al riesgo y una capacidad de afrontamiento insuficiente del Estado, el sistema o las comunidades para gestionar, asimilar o mitigar esos riesgos. La fragilidad puede propiciar resultados negativos como la violencia, el deterioro de las instituciones, el desplazamiento, las crisis humanitarias u otras emergencias". La fragilidad también puede considerarse desde la perspectiva de las interacciones pluridimensionales entre diversas formas de fragilidad, por ejemplo las incluidas en el Marco de Fragilidad de la OCDE: económica, ambiental, política, de seguridad y social (OCDE, 2016, *States of fragility 2016: understanding violence*. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1787/9789264267213-en).

19 Comisión de la Organización Mundial de la Salud, 2008. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/; Baker Phillip, Hawkes Corinna, Wingrove Kate, *et al.*, 2018. "What drives political commitment for nutrition? A review and framework synthesis to inform the United Nations Decade of Action on Nutrition". *BMJ Global Health*, 3(1): e000485.

20 Phumzile Mlambo-Ngcuka, 2018. Discurso de apertura de la Directora Ejecutiva de ONU Mujeres en el 62.º período de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer de las Naciones Unidas.

21 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2018. "What does it mean to leave no one behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation". Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/what-does-it-mean-to-leave-no-one-behind-.html.

22 Comisión de la Organización Mundial de la Salud, 2008. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/, págs. 50 a 59.

23 PNUD, 2018. "What does it mean to leave no one behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation". Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/what-does-it-mean-to-leave-no-one-behind-.html.

24 Comisión de la Organización Mundial de la Salud, 2008. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/, págs. 50 a 59; Barros F. C., Victora C. G., Scherpbier R. *et al.*, 2010. "Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries". *Revista de Saúde Pública*, 44(1): págs. 1 a 16.

25 Campbell J., Hirnschall G. y Magar V., 2017. Comentario: "Poner fin a la discriminación en los centros de atención sanitaria". Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/ending-discrimination-in-health-care-settings.

26 PNUD, 2018. "What does it mean to leave no one behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation". Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/what-does-it-mean-to-leave-no-one-behind-.html, págs. 13 y 14.

27 PNUD, 2018. "What does it mean to leave no one behind? A UNDP discussion paper and framework for implementation". Nueva York: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/poverty-reduction/what-does-it-mean-to-leave-no-one-behind-.html, pág. 14.

28 Thow A. M. y Nisbett N., 2019. "Trade, nutrition, and sustainable food systems". *The Lancet*, 394(10200), págs. 716 a 718.

29 Hagenaars L. L., Jeurissen P. P. T. y Klazinga N. S., 2017. "The taxation of unhealthy energy-dense foods (EDFs) and sugar-sweetened beverages (SSBs): an overview of patterns observed in the policy content and policy context of 13 case studies". *Health Policy*, 121(8): págs. 887 a 894. (doi:10.1016/j.healthpol.2017.06.011); Swinburn B. A., Kraak V. I., Allender S. *et al.*, 2019. "The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report". *The Lancet*, 393(10173), págs. 791 a 846.

30 Barros F. C., Victora C. G., Scherpbier R., *et al.*, 2010. "Socioeconomic inequities in the health and nutrition of children in low/middle income countries". *Revista de Saúde Pública*, 44(1), págs. 1 a 16; Comisión de la Organización Mundial de la Salud, 2008. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/.

31 Ayuda Irlandesa, 2019. "A Better World. Ireland's Policy for International Development".

32 Hawkes C. y Halliday J., 2017. "What makes urban food policy happen? Insights from five case studies". Panel Internacional de Expertos sobre Sistemas Alimentarios Sostenibles.

33 Brighton and Hove Food Partnership, Brighton and Hove Connected, Community Works, The Living Coast, Brighton and Hove National Health Service Clinical Commission Group, Brighton and Hove City Council, "Brighton and Hove Food Strategy Action Plan, 2018–2023".

34 Swinburn B. A., Kraak V. I., Allender S. *et al.*, 2019. "The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report". *The Lancet*, 393(10173), págs. 791 a 846.

35 Véase: https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld.

36 "Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible". Aprobada el 25 de septiembre de 2015 en la Cumbre de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas. Disponible en: https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/L.1&Lang=S.

37 Comisión de la Organización Mundial de la Salud, 2008. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/, pág. 2.

38 Comisión de la Organización Mundial de la Salud, 2008. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/.

39 Véase: www.gov.uk/dfid-research-outputs/thinking-and-working-politically-gsdrc-professional-development-reading-pack-no-13

40 Resumido en Gillespie *et al.*, 2014. "The politics of reducing malnutrition: building commitment and accelerating progress". *The Lancet*, 382(9891), págs. 552 a 569; Nisbett *et al.*, 2015. "What drives and constrains effective leadership in tackling child undernutrition? Findings from Bangladesh, Ethiopia, India and Kenya". *Food Policy*, 53, mayo, págs. 33 a 45; y Baker *et al.*, 2018. "Addressing trade policy as a macro-structural determinant of health: The role of institutions and ideas". *Global Social Policy*, 18(1), págs. 94 a 101.

41 Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, 2015. *Informe de la nutrición mundial 2015: Acciones y responsabilidades para hacer progresar la nutrición y el desarrollo sostenible*. Capítulo 9, "Evaluar el cumplimiento de los compromisos". Washington, D. C.: IFPRI.

42 FAO, 2007. "Right to food: lessons learnt in Brazil". Disponible en: www.fao.org/3/a-a1331e.pdf.

43 https://nhm.gov.in/index1.php?lang=1&level=2&sublinkid=967&lid=587.

44 Smith L. C. y Haddad L., 2015. "Reducing child undernutrition: past drivers and priorities for the post-MDG era". *World Development*, 68: págs. 180 a 204. Los autores utilizaron los indicadores de la Guía Internacional de Riesgo País publicada por el Grupo de Servicios de Riesgo Político en 2013. Puede consultarse un conjunto similar de indicadores del proyecto de indicadores mundiales de buen gobierno del Banco Mundial (https://info.worldbank.org/governance/wgi/).

45 ONU Mujeres, Women Count y Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2019. "Progress on the Sustainable Development Goals. *The Gender Snapshot 2019*". Disponible en: www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2019/09/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2019

46 ONU Mujeres, Women Count y Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, 2019. "Progress on the Sustainable Development Goals. *The Gender Snapshot 2019*". Disponible en: www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2019/09/progress-on-the-sustainable-development-goals-the-gender-snapshot-2019.

47 Bhutta *et al.*, 2013. "Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost?". *The Lancet*, 382(9890), págs. 452 a 477.

48 Ruel *et al.*, 2013. "Nutrition-sensitive interventions and programmes: how can they help to accelerate progress in improving maternal and child nutrition?". *The Lancet*, 382(9891).

49 Comisión de la Organización Mundial de la Salud, 2008. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/.

50 Comisión de la Organización Mundial de la Salud, 2008. *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/.

51 Swinburn B. A., Kraak V. I., Allender S. *et al*., 2019. "The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report". *The Lancet*, 393(10173), págs. 791 a 846.

52 Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, http://www.fao.org/cfs/cfs-home/es/.

53 Movimiento para el Fomento de la Nutrición, https://scalingupnutrition.org/es/.

54 Conferencia de las Partes de ONU Cambio Climático, https://unfccc.int/es.

55 Véase: https://scalingupnutrition.org/es/paises-sun/sobre-los-paises-sun/.

56 La presente edición del *Informe de la Nutrición Mundial* emplea los datos más recientes disponibles cuando se llevó a cabo el análisis.

Capítulo 2

1 "Global Nutrition Report: Country Nutrition Profiles". Disponible en: https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/.

2 "Global Nutrition Report: Country Nutrition Profiles". Disponible en: https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/.

3 "Global Nutrition Report: Country Nutrition Profiles". Disponible en: https://globalnutritionreport.org/resources/nutrition-profiles/.

4 La OMS define la "doble carga" como la "coexistencia de desnutrición junto con sobrepeso y obesidad, o enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, en una misma persona, hogar y grupo de población, y a lo largo del ciclo de vida". Más información en: Serie de *The Lancet* sobre la doble carga de la malnutrición, diciembre de 2019. Disponible en: www.thelancet.com/series/double-burden-malnutrition.

5 OCDE, 2018. *States of Fragility*. Disponible en: www.oecd.org/dac/conflict-fragility-resilience/listofstateoffragilityreports.htm.

6 La emaciación es un tipo de malnutrición aguda; con frecuencia, en las emergencias humanitarias, se recoge la prevalencia de la malnutrición aguda global, que incluye tanto la emaciación como el edema bilateral con fóvea, en lugar de registrar únicamente la prevalencia de la emaciación. Sin embargo, también a menudo, se utiliza el término emaciación para referirse a la malnutrición aguda global.

7 *UNHCR Emergency Handbook*. Disponible en: https://emergency.unhcr.org/entry/32604/acute-malnutrition-threshold.

8 Organización Mundial de la Salud, 2000. *The management of nutrition in major emergencies*. Ginebra: OMS; De Onis M., Borghi E., Arimond M. *et al*., 2019. "Prevalence thresholds for wasting, overweight and stunting in children under 5 years". *Public Health Nutrition*, 22:1, págs. 175 a 179, doi:10.1017/S1368980018002434.

9 Young H. and Marshak A., 2018. "Persistent global acute malnutrition". Escuela Friedman de Ciencia y Política de la Nutrición de la Universidad de Tufts; marco del informe de la OCDE sobre los estados de fragilidad (*States of Fragility 2018*), un enfoque multidimensional para medir la magnitud de la fragilidad entre países. Se basa en cinco dimensiones fundamentales: política, social, económica, ambiental y de seguridad. Los riesgos se consideran factores que pueden cambiar el pronóstico de la situación en un país en cada una de las dimensiones. A cada país se le atribuye una puntuación para cada dimensión en función de estos riesgos, que luego se incorporan a la puntuación general de fragilidad del país (www3.compareyourcountry.org/states-of-fragility/about/0/).

10 La emaciación es un tipo de malnutrición aguda; con frecuencia, en las emergencias humanitarias, se recoge la prevalencia de la malnutrición aguda global, que incluye tanto la emaciación como el edema bilateral con fóvea, en lugar de registrar únicamente la prevalencia de la emaciación. Sin embargo, también a menudo, se utiliza el término emaciación para referirse a la malnutrición aguda global.

11 Marco del informe de la OCDE sobre los estados de fragilidad (*States of Fragility 2018*), un enfoque multidimensional para medir la magnitud de la fragilidad entre países. Se basa en cinco dimensiones fundamentales: política, social, económica, ambiental y de seguridad. Los riesgos se consideran factores que pueden cambiar el pronóstico de la situación en un país en cada una de las dimensiones. A cada país se le atribuye una puntuación para cada dimensión en función de estos riesgos, que luego se incorporan a la puntuación general de fragilidad del país (www3.compareyourcountry.org/states-of-fragility/about/0/).

12 *Informe de la Nutrición Mundial 2018: Arrojar luz sobre la nutrición para inspirar nuevas iniciativas*. Capítulo 2, "La carga de la malnutrición", disponible en: https://globalnutritionreport.org/reports/global-nutrition-report-2018/burden-malnutrition.

13 Cyril S., Oldroyd J. C. y Renzaho A., 2013. "Urbanisation, urbanicity, and health: a systematic review of the reliability and validity of urbanicity scales". Disponible en: https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-513.

14 El nivel educativo de la madre se clasifica como "mayor" (educación secundaria o superior) y "menor" (sin educación formal o con educación primaria únicamente).

15 Todas las cifras se presentan con un decimal; sin embargo, las diferencias se calculan con cifras sin redondear. Por lo tanto, es posible que la diferencia redondeada a un decimal no coincida con la diferencia entre las dos cifras redondeadas.

16 Yosef S. y Goulden J., 2016. "Commitments and accountability: Peru's unique nutrition journey", en Gillespie S., Hodge J., Yosef S. y Pandya-Lorch R., eds., *Nourishing millions: Stories of change in nutrition.* Washington, D. C., Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, págs. 125 a 132. Disponible en: http://ebrary.ifpri.org/cdm/ref/collection/p15738coll2/id/130409.

17 Paredes M., 2008. "Weak Indigenous Politics in Peru". Centro de Investigación sobre Desigualdad, Seguridad Humana y Etnicidad, Universidad de Oxford. Disponible en: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/57a08bc0e5274a27b2000d25/wp33.pdf; Anticona Huaynate C. F., Pajuelo Travezaño M. J., Correa M. *et al.*, 2015. "Diagnostics barriers and innovations in rural areas: insights from junior medical doctors on the frontlines of rural care in Peru". *BMC Health Services Research*, 15:454. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12913-015-1114-7.

18 Kinyoki D. K. *et al.*, 2020. "Mapping child growth failure across low- and middle-income countries". *Nature*, 577, págs. 231 a 234, doi:10.1038/s41586-019-1878-8 y doi:10.1038/s41591-020-0807-6.

19 Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2017. "Local burden of disease – child growth failure". Disponible en: https://vizhub.healthdata.org/lbd/cgf.

20 IHME, 2020. "Low- and middle-income country child growth failure geospatial estimates 2000-2017". Disponible en: http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/lmic-child-growth-failure-geospatial-estimates-2000-2017.

21 La prevalencia de 2017 aquí presentada se basa en un modelo que genera estimaciones a partir de distintos tipos de encuestas realizadas entre 1998 y 2018. Este método difiere de las cifras de prevalencia que se muestran en otras partes de este capítulo, que se basan en los datos más recientes disponibles para cada país extraídos de encuestas realizadas a partir del año 2000. Las estimaciones de probabilidad son relativas a las estimaciones de prevalencia de 2012, cuando la mayoría de los países adoptaron las metas mundiales de nutrición. Los métodos completos del IHME pueden consultarse aquí: Kinyoki D. K. *et al.*, 2020. "Mapping child growth failure across low- and middle-income countries". *Nature*, 577, págs. 231 a 234, doi:10.1038/s41586-019-1878-8 y doi:10.1038/s41591-020-0807-6.

22 Marini A., Rokx C. y Gallagher P., 2017. "Dando la talla: El éxito del Perú en la lucha contra la desnutrición crónica". Grupo Banco Mundial.

23 Kinyoki D. K. *et al.*, 2020. "Mapping child growth failure across low- and middle-income countries". *Nature*, 577, págs. 231 a 234, doi: 10.1038/s41586-019-1878-8.

24 The Lancet, 2016. "Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1968 population-based measurement studies with 19.2 million participants". Disponible en: www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30054-X/fulltext.

25 The Lancet, 2016. "Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1968 population-based measurement studies with 19.2 million participants". Disponible en: www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30054-X/fulltext.

26 Grupos de países por nivel de ingresos del Banco Mundial 2019-2020. Disponible en: https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups.

27 Marco del informe de la OCDE sobre los estados de fragilidad (*States of Fragility 2018*), un enfoque multidimensional para medir la magnitud de la fragilidad entre países. Se basa en cinco dimensiones fundamentales: política, social, económica, ambiental y de seguridad. Los riesgos se consideran factores que pueden cambiar el pronóstico de la situación en un país en cada una de las dimensiones. A cada país se le atribuye una puntuación para cada dimensión en función de estos riesgos, que luego se incorporan a la puntuación general de fragilidad del país (www3.compareyourcountry.org/states-of-fragility/about/0/).

28 Colaboradores de Global Burden of Disease, 2019. "Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017". *The Lancet*, (393:10184), disponible en: www.thelancet.com/article/S0140-6736(19)30041-8/fulltext; Micha R., Peñalvo J. L., Cudhea F. *et al.*, 2017. "Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the United States". *JAMA*, 317:9, disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2608221; Mozaffarian D., Fahimi S., Singh G. M. *et al.*, 2014. "Global sodium consumption and death from cardiovascular causes". *The New England Journal of Medicine*, 371. Disponible en: www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa1304127.

29 Micha R., Peñalvo J. L., Cudhea F. *et al.*, 2017. "Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the United States". *JAMA*, 317(9), disponible en: https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2608221.

30 Global Dietary Database, 2015. Disponible en: www.globaldietarydatabase.org/.

31 The Lancet, 2016. "Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants". Disponible en: www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31919-5/fulltext.

32 Marco del informe de la OCDE sobre los estados de fragilidad (*States of Fragility 2018*), un enfoque multidimensional para medir la magnitud de la fragilidad entre países. Se basa en cinco dimensiones fundamentales: política, social, económica, ambiental y de seguridad. Los riesgos se consideran factores que pueden cambiar el pronóstico de la situación en un país en cada una de las dimensiones. A cada país se le atribuye una puntuación para cada dimensión en función de estos riesgos, que luego se incorporan a la puntuación general de fragilidad del país (www3.compareyourcountry.org/states-of-fragility/about/0/).

33 Más información en: "Global data on cost of consequences of obesity". Federación Mundial de Obesidad. Disponible en: www.worldobesity.org/resources/resource-library/calculating-the-costs-of-the-consequences-of-obesity. Fecha de consulta: 31 de marzo de 2020.

34 Federación Internacional de Diabetes (FID), 2019. *Atlas de la Diabetes de la FID. Novena* edición. Bruselas: FID. Disponible en: https://diabetesatlas.org/es/.

35 Federación Internacional de Diabetes (FID), 2019. *Atlas de la Diabetes de la FID. Novena* edición. Bruselas: FID. Disponible en: https://diabetesatlas.org/es/.

36 Federación Internacional de Diabetes (FID), 2019. *Atlas de la Diabetes de la FID. Novena* edición. Bruselas: FID. Disponible en: https://diabetesatlas.org/es/.

37 Red NCD Risk Factor Collaboration, 2016. "Worldwide trends in diabetes since 1980: a pooled analysis of 751 population-based studies with 4.4 million participants". *The Lancet*, 387:10027, págs. 1.513 a 1.530.

Capítulo 3

1 Naciones Unidas, 2019. Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. "Cobertura sanitaria universal: avanzando juntos para construir un mundo más saludable".

2 The Lancet, 2013. Serie sobre nutrición maternoinfantil; Lee Y., Mozaffarian D., Sy S. *et al.*, 2019. "Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: a microsimulation study". *PLoS Medicine*,16:3, e1002761.

3 Organización Mundial de la Salud, 2019. "La nutrición en la cobertura sanitaria universal". OMS, Ginebra. (WHO/NMH/NHD/19.24). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

4 Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2018. "A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals". Ginebra: OMS.

5 Organización Mundial de la Salud, 2018. "Technical Series on Primary Health Care: Building the economic case for primary health care: a scoping review".

6 Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2018. "A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals". Ginebra: OMS.

7 UNICEF, 2019. "El Estado Mundial de la Infancia 2019. Niños, alimentos y nutrición. Crecer bien en un mundo en transformación". Nueva York: UNICEF; *The state of acute malnutrition.* Disponible en: https://acutemalnutrition.org/en (fecha de consulta: febrero de 2020).

8 Organización Mundial de la Salud, 2019. *Essential nutrition actions. Mainstreaming nutrition through the life-course.* Ginebra: OMS.

9 Lee Y., Mozaffarian D., Sy S. *et al.*, 2019. "Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: a microsimulation study". *PLoS Medicine*,16:3, e1002761; Mozaffarian D., Angell S. Y., Lang T. *et al.*, 2018. "Role of government policy in nutrition-barriers to and opportunities for healthier eating". *BMJ*, 361, k2426; Micha R., Peñalvo J. L., Cudhea F. *et al.*, 2017. "Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the United States". *JAMA*, 317:9, págs. 912 a 924; Huang Y., Pomeranz J., Wilde P. *et al.*, 2018. "Adoption and design of emerging dietary policies to improve cardiometabolic health in the US". *Current Atherosclerosis Reports*, 20:5, pág. 25; Mozaffarian D., Liu J., Sy S. *et al.*, 2018. "Cost-effectiveness of financial incentives and disincentives for improving food purchases and health through the US Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP): a microsimulation study". *PLoS Medicine*, 15:10, e1002661; Astrup A., Bertram H. C., Bonjour J. P. *et al.*, 2019. "WHO draft guidelines on dietary saturated and trans fatty acids: time for a new approach?". *BMJ*, 366, l4137; Mozaffarian D., Mande J. y Micha R., 2019. "Food is medicine – the promise and challenges of integrating food and nutrition into health care". *JAMA Internal Medicine*, 179:6, págs. 793 a 795.

10 Lee Y., Mozaffarian D., Sy S. *et al.*, 2019. "Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: a microsimulation study". *PLoS Medicine*, 16:3, e1002761.

11 Mozaffarian D., Mande J. y Micha R., 2019. "Food is medicine – the promise and challenges of integrating food and nutrition into health care". *JAMA Internal Medicine*, 179: 6, págs. 793 a 795; Mozaffarian D., Mande J. y Micha R., 2019. "Food is medicine: how US policy is shifting toward nutrition for better health". *The Conversation*, disponible en: https://theconversation.com/food-is-medicine-how-us-policy-is-shifting-toward-nutrition-for-better-health-107650.

12 Mozaffarian D., Mande J. y Micha R., 2019. "Food is medicine – the promise and challenges of integrating food and nutrition into health care". *JAMA Internal Medicine*, 179:6, págs. 793 a 795; Mozaffarian D., Mande J. y Micha R., 2019. "Food is medicine: how US policy is shifting toward nutrition for better health". *The Conversation*, disponible en: https://theconversation.com/food-is-medicine-how-us-policy-is-shifting-toward-nutrition-for-better-health-107650.

13 Organización Mundial de la Salud, 2007. *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action.* Ginebra: OMS.

14 Organización Mundial de la Salud, 2007. *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action.* Ginebra: OMS.

15 Organización Mundial de la Salud, 2007. *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action.* Ginebra: OMS.

16 Manyazewal T., 2017. "Using the World Health Organization health system building blocks through survey of healthcare professionals to determine the performance of public healthcare facilities". *Archives of Public Health*, 75:50, https://doi.org/10.1186/s13690-017-0221-9.

17 Organización Mundial de la Salud, 2018. *Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition.* Ginebra: OMS.

18 Organización Mundial de la Salud, 2018. *Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition.* Ginebra: OMS.

19 Hawkes C., Ruel M. T., Salm L. *et al.*, 2020. "Double-duty actions: seizing programme and policy opportunities to address malnutrition in all its forms". *The Lancet*, 395:10218, págs. 142 a 155.

20 Nicholas L. H., Hanson C., Segal J. B. *et al.*, 2019. "Association between treatment by fraud and abuse perpetrators and health outcomes among Medicare beneficiaries". *JAMA Internal Medicine*, https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4771; Transparency International, 2019. "The ignored pandemic: How corruption in healthcare service delivery threatens Universal Health Coverage", disponible en: http://ti-health.org/wp-content/uploads/2019/03/IgnoredPandemic-WEB-v2.pdf.

21 Stenberg K., Hanssen O., Edejer T. T. *et al.*, 2017. "Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries". *The Lancet Global Health*, 5:9, e875-e887; Transparency International, 2019. "The ignored pandemic: How corruption in healthcare service delivery threatens Universal Health Coverage", disponible en: http://ti-health.org/wp-content/uploads/2019/03/IgnoredPandemic-WEB-v2.pdf.

22 Nicholas L. H., Hanson C., Segal J. B. *et al.*, 2019. "Association between treatment by fraud and abuse perpetrators and health outcomes among Medicare beneficiaries". *JAMA Internal Medicine*, https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.4771.

23 Organización Mundial de la Salud, 2018. *Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition.* Ginebra: OMS.

24 Grupos de países por nivel de ingresos del Banco Mundial 2019-2020. Disponible en: https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups.

25 Organización Mundial de la Salud, 2007. *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action.* Ginebra: OMS; Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2018. "A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals". Ginebra: OMS, pág. 11.

26 McPake B., Maeda A., Araújo E. C. *et al.*, 2013. "Why do health labour market forces matter?" *Bulletin of the World Health Organization*, 91:11, págs. 841 a 846.

27 Scheil-Adlung X., 2013. "Health workforce benchmarks for universal health coverage and sustainable development". *Bulletin of the World Health Organization*, 91:11, pág. 888; Anand S. y Bärnighausen T., 2012. "Health workers at the core of the health system: framework and research issues". *Health Policy*, 105:2-3, págs. 185 a 191.

28 Liu J. X., Goryakin Y., Maeda A. *et al.*, 2017. "Global health workforce labor market projections for 2030". *Human Resources for Health*, 15:1, pág. 11; Campbell J., Dussault G., Buchan J. *et al.*, 2013. "Una verdad universal: No hay salud sin agentes sanitarios". Informe del Tercer Foro Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud, Recife (Brasil). Ginebra: Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario y Organización Mundial de la Salud.

29 Los profesionales de la nutrición son personas formadas para ejercer una profesión en el campo de la nutrición; en la mayoría de los países se los denomina "dietistas" o "nutricionistas" (entre los que se incluyen los científicos de la nutrición, los epidemiólogos nutricionales y los nutricionistas de la salud pública). Sus conocimientos sobre la práctica de la nutrición los capacitan para demostrar competencias concretas y cumplir los requisitos en materia de certificación o registro exigidos por las organizaciones profesionales nacionales o mundiales de nutrición o dietética.

30 Organización Mundial de la Salud, 2017. *Marco global de vigilancia en nutrición: directrices operacionales para el seguimiento de los progresos hacia el logro de las metas para 2025.* Ginebra: OMS.

31 Rango intercuartílico 0,6-6,6.

32 Organización Mundial de la Salud, 2018. *Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition.* Ginebra: OMS.

33 Ocho en la región de la OMS de las Américas, tres en la región de la OMS del Mediterráneo Oriental, siete en la región de la OMS de Europa, uno en la región de la OMS de Asia Sudoriental y cuatro en la región de la OMS del Pacífico Occidental.

34 Uno en la región de la OMS de las Américas, uno en la región de la OMS del Mediterráneo Oriental y cuatro en la región de la OMS de Europa.

35 Sodjinou R., Bosu W. K., Fanou N. *et al.*, 2014. "A systematic assessment of the current capacity to act in nutrition in West Africa: cross-country similarities and differences". *Global Health Action*, 7, 24763.

36 Crowley J., Ball L. y Hiddink G. J., 2019. "Nutrition in medical education: a systematic review". *Lancet Planet Health*, 3:9, e379-e389.

37 Organización Mundial de la Salud, 2018. *Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition.* Ginebra: OMS; Delisle H., Shrimpton R., Blaney S. *et al.*, 2017. "Capacity-building for a strong public health nutrition workforce in low-resource countries". *Bulletin of the World Health Organization*, 95:5, págs. 385 a 388.

38 World Vision. "mHealth application for acute malnutrition". Disponible en: www.wvi.org/nutrition/mhealth-CMAM-app (fecha de consulta: febrero de 2020); Frank T., Keane E., Roschnik N. *et al*., 2017. "Developing a mobile health app to manage acute malnutrition: a five-country experience". *Field Exchange*.

39 USAID, 2016. "African strategies for health. Regional actors addressing health financing in Africa: comparative advantages, challenges, and opportunities", disponible en: www.africanstrategies4health.org/uploads/1/3/5/3/13538666/health_financing_landscape_analysis_technical_brief_10may2016.pdf.

40 USAID, 2016. "African strategies for health. Regional actors addressing health financing in Africa: comparative advantages, challenges, and opportunities", disponible en: www.africanstrategies4health.org/uploads/1/3/5/3/13538666/health_financing_landscape_analysis_technical_brief_10may2016.pdf.

41 Naciones Unidas, 2019. Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. "Cobertura sanitaria universal: avanzando juntos para construir un mundo más saludable".

42 Organización Mundial de la Salud, 2018. *Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. Ginebra: OMS.

43 Stenberg K., Hanssen O., Edejer T. T. *et al*., 2017. "Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries". *The Lancet Global Health*, 5:9, e875-e887.

44 Esta categoría de enfermedad por lo general refleja el gasto en programas de suplementación con vitaminas y minerales, programas de prevención de la malnutrición aguda y programas específicos de nutrición, pero es posible que no incluya las horas de trabajo dedicadas a actividades nutricionales integradas en otros servicios de salud (por ejemplo, servicios de salud reproductiva). También podría excluir el gasto en programas de suplementación alimenticia y de emergencias humanitarias.

45 Jardim T. V., Mozaffarian D., Abrahams-Gessel S. *et al*., 2019. "Cardiometabolic disease costs associated with suboptimal diet in the United States: a cost analysis based on a microsimulation model". *PloS Medicine*, 6:12, e1002981; Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición, 2016. "The cost of malnutrition: why policy action is urgent". Londres: Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición; Federación Mundial de Obesidad, 2017. "Calculating the costs of the consequences of obesity". Disponible en: www.worldobesity.org/resources/resource-library/calculating-the-costs-of-the-consequences-of-obesity.

46 Micha R., Peñalvo J. L., Cudhea F. *et al*., 2017. "Association between dietary factors and mortality from heart disease, stroke, and type 2 diabetes in the United States". *JAMA*, 317:9, págs. 912 a 924.

47 Lee Y., Mozaffarian D., Sy S. *et al*., 2019. "Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: a microsimulation study". *PloS Medicine*, 16:3, e1002761.

48 Lee Y., Mozaffarian D., Sy S. *et al*., 2019. "Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: a microsimulation study". *PloS Medicine*, 16:3, e1002761.

49 Lee Y., Mozaffarian D., Sy S. *et al*., 2019. "Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: a microsimulation study". *PloS Medicine*, 16:3, e1002761.

50 Organización Mundial de la Salud. Base de datos de la OMS sobre el gasto sanitario mundial. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database.

51 Mozaffarian D., Mande J. y Micha R., 2019. "Food is medicine – the promise and challenges of integrating food and nutrition into health care". *JAMA Internal Medicine*, 179: 6, págs. 793 a 795; Mozaffarian D., Mande J. y Micha R., 2019. "Food is medicine: how US policy is shifting toward nutrition for better health". *The Conversation*, disponible en: https://theconversation.com/food-is-medicine-how-us-policy-is-shifting-toward-nutrition-for-better-health-107650.

52 Mozaffarian D., Mande J. y Micha R., 2019. "Food is medicine – the promise and challenges of integrating food and nutrition into health care". *JAMA Internal Medicine*, 179: 6, págs. 793 a 795; Mozaffarian D., Mande J. y Micha R., 2019. "Food is medicine: how US policy is shifting toward nutrition for better health". *The Conversation*, disponible en: https://theconversation.com/food-is-medicine-how-us-policy-is-shifting-toward-nutrition-for-better-health-107650; California Food is Medicine Coalition, 2018. Programa de comidas adaptadas desde un punto de vista médico. Disponible en: https://calfimc.org/ (fecha de consulta: febrero de 2020).

53 Wholesome Wave. "Wholesome Rx: fruit and vegetable prescription program". Disponible en: www.wholesomewave.org/how-we-work/produce-prescriptions (fecha de consulta: febrero de 2020).

54 Watkins D. A., Jamison D. T., Mills A. *et al.*, 2017. "Universal health coverage and essential packages of care". En: Jamison D. T., Gelband H. *et al.* (eds.). *Disease control priorities: improving health and reducing poverty.* Washington, D. C.

55 Watkins D. A., Jamison D. T., Mills A. *et al.*, 2017. "Universal health coverage and essential packages of care". En: Jamison D. T., Gelband H. *et al.* (eds.). *Disease control priorities: improving health and reducing poverty.* Washington, D. C.

56 Organización Mundial de la Salud, 2010. "Access to essential medicine" (capítulo 4), en *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.* Ginebra: OMS.

57 Organización Mundial de la Salud, 2018. "WHO technical consultation: Nutrition-related health products and the World Health Organization Model List of Essential Medicines – practical considerations and feasibility". Ginebra: OMS; Organización Mundial de la Salud. "WHO model lists of essential medicines". Disponible en: www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/ (fecha de consulta: febrero de 2020).

58 Organización Mundial de la Salud, 2019. *Essential nutrition actions: mainstreaming nutrition through the life-course.* Ginebra: OMS; Comité de Expertos en Selección y Uso de Medicamentos Esenciales de la OMS, 2019. "The selection and use of essential medicines" (incluye la 21.ª Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS y la 7.ª Lista Modelo de Medicamentos Pediátricos Esenciales de la OMS). Ginebra: OMS.

59 Global Essential Medicines, 2017. Disponible en: https://global.essentialmeds.org/dashboard/medicines (fecha de consulta: febrero de 2020).

60 Organización Mundial de la Salud, 2019. "WHO technical consultation: Nutrition-related health products and the World Health Organization Model List of Essential Medicines – practical considerations and feasibility", Ginebra, 20 y 21 de septiembre de 2018. Informe de reunión. (WHO/NMH/NHD/19.1). Ginebra: OMS.

61 Cashin K. y Oot L, 2018. "Guide to anthropometry: a practical tool for program planners, managers, and implementers". Washington, D. C.: Food and Nutrition Technical Assistance III Project (FANTA)/ FHI 3602018.

62 Mannino R. G., Myers D. R., Tyburski E. A. *et al.*, 2018. "Smartphone app for non-invasive detection of anemia using only patient-sourced photos". *Nature Communication,* 9:4924. https://doi.org/10.1038/s41467-018-07262-2.

63 Picó C., Serra F., Rodríguez A. M. *et al.*, 2019. "Biomarkers of nutrition and health: new tools for new approaches". *Nutrients*, 11:5.

64 Organización Mundial de la Salud, 2019. *Essential nutrition actions. Mainstreaming nutrition through the life-course.* Ginebra: OMS; Organización Mundial de la Salud, 2019. *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening.* Ginebra: OMS.

65 Salam R. A., Das J. K. y Bhutta Z. A., 2019. "Integrating nutrition into health systems: what the evidence advocates". *Maternal and Child Nutrition*,15 suplemento 1: e12738.

66 "National Family Health Survey (NFHS-4)", India. 2015-2016.

67 Tipo de centro de atención primaria de salud de la India.

68 "National Family Health Survey (NFHS-4)", Champions of Change, Aspirational District, NITI Aayog, Poshan Abhiyaan (Misión Nutricional Nacional), Ministerio de Desarrollo de la Mujer y el Niño, Gobierno de la India.

69 Organización Mundial de la Salud, 2010. "Health service delivery" (capítulo 1), en *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies.* Ginebra: OMS.

70 Organización Mundial de la Salud, 2018. *Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition.* Ginebra: OMS, pág. 133.

71 Lee Y., Mozaffarian D., Sy S. *et al.*, 2019. "Cost-effectiveness of financial incentives for improving diet and health through Medicare and Medicaid: a microsimulation study". *PLoS Medicine*,16:3, e1002761; Huang Y., Pomeranz J., Wilde P. *et al.*, 2018. "Adoption and design of emerging dietary policies to improve cardiometabolic health in the US". *Current Atherosclerosis Reports*, 20:5, pág. 25; Watkins D. A., Jamison D. T., Mills A. *et al.*, 2017. "Universal health coverage and essential packages of care". En: Jamison D. T., Gelband H. *et al.* (eds.). *Disease control priorities: improving health and reducing poverty.* Washington, D. C.

72 Organización Mundial de la Salud, 2007. *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action.* Ginebra: OMS; Organización Mundial de la Salud, 2010. "Health information systems" (capítulo 3), en *Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies.* Ginebra: OMS.

73 Organización Mundial de la Salud, 2007. *Everybody's business: Strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action.* Ginebra: OMS.

74 Micha R., Coates J., Leclercq C. *et al.*, 2018. "Global dietary surveillance: data gaps and challenges". *Food and Nutrition Bulletin*, 39:2, págs. 175 a 205; Kight C. E., Bouche J. M., Curry A. *et al.*, 2020. "Consensus recommendations for optimizing electronic health records for nutrition care". *Nutrition in Clinical Practice*, 35:1, págs. 12 a 23.

75 Organización Mundial de la Salud, 2010. "Health information systems" (capítulo 3), en *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies.* Ginebra: OMS.

76 Kight C. E., Bouche J. M., Curry A. *et al.*, 2020. "Consensus recommendations for optimizing electronic health records for nutrition care". *Nutrition in Clinical Practice*, 35:1, págs. 12 a 23.

77 Grupo de Redacción del Nutrition Care Process/Standardized Language Committee, 2008. "Nutrition care process and model part I: the 2008 update". *Journal of the American Dietetic Association*, 108:7, págs. 1.113 a 1.117; Swan W. I., Vivanti A., Hakel-Smith N. A. *et al.*, 2017. "Nutrition care process and model update: toward realizing people-centered care and outcomes management". *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117:12, págs. 2.003 a 2.014; Swan W. I., Pertel D. G., Hotson B. *et al.*, 2019. "Nutrition care process (NCP) update part 2: developing and using the NCP terminology to demonstrate efficacy of nutrition care and related outcomes". *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119:5, págs. 840 a 855.

78 Kight C. E., Bouche J. M., Curry A. *et al.*, 2020. "Consensus recommendations for optimizing electronic health records for nutrition care". *Nutrition in Clinical Practice*, 35:1, págs. 12 a 23; Lövestam E., Boström A. M. y Orrevall Y., 2017. "Nutrition care process implementation: experiences in various dietetics environments in Sweden". *Journal of the Academy of Nutrition* and Dietetics, 117:11, págs. 1.738 a 1.748; Kim E. M. y Baek H. J., 2013. "A survey on the status of nutrition care process implementation in Korean hospitals". *Clinical Nutrition Research*, 2:2, págs. 143 a 148; Comité de Práctica Profesional de la Federación Europea de Asociaciones de Dietistas, 2014. "Vision paper: the implementation of a nutrition care process (NCP) and standardized language (SL) among dietitians in Europe". Vision 2020; Lövestam E., Vivanti A., Steiber A. *et al.*, 2017. "The International Nutrition Care Process and Terminology Implementation Survey: towards a global evaluation tool to assess individual practitioner implementation in multiple countries and languages". *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 119:2, págs. 242 a 260; Vivanti A., Lewis J. y O'Sullivan T. A., 2018. "The nutrition care process terminology: changes in perceptions, attitudes, knowledge and implementation amongst Australian dietitians after three years". *Nutrition and Dietetics*, 75:1, págs. 87 a 97.

79 Kight C. E., Bouche J. M., Curry A. *et al.*, 2020. "Consensus recommendations for optimizing electronic health records for nutrition care". *Nutrition in Clinical Practice*, 35:1, págs. 12 a 23; Lövestam E., Boström A. M. y Orrevall Y., 2017. "Nutrition care process implementation: experiences in various dietetics environments in Sweden". *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 117:11, págs. 1.738 a 1.748; Vivanti A., O'Sullivan T. A., Porter J. *et al.*, 2017. "Successful long-term maintenance following nutrition care process terminology implementation across a state-wide health-care system". *Nutrition and Dietetics*, 74:4, págs. 372 a 380.

80 Salam R. A., Das J. K. y Bhutta Z. A., 2019. "Integrating nutrition into health systems: what the evidence advocates". *Maternal and Child Nutrition*, 15 suplemento 1: e12738.

81 Citty S. W., Kamel A., Garvan C. *et al.*, 2017. "Optimizing the electronic health record to standardize administration and documentation of nutritional supplements". *BMJ Quality Improvement Reports*, 6:1; Sriram K., Sulo S., VanDerBosch G. *et al.*, 2017. "A comprehensive nutrition-focused quality improvement program reduces 30-day readmissions and length of stay in hospitalized patients". *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 41:3, págs. 384 a 391.

82 Rossi M., Campbell K. L. y Ferguson M., 2014. "Implementation of the nutrition care process and international dietetics and nutrition terminology in a single-center hemodialysis unit: comparing paper vs electronic records". *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114:1, págs. 124 a 130.

83 Mozaffarian D., Mande J. y Micha R., 2019. "Food is medicine – the promise and challenges of integrating food and nutrition into health care". *JAMA Internal Medicine*, 179:6, págs. 793 a 795; Mozaffarian D., Mande J. y Micha R., 2019. "Food is medicine: how US policy is shifting toward nutrition for better health". *The Conversation*, disponible en: https://theconversation.com/food-is-medicine-how-us-policy-is-shifting-toward-nutrition-for-better-health-107650; Vivanti A., Lewis J. y O'Sullivan T. A., 2018. "The nutrition care process terminology: changes in perceptions, attitudes, knowledge and implementation amongst Australian dietitians after three years". *Nutrition and Dietetics*, 75:1, págs. 87 a 97; Miller P. E., Miller N., Faith J. *et al.*, 2010. "Implementation and evaluation of outcomes related to the nutrition care process through the use of electronic health records". *Journal of the American Dietetic Association*, 110:9 (suplemento): A86.

84 Micha R., Coates J., Leclercq C. *et al.*, 2018. "Global dietary surveillance: data gaps and challenges". *Food and Nutrition Bulletin*, 39:2, págs. 175 a 205.

85 Centro Nacional de Estadísticas de la Salud, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. "National Health and Nutrition Examination Survey". Disponible en: www.cdc.gov/nchs/nhanes/index.htm (fecha de consulta: febrero de 2020).

86 "National Diet and Nutrition Survey". Disponible en: www.gov.uk/government/collections/national-diet-and-nutrition-survey (fecha de consulta: febrero de 2020).

87 Micha R., Coates J., Leclercq C. *et al.*, 2018. "Global dietary surveillance: data gaps and challenges". *Food and Nutrition Bulletin*, 39:2, págs. 175 a 205.

88 USAID. Encuestas demográficas y de salud. Disponible en: https://dhsprogram.com/ (fecha de consulta: febrero de 2020).

89 UNICEF. Encuestas de indicadores múltiples por conglomerados. Disponible en: https://mics.unicef.org/ (fecha de consulta: febrero de 2020).

90 Tuffrey V. y Hall A., 2016. "Methods of nutrition surveillance in low-income countries". *Emerging Themes in Epidemiology*,13:4.

91 Organización Mundial de la Salud, 2018. *Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition.* Ginebra: OMS; Movimiento para el Fomento de la Nutrición, 2017. "Mapping information systems for nutrition in SUN Countries".

92 USAID, 2019. "Nutrition in emergencies: technical guidance brief". Disponible en: www.usaid.gov/global-health/health-areas/nutrition/technical-areas/nutrition-emergencies-technical-guidance-brief (fecha de consulta: febrero de 2020); Organización Mundial de la Salud, 2000. *The management of nutrition in major emergencies.* Ginebra: OMS.

93 Organización Mundial de la Salud, 2018. *Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition*. Ginebra: OMS; Movimiento para el Fomento de la Nutrición, 2017. "Mapping information systems for nutrition in SUN Countries"; Movimiento para el Fomento de la Nutrición, 2019. "Nourishing people and planet together". Informe del Movimiento SUN sobre los progresos realizados.

94 Movimiento para el Fomento de la Nutrición, 2017. "Mapping information systems for nutrition in SUN Countries".

95 Eldridge A. L., Piernas C., Illner A. K. *et al.*, 2018. "Evaluation of new technology-based tools for dietary intake assessment – an ILSI Europe dietary intake and exposure task force evaluation". *Nutrients*, 11:1.

96 Coates J., Colaiezzi B., Bell W. *et al.*, 2016. "INDDEX priority technical criteria and review of technology-assisted 24-hour recall software programs".

97 Plataformas Nacionales de Información sobre Nutrición. Disponible en: http://www.nipn-nutrition-platforms.org/?lang=es (fecha de consulta: febrero de 2020).

98 Data for Decisions to Expand Nutrition Transformation (DataDENT). Disponible en: https://datadent.org/ (fecha de consulta: febrero de 2020).

99 Movimiento para el Fomento de la Nutrición, 2017. "Mapping information systems for nutrition in SUN Countries".

100 Plataformas Nacionales de Información sobre Nutrición. Disponible en: http://www.nipn-nutrition-platforms.org/?lang=es (fecha de consulta: febrero de 2020); Movimiento para el Fomento de la Nutrición, 2014. "Scaling up nutrition in practice: information systems for nutrition".

Capítulo 4

1 Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2017. "La nutrición y los sistemas alimentarios. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security", Roma.

2 Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2017. "La nutrición y los sistemas alimentarios. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security", Roma.

3 Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2017. "La nutrición y los sistemas alimentarios. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security", Roma.

4 Herforth *et al.*, 2019. "A Global Review of Food-Based Dietary Guidelines". *Advances in Nutrition*, 10(4), págs. 590 a 605, DOI: 10.1093/advances/nmy130.

5 Pingali P., 2015. "Agricultural policy and nutrition outcomes – getting beyond the preoccupation with staple grains". *Food Security*, 7, págs. 583 a 591, DOI: 10.1007/s12571-015-0461-x.

6 Fanzo J. *et al.*, 2017. "Climate change and variability: what are the risks for nutrition, diets, and food systems?". Documento de debate del Instituto Internacional de Investigaciones sobre Políticas Alimentarias (IIPA), 01645.

7 Pingali P., 2015. "Agricultural policy and nutrition outcomes – getting beyond the preoccupation with staple grains". *Food Security*, 7, págs. 583 a 591, DOI: 10.1007/s12571-015-0461-x.

8 www.cgiar.org (fecha de consulta: 2 de marzo de 2020).

9 Pingali P., 2015. "Agricultural policy and nutrition outcomes – getting beyond the preoccupation with staple grains". *Food Security*, 7, págs. 583 a 591, DOI: 10.1007/s12571-015-0461-x.

10 Pingali P. y Sunder N., 2017. "Transitioning toward nutrition-sensitive food systems in developing countries". *Annual Review of Resource Economics*, 9, págs. 439 a 459.

11 "La agricultura y los sistemas de producción de alimentos afectan la disponibilidad y asequibilidad de los alimentos, [...] así como la calidad y diversidad de la dieta". Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2017. "La nutrición y los sistemas alimentarios. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security", Roma.

12 Springmann M., Clark M., Mason-D'Croz D. *et al.*, 2018. "Options for keeping the food system within environmental limits". *Nature*, 562(7728), pág. 520, DOI: 10.1038/s41586-018-0594-0.

13 Richardson A. S., Boone-Heinonen J., Popkin B. M. *et al.*, 2012. "Are neighbourhood food resources distributed inequitably by income and race in the USA? Epidemiological findings across the urban spectrum", *BMJ Open*, 2, e000698, DOI: 10.1136/bmjopen-2011-000698; Azétsop J. y Joy T. R., 2013. "Access to nutritious food, socioeconomic individualism and public health ethics in the USA: a common good approach", *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 8(16), DOI: 10.1186/1747-5341-8-16.

14 Véase el índice de asequibilidad para los hogares del Grupo de Dignidad y Justicia Económica Pietermaritzburg, diciembre de 2019. Disponible en: https://pmbejd.org.za/index.php/advocacy.

15 Friel S. y Baker P. I., 2009. "Equity, food security and health equity in the Asia Pacific region". *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 18(4), págs. 620 a 632.

16 Headey D. y Alderman H., 2019. "The relative caloric prices of healthy and unhealthy foods differ systematically across income levels and continents". Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias. "Figure 1", pág. 2024. Disponible en: https://academic.oup.com/jn/article-abstract/149/11/2020/5535433.

17 Headey D. y Alderman H., 2019. "The relative caloric prices of healthy and unhealthy foods differ systematically across income levels and continents". Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias. "Figure 1", pág. 2024. Disponible en: https://academic.oup.com/jn/article-abstract/149/11/2020/5535433.

18 Headey D. y Alderman H., 2019. "The relative caloric prices of healthy and unhealthy foods differ systematically across income levels and continents". Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias. "Figure 1", pág. 2024. Disponible en: https://academic.oup.com/jn/article-abstract/149/11/2020/5535433.

19 *Informe de la Nutrición Mundial 2018: Arrojar luz sobre la nutrición para inspirar nuevas iniciativas.* Development Initiatives.

20 La preparación de esta figura estuvo a cargo de Phillip Baker, mediante el empleo de datos suministrados por Euromonitor a través de una licencia institucional de la Universidad Deakin.

21 La preparación de esta figura estuvo a cargo de Phillip Baker, mediante el empleo de datos suministrados por Euromonitor a través de una licencia institucional de la Universidad Deakin.

22 Monteiro C. A., Moubarac J. C., Cannon G. *et al*., 2013. "Ultra-processed products are becoming dominant in the global food system". *Obesity Reviews*, 14, págs. 21 a 28; Poti J. M., Mendez M. A., Ng S. W. *et al*., 2015. "Is the degree of food processing and convenience linked with the nutritional quality of foods purchased by US households?". *American Journal of Clinical Nutrition*, 101(6), págs. 1.251 a 1.262; Monteiro C. A., Levy R. B., Claro R. M. *et al*., 2011. "Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil". *Public Health Nutrition*, 14(1), págs. 5 a 13; Popkin B. M., 2006. "Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases". *American Journal of Clinical Nutrition*, 84(2), págs. 289 a 298; Popkin B. M., Adair L. S. y Ng S. W., 2012. "Global nutrition transition: the pandemic of obesity in developing countries". *Nutrition Reviews*, 70(1), págs. 3 a 21; Panel Mundial sobre Agricultura y Sistemas Alimentarios para la Nutrición, 2016. "Food systems and diets: facing the challenges of the 21st Century". Londres; Baker P. y Friel S., 2014. "Processed foods and the nutrition transition: evidence from Asia". *Obesity Reviews*, 15(7), págs. 564 a 577; da Costa Louzada M. L. D. C., Ricardo C. Z., Steele E. M. *et al*., 2018. "The share of ultra-processed foods determines the overall nutritional quality of diets in Brazil". *Public Health Nutrition*, 21(1), págs. 94 a 102; Chen Y. C., Huang Y. C., Lo Y. C. *et al*., 2018. "Secular trend towards ultra-processed food consumption and expenditure compromises dietary quality among Taiwanese adolescents". *Food & Nutrition Research*, 62; Martínez Steele E., Popkin B. M., Swinburn B. *et al*., 2017. "The share of ultra-processed foods and the overall nutritional quality of diets in the US: evidence from a nationally representative cross-sectional study". *Population Health Metrics*, 15(1), pág. 6; Moubarac J. C., Batal M., da Costa Louzada M. L. *et al*., 2017. "Consumption of ultra-processed foods predicts diet quality in Canada". *Appetite*,108, págs. 512 a 520; Rauber F., da Costa Louzada M. L., Martínez Steele E. *et al*., 2018. "Ultra-processed food consumption and chronic non-communicable diseases-related dietary nutrient profile in the UK (2008-2014)". *Nutrients*, 10(5); Schnabel L., Kesse-Guyot E., Allès B. *et al*., 2019. "Association between ultraprocessed food consumption and risk of mortality among middle-aged adults in France". *JAMA Internal Medicine*; Rico Campà A., Martínez-González M. A., Álvarez Álvarez I. *et al*., 2019. "Association between consumption of ultra-processed foods and all cause mortality: SUN prospective cohort study". *BMJ*, DOI: 365:l1949; Juul F., Martínez Steele E., Parekh N. *et al*., 2018. "Ultra-processed food consumption and excess weight among US adults". *British Journal of Nutrition*, 120(1), págs. 90 a 100; da Costa Louzada M. L., Baraldi L. G., Martínez Steele E. *et al*., 2015. "Consumption of ultra-processed foods and obesity in Brazilian adolescents and adults". *Preventive Medicine*, 81, págs. 9 a 15; de Deus Mendonça R., Marçal Pimenta A., Gea A. *et al*., 2016. "Ultraprocessed food consumption and risk of overweight and obesity: the University of Navarra follow-up (SUN) cohort study". *The American Journal of Clinical Nutrition*, 104(5), págs. 1433 a 1440; Nardocci M., Leclerc B. S., da Costa Louzada M. L. *et al*., 2018. "Consumption of ultra-processed foods and obesity in Canada". *Canadian Journal of Public Health*; de Deus Mendonça R., Souza Lopes A. C., Marçal Pimenta A. *et al*., 2017. "Ultra-processed food consumption and the incidence of hypertension in a Mediterranean cohort: the Seguimiento Universidad de Navarra project". *American Journal of Hypertension*, 30(4), págs. 358 a 366; Rauber F., Campagnolo P. D., Hoffman D. J. *et al*., 2015. "Consumption of ultra-processed food products and its effects on children's lipid profiles: a longitudinal study". *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases*, 25(1), págs. 116 a 122; Srour B., Fezeu L. K., Kesse-Guyot E. *et al*., 2019. "Ultra-processed food intake and risk of cardiovascular disease: prospective cohort study (NutriNet-Santé)". *BMJ*, DOI: 365:l1451; Fiolet T., Srour B., Sellem L. *et al*., 2018. "Consumption of ultra-processed foods and cancer risk: results from NutriNet-Santé prospective cohort". *BMJ*, DOI: 360:k322; Schnabel L., Buscail C., Sabaté J. M. *et al*., 2018. "Association between ultra-processed food consumption and functional gastrointestinal disorders: results From the French NutriNet-Santé cohort". *The American Journal of Gastroenterology*; Melo B., Rezende L., Machado P. *et al*., 2018. "Associations of ultra-processed food and drink products with asthma and wheezing among Brazilian adolescents". *Pediatric Allergy and Immunology*.

23 Reardon T. *et al*., 2003. "The rise of supermarkets in Africa, Asia, and Latin America". *American Journal of Agricultural Economics*, 85(5), págs. 1.140 a 1.146; Timmer C. P., 2009. "Do supermarkets change the food policy agenda?". *World Development*, 37(11), págs. 1.812 a 1.819.

24 Battersby J. y Watson V., 2018. "Addressing food security in African cities". *Nature Sustainability*, 1, págs. 153 a 155, DOI: 10.1038/s41893-018-0051-y.

25 Demmler K. M., Ecker O. y Qaim M., 2018. "Supermarket shopping and nutritional outcomes: a panel data analysis for urban Kenya". *World Development*, 102, págs. 292 a 303.

26 Reardon T. y Timmer C. P., 2008. "The rise of supermarkets in the global food system", en Von Braun J. y Díaz Bonilla E., eds, *Globalization of food and agriculture and the poor*, Oxford University Press, Oxford, Reino Unido, pág. 189; Lang T. y Barling D., 2012. "Food security and food sustainability: reformulating the debate". *The Geographical Journal*, 178(4), págs. 313 a 326, disponible en: www.jstor.org/stable/23360870.

27 Reardon T., Timmer C. P., Barrett C. B. y Berdegué J., 2003. "The rise of supermarkets in Africa, Asia, and Latin America". *American Journal of Agricultural Economics*, 85(5), págs. 1.140 a 1.146.

28 Lang T. *et al*., 2009. *Food policy: integrating health, environment and society.* Oxford University Press, Oxford, Reino Unido; Biénabe E., Rival A. y Loeillet D., eds. 2017. *Sustainable development and tropical agri-chains.* Springer, Dordrecht.

29 Demmler K. M., Ecker, O. y Qaim M., 2018. "Supermarket shopping and nutritional outcomes: a panel data analysis for urban Kenya". *World Development*, 102, págs. 292 a 303.

30 Demmler K. M., Ecker, O. y Qaim M., 2018. "Supermarket shopping and nutritional outcomes: a panel data analysis for urban Kenya". *World Development*, 102, págs. 292 a 303.

31 Demmler K. M., Klasen S., Nzuma J. M. y Qaim M., 2017. "Supermarket purchase contributes to nutrition-related non-communicable diseases in urban Kenya". *PLoS One*, 12(9).

32 Qaim M., 2019. "How 'supermarketisation' affects nutrition and health in Kenya". *Rural 21, The International Journal for Rural Development*, 53(2).

33 Demmler K. M., Ecker O. y Qaim M., 2018. "Supermarket shopping and nutritional outcomes: a panel data analysis for urban Kenya". *World Development*, 102, págs. 292 a 303; Demmler K. M., Klasen S., Nzuma J. M. *et al.*, 2017. "Supermarket purchase contributes to nutrition-related non-communicable diseases in urban Kenya". *PLoS One*, 12, e0185148; Qaim M., 2019. "How 'supermarketisation' affects nutrition and health in Kenya". *Rural 21, The International Journal for Rural Development*, 53(2).

34 Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2017. "La nutrición y los sistemas alimentarios. Un informe del Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición" del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial, Roma, pág. 30.

35 Stuckler D., McKee M., Ebrahim S. *et al.*, 2012. "Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol, and tobacco". *PLoS Medicine*, 9(6), e1001235, DOI: 10.1371/journal.pmed.1001235.

36 *Informe de la Nutrición Mundial 2018: Arrojar luz sobre la nutrición para inspirar nuevas iniciativas*. Development Initiatives, pág. 50.

37 Sadeghirad B., Duhaney T., Motaghipisheh S. *et al.*, 2016. "Influence of unhealthy food and beverage marketing on children's dietary intake and preference: a systematic review and meta-analysis of randomized trials". *Obesity Reviews*, 17(10), págs. 945 a 959; Boyland E. J. *et al.*, 2016. "Advertising as a cue to consume: a systematic review and meta-analysis of the effects of acute exposure to unhealthy food and non-alcoholic beverage advertising on intake in children and adults". *The American Journal of Clinical Nutrition*, 103(2), págs. 519 a 533.

38 Yancey A. K. *et al.*, 2009. "A cross-sectional prevalence study of ethnically targeted and general audience outdoor obesity-related advertising". *The Milbank Quarterly*, 87(1), págs. 155 a 184, DOI: 10.1111/j.1468-0009.2009.00551.x.

39 Harris J. L., Frazier III W., Kumanyika S. y Ramirez A. G., 2019. "Increasing disparities in unhealthy food advertising targeted to Hispanic and Black youth". Centro Rudd para la Política Alimentaria y la Obesidad, Universidad de Connecticut.

40 Bragg M. A., Eby M., Arshonsky J. *et al.*, 2017. "Comparison of online marketing techniques on food and beverage companies' websites in six countries". *Global Health*, 13(1), pág. 79, DOI: 10.1186/s12992-017-0303-z.

41 OMS, 1981. *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Ginebra: OMS.

42 Pereira C., Ford R., Feeley A. B. *et al.*, 2016. "Cross-sectional survey shows that follow-up formula and growing-up milks are labelled similarly to infant formula in four low and middle income countries". *Maternal and Child Nutrition*, 12 (Suplemento 2), págs. 91 a 105, DOI: 10.1111/mcn.12269; Champeny M., Pereira C., Sweet L. *et al.*, 2016. "Cross-sectional survey shows that follow-up formula and growing-up milks are labelled similarly to infant formula in four low and middle income countries". *Maternal and Child Nutrition*, 12 (Suplemento 2), págs. 126 a 139, DOI: 10.1111/mcn.12272; Piwoz E. G. y Huffman S. L., 2015. "The Impact of Marketing of Breast-Milk Substitutes on WHO-Recommended Breastfeeding Practices". *Food and Nutrition Bulletin*, 36(4), págs. 373 a 386, DOI: 10.1177/0379572115602174.

43 Vergeer L., Vanderlee L., Potvin Kent M. *et al.*, 2019. "The effectiveness of voluntary policies and commitments in restricting unhealthy food marketing to Canadian children on food company websites". *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 44(1), págs. 74 a 82, DOI: 10.1139/apnm-2018-0528; Potvin Kent M., Smith J. R., Pauzé E. y L'Abbé M., 2018. "The effectiveness of the food and beverage industry's self-established uniform nutrition criteria at improving the healthfulness of food advertising viewed by Canadian children on television". *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 15(1), pág. 57, DOI: 10.1186/s12966-018-0694-0; Kraak V. I. y Story M., 2015. "An accountability evaluation for the industry's responsible use of brand mascots and licensed media characters to market a healthy diet to American children". *Obesity Reviews*, 16(6), págs. 433 a 453, DOI: 10.1111/obr.12279; Galbraith-Emami S. y Lobstein T., 2013. "The impact of initiatives to limit the advertising of food and beverage products to children: a systematic review". *Obesity Reviews*, 14(12), págs. 960 a 974, DOI: 10.1111/obr.12060.

44 Kelly B. *et al*., 2019. "Global benchmarking of children's exposure to television advertising of unhealthy foods and beverages across 22 countries". *Obesity Reviews*, 20 (Suplemento 2), págs. 116 a 128, DOI: 10.1111/obr.12840.

45 Cluss P. A., Ewing L., King W. C. *et al*., 2013. "Nutrition knowledge of low-income parents of obese children". *Translational Behavioral Medicine,* 3(2), págs. 218 a 225.

46 Lorenc T., Petticrew M., Welch V. y Tugwell P., 2013. "What types of interventions generate inequalities? Evidence from systematic reviews". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 67, págs. 190 a 193.

47 Friel S., Hattersley L., Ford L. y O'Rourke K., 2015. "Addressing inequities in healthy eating". *Health Promotion International*, 30 (Suplemento 2), págs. ii77 a ii88, DOI: 10.1093/heapro/dav073.

48 Véase Fondo Mundial para la Investigación del Cáncer, 2018. "Building momentum: lessons on implementing a robust sugar sweetened beverage tax". Disponible en: www.wcrf.org/int/policy/our-publications/lessons-implementing-sugar-sweetened-beverage-tax.

49 INFORMAS (International Network for Food and Obesity / Non-communicable Diseases [NCDs] Research, Monitoring and Action Support) es una red mundial de investigadores y organizaciones de interés público cuyo objetivo es hacer un seguimiento, evaluar y apoyar las iniciativas públicas y privadas dirigidas a ampliar los entornos alimentarios saludables y reducir la obesidad, las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación y las desigualdades conexas.

50 Bixby H., Bentham J., Zhou B. *et al*., 2019. "Rising rural body-mass index is the main driver of the global obesity epidemic in adults". *Nature*, 569, págs. 260 a 264, DOI: 10.1038/s41586-019-1171-x.

51 Thow A. M. y McGrady B., 2014. "Protecting policy space for public health nutrition in an era of international investment agreements". Boletín de la Organización Mundial de la Salud, 92, págs. 139 a 145, DOI: dx.doi.org/10.2471/BLT.13.120543.

52 Grupo de Alto Nivel de Expertos en Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2017. "La nutrición y los sistemas alimentarios. A report by the High Level Panel of Experts on Food Security and Nutrition of the Committee on World Food Security", Roma.

53 Adams J., Mytton O., White M. y Monsivais P., 2016. "Why are some population interventions for diet and obesity more equitable and effective than others? The role of individual agency". *PLoS Medicine,* 13(4), e1001990, DOI: 10.1371/journal.pmed.1001990.

54 Friel S., Pescud M., Malbon E. *et al*., 2017. "Using systems science to understand the determinants of inequities in healthy eating". *PLoS One,* 12(11), e0188872, DOI: 10.1371/journal.pone.0188872.

55 Adams J., Mytton O., White M. y Monsivais P., 2016. "Why are some population interventions for diet and obesity more equitable and effective than others? The role of individual agency". *PLoS Medicine,* 13(4), e1001990, DOI: 10.1371/journal.pmed.1001990.

56 Willett W., Rockström J., Loken B. *et al*., 2019. "Food in the anthropocene: the EAT-*Lancet* Commission on healthy diets from sustainable food systems". *The Lancet*. 2 al 8 de febrero.

57 Swinburn B. A., Kraak V. I., Allender S. *et al*., 2019. "The global syndemic of obesity, undernutrition, and climate change: The Lancet Commission report". *The Lancet*, 23 de febrero al 1 de marzo.

58 Serie de *The Lancet* sobre la doble carga de la malnutrición, diciembre de 2019. Disponible en: www.thelancet.com/series/double-burden-malnutrition.

59 Friel S., Hattersley L., Ford L. y O'Rourke K., 2015. "Addressing inequities in healthy eating". *Health Promotion International*, 30 (Suplemento 2), págs. ii77 a ii88, DOI: 10.1093/heapro/dav073.

60 Fanzo J. y Davis C., 2019. "Can diets be healthy, sustainable, and equitable?". *Current Obesity Reports*, 8, págs. 495 al 503, DOI: 10.1007/s13679-019-00362-0.

61 Fanzo J. y Davis C., 2019. "Can diets be healthy, sustainable, and equitable?". *Current Obesity Reports*, 8, págs. 495 al 503, DOI: 10.1007/s13679-019-00362-0.

62 Véase la sección "Red de empresas SUN" de la página web del Movimiento para el Fomento de la Nutrición: https://scalingupnutrition.org/es/promotores-del-movimiento-sun/sun-business-network/ (fecha de consulta: 4 de marzo de 2020).

63 Artículo de la sección "Red de empresas SUN" de la página web del Movimiento para el Fomento de la Nutrición. "Congreso Asiático de Nutrición: el papel del sector privado a la hora de mejorar la nutrición", disponible en: https://scalingupnutrition.org/es/news/congreso-asiatico-de-nutricion-el-papel-del-sector-privado-a-la-hora-de-mejorar-la-nutricion/ (fecha de consulta: 4 de marzo de 2020).

64 Acton R. B., Jones A. C., Kirkpatrick S. I. *et al.*, 2019. "Taxes and front-of-package labels improve the healthiness of beverage and snack purchases: a randomized experimental marketplace". *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 16(46), DOI: 10.1186/s12966-019-0799-0.

65 Véase: www.who.int/news-room/feature-stories/detail/denmark-trans-fat-ban-pioneer-lessons-for-other-countries

66 Banco Mundial, 2014. "Improving children's nutrition through cash transfers to poor mothers". Disponible en: www.worldbank.org/en/news/feature/2014/12/17/improving-childrens-nutrition-through-cash-transfers-to-poor-mothers.

Capítulo 5

1 Carrera C., Azrack A., Begkoyian G. *et al.*, 2012. "The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: a modelling approach". *The Lancet*, 380, págs. 1.341a 1.351, doi: 10.1016/S0140-6736(12)61378-6.

2 Banco Mundial, 2017. *An Investment Framework for Nutrition: Reaching the Global Targets for Stunting, Anemia, Breastfeeding, and Wasting* (autores: Shekar M., Kakietek J., Eberwein J. y Walters D.). Washington, D. C.: Grupo Banco Mundial.

3 Los paquetes prioritarios de intervenciones incluyen: suplementación prenatal con micronutrientes; asesoramiento en materia de nutrición del lactante y el niño pequeño; suplementación con hierro y ácido fólico para niñas de 15 a 19 años de edad, en la escuela; suplementación con vitamina A; tratamiento de la malnutrición aguda grave; fomento de la lactancia materna mediante políticas sociales y campañas nacionales de promoción; enriquecimiento de alimentos básicos (harina de trigo y maíz); estimación de los costes del fortalecimiento de la capacidad, la supervisión y la evaluación; y elaboración de políticas de apoyo a esas intervenciones. El paquete prioritario también incluye el tratamiento preventivo intermitente de la malaria durante el embarazo en regiones donde esta es endémica, aunque no se realiza un seguimiento de ello.

4 Banco Mundial, 2016. "Investing in nutrition: the foundation for development – an investment framework to reach the global nutrition targets". Washington, D. C.: Grupo Banco Mundial. Disponible en: http://documents.worldbank.org/curated/en/963161467989517289/Investing-in-nutrition-the-foundation-for-development-an-investment-framework-to-reach-the-global-nutrition-targets.

5 La OMS publicó un marco de las intervenciones más eficaces para combatir las enfermedades no transmisibles en el que la estrategia más eficaz en función del coste consiste en reducir las dietas poco saludables, con un rendimiento de la inversión de casi 13 dólares por cada dólar invertido. Por primera vez, las necesidades de financiación para hacer frente a las enfermedades no transmisibles están claras; sin embargo, por el momento, todavía no se han establecido mecanismos para hacer un seguimiento de la financiación con el fin de comentar los progresos realizados (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275408/WHO-NMH-NVI-18.8-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

6 Banco Mundial, 2017. *An Investment Framework for Nutrition: Reaching the Global Targets for Stunting, Anemia, Breastfeeding, and Wasting* (autores: Shekar M., Kakietek J., Eberwein J. y Walters D.). Washington, D. C.: Grupo Banco Mundial, pág. 170.

7 Somalilandia se considera a sí mismo un Estado independiente.

8 Fondo Monetario Internacional (Departamento de Oriente Medio y Asia Central), 2019. "Somalia, 2019 Article IV Consultation, Second Review Under the Staff-Monitored Program", Informe de país n.º 19/256; Development Initiatives, 2016. "Somalia: an overview of poverty, vulnerability and financing". Disponible en: www.devinit.org/wp-content/uploads/2016/08/Somalia-an-overview-of-poverty-vulnerability-and-financing.pdf.

9 El análisis del presupuesto del Gobierno Federal de Somalia se realizó en 2018 con el apoyo técnico de Maximising the Quality of Scaling Up Nutrition (MQSUN+) durante la cuarta ronda del ejercicio de análisis presupuestario del Movimiento SUN (que no se publicó). A continuación, con el apoyo de MQSUN+ al *Informe de la Nutrición Mundial*, se elaboró este caso destacado con el permiso del Gobierno Federal; en él se incluyeron datos y algunos análisis adicionales sobre la movilización de los ingresos.

10 El gasto público en los países de ingreso bajo y mediano puede provenir de los ingresos generados por su base imponible y de los préstamos de los asociados para el desarrollo o de otros medios. Suele ser difícil desenmarañar la fuente de financiación de los programas sociales, lo cual debería tenerse en cuenta al analizar los flujos nacionales. Algunos préstamos o subvenciones para el desarrollo internacional pueden considerarse parte del margen fiscal de un gobierno.

11 En esta sección se utilizan los términos gasto, desembolso, inversión o financiación (según la fuente de la que se obtenga la información) para referirse a los recursos que los gobiernos destinan a las intervenciones en materia de nutrición.

12 OMS, 2020. Base de datos de la OMS sobre el gasto sanitario mundial. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/es (fecha de consulta: 27 de marzo de 2020); Banco Mundial, 2020. Libras esterlinas (GBP) (base de datos actual en dólares de los EE.UU.), fecha de consulta: 25 de marzo de 2020; deflactores basados en el análisis de Development Initiatives de los deflactores del CAD de la OCDE y las cifras del producto interior bruto (PIB) del informe *Perspectivas de la Economía Mundial* del FMI, abril de 2019.

13 Clift J. y D'Alimonte M., 2019. "Domestic financing for nutrition". Blog, R4D. Disponible en: www.r4d.org/blog/domestic-financing-for-nutrition/ (fecha de consulta: 4 de marzo de 2020).

14 Plataformas Nacionales de Información sobre Nutrición, 2019. *Inspiring the shift from nutrition policy to implementation, how existing data can support nutrition decision-making in Guatemala*. Disponible en: www.nipn-nutrition-platforms.org/IMG/pdf/nipn_guatemala_case_study_-_brief_-_july_2019.pdf.

15 Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, 2018. *Global Food Policy Report*. Disponible en: www.ifpri.org/publication/2018-global-food-policy-report; base de datos de la UNESCO sobre el gasto en educación, 2019. Disponible en: https://es.unesco.org/node/265908.

16 Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias, 2018. *Global Food Policy Report*. Disponible en: www.ifpri.org/publication/2018-global-food-policy-report.

17 Base de datos de la UNESCO sobre el gasto en educación, 2019. Disponible en: https://es.unesco.org/node/265908.

18 Análisis y evaluación mundiales del saneamiento y el agua potable (GLAAS) de ONU-Agua, 2019. *National systems to support drinking-water, sanitation and hygiene: global status report 2019*. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326444/9789241516297-eng.pdf?ua=1.

19 Análisis y evaluación mundiales del saneamiento y el agua potable (GLAAS) de ONU-Agua, 2019. *National systems to support drinking-water, sanitation and hygiene: global status report 2019*. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326444/9789241516297-eng.pdf?ua=1.

20 Las contribuciones filantrópicas privadas y las contribuciones de la sociedad civil son difíciles de rastrear y de cuantificar, aunque podrían ser una fuente importante de financiación. Dada la escasez de datos, no se recogen de forma exhaustiva.

21 La OCDE mantiene varias listas de códigos que los donantes utilizan para informar sobre sus corrientes de ayuda y clasificarlas en las bases de datos del CAD. Código de propósito sobre nutrición básica: 12240.

22 La ayuda para la nutrición proporcionada a través de la asistencia humanitaria, como se identifica en el Servicio de Seguimiento Financiero de la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCHA), no está correlacionada. Los 121 beneficiarios de la AOD para nutrición básica muestran una correlación positiva entre la AOD para nutrición básica por persona (como promedio del trienio entre 2015 y 2017) y una prevalencia del retraso del crecimiento de 0,51. Cuando la asistencia humanitaria (también el promedio del trienio entre 2015 y 2017) se añade a la AOD para nutrición básica y se divide entre el número de habitantes, esta correlación disminuye hasta 0,36.

23 Coeficientes de correlación entre la AOD para la nutrición básica y la anemia y el retraso del crecimiento en 2017: 0,30 y 0,51, respectivamente. Cuando estos indicadores se prueban juntos en una prueba t, el retraso del crecimiento predice mucho mejor que la anemia la asignación de la AOD para nutrición básica per cápita, con un valor p para la anemia y el retraso del crecimiento de 0,25 y 5,47e-07, respectivamente.

24 "Global Burden of Disease" Institute for Health Metrics and Evaluation, resultados. Adultos de 25 años o más.

25 GBD 2015 Risk Factors Collaborators, 2016. "Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015". *The Lancet*, 388:10053, págs. 1.659 a 1.724, doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31679-8; Melaku Y. A., Renzaho A., Gill T. K. *et al.*, 2019. "Burden and trend of diet-related non-communicable diseases in Australia and comparison with 34 OECD countries, 1990-2015: findings from the Global Burden of Disease Study 2015". *European Journal of Nutrition*, 58:3, págs. 1.299 a 1.313.

26 Ngaruiya C., Hayward A., Post L. *et al.*, 2017. "Obesity as a form of malnutrition: over-nutrition on the Uganda 'malnutrition' agenda". *Pan African Medical Journal*, 28:49.

27 Serie de *The Lancet* sobre la doble carga de la malnutrición, diciembre de 2019. Disponible en: www.thelancet.com/series/double-burden-malnutrition.

28 Organización Mundial de la Salud, 2017. "Double-duty actions for nutrition. Policy brief". Ginebra: OMS. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255414/WHO-NMH-NHD-17.2-eng.pdf?ua=1.

29 Results for Development, 2019. "Tracking aid for the WHA nutrition targets: Progress towards the global nutrition goals between 2015-2017". Washington, D. C.: Results for Development.

30 Results for Development, 2019. "Tracking aid for the WHA nutrition targets: progress towards the global nutrition goals between 2015-2017". Washington, D. C.: Results for Development.

31 Los paquetes prioritarios de intervenciones incluyen: suplementación prenatal con micronutrientes; asesoramiento en materia de nutrición del lactante y el niño pequeño; suplementación con hierro y ácido fólico para niñas de 15 a 19 años de edad, en la escuela; suplementación con vitamina A; tratamiento de la malnutrición aguda grave; fomento de la lactancia materna mediante políticas sociales y campañas nacionales de promoción; enriquecimiento de alimentos básicos (harina de trigo y maíz); estimación de los costes del fortalecimiento de la capacidad, la supervisión y la evaluación; y elaboración de políticas de apoyo a esas intervenciones. El paquete prioritario también incluye el tratamiento preventivo intermitente de la malaria durante el embarazo en regiones donde esta es endémica, aunque no se realiza un seguimiento de ello.

32 Banco Mundial: No informa sobre sus desembolsos de cara a la elaboración del *Informe de la Nutrición Mundial*; únicamente acerca de sus compromisos en el proceso Nutrición para el Crecimiento. Para el Banco Mundial, esos compromisos son jurídicamente vinculantes y pueden considerarse desembolsos. No obstante, la presentación de informes no es comparable con las cifras desembolsadas por otros donantes y, por tanto, no se incluyen en la tabla.
Agencia de Cooperación Internacional del Japón: Los datos sobre sus intervenciones en materia de nutrición se enviaron por separado al *Informe de la Nutrición Mundial* y no incluyen cifras de ningún otro organismo gubernamental japonés. En 2018, esta cifra fue de 487 millones de yenes (4,4 millones de dólares estadounidenses) para intervenciones específicas de nutrición y 19.945 millones de yenes (181 millones de dólares) para intervenciones enfocadas a la nutrición. Esto representa un aumento con respecto a 2016, tanto para los desembolsos específicos de nutrición (antes 273 millones de yenes; 2,51 millones de dólares) como para los desembolsos enfocados a la nutrición (antes 17.090 millones de yenes; 157 millones de dólares).
Australia: las cifras de desembolsos se comunican cada dos años al *Informe de la Nutrición Mundial*.
Metodología del Canadá: 1) para estimar los desembolsos específicos de nutrición, utilizó el código de propósito 12240 —desembolsos para nutrición básica— del Sistema de Notificación de los Países Acreedores (CRS), tal y como se comunicó al CAD de la OCDE; y 2) para calcular los desembolsos enfocados a la nutrición, utilizó un subconjunto previamente identificado de códigos del CRS empleados para resultados enfocados a la nutrición a fin de identificar posibles proyectos de este tipo, evaluó manualmente cada proyecto según los criterios establecidos por el Movimiento SUN y aplicó la correspondiente asignación proporcional a los códigos del CRS en este ámbito de los proyectos validados. Para notificar la cifra agregada en dólares de los Estados Unidos, aplicó el tipo de cambio medio de 2016.
UE: En la Cumbre Nutrición para el Crecimiento, la Unión Europea se comprometió a aportar 3.500 millones de euros para intervenciones de nutrición entre 2014 y 2020. UE: 1) en el caso de los desembolsos específicos de nutrición, identificó todos los desembolsos comunicados al CAD relativos a los compromisos específicos de nutrición asumidos hasta la fecha y aplicó la metodología del Movimiento SUN del 100% del desembolso; y 2) en el caso de los desembolsos enfocados a la nutrición, identificó todos los desembolsos comunicados al CAD relativos a los compromisos enfocados a la nutrición asumidos hasta la fecha y aplicó la metodología del Movimiento SUN de asignación proporcional del 100% o el 25% del desembolso, dependiendo de si el compromiso se había categorizado como "principalmente enfocado a la nutrición" o como "parcialmente enfocado a la nutrición". Un compromiso constituye un acuerdo financiero jurídicamente vinculante entre la Unión Europea y un asociado. Las cifras de desembolso comunicadas por la Unión Europea representan el monto total de los compromisos contraídos hasta la fecha. El resto de los desembolsos se efectúan de acuerdo con un calendario que se describe en los contratos correspondientes, con los avances en la implementación y con el índice de utilización de los fondos por parte de los asociados.
Francia: informó del desembolso de 4,7 millones de dólares en intervenciones específicas de nutrición en 2015. La única diferencia entre los datos aportados por Francia a través del sistema del CAD de la OCDE y al *Informe de la Nutrición Mundial* es la contribución al Movimiento SUN, que se contabilizó como desembolso específico de nutrición en nuestro informe.
Alemania: las cifras representan los desembolsos en nutrición efectuados por el Ministerio Federal de Cooperación Económica y Desarrollo y el Ministerio Federal de Alimentación y Agricultura.
Suiza: no utiliza el código de nutrición básica y, por tanto, la cifra de gasto específico en nutrición que comunica es de 0.
Reino Unido: los datos corresponden únicamente a los desembolsos del Departamento de Desarrollo Internacional en materia de nutrición; la cifra correspondiente a 2016 incluye 45 millones de dólares de financiación de contrapartida específica de nutrición; la cifra correspondiente a 2017 incluye 89 millones de dólares de financiación de contrapartida específica de nutrición.
EE. UU.: El componente enfocado a la nutrición se calcula de manera diferente al de otros países. Para clasificar las intervenciones específicas de nutrición, utilizan el código de propósito 12240 del CRS del CAD de la OCDE, que abarca las actividades que se ejecutan a través del Programa Internacional McGovern-Dole de Alimentos para la Educación y la Nutrición Infantil. Asimismo, incluye los elementos "ayuda alimentaria de emergencia" (código 72040 del CRS) y "ayuda alimentaria para el desarrollo" (código 52010 del CRS) en el título II del programa Alimentos para la Paz, que se clasifican como nutrición (elemento 3.1.9 del programa) en el Marco de Ayuda Exterior de los Estados Unidos de América. Este elemento del programa tiene por objeto reducir la malnutrición crónica de los niños menores de 5 años. Para ello, los asociados para el desarrollo emplean un enfoque preventivo durante los primeros 1.000 días —desde el embarazo hasta que el niño cumple 2 años—. Los programas ejecutan un paquete sinérgico de intervenciones específicas y enfocadas a la nutrición que contribuye a reducir la malnutrición crónica y aguda mediante la mejora de los servicios de salud preventivos y curativos, incluidos el monitoreo y la promoción del crecimiento; el agua, el saneamiento y la higiene; la inmunización; la desparasitación; la salud reproductiva y la planificación familiar; y la prevención y el tratamiento de la malaria.

33 En esta evaluación solo se tiene en cuenta el gasto del sector de la salud en carencias nutricionales. Es posible que algunas (o parte) de las diez intervenciones puedan corresponder a otros sectores. Por lo tanto, los porcentajes son una estimación y no una evaluación integral de los progresos realizados en la financiación del marco de inversión.

34 Si bien se desconoce a cuánto asciende exactamente el déficit general de financiación, no cabe duda de que las inversiones adicionales contribuirían de manera sustancial a subsanarlo.

35 Organización Mundial de la Salud, 2018. *Global nutrition policy review 2016-2017: country progress in creating enabling policy environments for promoting healthy diets and nutrition.* Ginebra: OMS. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275990/9789241514873-eng.pdf?ua=1.

36 Levin C., Masters W., Gelli A. *et al.*, 2019. "Economic evaluation of multisectoral actions for health and nutrition". Agriculture, Nutrition and Health Academy Working Group of Economic Evaluations. Programa Innovative Methods and Metrics for Agriculture and Nutrition Actions, Londres.

37 Leigh C., Buschmann M, Fiala O. et *al.*, 2019. "Follow the money: equitably financing child survival". Save the Children Fund. Disponible en: https://resourcecentre.savethechildren.net/node/15083/pdf/follow_the_money_online_version.pdf.

38 Véase, por ejemplo: Brookings, 2016. "Aid effectiveness in fragile states: how bad is it and how can it improve?". Disponible en: www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/12/global_121616_brookeshearer.pdf; Gisselquist R., 2015. "Good aid in hard places: learning from 'successful' interventions in fragile situations". Disponible en: www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13533312.2015.1059732.

39 UNICEF, 2017. *Reducir las diferencias: El poder de invertir en los niños más pobres.* Disponible en: https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_The_power_of_investing_in_the_poorest_children_SP.pdf.

40 Banco Mundial, 2018. "Thinking about equity in health financing: a framework". Disponible en: http://pubdocs.worldbank.org/en/870381524235352323/Health-financing-and-equity-framework-FINAL-20180417-1750.pdf.

41 R4D, 2019. "Tracking aid for the WHA nutrition targets: targeting countries most in need". Disponible en: www.r4d.org/resources/tracking-aid-for-the-wha-nutrition-targets-targeting-countries-most-in-need/.

42 Manuel M., Coppard D., Dodd A. *et al.*, 2019. "Subnational investment in human capital". Instituto de Desarrollo de Ultramar y Development Initiatives. Disponible en: www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/12663.pdf.

43 Manuel M., Coppard D., Dodd A. *et al.*, 2019. "Subnational investment in human capital". Instituto de Desarrollo de Ultramar y Development Initiatives. Disponible en: www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/resource-documents/12663.pdf.

44 UNICEF, 2018. "Nutrition public expenditure review: mainland Tanzania and Zanzibar". Disponible en: www.unicef.org/esaro/PER-of-Nutrition-in-Tanzania-and-Zanzibar-(2018).pdf.

45 Para obtener más información, consulte los recursos del Nutrition Modeling Consortium, disponibles en: https://www.nyas.org/programs/nutrition-modeling-consortium/?tab=resources.

46 Pearson R., Killedar M., Petravic J. *et al.*, 2018. "Optima Nutrition: an allocative efficiency tool to reduce childhood stunting by better targeting of nutrition-related interventions". *BMC Public Health*, 18:384. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5294-z.

47 Pearson R., Killedar M., Petravic J. *et al.*, 2018. "Optima Nutrition: an allocative efficiency tool to reduce childhood stunting by better targeting of nutrition-related interventions". *BMC Public Health*, 18:384. https://doi.org/10.1186/s12889-018-5294-z.

48 Nutrición para el Crecimiento, 2020. "Join The Power of Nutrition in transforming the way the world tackles undernutrition". Disponible en: www.powerofnutrition.org/nutrition-for-growth-join-the-power-of-nutrition-in-transforming-the-way-the-world-tackles-undernutrition/

49 Servicio Mundial de Financiamiento, 2017. "Financing model". Disponible en: www.globalfinancingfacility.org/financing-model.

50 Acción contra el Hambre, 2018. "Innovative financing mechanisms in nutrition: what are the lessons learned so far?". Disponible en: www.actioncontrelafaim.org/wp-content/uploads/2019/01/INNOVATIVE-FINANCING-MECHANISMS-IN-NUTRITION_-WHAT-ARE-THE-LESSONS-LEARNT-SO-FAR-_-ACF-policy-brief_2018.pdf.

51 En el momento de redactar el presente informe, 73 países disponían de impuestos nacionales sobre las bebidas azucaradas, una zona (que no constituye un Estado miembro de la OMS) y dos Estados miembros de la OMS cuentan con impuestos subnacionales sobre las bebidas azucaradas.

52 Por ejemplo, véase: UNICEF, 2019. "Implementing taxes on sugar sweetened beverages, an overview of the current approaches and the potential benefits for children". Disponible en: https://scalingupnutrition.org/es/news/aplicacion-de-impuestos-a-bebidas-azucaradas-un-panorama-de-los-enfoques-actuales/; Organización Mundial de la Salud, 2017. "Taxes on sugary drinks: Why do it?". Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/260253.

53 En los bonos de impacto en el desarrollo, los inversores proporcionan fondos para llevar a cabo intervenciones sociales, los proveedores de servicios trabajan para obtener resultados y los financiadores de resultados, principalmente organismos del sector público, devuelven a los inversores el capital más intereses únicamente si las pruebas verificadas de forma independiente muestran que se han logrado resultados. Development Impact Bond Working Group, 2013. "Investing in social outcomes: development impact bonds". Center for Global Development. Disponible en: www.cgdev.org/publication/investing-social-outcomes-development-impact-bonds.

54 Servicio Mundial de Financiamiento, 2019. "First-of-its-kind development impact bond launched in Cameroon to save newborn babies" (nota de prensa). Disponible en: www.globalfinancingfacility.org/first-its-kind-development-impact-bond-launched-cameroon-save-newborn-babies.

55 Encontrará más información sobre el programa Kangaroo Mother Care en: www.socialfinance.org.uk/projects/cameroon-kangaroo-mother-care.

56 Elmer P. y West E., 2018. "Nutritious Food Financing Program: investment opportunities in nutritious foods value chains in Kenya and Tanzania". Ginebra: Alianza Mundial para Mejorar la Nutrición e iGravity.

Capítulo 6

1 Willett W., Rockström J., Loken B. *et al.*, 2019. "Food in the anthropocene: the *EAT-Lancet* Commission on healthy diets from sustainable food systems". *The Lancet*, 393(10170), págs. 447 a 492, doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31788-4.

2 Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, 2019. *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía.* Roma: FAO. Disponible en: http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf.

3 UNICEF, 2019. *El Estado Mundial de la Infancia 2019: Niños, alimentos y nutrición.* Nueva York: UNICEF.

4 El segundo Informe Foresight del Panel Mundial, que se publicará en el verano de 2020, ofrecerá soluciones en el plano de las políticas a fin de mejorar la calidad de la alimentación mediante un enfoque centrado en los sistemas alimentarios y que promueva alimentos saludables, disponibles accesibles, asequibles, deseables y sostenibles para todos. Véase: www.glopan.org/foresight2 (fecha de consulta: 4 de marzo de 2020).

5 Véase: www.thelancet.com/series/double-burden-malnutrition.

6 Naciones Unidas, 2019. Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. "Cobertura sanitaria universal: avanzando juntos para construir un mundo más saludable". Disponible en: https://undocs.org/es/A/RES/74/2.

7 Cumbre Nutrición para el Crecimiento de Tokio 2020. "Visión y hoja de ruta. Agosto de 2019". Disponible en: https://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2020/02/Tokyo-N4G_VisionRoadmap_ESP.pdf, fecha de consulta: 5 de mayo de 2020.

8 Nutrición para el Crecimiento ha publicado guías para la elaboración de compromisos. Una de ellas puede consultarse en https://nutritionforgrowth.org/make-a-commitment (fecha de consulta: 4 de marzo de 2020); la otra, publicada en 2019, está disponible en: https://scalingupnutrition.org/wp-content/uploads/2020/01/N4G_CommitmentGuide_ESP.pdf. La guía de la Organización Mundial de la Salud para elaborar compromisos SMART puede consultarse en www.who.int/nutrition/decade-of-action/smart_commitments (fecha de consulta: 5 de marzo de 2020).

Apéndice 2

1 Para obtener un análisis más exhaustivo y detallado de la metodología de monitoreo de los progresos en el cumplimiento de las metas mundiales 2025 sobre nutrición materna, del lactante y del niño pequeño, véase OMS y UNICEF, 2017. "Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025". Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición. Informe técnico. Ginebra: OMS; Nueva York: UNICEF.

2 OMS, 2019. "Estadísticas sanitarias mundiales 2019". Repositorio de datos del Observatorio Mundial de la Salud. Disponible en: https://apps.who.int/gho/data/node.imr.ANEMIAPW?lang=es.

3 UNICEF y OMS, 2019. Estimaciones sobre peso bajo al nacer, edición de 2019. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/publications/UNICEF-WHO-lowbirthweight-estimates-2019/en/.

4 UNICEF, 2019. Bases de datos mundiales de UNICEF sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño. Nueva York: División de Datos, Análisis, Planificación y Seguimiento de UNICEF. Disponible en: http://data.unicef.org/nutrition/iycf. Fecha de consulta: 3 de febrero de 2020.

5 UNICEF, OMS y Banco Mundial, 2019. Estimaciones conjuntas sobre la malnutrición infantil, edición de 2019. Nueva York. Disponible en: https://data.unicef.org/resources/dataset/malnutrition-data. Fecha de consulta: 3 de febrero de 2020.

6 OMS y UNICEF, 2017. "Methodology for monitoring progress towards the global nutrition targets for 2025". Grupo Asesor de Expertos Técnicos de la OMS y UNICEF en el Monitoreo de la Nutrición. Informe técnico. Ginebra: OMS; Nueva York: UNICEF.

7 Red NCD Risk Factor Collaboration, 2019. Disponible en: http://www.ncdrisc.org/data-downloads.html.

8 "Global Burden of Disease", Institute for Health Metrics and Evaluation, 2019.

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AOD	Asistencia oficial para el Desarrollo
CAD	Comité de Asistencia para el Desarrollo
CRS	Sistema de Notificación de los Países Acreedores del CAD
EDS	Encuesta demográfica y de salud
IFPRI	Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias
IMC	Índice de masa corporal
Movimiento SUN	Movimiento para el Fomento de la Nutrición
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
R4D	Results for Development
SMART	Específicos, medibles, viables, pertinentes y oportunos
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

GLOSARIO

Acciones en materia de nutrición que tienen en cuenta la equidad	Se considera que una acción en materia de nutrición (intervención, programa o política) tiene en cuenta la equidad (o es equitativa) si se ocupa específicamente de la equidad y de la manera de hacer frente a posibles desigualdades como parte de su diseño, seguimiento y evaluación.
Agroprocesamiento	Procesamiento de productos agrícolas para su utilización como alimento de personas o animales, fibra, combustible o materias primas de procesamientos ulteriores. Puede incluir el procesamiento para facilitar la conservación y la manipulación; por ejemplo, el secado, el enlatado o el embolsado.
Alimentos autóctonos	Los sistemas alimentarios autóctonos abarcan la tierra, el aire, el agua y el suelo, así como las especies vegetales, animales y fúngicas culturalmente importantes que han alimentado a los pueblos autóctonos durante miles de años. Los sistemas alimentarios autóctonos se describen mejor en términos ecológicos que por medio de conceptos económicos neoclásicos. En este contexto, un alimento autóctono es aquel que, en términos generales, ha sido cultivado, cuidado, cosechado, preparado, conservado, compartido o comercializado en un territorio específico aplicando los valores de la interdependencia, el respeto, la reciprocidad y la sensibilidad ecológica.
Alimentos básicos y cereales básicos	Los alimentos básicos son alimentos de origen tanto vegetal como animal que se ingieren de manera habitual, constituyen la mayor parte de la dieta y, por lo general, aportan una gran parte de las necesidades calóricas y de nutrientes. Aunque varían en función de la situación geográfica, la inmensa mayoría de los alimentos básicos a escala mundial son cereales, como el maíz, el arroz y el trigo.
Anemia	Afección caracterizada por un número de glóbulos rojos (o, más precisamente, una concentración de hemoglobina) inferior al normal. Se trata de un problema mundial de salud pública que se registra tanto en países de ingreso bajo como de ingreso alto, y que resulta especialmente preocupante en el caso de las adolescentes y las mujeres en edad reproductiva. Existen diferentes formas de anemia, con diferentes causas y tratamientos. Una de sus causas más comunes son las deficiencias nutricionales debidas a una ingesta inadecuada (o insuficiente) de minerales (en particular de hierro) y vitaminas.
Asistencia para el desarrollo y asistencia oficial para el desarrollo (AOD)	El término "asistencia para el desarrollo" (o "ayuda", como se la llama habitualmente) se refiere aquí a los recursos transferidos por los organismos para el desarrollo (incluidas las organizaciones filantrópicas privadas) a los países de ingreso bajo y mediano. Por tanto, es más amplio que el término "asistencia oficial para el desarrollo" (AOD), el cual, según la definición del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), consiste en la ayuda extranjera (gubernamental) a los países y territorios en desarrollo incluidos en la lista del CAD de receptores de AOD y a instituciones multilaterales para el desarrollo diseñadas para promover su desarrollo y bienestar económicos.
Biodiversidad	La variedad y variabilidad de los organismos vivos de la Tierra, incluidos plantas, animales y microorganismos como hongos y bacterias.

Cadenas de valor alimentarias y ganaderas	Las **cadenas de valor alimentarias** se refieren a la totalidad del proceso económico de producción de alimentos, incluidos la agricultura, el procesamiento y la eliminación de residuos o envases. Las cadenas de valor alimentarias sostenibles llevan a cabo este proceso garantizando amplios beneficios para la sociedad y teniendo en cuenta el impacto ambiental en su conjunto. Las **cadenas de valor ganaderas** aluden a las actividades involucradas en la producción de un producto de origen animal; por ejemplo, carne, leche, huevos, fibra, cuero o estiércol. Incluyen todas las fases de producción, procesamiento y suministro a los consumidores finales.
Cobertura sanitaria universal	También denominada "atención universal de la salud", es un sistema de atención sanitaria que garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de salud esenciales sin crearles dificultades económicas. Está claramente incluida en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, que insta a todos los países a garantizar que todas las personas tengan acceso a un conjunto mínimo de intervenciones de salud de buena calidad sin sufrir dificultades económicas. La Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada en 2019 se centró por primera vez en la cobertura sanitaria universal y se comprometió a lograrla para 2030. Se fundamenta en el principio de que la salud y el bienestar óptimos son un derecho humano del que deben disfrutar todas las personas, no un privilegio del que gozan solo las personas más acomodadas.
Código de propósito	Código utilizado por los donantes que presentan informes al Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) para indicar a qué se destina el gasto con mayor precisión y detalle que si solo se clasificara por sector. El código de propósito sobre la "nutrición básica" recoge los gastos en el sector de la salud específicamente dirigidos a la nutrición. En 2017 se adoptó un código de propósito sobre la nutrición mejorado, armonizado con la definición de *The Lancet* de "inversión específica en nutrición" y la definición de la OMS de "medidas esenciales para la nutrición".
Datos geoespaciales	Se trata de información sobre eventos, objetos o fenómenos específicos de una ubicación geográfica determinada; por ejemplo, predicciones meteorológicas, sistemas de navegación por satélite, publicaciones en las redes sociales con etiquetas geográficas (o geoetiquetado), y tasas de malnutrición. La localización es uno de los criterios empleados para desglosar los datos nutricionales, junto con otros como la riqueza o el sexo. El uso de datos geoespaciales puede ayudar a precisar dónde se encuentran las personas malnutridas.
Datos nutricionales que tienen en cuenta la equidad	Se considera que los datos nutricionales tienen en cuenta la equidad cuando son lo bastante detallados (o están suficientemente desglosados) para poner de manifiesto la desigualdad de oportunidades o de acceso (es decir, las inequidades) y las desigualdades en los resultados; por ejemplo, datos desglosados a nivel local y por características clave de los grupos de población, como la edad, el sexo, la etnia, el nivel educativo y la riqueza.
Desnutrición	Afección relacionada con la alimentación, debida a una ingesta de alimentos insuficiente para satisfacer las necesidades de energía y nutrientes. Se caracteriza por un peso inferior al normal; una estatura inferior a la normal (retraso del crecimiento) y un adelgazamiento anormal (emaciación) para la edad o la altura; o por una deficiencia de vitaminas y minerales (micronutrientes). Estar **subalimentado** equivale a padecer desnutrición.
Diversidad alimentaria	La diversidad (o variedad) alimentaria se refiere a la variedad en el número y el tipo de alimentos incluidos en la dieta de una persona durante un período de referencia. No existe un consenso sobre el parámetro normalizado óptimo para medir la diversidad alimentaria. También se utiliza como parámetro indirecto para medir la seguridad alimentaria, la adecuación de la ingesta de energía o nutrientes y la calidad de la dieta.

Doble carga de la malnutrición	Este término se emplea para hacer referencia a la coexistencia de la desnutrición (lo que incluye el retraso del crecimiento, la emaciación, el peso inferior al normal y las carencias de micronutrientes) *con* el sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. En un determinado plano poblacional —nacional, urbano, comunitario, doméstico o individual— pueden coexistir (o superponerse) diversas formas de malnutrición. Por ejemplo, en un país pueden registrarse niveles elevados tanto de anemia como de obesidad, y un niño puede sufrir retraso del crecimiento a la vez que sobrepeso.
Emaciación	Cuando los niños están demasiado delgados debido a la desnutrición, se dice que sufren emaciación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la emaciación infantil como una puntuación Z de longitud o estatura más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS. Los niños que sufren emaciación también tienen más probabilidades de padecer retraso del crecimiento. Para consultar la definición de "emaciación" empleada en el presente informe, véase el apéndice 1.
Enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación	*Véase* **Enfermedades no transmisibles**.
Enfermedades no transmisibles y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación	Se trata de enfermedades crónicas no infecciosas de larga duración, que avanzan lentamente y son consecuencia de una combinación de factores de riesgo modificables y no modificables; entre ellos se incluyen el estilo de vida y factores conductuales, ambientales, fisiológicos y genéticos. Las cuatro enfermedades no transmisibles principales son las enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, las cardiopatías coronarias y los accidentes cerebrovasculares), la diabetes, el cáncer y la enfermedad respiratoria crónica. La obesidad es tanto una enfermedad crónica como un factor de riesgo de otras enfermedades no transmisibles. Las enfermedades no transmisibles vinculadas a la dieta (o la nutrición) se denominan "**enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación**". Incluyen principalmente la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y algunos tipos de cáncer.
Entorno alimentario	Se trata del contexto físico, económico, político y sociocultural que determina la accesibilidad, la disponibilidad, la asequibilidad y las percepciones culturales o sensoriales de los alimentos, lo que, a su vez, influye en las decisiones alimentarias de las personas —por ejemplo, en la adquisición, la preparación y el consumo de alimentos— y en su estado nutricional.
Equidad e inequidad	El término "equidad" se centra en las oportunidades más que en los resultados, e incluye la idea de justicia o imparcialidad. El término "inequidad" añade una dimensión moral, y puede definirse como la "falta de igualdad de oportunidades" o de acceso equitativo a los sistemas y procesos que estructuran las condiciones de vida cotidianas, lo que da lugar a desigualdades (o resultados o consecuencias desiguales). En otras palabras, la igualdad de oportunidades o equidad influye en la igualdad de los resultados. El término **equidad nutricional** alude aquí a las oportunidades y obstáculos existentes en los sistemas alimentarios y de salud que influyen en el acceso a alimentos saludables y asequibles y en la calidad de los cuidados nutricionales, lo que da lugar a resultados nutricionales desiguales (o desigualdades nutricionales).

Factor de riesgo	Un factor de riesgo es un atributo o característica de una persona, o un peligro al que se expone, que aumenta sus probabilidades de padecer una enfermedad, infección o lesión. Las probabilidades de que una persona contraiga una enfermedad determinada aumentan en relación directa al número de factores de riesgo pertinentes que presenta. Los factores de riesgo pueden clasificarse como modificables o no modificables. Los primeros pueden reducirse mediante cambios en el estilo de vida (como la alimentación, el tabaquismo o la actividad física) y las condiciones ambientales. Los factores no modificables son inalterables, como la edad, el sexo o la etnia. Por ejemplo, una elevada ingesta de sal constituye un factor alimentario de riesgo de cardiopatías coronarias modificable.
Fragilidad	Este término se refiere a la falta de capacidad del Estado, el sistema o las comunidades para gestionar, asimilar o mitigar los riesgos a los que se enfrentan, lo que expone a la población a una serie de perturbaciones. Puede acarrear consecuencias negativas; por ejemplo, violencia, crisis humanitarias u otras situaciones de emergencia.
Igualdad y desigualdad	El término "desigualdad" se refiere a las diferencias, variaciones y disparidades entre las personas (individuos y grupos de población) en materia de salud y condiciones de vida, como resultado (o consecuencia) de sistemas y procesos injustos que estructuran las condiciones de vida cotidianas (*véase* **Equidad e inequidad**). Las **desigualdades nutricionales** son las diferencias en los resultados nutricionales de las personas —como la ingesta alimentaria, el estado nutricional y las afecciones o enfermedades conexas— en función, por ejemplo, de la ubicación, la edad, el género, la etnia o la riqueza.
Intervención basada en la población	Una intervención (o enfoque) basada en la población es aquella dirigida a un grupo de personas o a la totalidad de una población, a diferencia de la intervención individual, que se administra a una sola persona.
Malnutrición	El término "malnutrición", en todas sus formas, se refiere tanto a la desnutrición (lo que incluye el retraso del crecimiento, la emaciación, el peso inferior al normal y las carencias de micronutrientes) *como* al sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Incluye una serie de afecciones relacionadas con la alimentación causadas por la insuficiencia de calorías o nutrientes, la falta de alimentos de calidad (saludables), o el exceso de alimentos de baja calidad (poco saludables).
Medidas de doble función	El término "doble función" se emplea para caracterizar una medida nutricional (intervención, programa o política) capaz de hacer frente *tanto* a la desnutrición *como* al sobrepeso, la obesidad y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación. Por ejemplo, la promoción eficaz de la lactancia materna puede prevenir el retraso del crecimiento, y también reduce las posibilidades de padecer enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación en etapas posteriores de la vida.
Medidas enfocadas a la nutrición	Término empleado para hacer referencia a las intervenciones, los programas o las políticas que hacen frente a los determinantes subyacentes (llamados "determinantes sociales" en este informe) de la nutrición y el desarrollo del feto y del niño, y que incorporan medidas y objetivos específicamente nutricionales en sectores ajenos al de la nutrición —como la agricultura, la salud, la protección social, el desarrollo en la primera infancia, la educación, o el agua y el saneamiento—. Los determinantes sociales a los que es posible hacer frente mediante medidas enfocadas a la nutrición son la pobreza, la inseguridad alimentaria, la falta de acceso a una atención adecuada, y la inadecuación de los servicios de salud o de agua y saneamiento.

Medidas específicas de nutrición	Intervenciones, programas o políticas diseñados para influir directamente en los determinantes inmediatos de la nutrición. Entre ellas se cuentan la promoción de una ingesta adecuada de alimentos y nutrientes; el fomento de las prácticas de alimentación, cuidado y crianza de los niños; y la prevención de enfermedades infecciosas. Algunos ejemplos serían la promoción de la lactancia materna, la gestión de las enfermedades y el tratamiento de la malnutrición aguda en situaciones de emergencia.
Metas mundiales de nutrición	En el presente informe, el término "metas mundiales de nutrición" se refiere colectivamente a las metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño y sobre las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación aprobadas en 2012 y 2013, respectivamente, por la Asamblea Mundial de la Salud, y que deben alcanzarse para 2025. Las metas mundiales de nutrición 2025 incluyen metas relativas a seis indicadores en materia de nutrición materna, del lactante y del niño pequeño: el peso bajo al nacer, el retraso del crecimiento en niños menores de 5 años, la emaciación en niños menores de 5 años, el sobrepeso en niños menores de 5 años, la anemia en mujeres en edad reproductiva y la lactancia materna exclusiva. También comprenden metas sobre cuatro indicadores de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación de los adultos: la ingesta de sal, la hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad.
Metas sobre enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación	Son 4 de las 10 metas mundiales de nutrición adoptadas en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2013 y que deben lograrse para 2025, a saber: la ingesta de sal, la hipertensión arterial, la obesidad en adultos y la diabetes en adultos. Por ejemplo, la meta 4 consiste en "lograr una reducción relativa del 30% en la ingesta diaria media de sal/sodio de la población".
Metas sobre la nutrición materna, del lactante y del niño pequeño	Son las seis metas mundiales aprobadas en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 2012 y que deben cumplirse para 2025, relativas al peso bajo al nacer, el retraso del crecimiento en niños menores de 5 años, la emaciación en niños menores de 5 años, el sobrepeso en niños menores de 5 años, la anemia en mujeres en edad reproductiva y la lactancia materna exclusiva. Por ejemplo, la meta 1 es "reducir un 40% el número de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento".
Micronutrientes y carencias de micronutrientes	Los **micronutrientes** son componentes de alimentación; lo que comúnmente se conoce como vitaminas y minerales. Aunque solo se requieren pequeñas cantidades de ellos, son esenciales para la salud. Entre ellos se cuentan minerales como el hierro, el calcio, el sodio, el magnesio, el zinc y el yodo; y vitaminas como las del grupo A, B (por ejemplo, el folato), C y D. La causa de la **carencia de micronutrientes** es la ingesta o la asimilación inadecuadas (o insuficientes) de uno o más minerales o vitaminas, y da pie a un estado nutricional deficiente. Aunque es menos común que las carencias, la ingesta excesiva de algunos micronutrientes, por lo general debido a la toma de una cantidad de suplementos superior a la necesaria, también puede producir efectos adversos (toxicidad por micronutrientes).
Pequeños productores y agricultores de subsistencia	Productores rurales, sobre todo en los países en desarrollo, que emplean principalmente mano de obra familiar y cuya explotación constituye su fuente de ingresos más importante. La agricultura de subsistencia es una estrategia de vida caracterizada por el consumo directo del producto principal; asimismo, se adquieren pocos insumos o ninguno y solo se comercializa una pequeña parte de la producción.

Peso inferior al normal	Forma de desnutrición caracterizada por un peso corporal o un peso para la estatura demasiado bajo para la edad de una persona. Para consultar la definición de "peso inferior al normal" por edad empleada en el presente informe, véase el apéndice 1.
Retraso del crecimiento	Disminución del crecimiento y el desarrollo del niño debido a la mala nutrición, infecciones repetidas y una estimulación psicosocial inadecuada. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el retraso del crecimiento infantil (moderado y grave) como una puntuación Z de longitud o estatura para la edad más de dos desviaciones estándar por debajo de la mediana de los patrones de crecimiento infantil de la OMS. Los niños con retraso del crecimiento también tienen más probabilidades de padecer emaciación. Para consultar la definición de "retraso del crecimiento" empleada en el presente informe, véase el apéndice 1.
Seguridad e inseguridad alimentaria	La seguridad alimentaria consiste en que toda la población tenga acceso, en todo momento, a alimentos seguros, nutritivos y suficientes para el crecimiento y el desarrollo normales, de manera que pueda llevar una vida activa y saludable La inseguridad alimentaria es lo contrario, y puede presentarse en los planos individual, doméstico, nacional, regional o mundial.
Sistemas alimentarios	Un sistema alimentario reúne todos los elementos (el medio ambiente, las personas, los insumos, los procesos, las infraestructuras y las instituciones) y actividades relacionadas con la producción, el procesamiento, la distribución, la preparación y el consumo de alimentos, así como los productos de estas actividades, incluidos los resultados socioeconómicos y ambientales.
Sobrepeso y obesidad	Una persona padece sobrepeso u obesidad si presenta una acumulación excesiva de grasa que puede afectar a su salud. En el caso de la obesidad, el exceso de grasa es mayor que en del sobrepeso. Los métodos empleados para clasificar el sobrepeso o la obesidad dependen de la edad. Para detectar el sobrepeso o la obesidad en adultos en el plano poblacional, se utiliza el índice de masa corporal (IMC) —el peso de una persona en kilogramos dividido por su estatura en metros al cuadrado—. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso en adultos como un IMC igual o superior a 25 kg/m^2, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30 kg/m^2. Para consultar las definiciones de "sobrepeso" y "obesidad" por edad empleadas en el presente informe, véase el apéndice 1.
Supermercados	Establecimientos comerciales en los que la mayor parte del espacio de venta se dedica a alimentos procesados y frescos, y que responden a la ampliación de un grupo de ingresos. También pueden formar parte de cadenas minoristas consolidadas que se rigen por normas privadas de calidad y seguridad alimentarias.
Universalidad	En el ámbito de la nutrición, el término "universalidad" se refiere a un enfoque inclusivo que vela por que todas las personas puedan acceder de manera justa a los recursos y servicios que necesitan para lograr una salud nutricional óptima.

MATERIALES SUPLEMENTARIOS EN LÍNEA

Los materiales y herramientas siguientes se encuentran disponibles en el sitio web del *Informe de la Nutrición Mundial*, en:

globalnutritionreport.org/resources

En la pestaña **"Country Nutrition Profiles"** [Perfiles nutricionales por país] se reúnen los mejores datos disponibles sobre la nutrición de los niños, los adolescentes y los adultos, se indica la cobertura de las intervenciones y se proporciona información demográfica, sobre los determinantes y la financiación de la nutrición. Esta sección abarca:

- El panorama mundial.
- Información sobre 6 regiones y 21 subregiones.
- Información sobre 194 países.

En la sección **"Nutrition for Growth Commitment Tracking"** [Seguimiento de los compromisos contraídos en las Cumbres Nutrición para el Crecimiento] se presentan los últimos datos sobre los compromisos para poner fin a la malnutrición asumidos en las Cumbres Nutrición para el Crecimiento por las partes interesadas, entre ellas:

- Gobiernos.
- Donantes.
- Empresas.
- Organizaciones de la sociedad civil.
- Organismos de las Naciones Unidas.

En la sección **"Case Studies and Briefings"** [Estudios de caso y artículos] se exponen ejemplos de lugares en los que se están mejorando los resultados nutricionales y se muestran las medidas que pueden adoptarse para acelerar los progresos hacia un mundo libre de todas las formas de malnutrición.

En **"About Malnutrition"** [Sobre la malnutrición] se proporciona información sobre los diversos tipos de malnutrición y por qué es importante hacerles frente, a la vez que se destaca el papel de la promoción para erradicar la malnutrición en el mundo.

En el blog del ***Informe de la Nutrición Mundial*** podrá leer más sobre los importantes avances que están logrando otras organizaciones y grupos para mejorar los resultados de la nutrición en todo el mundo:

globalnutritionreport.org/blog

CASOS DESTACADOS

CASO DESTACADO 2.1: **La brecha entre el entorno rural y urbano en el Perú**
Jordan Beecher

CASO DESTACADO 2.2: **Uso de marcos analíticos geoestadísticos para estimar la carga de retraso del crecimiento, emaciación y sobrepeso en niños menores de 5 años en el plano subnacional**
Damaris K. Kinyoki, Amelia Apfel, Megan F. Schipp, Lucas Earl, Julia Devin y Simon I. Hay

CASO DESTACADO 3.1: **Fomento de la equidad y la justicia social: la iniciativa para transformar los distritos aspiracionales de la India**
Alok Kumar, Rajan Sankar y Basanta Kumar Kar

CASO DESTACADO 4.1: **Hacia un sistema agroalimentario más diversificado, más allá de los cereales básicos**
Prabhu Pingali

CASO DESTACADO 4.2: **El elevado precio de los alimentos nutritivos en los países más pobres**
Derek Headey

CASO DESTACADO 4.3: **Tendencias y patrones mundiales en las ventas de alimentos y bebidas procesados**
Phillip Baker, Priscila Machado, Kate Sievert, Kathryn Backholer, Colin Bell y Mark Lawrence

CASO DESTACADO 4.4: **Los supermercados y el aumento de la obesidad en África**
Kathrin M. Demmler y Matin Qaim

CASO DESTACADO 4.5: **Desigualdades en la comercialización de alimentos infantiles**
Camila Corvalán y Fernanda Mediano

CASO DESTACADO 4.6: **Entornos alimentarios en los países de ingreso mediano bajo: identificar y satisfacer las necesidades de información**
Bianca Carducci, Christina Oh y Zulfiqar A. Bhutta

CASO DESTACADO 5.1: **La baja movilización de ingresos nacionales en Somalia está obstaculizando la inversión pública en nutrición**
Richard Watts

CASO DESTACADO 5.2: **Mejoras en el seguimiento mundial de los desembolsos de los donantes**
J. S. Kouassi, Mary D'Alimonte y Kedar Mankad

CASO DESTACADO 5.3: **Obtención de pruebas para sentar las bases de la programación multisectorial en materia de nutrición**
Carol Levin, Dale Davis, Aulo Gelli, Mary D'Alimonte y Augustin Flory

CASO DESTACADO 5.4: **La herramienta Optima Nutrition reducirá el retraso del crecimiento en la infancia mediante una mejor selección de las intervenciones**
Meera Shekar, Jonathan Kweku Akuoku y Jean Sebastien Kouassi

CASO DESTACADO 5.5: **Servicio Mundial de Financiamiento en Apoyo de la Iniciativa Todas las Mujeres, Todos los Niños**
Leslie Elder

CASO DESTACADO 5.6: **Financiación combinada para una mejor alimentación**
Greg S. Garrett

RECUADROS

RECUADRO 1.1: Causas de la inequidad

RECUADRO 1.2: La equidad y el énfasis en la justicia, la vulnerabilidad y la no discriminación

RECUADRO 1.3: Diseñar acciones en favor de una nutrición equitativa

RECUADRO 4.1: Esferas en las que el sector privado puede contribuir a mejorar la nutrición

FIGURAS

FIGURA 1.1: Marco de equidad nutricional

FIGURA 1.2: Cómo pueden las partes interesadas combatir las inequidades nutricionales

FIGURA 2.1: Progresos mundiales hacia el cumplimiento de las metas mundiales de nutrición 2025

FIGURA 2.2: Indicadores de la prevalencia mundial de la alimentación del lactante y del niño pequeño, indicadores de la nutrición de los niños y los adolescentes y los adultos

FIGURA 2.3: Progresos nacionales hacia el cumplimiento de las metas mundiales de nutrición 2025

FIGURA 2.4: Mapa de países donde coexiste el retraso del crecimiento en niños menores de 5 años, la anemia en mujeres en edad reproductiva y el sobrepeso en mujeres adultas

FIGURA 2.5: Coexistencia del retraso del crecimiento en niños menores de 5 años, anemia en niñas adolescentes y mujeres, y sobrepeso en mujeres adultas, por fragilidad

FIGURA 2.6: Desigualdades en los indicadores sobre la alimentación del lactante y del niño pequeño por ubicación (urbana o rural), sexo, riqueza y nivel educativo de la madre

FIGURA 2.7: Desigualdades en el retraso del crecimiento, la emaciación y el sobrepeso en niños menores de 5 años, por ubicación (urbana o rural), sexo, riqueza y nivel educativo

FIGURA 2.8: Desigualdades en el retraso del crecimiento en niños menores de 5 años en función de la ubicación (urbana o rural) y la riqueza en el Perú, 2017

FIGURA 2.9: Prevalencia del retraso del crecimiento, la emaciación y el sobrepeso en niños menores de 5 años por célula de grilla de 5×5 km, 2017

FIGURA 2.10: Cambio anualizado de la desigualdad por razón de riqueza en la prevalencia del retraso del crecimiento en niños menores de 5 años en 80 países, por fragilidad, 2000-2018

FIGURA 2.11: Prevalencia del retraso del crecimiento en niños menores de 5 años en función de la riqueza en países seleccionados, 2000-2017

FIGURA 2.12: Prevalencia mundial del peso inferior al normal, el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes de 5 a 19 años, por sexo, 2000-2016

FIGURA 2.13: Prevalencia mundial del peso inferior al normal, el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes de 5 a 19 años y adultos, por ingresos del país, 2016

FIGURA 2.14: Prevalencia mundial del peso inferior al normal, el sobrepeso y la obesidad en adultos, por sexo, 2000-2016

FIGURA 2.15: Cambio mundial anualizado en la desigualdad por razón de sexo en la obesidad en adultos, por fragilidad, 2000 y 2016

FIGURA 2.16: Prevalencia mundial de la hipertensión arterial y la diabetes en adultos, por sexo, 2000-2015

FIGURA 3.1: Marco para la integración equitativa de la nutrición en los sistemas de salud

FIGURA 3.2: Inclusión de los objetivos, las metas y los indicadores relacionados con las metas mundiales de nutrición en los planes del sector de la salud de 94 países, por ingresos de los países, 2016 y 2017

FIGURA 3.3: Gasto anual por categoría de enfermedad en 48 países, 2016

FIGURA 3.4: Ejecución de las intervenciones de la Poshan Abhiyaan (Misión Nutricional Nacional) en los distritos aspiracionales: resultados de dos rondas de encuestas de hogares

FIGURA 3.5: Cobertura demográfica de las intervenciones seleccionadas en materia de nutrición materna, del lactante y del niño pequeño prestadas en centros de salud

FIGURA 3.6: Cobertura demográfica de las intervenciones seleccionadas en materia de nutrición materna, del lactante y del niño pequeño prestadas en centros de salud, en función de la riqueza de la población

FIGURA 3.7: Cobertura demográfica de las intervenciones maternoinfantiles "nutricionales" en comparación con la de las intervenciones "no nutricionales" en 35 países

FIGURA 4.1: Marco de los sistemas alimentarios

FIGURA 4.2: Promedio de la ingesta mundial de energía por grupo de alimentos, 1971-2013

FIGURA 4.3: Impacto de los diferentes grupos de alimentos en el entorno

FIGURA 4.4: Matriz cromática de los precios calóricos relativos de los alimentos de origen animal en 176 países, 2011

FIGURA 4.5: Ventas de alimentos procesados por nivel de ingresos de los países, 2003-2017 con proyecciones para 2022

FIGURA 4.6: Ventas de bebidas no alcohólicas por nivel de ingresos de los países, 2003-2017 con proyecciones para 2022

FIGURA 4.7: Usuarios y no usuarios de los supermercados en Kenya: índice de masa corporal y sobrepeso, 2012 y 2015

FIGURA 5.1: El escenario de financiación de Solidaridad Mundial: la financiación adicional necesaria para alcanzar las metas de nutrición de la Asamblea Mundial de la Salud

FIGURA 5.2: Ingresos gubernamentales y prevalencia del retraso del crecimiento en 61 países

FIGURA 5.3: Ayuda enfocada a la nutrición y financiación proveniente de los recursos públicos nacionales en Somalia

FIGURA 5.4: Inversión pública nacional en nutrición, por sectores

FIGURA 5.5: Desembolsos de AOD para nutrición básica, 2007-2017

FIGURA 5.6: Asignación de la AOD para la nutrición básica en 2017, por carga de malnutrición

FIGURA 5.7: Gasto de los donantes en enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación

FIGURA 5.8: Desembolsos de los donantes en determinadas metas de nutrición de la Asamblea Mundial de la Salud

FIGURA 5.9: Financiación pública específica de nutrición como porcentaje de la inversión necesaria dentro del sector de la salud en seis países africanos

FIGURA 5.10: Escenarios previsto y óptimo para los ingresos tributarios en los países del Movimiento SUN hasta 2025

FIGURA 5.11: Gasto sanitario gubernamental previsto para paliar las carencias nutricionales basado en tres escenarios (2016-2025)

FIGURA 5.12: Optima Nutrition en Bangladesh: comparación del presupuesto previsto y el presupuesto optimizado

FIGURA 5.13: Descripción general de los mecanismos de financiación innovadora

TABLAS

TABLA 1.1: Acciones prioritarias en favor de la equidad nutricional

TABLA 3.1: Intervenciones nutricionales incluidas en el paquete esencial de cobertura sanitaria universal elaborado por el Banco Mundial en 2017

TABLA 5.1: Desembolsos destinados a la nutrición comunicados por los donantes a los *Informes de la Nutrición Mundial*

TABLA A2: Metodología de monitoreo de los progresos nacionales en el logro de las metas de nutrición

TABLA A3: Países en condiciones de alcanzar las metas mundiales de nutrición

El *Informe de la Nutrición Mundial* es la principal evaluación independiente sobre el estado de la nutrición en el mundo. En él se exponen los mejores datos disponibles, análisis pormenorizados y opiniones de expertos con base empírica a fin de impulsar medidas de nutrición donde se necesitan más urgentemente.

Dirigido por expertos en la esfera de la nutrición, el *Informe de la Nutrición Mundial* es una iniciativa conformada por instituciones mundiales en la que participan múltiples partes interesadas. Se estableció en 2014 tras la primera Cumbre Nutrición para el Crecimiento como un mecanismo de rendición de cuentas para realizar un seguimiento de los progresos logrados en el cumplimiento de las metas mundiales de nutrición y los compromisos contraídos al respecto.

Mediante un informe exhaustivo, perfiles nutricionales interactivos por país y el seguimiento de los compromisos contraídos en la Cumbre Nutrición para el Crecimiento, el informe arroja luz sobre la carga de malnutrición y destaca tanto el progreso registrado como las soluciones funcionales para atajar la malnutrición en el mundo.

Somos una voz unificadora, diseñada por y para las comunidades que pueden actuar. Al fundamentar el debate en torno a la nutrición, impulsamos la adopción de medidas encaminadas a crear un mundo libre de todas las formas de malnutrición.

NUTRICIÓN MUNDIAL INFORME

ASOCIADOS 2020

1,000 DAYS

THE AGA KHAN UNIVERSITY

AgMIP The Agricultural Model Intercomparison and Improvement Project

BILL & MELINDA GATES foundation

BMZ Federal Ministry for Economic Cooperation and Development

Government of Canada / Gouvernement du Canada

UNIVERSITY OF CAPE TOWN
IYUNIVESITHI YASEKAPA • UNIVERSITEIT VAN KAAPSTAD

UNIVERSIDAD DE CHILE
Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos
Doctor Fernando Monckeberg Barros
inta

CONCERN worldwide

DEAKIN UNIVERSITY

development initiatives

ENN

ጤና ሚኒስቴር - ኢትዮጵያ
MINISTRY OF HEALTH - ETHIOPIA

Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura

Fundación InterAmericana del Corazón - Argentina

gain Global Alliance for Improved Nutrition

GRAÇA MACHEL TRUST

IAEA International Atomic Energy Agency

INTERNATIONAL FOOD POLICY RESEARCH INSTITUTE
IFPRI

IFAD Investing in rural people

Irish Aid
Government of Ireland
Rialtas na hÉireann

JICA Japan International Cooperation Agency

Middlesex University London

Government of the Netherlands

Save the Children

Scaling Up NUTRITION
ENGAGE • INSPIRE • INVEST

SickKids | Centre for Global Child Health

Somalia

República Unida de Tanzanía

Tufts UNIVERSITY | Gerald J. and Dorothy R. Friedman School of Nutrition Science and Policy

UKaid from the British people

unicef

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

WFP Programa Mundial de Alimentos

Organización Mundial de la Salud

GLOBALNUTRITIONREPORT.ORG