



联合国
粮食及
农业组织

Food and Agriculture
Organization of the
United Nations

Organisation des Nations
Unies pour l'alimentation
et l'agriculture

Продовольственная и
сельскохозяйственная организация
Объединенных Наций

Organización de las
Naciones Unidas para la
Alimentación y la Agricultura

منظمة
الأغذية والزراعة
للأمم المتحدة

S

COMISIÓN EUROPEA DE AGRICULTURA

39.^a REUNIÓN

Budapest (Hungría), 22 y 23 de septiembre de 2015

Tema 6 del programa

Hacer frente a la carga social y económica de la malnutrición mediante políticas agrícolas y alimentarias que tengan en cuenta la nutrición en la región de Europa y Asia Central

Resumen

- Pese a que los países de la región de Europa y Asia Central han hecho avances hacia la consecución de la meta 1.C —relativa al hambre— de los Objetivos de Desarrollo del Milenio^{1,2}, persisten diversas formas de malnutrición. En 48 de los 53 países de Europa y Asia Central, la prevalencia entre la población adulta del sobrepeso y la obesidad combinados supera el 55 %, y los niveles de obesidad son superiores al 20 %. La malnutrición infantil sigue constituyendo un problema tanto en los países ricos como en los pobres, ya que la prevalencia del retraso del crecimiento entre los niños menores de cinco años oscila entre el 1,1 % y el 26,7 % en toda la región y la de la emaciación, entre el 0,2 % y el 10 %.
- Las diferencias en la prevalencia de la malnutrición se deben a las condiciones socioeconómicas, el compromiso político y la capacidad estratégica y operativa en materia de nutrición de los distintos países.
- Muchos países de Europa y Asia Central han tomado medidas para mejorar la nutrición luchando contra las dietas poco saludables y han ratificado su compromiso de combatir la malnutrición en todas sus formas haciendo suyos los dos documentos finales de la segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición de la FAO y la OMS (CIN2), a saber, i) la Declaración de Roma sobre la Nutrición y ii) el Marco de acción.
- Dada la complejidad y las múltiples causas de la malnutrición, la mejora de la nutrición requiere la colaboración de múltiples sectores, como la agricultura, la salud, la educación, el comercio, el medio ambiente y la protección social, y, debido a la propagación mundial de la malnutrición, las medidas deberían ajustarse a los marcos internacionales, como la CIN2, la agenda para el desarrollo después de 2015 y el Movimiento para el fomento de la nutrición (SUN). El Marco de acción de la CIN2 ofrece un conjunto de opciones de políticas y programas en el ámbito de los sistemas alimentarios sostenibles que los países pueden aplicar

Es posible acceder a este documento utilizando el código de respuesta rápida impreso en esta página. Es una iniciativa de la FAO para minimizar su impacto ambiental y promover comunicaciones más verdes. Pueden consultarse más documentos en el sitio www.fao.org.



mo398

para promover dietas saludables, como: i) la integración de los objetivos de nutrición en la alimentación y la agricultura; ii) el refuerzo de la producción y la elaboración de alimentos a escala local, y iii) el fomento de la diversificación de la producción agrícola. Deberían evaluarse de manera global las opciones de políticas para reducir la malnutrición procurando que los sistemas alimentarios tengan más en cuenta la nutrición, tomando en consideración la interacción y los efectos de las medidas aplicadas en diversos ámbitos conexos de los sistemas alimentarios, como i) la producción agrícola, ii) el sistema de mercado y comercio, iii) la transformación de los alimentos y la demanda de los consumidores, y iv) su poder adquisitivo.

- En el presente documento se proporciona una visión global actualizada de la carga social y económica que acarrea la malnutrición en todas las subregiones y países de Europa y Asia Central, así como recomendaciones para intensificar la labor actual y futura. El documento tiene asimismo por objeto ofrecer métodos para que los gobiernos puedan combatir eficazmente la malnutrición y cumplir los compromisos de la CIN2, así como los programas ampliados de nutrición de los países.

Orientación que se solicita

- Se invita a los Estados Miembros a tomar nota de la magnitud de la malnutrición y del modo de combatirla eficazmente desde la óptica de los sistemas agrícolas y alimentarios.
- La Comisión Europea de Agricultura (CEA), en su 39.^a reunión, tal vez desee ofrecer asesoramiento sobre recomendaciones normativas y medidas prioritarias que los países pueden adoptar para crear sistemas alimentarios favorables que contribuyan a dietas sostenibles y saludables en aras de mejores resultados nutricionales en la región.

I. Introducción

1. La malnutrición, en todas sus formas, y las enfermedades no transmisibles asociadas a la dieta afectan a la salud y el bienestar de las personas, reducen su capacidad de aprendizaje y productividad y provocan un aumento de la morbilidad, las discapacidades y la mortalidad, lo que constituye una pesada carga económica y social para los individuos, las familias, las comunidades y los países³. Más aún, a menudo la malnutrición se mide de forma deficiente y la información proporcionada al respecto es escasa.

2. La malnutrición pone en peligro el derecho a una alimentación adecuada de las personas y supone una carga económica intolerable. Su costo total anual para la economía mundial ascendía a 3,5 billones de USD en 2010 (lo cual equivale a un 4 % o un 5 % del PIB mundial, es decir, entre 400 y 500 USD *per capita*). Ello incluye los costos de la desnutrición (unos 2,1 billones de USD) y de las enfermedades no transmisibles asociadas a la hipernutrición (alrededor de 1,4 billones de USD).

3. La CIN2, organizada conjuntamente por la FAO y la OMS, reunió a una gran diversidad de participantes de todo el mundo. Dio como resultado un consenso mundial sobre el cambio que se necesita urgentemente para mejorar la nutrición, tal como se refleja en la Declaración de Roma sobre la Nutrición y el Marco de acción. La CIN2 ha hecho hincapié en la función primordial que cumplen los sistemas alimentarios en la eliminación de todas las formas de malnutrición, procurando que tengan más en cuenta la nutrición y fomentando las dietas saludables y sostenibles^{1,4} para todos.

4. La visión de la Declaración de Roma sobre la Nutrición se integra en la agenda para el desarrollo después de 2015. Es sabido que, si la malnutrición no se combate con eficacia, dificultará el cumplimiento satisfactorio de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)⁵.

¹ Una dieta *saludable* consiste en una variedad de alimentos inocuos que satisfagan las necesidades nutricionales específicas de diversos subgrupos de población (lactantes, niños pequeños, adolescentes, embarazadas, adultos, ancianos, personas enfermas, etc.). SOFA, FAO 2013, Roma.

5. En los últimos decenios, la región de Europa y Asia Central ha hecho mejoras notables en materia de seguridad alimentaria. En 2015, la subalimentación superaba el umbral del 5 % solo en cinco países, y en tres de estos no llegaba al 10 %². Las estimaciones indican que en la Unión Europea (UE) unos 20 millones de personas están en riesgo de desnutrición, lo que podría acarrear un costo de 120 000 millones de EUR anuales⁶.

6. Las mejoras adicionales en la nutrición que se realicen a nivel local, nacional y regional han de estar adaptadas a los programas y marcos internacionales vigentes y a sus metas, como los resultados de la CIN2 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible para después de 2015.

7. Si bien la malnutrición infantil sigue siendo un problema tanto en los países ricos como pobres de Europa y Asia Central (Figura A del Anexo 1), en general tiende a producirse una rápida disminución de la carga de la desnutrición y un rápido aumento de la carencia de micronutrientes, el sobrepeso y la obesidad, así como las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación conexas, que constituyen el reto nutricional predominante en los países de Europa y Asia Central⁷.

8. La finalidad del presente documento es proporcionar una visión global actualizada de la prevalencia y la magnitud de la carga social y económica de la malnutrición en la región de Europa y Asia Central. También se exponen experiencias específicas de países con medidas y recomendaciones en materia de política alimentaria que tienen en cuenta la nutrición para intensificar la labor actual y futura en la región y ayudar a los gobiernos a determinar esferas prioritarias, con el fin de combatir eficazmente la malnutrición en todas sus formas. Los problemas específicos que se plantean en el presente documento son la carencia de micronutrientes, el sobrepeso y la obesidad, así como las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, que constituyen una amenaza para la mayoría de los países.

II. La carga social y económica de la malnutrición en la región de Europa y Asia Central y los problemas que conlleva

2.1. La carencia de micronutrientes en niños y adultos

9. La carencia de micronutrientes (o “hambre encubierta”) se asocia a muchos problemas de salud vinculados con la nutrición. En la región de Europa y Asia Central es especialmente preocupante la ingesta inadecuada de micronutrientes tales como las vitaminas A y D, el yodo, el hierro, el cinc, el ácido fólico y la tiamina⁸.

10. El mayor riesgo de ingesta inadecuada tiene que ver con la vitamina A, la vitamina D, el ácido fólico, el yodo y el calcio en todas las franjas etarias⁹; el cinc, el hierro, el selenio, el cobre, la vitamina B12 y el ácido ascórbico en los adultos, especialmente ancianos¹⁰; y las ingestas de vitamina B6, ácido ascórbico, selenio, magnesio y fosfato superiores a las normas de referencia en niños. Los niveles inadecuados resultan más problemáticos en las regiones de Europa central y oriental, los Balcanes occidentales y Asia central, y entre los grupos de bajos ingresos y desfavorecidos.

11. Los principales factores de riesgo que intervienen en la carencia de micronutrientes están relacionados con la alimentación y la salud, como las dietas monótonas, el movimiento estacional de la disponibilidad de alimentos, su escasez, la baja prevalencia de la lactancia materna, los bajos niveles de educación, una mala situación económica y la pobreza¹¹, las enfermedades y las infecciones.

12. La anemia, en adultos y en los niños menores de cinco años, constituye un problema de salud pública en toda la región (Figura 1) que alcanza diversas cotas de gravedad: leve en Europa occidental, septentrional y meridional y moderada en Europa oriental y Asia central. Dos países de la región de Europa y Asia Central se enfrentan a niveles diversos de anemia: Kirguistán (42,6 %) y Uzbekistán, donde casi la mitad de los niños menores de cinco años (49,4 %) sufre carencia de hierro (Cuadro 1 del Anexo 1).

13. Se registra anemia moderada en las embarazadas de todos los países de Europa y Asia Central, lo que representa un importante problema nutricional de salud pública¹² (Cuadro 2 del Anexo 1).

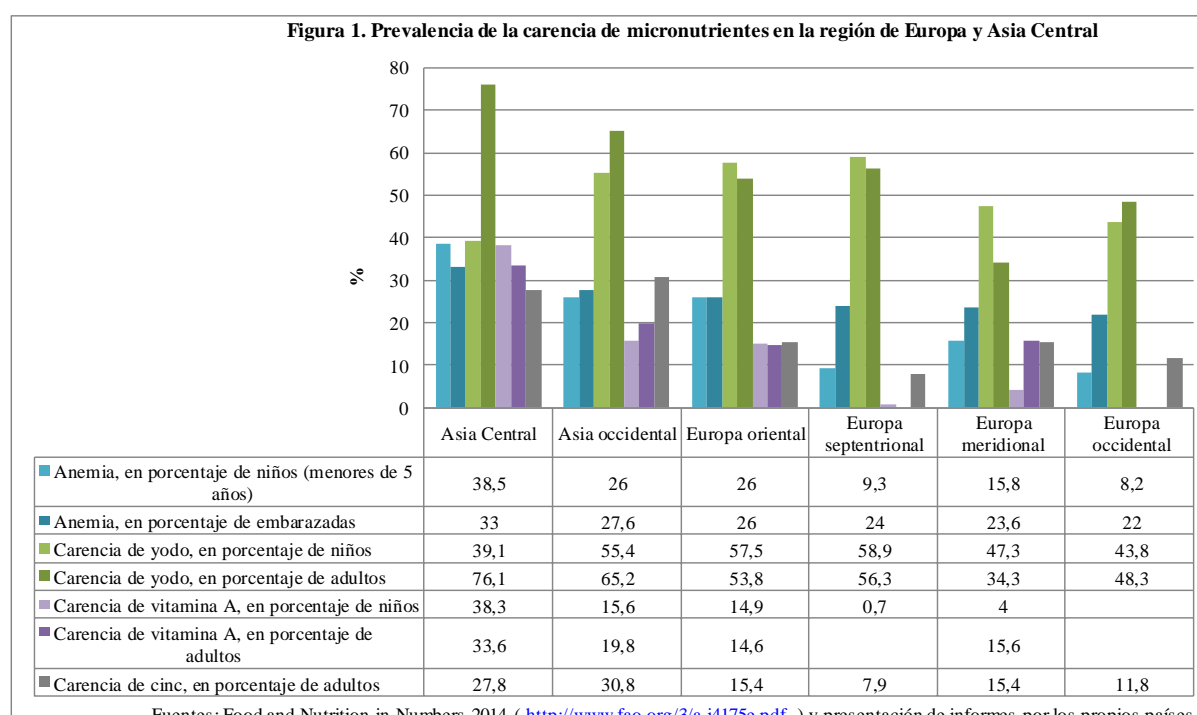
14. La prevalencia de la carencia de yodo es alta en niños, al oscilar entre el 39,1 % en Asia central y el 58,9 % en Europa septentrional, y alcanza mayores cotas en la población adulta de tres

subregiones (Figura 1). En los cuadros 3 y 4 del Anexo 1 se indican los 15 países de Europa y Asia Central donde la carencia de yodo en niños y en la población adulta es mayor. Las distintas políticas sobre enriquecimiento (niveles diferentes, de carácter obligatorio o voluntario) tienen diversos resultados en la lucha contra la carencia de yodo, lo que requiere medidas adicionales.

15. En Asia central, el 38,3 % de las personas tiene graves carencias de vitamina A. En los Balcanes occidentales y Europa oriental se detectaron problemas de salud pública moderados conexos (Figura 1). En los cuadros 5 y 6 del Anexo 1 se indica la carencia de vitamina A nivel nacional.

16. La carencia de cinc estimada en promedio a nivel regional es del 16,5 %, alcanzando la mayor prevalencia¹³ en la población adulta de Asia central y occidental (Figura 1). En el Cuadro 7 del Anexo 1 se indican las carencias a nivel nacional.

17. En las encuestas nacionales sobre el estado de nutrición realizadas en la mayoría de los países de Europa y Asia Central se miden principalmente indicadores antropométricos y la ingesta dietética, y solo en menor medida indicadores del estado de nutrición respecto a un micronutriente determinado (únicamente entre el 2 % y el 9 % de las encuestas abarcan el estado respecto del ácido fólico, las vitaminas A y D y el yodo)¹⁴. Este hecho impide la elaboración de políticas y programas de alimentación y nutrición basados en hechos comprobados para afrontar la malnutrición. Más aún, los países formulan recomendaciones para la ingestión de micronutrientes utilizando distintas estratificaciones de las franjas etarias, enfoques aplicados al muestreo y la recolección de datos y valores de corte o puntos de referencia correspondientes a una ingestión de nutrientes suficiente¹⁵. La falta de metodologías armonizadas dificulta la comparación del estado nutricional entre los países.



18. En general, las estrategias y políticas en materia de seguridad alimentaria se centran en los principales alimentos básicos. La concentración sesgada de la producción agrícola en un número limitado de cultivos básicos da lugar a dietas monótonas y a la propagación de la carencia de micronutrientes¹⁶.

19. Un sistema de producción agrícola limitado también se traduce en una pérdida de biodiversidad, fundamental para una dieta saludable, nutritiva y variada. El Marco de acción de la CIN2 recomienda la diversificación de cultivos y productos de origen animal como una de las medidas encaminadas a lograr sistemas alimentarios sostenibles y una dieta saludable (Recomendación 10).

2.1.1. Opciones de políticas para combatir la carencia de micronutrientes

20. Las estrategias alimentarias que promueven la producción y el consumo de alimentos variados, inocuos y nutritivos de origen vegetal y animal, como las frutas, las hortalizas, las legumbres, los frutos secos, las semillas, los animales de cría, las aves de corral, el pescado, los productos forestales no maderables, etc., constituyen soluciones sostenibles a largo plazo a la carencias de micronutrientes¹⁷.

21. Para que una política aborde eficazmente la carencia de micronutrientes, debería incluir el desarrollo de cadenas de valor para una nutrición óptima y equilibrada, la diversificación de la producción agrícola y la reducción de la deficiencia de micronutrientes.

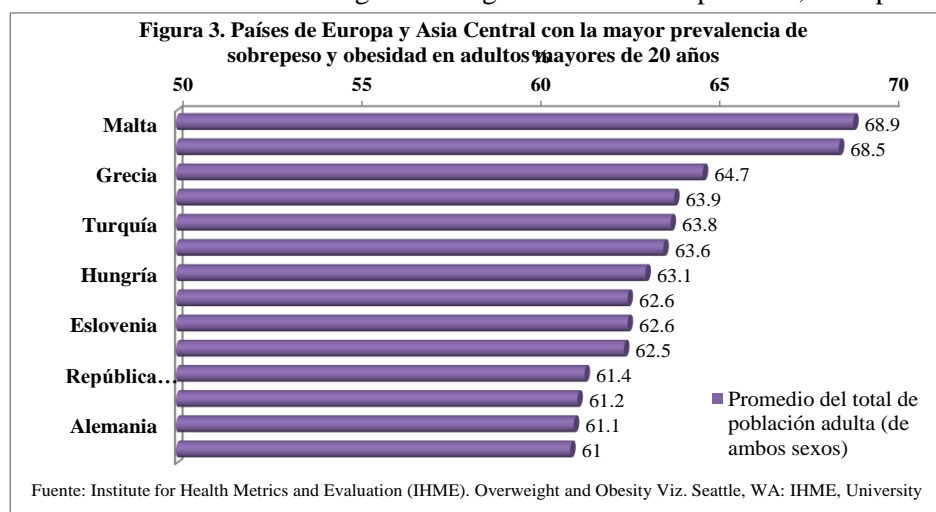
22. Se alienta a los gobiernos a emplear las “Directrices voluntarias sobre la incorporación general de la biodiversidad en las políticas, los programas y los planes de acción nacionales y regionales sobre nutrición” (véanse ejemplos en el Apéndice C del informe de la Comisión de Recursos Genéticos para la Alimentación y la Agricultura (CRGAA) de 2015).

23. Es imperativo reforzar los sistemas de información sobre micronutrientes. En consecuencia, es necesario armonizar los indicadores y las metodologías y aumentar la capacidad para controlar el estado de los micronutrientes a fin de evitar una ingesta insuficiente o excesiva en cualquiera de los grupos de población. También son necesarias una mejor selección de las personas nutricionalmente vulnerables y una asignación suficiente de recursos.

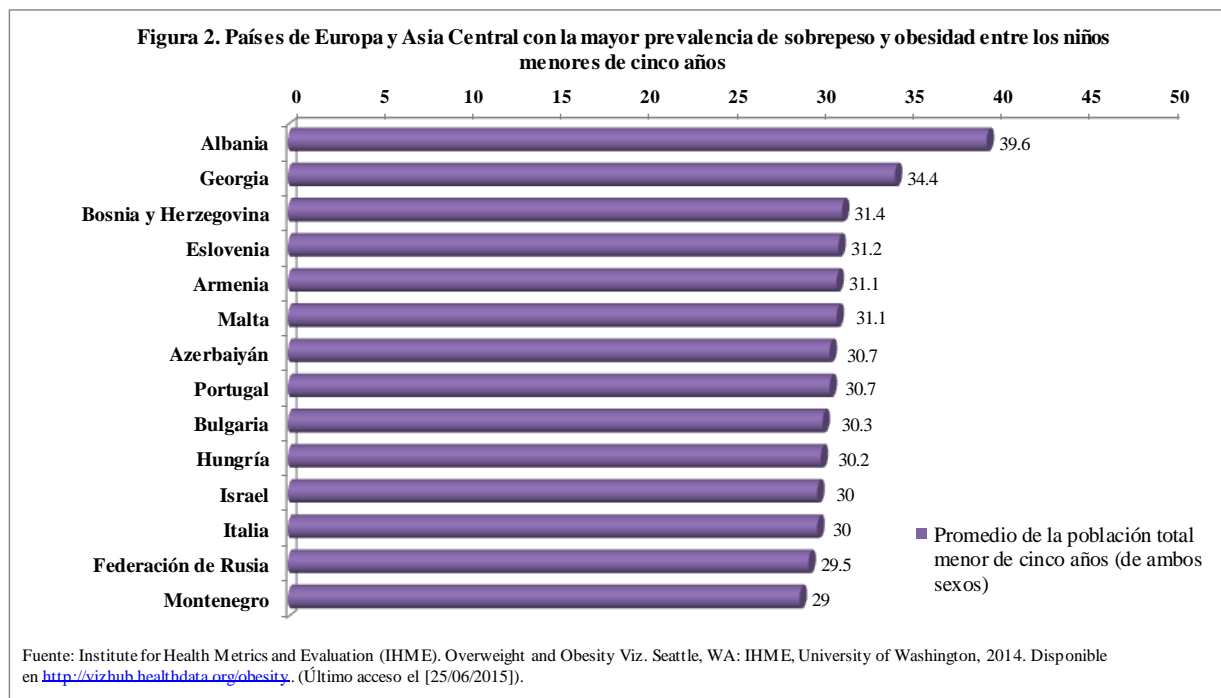
24. Son imprescindibles información y educación públicas sobre nutrición en materia de salud, las consecuencias sociales y económicas de la carencia y el exceso de micronutrientes (especialmente por complementos vitamínicos), así como la elaboración o la mejora de los cuadros de composición de alimentos, para la actualización de las directrices dietéticas basadas en alimentos, fundamentales para favorecer y orientar el consumo sostenible de alimentos ricos en micronutrientes.

2.2. El sobrepeso y la obesidad en la región de Europa y Asia Central

25. El porcentaje de población de la región de Europa y Asia Central con sobrepeso u obesidad es alto y no cesa de aumentar. La prevalencia de la obesidad se ha triplicado con creces en muchos países europeos desde la década de 1980, en todos los grupos de edad. También está aumentando rápidamente en los países de ingresos bajos y medianos. La prevalencia regional media¹⁸ del sobrepeso y la obesidad combinados en los jóvenes menores de 20 años es del 21,6 %. En los niños menores de cinco años, la prevalencia de sobrepeso y obesidad juntos es incluso más alta¹⁹, llegando a ser superior al 30 % en muchos países (Figura 2). En un estudio reciente se determinó una mayor prevalencia de la obesidad en los niños menores de 10 años de familias con un nivel de educación e ingresos más bajo²⁰. En el Cuadro 8 del Anexo 1 figura el desglose de los datos por sexo, sobrepeso y obesidad.



26. La prevalencia¹⁸ del sobrepeso y la obesidad juntos ($IMC > 25$) en la población adulta de ambos sexos es superior al 55 % en 48 de los 53 países de Europa y Asia Central, y en muchos países llega incluso a un nivel más alto (Figura 3).



27. La prevalencia de la obesidad ($IMC > 30$) en la población adulta ha alcanzado el 23,3 % en Europa septentrional, el 23 % en Asia occidental y el 20,9 % en Europa occidental. En el Cuadro 9 del Anexo 1 figuran datos específicos de cada país.

28. Los niveles sustanciales de carencia de micronutrientes, sobrepeso y obesidad en la región de Europa y Asia Central y la variabilidad considerable entre países, grupos de edad y sexo indican la necesidad de aplicar un enfoque específico de cada país para combatir la malnutrición, teniendo en cuenta las opciones de políticas más idóneas, como las recomendadas por la CIN2 y basadas en las experiencias de los países.

2.2.1. Opciones de políticas para combatir el sobrepeso y la obesidad

29. Para reducir eficazmente el sobrepeso y la obesidad debería tenerse en cuenta el enfoque de la responsabilidad conjunta de las personas, los gobiernos nacionales y el sector privado en la creación de entornos alimentarios propicios que sean objeto de un seguimiento y una regulación apropiados. Las políticas actuales están fragmentadas y carecen de la firmeza suficiente para resolver los problemas de sobrepeso y obesidad y las consiguientes enfermedades no transmisibles. Ello demuestra la necesidad de sistemas alimentarios y enfoques transectoriales y de colaboración en y entre los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil.

30. Las opciones de políticas adicionales que hace falta examinar son las siguientes:

- el fomento del reconocimiento del derecho a una alimentación adecuada mediante disposiciones constitucionales y legislativas a nivel nacional, como el apoyo a la lactancia materna (Marco de acción, recomendaciones 29 a 33);
- el aumento de la disponibilidad y la asequibilidad de los alimentos ricos en elementos nutritivos para todos;
- el suministro de etiquetado de los alimentos, educación nutricional e información a los consumidores para mejorar la selección de alimentos sanos;
- el fomento de cambios en los sistemas alimentarios, el entorno alimentario y el comportamiento nutricional²¹ a fin de reducir la obesidad y las enfermedades no transmisibles.

2.3. Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles

31. En el presente documento se utiliza el “año de vida ajustado en función de la discapacidad” (AVADⁱⁱ) para expresar la carga social y económica de la malnutrición. Los hábitos dietéticos malsanos son actualmente el principal factor impulsor de las enfermedades no transmisibles evitables en los países de Europa y Asia Central, al representar más del 30 % de las enfermedades y las incapacidades²². Ello supone tres veces más que el promedio mundial (Figura 4). La hipertensión es el segundo factor de riesgo, seguido de un índice de masa corporal (IMC) elevado, ambos relacionados con la nutrición. El AVAD debido a factores de riesgo alimenticios alcanza su nivel más alto en Europa oriental (cerca de 30 000 años perdidos por cada 100 000 habitantes) y el más bajo en Europa occidental (ligeramente superior a 10 000).

32. Entre los riesgos alimentarios figuran la elevada ingesta de sodio, ácidos grasos trans industriales y grasas saturadas y azúcar y la falta o insuficiencia de alimentos ricos en elementos nutritivos en la dieta. La carga regional anual estimada atribuible a una combinación de factores de riesgo alimentario, la carencia de micronutrientes, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad en Europa y Asia Central se estimó en casi 1 millón de AVAD en 2010.

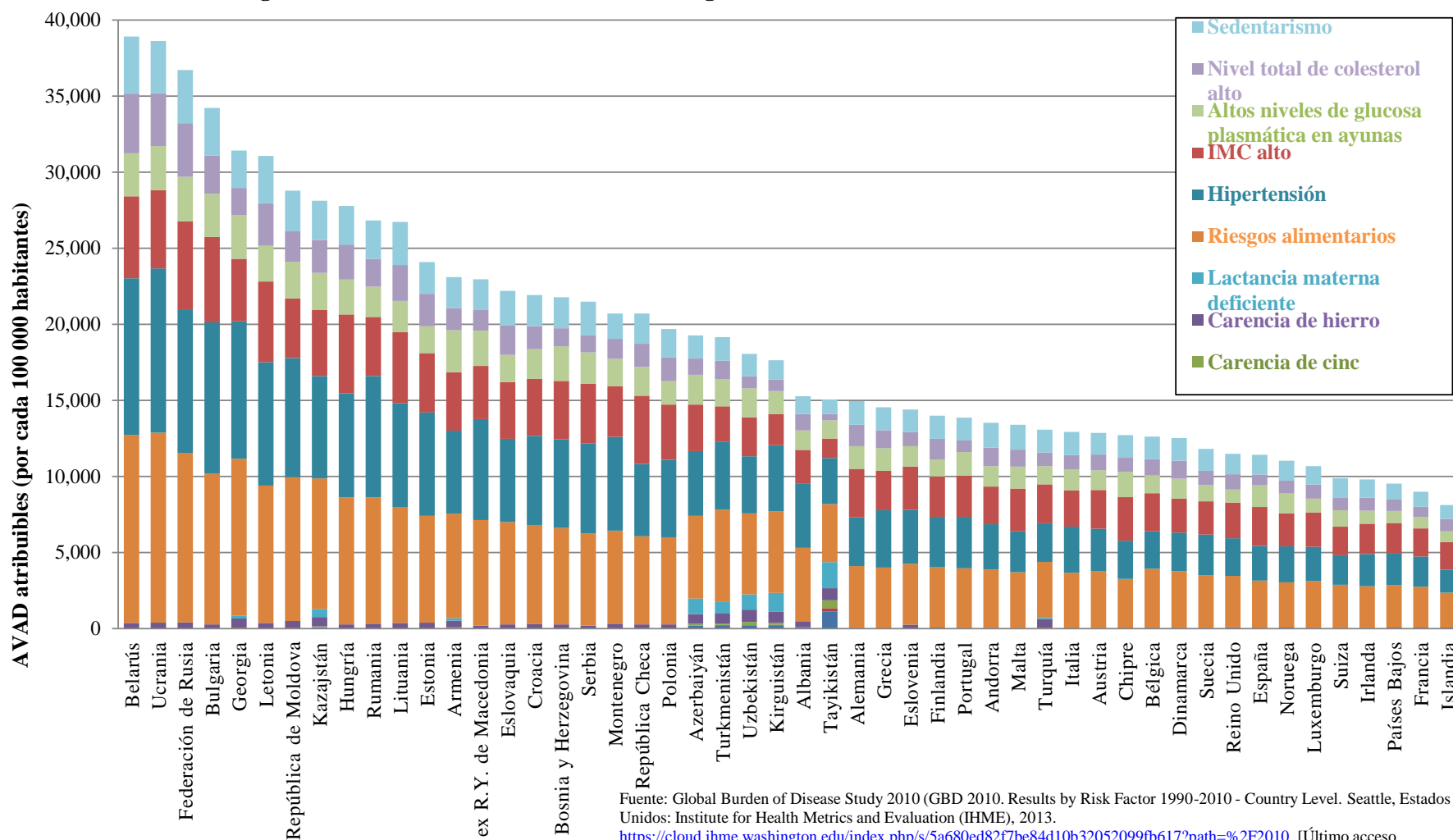
33. En 2013, el gasto sanitario (en porcentaje del PIB y USD *per capita*) en la región oscilaba entre el 6,8 % en los países de ingresos bajos y el 9,4 % en los de ingresos elevados (Cuadro 1). El gasto sanitario está correlacionado con la esperanza de vida, que podría ser un indicador del gasto gubernamental en nutrición. Los niveles más bajos de gasto sanitario y esperanza de vida, por debajo del promedio mundial, se observan en Asia central.

34. La población de Europa y Asia Central está envejeciendo. Si bien el nivel de subalimentación en la UE es inferior al 5 % entre la población general, en la población mayor de 65 años alcanza hasta el 10 % y en las personas con edades comprendidas entre los 75 y los 80 años que residen en sus casas llega a suponer hasta el 20 %⁶. Las personas mayores, a menudo con movilidad y capacidad de cocinar reducidas como consecuencia de la edad, dependen en mayor medida de alimentos de fácil preparación. Están más expuestas a las enfermedades no transmisibles crónicas y degenerativas, lo que les convierte en un grupo nutricionalmente vulnerable que necesita normas nutricionales y cuidados especiales para una nutrición suficiente y equilibrada. El sector de la salud debería estar relacionado con la agricultura en aras de un suministro de alimentos nutritivos, variados e inocuos, una planificación adecuada de las comidas y su distribución a las personas mayores.

35. La prevalencia de enfermedades no transmisibles como consecuencia de dietas deficientes pone de manifiesto la necesidad urgente de dar prioridad a la mejora de la calidad de la alimentación para reducir la malnutrición y prevenir enfermedades no transmisibles. Las estrategias y medidas preventivas deberían aplicarse desde el período previo a la concepción (ventana de oportunidad de 1 000 días), la primera infancia y el resto de la vida.

ⁱⁱ El AVAD es un enfoque científico sistemático para cuantificar la magnitud relativa de la pérdida de salud como consecuencia de enfermedades, lesiones y factores de riesgo. Representa la suma de años perdidos por muerte prematura, años vividos con discapacidad o el total de años de vida sana perdidos. El AVAD se suele expresar como el número de años perdidos por cada 100 000 habitantes.

Figura 4: AVAD atribuibles a factores de riesgo relacionados con enfermedades no transmisibles



Fuente: Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010. Results by Risk Factor 1990-2010 - Country Level. Seattle, Estados Unidos: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2013.
<https://cloud.ihme.washington.edu/index.php/s/5a680ed82f7be84d10b32052099fb617?path=%2F2010> [Último acceso el 10/06/2015]).

Cuadro 1: Gasto sanitario y esperanza de vida, por subregiones de Europa y Asia Centralⁱⁱⁱ (2013)

Región/Grupo de ingresos	Gasto sanitario total (como porcentaje del PIB) 2013	Gasto sanitario <i>per capita</i> , a paridad de poder adquisitivo (1 000 dólares internacionales de 2011 constantes) 2013	Esperanza de vida total al nacimiento (en años) 2013
Mundial	6,8	1 247,4	70,8
Región de Europa y Asia Central	7,7	2 283,4	75,6
Asia central	5,2	404,1	68,3
Asia occidental	6,6	1 265,2	76,1
Europa oriental	7,5	1 204	73,9
Europa meridional	8,3	2 066,8	78,6
Europa septentrional	8,4	3 387,2	75,2
Europa occidental	10,1	5 373	81,4
Ingresos bajos	6,8	169,6	67,4
Ingresos medios-bajos	7,7	473,3	71,2
Ingresos medios-altos	6,4	967	73,6
Ingresos altos: fuera de la OCDE	6,7	2 799,3	76,1
Ingresos altos: dentro de la OCDE	9,4	3 727,3	80,6
Fuente: Base de datos del Banco Mundial (http://datos.bancomundial.org/indicador).			

2.3.1. Opciones de políticas para reducir y prevenir las enfermedades no transmisibles

36. En la región de Europa y Asia Central se han aplicado diversas opciones de políticas para combatir la obesidad y las enfermedades no transmisibles. Dichas políticas han dado como resultado lecciones y prácticas útiles y transferibles. Entre los ejemplos de iniciativas regionales y nacionales cabe citar:

- el etiquetado nutricional obligatorio de la UE y el régimen de fomento de la fruta en las escuelas;
- la formulación de planes de acción de alimentación y nutrición a nivel nacional en la mayoría de los países de Europa y Asia Central;
- el fomento de la lactancia materna exclusiva, la yodación de la sal y el enriquecimiento de la harina;
- normas alimentarias exhaustivas en las escuelas y metas de reducción de la sal de carácter voluntario en el Reino Unido;

ⁱⁱⁱ La composición de las subregiones se basa en las clasificaciones de los países de las Naciones Unidas (M49).

- la legislación sobre nutrición en las escuelas de Eslovenia;
- los programas de fomento de la fruta y las hortalizas en las escuelas de los Países Bajos y Noruega;
- el sistema común de etiquetado de los alimentos (símbolo del ojo de cerradura en los alimentos) de cinco países nórdicos para ayudar a los ciudadanos a optar por alternativas más sanas;
- la tasa, para proteger la salud pública, sobre los alimentos que contienen sal, azúcar y cafeína así como un programa para fomentar el consumo de agua en las escuelas de Hungría;
- un programa integral de nutrición y salud en Francia;
- la legislación para regular las grasas trans en Austria y Dinamarca;
- las iniciativas emprendidas por muchos países para combatir la presión que ejerce la comercialización de alimentos y bebidas con alto contenido de sal, un elevado valor energético y bajos en micronutrientes, dirigida a los niños;
- la campaña de los 1 000 días de Irlanda.

37. En la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible (Río+20) se hizo hincapié en que la lucha contra las enfermedades no transmisibles es prioritaria para el desarrollo social y la inversión en las personas. La posibilidad de fijar metas para reducir estas enfermedades debería considerarse en todos los sectores, especialmente la alimentación y la agricultura, que pueden contribuir eficazmente a transformar las dietas, aumentando la disponibilidad de alimentos nutritivos más asequibles, aceptables y de mejor calidad.

38. Deberían adaptarse las normas, las medidas reglamentarias y el control para favorecer dietas saludables y velar por que las prácticas de producción y comercialización no perjudiquen la salud de los consumidores.

39. Los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil deberían trabajar conjuntamente en el diseño y la puesta en marcha de campañas de nutrición y salud pública encaminadas a prevenir enfermedades no transmisibles.

2.4. Calidad de la alimentación y situación socioeconómica

40. La pobreza causa malnutrición y enfermedades no transmisibles, y la malnutrición provoca a su vez un aumento de la pobreza, especialmente entre los grupos de población de bajos ingresos. El acceso de los grupos desfavorecidos a los alimentos viene principalmente determinado por los ingresos, el precio de los alimentos y el acceso a ayuda social. Deberían movilizarse diversos instrumentos de protección social para garantizar la integración de objetivos que tengan en cuenta la nutrición^{iv}.

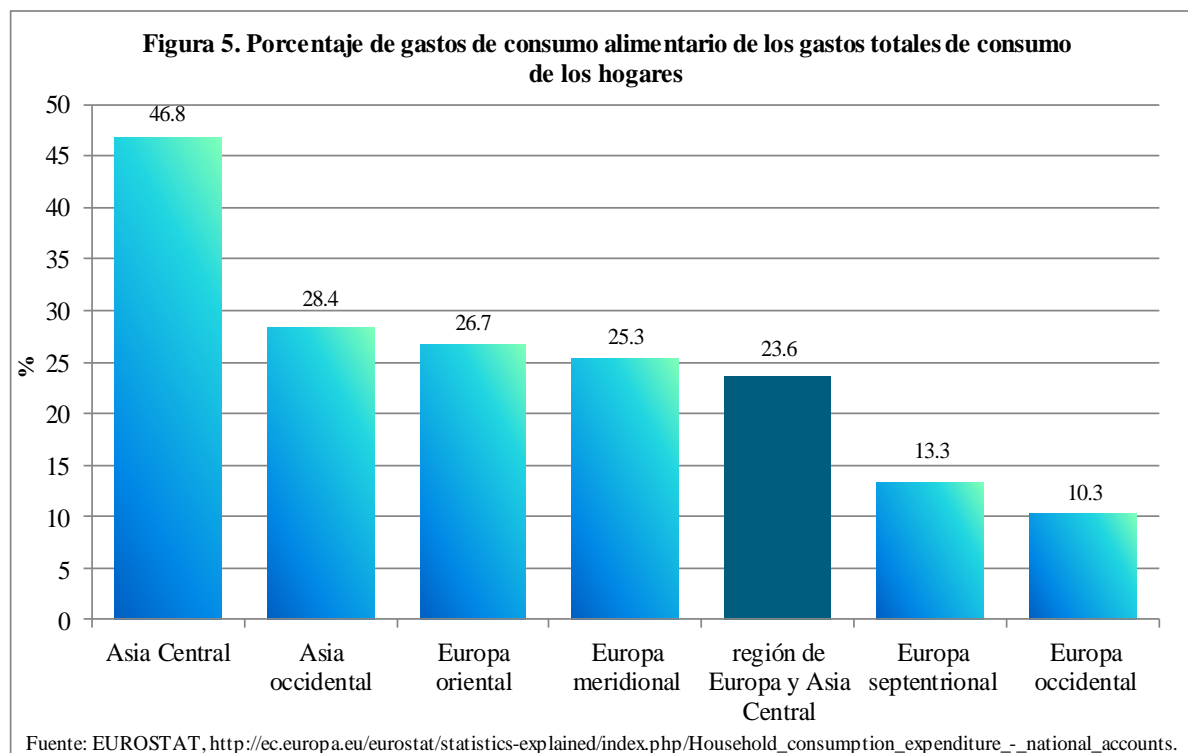
41. Los indicadores de la situación socioeconómica (educación, ocupación e ingresos) están correlacionados con la calidad de la dieta y la ingestión de micronutrientes²³. Aunque la inseguridad alimentaria en Europa no llega a ser un problema, siguen estando en riesgo los grupos vulnerables y las personas pobres que la padecen. En 2010 estaban en riesgo de pobreza unos 116 millones de personas en la UE y en 2013, más de 120 millones²⁴, con acceso limitado a alimentos en cantidad y de calidad suficientes.

42. Existe una estrecha relación entre la situación socioeconómica y la calidad de la dieta. La situación socioeconómica es un factor determinante del poder adquisitivo, los hábitos de consumo y las elecciones. Los datos comprobados sobre la calidad de la alimentación en los países de Europa y Asia Central indican que los alimentos ricos en elementos nutritivos, como la fruta y las hortalizas, los productos de grano entero y de origen animal bajos en grasas, los frutos secos y el pescado están, a menudo, infrarrepresentados en las dietas de las familias de bajos ingresos, y fuera de su alcance. Los grupos de bajos ingresos están más expuestos a dietas de baja calidad, que pueden contener plan

^{iv} Nutrition and Social Protection. FAO, Roma (2015).

blanco, alimentos amiláceos o carne procesada con alto contenido en sodio y que ponen a estos grupos de población en riesgo de malnutrición por carencia de micronutrientes²⁵ y obesidad.

43. Debido a la diversa situación socioeconómica de la población, la proporción del presupuesto de los hogares en los países de Europa y Asia Central destinada a la alimentación varía entre el 7 % y el 66 %. El mayor gasto en alimentos puede repercutir negativamente en la cantidad que las personas pueden destinar a otras necesidades esenciales, como la educación y la salud, lo que aumenta su vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria y nutricional (Figura 5).



2.4.1. Opciones de políticas para la mejora de la nutrición de las personas desfavorecidas

44. El aumento de la disponibilidad y la asequibilidad de los alimentos nutritivos e inocuos para las personas pobres, tanto en zonas rurales como urbanas, es fundamental para erradicar la malnutrición en todas sus formas. Ha de examinarse detenidamente el contexto de los entornos alimentarios saludables. Por tanto, algunas opciones de políticas incluirán las cuatro áreas generales que se indican a continuación:

- El precio de los alimentos y otros instrumentos orientados al mercado son campos de políticas que pueden tener efectos significativos en las dietas y las oportunidades conexas de regular la disponibilidad y la asequibilidad de los alimentos. Son necesarias la colaboración intersectorial conjunta y la asociación para aplicar la combinación adecuada de políticas a fin de proteger a las personas vulnerables frente a la inseguridad alimentaria, relacionadas con la agricultura, el comercio, la salud, la protección social y las finanzas.
- Deberían promoverse los mercados locales de agricultores en zonas con servicios insuficientes junto con el desarrollo de carreteras, infraestructuras de transporte adecuadas y una cadena de frío para poner en contacto a los pequeños agricultores y agricultores familiares con los consumidores²⁶. Los mercados locales pueden tener programas institucionales, tales como de alimentación escolar y nutrición y de contrataciones públicas de otra índole.
- Fomentar la agricultura urbana y periurbana. Las autoridades locales pueden fomentar la agricultura a pequeña escala dando libre acceso a la tierra y creando capacidad para el cultivo de la misma, al tiempo que se optimiza la ordenación territorial con fines agrícolas. Una

completa iniciativa que debe examinarse es el Pacto sobre política alimentaria urbana de Milán^v. Las cooperativas agrícolas podrían ser un asociado esencial en este proceso²⁷.

- La incorporación de elementos que tengan en cuenta la nutrición en el diseño de sistemas de protección social a más largo plazo y más resilientes puede contribuir a una mejora de la nutrición de las personas y los hogares vulnerables²⁸.

III. El fomento de sistemas alimentarios que tengan en cuenta la nutrición: una forma innovadora de combatir la malnutrición

45. Las iniciativas de reforma para que los sistemas alimentarios sean más sostenibles y tengan más en cuenta la nutrición deberían estar orientadas hacia hábitos de producción y consumo sostenibles. Debería plantearse el desarrollo de cadenas de valor que tengan en cuenta la nutrición en el ámbito normativo. Ello incluiría la vinculación de los pequeños agricultores y agricultores familiares a las cadenas de suministro de alimentos, el fomento de la investigación y extensión agrícolas, la sensibilización pública sobre el costo ambiental de los diversos hábitos dietéticos en aras de una demanda de alimentos con conocimiento de causa y la adquisición de comportamientos y mucho más.

46. Se alienta a los gobiernos a que utilicen las *Directrices sobre el derecho a la alimentación* y los *Principios para la inversión responsable en la agricultura y los sistemas alimentarios* como instrumentos para mejorar la nutrición de forma sostenible.

47. Puede utilizarse un cuadro conceptual²⁹ centrado en cuatro ámbitos principales de los sistemas alimentarios que influyen en el entorno alimentario y la calidad de la alimentación (Figura 6), para contribuir a planificar los puntos de partida de las opciones de políticas, los análisis y las medidas. Deberían evaluarse de forma global las opciones y medidas normativas encaminadas a que los sistemas alimentarios tengan más en cuenta la nutrición, aplicables a los cuatro ámbitos de los sistemas alimentarios indicados. Este enfoque posibilita una calidad óptima de la dieta, de manera que sea variada, suficiente e inocua.

^v [Pacto sobre política alimentaria urbana de Milán.](#)

Figura 6: Opciones de políticas para mejorar la calidad de la dieta y fomentar sistemas alimentarios que tengan en cuenta la nutrición



Fuente: www.glopan.org/sites/default/files/Global%20Panel%20Summary%20Brief%20web.pdf.

3.1. Aspectos normativos generales

48. La Declaración de Roma sobre la Nutrición y el Marco de acción de la CIN2 son la expresión de un consenso mundial sobre una serie de políticas generales, entre las que se incluyen:

- **El fortalecimiento de la gobernanza de la nutrición, al tiempo que se mejoran la uniformidad, la coordinación y la coherencia de las políticas así como la colaboración multidisciplinaria, intersectorial y entre múltiples partes interesadas** (Recomendación 3 del Marco de acción). El reto de mejorar la nutrición surge de la fragmentación de los programas nutricionales en todos los sectores con una rendición de cuentas escasa o incoherente. A tal fin, son necesarios mandatos, funciones y responsabilidades sectoriales claramente definidos.
- **La capacidad estratégica y operativa en materia de nutrición, el compromiso político y la colaboración del sector de la alimentación y la agricultura** deberían abordarse con carácter prioritario en muchos países de Europa y Asia Central.
- La mejora de la nutrición cada vez exige más que la **innovación agrícola** afronte los desafíos relacionados con el crecimiento demográfico y la urbanización, el cambio climático y la contracción de la base de recursos naturales. Se invita a los gobiernos a desempeñar una función más activa a la hora de brindar oportunidades a las asociaciones público-privadas para

una rápida traducción de la investigación en hechos, productos comercializables y entrega mediante una mejora de las capacidades³⁰.

- **Unas consignaciones presupuestarias responsables y suficientes^{vi}**, acordes con la magnitud del problema, son fundamentales para combatir la malnutrición.
- **Vigilancia del estado nutricional y de la ejecución de las políticas.** Son necesarios sistemas sólidos para medir los progresos realizados hacia la consecución de los objetivos de nutrición a nivel local, nacional y regional, con el fin de basarse en datos comprobados y de vigilancia sobre la carencia de micronutrientes, el sobrepeso, la obesidad, las enfermedades no transmisibles y la cartografía de la malnutrición al objeto de contribuir a una mejor orientación de las intervenciones y las inversiones. El seguimiento y la evaluación de los programas sobre nutrición en general también deberían incluir la eficacia en la ejecución de las políticas.

IV. Recomendaciones para los gobiernos sobre las esferas prioritarias de trabajo

49. La CEA, en su 39.^a reunión, tal vez desee recomendar las siguientes políticas y medidas:

1) Fortalecer la gobernanza de la nutrición y la rendición de cuentas, al tiempo que se fomentan la coordinación, la colaboración, la creación de redes y las asociaciones intersectoriales:

- Crear o fortalecer los mecanismos nacionales existentes de colaboración intersectorial para la mejora de la seguridad alimentaria y nutricional.
- Colaborar en actividades multisectoriales y asociaciones eficaces con el sector privado y la sociedad civil.
- Mejorar la alfabetización alimentaria y nutricional del personal del sector agroalimentario, especialmente en lo que respecta a los servicios de extensión sobre los sistemas alimentarios y nutricionales.
- Examinar las prioridades de investigación y promover la innovación en aras de una agricultura que tenga en cuenta la nutrición y sea inteligente en función del clima, así como cadenas de valor para la nutrición y la elaboración de alimentos.
- Racionalizar los objetivos de nutrición establecidos en las estrategias de seguridad alimentaria, agricultura y desarrollo rural.
- Colaborar con los sectores competentes (salud, protección social, educación, medio ambiente y comercio) en el proceso del Marco de programación por países (MPP) de la FAO, para garantizar la coherencia en la política y las medidas en materia de nutrición.
- Examinar las consignaciones presupuestarias para nutrición y atraer inversiones para combatir debidamente la malnutrición en todas sus formas.

2) Promover dietas variadas, de calidad e inocuas y hábitos nutricionales saludables, teniendo en cuenta las tradiciones locales, la diversidad biológica para la nutrición y el impacto ambiental:

- Aumentar las capacidades en materia de inocuidad de los alimentos, mejorar las buenas prácticas a lo largo de la cadena alimentaria y vigilar toda la composición de la dieta y las enfermedades no transmisibles.
- Elaborar bases de datos sobre la composición de los alimentos locales y directrices dietéticas relativas a la nutrición inteligente en función del clima y el consumo sostenible de alimentos.
- Promover y aplicar normas nutricionales basadas en principios científicos y el consumo sostenible en los servicios de restauración que se presten a instituciones públicas.
- Prestar apoyo a los programas de alimentación escolar y nutrición, especialmente mediante la cooperación Sur-Sur y triangular.

^{vi} El porcentaje del presupuesto nacional asignado a la nutrición se propone como indicador nutricional del segundo Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS2).

3) Apoyar la agricultura a pequeña escala y familiar^{vii} para el aumento de la diversidad de la alimentación y la resiliencia:

- Apoyar la producción y los usos nutricionales de alimentos locales ricos en micronutrientes, al tiempo que se prosigue elaborando la base de datos Hortivar de la FAO^{viii}.
- Favorecer el desarrollo de la capacidad para la producción y la protección de sistemas de alto valor de alimentos tradicionales, con indicación geográfica o de otra índole.
- Aumentar la capacidad de los agricultores en pequeña escala para cumplir con las normas, requisitos y regulaciones relativos a la inocuidad de los alimentos.

4) Medir los avances hacia la consecución de los objetivos de nutrición y el cumplimiento de los compromisos de la CIN2 a nivel local, nacional y regional:

- Adoptar los indicadores y metas nutricionales de la Asamblea Mundial de la Salud (WHA) y los ODS y crear sistemas sólidos de seguimiento y evaluación basados en indicadores armonizados para medir los avances hacia la consecución de los objetivos de nutrición y el cumplimiento de los compromisos de la CIN2.
- Reforzar la capacidad de generación de datos, análisis y uso de información en relación con todos los tipos de malnutrición y enfermedades no transmisibles.
- Desarrollar sistemas integrados de vigilancia de los alimentos, la nutrición y la salud para responder de forma oportuna a una situación particular de riesgo de malnutrición.

V. La función de la FAO

50. En consonancia con su mandato y ventaja comparativa técnica, y en estrecha colaboración, sinergia y complementariedad con otros asociados en el desarrollo, la FAO está comprometida a ayudar a los gobiernos a conseguir sus objetivos mediante:

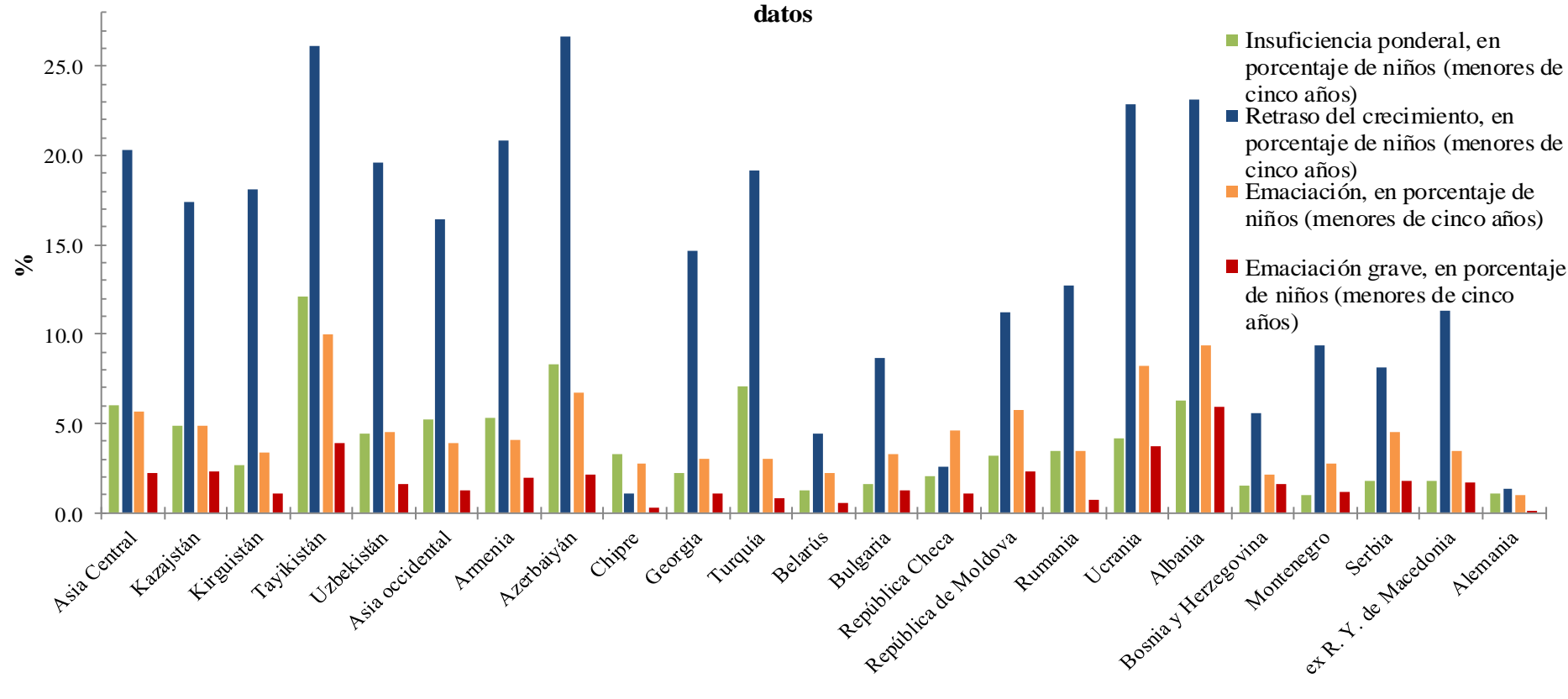
- La ejecución de estrategias alimentarias y el aprovechamiento de todo el potencial que poseen los sistemas alimentarios y agrícolas para mejorar las dietas y aumentar los niveles de nutrición, según se indica en la Estrategia y visión de la labor de la FAO en materia de nutrición (noviembre de 2012)³¹.
- Su actuación como asociado fundamental en la reducción de la carga de las enfermedades no transmisibles, con la función única de crear enfoques alimentarios y agrícolas que complementen otras medidas desde una perspectiva sanitaria, de cuidados, educación, asistencia alimentaria y de género.
- La prestación de ayuda a los Estados Miembros para mejorar la nutrición por medio de: i) bienes públicos a nivel mundial, regional y nacional, como datos y análisis sobre inseguridad alimentaria y nutricional, agricultura, actividad forestal y pesca^{1, 32, 33}, que aporten información sobre normas y mejores prácticas mundiales y regionales; ii) un foro neutral para el debate; iii) asistencia técnica y normativa para desarrollar las capacidades de los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil a fin de paliar las deficiencias estratégicas, técnicas y relacionadas con la nutrición; iv) experiencia sobre el terreno para demostrar soluciones técnicas eficaces a los problemas y promover el interés a nivel normativo y programático.

^{vii} Iniciativa regional 1 sobre la Capacitación de los agricultores en pequeña escala y las granjas familiares para mejorar los medios de vida rurales y reducir la pobreza.

^{viii} Base de datos y plataforma de intercambio de conocimiento tecnológico de la FAO sobre cultivos hortícolas (www.fao.org/hortivar).

Situación nutricional actual en la región de Europa y Asia Central

Figura A: Prevalencia de la insuficiencia ponderal, el retraso del crecimiento, la emaciación y la emaciación grave entre los niños menores de cinco años de países de la región de Europa y Asia Central que disponen de datos



Nota: Insuficiencia ponderal: porcentaje de niños menores de cinco años cuyo peso para su edad sea inferior en más de dos puntos porcentuales a la media de las edades de la población madre internacional comprendidas entre 0 y 59 meses; Retraso del crecimiento: porcentaje de niños menores de cinco años cuya altura para su edad sea inferior en más de dos puntos porcentuales a la media de las edades de la población madre internacional comprendidas entre 0 y 59 meses; Emaciación: proporción de niños menores de cinco años cuyo peso para su altura sea inferior en más de dos puntos porcentuales a la media de las edades de la población madre internacional comprendidas entre 0 y 59 meses. Los datos se basan en las normas de crecimiento infantil de la OMS publicadas en 2006; Food and Nutrition in Numbers 2014: <http://www.fao.org/3/a-i4175e.pdf>; Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI), 2014, “2014 Global Nutrition Report Dataset”: <https://dataverse.harvard.edu/dataset.xhtml?persistentId=doi:10.7910/DVN/27857>.

Anemia en la población de los países de Europa y Asia Central

Cuadro 1: Países de la región de Europa y Asia Central con mayor prevalencia de anemia en niños menores de cinco años

País	Prevalencia de anemia, en porcentaje (datos disponibles más recientes)	Gravedad del problema de salud pública
Uzbekistán	49,4	Grave
Kirguistán	42,6	Grave
Azerbaiyán	35,2	Moderada
Tayikistán	34,5	Moderada
Turkmenistán	33,1	Moderada
República de Moldova	31,2	Moderada
Armenia	31	Moderada
Kazajistán	30	Moderada
Turquía	30	Moderada
Montenegro	29,4	Moderada
Bulgaria	27,5	Moderada
Eslovenia	27,3	Moderada
Eslovaquia	27,1	Moderada
Ucrania	27,1	Moderada
Rumania	26,9	Moderada

Nota: * Proporción de niños menores de cinco años con menos de 110 g/l de hemoglobina a nivel del mar; ** La OMS ha definido valores de corte de hemoglobina que indiquen anemia correspondientes a diversos grupos de población. La anemia se considera un problema de salud pública cuando la prevalencia de bajas concentraciones de hemoglobina supera el 5 % de la población. Según su prevalencia, la gravedad del problema de salud pública de la anemia se clasifica como leve (5 %-19,9 %), moderada (20 %-39,9 %) o grave (> 40 %) (*Guidelines on food fortification with Micronutrients*, OMS/FAO 2006).

Cuadro 2: Países de la región de Europa y Asia Central con mayor prevalencia de anemia en embarazadas

País	Prevalencia de anemia, en porcentaje (datos disponibles más recientes)	Gravedad del problema de salud pública
Uzbekistán	38,4	Moderada
Kirguistán	37,8	Moderada
Tayikistán	31,3	Moderada
Chipre	30,9	Moderada
Azerbaiyán	30,7	Moderada
Turkmenistán	30,5	Moderada
República de Moldova	29	Moderada
Turquía	28,1	Moderada
Montenegro	27,9	Moderada
Bulgaria	27,3	Moderada
Kazajistán	27	Moderada
Estonia	26,8	Moderada
Grecia	26,8	Moderada
Serbia	26,8	Moderada
Rumania	26,7	Moderada

Nota: Porcentaje de embarazadas cuyos niveles de hemoglobina sean inferiores a 110 gramos por litro a nivel del mar; Fuentes correspondientes a los cuadros 1 y 2: *Food and Nutrition in Numbers 2014*: <http://www.fao.org/3/a-i4175e.pdf> y autopresentación de informes por los países.

Carencia de yodo en la población de los países de Europa y Asia Central

Cuadro 3: Países de la región de Europa y Asia Central con mayor prevalencia de carencia de yodo en niños menores de cinco años

País	Prevalencia de la carencia de yodo, en porcentaje (últimos datos disponibles)
Albania	91
Belarús	80,9
Georgia	80
Letonia	76,8
Azerbaiyán	74,4
Dinamarca	70,8
Ucrania	70,1
Estonia	67,0
Bélgica	66,9
Hungría	65,2
Polonia	64
Tayikistán	63,9
República de Moldova	62
Lituania	62
Turquía	60,9

Nota: La concentración media de yodo en la orina inferior a 100 µg/L define una población con carencia de yodo; Fuentes: *Food and Nutrition in Numbers 2014*: <http://www.fao.org/3/a-i4175e.pdf> y autopresentación de informes por los países, WHO Global Database on Iodine Deficiency.

Cuadro 4: Países de la región de Europa y Asia Central con mayor prevalencia de carencia de yodo en adultos

País	Prevalencia de la carencia de yodo, en porcentaje (datos disponibles más recientes)	Clasificación de la nutrición de yodo (grado de importancia para la salud pública)
Uzbekistán	97,4	Moderada
Kirguistán	88,1	Moderada
Belarús	80,9	Moderada
Georgia	80	Leve
Letonia	76,8	Leve
Turquía	74,6	Moderada
Azerbaiyán	74,4	Leve
Dinamarca	70,8	Leve
Ucrania	70,1	Leve
Estonia	67	Leve
Bélgica	66,9	Leve
Turkmenistán	65,6	Leve
Hungría	65,2	Leve
Rumania	64,2	Leve
Polonia	64	Leve

Nota: La concentración media de yodo en la orina inferior a 100 µg/L define una población con carencia de yodo; Fuente: *Iodine Status Worldwide*.

Carencia de vitamina A en la población de los países de Europa y Asia Central

Cuadro 5: Países de la región de Europa y Asia Central con mayor prevalencia de carencia de vitamina A en niños

País	Prevalencia de la carencia de vitamina A, en porcentaje (datos disponibles más recientes)	Gravedad del problema de salud pública
Uzbekistán	53,1	Grave
Azerbaiyán	32,1	Grave
Georgia	30,9	Grave
ex República Yugoslava de Macedonia	29,7	Grave
Turkmenistán	28	Grave
Kazajistán	27,1	Grave
Tayikistán	26,8	Grave
Kirguistán	26,3	Grave
República de Moldova	25,6	Grave
Ucrania	23,8	Grave
Albania	18,6	Moderada
Bulgaria	18,3	Moderada
Belarús	17,4	Moderada
Montenegro	17,2	Moderada
Serbia	17,2	Moderada

Nota: Estimaciones de los países de la prevalencia del retinol en suero $< 0,70 \mu\text{mol/l}$ en niños en edad preescolar entre 1995 y 2005. Los valores de corte del retinol en suero o plasma recomendados por la OMS se utilizan para clasificar a los que están en riesgo de padecer carencia de vitamina A (retinol $< 0,70 \mu\text{mol/L}$ ($< 20 \mu\text{g/dl}$); Fuente: *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995–2005*.

Cuadro 6: Países de la región de Europa y Asia Central con mayor prevalencia de carencia de vitamina A en adultos

País	Prevalencia de la carencia de vitamina A, en porcentaje (últimos datos disponibles)
Uzbekistán	53,1
Kirguistán	32,9
Azerbaiyán	32,1
Georgia	30,9
ex República Yugoslava de Macedonia	29,7
Turkmenistán	28
Kazajistán	27,1
República de Moldova	25,6
Ucrania	23,8
Bulgaria	18,3
Belarús	17,4
Montenegro	17,2
Serbia	17,2
Rumania	16,3
Turquía	15,6

Nota: La proporción de la población total con retinol en suero es igual o inferior a $0,70 \mu\text{mol/L}$; Fuentes: *Food and Nutrition in Numbers 2014*: <http://www.fao.org/3/a-i4175e.pdf>; Instituto Internacional de Investigación sobre Políticas Alimentarias (IFPRI), 2014, “2014 Global Nutrition Report Dataset”.

Carencia de cinc en la población adulta de los países de Europa y Asia Central

Cuadro 7: Países de la región de Europa y Asia Central con mayor prevalencia de carencia de cinc en adultos

País	Prevalencia de la carencia de cinc, en porcentaje (datos disponibles más recientes)
Tayikistán	66,8
Armenia	49,4
Azerbaiyán	47,5
Georgia	47,3
Croacia	37
Luxemburgo	31,5
República de Moldova	30,8
Bosnia y Herzegovina	30,4
Uzbekistán	24,4
Turkmenistán	24,2
Turquía	22,2
Bulgaria	18,6
Rumania	18,3
Eslovaquia	16,4
Ucrania	15,8

Nota:

* Se han recomendado tres indicadores de población en riesgo de carencia de cinc: i) el porcentaje de la población con concentraciones de cinc en el plasma (suero) por debajo de un valor de corte apropiado; ii) la prevalencia de ingestas dietéticas de cinc habituales por debajo del requerimiento promedio estimado, y iii) el porcentaje de niños menores de cinco años con una altura para su edad equivalente a Z inferior a -2SD con respecto a las normas de crecimiento infantil de la OMS.

** Proporción de la población en riesgo de ingesta inadecuada de cinc, inferior a la necesidad fisiológica de cinc absorbido de los varones (2,69 mg de cinc diarios) y las mujeres (1,86 mg de cinc diarios) en edad adulta. La prevalencia de carencia de cinc se estimó (Hotz y Brown, 2004) basándose en los datos sobre disponibilidad de las Hojas de Balance de Alimentos de la FAO y el contenido de cinc estimado en cada alimento.

Fuente: Mario Mazzocchi, Sara Capacci, Bhavani Shankar, Bruce Traill, Agri-Food Systems for Better Nutrition in Europe and Central Asia, Oficina Regional de la FAO para Europa y Asia Central, 2014.

Sobrepeso y obesidad en la población de los países de Europa y Asia Central

Cuadro 8: Países de la región de Europa y Asia Central con mayor prevalencia de sobrepeso ($IMC \geq 25$) y obesidad ($IMC \geq 30$) entre los niños menores de cinco años

País	Sobrepeso + obesidad combinados, en porcentaje		Sobrepeso, en porcentaje		Obesidad, en porcentaje	
	sexo masculino	sexo femenino	sexo masculino	sexo femenino	sexo masculino	sexo femenino
Albania	39,6	39,5	16,6	14,8	23	24,7
Georgia	33,9	35,1	17,9	17,4	16	17,7
Bosnia y Herzegovina	30,9	31,9	17,3	17,4	13,6	14,5
Eslovenia	38,8	23,3	29,7	16,8	9,1	6,5
Armenia	33,6	28,1	19,9	17,1	13,7	11
Malta	35,1	26,9	24	17,6	11,1	9,3
Azerbaiyán	32,7	28,4	14,9	14,1	17,8	14,3
Portugal	34,5	26,6	22,8	13,9	11,7	12,7
Bulgaria	32,6	27,8	24,2	19,1	8,4	8,7
Hungría	35,7	24,3	26,1	17,1	9,6	7,2
Israel	34,9	24,8	19,3	12,7	15,6	12,1
Italia	34,2	25,6	24,8	18,5	9,4	7,1
Federación de Rusia	32,2	26,6	15,6	12,1	16,6	14,5
Montenegro	30,9	27	19,6	17,3	11,3	9,7

Nota: El sobrepeso en los niños menores de cinco años se define como la proporción superior a dos puntos porcentuales (+2SD) y la obesidad, como la superior a tres puntos porcentuales (+3SD) de la media establecida en las normas internacionales de peso para la altura de la OMS.

Fuente: Instituto de Mediciones y Evaluación de la Salud (IHME). Overweight and Obesity Viz. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2014. Disponible en <http://vizhub.healthdata.org/obesity/> (fecha de acceso el [25/06/2015]).

*Cuadro 9: Países de la región de Europa y Asia Central con mayor prevalencia de sobrepeso (IMC ≥ 25) y obesidad (IMC ≥ 30) entre los **adultos***

País	Sobrepeso + obesidad combinados, en porcentaje		Sobrepeso, en porcentaje		Obesidad, en porcentaje	
	sexo masculino	sexo femenino	sexo masculino	sexo femenino	sexo masculino	sexo femenino
Malta	75,9	59,6	46,4	29,9	29,5	29,7
Islandia	74,9	62,4	47,5	33	27,4	29,4
Grecia	73,8	55,9	53,9	34,6	19,9	21,3
Lituania	65,4	62,8	46,2	33,5	19,2	29,3
Turquía	62,7	64,9	43,3	31,7	19,4	33,2
Reino Unido	68,4	59,2	42,9	33	25,5	26,2
Hungría	67,3	59,4	44,8	32,6	22,5	26,8
Portugal	66,4	59,2	44,5	33,7	21,9	25,5
Eslovenia	67,8	57,6	46,9	33,3	20,9	24,3
Croacia	68,1	57,4	47,2	35,1	20,9	22,3
República Checa	67,7	55,3	48,9	32,3	18,8	23
Letonia	58,1	63,7	40	34,4	18,1	29,3
Alemania	68	54,5	44,5	29,4	23,5	25,1
Georgia	59,3	62,5	37,9	33,6	21,4	28,9

Fuente: Instituto de Mediciones y Evaluación de la Salud (IHME). Overweight and Obesity Viz. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2014. Disponible en <http://vizhub.healthdata.org/obesity/> (fecha de acceso [25/06/2015]).

Referencias

- 1 FAO, FIDA y PMA (2015). *El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo, 2015*. Cumplimiento de los objetivos internacionales para 2015 en relación con el hambre: balance de los desiguales progresos. Roma, FAO.
- 2 Oficina Regional de la FAO para Europa y Asia Central (2015). *Regional Overview of Food Security in Europe and Central Asia: Focus on healthy and balanced nutrition*.
- 3 FAO/OMS (2014). Declaración de Roma sobre la Nutrición: <http://www.fao.org/3/a-ml542s.pdf>.
- 4 Burlingame, B. A. y Dernini, S. 2012. *Sustainable Diets and Biodiversity: Directions and Solutions for Policy, Research and Action*. FAO. Roma.
- 5 Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas (2014). *Nutrition and the Post-2015 Sustainable Development Goals. A Technical Note*.
- 6 Ljungqvist O, *The European fight against malnutrition, Clinical Nutrition* (2009), doi:10.1016/j.clnu.2009.10.004.
- 7 FAO. (2014). *Agri-Food Systems for Better Nutrition in Europe and Central Asia*.
- 8 Mensink, G. B., Fletcher, R., Gurinovic, M., Huybrechts, I., Lafay, L., Serra-Majem, L., Szponar, L., Tetens, I., Verkaik-Kloosterman, J., Baka, A., Stephen, A. M. 2013. *Mapping low intake of micronutrients across Europe. British Journal of Nutrition*. 2013; 110(4):755-73.
- 9 Novaković, R., Cavelaars, A. E. J. M., Bekkering, G. E., Gurinovic, M., Glibetic M. 2013. *Micronutrient intake and status in Central and Eastern Europe compared with other European countries, results from the EURRECA network*. Public Health Nutr, 2013; 16: 824-840.
- 10 L. Pijls, M. Ashwell, J. Lambert. 2006. EURRECA – a network of excellence to align European micronutrient recommendations. Food Chemistry, 113 (2006), págs. 748–753 (www.eurreca.org).
- 11 FAO y OMS. 2006. *Guidelines on fortification with micronutrients*.
- 12 FAO. 2014. *Food and Nutrition in Numbers*.
- 13 Wessells, K. R., Brown, K. H. 2012. *Estimating the Global Prevalence of Zinc Deficiency: Results Based on Zinc Availability in National Food Supplies and the Prevalence of Stunting*. PLoS ONE 7(11): e50568. doi:10.1371/journal.pone.0050568.
- 14 OMS. 2013. *Global nutrition policy review: what does it take to scale up nutrition action?*
- 15 Kaganov, B., Caroli, M., Mazur, A., Singhal, A., Vania, A. 2015. *Suboptimal Micronutrient Intake among Children in Europe*. Nutrients 2015, 7, 3524-3535.
- 16 Burchi, F., Fanzo, J., Frison, E. 2011. *The role of food and nutrition system approaches in tackling hidden hunger*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2011, 8(2), 358-373; doi:10.3390/ijerph8020358.
- 17 FAO, CAB Int. 2011. *Combating Micronutrient Deficiencies: Food-based Approaches*.
- 18 Ng, 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*. Lancet 2014; 384: 766-81.
- 19 Instituto de Mediciones y Evaluación de la Salud (IHME). *Overweight and Obesity Viz*. Seattle, WA: IHME, University of Washington, 2014. (Fecha de acceso el [25/06/2015]).
- 20 Ahrens, W., Pigeot, I., Pohlabein, H. et al. 2014. *Prevalence of Overweight and obesity in European children below the age of 10*. Int. J. Obesity, 2014. 38, S99-S107.
- 21 Hawkes, C., Smith, T. G., Jewell, J., Wardle, J., Hammond, R. A., Friel, S., Thow, A. M., Kain, J. *Smart food policies for obesity prevention*. Lancet 2015; 385: 2410-21.

-
- 22 Lim et al. 2012. *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. Lancet. 380(9859): 2224–2260.
- 23 Novaković R. Et a. *Socio-economic determinants of micronutrient intake and status in Europe: a systematic review*. Public Health Nutrition. 2014; 17(5):1031-45.
- 24 Eurostat (<http://ec.europa.eu/eurostat>).
- 25 Nikolić, M., Glibetić, M., Gurinović, M., Milešević, J., Khokhar, S., Chillo, S., Abaravicius, J. A., Bordoni, A. y Capozzi, F. 2014. *Identifying Critical Nutrient Intake in Groups at Risk of Poverty in Europe: The CHANCE Project Approach*. Nutrients. 2014 Apr; 6(4): 1374–1393.
- 26 Processor driven integration of small-scale farmers into value chains in Eastern Europe and Central Asia: A synthesis paper
(http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/Europe/documents/Publications/PDI/EECA_en.pdf).
- 27 Agricultural cooperatives in Eurasia
(http://www.fao.org/fileadmin/user_upload/Europe/documents/Events_2014/ECA2014/ECA_38_14_2_1_en.pdf).
- 28 ECA background paper on social protection and food security, 2015.
- 29 *Global Panel on Agriculture and Food Systems for Nutrition*, 2014.
- 30 Documento de la CEA: La innovación en la agricultura familiar en Europa y Asia central, 2015.
- 31 FAO. 2012. *Estrategia y visión de la labor de la FAO en materia de nutrición*.
- 32 FAO. 2011. *El Estado de los recursos de tierras y aguas del mundo para la alimentación y la agricultura – La gestión de los sistemas en situación de riesgo*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (Roma) y Earthscan (Londres).
- 33 FAO. 2007. *La situación de los recursos zoogenéticos mundiales para la alimentación y la agricultura*, editado por Barbara Rischkowsky y Dafydd Pilling. Roma.